

**Évaluation des actions confiées par l'Etat
aux services communaux d'hygiène et de santé**

- Rapport de synthèse -

Rapport présenté par :

Gérard LAURAND, Yves ROUSSET et Michel VERNEREY
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n° 2004 146
Octobre 2004

Résumé du rapport n° 2004 146 présenté par Gérard LAURAND, Yves ROUSSET et Michel VERNEREY, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

La loi du 15 février 1902, relative à la protection générale de la santé publique, crée les bureaux municipaux d'hygiène (BMH) dans les villes de plus de 20 000 habitants ainsi que dans les communes de plus de 2 000 habitants siège d'un établissement thermal.

Le dispositif mis en place se révèle très rapidement complexe et peu appliqué. Quarante-cinq ans après, à la veille du vote des lois de décentralisation, le bilan de l'application de la loi n'est pas satisfaisant :

- une application très partielle de la loi : moins de la moitié des villes de plus de 20 000 habitants sont dotées d'un BMH ;
- des financements croisés entre l'Etat, les départements et les communes, complexes et peu lisibles par construction ;
- une très grande diversité en qualité et en quantité d'activités caractérise ces services. Seuls une centaine de BMH fonctionnent normalement.

Les lois de décentralisation visaient principalement trois objectifs :

- donner une valeur juridique plus forte aux règles d'hygiène ;
- donner clairement à l'Etat compétence en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène ;
- mettre fin aux financements croisés entre l'Etat et les collectivités locales.

La loi du 23 juillet 1983 organise ce transfert de compétences. Cependant, afin de prendre en compte la situation des communes qui assumaient au moment du vote des attributions relevant désormais de la compétence de l'Etat ou des départements (vaccinations), ces collectivités continuent d'exercer, à titre dérogatoire, ces activités et reçoivent, à ce titre, une dotation générale de décentralisation (DGD).

L'attribution de la DGD à 208 communes par l'arrêté du 9 septembre 1985, gèle *de facto* la situation administrative de ces services, en prenant acte, le cas échéant, de la nature de la coopération entre collectivités (intercommunalité, délégation de compétence par convention entre communes), des compétences exercées, ou non, à la date d'application de la loi, et des dépenses engagées réellement à ce titre.

Le dispositif juridique est ainsi extrêmement complexe. Il combine localement le pouvoir général de police du maire, celui de l'Etat exercé par le préfet et celui que la loi accorde au maire de manière dérogatoire.

Cette situation complexe est accrue par l'application de la loi du 6 janvier 1986, qui substitue aux règlements sanitaires départementaux (RSD) des décrets en conseil d'Etat. L'architecture réglementaire découlant de ce texte n'est toujours pas achevée, ayant pour conséquence le maintien de la valeur juridique des RSD.

Au final, la stratification de textes dans les domaines de l'organisation administrative, de la responsabilité et de la politique de santé, représente un écheveau complexe qui nécessite d'être clarifié.

A cette complexité juridique, s'ajoute l'extraordinaire diversité des situations réelles des SCHS sur le terrain.

Des positionnements et des organisations internes variables

Le management des services municipaux, le développement de l'intercommunalité et les transferts de compétences opérés au profit d'autres collectivités expliquent à la fois l'évolution des missions des SCHS et leur place changeante au sein des organigrammes municipaux.

Des missions très inégales selon les sites

Selon les cas, les SCHS ont des activités dans des domaines très variés et à des niveaux divers. Ils peuvent gérer les plaintes dans un souci de médiation et intervenir de différentes manières dans les domaines de la protection de la santé et de l'hygiène de l'environnement. Cela concerne aussi bien la protection de la santé (habitat, nuisances sonores, hygiène alimentaire, suivi sanitaire des campings, contrôle de la qualité des réseaux publics d'eau potable) que l'hygiène de l'environnement (qualité du milieu, urbanisme, assainissement, protection de l'environnement).

Leur participation est plus épisodique dans le domaine de l'hygiène alimentaire. Par contre, tous - sauf sans doute les plus petits d'entre eux qui n'ont souvent qu'une activité résiduelle - jouent un rôle dans le contrôle des modalités de transmission des sources d'infection (désinfection, désinsectisation, dératisation). Beaucoup de SCHS délèguent ce type de tâches à des entreprises privées spécialisées.

Le rôle des SCHS reste primordial pour des activités de vérification des règles d'hygiène, dans les domaines traditionnels. Cependant, le contrôle global des objectifs sanitaires défini comme «un suivi continu de l'évolution de la santé de la population par rapport aux buts de santé et au respect des règles d'hygiène » est mal assuré. Cette responsabilité en incombe, pour partie, aux DDASS.

Par ailleurs, les indicateurs de performance des SCHS sont pour l'essentiel d'ordre quantitatif, ce qui empêche de porter un jugement sur la qualité des prestations réalisées.

Des ressources humaines mobilisées

La disparité constatée dans les autres domaines est réelle également dans le champ des ressources humaines. Celles-ci sont cependant plus élevées quantitativement que celles mobilisables par les services de l'Etat au sein des services santé environnement des DDASS. Cependant ce déséquilibre quantitatif masque une structure différente entre personnels d'encadrement qui sont plus importants dans les DDASS alors que les personnels d'exécution sont plus nombreux dans les services communaux.

La direction des SCHS, dans le passé dévolue aux seuls médecins directeurs, n'est plus assurée par des personnes ayant cette qualité que dans un tiers des cas.

Des moyens financiers sans lien avec la DGD

Les coûts engendrés par les activités des SCHS ne peuvent être connus que de manière approchée, qu'il s'agisse des coûts directs ou indirects. Les difficultés d'approche tiennent à plusieurs facteurs : des pans entiers de compétences des SCHS ont été transférés en fonction de l'organisation des communes à d'autres services de la ville ou

Résumé du rapport n° 2004 146 présenté par Gérard LAURAND, Yves ROUSSET et Michel VERNEREY, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

à une autre structure intercommunale. Les dépenses directes de fonctionnement des SCHS doivent ainsi être reconstituées. Par ailleurs, l'absence de comptabilité analytique rend problématique la connaissance des coûts indirects.

Dans ce contexte, les dépenses des SCHS restent approximatives, certaines sont surestimées ou au contraire sous-estimées.

Le montant de la dotation générale de décentralisation versée aux communes pour les compétences qui leur sont dévolues par la loi a été déterminé sur la base historique des charges moyennes des années 1981 à 1983. Vingt ans après, la DGD présente un caractère hétérogène souvent sans lien avec la qualité des prestations fournies en 2004. Le risque de divergence ou de distorsion entre les montants des DGD et l'actualité des besoins de chacune des communes concernées ne peut que s'accroître.

Pour finir, la situation actuelle n'est pas satisfaisante. L'absence de clarté dans les compétences, la difficulté d'identifier les moyens mis en œuvre et l'impossibilité d'évaluer les résultats d'une politique mise en œuvre pour satisfaire une compétence d'Etat en atteste.

Aussi, une clarification d'ordres juridique, organisationnel et fonctionnel s'impose.

Conclusion et propositions

Au terme de l'état des lieux, dressé par la mission, le bilan des forces et faiblesses du dispositif actuel est très nuancé. Les rapporteurs voient mal comment s'affranchir d'inconvénients majeurs sans remettre en cause les fondements mêmes de ce dispositif dérogatoire.

Le choix d'une répartition stricte et univoque des compétences en 1983, ou en 2004, aurait permis d'éviter la plupart des inconvénients actuels, sans modifier l'équilibre général des dépenses publiques.

Par ailleurs, les transferts rendus possibles par la loi 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales¹, permettant dans certaines conditions,

- aux maires de prendre conjointement des arrêtés avec le président d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) disposant d'une la compétence transférée,
 - de mettre à disposition d'un EPCI les services d'une commune, en tout ou partie, pour l'exercice de ses compétences,
- ne lèveraient pas l'impossibilité juridique de faire délibérer au sein d'un EPCI des communes ne disposant pas des compétences déléguées par l'Etat au maire d'une autre commune membre.

Cette difficulté juridique apparaît comme irréductible. Seule une modification législative revenant sur le transfert dérogatoire organisé par la loi de 1983 et autorisant, par convention, le représentant de l'Etat à déléguer des missions en matière d'hygiène et de santé aux communes ou aux EPCI, permettrait de lever cet obstacle.

¹ La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui permet, dans certaines conditions, aux maires de prendre conjointement des arrêtés avec le président d'un EPCI disposant de la compétence transférée en matière d'assainissement ou d'élimination de déchets ménagers.

Résumé du rapport n° 2004 146 présenté par Gérard LAURAND, Yves ROUSSET et Michel VERNEREY, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

La loi relative à la politique de santé publique et celle relative aux libertés et responsabilités locales venant d'être votées, maintenant les compétences dérogatoires des 208 communes concernées, la mission a examiné les mesures de nature à limiter les conséquences des inconvénients actuels.

La mission propose, en priorité, de créer les conditions légales permettant aux petites communes qui n'ont pas la masse critique suffisante de pouvoir s'extraire de l'obligation qui leur incombe actuellement d'assurer des missions qu'elles ne sont pas en mesure d'exercer.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE 1. CADRE JURIDIQUE ET HISTORIQUE DES SCHS	4
1.1 UNE SITUATION JURIDIQUE FIGÉE, SANS QU'UN BILAN N'AIT ÉTÉ RÉALISÉ AU MOMENT DES LOIS DE DÉCENTRALISATION	4
1.1.1 <i>Une loi originelle qui consacre des initiatives locales.....</i>	4
1.1.2 <i>La situation particulière de Paris.</i>	5
1.1.3 <i>Un dispositif qui se révèle très rapidement complexe et peu appliqué.....</i>	5
1.1.4 <i>Un essai de prise en compte de l'intercommunalité, sans effets notables.....</i>	6
1.1.5 <i>Des modes de financements croisés marqués par la complexité.....</i>	7
1.1.6 <i>Une situation statutaire des directeurs de BMH fluctuante</i>	7
1.1.7 <i>A la veille des lois de décentralisation, la réalité des BMH demeure complexe et mal connue des services de l'Etat.....</i>	9
1.2 LES LOIS DE DÉCENTRALISATION TRANSFÉRENT LES COMPÉTENCES, SANS LEVER TOUTES LES AMBIGUITÉS	11
1.2.1 <i>Une nouvelle répartition des compétences.....</i>	11
1.2.2 <i>La dotation attribuée aux communes en compensation des missions transférées par l'Etat a gelé une situation inégalitaire.....</i>	13
1.2.3 <i>Une situation juridique marquée par une combinaison de polices</i>	15
1.2.4 <i>Les lois de 1986 confirment le dispositif mis en place et modifient le cadre juridique en matière d'hygiène et de santé</i>	16
1.3 MALGRÉ CERTAINES CLARIFICATIONS, DES AMBIGUITÉS Demeurent	17
1.3.1 <i>Certaines questions ont trouvé une réponse claire</i>	17
1.3.2 <i>Malgré ces clarifications intervenues, de nombreuses interrogations demeurent</i>	17
1.3.3 <i>Pour remédier aux difficultés observées, une tentative avortée de modification de la loi</i>	20
1.3.4 <i>Les textes les plus récents ne lèvent pas les ambiguïtés</i>	20
CHAPITRE 2. ETAT DES LIEUX	23
2.1 ORGANISATION GÉNÉRALE DES SERVICES COMMUNAUX D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ : DES SERVICES À GÉOMÉTRIE VARIABLE	23
2.1.1 <i>Des dimensions variables.....</i>	23
2.1.2 <i>Des positionnements et des organisations internes variables.....</i>	24
2.1.2.1 L'organisation interne du SCHS et sa situation au sein de l'administration communale sont variables.	24
2.1.2.2 L'organigramme du SCHS dépend des missions et activités qui y sont exercées et de la plus ou moins grande richesse du service en cadres	25
2.1.2.3 La diversité des configurations constatées se traduit par une diversification des dénominations données par les mairies à leur service communal d'hygiène et de santé	26
2.1.2.4 La fonction de direction des SCHS est également variable d'un site à un autre et on constate une démédicalisation progressive de la fonction directoriale.	26
2.1.3 <i>Les relations au sein de l'administration communale</i>	27
2.2 LES MISSIONS ET LE RÔLE DES SERVICES COMMUNAUX D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ	28
2.2.1 <i>Le management des services municipaux, le développement de l'intercommunalité et les transferts de compétences opérés au profit d'autres collectivités expliquent l'évolution actuelle des missions des SCHS</i>	28
2.2.1.1 Le management des services municipaux	28
2.2.1.2 Les transferts de compétences dans le cadre nouveau de l'intercommunalité ou vers d'autres collectivités ont des effets sur les missions des SCHS	29
2.2.1.3 Des illustrations de ces facteurs explicatifs dans l'évolution des compétences des SCHS	30
2.2.2 <i>La qualité des relations entre les services de l'Etat et les SCHS a un impact important dans la prise en charge par les SCHS de missions postérieures aux lois de décentralisation.....</i>	33
2.2.3 <i>Le rôle des SCHS reste primordial pour des activités de vérification des règles d'hygiène dans des domaines traditionnels</i>	35
2.2.3.1 Les SCHS gèrent les plaintes dans un souci de médiation.....	35
2.2.3.2 Les interventions des SCHS restent toutefois multiples et variées dans le domaine de la protection de la santé et l'hygiène de l'environnement	37
2.2.4 <i>Les indicateurs actuels des performances des SCHS sont pour l'essentiel aujourd'hui d'ordre quantitatifs et non qualitatifs.....</i>	39

2.2.4.1	Les rapports d'activité des SCHS ne recensent que des données quantitatives, sauf exception.....	39
2.2.4.2	Au sens strict, il n'existe pas de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène par le SCHS, la responsabilité en incombe pour partie aux DDASS.....	40
2.3	LES MOYENS HUMAINS ET LOGISTIQUES DES SERVICES COMMUNAUX D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ	42
2.3.1	<i>Les ressources humaines</i>	42
2.3.1.1	Les effectifs en personnels.....	42
2.3.1.2	Le recrutement des personnels.....	44
2.3.1.3	La formation continue des personnels	45
2.3.2	<i>Les moyens logistiques des SCHS</i>	46
2.4	LES MOYENS FINANCIERS DES SERVICES COMMUNAUX D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ	46
2.4.1	<i>Les coûts engendrés par les SCHS ne peuvent être connus que de manière approchée et n'ont souvent que de manière lointaine un lien avec la DGD versée</i>	46
2.4.1.1	Les SCHS obéissent aux pratiques comptables des autres services de la ville.....	46
2.4.1.2	Des illustrations des difficultés actuelles d'approche des coûts	48
2.4.2	<i>La dotation générale de décentralisation versée aux communes pour les compétences qui leur sont déléguées présente un caractère hétérogène souvent sans lien avec la qualité de prestations fournies</i>	51
2.4.2.1	Une situation très hétérogène.....	51
2.4.2.2	L'absence de contrôle des activités des SCHS par les DDASS conduit à s'interroger sur le maintien en l'état du niveau de la DGD	52
2.4.2.3	Sans changement de mode d'attribution des ressources la situation risque d'être inextricable.....	52
2.4.2.4	Une DGD totalement déconnectée de l'activité réelle des SCHS	53
2.5	LES RELATIONS AVEC LES ADMINISTRATIONS ET AUTRES COLLECTIVITÉS	54
2.5.1	<i>Les relations avec les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales</i>	54
2.5.2	<i>Les relations avec la préfecture et les autres services déconcentrés de l'Etat</i>	56
2.5.3	<i>Les relations avec le département</i>	58
2.5.4	<i>Les relations avec les autres administrations et partenaires privés</i>	59
CHAPITRE 3. RÉFLEXIONS D'ENSEMBLE ET PROPOSITIONS		60
3.1	LE SYSTÈME DÉROGATOIRE EST COMPLEXE ET TRÈS DISPARATE. IL NE GARANTIT PAS L'ÉGALITÉ DE TRAITEMENT DES CITOYENS ET NE DOIT PAS, AUX YEUX DE LA MISSION, ÊTRE MAINTENU	60
3.2	EN ATTENDANT LA RÉFORME RADICALE QUE LA MISSION PRÉCONISE, DES MESURES INTERMÉDIAIRES PEUVENT ÊTRE PROPOSÉES	64
3.3	FAIRE PARTICIPER LES SCHS DISPOSANT DE MOYENS ADAPTÉS AUX PROGRAMMES DE SANTÉ ET AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION MIS EN ŒUVRE DANS CHAQUE RÉGION	66

ANNEXES

INTRODUCTION

Dans le cadre de son programme de travail 2004, l'inspection générale des affaires sociales a prévu de procéder à l'évaluation des activités menées par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) en application de l'article L. 1422-1 du code de la santé publique.

Gérard Laurand, Yves Rousset et Michel Vernerey, membres de l'inspection générale des affaires sociales, ont été désignés pour effectuer cette mission.

La Direction générale de la santé (DGS), à l'initiative de la demande, souhaitait que la mission réalise un état des lieux du fonctionnement de ces structures.

A l'époque du lancement de la mission, en avril 2004, les équipes de la DGS étaient mobilisées sur le projet de loi relative à la santé publique. Ils n'ont pu préciser leurs attentes dans une note de cadrage. Dans ce contexte, les inspecteurs se sont principalement interrogés sur les points suivants : le cadre juridique dans lequel opèrent les SCHS, leur organisation générale, l'évolution des missions depuis les lois de décentralisation, les moyens humains et financiers des SCHS et enfin leurs relations avec les services de l'Etat.

Compte tenu des délais imposés, la mission a retenu le principe d'une enquête sur un échantillon de 15 sites, chacun d'entre eux répondant à une problématique spécifique (niveau des moyens, activités très diversifiées du SCHS, villes importantes...). Les sites visités ont été les suivants : Agen, Aubervilliers, le syndicat mixte du Bassin d'Arcachon, Bordeaux, Clichy-la-Garenne, Denain, La Rochelle, Marseille, Montpellier, Nevers, Nice, Reims, Rennes, Royat, Vaux-en-Velin.

Vaux-en-Velin est la seule commune de l'échantillon à ne pas percevoir de dotation générale de décentralisation au titre de ses activités d'hygiène et de santé.

La liste des personnes rencontrées est en annexe 1.

Aussi, après avoir effectué une analyse juridique et historique permettant d'identifier les points de droit nécessaires pour la conduite de la mission, les constats ont porté sur :

Le rapport aborde successivement :

- le cadre juridique et historique des SCHS
- leur organisation générale
- leurs missions
- leurs moyens humains et logistiques
- leurs moyens financiers
- leurs relations avec les services de l'Etat et les autres collectivités.

Au terme de l'état des lieux réalisé, la mission est amenée à dresser un bilan d'ensemble et à esquisser quelques propositions.

CHAPITRE 1. CADRE JURIDIQUE ET HISTORIQUE DES SCHS

1.1 Une situation juridique figée, sans qu'un bilan n'ait été réalisé au moment des lois de décentralisation.

1.1.1 *Une loi originelle qui consacre des initiatives locales*

Héritière des textes de la seconde moitié du XIX^e siècle concernant l'assainissement des logements insalubres ou instituant des conseils d'hygiène publique et de salubrité, la loi du 15 février 1902 relative à la protection générale de la santé publique¹, va occuper une place importante dans l'arsenal juridique relatif à l'hygiène publique. Elle est parfois appelée « charte de l'hygiène publique ».

Dans son article premier, elle stipule : « Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

- 1° les précautions à prendre [...] pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles [...] spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui on été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;
- 2° les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées [...], des logements loués en garni [...], notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées ».

Par ailleurs, son article 19 crée les bureaux municipaux d'hygiène (BMH) dans les villes de plus de 20 000 habitants ainsi que dans les communes de plus de 2 000 habitants siège d'un établissement thermal.

Dans les faits, la loi consacre l'existence de services municipaux d'hygiène constitués en France à l'image d'expériences précédemment engagées à l'étranger². En effet, au moment du vote de la loi, une vingtaine de communes disposaient déjà de services destinés à lutter contre les épidémies de peste, de choléra et de tuberculose qui menaçaient les populations des villes. Ces initiatives locales se fondaient juridiquement sur la loi d'organisation municipale du 5 avril 1884 ayant donné aux maires des pouvoirs étendus en matière d'hygiène publique et de police sanitaire.

¹ Publiée au journal officiel du 19 février 1902.

² A l'étranger, Turin (1856), Bruxelles (1879) servent, notamment, de modèle aux expériences françaises : Reims (1881), Rouen (1883), Amiens et Saint Etienne (1884), Pau (1885), Nice (1886), Grenoble et Toulouse (1889), Besançon, Bordeaux et Lyon (1890), Clermont Ferrand et Paris (1892), Marseille et Montpellier (1893), Nantes et Perpignan (1894), Boulogne sur Mer (1895), Lille (1896) et Dijon (1901) organisent des bureaux municipaux d'hygiène ou des services analogues préalablement au vote de la loi.

Le périmètre d'application de la loi de 1902 sera étendu, en 1926, aux départements de la région Alsace et à la Moselle.

1.1.2 La situation particulière de Paris.

La ville de Paris, dont la situation administrative se caractérise dès le début du XIX^{ème} siècle par la double présence d'un préfet et d'un préfet de police, créé en 1892, le bureau municipal d'hygiène de la ville de Paris. Commune de plus de 20 000 habitants, comme la plupart des autres communes de l'ancien département de la Seine, la ville de Paris était concernée par la loi du 15 février 1902 mais connaissait une situation particulière. En effet, ses articles 22 et 23 consacraient respectivement les attributions du préfet de la Seine et du préfet de police en matière d'hygiène publique. Cependant, dès 1903, par une loi du 7 avril, l'organisation et le fonctionnement des services d'hygiène de la Seine ont été définis par le Parlement.

Bureau municipal d'hygiène au sein d'une direction des affaires municipales (1902 – 1919), puis direction d'hygiène, du travail, de la prévoyance sociale (1919 – 1943), sous-direction de la protection sanitaire au sein d'une direction de l'hygiène sociale, après la Libération, l'organisation administrative au sein des services de la ville s'est révélée variable dans le temps, comme dans la plupart des autres communes, selon les priorités politiques, la nécessité d'une bonne allocation des moyens ou les logiques fonctionnelles.

Actuellement, les différentes compétences en matière d'hygiène sont réparties entre la préfecture de police et la mairie de Paris.

Le décret n° 70-415 du 8 mai 1970 relatif à l'organisation sanitaire dans la ville de Paris et dans les départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, abrogé pour ce qui concerne ces trois derniers départements, indique que le préfet de police exerce dans la ville de Paris les attributions sanitaires suivantes :

- « la surveillance et la salubrité des logements loués en garni ;
- le relevé des contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination ainsi que le contrôle des personnes placées sous la surveillance sanitaire en vertu du règlement sanitaire international ;
- la police sanitaire des animaux ;
- le contrôle et l'inspection des denrées alimentaires falsifiées ou corrompues ;
- le fonctionnement du laboratoire central ».

Le fait que la commune de Paris ne figure pas dans la liste des 208 communes disposant d'un BMH au 1^{er} janvier 1984 consacre d'ailleurs cette spécificité.

Cette situation particulière n'a pas fait l'objet d'un examen par la mission.

1.1.3 Un dispositif qui se révèle très rapidement complexe et peu appliqué

Le dispositif administratif mis en œuvre dès l'origine s'avère complexe. Pour le résumer, on peut considérer qu'au début du XX^e siècle, les BMH³ ont :

- des attributions obligatoires qui relèvent de l'application de la loi du 15 février 1902 ;

³ Cf. annexe 2.

- des attributions facultatives en application de dispositions légales ou réglementaires relatives à l'hygiène ou relevant d'autres textes. Ces compétences doivent être explicitement arrêtées par des délibérations des assemblées municipales.

Ainsi, le décret du 3 juillet 1905 portant règlement d'administration publique, détermine, en application de la loi de 1902, les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène. Ce décret indique dans son article premier :

« [...] Les dépenses d'hygiène sont divisées en deux catégories :
1° Celles qui, concernant l'organisation du service de la désinfection dans les villes de plus de 20 000 habitants, sont supportées par la ville et par l'Etat ;
2° Celles qui, résultant de l'exercice des autres attributions qui lui sont conférées pour l'application de la loi du 15 février 1902, sont réparties entre les villes, les départements et l'Etat [...] ».

Ces règles ne concernent que les attributions citées dans la loi de 1902, les compétences facultatives ne font en aucun cas l'objet d'une participation financière de l'Etat et restent donc entièrement à la charge des communes⁴.

Constatant, déjà, une application encore très partielle de la loi, le décret du 30 octobre 1935 portant organisation des inspections départementales d'hygiène généralise l'existence de ces services départementaux, placés auprès du préfet, dont la compétence s'étend à toutes questions se rattachant à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale. Il crée à cette occasion le règlement sanitaire départemental type.

1.1.4 Un essai de prise en compte de l'intercommunalité, sans effets notables

Le décret du 3 juillet 1905 autorise explicitement les BMH intercommunaux, dès lors que ceux-ci situent leur activité au sein d'un syndicat reconnu par la loi.

C'est ce texte qui constitue la base légale du seul service intercommunal que la mission a rencontré⁵.

Le texte réglementaire du 30 octobre 1935, stipule dans son article 3 que « Les communes ou fractions de communes qui ne sont pas le siège d'un bureau d'hygiène pourront être groupées par décret pour la constitution d'un bureau d'hygiène intercommunal placé sous l'autorité directe du préfet ».

Les attributions du bureau d'hygiène d'une commune pourront être étendues par décret à d'autres communes ne formant avec la première qu'une seule et même agglomération ».

La mission n'a retrouvé aucun exemple concret de l'application de ce texte, cependant deux BMH à caractère intercommunal ont été identifiés.

- Une situation claire est celle du syndicat intercommunal du bassin d'Arcachon. Celui-ci préexistait aux lois de décentralisation, le transfert de compétences s'est donc effectué à périmètre identique, la dotation générale de décentralisation (DGD) servie par l'Etat étant versée au syndicat intercommunal. Cependant, seule la commune d'Arcachon figure sur l'arrêté du 9 septembre 1985.

⁴ Circulaire ministérielle du 29 janvier 1907 concernant l'organisation financière des services de la santé publique.

⁵ Il s'agit du syndicat intercommunal du bassin d'Arcachon.

- Une situation plus complexe est représentée par la commune de Bordeaux. Avant la décentralisation, le BMH de la ville effectuait des missions pour le compte de 20 communes (sur 26) que compte la communauté urbaine de Bordeaux. Cette pratique n'était pas inscrite dans les statuts d'un établissement de coopération intercommunale mais formalisée par des conventions de prestation de service passées après délibération des conseils municipaux respectifs. L'Etat prenait à sa charge 83 % des dépenses réalisées. L'arrêté de 1985 a intégré cette pratique. Depuis, la ville de Bordeaux perçoit une dotation sur la base de dépenses intégrant celles des autres communes. Pour prendre en compte la situation nouvelle, les dépenses de fonctionnement du SCHS sont rapportées au nombre d'habitants de chaque commune. Il a été convenu avec chacune d'entre elles qu'elles rembourseraient à la ville de Bordeaux 17 % des dépenses qui leur sont affectées.

Depuis, d'autres communes ont souhaité bénéficier de la structure administrative et de son expérience. Le ministère de l'intérieur, interrogé, a fait connaître sa position selon laquelle la DGD servie à la commune ne peut pas prendre en compte les situations nouvelles.

L'article L. 5111-1 du code général des collectivités territoriales précise dans son alinéa second que : « Les collectivités territoriales peuvent conclure entre elles des conventions par lesquelles l'une d'elles s'engage à mettre à la disposition d'une autre collectivité ses services et moyens afin de lui faciliter l'exercice de ses compétences ». Cependant, l'impossibilité de déléguer les pouvoirs de police du maire représente un frein au développement de services intercommunaux.

1.1.5 Des modes de financements croisés marqués par la complexité

Les dépenses d'hygiène liées aux attributions des BMH revêtent un caractère obligatoire. Elles relèvent, au titre de l'article 1 du décret n° 54-1139 du 17 novembre 1954 portant règlement d'administration publique (RAP) pour la répartition entre l'Etat et les collectivités locales des dépenses d'aide sociale du groupe I.

La comptabilité du service doit faire ressortir nettement le montant concernant les attributions générales du bureau d'hygiène, de celles occasionnées par le service de désinfection. Des états spéciaux (modèle n° 6) font l'objet d'une annexe au budget communal⁶.

La part de l'Etat qui représente alors 68 % des dépenses pour les BMH des communes de la Seine, varie de 78 à 97 % dans les autres départements, la moyenne s'établissant à 83 %. La dotation de l'Etat est inscrite en recette au budget de la commune.

1.1.6 Une situation statutaire des directeurs de BMH fluctuante

Le décret du 30 octobre 1935 prévoit que la nomination des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène, ainsi que celle de leurs adjoints, dépend du ministre de la santé publique sur proposition du maire.

Très rapidement cependant, par le décret du 15 avril 1937 portant organisation de l'inspection départementale d'hygiène, le pouvoir de proposition du maire disparaît. Ce texte impose en

⁶ Conformément à l'application du décret n° 55-687 du 21 mai 1955, portant règlement d'administration publique pour la détermination de la part des départements et des communes dans les dépenses d'aide sociale.

effet de nouvelles procédures de recrutement⁷ et détermine les attributions des directeurs. Un arrêté du 12 août 1937 fixe la liste précise de ces attributions.

