

## **RESUME DE LA RENCONTRE DU RFVS ARC ALPIN AUVERGNE 2 OCTOBRE 2018**

### **PJL ELAN : impact potentiel sur les missions Habitat voire Santé des villes**

#### **Rappel calendrier PJL et ordonnance prévue par l'article 58**

- CMP : le 19 septembre
- Examen des conclusions de la CMP par le Sénat : le 16 octobre
- Ordonnance prévue dans les 18 mois de la publication de la loi, puis ratification par le Parlement dans les trois mois qui suivent la signature de l'ordonnance.

#### **Echange : partage d'info et retours des participants sur les auditions par l'IGAS**

- La lettre de mission de l'IGAS ne se limitait pas à l'habitat. Etait évoquée sécurité et salubrité publique, ensemble des missions des SCHS, mise en œuvre du RSD. Les villes auditées ont été choisies sur un axe Nord-Sud partant de Lille pour descendre vers Marseille.
- Le constat partagé montre que les modalités et le contenu des auditions ont été assez divers, peu homogènes, et de très courte durée (pas plus d'une heure). Dans certains cas, des questions fermées et un simple état des lieux de l'organisation des acteurs sur le territoire.
- L'avis général est que les Inspecteurs (tous ministères confondus) ont été peu –voire pas, à l'écoute des spécificités des territoires, alors que chaque collectivité s'organise différemment. Ils ont semblé déjà acquis à l'idée d'un transfert de la lutte contre l'habitat indigne aux intercommunalités de façon non différenciée. A Grenoble, l'inspecteur a clairement indiqué qu'il souhaitait le transfert de l'intégralité des services d'hygiène. Dans un des cas rapportés (Valence), l'inspecteur a (curieusement) interrogé les audités sur la désinfection et la dératisation.
- L'IGAS ne retient comme indicateur de charge de travail que le nombre de procédures d'insalubrité. S'il y a peu de procédures, c'est que les services mettent en œuvre, avec le RSD, une action forte de médiation, explication, prévention. Ce travail n'est pas mesuré ni valorisé.

#### **Points de discussion et éléments argumentaires à faire remonter au niveau national**

- Il est important de bien rappeler que **le cœur des missions d'un SCHS ne se limite pas à l'habitat**. Pour mémoire : hygiène alimentaire, lutte contre le bruit, gestion des nuisibles...
- La Direction Générale de la Santé serait plutôt favorable au transfert de compétences et s'étonnerait du manque de réaction des villes. Actuellement pas de réseau des 208 villes qui possèdent un SCHS (uniquement réseau professionnel de techniciens, pas de réseau d'élus). Il est donc nécessaire que **les villes se coordonnent pour faire connaître leur position en amont de la préparation de l'ordonnance**.
- Les intercommunalités, de la communauté de communes aux métropoles, ne sont pas toutes prêtes à un nouveau transfert. Elles n'ont pas encore complètement absorbé l'ensemble des réorganisations rendues nécessaires par les transferts issus de la loi MATPAM. Plusieurs intercommunalités ont d'ailleurs fait part de cette difficulté à l'IGAS. **Le risque de transferts prématurés** est illustré par l'exemple de Bourgoin : le suivi et pilotage du CLSM a été transféré à la CAPI (Communauté d'Agglomération Porte de l'Isère). Faute d'élus compétents dans le domaine de la santé mentale, la mission a été abandonnée un an après. La Ville de Bourgoin avait transféré ses moyens et ne peut plus réembaucher.

- Le risque est aussi celui d'une **dégradation de la compétence, du niveau d'intervention et de la qualité de cette intervention**. Les inspecteurs de salubrité ne sont pas que des producteurs de procédure. Ils sont des intervenants de proximité, et **ce qui marche bien dans la proximité au niveau communal fonctionne beaucoup moins bien au niveau intercommunal**. Pour illustration, le « traitement » du syndrome de Diogène, s'il peut inclure un rappel au règlement, passe d'abord et avant tout par une coordination des acteurs de terrain : retour du soin, accompagnement social et services d'hygiène.
- Cette proximité permet aussi un **maillage** des intervenants institutionnels avec des **partenariats et protocoles de coopérations**, globalement (exemple des PDLHI) mais aussi de ceux qui « rentrent » au domicile des usagers, qui sont au plus près du terrain. Elle permet un **ancrage sur les spécificités communales et infra-communales, une connaissance qui peut se perdre et des moyens de repérage**.
- Le pire serait en outre un morcellement : services Santé maintenus dans les communes et transfert des missions Habitat indigne aux Intercommunalités. Un agent qui part à l'intercommunalité c'est une **perte de polyvalence**. Par ailleurs, **la transversalité des services hygiène / santé est importante** pour la globalité d'une politique de santé publique. Les services travaillent ensemble et montent des actions ensemble.
- **Les montants de dotations versées aux communes sont d'ailleurs bien en-deçà des actions de santé publique déployées**. A titre d'exemple : Grenoble reçoit 1.3 M€ par an (non réévalué depuis très longtemps) pour un budget total de 4M€, sans compter les coûts valorisés de certains services actuellement portés par d'autres directions que celle de la santé publique (par exemple la Direction Environnement Cadre de Vie qui porte 3D et certains projets de santé environnementale).

## Conclusion

- Une réaction des villes est nécessaire et urgente en activant les différents réseaux : RFVS, France Urbaine, AMF...
- Cette prise de position doit s'appuyer sur des illustrations très concrètes de ce que les services Santé permettent de réaliser et montrer les spécificités des territoires.
- L'objectif est que l'intercommunalité vienne effectivement en appui aux petites communes mais sans « détricoter » ce qui fonctionne bien. Une meilleure coordination, une porte d'entrée unique, d'accord, mais en maintenant ce qui existe déjà dans les communes.
- Il est important aussi de montrer que ce qui peut être réalisé dans une intercommunalité déjà bien intégrée et bien organisée ne peut l'être dans celles qui ne sont pas prêtes ne peut être appliqué à tous les territoires.
- Il faut aussi montrer les ressources que les communes allouent à la Santé, que les Métropoles ne pourront dégager. Montrer que le versement de la DGD aux intercommunalités n'a jamais fait l'objet d'orientations données par l'Etat, et qu'elle ne compensera pas à l'interco pas plus qu'elle ne compense pour les communes. Ce ne sera donc pas en réalité un redéploiement au bénéfice des plus petites communes.
- Il est demandé au RFVS de porter cette discussion à l'ODJ de l'AG du 10 octobre dans les questions diverses, pour qu'une lettre soit ensuite adressée aux ministres du logement et de la santé.