Au début de la seconde guerre mondiale, la loi du 18 septembre 1940 prévoit la suppression des services d'inspection départementale d'hygiène et des BMH⁸. Le reclassement des agents, et en particulier des directeurs de ces services, est prévu dans les cadres de fonctionnaires existants. A la Libération, les ministres de l'intérieur et de la santé dans une circulaire aux préfets du 18 octobre 1946 indiquent leur volonté de voir la situation antérieure à la guerre rétablie en ces termes : «En attendant qu'un texte de loi constate la nullité de la loi du 18 septembre 1940 et abroge les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 relatives aux conditions de nomination des directeurs de bureaux d'hygiène, il y aura lieu [...] d'envisager la nomination de ces fonctionnaires municipaux par les maires ». Ils indiquent, dans le même document, que « ce qui importe avant tout, c'est qu'à la tête de chaque service, il y ait un médecin compétent, déchargé de tout souci de clientèle ».

Même si le Conseil d'Etat considère depuis 1955⁹ que le directeur d'un BMH est un agent communal, la haute juridiction rappellera en 1958¹⁰ que le texte de 1940 n'a pas été abrogé. La circulaire du 15 février 1960 en prend acte et indique qu'il appartient aux fonctionnaires de l'inspection générale de la santé d'assurer la direction des BMH. Cette circulaire indique que pour les villes de moins de 80 000 habitants ces fonctions peuvent être exercées à temps partiel.

Au début des années 80, les statuts des directeurs en fonction se révèlent très variables : « Dans 67 % des villes où il existe un BMH les fonctions de directeur sont dévolues à des personnels recrutés par la commune alors que la législation réserve en principe [ces postes] aux fonctionnaires d'Etat que sont les médecins du corps provisoire des médecins de la santé publique et les médecins inspecteurs de la santé. Certains directeurs de BMH sont des médecins fonctionnaires d'Etat en retraite ; d'autres, en dehors de leurs fonctions dans le cadre du BMH, exercent la médecine de clientèle ou la médecine hospitalière »¹¹. Un projet de décret relatif aux conditions requises pour exercer les fonctions de directeur d'un service d'hygiène et de santé communal ou intercommunal a été élaboré en 1986. Ce texte visant à clarifier le statut des « médecins directeurs », dont la mission a eu connaissance d'une version datant de 1994, n'est jamais paru. Il pourrait concerter les quelque 83 médecins directeurs actuellement encore en poste dans les 208 SCHS.

Par ailleurs, les attributions des directeurs, définies dans le texte réglementaire déjà cité de 1937, sont modifiées par la circulaire interministérielle – intérieur et santé – du

⁷ Les candidats doivent être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués par le décret du 21 juillet 1897. En outre, ils doivent produire un certificat de stage d'une durée minimum de trois mois, réalisé dans une inspection départementale d'hygiène ou dans un BMH d'une ville de plus de 100 000 habitants.

⁸ Alors que la loi est extrêmement claire dans sa formulation (« article 6 : sont supprimés : ... »), le ministre est amené, après une instruction générale du 2 décembre 1940 à préciser par une circulaire n° 86 du 24 juillet 1941, l'interprétation qu'il convient de faire du texte. A savoir, que les suppressions prévues par la loi ne « sauraient porter sur les crédits [...], et pas davantage [le] personnel et [le] matériel d'exécution, mais seulement sur les cadres spécialisés de ces services auxquels est désormais substitué le cadre d'Etat ».

⁹ CE, 15 juin 1955, *Deschamps*.

¹⁰ CE, 18 avril 1958, *ville de Besançon*.

¹¹ Carole PETTENARO, *Les services communaux d'hygiène et de santé : l'exemple de la ville de Nice*, mémoire de DESS d'administration des collectivités locales, université de Nice, 1990.

18 octobre 1946 qui les reprend en partie et les précise. Enfin, l'arrêté du 14 mai 1962 met à jour la liste de ces attributions.

1.1.7 A la veille des lois de décentralisation, la réalité des BMH demeure complexe et mal connue des services de l'Etat

- Les attributions des BMH sont exercées très inégalement.

Certaines compétences ont un caractère obligatoire. Elles portent sur la protection générale de la santé publique. Ces compétences font partie intégrante du règlement sanitaire départemental (confer annexe 2). Leur déclinaison concerne les individus, les immeubles, l'hygiène du milieu.

Des prérogatives ont un caractère légal comme le contrôle des statistiques démographiques ou encore celui du laboratoire municipal d'hygiène municipal.

D'autres attributions présentent un caractère facultatif. Ce sont les préfets sur proposition des directeurs départementaux de l'action sanitaire (dénomination des DDASS de l'époque), qui décident de déléguer des compétences spécifiques aux BMH. Cette délégation est d'autant plus envisageable pour ces responsables que la direction des BMH est tenue par des médecins dont les attributions déterminées par l'arrêté du 14 mai 1962 recoupent celles des BMH.

Cependant si dans la plupart des très grandes villes toutes les compétences étaient alors exercées, il n'en allait pas de même dans certaines communes de taille plus modeste. Parfois même, certains bureaux municipaux d'hygiène n'exerçaient pas, par construction, certaines compétences repérées comme ayant un caractère obligatoire. C'est le cas du service intercommunal du bassin d'Arcachon. En effet, ce dernier, dont l'objectif était clairement la gestion de l'eau, n'a jamais exercé de compétences en matière de vaccinations. Menton, Auch, Fougères ou Albi étaient, au regard de cette compétence, dans la même situation pour d'autres raisons.

D'autres exemples peuvent être cités dans d'autres domaines. Ainsi, les compétences de dératisation, démoustication et désinfection n'étaient pas exercées par les communes du Plessis Robinson, Poissy, Fougères ou Néris-les-Bains. Enfin la désinfection n'était pas prise en charge par les communes de Poitiers, Poissy, Brest, Calais ou Bourg en Bresse.

- La répartition de ces services est inégale sur le territoire

La création de BMH, tout au long du siècle depuis le vote de la loi de 1902, est liée au choix des élus locaux. Après les précurseurs, qui ont précédé le texte législatif, d'autres communes de plus de 20 000 habitants ont délibéré pour constituer de tels services dans leurs municipalités. Mais cette situation n'a pas été, loin s'en faut, générale.

Aussi, localement on retrouve au début de l'année 1982 des situations extrêmement variables :

- 76 départements sur 100 possèdent au moins une commune disposant d'un BMH ;

- des départements sont très bien couverts par des services municipaux. C'est le cas des départements de l'Ile-de-France qui comptent à eux seuls 36,5 % de l'ensemble des services. Le département des Hauts-de-Seine comprend 27 BMH, soit 13 % de tous les SCHS sur le territoire national ;
- à l'inverse, l'effet direct des activités des BMH reste plus limité dans plusieurs départements. Rennes et Fougères en Ille-et-Vilaine ne couvrent qu'un peu moins d'un tiers de la population de ce département, le Lot-et-Garonne voit moins de 10 % de sa population couverte par le BMH d'Agen ;
- d'autres départements encore ne disposent d'aucun service de ce type. C'est le cas de départements dont les villes chefs-lieux sont de petite taille (Aveyron, Haute-Marne, Haute-Saône...), mais aussi d'autres qui disposent de villes importantes (Eure, Oise, Seine-et-Marne...) ;
- un seul département d'outre mer, la Martinique, dispose d'un BMH à Fort-de-France ;
- moins de 200 communes de plus de 20 000 habitants sont concernées. Ce chiffre est à comparer aux 438 communes de plus de 20 000 habitants recensées par l'INSEE en 1999.

Ces inégalités de situation sont également notoires pour ce qui concerne la population couverte par ces services :

- Le département des Hauts-de-Seine, déjà cité, voit des BMH intervenir pour l'essentiel des contrôles des règles d'hygiène effectués dans le département (près de 89 % de la population concernée) ;
- Dans les Alpes Maritimes, l'action des 5 BMH (Nice, Cannes, Antibes, Menton, Cagnes-sur-Mer) est prépondérante par rapport au poids de la DDASS dans le contrôle des règles d'hygiène. 55,5 % de la population de ce département où la population est extrêmement dense sur le littoral- là où se situent les BMH - dépendent pour le contrôle de ces règles d'un BMH. Cette situation est comparable dans la Marne avec notamment les BMH de Reims et de Châlons-en-Champagne ;
- D'autres enfin ont, comme on l'a déjà évoqué, un taux de couverture nul puisque bien que disposant de villes de plus de 20 000 habitants, celles-ci n'ont pas de BMH.
 - La prise en charge par l'Etat des financements rend compte d'attributions et de volumes d'activité très divers

L'historique de cette période est difficile à reconstituer ; même si de nombreuses notes manuscrites ont été conservées au ministère de l'intérieur, la mémoire administrative s'est estompée. En témoigne un courrier, en date du 1^{er} mars 1996, du ministre du travail et des affaires sociales à son collègue ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, dans lequel le sous directeur de la veille sanitaire indique qu'« après de longues recherches certains documents ont pu être retrouvés ».

Cependant, quelques données utilisées pour le calcul de la première dotation de la DGD¹² permettent d'apprécier les écarts d'activité entre les différents BMH.

A l'image de la diversité de situation des services et des compétences exercées, les volumes d'activité étaient alors très diversifiés. Le règlement par les services de l'Etat des fonds destinés à compenser les dépenses engagées par les communes sur la base de l'annexe –déjà évoquée– l'illustre. Sans évoquer de nouveau les compétences obligatoires non exercées par ces services, les volumes d'activités pour des villes comparables sont significatifs. En matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, on peut citer des coûts déclarés de 1 MF pour Lille, 3 MF pour Lyon, et 6,5 MF pour Marseille. Pour les vaccinations les sommes engagées sont inférieures à 6000 F à Bordeaux, alors qu'elles atteignent 1,3 MF à Strasbourg. La désinfection obligatoire fait apparaître des dépenses d'un montant de 500 F à Niort, 44 900 F à Auxerre et 720 000 F à Bastia.

- La connaissance de la réalité par les services de l'Etat est très parcellaire

Au moment de la préparation des lois de décentralisation, la connaissance de la réalité des BMH par le ministère de la santé est faible. Seule la remontée des annexes n° 6 aux budgets municipaux nécessaires au règlement par le ministère de la santé de la part des dépenses prises en charge par l'Etat permet d'identifier la localisation des BMH, et d'avoir une perception, relative, de leur activité. Cependant, il est clair que les chiffres détaillés ici révèlent des activités d'une nature et d'un niveau si disparates que les seuls éléments financiers ne peuvent permettre de construire une image fiable de la réalité.

En conclusion, certains constats pouvaient être réalisés à la veille de la décentralisation :

- **une application très partielle de la loi : moins de la moitié des villes de plus de 20 000 habitants sont dotées d'un BMH ;**
- **des financements croisés entre l'Etat, les départements et les communes, complexes et peu lisibles par construction ;**
- **une situation statutaire des directeurs extrêmement variée ;**
- **une très grande diversité en qualité et en quantité d'activités caractérise ces services : une estimation d'une « centaine seulement de BMH fonctionnant normalement dont une quarantaine mériteraient trois étoiles », est faite¹³ par Carole Pettenaro.**

1.2 Les lois de décentralisation transfèrent les compétences, sans lever toutes les ambiguïtés

1.2.1 Une nouvelle répartition des compétences

En matière d'hygiène, les lois de décentralisation visaient principalement trois objectifs :

¹² Annexe 3.

¹³ Carole PETTENARO, ouvrage cité supra.

- donner une valeur juridique plus forte aux règles d'hygiène en substituant aux règlements sanitaires départementaux, pris par arrêtés préfectoraux, des décrets en Conseil d'Etat, pouvant être complétés par des arrêtés municipaux ou préfectoraux ;
- donner clairement à l'Etat compétence en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, sans préjudice de l'application d'autres législations spéciales et des pouvoirs reconnus aux autorités locales ;
- mettre fin aux financements croisés entre l'Etat et les collectivités locales.

Dès lors, les bureaux municipaux d'hygiène étaient concernés par la réforme mise en œuvre. Le recentrage des missions de contrôle aurait pu impliquer un transfert pur et simple de ces services (au moins de leurs activités de contrôle des règles d'hygiène) vers l'Etat. Cependant, la logique décentralisatrice imposait de rechercher une autre solution sans reprendre aux collectivités territoriales des services et des personnels dont elles avaient préalablement la charge.

Ainsi, en matière de transfert de compétences, la loi du 23 juillet 1983, déjà citée, prévoit dans la section traitant de l'action sociale et de la santé :

- Dans son article 38 que : « les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du conseil général qui en assure l'organisation » (actuel art. L. 3112-3 du CSP).
- Dans son article 41 que : « les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène relèvent de la compétence des communes, qui en assurent l'organisation et le financement, sous l'autorité du maire ou, le cas échéant, du président de l'établissement public de coopération intercommunale.
- Les bureaux municipaux d'hygiène sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique énumérées, notamment, au titre 1^{er} du livre 1^{er} du [code de la santé publique] et relevant des autorités municipales » (actuel L. 1422-1 du CSP).
- Dans le cadre des nouvelles dispositions, et, « sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène relève de la compétence de l'Etat qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement » (actuel L. 1421-4 du CSP).

Ainsi ce texte supprime les textes précédents et notamment ceux affectant aux BMH des compétences obligatoires et facultatives.

L'attribution de la DGD à 208 communes par l'arrêté du 9 septembre 1985, gèle *de facto* la situation administrative de ces services. Elle prend acte de la nature, ou de l'absence de coopération entre collectivités (intercommunalité, délégation de compétence par convention entre communes). Elle fige les compétences exercées ou non à la date d'application de la loi et les dépenses engagées réellement à ce titre.

Chaque BMH devient un objet unique avec un périmètre d'action propre, lié aux compétences exercées et compensé financièrement par l'Etat. Juridiquement, seul le décret de répartition de la DGD acte cette situation.

1.2.2 *La dotation attribuée aux communes en compensation des missions transférées par l'Etat a gelé une situation inégalitaire*

En application de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, modifiant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, les BMH assument diverses activités relevant de la compétence des départements (vaccinations, article 38), de l'Etat (contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, article 49). A ce titre, il est prévu que les communes dont relèvent les bureaux municipaux d'hygiène reçoivent, dans des conditions prévues par l'article 94 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, une dotation générale de décentralisation.

Par circulaire aux commissaires de la République des départements et aux DDASS datée du 1^{er} février 1984, le directeur général de la santé demande aux services de l'Etat dans les départements d'individualiser pour chaque BMH concerné :

- « les dépenses consacrées au contrôle administratif et technique des règles d'hygiène [...] ;
- les dépenses consacrées aux vaccinations ;
- les dépenses consacrées aux opérations de désinfection, de désinsectisation et de dératisation ;
- les dépenses couvrant les activités relevant de la compétence des maires en application de leur pouvoir de police sanitaire ».

Le retour de ces informations, collectées sur la base des budgets communaux, a permis d'établir une répartition des charges pour les BMH existants.

Sur les 386 villes de plus de 20 000 habitants identifiées au recensement de 1974, le ministère de la santé recense 201 communes disposant d'un bureau d'hygiène. En 1983, sept autres communes créent un tel service et figureront dans la liste des 208 communes bien que n'ayant pas de dépenses connues au cours de cette année de référence¹⁴.

Contrairement à la lecture faite pour le calcul des autres dotations¹⁵, et prenant en compte les variations très importantes, à la hausse et à la baisse, des dépenses d'investissement (stérilisateurs, autres équipements lourds...) effectuées de manière discontinue par certains BMH, il a été convenu de déterminer le montant de la DGD sur la base de la moyenne des dépenses des trois dernières années¹⁶.

Cette règle a été reprise et explicitée dans le décret n° 84-1106 du 10 décembre 1984 qui stipule dans son article premier que « les crédits inscrits au budget de l'Etat au titre de la dotation générale de décentralisation et destinés à compenser les dépenses des bureaux municipaux d'hygiène qui, à la date d'entrée en vigueur de [...] la loi [...], exerçaient effectivement des attributions en matière de vaccination ou de désinfection ainsi qu'en

¹⁴ Il s'agit en Seine-Maritime de Fécamp et Sotteville-les-Rouen ; dans la région Ile-de-France des communes d'Aulnay-sous-Bois, Bondy et Livry-Gargan (93), Cachan (94) et Garges-lès-Gonesse (95).

¹⁵ « les dépenses effectuées par l'Etat à la date du transfert au titre des compétences transférées » article 94, loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

¹⁶ Ce même mode de calcul a été adopté dans d'autres domaines : aides au renouvellement et à la modernisation de la flotte de pêche côtière par exemple.

matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène sont répartis entre les communes intéressées proportionnellement à la moyenne des crédits attribués à ce titre en 1981, 1982 et 1983 à chacune d'entre elles ».

De ces calculs ont été tirés les montants attribués aux communes au titre de la DGD originelle¹⁷, qui figurent dans l'annexe de l'arrêté ministériel du 9 septembre 1985. Depuis cette date, la dotation générale de décentralisation a été versée aux communes, augmentée d'un pourcentage d'évolution identique à celui appliqué à la dotation globale de fonctionnement¹⁸.

Cependant, malgré les écarts constatés, peu de revendications se sont faites jour pour contester la base de cette répartition. Lorsque des demandes de prise en compte de situations nouvelles étaient effectuées, les ministres de l'Intérieur et de la santé disposaient d'une ligne claire.

Madame Muguette Jacquaint, députée de Seine Saint Denis, a interrogé le ministre de l'intérieur sur le financement des SCHS¹⁹. Cette élue constatant que les attributions des services s'étaient étendues, suggérait que « l'élaboration de conventions particulières entre l'Etat et ces municipalités, prévoyant une contrepartie financière » puisse être envisagée.

Dans sa réponse, le ministre après avoir rappelé le cadre juridique de l'activité des SCHS indique : « Seules les communes figurant sur cet arrêté peuvent prétendre à cette dotation. Les maires concernés agissent dans ce cas au nom de l'Etat au titre de ses attributions. Les communes dotées d'un service communal d'hygiène et de santé qui assurent librement et postérieurement au 1^{er} janvier 1984 des missions de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène ne peuvent prétendre à une compensation financière de l'Etat, l'exercice de ces activités ne constituant pas une obligation résultant d'un transfert de compétence ».

Les bases de répartition de la dotation générale de décentralisation, une fois figées par la publication de l'arrêté, n'ont pas fait l'objet de contestations conséquentes et n'ont pas été modifiées autrement que par une évolution conforme à celle de la DGF²⁰.

Cependant, dans les travaux menés par la commission pour l'avenir de la décentralisation, le rapport Mauroy analyse les financements locaux et constate que les ressources des collectivités, associant dotations budgétaires et fiscalité directe ou indirecte locale, nécessitaient une modernisation.

Les membres de la commission ont été unanimes pour reconnaître que ce mode de financement présentait de plus en plus de défauts, « tant en termes de contrôle démocratique [...]. L'heure n'est plus à une correction marginale du dispositif mais plutôt à une remise à plat totale du mode de financement des collectivités territoriales ».

¹⁷ Ce tableau figure en annexe 3.

¹⁸ En application de l'article 102 de la loi du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

¹⁹ Question au ministre n° 37934, publiée au journal officiel le 29 novembre 1999 (page 6792) ; réponse publiée le 7 février 2000, (page 902).

²⁰ Certaines années, des régularisations comptables ont pu être réalisées. Aucune n'est intervenue depuis 1997.

1.2.3 Une situation juridique marquée par une combinaison de polices

- **le pouvoir du maire**

Le maire détient un pouvoir de police générale en matière de salubrité publique. Le soin d'assurer la salubrité appartient à l'autorité municipale et la police sanitaire fait partie intégrante de la police municipale. L'article L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT) énonce les principaux pouvoirs, notamment ceux relatifs à l'hygiène publique.

D'autres missions peuvent être confiées aux services municipaux par délibération du conseil municipal. C'est notamment le cas de la lutte contre les épidémies, des différentes formes de pollution...

Par ailleurs, le maire peut, comme le représentant de l'Etat dans le département, en vertu de l'article L. 1311-2 du CSP, prendre par arrêté des dispositions particulières en vue d'assurer la protection de la santé publique dans la commune, en complément des règles visées à l'article L. 1311-1 du même code.

Ces deux domaines fondent le domaine d'une police spéciale municipale.

Par ailleurs, le maire est chargé de faire respecter sur le territoire de la commune le règlement sanitaire départemental, complété le cas échéant par un règlement municipal, dès lors que ces derniers se révèlent applicables en l'absence de décrets pris en Conseil d'Etat en application de l'article L. 1311-1 du CSP.

Le code général des collectivités territoriales (article L. 2321-2), prévoit les dépenses obligatoires à la charge de la commune. Son douzième alinéa vise « les dépenses des services communaux de désinfection et des services communaux d'hygiène et de santé », en application du CSP. Les services ainsi visés sont décrits à l'article L. 1422-1 du CSP, il s'agit :

- des « services communaux de désinfection et les services communaux d'hygiène et de santé [relevant] de la compétence des communes ou, le cas échéant, des groupements de communes qui en assurent l'organisation et le financement,... » ;
- des « services communaux d'hygiène et de santé [...] chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique... » ;
- des SCHS qui au 1^{er} janvier 1984 exerçaient effectivement des attributions en matière de vaccination ou de désinfection ainsi qu'en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, qui continuent, par dérogation, à exercer ces attributions et perçoivent, à ce titre, une dotation générale de décentralisation.

- **Le pouvoir du représentant de l'Etat dans le département**

L'évolution des textes, et singulièrement l'adoption de la loi de décentralisation ont modifié le rôle du préfet dans le domaine du contrôle de l'application des règles d'hygiène publique. En vertu de la compétence générale attribuée par le code de la santé publique, le préfet contrôle l'application :

- des règles générales édictées dans l'intérêt de la santé publique par les décrets en Conseil d'Etat que prévoit l'article L. 1311-1 du code de la santé publique ;

- des prescriptions particulières contenues dans ses propres arrêtés pris en complément de ces décrets ou, le cas échéant, des anciens règlements sanitaires départementaux lorsque la publication de ceux-la n'est pas encore intervenue²¹ (article L. 1311-2 du CSP) ;
- des prescriptions prises en application de l'article L. 2215.1 du code général des collectivités territoriales ;
- des autres prescriptions prévues par le titre 1er du livre 1er du code de la santé publique relevant des mesures sanitaires générales, quand elles ne relèvent pas des autorités municipales.

1.2.4 Les lois de 1986 confirment le dispositif mis en place et modifient le cadre juridique en matière d'hygiène et de santé

- La loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 va modifier en effet substantiellement le cadre juridique de la prise en charge des questions d'hygiène et de santé dans plusieurs domaines :
 - elle substitue aux règlements sanitaires départementaux une série de décrets en Conseil d'Etat, « pris après consultation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, [qui] fixent les règles générales d'hygiène et toutes autres mesures propres à préserver la santé de l'homme notamment en matière :
 - de prévention des maladies transmissibles ;
 - de salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de la vie de l'homme ;
 - d'alimentation en eaux destinée à la consommation humaine ;
 - d'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement ;
 - d'évacuation, de traitement, d'élimination et d'utilisation des eaux usées et des déchets ;
 - de lutte contre les bruits de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique ;
 - de préparation, distribution, transport et conservation des denrées alimentaires » (L. 1311-1 du CSP).

Ces textes peuvent, le cas échéant, être complétés par des arrêtés municipaux ou préfectoraux (L. 1311-2 du CSP).

Il est à noter que, depuis la parution de cette loi, si certains décrets d'application prévus ont bien été pris²², l'architecture juridique est encore incomplète. En effet, ceux concernant l'habitat notamment, n'ont pas été publiés et font conserver une valeur juridique aux règlements sanitaires départementaux.

- Le même texte évoque d'autre part l'organisation des services communaux en stipulant que :

²¹ Dans l'hypothèse où le préfet est amené à compléter ces décrets par des arrêtés, il lui appartient d'abroger explicitement les articles correspondant du règlement sanitaire départemental.

²² On peut citer, de manière non exhaustive par exemple : bruit, la loi n° 92-1444 du 31 décembre 1992 et ses décrets d'application donnent au maire les pouvoirs de police générale en la matière ; l'eau (décret n° 89-3 du 3 janvier 1989 relatif à l'eau, décret n° 2001-1220 du 20 décembre 2001 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles) ; la qualité de l'air extérieur (décret 98-362 du 6 mai 1998 relatif aux plans régionaux pour la qualité de l'air, décret n° 2001-449 du 25 mai 2005 relatif aux plans de protection de l'atmosphère).

- les services communaux d'hygiène et de santé se substituent aux anciens bureaux municipaux d'hygiène (art. 68), étendant désormais leur action aux domaines de la santé ;
- « des décrets en Conseil d'Etat [...] fixent notamment les conditions requises pour exercer les fonctions de directeur d'un service d'hygiène et de santé, communal ou intercommunal » (L. 1422 -2 du CSP).
 - Par ailleurs, l'article 3 de la loi n° 86-972 du 19 août 1986 portant dispositions diverses relatives aux collectivités locales, indique le caractère désormais définitif²³ du transfert de compétences aux communes disposant d'un SCHS à la date du 1^{er} janvier 1984, des attributions qu'elles exercent en matière de vaccination, de désinfection et de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène.

1.3 Malgré certaines clarifications, des ambiguïtés demeurent

1.3.1 *Certaines questions ont trouvé une réponse claire*

La loi ne fait plus obligation aux communes de plus de 20 000 habitants de disposer d'un SCHS. Seules celles qui en disposaient avant le 1^{er} janvier 1984 peuvent prétendre à une compensation de l'Etat pour les transferts opérés. Les autres communes peuvent créer des services communaux mais exercent alors des compétences propres et ne peuvent prétendre à des compensations financières.

Les directeurs des SCHS sont des agents des collectivités locales relevant de la fonction publique territoriale, l'absence de parution d'un décret fixant leurs conditions de recrutement légitime de facto la diversité de recrutement de ces personnels pourvu que leur qualité d'agent communal soit effective.

Les SCHS ayant une existence reconnue par la loi, s'agissant d'une compétence décentralisée, les dépenses qui y afférent revêtent un caractère obligatoire pour les communes concernées.

1.3.2 *Malgré ces clarifications intervenues, de nombreuses interrogations demeurent*

➤ **L'avis de Conseil d'Etat a été requis**

Le gouvernement, par la voie du ministre de la solidarité, a questionné les sections sociale et de l'intérieur du Conseil d'Etat sur des points d'interprétation des textes en vigueur. La Haute Juridiction a rendu, le 8 novembre 1988, son avis. Ce dernier :

- confirme que les maires et les préfets, « autorités de police peuvent prendre des mesures pour assurer le respect des règles d'hygiène [...] dans les conditions où elles intervenaient pour l'application des règlements sanitaires [...] ;

²³ La loi de transfert de compétences, du 29 décembre 1983, prévoyait ce transfert à titre provisoire pour un an.

- indique que l'« l'habilitation donnée au maire par l'article [L. 1311-2 du CSP] ne fait pas obstacle à ce que le maire puisse [...] faire usage des pouvoirs qu'il tient de l'article L. 131-2²⁴ du code des communes pour prendre des mesures destinées à protéger la santé publique dans sa commune [...] ;
- distingue la compétence attribuée par l'Etat visant le contrôle de l'application des règles d'hygiène transférée, et celle liée à l'application du code de la santé publique qui relève des autorités municipales ;
- constate que « le 3^{ème} alinéa de l'article [L. 1422-1 du CSP] n'exclut pas la possibilité, pour le représentant de l'Etat, de faire usage des pouvoirs définis à l'article [L. 1421-4 du CSP] lorsqu'un SCHS fait preuve de carence dans l'exercice des attributions [...] qu'il a conservées ;
- note que « les pollutions de toute nature » mentionnées [au] code des communes [...] ne comprennent pas [...] les nuisances sonores qu'il appartient en règle générale de réprimer [...] ; dans les communes où la police est établie, ce soin incombe à l'Etat seul ».

Il a par ailleurs rappelé la définition du contrôle administratif et technique des règles d'hygiène (confer infra).

➤ **Une circulaire explicite les règles en cours**

La circulaire DGS/PGE n° 927, du 14 juin 1989, du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale a pour objet l'application des dispositions du code de la santé publique concernant les règles d'hygiène.

Elle rappelle aux préfets, aux DRASS et aux DDASS, le cadre juridique dans lequel interviennent les règles d'hygiène et leur contrôle. Le texte insiste particulièrement sur la combinaison des pouvoirs de police et la pratique du contrôle. L'avis du Conseil d'Etat alimente l'analyse juridique développée dans ce texte.

Le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène y est présenté sous un triple aspect : le contrôle global des objectifs sanitaires, la vérification des règles d'hygiène et la répression.

Le contrôle global des objectifs sanitaires, défini comme étant le « suivi continu de l'évolution de la santé de la population par rapport aux buts de santé et au respect des règles d'hygiène », recouvre à la fois :

- la mise en place d'indicateurs sanitaires ;
- le recueil des données et leur analyse ;
- la cartographie des risques ;
- la coordination des objectifs et des moyens ;
- le regroupement et la synthèse des mesures de la qualité des eaux destinées à la consommation ;
- la transmission et la synthèse des déclarations de maladies, l'analyse des données épidémiologiques.

²⁴ Après codification cet article ancien se retrouve désormais dans les articles L 2212-2, L 2212-3, L 2213-9 et L 2213-23 du CSP.

Ces tâches et ces responsabilités sont assumées uniquement par les services de l'Etat.

La vérification des règles d'hygiène, par le contrôle administratif (instruction et suivi de dossiers, renouvellement d'agrément, rapports et analyses périodiques) et technique (mesures avec appareil spécialisé, exécution d'analyses, vérification de qualité...) est effectuée par les services de l'Etat ou les SCHS.

La répression est assurée par les services qui interviennent dans la vérification des règles.

La circulaire, s'appuyant sur l'avis de Conseil d'Etat du 8 novembre 1988, déjà cité, qui indique que lorsqu'un SCHS fait preuve de carence, le préfet peut faire usage des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article L. 1421-4 du CSP, en conclu que le représentant de l'Etat doit disposer, «d'une manière continue, des diverses informations et données permettant d'assurer le contrôle global des objectifs sanitaires et notamment la coordination des actions menées, l'information immédiate des situations d'urgence, la connaissance des attributions qui ne seraient assurées que partiellement ou pas du tout».

➤ **Cependant, certains points restent soumis à discussion**

Pour la mission, cette interprétation de l'avis du Conseil d'Etat apparaît un peu extensive. Si, en effet, le préfet doit s'assurer de la réalité de l'exercice des missions dévolue par la loi aux SCHS, il doit exercer ce contrôle dans le cadre général du contrôle de la légalité par un contrôle *a posteriori* des actes des collectivités. Le constat de carence relevant d'une autre procédure. Dès lors, le contrôle en continu de l'activité des SCHS par le préfet n'apparaît pas comme étant d'une force juridique indiscutable. D'ailleurs il est à noter qu'au cours de ses investigations, la mission n'a relevé aucune procédure locale relevant de l'application de cette circulaire.

La circulaire évoque également deux autres points importants à relever :

- D'une part le périmètre d'action des SCHS est déterminé en fonction des missions assumées au 1^{er} février 1984. Cette analyse implique que toutes les prérogatives exercées à cette date doivent être exercées et qu'à l'inverse, celles qui ne l'étaient pas ne peuvent plus l'être au nom de l'Etat²⁵. Cette interprétation ne prend pas en compte l'absence de document formel déterminant avec précision le périmètre des actions menées à cette date.
- D'autre part, les termes utilisés dans ce texte peuvent prêter à confusion.

En effet, la circulaire indique à plusieurs reprises que les SCHS exercent « au nom de l'Etat, le contrôle de l'application des règles d'hygiène ».

Cette formulation, pour une compétence décentralisée, tend à laisser penser que le contrôle exercé par les services de l'Etat sur les activités de ces services est légitime. En droit, si cette compétence est décentralisée, ainsi que l'atteste l'attribution d'une DGD, seuls le contrôle de légalité et la capacité à constater une carence d'une collectivité permettent, le cas échéant, au représentant de l'Etat d'agir.

Par ailleurs, en cas de mise en cause au pénal ou de saisie du juge pour carence, la question de la responsabilité pourrait être posée. L'Etat est-il responsable, s'agissant d'une responsabilité "exercée en son nom" selon les termes de la circulaire de 1989 ?

²⁵ Chapitre I, 2, b ; page 6.

Ou, au contraire, la responsabilité relève-t-elle de la commune, s'agissant d'une compétence décentralisée ainsi que le versement de la DGD en atteste ?

1.3.3 Pour remédier aux difficultés observées, une tentative avortée de modification de la loi

La possibilité d'extension territoriale d'activité de SCHS a été étudiée au début des années 90. Après une première demande en 1990, un projet de loi rédigé par le ministère de l'intérieur, à la suite d'une intervention du maire de Bordeaux a été proposé aux services du ministère de la santé en août 1991. Ce projet prévoyait que sur leur demande les communes disposant d'un SCHS puissent étendre ces activités, avec l'accord des conseils municipaux intéressés, aux communes membres d'un même établissement de coopération intercommunal.

Sur le plan du financement, il était alors proposé, dans la mesure où un abondement de la DGD ne pouvait être envisagé, de régler cette question par le biais de conventions locales conclues entre le représentant de l'Etat dans le département et les maires des communes concernées.

Le ministère de la santé a fait connaître son opposition à toute dérogation aux dispositions qui impliquent la reconnaissance d'une situation de fait figée à la date du 1^{er} janvier 1984. Une telle dérogation aurait en effet pour le ministère de la santé pour conséquence de « bouleverser la politique sanitaire d'hygiène et poser d'importants problèmes de personnels ou financiers²⁶ ».

La nécessité de consulter le ministère de l'économie et des finances est évoquée par ailleurs.

Ce projet n'a pas eu de suite.

1.3.4 Les textes les plus récents ne lèvent pas les ambiguïtés

Les derniers textes législatifs ne modifient pas la situation, alors qu'ils représentaient une réelle opportunité.

- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :
 - confirme la responsabilité de l'Etat en matière de vaccination. La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé (L. 3111-1 du CSP), les vaccinations antidiphétique et antitétanique demeurent obligatoires (article L. 3111-2 du CSP) ;
 - le chapitre 3 de la loi insère dans le code de la santé publique un chapitre nouveau consacré au « plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement » ;
 - l'article 83 de la loi modifie l'article L. 1421-4 du CSP qui indique désormais que « le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène relève :
 - 1^o de la compétence du maire pour les règles générales d'hygiène fixées, en application du chapitre 1^{er} du livre III, pour les habitations, leurs abords et leurs dépendances ;

²⁶ Note de la sous direction de la prévention générale et de l'environnement au ministre des affaires sociales et de l'intégration, en date du 8 octobre 1991.

- 2° de la compétence de l'Etat dans les autres domaines sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales par des dispositions spécifiques du présent code ou du code général des collectivités territoriales. »

Par ailleurs, ce texte affirme la compétence générale du maire dans le domaine de l'habitat.

- La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ne modifie pas substantiellement le paysage juridique qui caractérise l'action des SCHS.

Son chapitre IV, consacré à la santé, modifie le code de la santé publique dans des domaines concernant les services communaux d'hygiène et de santé :

- Le département se voit consacrer la responsabilité de la compétence de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (L. 1423-1). Il « peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat, participer à la mise en œuvre des programmes de santé » (L. 1423-2).
- En matière de vaccination, dispensaires antituberculeux, ainsi que les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux (L. 3112-3 modifié), ne relèvent plus obligatoirement des services du département. Désormais, « les collectivités locales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat » (L. 3111-11).
- La lutte contre la tuberculose et la lèpre (L. 3112-2), le virus de l'immunodéficience humaine (L. 3121-1) relève de la compétence de l'Etat.
- « Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par [...] un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention [avec l'Etat] ».
- La définition des mesures de lutte nécessaires contre le risque de développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire d'insectes et constituant une menace pour la population relève de la compétence de l'Etat. Une liste des départements concernés est établie par arrêté et tenue à jour par le ministre chargé de la santé. La nature des mesures susceptibles d'être prises est déterminée par un décret pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France (L. 3145-56).

Dans les départements concernés, des arrêtés préfectoraux prescrivent toutes mesures à prendre pour lutter contre les moustiques vecteurs de ces maladies. La loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques est modifiée pour tenir compte de ces nouvelles dispositions.

Le texte adopté par le Parlement permet aux maires des communes de prendre des arrêtés de police conjointement avec le président d'un établissement public de coopération intercommunal (EPCI), et le ou les maires concernés par une compétence transférée en matière d'assainissement et d'élimination de déchets ménagers (L. 5211-9-2 du CGCT, par dérogation aux articles L. 2212-2 du même code).

Par ailleurs, un ajout à l'article L. 5211-4-1 du CGCT permet désormais, sous conditions²⁷, de mettre à disposition, pour l'exercice de leurs compétences, d'une ou plusieurs communes membres, les services d'un EPCI. De même, dans des conditions identiques, les services d'une commune membre peuvent être mis à disposition, en tout ou partie, d'un EPCI.

Le maire, le président de la collectivité territoriale ou de l'établissement public « adresse directement au chef de service mis à disposition toutes instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie au dit service. Il contrôle l'exécution de ces tâches.

Il peut donner sous sa surveillance et sa responsabilité, par arrêté, délégation de signature au chef dudit service pour l'exécution des missions qu'il lui confie en application de l'alinéa précédent ».

²⁷ Cette mise à disposition doit présenter un intérêt dans le cadre de la bonne organisation des services. Une convention, prévoyant notamment les conditions de remboursement des frais de fonctionnement du service, doit être établie entre les parties.

CHAPITRE 2. ETAT DES LIEUX

2.1 Organisation générale des services communaux d'hygiène et de santé : des services à géométrie variable

La grande diversité des villes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé entraîne naturellement une diversité de ces services. Cette hétérogénéité porte à la fois sur :

- la dimension du SCHS,
- son positionnement au sein de l'administration communale,
- son organisation interne,
- ses relations avec les autres services de la mairie.

2.1.1 *Des dimensions variables*

La taille des SCHS est d'abord en rapport avec la taille de l'administration communale et l'importance numérique de la population desservie. Dans l'échantillon de communes allant de 4 658 habitants (Royat) à près de 800 000 habitants (Marseille), il n'est pas surprenant de constater que les effectifs d'agents correspondant aillent de quelques unités (0,03 ETP à Royat ; 1,5 ETP à Denain) à plusieurs dizaines d'agents (49 agents à Marseille ; 97 agents à Nice).

On constate aussi qu'il n'existe pas de parallélisme absolu entre la population de la commune et l'effectif de personnel du SCHS ou de l'ensemble des services (ou fractions de service) qui en tiennent lieu. Cette variabilité s'explique par de nombreux facteurs relevant notamment : de l'histoire du bureau municipal d'hygiène devenu SCHS, des caractéristiques de la commune et de son environnement, de la prégnance des problèmes de salubrité et d'hygiène, de la richesse de la commune et des choix faits par ses élus.

S'il ne faut pas tirer de conclusions hâtives à propos des disparités observées, on comprend aisément qu'il puisse s'avérer impossible d'assurer en régie, dans une petite commune, la plénitude des missions dévolues.

De ce point de vue, l'obligation créée par la loi de 1902 de doter d'un bureau municipal d'hygiène toutes les communes d'au moins 20 000 habitants ou 2 000 habitants si elles sont le siège d'un établissement thermal trouve désormais ses limites. Certes, l'obligation de créer de nouveaux services a désormais disparu (cf. supra), mais il existe encore des SCHS créés sous l'empire de cette législation, comme Royat ou Denain que la mission a visités.

La commune de Royat ne dispose pas et depuis longtemps de service individualisé d'hygiène et de santé. Il n'y a pas de directeur et les quelques activités menées ressortissent davantage au pouvoir général de police du maire qu'à des compétences exercées de manière dérogatoire "pour le compte de l'Etat".

La commune ne dispose d'ailleurs pas des personnels ayant les qualifications requises pour assurer pleinement de telles missions.

La présence d'un établissement thermal pour justifier l'existence ou le maintien d'un SCHS à Royat trouve ici deux limites : d'une part, l'absence d'autonomie juridique des thermes de Royat par rapport à la commune va à l'encontre du principe général d'indépendance du contrôleur vis-à-vis du contrôlé. D'autre part, le volume restreint des affaires à traiter, en rapport avec la taille de la population desservie, ne permet pas à la commune de se doter des compétences requises pour un coût raisonnable.

NB : Les Thermes de Royat sont un service non personnalisé de la commune. Le gestionnaire est la Régie municipale des eaux minérales de Royat. Des contrôles internes quotidiens sont réalisés par l'établissement. Le contrôle externe est assuré par la DDASS comme dans les cinq autres établissements thermaux du département.

En 2003, les établissements thermaux de Royat et du Mont-Dore, à l'instar de celui de Châtel-Guyon en 2002, ont connu des problèmes de contamination bactériologique des réseaux ayant entraîné des fermetures importantes de postes de soins.

2.1.2 Des positionnements et des organisations internes variables

2.1.2.1 L'organisation interne du SCHS et sa situation au sein de l'administration communale sont variables.

Si le service est petit, il est généralement rattaché ou incorporé au sein d'un ensemble plus vaste. Si le service est numériquement important, il est généralement bien individualisé et peut constituer par lui-même l'équivalent d'une sous-direction subdivisée en bureaux ou cellules. Ceci ne constitue qu'une tendance schématique, de bon sens, mais fréquemment modulée par deux autres aspects : l'étendue et la diversité des activités menées d'une part, la personnalité du directeur d'autre part.

L'absence de directeur est un facteur de dispersion des activités menées. Le constat en a été fait à Denain où, entre 1984 et 2001, il n'y avait pas de responsable attitré du SCHS ; les quelques activités menées étaient alors dispersées au sein de différents services de la mairie, essentiellement le service urbanisme et les services techniques. Depuis 2001, un rédacteur territorial, faisant fonction d'inspecteur de salubrité, assure la responsabilité du service dont les missions ont à nouveau été rassemblées.

A l'inverse, la stature de certains directeurs peut être un élément de cohésion et d'unicité entre des activités qui, de par leur diversité et leurs volumes respectifs, auraient tendance à s'autonomiser les unes par rapport aux autres (comme à Marseille ou à Nice). Qu'y a-t-il en effet de commun entre le contrôle des règles d'hygiène, les vaccinations, la PMI ou la santé scolaire, et les autres activités médico-sociales ou de promotion de la santé ? Outre qu'il s'agit

de différents aspects d'une action globale de santé, cette juxtaposition de missions aussi différentes au sein d'un même service s'explique par la petitesse des effectifs de personnels dédiés à chacune de ces missions et la rareté de l'encadrement disponible.

2.1.2.2 L'organigramme du SCHS dépend des missions et activités qui y sont exercées et de la plus ou moins grande richesse du service en cadres

Les activités de contrôle des règles d'hygiène restent le noyau dur et le plus constant des SCHS, même si l'éventail et la nature des domaines contrôlés peuvent varier considérablement d'un SCHS à l'autre.

Le domaine des vaccinations (tenue du fichier vaccinal, réalisation des vaccinations publiques) est moins constant. Il semblerait aussi que cette activité soit en recul depuis la décentralisation de 1983 qui a confié cette mission aux départements. La ville de Rennes illustre cette tendance. Ayant passé convention avec le département d'Ille-et-Vilaine pour la réalisation des vaccinations publiques sur son territoire, la ville de Rennes rembourse le département des charges qu'elle n'a plus à supporter.

Les activités de désinfection, désinsectisation et dératisation (dites communément 3D) sont de moins en moins souvent assurées en régie par les communes dotées d'un SCHS. Elles sous-traitent de plus en plus souvent à des entreprises spécialisées.

A côté de ces trois blocs de compétences transférées à titre dérogatoire, les SCHS, notamment ceux des villes importantes, exercent parfois toute une palette d'activités parmi lesquelles on peut citer de manière non exhaustive des activités de²⁸ :

- protection maternelle et infantile (PMI),
- santé scolaire, surtout pour les enfants avant 6 ans,
- éducation pour la santé,
- lutte contre le SIDA, la toxicomanie,
- facilitation de l'accès aux soins des personnes démunies,
- vaccinations non obligatoires,
- crèches,
- accès aux soins des plus démunis,
- médecine du travail,
- centres de santé, plus rarement maintenant.

En conséquence, l'organigramme interne du SCHS comporte généralement :

- la direction et son secrétariat,
- un service chargé du contrôle des règles d'hygiène ; ce service assure le plus souvent les 3D, en régie ou par sous-traitance,
- un ou plusieurs services chargés des vaccinations et des autres activités médico-sociales et de promotion de la santé ; c'est la partie la plus polymorphe des SCHS.

²⁸ L'enquête réalisée par la DGS à la fin de la décennie 80 auprès de toutes les villes de plus de 20 000 habitants disposant d'un SCHS (144 réponses) montrait bien la diversité des activités non couvertes par la DGD instituée en 1984.

2.1.2.3 La diversité des configurations constatées se traduit par une diversification des dénominations données par les mairies à leur service communal d'hygiène et de santé²⁹

Ainsi, sur le petit échantillon de villes rencontrées, la mission a relevé les dénominations suivantes :

- direction de l'écologie urbaine (Lyon) ;
- direction de la santé et de l'environnement (Marseille) ;
- direction de la santé (Nice) ;
- service hygiène, santé publique, environnement (La Rochelle) ;
- service municipal de la santé et de la vie associative (Vaulx-en-Velin).

La situation est encore bien plus déroutante lorsque les activités d'hygiène et de santé sont éclatées entre plusieurs services de la mairie. C'est notamment le cas à Nevers et Clichy-la-Garenne où il n'y a pas ou plus de service communal d'hygiène et de santé en tant que tel.

A Nevers, les missions SCHS relèvent de différents services :

- la direction de l'environnement urbain exerce la compétence dans les domaines de l'hygiène publique et de la lutte anti-vectorielle ;
- la direction du développement urbain gère l'ensemble des procédures liées à l'insalubrité ;
- la direction jeunesse et citoyenneté engage la lutte contre le bruit ;
- le centre communal d'action sociale développe des actions au niveau de l'éducation sanitaire et pour la promotion de la santé.

A Clichy-la-Garenne, cinq services de la ville assument, à des titres divers, les responsabilités du SCHS :

- le service du logement et de l'hygiène, à qui est confié la plus grande part des activités traditionnelles ;
- le service de l'urbanisme, spécialisé dans la recherche des légionelloses et de l'amiante ;
- le bureau des écoles qui gère le fichier vaccinal ;
- l'état civil qui reçoit les déclarations de décès ;
- le service communal de santé ; ce dernier n'exerce que marginalement des compétences en matière de santé publique mais a maintenu une activité importante de vaccinations.

2.1.2.4 La fonction de direction des SCHS est également variable d'un site à un autre et on constate une démédicalisation progressive de la fonction directoriale.

Alors que la législation initiale (cf. supra) réservait la fonction de directeur de bureau municipal d'hygiène aux docteurs en médecine, le syndicat des médecins directeurs de SCHS estime qu'il n'y a plus que 82 médecins sur les 208 responsables de SCHS éligibles à la DGD, soit 40 % des "directeurs".

Quinze ans plus tôt, d'après l'enquête de la DGS déjà citée, il y avait encore 96 médecins (dont la moitié de spécialistes en santé publique) sur les 144 SCHS ayant répondu. Une baisse tendancielle et continue de la qualité de « médecins directeurs » est ainsi observable (au

²⁹ La dénomination "service communal d'hygiène et de santé" est l'appellation officielle introduite par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, article 68.

moins 14 postes en 15 ans). Les autres profils professionnels sont techniques (généralement ingénieur) ou administratifs.

Le mouvement de démédicalisation est donc bien réel et encore relativement récent. Que faut-il en penser ?

L'évolution constatée est la conséquence de différents facteurs.

Il y a tout d'abord la déréglementation de fait, en l'attente du décret devant déterminer les conditions requises pour exercer les fonctions de directeur de SCHS (cf. art. L. 1422-2 du CSP).

Cette déréglementation coïncide avec l'extinction du corps des médecins de la santé publique, une pénurie relative de médecins, notamment de santé publique, sans oublier les conditions statutaires considérées par la profession comme peu attractives.

Cependant, et fort heureusement en l'espèce, l'évolution des activités des SCHS suit deux tendances inverses.

Les missions traditionnelles, issues de la loi de 1902, étaient axées sur la protection contre les maladies transmissibles et la dimension médicale était prégnante (déclaration, enquête épidémiologique, isolement des malades et des sujets contacts, désinfection, lutte contre les vecteurs, vaccination) ; cette problématique n'a pas disparu, mais le développement de l'antibiothérapie a radicalement changé la donne et le péril infectieux ne revêt plus la même acuité.

A l'inverse, les méfaits de l'insalubrité environnementale sont mieux connus et connaissent une acuité croissante. L'arrivée des ingénieurs sanitaires au ministère de la santé date d'une trentaine d'année.

Par ailleurs, les progrès des connaissances médicales et environnementales plaident en faveur d'une spécialisation accrue des personnes en charge de ces dossiers. On a désormais besoin d'ingénieurs et de médecins, parfois de biologistes, de vétérinaires et de toxicologues. La polyvalence du docteur en médecine, fût-il spécialiste de santé publique, a aussi ses limites. L'idéal est donc de pouvoir disposer de la totalité des compétences et de l'expertise de ces différents métiers.

En conséquence, l'avantage éventuel de la qualité de médecin pour exercer les fonctions de direction d'un SCHS sera proportionnel à la part des activités médico-sociales et de promotion de la santé versus celles qui ressortissent au strict contrôle des règles d'hygiène.

2.1.3 *Les relations au sein de l'administration communale*

◆ L'enquête réalisée par la DGS à la fin des années 80 montrait qu'environ 40 % des SCHS des villes de plus de 20 000 habitants étaient rattachés directement au secrétaire général de mairie. Cette estimation reste compatible avec ce que la mission a constaté sur un échantillon beaucoup plus modeste et non aléatoire.

Là aussi on constate une très grande diversité de situations, sans rapport avec la taille du SCHS.

Au demeurant, que le "directeur" du SCHS soit hiérarchiquement rattaché directement au directeur général des services ou à une direction technique (cas fréquent) ou administrative (cas plus rare) ne reflète pas nécessairement l'attention ou l'intérêt que le maire porte aux activités menées par son SCHS. La compétence et la personnalité du "directeur" du SCHS

paraissent plus déterminantes que son positionnement institutionnel pour emporter l'adhésion des élus à ses propositions, qu'elles concernent les objectifs ou les moyens.

◆ Dans la plupart des communes visitées, le maire ou un adjoint, parfois un conseiller municipal, est le référent politique du service. Parfois, notamment lorsque le SCHS a des activités très diversifiées, le chef de service peut avoir affaire à plusieurs élus, ce qui peut constituer une complication supplémentaire.

Dans l'ensemble, la mission n'a pas eu à connaître de situations où un maire ou ses adjoints tentaient d'influencer les appréciations techniques portées par les agents du SCHS. Si le risque d'instrumentalisation d'un SCHS, notamment à des fins d'aménagement, est sans doute réel, la mission n'a pas eu à connaître, directement ou non, de situations de cette nature.

A l'inverse, la mission a constaté, en différents sites, un souci d'éviter au maximum les risques de partialité dans les contrôles réalisés ou les avis donnés. La complémentarité et la collaboration entre les SCHS et les services de l'Etat sont importantes de ce point de vue.

◆ Les relations avec les autres services de la mairie sont, on s'en doute, très variables aussi. Cela dépend essentiellement des personnes qui dirigent ces services et du management impulsé par le directeur général.

◆ A noter que, dans l'échantillon des villes enquêtées, la mission n'a pas eu à connaître de coexistence entre un service communal d'hygiène et de santé et un laboratoire municipal d'hygiène.

2.2 Les missions et le rôle des services communaux d'hygiène et de santé

2.2.1 *Le management des services municipaux, le développement de l'intercommunalité et les transferts de compétences opérés au profit d'autres collectivités expliquent l'évolution actuelle des missions des SCHS*

2.2.1.1 *Le management des services municipaux*

Au moment des lois de décentralisation, les attributions des SCHS, sont celles confiées aux bureaux municipaux d'hygiène (BMH). Certaines compétences des SCHS ont un caractère obligatoire. D'autres attributions présentent un caractère facultatif. (Confer supra le cadre juridique des SCHS, et l'annexe 2).

Le rôle des communes dans la gestion des territoires s'est amplifié depuis 20 ans. La structure administrative des villes en a été profondément modifiée. En particulier, les effectifs des agents de collectivités territoriales ont progressé. Cette évolution a eu un impact sur les compétences des SCHS.

Les maires ont fait des choix d'attributions de compétences pour leurs services au regard des engagements qu'ils avaient pris et des politiques qu'ils menaient. Des missions confiées aux SCHS par l'Etat ont été plus ou moins explicitement attribuées à d'autres services fortement

développés. C'est le cas, par exemple, des services d'assainissement et de gestion de l'eau dont l'impact dans l'examen des projets de captage et de traitement des eaux destinées à l'alimentation ou encore d'évacuations et d'épurations des eaux usées n'a laissé dans ces domaines qu'un rôle résiduel aux SCHS.

Mais ce phénomène a touché des missions plus classiques : lutte contre les nuisances sonores, contrôle des modalités de transmission des sources d'infection (dératisation, désinfection, désinsectisation). Celles-ci ont pu être transférées aux services de police municipaux dans le premier cas ou encore à des services techniques dans le second cas.

La mise en œuvre de ces missions s'est alors complexifiée lorsque plusieurs services ont partagé leur gestion (le bruit, la gestion de l'eau entre le SCHS et parfois un laboratoire municipal, le contrôle des marchés...).

De manière plus radicale encore certains SCHS en tant que tels ont disparu bien que le versement de la DGD ait été maintenu. Par exemple, le SCHS de Charleville-Mézières n'a plus fonctionné pendant trois ans. Seule la menace de supprimer la DGD de 110 000 € en 2003 a conduit au recrutement par la ville en mai 2004 d'un ingénieur sanitaire dont l'objectif assigné est de traiter en priorité les plaintes liées au logement. Dans d'autres cas, l'ensemble des missions du SCHS ont été accaparées à des niveaux divers par d'autres services ou directions de la ville.

A l'inverse, des villes importantes, touchées par des problématiques lourdes de santé publique (SIDA, toxicomanies..) ont fortement développé des politiques d'éducation et de promotion de la santé. Les SCHS ont étendu leur champ d'actions s'intégrant dans des directions de la santé aux compétences plus larges que celles traditionnelles des SCHS.

Cette situation suppose, d'ailleurs, que la direction des SCHS soit confiée à un médecin avec l'appui parfois d'autres confrères quand l'organisation du service s'est complexifiée entre plusieurs unités de santé (éducation à la santé, promotion à la santé...). Dans les autres hypothèses, lorsque les directions des SCHS sont assurées par un ingénieur sanitaire ou un attaché territorial, les attributions du SCHS en santé publique sont souvent tombées en quasi désuétude (enquêtes épidémiologiques, déclarations des maladies à déclaration obligatoire, contrôle des statistiques des cas de maladies transmissibles et contagieuses) sauf pour les vaccinations où la possibilité de faire appel à des vacataires médecins, parfois rémunérés par le conseil général, n'implique pas directement les directions des SCHS.

Les modifications d'organisation concernent également les laboratoires municipaux d'hygiène. Ces derniers sont distincts aujourd'hui des SCHS, ce qui n'était pas forcément le cas en 1984. L'autonomie des laboratoires modifie le périmètre d'action des SCHS et affecte les moyens financiers de la DGD liées aux activités du SCHS. C'est le cas de Nice.

2.2.1.2 Les transferts de compétences dans le cadre nouveau de l'intercommunalité ou vers d'autres collectivités ont des effets sur les missions des SCHS

Les changements décrits précédemment n'ont pas touché que l'organisation interne des communes. Depuis la fin des années 1990, des communautés d'agglomération se sont créées. Elles ont abouti à des transferts de compétences notamment en ce qui concerne la gestion de l'eau, l'assainissement, le contrôle de la pollution ou la capture des animaux errants dont l'impact, pour varié qu'il soit, est essentiel sur les compétences des SCHS.

Les communes ont passé des conventions avec les conseils généraux qui les conduisent à assurer les vaccinations obligatoires et facultatives. Dans le cadre des lois de décentralisation, les conseils généraux se sont vu confier des compétences spécifiques en matière de vaccinations. Dès lors que précédemment à ces lois, les SCHS exerçaient ce type d'activité, la loi leur a demandé de continuer à les assurer au même titre que le contrôle des règles d'hygiène... C'est le cas à Marseille, Aubervilliers, Reims, La Rochelle, par exemple.

2.2.1.3 Des illustrations de ces facteurs explicatifs dans l'évolution des compétences des SCHS

Cinq exemples peuvent être ici apportés : un partage des rôles (Agen et Clichy), la disparition du SCHS dont les missions sont confiées à d'autres directions et services (Nevers), le développement de politiques de santé publique (Marseille), l'impact de l'intégration de certaines compétences de la ville dans une communauté d'agglomération (Nice).

➤ **Un partage des rôles**

AGEN

Plusieurs services de la ville d'Agen interviennent dans le domaine de la santé et de l'hygiène du milieu.

Le service Assainissement y joue un rôle pivot.

Au sein des services techniques municipaux, le service Assainissement avec un budget - assainissement proprement dit et eau - de près de 2 M€en 2003 (4 fois plus important que celui du SCHS) contribue tant en ce qui concerne l'urbanisme que l'assainissement au contrôle des règles d'hygiène : demandes de permis de construire, vérifications des installations réalisées pendant et après l'exécution des travaux, assainissement collectif. Il traite également des dossiers de demande de branchement pour les travaux ne nécessitant pas de permis de construire. Le SCHS n'intervient qu'à la demande du service assainissement et de manière limitée pour donner son avis sur les bacs à graisse, les séparateurs à hydrocarbures ou encore les bacs à légumes par exemple.

Le Centre Technique Municipal (CTM) participe à la lutte contre la prolifération des pigeons.

Quatre captures de pigeons sont organisées annuellement. La ville d'Agen fait appel à une entreprise privée. En 2003, le coût de cette intervention s'est élevé à 5090 € Elle s'organise sous l'égide du CTM. Une distribution d'appâts précède chaque intervention.

La police municipale concourt à la mise en œuvre des arrêtés municipaux. Le personnel assermenté effectue les constatations d'usage, par exemple, pour les nuisances sonores. Il assure également les notifications des procès-verbaux.

Des actions de prévention sont menées en direction de la petite enfance.

Plusieurs domaines font l'objet d'une action ciblée : les crèches collectives et familiales de la ville d'Agen, les écoles de la zone d'éducation prioritaire, les centres de loisirs, les jeunes adolescents. Des professionnels de santé interviennent au niveau des crèches (pédiatre et psychologue). Ces professionnels ne dépendent pas du SCHS.

➤ **La disparition du SCHS avec la prise en charge de ses responsabilités par d'autres services de la ville**

NEVERS

En 2004, les services de l'Etat et les services de la ville se sont, dans le cadre d'un protocole d'accord, signé du maire et du préfet, répartis les tâches dans le domaine de la santé et de l'environnement.

Les services de l'Etat assurent le contrôle sanitaire des eaux d'alimentation et de baignade (piscine et rivière), le contrôle de l'hygiène alimentaire et celui des installations classées et la police des eaux.

Les missions de la ville après la disparition du SCHS relèvent de différents services :

- la direction de l'environnement urbain exerce ses compétences dans les domaines de l'hygiène publique et de la lutte anti-vectorielle ;
- la direction du développement urbain gère l'ensemble des procédures liées à l'insalubrité ;
- la direction jeunesse et citoyenneté engage la lutte contre le bruit ;
- le centre communal d'action sociale développe des actions au niveau de l'éducation sanitaire et pour la promotion de la santé.

➤ **Le développement de politiques de santé publique**

MARSEILLE

La direction de la santé et de l'environnement de la ville de Marseille comprend deux pôles dont celui de la prévention et de la promotion de la santé. Ce dernier inclut une unité de gestion qui traite dans leur ensemble les problématiques liées aux populations, aux territoires de Marseille et à la santé. Son fondement est double. Il répond à un besoin d'organisation de la permanence des soins sur le territoire du centre ville et à la nécessité d'une éducation sanitaire de la population dans son recours aux urgences.

Ce pôle dispose également d'une unité « sida, toxicomanies, prévention des conduites à risques » avec deux axes majeurs d'intervention : permettre à des personnes concernées par l'infection au VIH ou aux toxicomanes d'avoir accès à leurs droits essentiels (soins, logements, insertion...) mais aussi prévenir et tenter de réduire leurs risques à contracter une maladie liée aux relations sexuelles ou à l'usage de substances psycho actives.

Cette direction comprend 70 agents (68,9 ETP), dont 10 cadres A. Parmi ces cadres, quatre médecins interviennent dans différentes activités : deux pour le pôle prévention et promotion de la santé, un au centre de vaccinations internationales et un pour le management de la structure.

La direction de la santé environnement a eu recours à l'observatoire régional de santé afin d'établir des tableaux de bord de santé pour la ville de Marseille. Après une analyse d'ensemble (les grandes tendances démographiques, le contexte économique et social, la mortalité générale, la mortalité prématurée), plusieurs thèmes sont abordés qui concernent les pathologies les plus lourdes au niveau de Marseille :

- les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'infection par le VIH et le SIDA,
- les comportements à risques (le tabac, l'alcool, l'usage de drogues illicites, les suicides, les accidents de la route),
- les groupes de populations fragiles (la mère et l'enfant, les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées),
- l'environnement dans lequel se situent les populations sur les différents territoires de la cité phocéenne (l'eau potable, l'air),
- les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, autres),
- les établissements hospitaliers pour les soins de courte durée et de longue durée ainsi que pour les soins de suite et de réadaptation, les soins psychiatriques et les urgences.

Toutes les données permettent de comparer la situation marseillaise à celles d'autres métropoles régionales (Paris, Lyon, Bordeaux, Nice, Strasbourg, Toulouse, Montpellier, Rennes).

Le diagnostic santé établi par la DSE sous la forme de tableaux de bord, état des lieux de la situation sanitaire de Marseille, représente un atout important pour tous les acteurs et les décideurs des politiques de santé publique, dont la DDASS.

Dans le domaine de la santé, la ville de Marseille a toujours été un partenaire essentiel pour la DDASS. Marseille a été fortement touchée par l'épidémie du SIDA. Les élus se sont mobilisés contre ce fléau. En 1993 et 1997, la ville participe à deux études multicritères avec la DDASS. En 1996, la ville crée la mission SIDA toxicomanie qui rejoindra en 2003 la direction de la santé environnement. L'instruction des demandes de projets associatifs s'organise de concert entre la DDASS et la direction de la santé. Le comité de pilotage « Politique de la ville » et sa correspondance pour « les problèmes de santé » est présidé de manière conjointe par le sous-préfet en charge de la politique de la ville et l'élue adjointe au maire, déléguée à l'hygiène et à la santé, à la toxicomanie et à la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent.

La concertation entre les services de l'Etat et la ville est significative pour d'autres activités de santé publique : les ateliers santé ville, la lutte contre la prostitution, les problèmes liés à l'enfance en errance...

Sur un plan technique, dans le cadre de la mission SIDA toxicomanie, la ville a mis en place des automates (distributeurs et échangeurs de seringues) avec l'accord de l'Etat et la collaboration étroite de l'assurance maladie.

➤ **L'impact pour le SCHS de l'intégration de certaines compétences de la ville dans une communauté d'agglomération**

NICE

Dans le domaine de l'environnement, des compétences importantes de la ville de Nice ont été transférées au 1^{er} janvier 2002 à la communauté d'agglomération de Nice Côte d'Azur (la CANCA).

L'article 8 du titre II portant sur les compétences de la CANCA stipule « ... La communauté de l'agglomération de Nice Côte d'Azur est substituée de plein droit, à la date du transfert des compétences, aux communes qui la créent dans toutes les délibérations et tous leurs actes inhérents aux compétences transférées... ».

Ce principe d'exclusivité vise notamment dans ses articles 8, 11 et 12 respectivement les compétences en matière d'équilibre social de l'habitat, celles concernant l'assainissement, l'eau, la protection et la mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie : lutte contre la pollution de l'air, lutte contre les nuisances sonores, élimination des déchets des ménages et déchets assimilés et aussi des compétences supplémentaires comme le contrôle de la qualité (chimique, physique, bactériologique, écotoxicologique) des milieux naturels, des eaux de consommation et de loisirs et la détection, le contrôle et le suivi des sources de pollutions éventuelles.

Ce transfert a obligatoirement un impact fort sur le fonctionnement du SCHS puisque des pans entiers d'activité sont traités désormais par une autre structure.

2.2.2 La qualité des relations entre les services de l'Etat et les SCHS a un impact important dans la prise en charge par les SCHS de missions postérieures aux lois de décentralisation

Différentes missions en santé environnement sont apparues depuis les lois de décentralisation. Elles portent, de manière non exhaustive :

- sur la qualité de l'habitat (lutte contre l'habitat insalubre, lutte contre le saturnisme avec l'état des risques d'accessibilité au plomb, repérage de l'amiante, cartographies des zones prioritaires radon, surveillance épidémiologique dans les cas d'intoxications au monoxyde de carbone),
- sur la qualité de l'air extérieur (pollution urbaine induisant des allergies respiratoires graves, prolifération de l'ambroisie, polluants chimiques facilitant la sensibilisation de l'appareil respiratoire aux allergènes, pollution de l'eau contaminée par des légionnelles liée au fonctionnement des tours aéroréfrigérantes),
- sur l'impact des activités humaines, notamment pour l'évaluation des risques pour la santé en matières de sites et sols pollués par des installations classées,
- sur la sécurité des aliments pour prévenir les risques de toxi-infections alimentaires collectives, de listérioses....,
- sur la qualité des eaux destinées à la consommation avec des risques émergents attribuables à l'eau (parasitoses, cyanotoxines, légionelloses...),
- sur la prévention des risques liés aux nuisances sonores (atteintes auditives, perturbation du sommeil, gêne dans la vie quotidienne....).

Le rôle des SCHS dans ces nouvelles missions varie en fonction du degré d'association de ces structures au fonctionnement des services de l'Etat.

Pour les SCHS de villes très importantes, ou lorsque au sein d'un département la couverture de la population par des SCHS est déterminante (région parisienne) les SCHS sont considérés comme des pôles de compétences essentiels pour la gestion des risques sanitaires exposées précédemment ; ailleurs les situations fluctuent en fonction des relations que peuvent avoir les services de l'Etat avec les SCHS mais la plupart du temps ces derniers n'ont qu'un rôle

marginal dans la gestion de ces missions nouvelles (enquêtes concernant les risques liés à l'amiante, au saturnisme, à la prolifération des légionnelles, participation au plan BIOTOX...).

Deux domaines spécifiques, l'habitat et l'eau, permettent toutefois des convergences d'action fortes entre les services de l'Etat et les SCHS.

Concernant l'habitat indigne et insalubre, plusieurs protocoles ont été signés entre les préfets et les communes siège de SCHS (Lyon, Nice, Aubervilliers par exemple). Dans certains cas, l'association est plus large puisque l'ensemble des partenaires (DDASS, conseil général, SCHS interviennent de manière concertée). C'est le cas de Montpellier.

Le département bénéficie d'un certain nombre d'outils au service des communes, en particulier la MOUS (maîtrise d'œuvre urbaine et sociale). Un architecte accompagne le SCHS dans sa démarche. Ce professionnel complète sur le plan technique le dossier réalisé par le service communal. Quand un appartement est qualifié d'insalubre, il évalue l'ampleur des travaux qui auront un impact sur le niveau de la subvention allouée à un propriétaire, le financement étant plus important si le loyer est conventionné.

Près de la moitié des interventions du SCHS de Montpellier concernent l'habitat. C'est le cas également d'Aubervilliers.

Pour Montpellier, en 2003, le SCHS a reçu 350 plaintes concernant ce domaine. Au total, sur 1 158 interventions du SCHS, 583 en relèvent. Les contrôles des agents du SCHS s'effectuent dans le cadre d'une opération programmée d'amélioration de l'habitat (OPAH) ou par contrôle inopiné. Le SCHS travaille en étroite collaboration avec la DDASS, un rapport complet lui est fourni à chaque visite des agents du SCHS. Dans ces contrôles, l'objectif premier du SCHS est d'encourager la population à réhabiliter l'habitat ancien.

Le centre de Montpellier est la cible des différentes interventions du SCHS. Lorsque le logement est vétuste, un courrier est envoyé au plaignant en lui indiquant les infractions les plus significatives au règlement sanitaire départemental et les travaux les plus urgents qui doivent être effectués afin d'y mettre fin. Si le logement est inadapté à l'habitat pour la famille, les agents du SCHS rencontrent le propriétaire et essaient d'obtenir son accord pour qu'il réalise les travaux. A défaut, une seconde visite a lieu conjointement avec les services de la DDASS. En cas d'opposition de la part des propriétaires, la procédure d'habitat insalubre est engagée. 10 rapports de cette nature ont été transmis par le SCHS au préfet de l'Hérault. Ce sont les services de la DDASS qui présentent les projets d'arrêtés devant le CDH.

Mais même dans ce cadre, les SCHS n'assurent pas forcément toutes les missions.

L'état des risques d'accessibilité au plomb (ERAP), dans le cadre de la lutte contre le saturnisme, la recherche d'allergènes, la cartographie des zones à risques sont gérés presque exclusivement par les DDASS sauf exceptions dans les grandes villes (Lyon, Toulouse, Bordeaux et pour certains cas des SCHS de la région parisienne). Très souvent, l'essentiel de l'activité des SCHS consiste à produire les certificats d'habitabilité ou de salubrité fournis aux notaires à leur demande en cas de transactions immobilières. Par exemple, le SCHS de Reims a produit 2503 de ces certificats qui représenteraient les deux tiers de toutes les interventions de cette structure.

Le contrôle sanitaire des eaux d'alimentation est un second exemple de relations étroites entre les SCHS ou des structures assimilables (laboratoire municipal) et les DDASS.

Le décret 2001-1220 du 20 décembre 2001 transcrit en droit français la directive européenne du 3 novembre 1998.

Il impose des obligations de résultat en termes de références de qualité, de concentration de micro-organismes, de parasites ou de toute autre substance constituant un danger pour la santé humaine, des obligations de moyens au niveau des captages et des usines de traitement des eaux qui doivent être autorisées par les préfets et des obligations de surveillance et de contrôle. Ce décret redéfinit la liste des paramètres la liste des paramètres à rechercher en la recentrant sur une approche sanitaire.

L'exemple des Alpes-Maritimes illustre ce partage des rôles tant en ce qui concerne le contrôle sanitaire (l'organisation des contrôles dépend de la DDASS, les prélèvements et les analyses du laboratoire de l'environnement de Nice Côte d'Azur), que l'information (les résultats du contrôle sont exploités par la DDASS ; les mairies affichent les données et avertissent les populations en cas de situation de non-conformité).

Sous d'autres formes, il en est de même au niveau de Montpellier. Le SCHS assure les prélèvements des eaux potables. En 2003, il a réalisé 800 prélèvements d'eau potable (eau brute/eau traitée). Ces prélèvements sont effectués selon les demandes de la DDASS à la station de pompage, à la station de clarification et sur différents points du réseau. Les analyses sont traitées par le laboratoire départemental agréé. Leurs résultats sont intégrés dans le logiciel de la DDASS et répercutés aux SCHS.

La responsabilité des prélèvements d'eaux de baignade a été transférée à la communauté d'agglomération avec l'accord de la DDASS.

Comme par ailleurs (confer supra), le développement des politiques de promotion en santé publique concerne avant tout les grandes métropoles (Lyon, Marseille, Nice et certaines villes de la région parisienne).

Il apparaît deux types de SCHS :

- les premiers sont associés aux DDASS pour le traitement des missions nouvelles en santé environnement ; ils développent une politique de promotion et d'éducation à la santé ;
- les seconds se concentrent sur des activités plus traditionnelles relevant pour l'essentiel de l'application du règlement sanitaire départemental.

2.2.3 Le rôle des SCHS reste primordial pour des activités de vérification des règles d'hygiène dans des domaines traditionnels

2.2.3.1 Les SCHS gèrent les plaintes dans un souci de médiation

Les SCHS gèrent les plaintes dans des secteurs multiples : habitat, nuisances sonores, musique amplifiée dans les bars et dancings habilités, lutte contre les animaux errants, les déjections canines, les pigeons et les étourneaux, décharges sauvages, plaintes diverses en insalubrité (rats, insectes, souris... eaux usées, boues résiduaires...).

Les SCHS jouent ici un rôle de médiateur. L'exemple du SCHS d'Agen éclaire les modes d'intervention de SCHS dans ce cadre.

Lorsqu'il y a plainte, par un locataire d'un logement, par exemple, les agents du service vont sur le terrain pour effectuer les constats. Dès qu'il y a difficultés, ils rédigent un courrier aux parties au conflit (propriétaire, occupant, syndic) et cherchent à trouver une solution amiable pour la rénovation du logement. Ces dernières années aucun procès verbal n'a été dressé. Le résultat négatif de l'impact des arrêtés d'insalubrité dans une période récente- il reste par exemple encore des occupants dans des locaux insalubres 10 ans après la mise en œuvre de ces arrêtés- oblige en effet à trouver des solutions de bon sens.

Les procédures répressives existent parfois mais elles restent difficiles à mettre en œuvre, l'exemple de la lutte contre le bruit en est l'illustration.

Il n'existe pas de définition positive des bruits de voisinage. Tous les bruits particuliers peuvent être pris en compte (instruments de musique, climatiseurs, chaudières, aboiements de chiens, tondeuses à gazon, activités de sports bruyants, chantiers de construction, hauts parleurs pour animations commerciales, alarmes sonores...).

Pour que le SCHS puisse agir, il est nécessaire d'établir la réalité de la nuisance.

Ce constat revêt parfois un caractère subjectif de la perception du bruit surtout la nuit.

La réglementation fixe à 30 dB le niveau du bruit ambiant mesuré en dessous duquel une nuisance sonore ne peut être établie. Dans des zones calmes, un bruit inférieur à ce niveau peut apparaître comme particulièrement gênant surtout la nuit.

La prise en charge par l'administration relève de compétences diverses : le Maire, la police municipale (tapages sur la voie publique), la police et la gendarmerie nationale. Mais très souvent ces corps d'intervention n'ont pas les personnels spécialisés dans le domaine de la lutte contre le bruit.

Au niveau de la justice, une plainte est loin d'être certaine d'aboutir. Les agents des SCHS rédigent des procès verbaux qui ne présentent pas toujours les caractéristiques de forme et de fond qui les rendent recevables. De plus, l'encombrement des juridictions oblige les procureurs de la République à organiser une sélection des affaires pour ne pas saturer l'audience.

Découlent de cette situation plusieurs conséquences :

- les agents des SCHS peuvent ressentir le classement sans suite pour poursuite comme un désaveu de leur action,
- les victimes ressentent un sentiment d'injustice et surtout d'abandon qui peut les amener à renoncer à se plaindre mais parfois aussi à des gestes d'auto défense.

Le rôle des SCHS est donc difficile dans ce domaine et explique la volonté de toujours trouver d'abord des solutions amiables.

2.2.3.2 Les interventions des SCHS restent toutefois multiples et variées dans le domaine de la protection de la santé et l'hygiène de l'environnement

Cela concerne aussi bien la protection de la santé (habitat, nuisances sonores, hygiène alimentaire, suivi sanitaire des campings, contrôle de la qualité des réseaux privés d'eau potable) que l'hygiène de l'environnement (qualité du milieu, urbanisme, assainissement, protection de l'environnement).

Dans le premier cas, leurs concours dans l'application des règles d'hygiène de l'habitat est relatif pour tout ce qui touche les risques liés au plomb, à la présence d'amiante ou encore de légionnelles.

Leur participation est plus épisodique dans le domaine de l'hygiène alimentaire (confer supra).

Par contre, tous -sauf sans doute les plus petits d'entre eux qui n'ont plus qu'une activité résiduelle (Royat, par exemple)- jouent un rôle actif dans le contrôle des modalités de transmission des sources d'infection (désinfection, désinsectisation, dératisation). Beaucoup de SCHS délèguent ces tâches à des entreprises privées spécialisées. Parfois la moitié des dépenses de fonctionnement du SCHS est consacré à ces domaines.

La réactivité des SCHS ou des services qui, au sein des communes, ont ce type de responsabilités, est primordiale pour la mise en œuvre des règles d'hygiène de l'environnement.

Compte tenu de l'importance des interventions, notamment dans l'assainissement autonome et collectif et pour les eaux pluviales, de la complexité des règles en matière d'urbanisme, de la faiblesse dans certains cas des effectifs des services santé environnement de l'Etat, du rôle qui leur est imparti de facto dans la gestion des nouvelles missions (confer infra), il est illusoire de penser que les DDASS soient en capacité dans ces domaines de suppléer de nombreux SCHS, alors même que la loi n'est pas revenue sur les principes dérogatoires de 1984. (Confer la loi n° 2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales et la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).

L'illustration de ce type de difficultés peut en être faite à partir d'un SCHS de taille moyenne, le syndicat intercommunal d'hygiène et de santé d'Arcachon (SIHS).

Le SIHS comprend 12 agents dont, pour la filière technique, quatre techniciens supérieurs chefs, un agent de salubrité chef, un agent technique principal et un contractuel alors que la filière administrative englobe un rédacteur chef, un adjoint administratif principal, un agent administratif qualifié et un agent d'entretien qualifié. Les techniciens sont polyvalents et exercent leurs compétences dans au moins deux spécialités.

Ces agents ont une activité soutenue dans le contrôle des règles d'hygiène de l'environnement. Le tableau ci-dessous l'atteste, même si certaines fonctions (inspection des réseaux...) relèvent de la responsabilité propre de l'exploitant.

Tableau n° 1 - Contrôles ou interventions du SIHS en 2001, 2002, 2003

Interventions du SIHS	2001	2002	2003	Observations
Contrôle de la qualité du milieu -eaux de surface	81	99	126	Les eaux de surface et notamment celles qui concernent les ruisseaux qui se jettent dans le bassin font l'objet d'un contrôle accru
-eaux de baignade	319	317	311	Le contrôle des eaux de baignade est constant
-potabilité des eaux d'alimentation et des réseaux publics	114	124	158	La progression des contrôles concerne en particulier la qualité de l'eau destinée à l'établissement des certificats de potabilité lors de la mise en service des réseaux internes des lotissements
-rejets en mer des effluents urbains	61	44	44	
-stations d'épurations	44	40	39	Concerne les boues résiduaires dans le cadre de leur valorisation en agriculture
Urbanisme -demandes de permis de lotissements				
-demandes de permis de construire	1 609	1 656	1 638	Données constantes
-demandes de certificats d'urbanisme	877	583	598	
Assainissement -Assainissement autonome	29	16	Non fournis	
-Assainissement collectif	1 276	1 341	Non fournis	
-inspection des réseaux par caméra vidéo	6 000 mètres linéaires inspectés	9 598 mètres linéaires inspectés	3 244 mètres linéaires inspectés	Il s'agit d'inspecter les canalisations des eaux usées par caméra vidéo
-traitement des eaux usées au sulfate ferreux avec contrôles	553	505	527	Il s'agit de lutter contre les odeurs et la corrosion des réseaux d'assainissement

Source : rapports d'activité du SIHS

La naissance du SIHS est liée à une volonté politique forte des élus des villes du bassin d'Arcachon. Ils se sont associés en 1973 afin de protéger les eaux du bassin d'Arcachon, ressource essentielle pour tous, dans un contexte où il convenait de concilier des intérêts a priori contradictoires : maintien de l'ostréiculture, développement de l'activité industrielle notamment avec l'usine de pâte à papier située sur la commune de Biganos, croissance de l'urbanisation avec l'explosion des activités touristiques.

Aujourd'hui, la part de la DGD représente autour de 50 % des dépenses du service et tend à diminuer progressivement ; les maires des communes du bassin sont donc attentifs aux besoins du service et n'hésitent pas à renforcer les moyens du SIHS en puisant sur leurs propres ressources. Placés dans un contexte du même type, il est peu probable que les services de l'Etat puissent disposer de ce type de moyens, même si toutes les actions ne relèvent pas de la responsabilité de l'Etat et concernent les communes d'une manière générale.

2.2.4 Les indicateurs actuels des performances des SCHS sont pour l'essentiel aujourd'hui d'ordre quantitatifs et non qualitatifs

2.2.4.1 Les rapports d'activité des SCHS ne recensent que des données quantitatives, sauf exception

Il n'existe pas souvent de réflexion des SCHS sur leurs performances au plan qualitatif.

Par champ de compétences, leurs rapports d'activité retracent en nombre les interventions des différentes unités de gestion ; ils comparent dans le temps leur évolution. L'analyse des plaintes, leur évolution (progression, régression), n'est pas réellement conduite alors qu'elle pourrait amener les responsables des services communaux à réfléchir sur des stratégies d'action différentes. L'attitude des DDASS ne les pousse pas à cette introspection. Ces dernières se désintéressent pour la plupart des résultats des SCHS ne serait ce que sur un plan quantitatif.

Il existe toutefois des exceptions. Des projets de services ont pu être réalisés qui ont ou auront un impact sur la qualité des interventions (Marseille). Des politiques ciblées ont été mises en place (Montpellier). Aubervilliers suit de très près la proportion des cas d'habitat insalubre qui ne trouvent pas de solution satisfaisante dans un délai donné.

♦ Marseille

La direction de la santé environnement s'est dotée d'un projet de service avec une définition des orientations stratégiques. Des objectifs de type opérationnel et fonctionnel doivent être atteints. Il s'agit dans le premier cas de mieux cerner la situation sanitaire locale, d'être en phase avec la réalité de terrain, de faciliter les actions répondant aux besoins constatés et de développer des réseaux dans une démarche participative.

Au niveau fonctionnel, le choix de la direction repose sur une volonté d'initier au sein de l'équipe de nouvelles méthodes de travail en responsabilisant les agents.

Concernant les activités, le projet indique les nouvelles approches qu'il paraît souhaitable d'engager pour améliorer l'efficacité des interventions des personnels, qu'il s'agisse des domaines portant sur le contrôle des règles d'hygiène ou d'actions concernant la santé publique.

En matière de gestion des ressources humaines, la direction de la santé souhaite engager une gestion différente des ressources humaines [redéploiement, renforcement qualitatif de la structure d'encadrement (recrutement d'un ingénieur sanitaire, de deux chefs de projets), élaboration d'un plan de formation pour trois cibles spécifiques : l'accueil, l'informatique, la santé publique].

♦ Montpellier

Au niveau de Montpellier, la lutte contre le bruit a fait l'objet d'un plan d'action à partir d'une analyse précise des enjeux et des actions à mettre en œuvre

En 2002, dans un rapport envoyé à la direction de la réglementation, la chef du service du SCHS présente un état des lieux des difficultés rencontrées par son service tant en ce qui concerne les bruits de voisinage que ceux liés aux établissements recevant du public (ERP).

Relevant, pour les bruits de voisinage, que les plaintes apparaissent justifiées, la responsable du SCHS met en exergue les nuisances sonores générées par la croissance des dispositifs de climatisation. Elle propose une réglementation spécifique à la ville moyen, selon elle, d'éviter leur multiplication, notamment dans les cours intérieures.

Pour les établissements recevant du public, elle note que le nombre de plaintes entre 2001 et 2002 a baissé de 50 %, sachant que l'importance numérique des établissements recevant du public (ERP) concernés par celles-ci a peu évolué au cours de cette période.

Elle s'estime relativement démunie pour assurer une meilleure efficacité des interventions du SCHS dans la mesure où les procès verbaux dressés pour non respect du décret de 1998, sont restés lettre morte, les services du procureur de la République n'ayant pas jusqu'ici donné suite aux demandes de la ville. Sa crainte porte sur le risque que l'élargissement de la zone police à la commune de Lattes abritant de nombreuses discothèques n'entraîne une diminution de la surveillance des établissements montpelliérains.

La ville, au regard des constats de la responsable du SCHS, a engagé un plan d'action anti-bruit.

Un arrêté municipal a été signé le 17 octobre 2003. Il vise les nuisances sonores liées aux climatiseurs ainsi qu'aux systèmes de sonorisation sur la voie publique.

Dans ce cadre, la ville mène une concertation avec les représentants des commerçants afin que soit élaborée une charte visant particulièrement les bars restaurants et les bruits induits.

Les contrôles des musiciens de rue, par la police municipale, se sont intensifiés depuis l'été 2003. En janvier 2004, la police municipale a été dotée d'un sonomètre qui lui permet de mesurer les bruits émis par les 2 roues, ses agents (notamment les 8 chefs de poste) ayant par ailleurs été formés en interne à la lutte contre les nuisances sonores.

Après une période où les services communaux s'estimaient peu soutenus par le parquet, les services du procureur de la République ont joué un rôle plus efficace et les relations entre le parquet et les services de la ville se sont normalisées. Ainsi, pour le suivi des lieux musicaux, le SCHS reprend contact chaque trimestre avec le substitut du procureur de la République afin de connaître l'avancement des procédures.

Par ailleurs, le transfert des compétences de la ville à la communauté d'agglomération pour la collecte des ordures ménagères a fait l'objet d'un cahier des charges spécifique obligeant le prestataire retenu à se doter d'engins insonorisés.

2.2.4.2 Au sens strict, il n'existe pas de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène par le SCHS, la responsabilité en incombeant pour partie aux DDASS

Dans son avis du 14 juin 1989, le conseil d'Etat a rappelé ce que l'on entendait par contrôle administratif et technique des règles d'hygiène. Selon le conseil d'Etat, « il se présente sous un triple aspect : le contrôle global des objectifs sanitaires, la vérification des règles d'hygiène

et la répression, ces deux derniers aspects constituant le contrôle de l'application des règles d'hygiène ».

Au mieux le rôle des SCHS se situe (avec les réserves exprimées précédemment) comme le contrôle de l'application des règles d'hygiène.

Mais le contrôle global des objectifs sanitaires est mal assuré. « Il s'agit d'un suivi continu de l'évolution de la santé de la population par rapport aux buts de santé et au respect des règles d'hygiène ».

Cela supposerait la mise en place d'indicateurs sanitaires, le recueil des données et leur analyse, la cartographie des risques, la coordination des objectifs et des actions, le redéploiement des moyens en cas de carence ponctuelle... C'est-à-dire une collaboration étroite entre les SCHS et les DDASS.

Force est de constater que sauf dans le domaine de l'eau, et parfois dans celui de l'habitat, on est loin d'avoir atteint de tels objectifs.

Dans l'échantillon de la mission sauf dans quelques cas (Rennes, Aubervilliers, Marseille), les SCHS visités n'ont pas de vraies responsabilités dans ce domaine.

En revanche, il est possible de s'interroger sur l'attitude des DDASS qui n'ont pas toujours cherché à savoir dans plusieurs domaines de la protection de la santé publique et de l'hygiène de l'environnement qu'elle était la réalité des actions menée au sein des SCHS.

Elles n'ont que très rarement engagé de véritable réflexion sur les formations que devraient suivre les agents des SCHS pour répondre aux objectifs de qualité dans le domaine du contrôle des règles d'hygiène.

Pire sans doute, des SCHS peuvent avoir aujourd'hui un rôle résiduel voire nul dans la vérification des règles d'hygiène sans que les préfets - DDASS (sauf exceptions comme dans le cas de Nevers ou encore de Villeneuve-Saint-Georges) ne réagissent devant une telle carence ou alors ne le font que lorsque la situation apparaît avoir atteint un point de non retour (exemple de Charleville-Mézières cité infra).

Dans le cadre de la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique, cette absence de liens entre les services de l'Etat et les SCHS peut difficilement perdurer. La loi définit des programmes de santé et des dispositifs de prévention, des objectifs et plans régionaux de santé publique en vue de la réalisation d'objectifs nationaux, des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique (GRSP ou GTSP). Dans les domaines de l'éducation à la santé (alcool, tabac, nutrition...) ou encore de santé environnement, la loi arrête des objectifs quantifiables.

Cette politique de santé suppose des moyens. Elle impose également de faire dans les régions l'état des lieux des performances des structures appelées à participer à ces politiques. Les SCHS en font partie. Comment imaginer qu'en PACA, par exemple, des villes comme Marseille ou Nice qui connaissent des problématiques lourdes en santé publique (toxicomanies, VIH...) et qui ont engagé des actions importantes dans ces domaines ne soient pas associés étroitement par conventions à la politique de santé publique que devra mettre en œuvre le GRSP de PACA ?

De manière plus générale, cela impose que le périmètre d'activité des SCHS, leurs moyens humains, leurs performances soient évalués et analysés par les services de l'Etat pour que les structures d'hygiène et de santé des villes qui en possèdent collaborent pleinement à l'atteinte des objectifs arrêtés dans la loi précitée.

2.3 Les moyens humains et logistiques des services communaux d'hygiène et de santé

2.3.1 *Les ressources humaines*

2.3.1.1 *Les effectifs en personnels*

L'extrême polymorphisme des services communaux d'hygiène et de santé a déjà été évoqué à différentes reprises, notamment au point 2.1.1 (supra). La disparité concerne la nature et l'étendue des missions, les effectifs et qualifications des personnes qui y travaillent. S'agissant du personnel, la mission a essayé d'apprécier, sur les 15 sites visités, si les effectifs étaient adaptés, quantitativement et qualitativement aux domaines d'intervention observés.

En l'absence de normes ou de standards, la mission a cherché à comparer les moyens humains des SCHS et des DDASS pour assurer une même mission, le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène.

Même sous cet angle restrictif, l'approche est délicate et certainement imparfaite pour de nombreuses raisons dont principalement :

- le fait que la DDASS puisse ou soit contrainte d'intervenir sur le territoire de compétence d'un SCHS en complément ou en substitution de celui-ci ;
- les missions des DDASS ne couvrent pas exactement les mêmes domaines d'intervention que les SCHS (cf. supra) ;
- à la différence des DDASS, les SCHS participent assez souvent, en sus du contrôle strict des règles d'hygiène, à des activités de gestion de l'hygiène publique municipale ;
- les SCHS couvrent essentiellement des zones urbaines alors que les services santé environnement des DDASS couvrent le reste du département, en général moins densément urbanisé.

Ces réserves étant faites, la mission a néanmoins pu constater que :

- même pour le seul domaine du contrôle des règles d'hygiène, il existe une grande disparité des effectifs relatifs (rapportés à la population desservie) parmi les SCHS ;
- les SCHS ont dans l'ensemble des effectifs relatifs plus élevés que ceux des DDASS ;
- mais cet avantage quantitatif des SCHS masque un déficit qualitatif, puisque les cadres de niveau ou catégorie A sont bien plus nombreux dans les DDASS que dans les SCHS.

Le département du Nord permet d'illustrer le constat qui vient d'être résumé. Les deux tableaux suivants comparent les effectifs de personnel du service santé environnement de la DDASS avec les effectifs de personnel des 9 SCHS du Nord, pour l'année 2002.

Tableau n° 2
Comparaison des effectifs de personnel de la DDASS et des SCHS du Nord
Année 2002

	Population	Pop. ville/ Pop. départ.	Ingénieurs		Inspecteurs de salubrité		Agents techniques		Agents administratifs		TOTAL des agents	
			habitants	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Département	2 566 369	100%	6	100%	40	100%	13	100%	21,75	100%	80,75	100%
Département hors Villes SCHS (territoire DDASS)	1 947 135	76%	6	100%	16	40%	1	8%	12,5	57%	35,5	44%
Villes avec SCHS	619 234	24%	0	0%	24	60%	12	92%	9,25	43%	45,25	56%
Lille	191 164	7,4%			4	17%		0%	3,5	38%	7,5	17%
Roubaix	98 039	3,8%			9	38%	2	17%	3	32%	14	31%
Tourcoing	94 204	3,7%			5	21%	4	33%	0,25	3%	9,25	20%
Dunkerque	72 333	2,8%			2	8%	3	25%	0,8	9%	5,8	13%
Douai	44 742	1,7%			1	4%		0%	1	11%	2	4%
Valenciennes	42 343	1,6%			1	4%	1	8%	0	0%	2	4%
Cambrai	34 993	1,4%				0%	2	17%	0	0%	2	4%
Croix	20 832	0,8%			1	4%		0%	0,2	2%	1,2	3%
Denain	20 584	0,8%			1	4%		0%	0,5	5%	1,5	3%
TOTAL SCHS	619 234	24,1%	0		24	100%	12	50%	9,25	100%	45,25	100%

Source : DDASS du Nord (extrait de l'annexe 4).

Le tableau n° 2, ci-dessus, montre que le service santé environnement de la DDASS du Nord couvre 76 % de la population totale du département, tandis que les 9 SCHS couvrent les 24 % restants.

Pourtant, la DDASS ne dispose que de 44 % des effectifs de personnel correspondant, contre 56 % pour les SCHS.

La DDASS compense sa faiblesse numérique par le niveau plus élevé de son encadrement puisqu'elle dispose à elle seule de la totalité des techniciens de catégorie A du département³⁰.

Le tableau n° 3, ci-dessous, exprime le même constat sous une présentation différente. Il indique le nombre d'habitants desservis par 1 agent ETP des différentes catégories.

Au total, il y a un agent technique DDASS pour 84 658 habitants, contre un agent technique SCHS pour 17 201 habitants.

La disparité entre SCHS est également constatée : de 8 913 habitants pour 1 ETP technique à Roubaix à 47 791 habitants pour 1 ETP technique à Lille.

Le constat fait dans le département du Nord n'est pas atypique. La mission a fait un constat similaire dans la plupart des départements visités.

³⁰ NB : Il n'existe aucun médecin directeur parmi les 9 SCHS du département du Nord.

Tableau n° 3

Ratios population / personnel de la DDASS et des SCHS du Nord - Année 2002

	Population habitants	1 ingénieur sanitaire pour :	1 inspecteur de salubrité pour :	1 agent technique pour :	1 agent toutes catégories techniques pour :	1 agent administratif pour :	1 agent toutes catégories confondues pour :
Département hors villes avec SCHS (territoire DDASS)	1 947 135	324 523	121 696	1 947 135	84 658	155 771	54 849
Lille	191 164		47 791	//	47 791	54 618	25 489
Roubaix	98 039		10 893	49 020	8 913	32 680	7 003
Tourcoing	94 204		18 841	23 551	10 467	376 816	10 184
Dunkerque	72 333		36 167	24 111	14 467	90 416	12 471
Douai	44 742		44 742	//	44 742	44 742	22 371
Valenciennes	42 343		42 343	42 343	21 172	//	21 172
Cambrai	34 993		//	17 497	17 497	//	17 497
Croix	20 832		20 832	//	20 832	104 160	17 360
Denain	20 584		20 584	//	20 584	41 168	13 723
Ensemble des villes avec SCHS	619 234	//	25 801	51 603	17 201	66 944	13 685

Source : DDASS du Nord (extrait de l'annexe 4)

// sans signification

2.3.1.2 *Le recrutement des personnels*

Le recrutement des personnels techniques des SCHS par les mairies ne pose pas de difficulté particulière. Les inspecteurs de salubrité (techniciens territoriaux), qui constituent environ les deux tiers des agents techniques, sont recrutés sans difficulté (IUT hygiène et santé).

Il en va différemment pour le recrutement des médecins, notamment pour exercer la fonction de médecin directeur qui suppose des aptitudes étendues et une assez large expérience. La question du statut des directeurs de SCHS a été évoquée plus haut (cf. supra 1.1.6 et 2.1.2.4). Les médecins employés par les SCHS relèvent du statut des médecins territoriaux.

La démédicalisation de la fonction directoriale évoquée plus haut (supra 2.1.2) s'accompagne aussi de la raréfaction des quelques universitaires qui dirigeaient des SCHS. Ce fut notamment le cas à Lyon et à Clermont-Ferrand.

Le recrutement des médecins non directeurs est plus aisé. Ils sont généralement affectés sur les missions de promotion de la santé ou médico-sociales telles que vaccinations, toxicomanie, SIDA, santé scolaire ou PMI, etc. Le taux de féminisation y est élevé.

Les ingénieurs sont beaucoup moins nombreux dans les SCHS que dans les DDASS. On les trouve à des postes de directeur de SCHS ou de responsable du service chargé du contrôle des règles d'hygiène au sein du SCHS. Une proportion non négligeable d'entre eux ont été formés par l'ENSP ; quelques uns sont des "transfuges" des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales³¹.

³¹ Exemple du directeur du Service intercommunal d'hygiène et de santé du Bassin d'Arcachon qui est un ancien agent de la DDASS de Gironde.

Cette identité des formations initiales ou d'une partie du parcours professionnel paraît faciliter la collaboration et la complémentarité d'action entre les SCHS et les services de l'Etat, notamment DDASS et DRASS.

Plus rarement, il peut s'agir d'ingénieurs d'autres corps de l'Etat, mais ils sont l'exception.

La plupart des directeurs de SCHS sont désormais recrutés et nommés directement par le maire, sans intervention ou consultation préalable des services de l'Etat.

Enfin, les interlocuteurs de la mission ont déploré la relative étanchéité de fait entre les fonctions publiques territoriale et de l'Etat, les passages se faisant presque exclusivement de l'Etat vers les collectivités territoriales.

2.3.1.3 La formation continue des personnels

La formation en cours d'emploi, qu'il s'agisse de la formation d'adaptation à l'emploi ou de la formation continue, conditionne l'efficacité et la qualité des activités menées par les SCHS.

◆ Cette formation est en principe assurée par le CNFPT. Bien que les agents des SCHS estiment que les formations organisées par le CNFPT sont plutôt de bonne qualité et répondent assez bien à leurs besoins, les ingénieurs sanitaires des DDASS qui les côtoient dans différents domaines comme l'habitat ou la gestion de l'eau émettent en revanche quelques doutes sur la qualité de la formation de ces personnels.

Certains agents déplorent toutefois que les formations du CNFPT ne couvrent pas tous les domaines de compétence des SCHS, notamment les domaines qui impliquent des effectifs très réduits de personnes.

Il faudrait que ces formations très spécialisées soient organisées sur une base régionale ou interrégionale, voir nationale.

◆ Par ailleurs, même de manière non institutionnelle, l'Etat participe aussi à la formation des agents des collectivités territoriales exerçant au sein des SCHS.

Par le biais des CEREFOC (cellule régionale de formation continue, située à la DRASS), l'Etat contribue, ponctuellement et sans l'officialiser, à la formation des fonctionnaires territoriaux agents des SCHS. En effet, bien que les CEREFOC n'aient pas vocation à mettre en place des sessions spécifiques de formation destinées à des personnels extérieurs au ministère, elles acceptent d'ouvrir des sessions programmées à des personnes extérieures. L'impossibilité pour ces structures administratives de facturer des prestations interdit tout règlement par une collectivité d'un prix qui serait établi pour bénéficier d'une action de formation. Cependant, les frais de déplacement sont pris en charge par la structure employant le stagiaire.

Aucun accord de réciprocité avec les centres de formation dépendant du CNFPT n'existe.

La mission a eu connaissance, dans la plupart des sites visités, d'exemples de cette nature. Même, si ces formations représentent en toute rigueur une charge indue pour l'Etat (décentralisation stricto sensu), l'intérêt de telles initiatives n'est pas contestable pour l'amélioration du service rendu et l'impact sur la santé publique.

Les agents des SCHS comme ceux des DDASS et DRASS sont également unanimes sur ce point.

- ◆ Les formations thématiques ponctuelles assurées par l'ENSP seraient accessibles aux agents des SCHS, mais jugées particulièrement coûteuses pour les collectivités territoriales. La mission n'a pas eu l'occasion de vérifier ce point.

2.3.2 *Les moyens logistiques des SCHS*

S'agissant de l'appréciation des moyens logistiques des SCHS, il apparaît utile de distinguer deux catégories de moyens : les moyens non spécifiques et les équipements techniques spécifiques.

- ◆ Les moyens non spécifiques tels que locaux, véhicules de service et équipements bureautiques varient fortement d'un site à l'autre. Les SCHS de villes importantes possèdent des véhicules nombreux et de qualité ; leurs équipements bureautiques sont comparables à ceux que l'on trouve dans les services de santé environnement des DDASS. En revanche, dans les sites de faible taille, ces équipements sont d'un niveau inférieur à celui des services de l'Etat.
- ◆ S'agissant des équipements techniques spécifiques, tels que sonomètre, appareil de mesure du plomb ou appareil de détection du monoxyde de carbone, les SCHS des villes petites ou moyennes n'ont pas toujours les moyens nécessaires. Dans certains cas d'ailleurs, l'insuffisance d'équipement se double d'une absence des compétences professionnelles requises pour utiliser de tels matériels (mesureurs de plomb notamment).

En cas d'insuffisance des moyens du SCHS, la DDASS vient généralement en aide de la commune soit en prêtant son matériel et en apportant la compétence technique nécessaire, soit en se substituant totalement au SCHS.

2.4 Les moyens financiers des services communaux d'hygiène et de santé

2.4.1 *Les coûts engendrés par les SCHS ne peuvent être connus que de manière approchée et n'ont souvent que de manière lointaine un lien avec la DGD versée*

2.4.1.1 *Les SCHS obéissent aux pratiques comptables des autres services de la ville*

- Les coûts directs doivent être reconstitués

Les communes analysent leurs dépenses et leurs recettes selon l'instruction M14 ou M49. Il existe ainsi un budget principal de fonctionnement et d'investissement et des budgets annexes, comme l'assainissement par exemple.

Les dépenses comme les recettes sont ventilées par enveloppes et par services gestionnaires (services généraux, sécurité et salubrité publique, interventions sociales et santé, aménagement et service urbain cités ici parce que leur contenu permet d'avoir une première approche des coûts des SCHS).

Chacun des chapitres est ensuite détaillé selon les besoins d'information comptable des communes. Par exemple, pour la sécurité et la salubrité publique, la distinction par section de dépenses s'opère entre la police municipale, les services de protection civile et l'hygiène et la salubrité publique proprement dite.

Dans chacune de ces sections, la répartition par comptes permet d'avoir un suivi global des dépenses (achats et variation de stocks, autres charges externes, impôts et taxes, charges de personnels, et autres charges de gestion courantes).

Les coûts directs de fonctionnement des SCHS peuvent être ainsi suivis théoriquement.

Il existe toutefois un écueil important. Des pans entiers qui recouvrent peu ou prou les compétences relevant normalement des SCHS ont été transférées ces dernières années en fonction de l'organisation des communes à d'autres services de la ville (par exemple les services techniques pour la dépigeonnisation, la démoustication... voire à des services d'une autre structure intercommunale (gestion de l'eau, dans le cadre d'une communauté d'agglomération).

Les dépenses de fonctionnement des SCHS doivent ainsi être reconstituées. Aucun SCHS visité, sauf l'exception notable de Bordeaux qui a fait réaliser un audit du service par sa direction financière, n'a engagé une telle démarche.

➤ Les coûts réels sont difficiles à appréhender en l'absence de comptabilité analytique

La détermination des coûts d'un service comme un SCHS peut être abordée sur un plan statique ou au contraire dynamique dans le cadre du contrôle de gestion.

- Sur un plan statique, il est possible de distinguer

Les coûts directs et les coûts indirects

- Les charges directes sont celles qui peuvent être facilement affectées à un coût, par exemple, les dépenses de démoustication, de dératisation de désinsectisation. Ces coûts répondent à l'objet même des SCHS. Ils peuvent représenter des sommes importantes. Le SIHS d'Arcachon a engagé en frais de démoustication, pour 2002, la somme de 95 870 € soit 12,3 % du total de ses dépenses.
- Les charges indirectes se rapportent à plusieurs unités de coûts et doivent faire l'objet d'une répartition avant d'être imputées. Ainsi en est-il des dépenses d'énergie (électricité, gaz) ou encore des rémunérations et charges sociales de personnels dont l'activité est partagée entre plusieurs services (Confer le SCHS de Clichy).

Les coûts fixes, les coûts variables et les coûts mixtes

- les coûts fixes sont indépendants du niveau de l'activité : par exemple, l'impact des investissements immobiliers au niveau de la commune (construction d'un bâtiment pour les services techniques, par exemple) autres que ceux concernant spécifiquement le SCHS ;
- les coûts variables sont étroitement liés à l'activité : par exemple le coût des vaccins ;

- les coûts mixtes se composent de coûts fixes et de coûts variables : par exemple les contrat de maintenance des sonomètres appartenant au SCHS, en distinguant le coût du contrat des coûts annexes pièces et main d'œuvre...
- Sur un plan dynamique

La question posée est la suivante : comment déterminer les coûts de fonctionnement du SCHS si on intègre, par exemple, de nouvelles compétences avec la prise en compte d'investissements immobiliers, de recrutement de personnels, de passation d'un marché etc ?

La mise en œuvre d'un système de calcul des coûts dans une ville, compte tenu des implications organisationnelles, n'a de sens que si elle est globale et liée à la stratégie de la commune. Elle ne peut être propre au service communal d'hygiène et de santé.

Un système de cette nature serait d'autant plus complexe à mettre en œuvre que dans les dernières années des blocs de compétences des communes ont été transférées à une communauté d'agglomération. Leur impact n'est pas neutre pour le fonctionnement des SCHS, en particulier quand l'assainissement et le contrôle des eaux appartiennent à l'intercommunalité (le cas de Nice illustre cette situation puisque la facture pour la ville se monte autour de 400 000 €).

Reste que les exemples qui suivent montrent la grande difficulté aujourd'hui de mesurer de manière précise les coûts réels des SCHS et par là de faire un lien avec la dotation globale de décentralisation versée aux communes justement pour compenser des coûts imposés par l'Etat pour les compétences déléguées en matière de contrôle des règles d'hygiène. En particulier, en l'absence de toute comptabilité analytique, la répartition des dépenses indirectes ne peut être qu'empirique.

2.4.1.2 Des illustrations des difficultés actuelles d'approche des coûts

- Des dépenses difficiles à chiffrer et parfois étrangères aux coûts de fonctionnement du SCHS en gonflent le niveau : l'exemple d'Agen

Les dépenses engagées pour les rémunérations et charges directes du personnel du SCHS sont égales à 76 521 € La ville intègre d'autres coûts, notamment la part liée au pourcentage d'activités qui serait effectuée par certains agents pour la mise en œuvre des règles d'hygiène. Elle concerne : le directeur de l'administration générale (6 553 €), deux agents de la police municipale (24 752 €), un agent de salubrité du centre technique municipal (11 248 €) et trois agents du service de l'assainissement (29 607 €). Cette imputation ne repose sur aucune procédure validée en cours d'exercice.

A supposer que toutes ces données puissent être prises en compte, comme la ville le propose, les dépenses totales de personnel ayant une responsabilité directe ou indirecte dans la mise en œuvre du contrôle des règles d'hygiène seraient de 145 954 €

S'y adjoignent les dépenses de fonctionnement du SCHS (dépigeonnisation, vérification du sonomètre, dératisation, démoustication, désinsectisation du parking du marché, analyses des eaux, étude d'insalubrité), pour un montant, en 2003, de 25 477, 42 € Au total, les dépenses atteindraient de manière proche un peu plus de 171 000 € Les frais généraux ne sont pas pris

en compte (électricité, chauffage, téléphone...). Même en comptant large, il est probable que ces coûts ne dépassent pas 10 % des autres dépenses.

Au total, les charges liées au fonctionnement du SCHS culmineraient autour de 190 000 €

La ville intègre d'autres dépenses comme les actions de prévention en direction de la petite enfance (vacation d'un médecin pédiatre ou encore d'un psychologue) et celles touchant à la politique de la ville (rémunérations et charges d'une animatrice et d'un travailleur social). Cette manière de comptabiliser les coûts (200 446 €) n'a pas été retenue par la mission qui a fait le choix de ne pas inclure dans les montants retenus les dépenses autres que celles relevant du champ des compétences relevant de la loi de 1983. Ces dépenses relèvent en effet de choix de la commune qui ne peuvent être considérés comme liés à des compétences de contrôle des règles d'hygiène mises en œuvre au nom de l'Etat dans le cadre de la loi de décentralisation.

Même avec ce mode de comptabilisation, les dépenses du SCHS restent avec 250 000 € en deçà des dépenses attendues au regard des moyens attribués par l'Etat, d'un montant de 391 000 €

➤ Des dépenses à la fois surestimées et sous-estimées : l'exemple du SCHS de Montpellier

Tableau n° 2
Dépenses par nature en € pour l'exercice 2003

Dépenses par nature	Montants	%
Investissements	73 055	5,70
Charges à caractère général hors personnel (entente interdépartementale de démoustication, frais de fourrière, dératisations, « toutounets »...)	407 380	31,80
Frais de personnel	759 053	59,20
Frais de transports	7 907	
Energie et bâtiment	4 355	
Informatique	5 500	
Frais de télécommunications	1 314	
Frais postaux	2 105	
Frais de maintenance du fichier vaccinal	8 502	
Subvention aux associations	11 360	0,80
Total	1 280 531	100,00

Source : le SCHS de Montpellier

Plusieurs remarques peuvent être faites sur cette présentation budgétaire. Les dépenses de personnel et de fonctionnement liées directement aux activités du SCHS s'élèvent à plus de 90 % du total des dépenses.

Les autres données sont reconstituées à partir du budget de la ville.

Des dépenses sont surestimées en 2003. En 2002, l'entente interdépartementale de démoustication a tardé à présenter sa facture. Celle-ci a été prise en compte en 2003 multipliant en fait par deux les dépenses de ce type d'activité puisque celles de 2003 ont fait l'objet d'une facturation normale pour l'exercice en cours. Ainsi, dans le résultat de 2003, 150 000 € ne sont pas représentatifs de la réalité des coûts.

En même temps, des dépenses sont certainement sous estimées. Il s'agit en particulier des dépenses indirectes non prises en compte. Par exemple, le coût des interventions de certains personnels qui travaillent pour partie-fut elle faible- pour le SCHS (le directeur de la réglementation ou les personnels des services de la ville comme l'aménagement, l'urbanisation, le patrimoine...)

➤ Des dépenses sous-estimées : l'exemple de la direction santé environnement de Marseille

Les coûts de cette direction qui intègre les activités du SCHS ne sont connus que de manière approchée.

La direction de la santé a un budget estimé à 4 264 305 € dont 2 796 467 € pour le personnel et 1 467 838 € pour le fonctionnement. A ceci s'ajoute en 2003, 21 334 € d'investissement.

Le niveau de ce budget reconstitué doit être considéré comme sous-estimé pour plusieurs raisons. Des dépenses communes de la direction de la santé environnement sont imputées au budget d'autres directions. Elles concernent la maintenance et le nettoyage des bâtiments où sont exercées les missions de la direction, l'entretien des véhicules, le coût de leurs assurances, les fournitures de bureau, les dépenses de petit matériel informatique et celles liées aux frais de télécommunication...

Les coûts indirects induits par les services centraux de la ville de Marseille (direction des ressources humaines, direction financière...) au profit du fonctionnement de la direction santé environnement pour réels qu'ils soient ne peuvent être par ailleurs évalués.

Pour conclure, il apparaît que la notion de budget au niveau des SCHS est très relative d'autant que, dans la démarche de préparation et d'élaboration de leurs budgets, les directeurs de SCHS n'ont qu'une faible responsabilité. Ils ne maîtrisent que les dépenses directes de fonctionnement, hors le personnel géré dans tous les cas par une autre direction.

En général, ils sont astreints à la même procédure budgétaire que les autres directions. Sur la base des engagements de l'exercice en cours, les directeurs de SCHS font leurs demandes. Les arbitrages techniques s'effectuent au niveau des directions des services quand le SCHS est inclus dans une direction aux compétences élargies, l'élu en charge de l'hygiène ou la salubrité portant le projet et le défendant auprès du conseil municipal. Dans l'hypothèse d'un désaccord avec la direction financière, le directeur général des services prend position sur le niveau des dépenses de fonctionnement du SCHS avant que le conseil municipal ne se prononce.

2.4.2 La dotation générale de décentralisation versée aux communes pour les compétences qui leur sont déléguées présente un caractère hétérogène souvent sans lien avec la qualité de prestations fournies

2.4.2.1 Une situation très hétérogène

➤ Une couverture très inégal de l'impact des SCHS par département

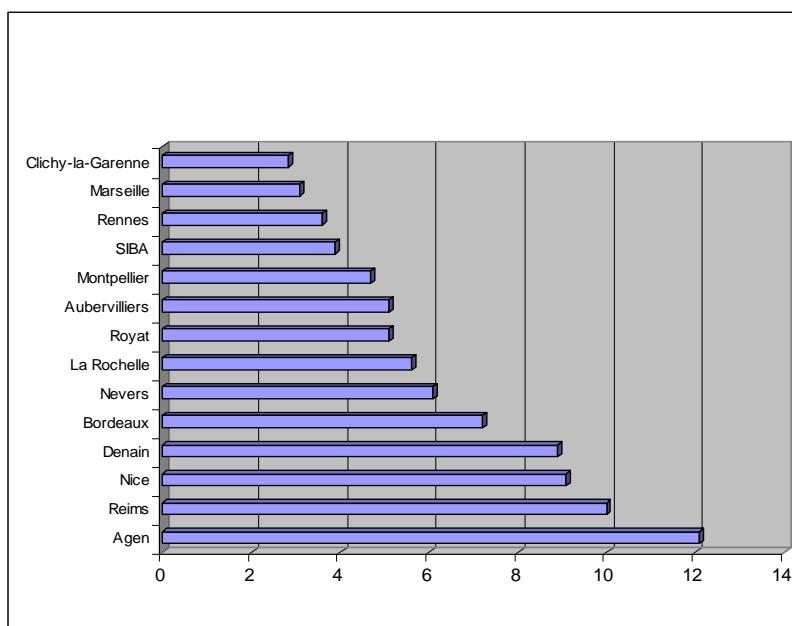
La prise en charge des populations par les SCHS varie fortement selon les départements (Par exemple, les départements des Hauts-de-Seine, des Alpes-Maritimes ou encore du Lot-et-Garonne possèdent respectivement 27 SCHS, 5 SCHS et un 1 SCHS). La situation très inégal observée lors du vote des lois de décentralisation perdure.

➤ Un niveau de DGD disparate

Le niveau de DGD varie fortement entre les SCHS sans lien avec l'importance de la population desservie.

Dans l'échantillon retenu par la mission, le niveau de DGD par habitant va de 2,85 € à 12,1 € selon les communes soit un facteur multiplicateur de 4,3 entre la commune la moins bien lotie et la commune la mieux lotie.

**Répartition par ville du ratio
montant de la DGD / nombre d'habitants de la commune (en €)**



Trois groupes se distinguent. Dans le haut de la fourchette, se situent les SCHS d'Agen (12,1 €), de Reims (10 €), de Nice (9,1 €), de Denain (8,9 €), de Bordeaux (7,2 €) ;

En situation moyenne apparaissent les SCHS de Nevers (6,1 €), de La Rochelle (5,6 €), de Royat (5,1 €), d'Aubervilliers (5,1 €), de Montpellier (4,7 €) ;

Dans le bas de la fourchette se retrouvent les SCHS d'Aubervilliers (4,4 €), du bassin d'Arcachon (3,9 €), de Rennes (3,6 €), de Marseille (3,1 €) et de Clichy-la-Garenne (2,85 €).

Ce ratio calculé avec pour base la population connue au recensement de 1999 ne tient pas compte des variations saisonnières. Le résultat est que pour certaines communes la DGD par habitant ne reflète pas la réalité. C'est le cas du SIHS d'Arcachon qui voit sa population tripler en saison estivale.

A l'intérieur d'un même département, les écarts de DGD sont aussi très importants. C'est le cas des Hauts-de-Seine, par exemple. Pour l'exercice en cours, les écarts de DGD vont de 1,13 € par habitant (Le Plessis Robinson) à 7,97 € par habitant (Malakoff).

2.4.2.2 L'absence de contrôle des activités des SCHS par les DDASS conduit à s'interroger sur le maintien en l'état du niveau de la DGD

La mission a pu constater (confer supra) que les missions des SCHS, a priori identiques dans le cadre des lois de décentralisation, n'étaient pas effectuées de la même manière. Des compétences avaient pu être abandonnées par des SCHS, reprises en réalité par la DDASS plus ou moins clairement et efficacement. Des SCHS au contraire ont pu développer, notamment dans le domaine de la santé publique, de nouvelles compétences, des politiques novatrices sans que ceci ne change rien au mode de calcul de leur DGD (Marseille). Plus singulier encore, dans un même département (l'Hérault, par exemple), le SCHS de Sète, aux dires mêmes de la DDASS, a une plus value très relative (prélèvements pour les analyses d'eau, mise en fourrière des animaux errants) gérant essentiellement des plaintes. Il reçoit une DGD. A l'inverse, la ville d'Agde, qui ne la perçoit pas, a une politique très active en termes d'habitat.

La mission a montré que si les DDASS n'avaient pas réalisé de véritable évaluation de la qualité des engagements des SCHS, elles étaient en capacité, dans deux domaines significatifs, l'habitat et l'eau, de juger de la pertinence des actions menées par les SCHS. Pour autant, dans la plupart des cas, elles n'intervenaient pas, sauf exceptions, en cas de carence manifeste des SCHS. A Nevers, contre exemple, le préfet a mis en demeure la commune d'assurer ses obligations. Cela a conduit à relancer les activités du SCHS.

2.4.2.3 Sans changement de mode d'attribution des ressources la situation risque d'être inextricable

Deux phénomènes en effet conduisent encore plus à s'interroger sur le maintien en l'état des formes d'octroi de la DGD (évolution du contexte de santé environnement, transformation profonde de l'organisation des communes - confer supra).

Des compétences nouvelles en matière de contrôle des règles d'hygiène sont apparues au fil des ans (lutte contre le saturnisme, recherche de légionnelles...).

Les liens entre règles d'hygiène et de santé publique supposent que des professionnels divers interviennent (ingénieurs sanitaires, médecins de santé publique). Peu de SCHS - il y en a

toutefois - ont pris en compte ces nouvelles missions. L'essentiel de la charge pèse sur les services santé environnement des DDASS. S'ajoute à cette situation, une réalité prégnante. Au fil des ans, le nombre de médecins directeurs de SCHS a fortement baissé, laissant la place à des ingénieurs sanitaires compétents mais plus en difficulté pour faire le lien entre la santé publique et les règles d'hygiène.

2.4.2.4 Une DGD totalement déconnectée de l'activité réelle des SCHS

La mission a fait plusieurs constats :

- Pour certaines communes, Agen et Royat, par exemple, la DGD versée par l'Etat est d'un montant supérieur aux coûts réels des missions.
- Ceux qui ont le moins, en particulier Marseille et le syndicat des communes du bassin d'Arcachon sont ceux qui en font le plus ; Marseille a une vraie politique en matière de santé publique et d'environnement bien que manifestement la ville connaisse des problèmes lourds en la matière ; au SIBA, il n'existe pas de politique de santé (ce n'est pas l'objectif du SIBA) mais une volonté affirmée dans le domaine de la salubrité et de l'environnement pour que les communes du bassin y présentent de bons résultats.
- Bien que les problématiques de Marseille et de Nice soient comparables (habitat social dégradé, enjeux de santé publique lourds dans les domaines des maladies transmissibles, du Sida et des toxicomanies) et que leurs structures d'organisation soient proches, il est paradoxal de constater que les moyens alloués sont supérieurs pour Nice, sans que l'autonomie du laboratoire d'hygiène municipal de Nice dans un premier temps, puis son transfert à la communauté d'agglomération dans un second temps ne puisse les justifier totalement.
- Les niveaux de DGD de deux autres communes aux populations comparables (Montpellier et Reims avec des enjeux proches et une mise en œuvre de leurs compétences relativement identique) présentent des écarts également significatifs.

Pour conclure :

La situation actuelle est insatisfaisante. Les disparités actuelles s'expliquent par le mode du calcul de la DGD en 1984. Le cadre juridique de libertés et de responsabilités locales dans lequel se situent les communes conduit a priori à ne pas mettre en cause cette dotation. Pour autant, peut-on méconnaître les principes affichés dans la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique : réduction des inégalités, efficacité économique, intersectorialité, concertation, évaluation pour ne citer que les principaux qui peuvent directement concerner les SCHS acteurs d'une politique locale de prévention et de santé publique ?

Dès lors, si on prend en compte ces principes, la réflexion doit porter sur des ajustements nécessaires : des SCHS trop petits doivent pouvoir s'intégrer à d'autres structures du même type, s'il en existe à proximité, afin que l'ensemble ainsi constitué ait une masse critique suffisante pour agir de manière efficace, d'autres SCHS devront être supprimés s'ils n'ont aucune activité réelle. Mais surtout, il est nécessaire de s'interroger sur le fait que des communes ont pu engager une politique ambitieuse dans le domaine de la santé publique, qu'elles disposent ou non d'un SCHS. Il est nécessaire de leur donner les moyens d'évoluer. Cette solution serait d'autant plus judicieuse que les services santé environnement des DDASS ne peuvent que difficilement suppléer aux carences actuelles de certains SCHS, la politique actuelle (circulaire du 29 mars 2004) n'allant pas du tout d'ailleurs dans ce sens. Aujourd'hui, l'évaluation des actions menées par les SCHS apparaît comme une nécessité. Son résultat doit avoir nécessairement un impact sur la DGD.

2.5 Les relations avec les administrations et autres collectivités

2.5.1 *Les relations avec les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales*

Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (SDASS), en particulier les DDASS, sont les partenaires extérieurs les plus proches et les plus fréquents des SCHS.

◆ Aucun des SCHS enquêtés par la mission ne faisait l'objet d'un quelconque contrôle de la part des SDASS. La mission s'est d'ailleurs interrogée, à l'instar de certaines DDASS, sur la légitimité éventuelle d'un tel contrôle dans la mesure où les lois de décentralisation de 1983 ont transféré des compétences de manière dérogatoire à 208 communes nommément désignées. La nature juridique de ce transfert diffère d'un schéma de délégation de gestion, par définition conditionnelle et susceptible d'être retirée au délégataire s'il ne s'acquitte pas de ses obligations contractuelles.

Au-delà de cet aspect juridique, au demeurant important, l'absence de contrôle ou d'évaluation formelle des DDASS sur les SCHS paraît résulter des considérations suivantes :

- les DDASS sont bien suffisamment occupées par leurs activités en régie directe et ne voient pas l'utilité, en tout cas pas prioritaire, d'une quelconque évaluation des activités menées par les SCHS ;
- les DDASS entretiennent souvent avec les SCHS des villes importantes et moyennes des relations de partenariat, incompatibles – de leur point de vue – avec des manifestations de supervision ou de suspicion à l'égard du travail fourni par les SCHS.

De fait, les relations entre les DDASS et les SCHS d'une certaine dimension sont généralement bonnes voire excellentes. La collaboration se fait le plus souvent de manière simple et non formelle, presque comme avec un autre service de l'Etat. Le mode de communication usuel entre les chefs de service est alors le téléphone ou la messagerie électronique.

Au niveau des DDASS, les interlocuteurs des SCHS sont beaucoup plus fréquemment les ingénieurs des services santé environnement que les médecins inspecteurs. Ces derniers ont le plus souvent fait montre d'une connaissance très lacunaire des activités des SCHS, y compris en matière de vaccination et de désinfection ; certaines activités de promotion de la santé comme la prévention du SIDA et la lutte contre les toxicomanies sont en revanche mieux connues.

Bon nombre de directeurs de SCHS tiennent beaucoup à cette sorte de connivence qu'ils ont avec les DDASS, forts d'exercer des compétences dont ils sont persuadés qu'ils les assurent au nom de l'Etat, même si elles sont souvent intriquées avec celles qu'ils exercent au nom du maire. Ils estiment d'ailleurs que les compétences qu'ils exercent "au nom de l'Etat" (sic) leur donnent plus de crédit vis-à-vis des contrôlés et plus d'indépendance face au risque d'instrumentalisation par leur propre hiérarchie.

Avec d'autres SCHS, notamment les plus petits, les relations peuvent être très lointaines, voire inexistantes. Bien que la présente mission n'avait rien d'inopiné, il s'est trouvé quelques DDASS qui ne savaient pas s'il y avait un responsable à la tête de tel ou tel petit SCHS et s'il fonctionnait encore. Cette ignorance peut perdurer tant qu'il n'existe pas de récriminations d'usagers s'adressant directement à la DDASS ou au préfet.

Certaines DDASS ont d'ailleurs tendance à penser que si les problèmes ne remontent pas, c'est qu'ils sont traités localement, et supposés bien traités. Il s'agit d'une hypothèse non dénuée d'un certain bon sens mais qui présente tout de même des limites et n'est pas sans risques.

Quelques DDASS ont une connaissance assez précise de ce que sont et font les SCHS de leur département. A l'instar de la DDASS du Val-de-Marne, la DDASS du Nord a réalisé en 2002 un état des lieux de tous les SCHS de son ressort, portant sur les moyens humains et matériels, et les activités. Cette même DDASS s'efforce d'animer son réseau de SCHS, leur offrant ainsi l'occasion de se connaître et d'échanger utilement sur leurs pratiques.

Les SCHS n'établissent pas systématiquement de rapport annuel, sans que les DDASS ne les y incitent d'ailleurs. Lorsque les SCHS produisent des rapports ou des fiches d'activité, ils ne les adressent pas systématiquement aux DDASS, qui par ailleurs n'en font pas la demande.

En sens inverse, les DDASS ne jugent pas toujours utile d'adresser aux SCHS les circulaires ou autres documents ou études susceptibles de leur être utiles. La circulaire ministérielle récente du 29 mars 2004³² est loin d'avoir été communiquée à tous les SCHS, même lorsque la collaboration est bien réelle.

Les thèmes et circonstances de collaboration les plus fréquemment relevés sont :

- la formation (cf. supra 2.3.1.3) ;
- la planification et la mise en œuvre d'actions concertées ou contractuelles ;
- la coordination des stratégies et des rôles de chacun sur des thématiques particulières.

³² Circulaire DGS/DAGPB n° 162 du 29 mars 2004 relative aux missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales en santé environnementale.

◆ Le dernier thème ci-dessus, celui de la coordination des rôles, est l'occasion d'évoquer la question des conventions entre les préfectures/DDASS et les communes/SCHS.

La mission a rencontré quelques cas, peu nombreux, où des conventions ou accords avaient été signés aux fins de définir ou préciser les rôles respectifs de chacun en matière de contrôle des règles d'hygiène, et parfois dans d'autres domaines de santé publique ou promotion de la santé. Dans une commune, un projet de convention a finalement été abandonné, du fait de la mairie, en raison des risques de rigidité inutile et de contentieux qui pourraient s'ensuivre.

La diversité des relations entre les SCHS et les préfectures/DDASS, avec ou sans convention, laisse à penser qu'il ne s'agit pas d'une panacée.

Dans la majorité des cas, les compétences respectives des uns et des autres sont bien connues et leur ajustement éventuel en fonctions des circonstances se fait à l'amiable, avec souplesse et bonne intelligence. Dans d'autres cas, soit que les personnes changent, soit que les relations soient moins aisées, un accord définissant les obligations de chacun peut s'avérer utile pour minimiser les situations ambiguës ou litigieuses.

◆ La circulaire du 29 mars 2004, visant à faire le point sur les missions prioritaires et celles réellement exercées par les DDASS et les DRASS, n'évoque pas les SCHS alors même que ces derniers effectuent nombre des missions qui sont évoquées.

Cette absence est d'autant plus observable qu'il est demandé aux services de réaliser un bilan des missions effectuées, et des moyens qui y sont consacrés. Les missions pour lesquelles un transfert vers d'autres services ou une sous-traitance sont envisageables doivent être, de même, recensées.

2.5.2 Les relations avec la préfecture et les autres services déconcentrés de l'Etat

Les relations avec la préfecture et les autres services déconcentrés de l'Etat ont lieu en différentes circonstances, notamment :

➤ Les pôles de compétence

Il arrive, même si c'est peu fréquent, que certains SCHS soient associés, ponctuellement ou de manière permanente, à certains pôles de compétence mis en place par les préfets. Les domaines les plus fréquents sont l'habitat et l'hygiène alimentaire. La lutte contre le saturnisme infantile pourrait constituer un thème où la participation de certains SCHS devrait apporter une contribution très utile.

➤ le Conseil départemental d'hygiène (CDH)

Les SCHS sont associés de manière très inégale aux CDH. Souvent exclus de la procédure, le SCHS peut être amené à rapporter les dossiers qu'il a instruits (comme à Denain, Montpellier et La Rochelle par exemple).

Il est plus rare qu'un responsable de SCHS soit désigné comme membre délibérant d'un CDH. Certains directeurs de SCHS ne le souhaitent d'ailleurs pas pour éviter de courir le risque de se trouver juge et partie.

➤ les plans de secours

Les plans de secours, organisés par les préfectures, sont des domaines où les SCHS sont assez souvent associés (plan canicule) ou plus rarement (ORSEC, BIOTOX).

➤ ICPE

Le plus souvent, les SCHS n'exercent pas de compétence en matière de contrôle des ICPE qui demeurent du domaine exclusif des DRIRE. Cependant la mission a relevé un cas atypique qui nécessite d'être développé.

Ainsi, l'arrêté préfectoral du 15 juillet 1997 organisant l'inspection des installations classées sur le département de la Gironde, établi sur proposition du directeur régional de l'industrie, de la recherche et de l'environnement d'Aquitaine (DRIRE), indique dans son article 5 que « les inspecteurs de salubrité du service communal d'hygiène et de santé de Bordeaux ont mission de concourir aux contrôles des installations classées soumises à déclaration sur le territoire des communes de la communauté urbaine de Bordeaux où ils ont compétence, et selon [des] modalités définies [en annexe 4] ».

Cette annexe précise la mission donnée au SCHS par le préfet de la Gironde dans la matière considérée. C'est ainsi que le SCHS est chargé :

- de donner son avis sur le classement de certains établissements ;
- de donner son avis sur la conformité des installations classées soumises à déclaration à l'occasion des visites de contrôle ou lorsqu'il traite une plainte qui lui a été transmise par les services de la préfecture au titre de la législation sur les installations classées.

➤ L'inaction des communes est parfois sanctionnée par les préfets

Plusieurs préfets sont intervenus auprès de maires de communes disposant d'un SCHS, afin de faire respecter le texte de la loi. Plusieurs exemples (villes de Nevers, Villeneuve-Saint-Georges, Charleville-Mézières) montrent que, même sans disposer de délibérations sur lesquelles le contrôle de légalité aurait pu s'appuyer, les préfets de département ont enjoint les communes de maintenir, ou de reprendre, les activités qui leur étaient dévolues par la loi, et au titre desquelles ces collectivités percevaient la DGD. Parfois sous la menace de supprimer cette dotation, parfois par simple pression, des accords locaux ont été conclus, formalisés ou non par des protocoles d'accord indiquant les compétences que les communes s'engageaient à assumer. Parfois, les moyens nécessaires à mobiliser pour effectuer ces missions figurent sur les documents formalisant les accords.

Il est à noter que, consulté sur ces procédures, le ministère chargé de la santé est toujours resté prudent. Ainsi, celui-ci indiquait, par une lettre en date du 1^{er} mars 1996 du ministre du travail et des affaires sociales à son collègue ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation³³, que, concernant la commune de Villeneuve-Saint-Georges (94), s'il « serait équitable [...] de ne plus verser la dotation générale de décentralisation puisque la ville n'assure plus [les missions dévolues au SCHS], une telle suppression nécessite de sortir du cadre [de l'article L. 772 du CSP] ». Par ailleurs, dans le même document il est rappelé que

³³ Lettre du ministre du travail et des affaires sociales au ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, en date du 1^{er} mars 1996

dans le cadre législatif actuel, si la DGD n'était plus versée, « il serait difficile de savoir quelle est l'autorité compétente pour les problèmes d'hygiène et cela pourrait poser de graves problèmes de responsabilité ».

Dans cet exemple, comme dans d'autres, le volontarisme préfectoral a été couronné d'une efficacité réelle, même si la base légale de l'intervention, ou de la menace, apparaissait faible.

2.5.3 *Les relations avec le département*

Une proportion importante des SCHS ont signé des conventions avec leur département (conseil général). Ces conventions portent principalement sur les vaccinations, la PMI et parfois la désinfection. Elles ont pour but de fixer la répartition des rôles de chacun et préciser les modalités de participation en nature ou sous forme de remboursement lorsque les activités sont menées avec des moyens apportés par l'une et l'autre des collectivités.

◆ Les conventions relatives à la PMI ne présentent pas de particularité et sont généralement d'application simple dans la mesure où elles concernent un domaine de compétence départementale stricte (c'est à dire sans transfert dérogatoire aux SCHS). Dès lors, les communes qui exercent des activités de PMI (rattachées ou non au SCHS) sont remboursées par le département, sur justification des moyens mis en œuvre et production des statistiques d'activité).

◆ Les relations avec les départements en matière de vaccination fournissent un bon exemple de la complexité du jeu induit par le transfert dérogatoire de 1983. Lorsqu'une commune réalise des vaccinations publiques qu'elle réalisait déjà au 1^{er} janvier 1984, elle perçoit à ce titre une fraction de la DGD et ne devrait donc rien recevoir du département au titre des vaccinations publiques à caractère obligatoire. La mission a pu constater que ce n'était pas toujours le cas et que certaines communes percevaient à la fois la DGD et un remboursement du département.

La commune de Rennes a en revanche fait une application rigoureuse du dispositif. Percevant de la DGD au titre des vaccinations qu'elle effectuait en 1984 et ayant décidé ultérieurement de confier la réalisation de celles-ci au conseil général d'Ille-et-Vilaine, la commune rembourse logiquement les dépenses supportées par le département pour les vaccinations réalisées sur le territoire de la ville de Rennes.

Pour l'avenir, la mission vaccination étant recentralisée, l'Etat devrait reprendre une partie de la DGD à la commune de Rennes pour en reverser l'équivalent au département, par voie conventionnelle.

◆ Les activités de désinfection posent des problèmes similaires de partage des rôles et des charges entre la commune et le département, avec souvent un troisième intervenant que sont les entreprises privées de désinfection.

Ainsi par exemple, à Aubervilliers, en cas de maladie transmissible avérée nécessitant des opérations de désinfection, celles-ci sont réalisées par les services du département et à ses frais. Les autres opérations de désinfection sont considérées – par la commune - comme relevant du SCHS qui fait intervenir une entreprise sous-traitante.

2.5.4 *Les relations avec les autres administrations et partenaires privés*

Selon les villes et à des degrés divers, les SCHS ont encore beaucoup d'autres partenaires comme la région, les autres communes, l'université, les hôpitaux, les organismes de protection sociale (assurance maladie, caisses d'allocations familiales, mutuelles), les organisations internationales (OMS), les administrations centrales, et les associations locales.

La problématique de l'intercommunalité a déjà été évoquée plus haut (supra 1.1.4) et sera rediscutée plus bas dans le cadre des réflexions générales (infra 3.1).

CHAPITRE 3. RÉFLEXIONS D'ENSEMBLE ET PROPOSITIONS

3.1 Le système dérogatoire est complexe et très disparate. Il ne garantit pas l'égalité de traitement des citoyens et ne doit pas, aux yeux de la mission, être maintenu

Au terme de l'état des lieux réalisé, un bilan synthétique peut être dressé rassemblant l'essentiel des appréciations que l'on peut porter sur les forces et faiblesses du dispositif en place.

Le bilan est très nuancé. On voit mal comment s'affranchir d'inconvénients majeurs sans remettre en cause les fondements mêmes de ce dispositif dérogatoire.

Il existe une diversité de situations peu compatible avec l'exercice d'une compétence d'Etat.

➤ Une situation juridique marquée par la complexité

◆ Il existe une grande hétérogénéité dans l'ensemble que constituent les SCHS. Les 208 SCHS légalement investis de compétences transférées à titre dérogatoire desservent une population totale de quelque 15 millions d'habitants³⁴, soit environ 25 % de la population nationale.

Le total des DGD (hygiène et santé) versées aux 208 communes concernées s'élève à 80 418 381 euros pour l'année 2003.

L'attribution de la DGD à 208 communes par l'arrêté du 9 septembre 1985, gèle *de facto* la situation administrative de ces services, en prenant acte, le cas échéant, de la nature de la coopération entre collectivités (intercommunalité, délégation de compétence par convention entre communes), des compétences exercées, ou non, à la date d'application de la loi, et des dépenses engagées réellement à ce titre.

Le dispositif juridique est ainsi extrêmement complexe. Il combine localement le pouvoir général de police du maire, celui de l'Etat exercé par le préfet et celui qui est accordé au maire, de manière dérogatoire par la loi.

La complexité de cette situation est accrue par l'application de la loi du 6 janvier 1986, qui substitue aux règlements sanitaires départementaux des décrets en Conseil d'Etat. L'architecture réglementaire découlant de ce texte n'est toujours pas achevée, ayant pour conséquence le maintien de la valeur juridique des RSD.

◆ La notion même de transfert dérogatoire de compétence n'est pas de nature à permettre d'atteindre la clarification des rôles que l'on recherche, entre l'Etat et les communes (contrôle des règles d'hygiène), et entre les départements et les communes (vaccinations, désinfection).

³⁴ Au recensement de 1999, les 208 communes concernées totalisent 14 673 705 habitants.

◆ A cette complexité juridique, s'ajoute l'extraordinaire diversité des situations réelles sur le terrain.

On ne dispose que d'une connaissance très fragmentaire des activités menées, car beaucoup de ces services ne produisent ni rapport ni statistiques d'activité.

➤ Des budgets consacrés aux missions extrêmement inégaux

Il n'existe pas de budget permettant de retracer avec précision les recettes et les charges de ces services, pas même globalement et encore moins par champ de compétence.

La mission a montré à quel point il est difficile de connaître ou d'approcher les coûts de fonctionnement des SCHS.

D'ailleurs, lorsqu'on évoque le coût d'un SCHS, les approches sont multiples. S'agit-il des seules activités réalisées par le service qui porte le nom de "SCHS" -quand cette appellation demeure- ou de l'ensemble des activités, éventuellement dispersées au sein de l'administration communale, qui correspondent aux missions définies par les textes de 1902, de 1962, de 1983 ?

De surcroît, la confusion est fréquente entre les "activités de gestion de la salubrité et de l'hygiène" (service d'assainissement notamment) avec les activités proprement dites de "contrôle de l'application ou du respect des règles d'hygiène" ?

Comment prendre en compte les coûts indirects en l'absence d'une comptabilité analytique ? Comment différencier ce qui relève des choix politiques des communes développant des actions novatrices dans le domaine de la santé publique avec les obligations nées des lois de décentralisation ?

Nonobstant ces difficultés et les approximations qui en résultent, la mission a montré que les dépenses correspondant aux champs des compétences transférées pouvaient être comparable au montant de la DGD, ou sensiblement supérieures ou inférieures.

➤ Un seuil de viabilité des services loin d'être toujours atteint

◆ S'agissant des moyens humains, logistiques et financiers, il apparaît qu'une masse critique suffisante est nécessaire pour garantir l'efficacité et la viabilité d'un SCHS. Dans l'ensemble, les grandes villes ont des services plus performants que les petites.

La présence d'un établissement thermal ou d'une station de cure pour tuberculeux (ancien art. L. 772 du CSP) ne peuvent plus à eux seuls justifier le maintien d'un SCHS.

◆ Les SCHS les plus importants et les plus anciens sont souvent les plus performants car ils disposent d'une masse critique suffisante et ont capitalisé une longue et large expérience dans la lutte contre les problèmes de santé publique.

Le seuil de cette masse critique pourrait se situer aux environs de 60 000 habitants, mais ce n'est qu'indicatif et d'autres critères pourraient être également pris en compte.

Il faudrait donc permettre aux très petits SCHS d'être rattachés à un autre, lorsque cela est possible, ou de disparaître.

➤ **La dotation de l'Etat est porteuse d'inégalités**

Les montants des DGD versées à chacune des 208 communes pour leur SCHS progressent annuellement, de manière automatique et homogène, en fonction du taux d'évolution de la dotation globale de fonctionnement (DGF), sur la base historique de 1984. Cette progression, selon la règle générale suivie par les dotations de l'Etat, ne tient donc aucun compte des évolutions différenciées susceptibles d'affecter la situation démographique, le niveau socio-économique moyen, la nature et l'acuité des besoins. Chaque commune ayant une histoire et une dynamique spécifiques, le risque de distorsion ou de divergence entre l'évolution du montant de la DGD et l'évolution des besoins qu'elle est censée couvrir ne peut que s'accroître au fil des ans.

Dans l'échantillon étudié par la mission, le niveau de DGD par habitant va de 2,85 € à 12,1 € selon les communes, soit un facteur multiplicateur de 4,3 entre la commune la moins bien dotée et la commune la mieux lotie (cf. supra 2.4.2). Ces écarts sont le reflet de la situation de 1984, ils ne correspondent pas à la hiérarchie différenciée des besoins.

En d'autres termes, on ne peut figer très longtemps la nature et l'étendue des activités de chaque SCHS au niveau où elles se trouvaient au 1^{er} janvier 1984, à supposer qu'il n'y ait pas eu d'erreur d'évaluation à cette époque.

En outre,

- est-il équitable qu'une commune, eût elle une population élevée, ne puisse désormais créer un SCHS que sur ses propres ressources ?
- faut-il obliger une petite commune à continuer de faire fonctionner son SCHS au seul motif qu'il existait au 1-1-1984 ? (exemple de Royat)

➤ **Un dispositif qui bloque le développement de la coopération intercommunale en matière de santé**

Le développement de l'intercommunalité est important depuis les années 90. Si dans un premier temps, celle-ci a surtout concerné les communes rurales, l'application de la loi dite Loi Chevènement, du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale a vu se développer de nouveaux EPCI sur des territoires urbains. C'est ainsi qu'en 2002, 65 % de la population résidant dans des aires urbaines de plus de 50 000 habitants (hors Paris), relevaient de communautés d'agglomérations ou de communautés urbaines.

Selon le principe général, la loi ne fait aucun obstacle à ce qu'une communauté d'agglomération ou une communauté urbaine puisse créer un SCHS à vocation intercommunale en application de l'article L. 1422. En réalité, la quasi-totalité des agglomérations concernées intègrent au moins une commune avec un SCHS aux compétences dérogatoires au titre de l'article L. 1422-1 du CSP.

Malgré une demande forte des communes concernées, ancienne pour certaines (Bordeaux) ou plus récente (Béziers), la possibilité de mettre en commun des moyens pour assumer les

missions des SCHS n'est pas possible en l'état actuel du droit. Le transfert de ces missions spécifiques de la commune vers un EPCI serait contraire à la lettre de la loi du 22 juillet 1983. En effet, les communes d'une agglomération ne disposant pas de la compétence spécifique attribuée aux communes possédant un SCHS, versus loi de 1983, ne peuvent se voir déléguer cette compétence.

Cette situation juridique bloque toute tentative de mise en commun intercommunal des compétences en matière d'hygiène et de santé sur la majeure partie du territoire national. Elle va de plus à l'encontre de la volonté du législateur exprimée par ailleurs de développer à la fois l'intercommunalité et les compétences qui peuvent lui être déléguées.

Les propositions de modification de ce cadre juridique n'ont, pour l'instant, pas été suivies d'effets. Il en est ainsi de la proposition faite par le ministère de l'intérieur en 1991 (confer § 1.3.3), ou de celle exprimée par la commission Mauroy³⁵.

Par ailleurs, les transferts de compétences prévus par la loi 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³⁶ permettant dans certaines conditions :

- aux maires de prendre conjointement des arrêtés avec le président d'un EPCI disposant de la compétence transférée ;
- de mettre à la disposition d'un EPCI les services d'une commune, en tout ou partie, pour l'exercice de ses compétences,

ne lèveraient pas l'impossibilité juridique de faire délibérer au sein d'un EPCI des communes ne disposant pas des compétences déléguées par l'Etat au maire d'une autre commune membre.

Cette difficulté juridique apparaît comme irréductible.

Seule une modification législative permettrait de lever cet obstacle en revenant sur le principe de transfert dérogatoire de compétences organisé par la loi de 1983. Dans cette seule hypothèse, le représentant de l'Etat aurait la possibilité par convention de déléguer des compétences en matière d'hygiène et de santé aux communes ou aux EPCI.

➤ Face à ces constats, les arguments en faveur du *statu quo* sont faibles

Face aux inconvénients du dispositif dérogatoire en vigueur, les principaux arguments en faveur de son maintien paraissent être les suivants :

- la crainte de remettre en cause un transfert de compétences qui, même dérogatoire et ne concernant qu'une fraction de la population nationale, pourrait paraître comme une atteinte à des "avantages" acquis de très longue date par les communes (1902). De surcroît cette suppression interviendrait à une époque où il existe un consensus pour réclamer plus de décentralisation et plus de proximité de l'action publique ;

³⁵ « Refonder l'action publique locale », rapport remis le 17 octobre 2000 au Premier Ministre, Lionel Jospin, par Pierre Mauroy, président de la commission pour l'avenir de la décentralisation. Ce rapport préconisait, dans sa Proposition n° 38 que par application du principe de subsidiarité à l'action sanitaire et sociale, il soit possible d'effectuer une délégation conventionnelle des compétences aux intercommunalités.

³⁶ La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui permet, dans certaines conditions, aux maires de prendre conjointement des arrêtés avec le président d'un EPCI disposant de la compétence transférée en matière d'assainissement ou d'élimination de déchets ménagers.

- la crainte ou le refus de devoir augmenter les obligations et les charges financières de l'Etat, même si globalement ces dépenses publiques supplémentaires pourraient être logiquement compensées, en partie, par la suppression d'une fraction de la DGD ;
- la crainte qu'une renégociation ponctuelle des DGD n'entraîne l'Etat vers une renégociation élargie à d'autres domaines, dont les enjeux financiers peuvent être bien supérieurs aux quelque 80 M€ de DGD hygiène et santé ;
- l'avantage de la proximité par rapport aux usagers et aux organismes contrôlés, encore que parfois une certaine distance soit de nature à protéger les agents contrôleur des pressions de toutes sortes.

➤ **La clarification passe nécessairement par une modification législative**

Après avoir fait le bilan des avantages et des inconvénients de la situation actuelle, la mission arrive à la conclusion que le choix opéré par le législateur en 1983, renouvelé de fait en 2004, n'était peut-être pas le plus approprié et qu'il eût sans doute été préférable de procéder à une répartition stricte et univoque des compétences, garantissant l'égalité des citoyens devant le service public et supprimant du même coup la plupart des inconvénients évoqués plus haut.

L'impact financier pour l'Etat et les communes serait nul puisque la récupération de la DGD devenue sans objet permettrait de financer le renforcement des moyens des services de l'Etat, y compris pour des ré-allocations contractuelles. Quelques économies d'échelle opérées du même coup permettraient d'améliorer la productivité de l'ensemble.

Le retour à une répartition homogène des compétences n'interdit pas que l'Etat (services déconcentrés) délègue à une commune au cas par cas, par convention, l'exercice d'une partie plus ou moins grande de ses compétences, en fonction des circonstances locales et sous son contrôle. Ce devrait être le cas pour les communes possédant un SCHS qui, techniquement, sont à même d'exercer le contrôle des règles d'hygiène ou les vaccinations.

C'était d'ailleurs la proposition du groupe de travail présidé par Pierre PASCAL en 1990³⁷.

Aussi, la mission propose qu'après consultation de la commission consultative sur l'évaluation des charges résultant des transferts de compétences (CCEC) un projet de loi prépare le recentrage de l'exercice des compétences Etat sur les services déconcentrés. La possibilité de déléguer, par voie de convention, aux communes ou groupements de communes qui le souhaitent et qui disposent des moyens le permettant, ces missions pourrait être envisagée dans le même texte.

3.2 En attendant la réforme radicale que la mission préconise, des mesures intermédiaires peuvent être proposées

La loi relative à la politique de santé publique et celle relative aux libertés et responsabilités locales venant d'être votées, maintiennent en l'état les compétences dérogatoires des

³⁷ Rapport du groupe de travail sur l'hygiène du milieu – présidé par Pierre PASCAL – Rapport IGAS n° 90-009 de février 1990

208 communes concernées. La mission a donc examiné les mesures susceptibles de réduire les insuffisances et inconvénients actuels.

➤ **Des modifications législatives de moindre ampleur peuvent, temporairement, permettre d'améliorer le dispositif**

◆ **Instituer un droit de retrait des communes souhaitant se désengager du dispositif**

Les petites communes qui n'ont pas une dimension suffisante pour atteindre la masse critique indispensable à des activités de qualité pour un coût acceptable devraient pouvoir s'extraire de l'obligation que leur fait la loi actuellement de continuer à exercer les attributions qu'elles exerçaient effectivement au 1^{er} janvier 1984 en matière de vaccination ou de désinfection ainsi qu'en matière de contrôle administratif et technique de règles d'hygiène.

Cela libérerait certaines communes qui ne tiennent pas (ou plus) à assurer des missions qu'elles savent ne pouvoir exécuter correctement et à un coût raisonnable. La contrepartie du retrait serait la suppression de la DGD correspondante.

Cette modification d'ordre législatif peut être effectuée après avis de la commission consultative sur l'évaluation des charges résultant des transferts de compétences dans le cadre d'une loi de type DMOS.

◆ Pour tenir compte de l'évolution des besoins locaux et des moyens des communes dotées d'un SCHS attributaire de compétences transférées, il conviendrait de créer les conditions d'une redéfinition formelle de leurs champs d'intervention (contrôle des règles d'hygiène, vaccinations, désinfection). La DGD pourrait, en cas d'abandon de compétences, être réévaluée à la baisse.

◆ Pour permettre à de nouvelles communes –avec ou sans SCHS- non attributaires de compétences transférées (donc autres que les 208 actuelles), mais qui ont les moyens d'assurer dans de bonnes conditions certaines missions des DDASS, il conviendrait d'ouvrir cette possibilité de délégation conventionnelle.

➤ **D'autres mesures peuvent être envisagées sans modifier la loi**

◆ **Fournir les informations indispensables à l'élaboration et au pilotage des politiques régionales en matière de santé**

Le pilotage de la politique de santé publique, qui relève de l'Etat, nécessite une connaissance précise des besoins locaux et des moyens mis en œuvre quels qu'en soient les gestionnaires. La loi de santé publique crée des groupements régionaux de santé publique chargés de mettre en œuvre les objectifs de santé publique dans chaque région. Les communes qui possèdent un SCHS apparaissent comme des acteurs de santé publique d'autant que leur couverture dans ce domaine concerne environ 25 % de la population nationale. Il paraît justifié que ces communes produisent un minimum d'informations et de statistiques normalisées, comme cela est fait pour d'autres activités décentralisées.

◆ Améliorer les échanges d'information

L'association plus étroite des SCHS aux missions des services de l'Etat dans le domaine de l'hygiène du milieu et de la santé environnementale passe par leur intégration plus forte au système d'information et au partage des connaissances dans ce domaine.

L'accès au réseau ministériel RESE développé pour les services santé environnement des DDASS et DRASS constituerait un instrument privilégié (sous conditions d'utilisation développées dans le présent rapport).

◆ Etendre les compétences des SCHS pour les communes qui le souhaitent

Dressant le constat de l'absence de contrôle exercé par les services de l'Etat sur les installations classées soumises à déclaration, une mission d'étude et de réflexion sur l'organisation des pouvoirs publics dans le domaine de la protection de l'environnement³⁸, dans un rapport au Premier ministre, considérait que « le contrôle des petites installations classées est proche des compétences communales en matière d'urbanisme et des pouvoirs de police du maire [...]. La mission a donc considéré que le niveau communal était le plus pertinent pour exercer le contrôle de ces installations classées ».

Ce document formule la proposition suivante : « dans les communes, ou les EPCI d'une importance suffisante pour disposer d'un service technique, transférer au maire les compétences du préfet sur les installations classées d'intérêt local soumises à déclaration ».

Cette possibilité déjà utilisée pour l'un des 208 SCHS (exemple de Bordeaux) pourrait être développée dans le cadre existant.

◆ Favoriser la formation des personnels

La qualité des actions menées par les SCHS nécessite une attention particulière à la formation des personnels (formation initiale et continue) et aux conditions statutaires de leurs cadres.

La mission préconise, pour une satisfaction optimale des besoins en formation, qu'un rapprochement soit opéré entre le CNFPT et l'ENSP, en liaison avec les organisations représentatives de ces personnels et de leurs employeurs.

Il conviendrait aussi que les administrations centrales concernées prennent position sur la question pendante du statut des directeurs des SCHS.

3.3 Faire participer les SCHS disposant de moyens adaptés aux programmes de santé et aux dispositifs de prévention mis en œuvre dans chaque région

➤ Intégrer les SCHS dans les organisations régionales

Dans le cadre de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et en particulier de la mise en place des groupements régionaux de santé, il apparaît indispensable que les SCHS développant une activité en terme de santé publique puissent être associés étroitement. Cette association peut prendre différentes formes :

- délégations dans le domaine des vaccinations pour les SCHS assurant les vaccinations obligatoires ou facultatives ;

³⁸ Mission d'étude et de réflexion sur l'organisation des pouvoirs publics dans le domaine de la protection de l'environnement, rapport au premier ministre, octobre 2001.

- participation aux instances chargées dans chaque département de conduire la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue ;
- participation, sous des formes appropriées avec les autres acteurs de santé, au système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire ;
- participation au niveau local à l'identification des problèmes de santé et à l'appréciation de leur importance ;
- participation comme acteur de santé à l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique (tabac, nutrition, habitat, polluants atmosphériques, intoxications au monoxyde de carbone, nuisances sonores, etc).

➤ **Dresser un inventaire exhaustif des missions et des modalités de fonctionnement des SCHS**

La mission a constaté une absence totale d'évaluation des SCHS. Leurs missions apparaissent très hétérogènes et varient selon les lieux. La pertinence et l'efficacité des engagements des villes possédant un SCHS ne sont mesurées ni en interne ni en externe. Les moyens financiers octroyés par la DGD n'ont pas de lien réel avec les coûts engendrés par le fonctionnement des SCHS, ni avec la qualité de leurs interventions. Les relations entre les SCHS et les DDASS sont parfois distendues et le contrôle administratif et technique au sens que lui donnait le Conseil d'Etat en 1989 « contrôle global des objectifs sanitaires, vérification des règles d'hygiène et répression » n'est que partiellement mis en œuvre, notamment en ce qui concerne le premier aspect de cette définition.

Même si les missions confiées à chaque SCHS à compter du 1^{er} janvier 1984 n'ont pas vraiment été actées dans un document qui fasse foi, la promulgation en août 2004 de la loi relative à la politique de santé publique est suffisamment importante pour que la nécessité de connaître de manière précise le fonctionnement des SCHS s'impose.

Un inventaire exhaustif des moyens et modalités de fonctionnement de tous les SCHS pourrait être, de surcroît, un préalable utile à la mise en œuvre des principales propositions énumérées aux points précédents (supra 3.1 et 3.2).

- Dans cette hypothèse, cet inventaire pourrait être réalisée au regard de l'exercice des missions :

confiées aux SCHS en 1984 ;

nouvelles développées, notamment dans le domaine de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé ;

nouvelles mises en exergue par le législateur depuis les lois de décentralisation. Pour exemple, pour la qualité de l'air : gestion du risque lié aux légionnelles en rapport avec les tours aéroréfrigérantes ; pour la qualité de l'habitat : gestion du risque lié au plomb, à l'amiante, au radon, au monoxyde de carbone ; pour la qualité des eaux destinées à la consommation : gestion des risques liés aux légionnelles dans les systèmes de l'alimentation en eau chaude sanitaire...

- Cet inventaire, pourrait utilement être confié, dans chaque région, par les groupements régionaux de santé publique aux DRASS

La loi du 9 août 2004 précitée détermine des objectifs régionaux de santé publique. La région apparaît comme le territoire adéquat pour piloter la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique.

Pour les GRSP, il sera rapidement nécessaire de réaliser l'inventaire des dispositifs mis en œuvre effectivement sur la région qui concourent à la promotion de la santé ou à l'éducation à la santé, aux programmes de santé et aux dispositifs de prévention.

Ils pourraient confier cette mission aux DRASS.

La circulaire du 29 mars 2004 a confié aux DRASS le soin de dresser un bilan préalable des missions effectuées en santé environnementale et des moyens consacrés par chaque direction de la région. La méthodologie mise en place par les DRASS pour cette évaluation peut être utilement utilisée pour dresser un inventaire des activités des SCHS. Les services des DRASS sont donc les mieux à même d'assurer ce travail d'autant qu'ils pourront comparer plusieurs sites entre eux et auront le recul nécessaire pour engager avec les SCHS communaux un débat contradictoire de qualité.

Une préparation, par une information aux élus et aux organisations et associations professionnelles, afin d'expliquer les objectifs et la démarche pourrait préalablement être organisée.

Gérard LAURAND

Yves ROUSSET

Michel VERNEREY

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Personnes rencontrées au cours de la mission.
- Annexe 2 :** Tableau comparatif des attributions des BMH (1902, 1962) et réalité des activités observées par la mission.
- Annexe 3 :** Ventilation des dépenses par nature et par SCHS en 1983 et montant de la DGD attribuée au titre de l'année 1984.
- Annexe 4 :** Comparaison des effectifs de personnel de la DDASS et des SCHS du Nord – année 2002 (source : DDASS du Nord).
- Annexe 5 :** Abréviations utilisées.

ANNEXE N° 1 :
Personnes rencontrées au cours de la
mission.

Liste des personnes rencontrées

Ministère de la santé et de la protection sociale

Direction générale de la santé (DGS)

- Docteur Yves Coquin, chef du service prévention, programmes de santé et gestion des risques
- Monsieur Thierry Michelon, sous directeur (7^{ème} sous direction)
- Mme Françoise Houël, adjointe au sous-directeur de la coordination des services et des affaires juridiques (4^{ème} sous-direction)
- Monsieur Jean Dufriche, adjoint au sous directeur (5^{ème} sous direction)
- Madame Catherine Mir, adjointe au sous directeur (7^{ème} sous direction)
- Mme Françoise Lacombe, chef du bureau des services déconcentrés et agences (4^{ème} sous-direction)
- Mme Joëlle Carmes, chef du bureau bâtiments, bruit et milieu de travail (7^{ème} sous-direction)
- Monsieur Laurent Dubois Mazeyrie, adjoint à la chef du bureau bâtiments, bruit et milieu de travail (7^{ème} sous direction)
- Mme Sabrina Lepeltier, sous-direction de la coordination des services et des affaires juridiques (4^{ème} sous-direction)
- Madame Aliez Le Meur, chargée des affaires juridiques (7^{ème} sous direction)
- M. Guy Bechu, ingénieur sanitaire à la sous-direction de la gestion des risques des milieux (7^{ème} sous-direction)

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

- Monsieur Roland Cecchi-Tenerini, membre de l'inspection générale des affaires sociales
- Monsieur Dominique Tricard, membre de l'inspection générale des affaires sociales

Ministère de l'intérieur de la sécurité intérieure et des libertés locales

Direction générale des collectivités locales (DGCL)

- Monsieur François Lucas, adjoint au directeur
- Madame Marie-Lise Guimberteau, attachée, bureau des finances des transferts de compétences
- Monsieur Jérôme Teillard, rédacteur, bureau des services publics locaux, chargé des questions d'emploi, de formation et d'insertion professionnelle, d'action sociale et de santé

Sites visités

Alpes Maritimes

DDASS des Alpes Maritimes

- Madame Danièle Pinat, directrice
- Monsieur Gilbert Fontes, ingénieur sanitaire
- Madame Martine Kersdeezé, responsable du pôle santé
- Madame Nicole Fabregas, technicienne
- Docteur Danielle Fabre, médecin inspecteur de la santé publique

Ville de Nice

- Professeur Ayraud, adjoint au maire délégué à la santé
- Docteur Claude Dreksler, directeur de la santé publique
- Madame Massot, responsable de l'administration générale de la direction de la santé publique
- Docteur Tobailem, chef de service du pôle santé à la direction de la santé publique
- Monsieur Belamy, inspecteur général des services à la ville de Nice

oOo

Bouches du Rhône

DDASS des Bouches du Rhône

- Madame Riffard-Voilque, directrice
- Monsieur Garans, ingénieur général du génie sanitaire
- Monsieur Girouin, ingénieur d'études sanitaires
- Madame Hadji, ingénieur d'études sanitaires
- Monsieur Silvy, ingénieur d'études sanitaires

Ville de Marseille

- Madame Françoise Escarras-Gaunet, adjoint au Maire, délégué à l'hygiène et à la santé, à la toxicomanie et à la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent
- Monsieur le docteur Baraize, directeur du service santé environnement
- Monsieur le docteur Toubiana, responsable du pôle prévention et promotion de la santé
- Docteur Lefebvre, responsable de l'unité populations, territoires et santé

oOo

Charente Maritime

DDASS de Charente Maritime

- Frédéric Le Rallier, ingénieur d'études sanitaire, service santé environnement
- Guy Terrier, médecin inspecteur de santé publique

Mairie de La Rochelle

- Madame Larmet, directrice générale adjointe, chargée de l'administration générale, des populations et de l'éducation
- Docteur Véronique Heraud, directrice du service hygiène, santé publique, environnement
- Madame Béatrice Cormerais, technicienne en chef, inspectrice de salubrité

oOo

Gironde

DDASS de la Gironde

- Monsieur Hugues de Chalup, directeur
- Monsieur Daniel Boisseau, directeur adjoint
- Monsieur Jean-François Causse, ingénieur du génie sanitaire, chef du service santé environnement
- Docteur Josette Costes, médecin inspecteur de santé publique
- Docteur Alain Manetti, médecin inspecteur de santé publique

Mairie de Bordeaux

- Docteur Benayan, conseiller municipal délégué
- Monsieur Alain de Bouteiller, secrétaire général

SCHS de Bordeaux

- Monsieur Jacques Volland, directeur
- Madame Anne-Marie Dunes, attachée territoriale
- Docteur Véronique Amathieu, médecin territorial, chargée d'un secteur de santé scolaire
- Monsieur Joël Paillé, contrôleur territorial, référent piscines et animaux
- Monsieur Didier Blasquez, responsable de l'unité désinfection désinsectisation dératisation
- Madame Josette Biscaïchipy, technicienne territoriale
- Madame Catherine Bertet, technicienne territoriale
- Monsieur D. Sécardin, technicien territorial, référent bruit
- Monsieur N. Couret, technicien territorial, référent bruit
- Monsieur P. Sennepin, technicien territorial, référent pour l'hygiène alimentaire

Syndicat intercommunal du bassin d'Arcachon (SIBA)

- Monsieur Michel Bézian, président Le directeur général :
- Monsieur Gilbert Guérin, directeur général
- Monsieur Gérard Lanusse, directeur Financier

Service d'hygiène et de santé du bassin d'Arcachon (SIHS)

- Monsieur Capdeville, directeur
- Madame Chevalier, rédactrice en chef
- Monsieur Techoueyres, technicien supérieur chef
- Monsieur Mespezat, technicien supérieur chef

oOo

Hérault

DRASS de Languedoc-Roussillon

- Monsieur Courtois, ingénieur régional sanitaire
- Monsieur Delanou, ingénieur d'études
- Madame Plaisant, ingénieur sanitaire
- Monsieur Deltour, ingénieur sanitaire, chargé de mettre en œuvre l'outil RESE
- Madame Baud, ingénieur sanitaire, chargée de mettre en œuvre l'outil RESE

DDASS de l'Hérault

- Monsieur Aubrun, directeur
- Madame Claudet, ingénieur sanitaire chef du pôle santé cellule environnement
- Monsieur Piques, ingénieur d'études chargé du bureau Habitat lieux recevant du public
- Madame Morel, ingénieur d'études
- Madame Allié, médecin inspecteur de la santé publique

SCHS de Montpellier

- Madame Véron, directrice

oOo

Ille-et-Vilaine

DDASS d'Ille-et-Vilaine

- Madame Colette Perrin, directrice départementale
- Monsieur Jean-Michel Buisset, ingénieur du génie sanitaire, chef du service santé environnement
- Monsieur Christian Enfrin, ingénieur principal d'études sanitaires
- Monsieur Michel Pouëssel, ingénieur principal d'études sanitaires
- Docteur Brigitte Subileau, médecin inspecteur de santé publique

Mairie de Rennes

- Madame Clotilde Tascon-Mennetrier, adjointe au maire, déléguée à la santé, l'hygiène et la prévention des risques sanitaires
- Monsieur Gilles Suignard, directeur général des services
- Monsieur Jean-Jacques Pené, directeur général du secteur solidarité santé
- Madame Danièle Fourdan, directrice générale adjointe du secteur solidarité santé
- Monsieur Thibault Delaroche, directeur des affaires financières

SCHS de Rennes

- Docteur Sophie Le Bris, médecin directeur du service communal d'hygiène et de santé
- Docteur Anne Le Fèvre, médecin territorial, chef du service de santé des écoles maternelles et des crèches (SSEMC)
- Monsieur Alain Jourdren, ingénieur en chef territorial, chef du service hygiène et environnement (SHE)
- Madame Sandra Denis-Gogin, rédacteur contractuel, chargé des aspects juridiques, administratifs et financiers

oOo

Lot et Garonne

DDASS de Lot et Garonne

- Madame Even, directrice de la DDASS
- Monsieur Billeto, ingénieur du génie sanitaire responsable du service santé environnement
- Monsieur Dubois, médecin inspecteur de santé publique
- Monsieur Monnier, ingénieur d'études sanitaire
- Monsieur Benard

Mairie d'Agen

- Monsieur Veyret, maire d'Agen
- Monsieur Darrigrand, directeur général des services
- Monsieur Laujol, directeur de l'administration générale
- Madame Mazzonetto responsable du SCHS

oOo

Marne

DRASS de Champagne Ardennes

- Madame Mona Brudo, directrice
- Madame Jeanne Faliu, ingénieur sanitaire

DDASS de la Marne

- Docteur Kermorvant, directrice
- Monsieur Laurent Caffet, ingénieur sanitaire

Ville de Reims

- Docteur Bonnet, médecin directeur du SCHS
- Monsieur Xavier Galliot : directeur du service des finances (entretien téléphonique)
- Madame Caqueret : attachée (entretien téléphonique)

oOo

Nièvre

Préfecture

- Monsieur Nestar Fleurus, secrétaire général

DDASS de la Nièvre

- Madame Maureen Mazar, directrice
- Monsieur Guillaume Heuze, ingénieur du génie sanitaire
- Docteur Dominique Vaillant, médecin inspecteur de santé publique (entretien téléphonique)

Mairie de Nevers

- Monsieur Jean Luc Erel, directeur général adjoint, chargé des services logistiques
- Monsieur Jean Louis Collenot, ingénieur en chef, chef de la direction de l'environnement urbain
- Madame Aude Subirama, ingénieur, chef du service de l'environnement urbain
- Madame Lucie Desbonnets, technicien supérieur territorial, service sécurité bâtiments et ERP
- Monsieur Jean Nicolas Bourget, technicien territorial, service de l'environnement urbain,
- Monsieur Pascal Filoe, brigadier chef, coordonnateur du contrat local de sécurité

oOo

Nord

DDASS du Nord

- Madame Evelyne Sylvain, directrice départementale
- Docteur Monique Lefort, médecin inspecteur de santé publique
- Monsieur. Pascal Jehannin, ingénieur du génie sanitaire, service santé environnement
- Monsieur Olivier Savy, ingénieur d'études sanitaires
- Madame Anne Druenes, ingénieur d'études sanitaires

Mairie de Denain

- Monsieur Patrick Leroy, maire
- Madame Réjane Nison, directrice générale des services
- Mademoiselle Anne-Marie Vaillant, responsable des affaires financières
- Monsieur Bernard Jaskowiak, directeur des services techniques

SCHS

- Monsieur Arnaud Vanhille, rédacteur stagiaire, responsable du Service communal d'hygiène et de santé
- Madame Sylvie Dolphin, agent administratif

oOo

Puy de Dôme

DDASS du Puy-de-Dôme

- Monsieur Jean-Claude Vallier, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- Madame Corinne Drougard, ingénieur du génie sanitaire
- Madame Valérie Parron, ingénieur d'études sanitaires
- Docteur Monique Mora, médecin inspecteur de santé publique

Mairie de Royat

- Monsieur Jean-Pierre Bara, maire
- Madame Françoise Plemert, directrice générale des services
- Monsieur Jean-Claude Allafort, directeur des services techniques
- Monsieur Jean-Claude Rouby, attaché territorial stagiaire chargé de l'urbanisme
- Madame Cécile Debord, responsable du service social de la commune
- Monsieur François Roberto, policier municipal
- Monsieur Claude Barron, directeur de l'établissement thermal
- Monsieur Richard Merere, responsable de la commercialisation à l'établissement thermal

oOo

Rhône

DDASS du Rhône

- Monsieur Jean-Philippe Gallat, directeur adjoint
- Monsieur Marc Maisonneuve, ingénieur du génie sanitaire, chef du service santé environnement

Conseil général du Rhône

- Docteur Isabelle Schwander, médecin territorial, responsable santé de l'unité territoriale de Vaulx-en-Velin

SCHS de Lyon

- Docteur Philippe Ritter, directeur

Mairie de Vaulx-en-Velin

- Monsieur Paul Boghossian, conseiller municipal, délégué à l'hygiène et à la santé
- Monsieur Simon Bretin, directeur général des services
- Monsieur Jean Pirot, directeur général adjoint délégué au développement social
- Madame Martine Rousset, chargée des opérations budgétaires (direction des finances)

Direction de la santé et de la vie associative (service hygiène et santé)

- Madame Sylvie Sanchez, directrice de la santé et de la vie associative, en charge des activités d'hygiène et de santé et de la vie associative
- Madame Christel Germain, technicienne territoriale
- Madame Béatrice Tiki-Koum, technicienne territoriale contractuelle
- Mademoiselle Soraya Kefif, agent administratif territorial

oOo

Hauts-de-Seine

DDASS des Hauts-de-Seine

- Madame Marylène Baghaboust, directrice adjointe
- Madame Annyvonne Perrin, inspectrice principale
- Madame Sandrine Conrad, ingénierie du génie sanitaire
- Docteur Vinas, médecin inspecteur de santé publique
- Madame Edith Chapitreau, infirmière de santé publique
- Monsieur André Ponard, technicien sanitaire

Mairie de Clichy-la-Garenne

- Monsieur Bruno Bongapenka, directeur général adjoint, chargé du développement économique et social et de la politique de la ville
- Monsieur Fabrice Tirolien, directeur du logement et de l'hygiène
- Monsieur Charles Antoine Ponsart, ingénieur principal, chef du service municipal de sécurité et d'hygiène
- Docteur Hervé Jami, médecin-directeur du service municipal de santé

oOo

Seine-Saint-Denis

DDASS de Seine-Saint-Denis

- Monsieur Michel Benaben, directeur adjoint
- Madame Cécile Somarriba, ingénieur du génie sanitaire, chef du service santé environnement
- Docteur Hervé Creusvaux, médecin inspecteur de santé publique, chef du pôle santé publique

Mairie d'Aubervilliers

- Monsieur Joël Demartini, directeur général des services
- Madame Linda Lapeyre, directrice adjointe des finances
- Monsieur Nicolas Lapayre, employé à la direction des finances

SCHS d'Aubervilliers

- Docteur Luc Ginot,directeur
- Madame Catherine Peyr, infirmière de santé publique, adjointe au chef du service communal d'hygiène et de santé
- Madame Dominique Bertrand, gestion administrative et comptable
- Monsieur Bobeker Brahimi, coordinateur du secteur santé jeunes, chargé de prévention SIDA
- Monsieur Djamel Benamara, éducateur spécialisé, responsable de la boutique Mosaïque (secteur santé jeunes)
- Madame Souka Diouf, intervenante à la boutique Mosaïque (secteur santé jeunes)
- Monsieur Malik Khoudrat, éducateur spécialisé, chargé de prévention de l'alcoolisation et des conduites à risque (secteur santé jeunes)
- Monsieur Ignace Capiron, agent d'entretien qualifié, chargé des prélèvements d'environnement, de la gestion des dossiers bâtiments et du suivi de chantier (cellule MOUS saturnisme¹)
- Monsieur Ludovic Bellone, travaux de décontamination, diagnostics pré-réhabilitation, suivi de chantier (cellule MOUS saturnisme)
- Monsieur Claude Charoy, gestion comptable et gestion du personnel
- Madame Christine Barthelat, inspectrice de salubrité
- Monsieur Jean-Michel Gouju, inspecteur de salubrité

¹ MOUS = maîtrise d'œuvre urbaine et sociale

- Monsieur Stéphane Fernandes, inspecteur de salubrité
- Monsieur Nafa Bensaïd, inspecteur de salubrité
- Madame Marie-José Delmas, inspectrice de salubrité
- Docteur Fabienne Bejanin, médecin territorial, chargée des ateliers santé ville et des actions PRAPS ²
- Madame Christine Leroy, secrétaire du secteur santé
- Madame Murielle Bemer, documentation et secrétariat de la cellule saturnisme

Direction du Centre municipal de santé (CMS)

- Monsieur Laurent Moutel, responsable administratif
- Docteur Jean-Louis Maurel, médecin responsable des vaccinations
- Madame Martine Bispalie, secrétaire des vaccinations

² PRAPS = programme régional d'accès à la prévention et aux soins (D. n° 98-1216 du 29 décembre 1998)

ANNEXE N° 2 :
Tableau comparatif des attributions des BMH
(1902, 1962) et réalité des activités observées
par la mission.

Annexe 2 : tableau comparatif des attributions des BMH (1902, 1962) et réalité des activités observée par la mission,

Attributions obligatoires		
Attributions des BMH telles qu'elles résultent, en 1902 de l'application de la loi.	Arrêté du 14 mai 1962 sur les attributions des directeurs des BMH	Activités réalisées actuellement
1° mesures sanitaires concernant les individus :		
contrôle de l'exécution du règlement sanitaire municipal ;		Le règlement n'existe plus mais les SCHS conservent le contrôle général administratif et technique des règles d'hygiène
réception des déclarations des cas de maladies transmissibles ou contagieuses ; contrôle de la prophylaxie et de l'isolement ; statistiques des cas de maladies transmissibles et contagieuses.	la prophylaxie des maladies contagieuses, la réception des déclarations de maladies à déclaration obligatoire ou facultative,	La réception et le traitement des maladies à déclaration obligatoire sont effectués par les DDASS
	les enquêtes épidémiologiques	Seuls quelques rares SCHS effectuent de telles enquêtes
	le contrôle des statistiques démographiques, et notamment l'enregistrement des décès ;	Hormis quelques exceptions où ces documents sont traités par les SCHS, ce sont les services de l'état civil qui transmettent les données aux DDASS
vaccination et revaccinations obligatoires, en tant qu'elles relèvent de l'autorité municipale ;	le contrôle et l'organisation des vaccinations préventives	Cette compétence a été transférée au département, par convention certains SCHS continuent d'effectuer ces missions
service de la désinfection (dans les villes de moins de 20 000 habitants cette désinfection est assurée par le service départemental) ;	le contrôle ou l'application des mesures d'isolement de désinfection,	Dans la plupart des communes ces missions ne sont plus remplies, seules certaines continuent à avoir une activité, faible, en matière de désinfection (Reims représente une exception en développant une activité importante dans ce domaine)
	le contrôle ou l'application des mesures de désinsectisation, et de dératisation	Ces attributions sont sans doute les mieux partagées entre les SCHS, cependant elles sont de plus en plus déléguées à des entreprises privées pour leur mise en œuvre concrète
	la surveillance sanitaire de l'application des mesures d'hygiène urbaine, d'hygiène de l'habitation, d'hygiène de l'alimentation	
2° mesures sanitaires concernant les immeubles :		
contrôle de l'exécution du règlement sanitaire municipal ;	d'une façon générale l'application des dispositions du règlement sanitaire départemental et en particulier :	Le règlement n'existe plus mais les SCHS conservent le contrôle général administratif et technique des règles d'hygiène
délivrance des permis de construire (non obligatoire pour les communes de moins de 20 000 habitants) ;	- l'examen des plans d'urbanisme - des demandes de dérogation en matière de construction, - éventuellement l'examen des permis de construire	Cette fonction est remplie parfois par les SCHS mais comme dans les autres communes disposant de la compétence urbanisme pour donner un avis au maire
assainissement des immeubles insalubres ;		La procédure d'insalubrité relève du pouvoir de police du maire
surveillance des eaux d'alimentation provenant de puits ;		
surveillance des fosses d'aisances, puisards, bétioires, etc;		
casier sanitaire des immeubles.	la tenue du casier sanitaire	De nombreux SCHS assurent cette tenue mais pas la totalité

Attributions des BMH telles qu'elles résultent, en 1902 de l'application de la loi.	Arrêté du 14 mai 1962 sur les attributions des directeurs des BMH	Activités réalisées actuellement
3° mesures sanitaires concernant les localités :		
- assainissement général de la localité et de la voie publique ; - contrôle du service des égouts	l'examen des projets d'évacuation et d'épuration des eaux usées, de collecte et de traitement des ordures ménagères, ainsi que le contrôle des installations existantes et de leur fonctionnement	cette compétence est très souvent transférée à un EPCI (communauté d'agglo) la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales permet dans ce cas de transférer également, sous certaines conditions, le pouvoir de police du maire.
contrôle des distributions publiques d'eau potable ; carte sanitaire de la commune.	la surveillance des eaux d'alimentation et l'examen des projets de captage et de traitement de ces eaux	Sauf exception, ce contrôle est effectué par les DDASS
	l'examen et l'instruction des plaintes en insalubrité,	Cette fonction est assurée généralement par les SCHS, dans les communes ne disposant pas de tels services, cette mission relève cependant de la responsabilité du maire
	le contrôle de la pollution de l'air	Cette mission est effectuée par les associations régionales, seuls quelques rares SCHS développent une politique propre à la commune
	le contrôle du bruit	Pouvoir de police du maire
	la surveillance sanitaire des hôtels, des logements en garni	Sauf exception, cette mission n'est pas remplie
	les établissements de natation, des piscines, des baignades et des installations de camping	Ces missions sont généralement remplies par les DDASS même lorsqu'il existe un SCHS
	la surveillance sanitaire des halles, marchés, magasins d'alimentation et de tous autres établissements soumis au contrôle de l'autorité sanitaire	Mission remplie très inégalement
	le contrôle général du laboratoire d'hygiène municipal	

Attribution à caractère non obligatoire		
Attributions des BMH telles qu'elles résultent, en 1902 de l'application de la loi.	Arrêté du 14 mai 1962 sur les attributions des directeurs des BMH	Activités réalisées actuellement
Attributions facultatives	les directeurs de la santé peuvent, après accord du préfet déléguer ces compétences:	
1^o service médical de l'état civil : constatations des naissances et des décès ; statistique démographique		
2^o hygiène de l'enfance : exécution de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge ; inscription des nourrices ; contrôle de la qualité du lait pour l'alimentation infantile ; consultations de nourrissons ; gouttes de lait, etc.		Relève des services de PMI
hygiène scolaire ; inspection médicale des écoles ; salles d'asile communales ;		Relève des services de PMI
3^o hygiène alimentaire : surveillance des abattoirs ; inspection des viandes foraines ; inspection des denrées alimentaires ; contrôle de la qualité du lait ; surveillance des halles et marchés.		Relève des services de médecine scolaire, certains SCHS sont parfois associés à des actions de prévention ou de vaccination
4^o police sanitaire des animaux.		Relève du pouvoir général de police du maire
5^o surveillance des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.		
6^o surveillance de la prostitution du point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes		
	le contrôle sanitaire aux frontières	Sauf une exception, la mission n'a pas vu de telles délégations
	la surveillance des sources thermales autorisées et des établissements thermaux (à l'exclusion des demandes d'autorisations de sources ;	
	le contrôle des établissements de soins et de prévention, publics ou privés,	Relève de l'ARH ou du préfet
	le contrôle de la surveillance sanitaire du personnel employé dans tous les organismes de protection de la santé publique relevant des collectivités publiques ou financées par ces dernières ;	
	les activités du service départemental d'hygiène sociale ;	
	la protection sanitaire des populations civiles, l'organisation sanitaire de la défense civile, sur le plan municipal et éventuellement des communes limitrophes	Relève du préfet, les SCHS sont peu associés aux plans préventifs hormis exceptions (canicule)
	ces dispositions ne font pas obstacle aux attributions d'ordre médical qui pourraient être confiées par les maires aux directeurs des BMH	

Attributions des BMH telles qu'elles résultent, en 1902 de l'application de la loi.	Arrêté du 14 mai 1962 sur les attributions des directeurs des BMH	Activités réalisées actuellement
Attributions facultatives	les directeurs de la santé peuvent, après accord du préfet déléguer ces compétences:	
1^o service médical de l'état civil : constatations des naissances et des décès ; statistique démographique		
2^o hygiène de l'enfance : exécution de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge ; inscription des nourrices ; contrôle de la qualité du lait pour l'alimentation infantile ; consultations de nourrissons ; gouttes de lait, etc.		Relève des services de PMI
hygiène scolaire ; inspection médicale des écoles ; salles d'asile communales ;		Relève des services de PMI
3^o hygiène alimentaire : surveillance des abattoirs ; inspection des viandes foraines ; inspection des denrées alimentaires ; contrôle de la qualité du lait ; surveillance des halles et marchés.		Relève des services de médecine scolaire, certains SCHS sont parfois associés à des actions de prévention ou de vaccination
4^o police sanitaire des animaux.		Relève du pouvoir général de police du maire
5^o surveillance des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.		
6^o surveillance de la prostitution du point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes		
	le contrôle sanitaire aux frontières	Sauf une exception, la mission n'a pas vu de telles délégations
	la surveillance des sources thermales autorisées et des établissements thermaux (à l'exclusion des demandes d'autorisations de sources ;	
	le contrôle des établissements de soins et de prévention, publics ou privés,	Relève de l'ARH ou du préfet
	le contrôle de la surveillance sanitaire du personnel employé dans tous les organismes de protection de la santé publique relevant des collectivités publiques ou financées par ces dernières ;	
	les activités du service départemental d'hygiène sociale ;	
	la protection sanitaire des populations civiles, l'organisation sanitaire de la défense civile, sur le plan municipal et éventuellement des communes limitrophes	Relève du préfet, les SCHS sont peu associés aux plans préventifs hormis exceptions (canicule)
	ces dispositions ne font pas obstacle aux attributions d'ordre médical qui pourraient être confiées par les maires aux directeurs des BMH	

ANNEXE N° 3 :
Ventilation des dépenses par nature et par
SCHS en 1983 et montant de la DGD attribuée
au titre de l'année 1984.

Annexe 3 : ventilation des dépenses par nature et par SCHS en 1983 et montant de la DGD attribuée au titre de l'année 1984

source : ministère de l'intérieur

figurent en grisé les communes sièges de SCHS retenues dans l'échantillon de la mission

Départ,	Communes	Synthèse : dépenses 1983 des BMH par type d'activités					DGD (montant 1984)	
		Etat Contrôle adm. et tech. règles d'hyg.	Vaccination	Département	Dont désinfection obligatoire	Commune Pouvoirs de police du Maire		
1	Bourg en bresse	378 941	114 083	9 500			502 524	444 924
2	St quentin	468 441	321 122	296 350			1 085 912	968 364
3	Montluçon Néris les bains Vichy	759 159 6 500 396 519	129 949 104 104	104 787 144 823		164 312	993 895 6 500 809 758	942 192 10 468 785 160
5	Gap	266 081	31 533	136 874	34 294	13 194	447 682	314 064
6	Antibes Cannes Grasse Menton Nice	520 165 1 191 811 641 078 368 516 3 126 192	134 593 2 000 686 54 667 2 918 080	54 421 308 448 169 340 361 078 1 365 663	753	280 291 70 759 811 104 784 261 376 424	989 469 1 573 018 811 104 601 956 467 856	575 784 1 387 116 680 472 601 956 7 877 791
8	Charleville-Mézières	198 530	177 478	22 373			398 381	366 408
10	Troyes	169 235	116 910	255 349			541 494	444 924
11	Carcassonne Narbonne	273 445 187 408	77 936 212 681	158 871 172 472		62 566	510 252 635 127	444 924 628 128
13	Aix en provence Arles Marseille Salon de pro.	1 118 977 364 264 6 538 109 337 225	309 481 438 241 2 453 295 109 111	167 388 195 225 2 287 656 28 760	88 533 60 525 937 379 4 896	24 284 850 732 12 129 792 12 930	1 620 130 997 730 8 191 836 488 026	1 465 632 706 644 8 191 836 418 752
14	Caen Lisieux	471 597 97 208	1 066 124 108 857	149 687 56 115		28 168	1 687 408 290 348	1 203 912 235 548
16	Angoulême	547 881	92 734	257 787			898 402	785 160
17	Rochefort La rochelle Saintes	1 301 580 762 226 970	141 259 577 035 3 320	165 139 179 093 42 435	17 909 353 905 27 950	353 905 1 690 795 822	307 699 1 465 632 273 547	209 376 235 548
18	Bourges	468 246	19 328	218 325			705 899	654 300
19	Brive	753 455	629 226	157 829		170 667	1 711 177	863 676
2A	Ajaccio	5 596	11 012	312 370	70 000		328 978	2 198 448
2B	Bastia	774 888	114 889	758 068	720 164	23 966	1 671 810	1 753 524
21	Dijon	1 080 500	586 300	300 000		890 500	2 857 300	2 721 888
22	St brieuc	415 460	359 530	103 586		25 037	903 613	837 504
24	Bergerac Périgueux	0 50 479	50 009 139 697	34 871 223 335	4 800	94 900	84 880 508 410	157 032 523 440
25	Besançon	1 626 161	1 414 593	580 862	25 000	865 549	4 487 165	3 245 328
26	Romans/isère Valence	247 644 564 383		279 176 487 286	5 000 207 361		526 820 1 259 030	523 440 968 364
28	Chartres	178 208	17 125	37 871			233 204	261 720
29	Brest Quimper	885 003 573 546	224 217 452 475	554 517 499 996		185 334 145 792	1 849 072 1 671 809	1 962 900 1 648 836
30	Alès Nîmes	198 500 1 749 694	78 000 1 120 783	149 700 1 402 254		35 800	462 000 4 272 731	418 752 3 559 392
31	Toulouse	3 897 790	863 236	2 065 078		1 421 480	8 247 584	5 784 012
32	Auch	178 622		84 139	9 500		262 761	314 064
33	Arcachon Bordeaux Libourne	1 142 677 4 102 400 425 308		180 349 1 286 734 31 636	137 284 5 338 915 27 303	17 508 10 733 720 456 944	1 340 534 5 182 056 444 924	1 282 428
34	Béziers	1 533 000	564 683	727 267		66 000	2 890 949	1 360 944

Départ,	Communes	Synthèse : dépenses 1983 des BMH par type d'activités					DGD (montant 1984)	
		Etat Contrôle adm. et tech. règles d'hyg.	Vaccination	Département D.D.D.	Dont désinfection obligatoire	Commune Pouvoirs de police du Maire		
	Montpellier	1 479 268	764 884	795 572		1 022 899	4 062 623	3 507 048
	Sète	553 887	179 837	210 463	56 934	23 741	967 928	758 988
35	Fougères			200 503		145 058	345 561	340 236
	Rennes	1 871 826	680 104			214 718	2 766 648	2 538 684
36	Chateauroux	720 168	127 441	312 668		39 681	1 199 958	994 536
37	Tours	1 187 647	56 168	1 629 114	158 883	432 790	3 305 719	2 852 748
38	Bourgoin-jallieu	392 004		155 140			547 144	497 268
	Grenoble	3 083 840	920 660	1 532 120			5 536 620	3 794 940
	St martin d'hères	1 526 829	383 583	297 281			2 207 693	2 067 588
	Vienne	269 945	198 226	147 300			817 381	680 472
	Fontaine	734 102	30 486	267 607			1 032 195	916 020
41	Blois	122 977	719 155	121 987		72 450	1 036 569	261 720
42	Roanne	133 780		135 964		16 355	286 099	235 548
	St etienne	963 500	424 500	760 555		15 000	2 163 555	4 239 864
44	Nantes	2 728 253	872 139	1 274 721			4 875 112	4 213 692
	St nazaire	287 356	353 093	168 149			808 598	628 128
45	Orléans	680 000	310 000	494 000	135 000	104 000	1 588 000	1 282 428
47	Agen	886 300	275 349	126 348		95 763	1 383 760	1 282 428
49	Angers	1 572 131	666 747	512 483			2 751 361	2 617 200
50	Cherbourg	276 179	369 180	406 014		3 000	1 054 373	863 676
51	Chalons/marne	302 647	276 047	120 630			699 324	758 988
	Epernay	36 063	80 902	528			117 493	104 688
	Reims	1 269 252	2 710 845	765 015		1 365 731	6 110 844	6 228 936
54	Lunéville	219 781	75 000	31 107		26 065	351 953	183 204
	Nancy	887 787	1 136 039	775 426		94 345	2 893 598	1 805 868
56	Lorient	51 839	328 648	125 591			136 522	785 160
	Vannes	231 337		228 434				459 770
57	Metz	1 475 949	707 518	169 894				2 353 361
58	Nevers	436 932		127 472	76 995	179 065	743 469	863 676
59	Cambrai		182 750	202 314			385 064	183 204
	Croix	54 903	52 718	115 518			366 019	340 236
	Denain	114 084	244 853	252 439		17 500	628 876	601 956
	Dunkerque	1 813 434	1 235 151	702 446			4 109 354	7 860 385
	Douai	49 540	281 113	19 717				350 370
	Lille	1 114 838	863 423	1 110 876			2 247 253	5 336 390
	Roubaix	2 111 561	996 910	641 473			392 363	3 350 016
	Tourcoing	2 549 692	359 554	258 295			28 093	3 195 634
	Valenciennes	1 292 790		161 106	23 394	690	1 454 586	1 282 428
62	Boulogne/mer	530 244	401 402	1 442 948			2 374 595	2 355 480
	Calais	516 325	477 028	570 674			1 564 027	1 570 320
63	Clermont ferrand	2 364 616	1 244 227	170 619		247 838	4 027 300	3 402 360
	Royat	0	0				0	78 516
64	Bayonne	136 074	96 678	82 528			12 065	327 345
	Biarritz	124 853	33 811	155 877			25 124	339 664
	Pau	177 728	48 465	265 265			180 638	672 096
65	Bagnères de Bi.	135 428		9 963				145 391
	Tarbes	284 300	38 465	112 300			32 500	467 565
66	Perpignan	863 608	521 510	104 598			277 303	1 767 019
67	Strasbourg	2 891 115	1 296 260	1 222 727	200 000	384 795	5 794 897	5 496 120
68	Colmar	81 120	213 771	147 925	147 925	1 487	444 303	392 580
	Mulhouse	1 700 000	430 000	415 000			2 545 000	2 355 480
69	Lyon	2 963 616	976 684	2 137 167	108 682	5 298 825	11 376 292	7 877 772
	Villeurbanne	1 171 748	237 268	275 130	3 326	101 598	1 785 745	1 334 772
	Villefranche/saône	86 073	41 500	74 478			202 051	324 809

Départ,	Communes	Synthèse : dépenses 1983 des BMH par type d'activités					DGD (montant 1984)	
		Etat Contrôle adm. et tech. règles d'hyg.	Vaccination	Département D.D.D.	Dont désinfection obligatoire	Commune Pouvoirs de police du Maire		
	Vénissieux	523 600	384 800	283 300		149 400	1 341 100	1 203 912
71	Chalon/saône	57 223	84 739	374 830		80 303	597 095	418 752
	Macon	481 124	137 464			68 732	687 320	497 268
	Montceau les mines	204 549	161 984	17 461			383 994	340 236
72	Le mans	989 002	851 155	917 414		222 597	2 980 168	2 617 200
73	Chambéry	765 555	77 646	242 380		10 000	1 095 581	942 192
74	Annecy	832 352	1 235 114	69 091	6 991	211 490	2 348 047	2 067 588
	Evian		2 000			400	2 400	7 852
	Passy		25 200				25 200	26 172
	Thonon les bains		3 068	237		2 878	6 183	7 852
76	Dieppe	279 704	390 590	174 177			844 471	732 816
	Fecamp						0	52 344
	Le havre	2 127 439	2 342 199	1 088 610	362 870	2 502 788	8 061 036	5 365 260
	Rouen	1 150 259	163 021	795 290	49 474	1 868 574	3 977 144	3 009 780
	Sotteville les R.						0	418 752
78	Houilles	269 524	73 415	44 280		254 151	641 370	523 440
	Le chesnay	292 415	178 356	6 439		2 309	479 518	418 752
	Mantes la jolie	212 593	196 235	28 597		148 582	586 007	366 408
	Poissy	130 203		33 740			163 943	104 688
	St germain en laye	28 575	114 300	139 633		428 626	711 134	654 300
	Versailles	307 130	90 326	210 217		16 919	624 592	471 096
	Les mureaux	9 700	141	100 200		229 732	339 773	287 892
	Sartrouville	535 824	267 596	108 155		267 315	1 178 890	758 988
79	Niort	275 421	83 554	93 435	500	68 342	520 753	418 752
80	Amiens	1 666 922	469 114	1 153 410		173 561	3 463 007	3 035 952
81	Albi	314 403		99 577		4 153	418 134	523 440
	Castres	518 977		390 732			909 709	654 300
82	Montauban	210 200	100 406	269 670		75 813	656 089	523 440
83	Fréjus-St raphael	431 212	258 728	172 485			862 425	863 676
	Hyères	686 323		1 116 609		318 164	2 121 095	2 041 416
	Seyne/mer	985 578	539 606	540 693		246 394	2 312 271	1 517 976
	Toulon	4 279 773	501 273	922 572		4 791 371	10 494 989	7 118 784
84	Avignon	3 383 434	364 108	213 591	10 680	124 318	4 085 451	3 951 972
86	Chatellerault	175 468	151 978	103 104		73 932	504 481	523 440
	Poitiers	1 051 073	700 715	83 820			1 835 608	785 160
87	Limoges	2 562 213	239 407	227 274			3 028 894	1 989 072
88	St dié	81 845	38 418	62 217			182 480	157 032
89	Auxerre	231 320	501 977	314 732	44 900	30 740	1 078 769	1 256 256
90	Belfort	114 535	204 360	8 390			327 285	235 548
91	Massy	406 815		91 489			498 304	444 924
92	Antony	184 621	91 164	132 269		171 709	579 763	601 956
	Asnière	272 097	506 786	127 477			906 361	1 125 396
	Bagneux	149 518	44 358	33 587		149 518	376 982	261 720
	Bois-colombes	261 681	167 945				429 626	471 096
	Boulogne	487 360	100 298	304 090			891 748	706 644
	Chatenay-malabry	214 876		180 575			395 451	157 032
	Clamart	334 421				93 250	427 670	444 924
	Clichy	476 343				120 221	596 564	471 096
	Colombes	318 230	141 148	54 058		399 494	912 930	837 504
	Courbevoie	366 306					366 306	287 892
	Garches	123 786	350	8 614		138 806	271 556	235 548
	La garenne col.	80 126					80 126	104 688
	Gennevilliers	675 681	177 481	57 944		15 681	926 787	863 676
	Issy les moul.	594 157	24 006	134 263		354 895	1 107 322	1 151 568

Départ,	Communes	Synthèse : dépenses 1983 des BMH par type d'activités						DGD (montant 1984)
		Etat	Département	D.D.D.	Dont désinfection obligatoire	Commune	Total	
	Contrôle adm. et tech. règles d'hyg.	Vaccination		Pouvoirs de police du Maire				
92	Levallois perret	344 253	165 496	40 000			549 749	444 924
	Malakoff	341 932	14 210	50 000	10 000	493 558	899 700	758 988
	Meudon	142 510		356 180			498 690	444 924
	Montrouge	402 361	107 332	25 600			535 293	471 096
	Nanterre	590 000	122 000	120 000	5 000	392 038	1 224 038	1 125 396
	Neuilly/seine	338 061	246 687			3 385	588 133	497 268
	Plessis robinson	148 315					148 315	78 516
	Rueil malmaison	388 994	493 500				882 494	523 440
	St cloud	97 337	2 645			29 087	129 069	104 688
	Suresne	411 380	104 942	39 531			555 853	471 096
	Vanves	27 057	108 691	2 818		10 544	149 110	130 860
	Villeneuve la Gar.	241 074		104 152			345 226	314 064
	Chaville	54 152		54 152			108 303	104 688
93	Aubervilliers	87 799	479 215	271 346		323 485	1 161 845	916 020
93	Aulnay/bois						0	1 125 396
	Bagnolet	519 835	24 280	106 390		273 417	923 922	732 816
	Le blanc mesnil	367 991	660 598	256 275		145 303	1 430 167	1 230 084
	Bobigny	707 391	247 122	194 657		88 535	1 237 705	1 177 740
	Bondy						0	444 924
	Drancy	540 584	250 000	100 000		50 000	940 584	1 046 880
	Livry gargan						0	261 720
	Montreuil	886 500	442 000	258 000		100 000	1 686 500	1 413 288
	Noisy le sec	312 086	184 795	156 782		36 099	689 762	601 956
	Pantin	402 949	368 822	30 000		161 280	963 051	811 332
	Epinay/seine	428 120	24 000	76 000			528 120	314 064
	Romainville	123 191		65 307	1 013	289 644	478 143	968 364
	St denis	1 164 174	804 703	143 053		149 756	2 261 686	2 146 104
	St ouen	512 308	324 041	170 520		56 254	1 063 123	706 644
	Tremblay les gon.	92 813	4 000	128 834		11 271	236 917	811 332
94	Alfortville	166 797	75 956	69 109		84 468	396 330	392 580
94	Arcueil	669 570	139 220	141 480	150	95 370	1 045 640	994 536
	Chamպigny/marne	938 692	518 395	272 798		172 798	1 902 683	1 753 524
	Charenton	138 078	122 894	34 820	25 303	42 047	337 839	392 580
	Choisy le roi	284 098	198 509	129 491			612 098	549 612
	Créteil	362 083	206 599	147 882			716 564	444 924
	Fontenay s/s bois	287 000	296 000	171 000	20 000	75 000	829 000	758 988
	L'hay les roses	131 579		44 031			175 610	157 032
	Irвry/seine	389 880	332 480	143 856		202 244	1 068 461	863 676
	Maison alfort	349 842	6 935	54 603		149 932	561 312	523 440
	Orly	199 585	490	49 115		53 642	302 832	261 720
	St maur des fossés	513 742	85 624	85 624		171 247	856 237	863 676
	Villejuif	453 771	283 784	286 841		239 420	1 263 816	1 046 880
	Villeneuve le roi	168 255	225 187	155 888		29 759	579 089	444 924
	Villeneuve st georges	597 902	99 775	29 834		200	727 711	654 300
	Vitry /seine	667 857	667 057	133 808		39 051	1 507 772	1 439 460
	Cachan					0	246 600	
95	Argenteuil	1 476 045	198 460	60 517			1 735 022	1 544 148
95	Enghien	84 492	10 552				95 044	52 344
	Franconville	329 000	228 000	205 000		98 000	860 000	785 160
	Gonesse	379 960	233 117	100 200		42 218	755 495	601 956
	Sarcelles	148 049	481 372	214 580		66 949	910 950	916 020
	Garges					0	392 580	
972	Fort de france	4 137 251	2 849 978	5 611 066		248 087	12 846 382	10 285 596
	TOTAL	141 255 324	64 324 757	61 943 883	4 099 415	47 900 989	315 424 954	262 089 023

ANNEXE N° 4 :
Comparaison des effectifs de personnel de la
DDASS et des SCHS du Nord – année 2002
(source : DDASS du Nord).

DEPARTEMENT DU NORD

Comparaison des effectifs de personnels de la DDASS et des SCHS - Année 2002

	Population	Pop/ Pop département	Pop SCHS/ Pop Villes avec SCHS	DGD 2002	DGD 2002 en€/ha	DGD du SCHS/ DGD total	Ingénieurs	Inspecteurs de salubrité	Agents techniques	Agents Administratifs	TOTAL	Tous agents techniques
Département	2 566 369	100%					6	100%	40	100%	13	100%
Département hors Villes SCHS (territoire DDASS)	1 947 135	76%					6	100%	16	40%	1	8%
Villes avec SCHS	619 234	24%	100,0%	4 301 479 €		100,0%	0	0%	24	60%	12	92%
LILLE	191 164	7,4%	30,9%	1 172 289 €	6 €	27,3%			4	17%	0	0%
ROUBAIX	98 039	3,8%	15,8%	1 000 353 €	10 €	23,3%			9	38%	2	17%
TOURCOING	94 204	3,7%	15,2%	883 124 €	9 €	20,5%			5	21%	4	33%
DUNKERQUE	72 333	2,8%	11,7%	134 947 €	2 €	3,1%			2	8%	3	25%
DOUAI	44 742	1,7%	7,2%	390 763 €	9 €	9,1%			1	4%	0	0%
VALENCIENNES	42 343	1,6%	6,8%	383 948 €	9 €	8,9%			1	4%	1	11%
CAMBRAI	34 993	1,4%	5,7%	54 706 €	2 €	1,3%			0	0%	2	0%
CROIX	20 832	0,8%	3,4%	101 598 €	5 €	2,4%			1	4%	0	0%
DENAIN	20 584	0,8%	3,3%	179 751 €	9 €	4,2%			1	4%	0	0%
TOTAL	619 234	24,1%	100,0%	4 301 479 €	7 €	100,0%	0 #####	24	100%	12	50%	9,25
												45,25
												100%
												36

1 agent de toutes catégories techniques pour
84 658
47 791
8 913
10 467
14 467
44 742
21 172
17 497
20 832
20 584
17 201

	nb ingénieurs pour 100 000 ha	nb inspecteurs de salubrité pour 100 000 ha	nb agents techniques pour 100 000 ha	nb agents administratifs pour 100 000 ha
0,3	0,8	0,1	0,6	
	2,1		1,8	
	9,2	2,0	3,1	
	5,3	4,2	0,3	
	2,8	4,1	1,1	
	2,2		2,2	
	2,4	2,4		
		5,7		
	4,8		1,0	
	4,9		2,4	

Département hors Villes SCHS (territoire DDASS)	84 658	54 849
Ensemble des villes avec SCHS	17 201	13 685

Source : DDASS du Nord

ANNEXE N° 5 :
Abréviations utilisées.

Abréviations utilisées

BMH	bureau municipal d'hygiène
CANCA	communauté d'agglomération de Nice Côte d'Azur
CCEC	commission consultative sur l'évaluation des charges résultant des transferts de compétences
CDH	conseil départemental d'hygiène
CEREFOC	cellule régionale de formation continue (in DRASS)
CGCT	code général des collectivités territoriales
CNFPT	centre national de la fonction publique territoriale
CSP	code de la santé publique
DGD	dotation générale de décentralisation (CGCT, art. L. 1614-4)
DGF	dotation globale de fonctionnement (CGCT, art. L. 1613-1 à L. 1613-5)
DGS	direction générale de la santé
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDD ou 3D	désinfection, désinsectisation, dératisation
DDE	direction départementale de l'équipement
DDCCRF	direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DIREN	direction régionale de l'environnement
DISA	délégation inter-services pour l'alimentation
DIV	délégation interministérielle à la ville
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DS	direction de la santé
DSE	direction de la santé environnement
DDSV	direction départementale des services vétérinaires
DRIRE	direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement
ENSP	école nationale de la santé publique
EPCI	établissement public de coopération intercommunale
ERP	établissement recevant du public
ETP	équivalent temps plein
GRSP	groupement régional de santé publique
ICPE	installation classée pour la protection de l'environnement
IFREMER	institut français de recherche pour l'exploitation de la mer
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
IRSN	institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
HLM	habitations à loyer modéré
MOUS	maîtrise d'œuvre urbaine et sociale
OPAH	opération programmée d'amélioration de l'habitat
PMI	protection maternelle infantile
PPPSPE	programme pluriannuel de promotion de la santé publique
RESE	réseau d'échanges en santé environnementale
RSD	règlement sanitaire départemental

SCHS	service communal d'hygiène et de santé
SDASS	services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales
SHSPE	service hygiène, santé publique environnement
SIBA	syndicat intercommunal du bassin d'Arcachon
SIHS	service intercommunal d'hygiène et de santé
SRU	solidarité et renouvellement urbains (loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000)
SSE	service santé - environnement (DDASS)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine