

**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

Rapport n° 2004 034

**CONSEIL GENERAL
DES PONTS ET CHAUSSEES**

Rapport n° 2003-0193-01

**LUTTE CONTRE LE SATURNISME
INFANTILE LIE A L'HABITAT
INDIGNE**

**ANALYSE DU DISPOSITIF
DANS TROIS DEPARTEMENTS
D'ILE-DE-FRANCE**

Diffusion publique

Rapport présenté par :

Dr Anne Chantal ROUSSEAU-GIRAL, Dominique TRICARD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

et Georges CREPEY

Membre du Conseil général des ponts et chaussées

MARS 2004

Le saturnisme infantile lié à la présence de plomb dans l'habitat a été reconnu en France comme un problème de santé publique à la fin des années quatre vingt. Les services chargés, en application de dispositions législatives, de soustraire les enfants intoxiqués à la source de plomb se sont heurtés à une offre de relogement insuffisante et inadaptée, mais aussi à des obstacles de réalisation de travaux palliatifs soumis à urgence sanitaire notamment en contexte d'insalubrité générale des immeubles.

Les attentes sociales apparaissent fortes, en région parisienne. Selon les associations, la prise en charge de ces familles, si elle se limite à des mesures d'urgence, est « l'argument humanitaire qui cache, sans apporter de solutions, le « mal logement », la situation bloquée des « sans papiers », l'exploitation de personnes en grande précarité par des marchands de sommeil... ». La mobilisation associative a récemment conduit à des contentieux de plus en plus nombreux à Paris, dont certains ont induit la demande d'inspection générale.

La mission a analysé le dispositif sur Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis tout en prenant connaissance des initiatives intéressantes menées dans d'autres départements.

Le saturnisme infantile, analyse et recommandations au plan sanitaire

L'absence de symptômes cliniques ou leur caractère peu spécifique rend difficile la détection des cas saturnisme.

Les études internationales confirment que l'accumulation progressive de plomb, même à faible niveau d'exposition quotidienne, peut avoir des conséquences sur le développement psycho-moteur des enfants au cours de leurs premières années. Cependant, de nombreuses incertitudes persistent sur le devenir à long terme de ces enfants, sur les risques chez la femme enceinte ou encore sur les bénéfices et risques propres des chélations médicales pratiquées dans les cas graves, enfin sur le rapport coût-efficacité des interventions environnementales menées par les pouvoirs publics.

La situation épidémiologique du saturnisme infantile en France connaît depuis quelques années une évolution encourageante. L'imprégnation saturnine de la population générale adulte a baissé de 50 % en 10 ans, le nombre de nouveaux cas de saturnisme infantile décroît d'année en année et les cas gravissimes qu'on déplorait autrefois se font plus rares. Cet optimisme mérite toutefois d'être tempéré ; le pari de l'éradication du saturnisme infantile ne peut être gagné que si les efforts à ce jour trop localisés s'étendent et se poursuivent avec intensité.

Sur la base du seuil administratif de 100µg/L de plombémie, qui déclenche la déclaration obligatoire et l'intervention publique, l'INSERM estimait en 1997 à 84 000 le nombre d'enfants de moins de six ans atteints de saturnisme en France. Or en 2001¹, seulement 423 cas ont été déclarés sur l'ensemble du territoire. Même si l'estimation de l'INSERM est considérée comme très surestimée, le faible nombre de cas diagnostiqués est très surprenant. Il ne semble pas s'agir d'une sous-déclaration des cas mais bien d'une forte insuffisance des activités de dépistage mises en place dans les départements en fonction de leurs choix de priorités.

¹ Selon l' InVS, chargé de l'exploitation nationale des données recueillies par le réseau national de surveillance du saturnisme infantile

Ce sont essentiellement les services départementaux de PMI qui assurent la majorité des dépistages et du suivi des enfants intoxiqués, les médecins libéraux se sont très peu engagés en ce domaine qu'ils méconnaissent.

Le niveau d'engagement dans la lutte contre le saturnisme apparaît géographiquement très hétérogène selon les départements. Plus de 70 % de ces cas sont recensés sur la seule région Ile de France, en particulier sur les cinq arrondissements du Nord-Est de Paris et sur quelques communes de Seine-Saint-Denis, qui concentrent à la fois des quartiers entiers d'habitat insalubre et des populations très précaires. Ainsi, dans les zones à forte prévalence de risque, les services de santé publique et tout particulièrement la PMI, sont déjà bien mobilisés. Par contre, dans les départements moins exposés, les acteurs de terrain se sont rapidement lassés et il est probable que nombre d'intoxications ne sont pas diagnostiquées.

Recommandations au plan sanitaire

Le dépistage, première étape en amont de tout le processus d'éradication du saturnisme, est une démarche volontariste, qui n'est pas soumise à réglementation. Seule la mise en évidence d'une prévalence notable du saturnisme infantile, justifiant l'affectation de moyens en personnels de proximité, est susceptible de mobiliser les responsables de santé publique locaux.

Il apparaît donc nécessaire de réaliser *une enquête sur l'imprégnation actuelle par le plomb de la population, notamment des enfants de moins de six ans*, pour évaluer l'impact des actions de prévention mises en œuvre et préciser les secteurs géographiques à ce jour encore fort exposés au risque plomb. C'est sur ces données actualisées que pourront être définies, dimensionnées et évaluées les actions à mettre en œuvre dans les prochaines années en vue d'atteindre les objectifs fixés pour 2008 par le rapport annexé au projet de loi de santé publique.

Dans les secteurs où la fréquentation des consultations de PMI est moins massive qu'à Paris, *d'autres filières de prescripteurs doivent être sollicitées*, en sensibilisant les médecins libéraux et les acteurs de santé de proximité. La mise à la disposition de l'ensemble des acteurs médico-sociaux d'un secteur et pas seulement des acteurs de santé institutionnels, d'informations personnalisées et de procédures simples d'orientation d'un enfant suspect d'intoxication devraient faciliter le repérage et le suivi d'enfants atteints, non connus des services de PMI. Dans cette optique, les recommandations récentes de la conférence de consensus sur le saturnisme doivent être diffusées très largement auprès de tous ces professionnels

Dans la même optique, la vigilance des prescripteurs potentiels exerçant sur les secteurs à risques plomb doit être renforcée en leur faisant partager la notion de « *zones d'intervention sanitaire prioritaire* ».

La prise en charge individuelle des enfants intoxiqués doit être assurée avec équité. *La gratuité de la plombémie* de dépistage ainsi que celle des contrôles permettant le suivi biologique doit être assurée.

Résumé du rapport n° 2004034 présenté par Mme le Dr. Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL, M. Dominique TRICARD, membres de l'Inspection générale des affaires sociales et M. Georges CREPEY, membre du Conseil général des ponts et chaussées

Les objectifs du *carnet de santé* de l'enfant en tant qu'outil de prévention et de liaison entre médecins doivent être renforcés, dans le respect du secret médical.

Des *retours d'informations aux prescripteurs* libéraux et aux équipes de PMI notamment pour ce qui concerne des travaux programmés ou un relogement doivent être systématisés.

Les connaissances sur le devenir à moyen terme d'enfants intoxiqués dans la petite enfance ou en prénatal doivent être approfondies ; les chercheurs doivent être incités à mener des études de suivi longitudinal, notamment sur les éventuels séquelles psychologiques et troubles du comportement, selon la durée de l'intoxication, l'âge de début, la rapidité et le type de mesures d'éloignement du risque, le nombre de chélations...

Le traitement de l'habitat : évaluation des dispositifs et recommandations

La mission d'inspection a conduit une évaluation quantifiée de l'efficacité des actions menées sur l'habitat à la suite de la détection de cas de saturnisme. A cette fin, à partir d'une exploitation du système de suivi informatisé des dossiers mis en place par la mission saturnisme de la DULE pour Paris, et pour l'ensemble des dossiers traités et aboutis sur la période 2002-2003, elle a analysé les délais observés sur toute la chaîne de la procédure, depuis la date de la plombémie révélant un saturnisme jusqu'à la fin de la procédure, soit que l'enfant ait quitté le logement, soit que les travaux palliatifs aient été réalisés dans le logement et contrôlés.

Pour l'ensemble de la procédure, le délai total moyen constaté sur 201 dossiers a été de 254 jours pour le traitement des logements (compte non tenu des interventions sur les parties communes qui peuvent augmenter fortement les délais) :

- pour 99 dossiers, la procédure s'est soldée par la réalisation de travaux palliatifs dans le logement, avec alors un délai total moyen (hors parties communes) de 270 jours. Ce délai s'explique par la succession de multiples étapes. L'étape la plus longue va de la notification au propriétaire à la date de début des travaux, soit en moyenne 163 jours (et même 209 jours dans l'hypothèse où la carence du propriétaire a conduit à une exécution d'office) ; alors même que ces travaux ne durent en moyenne que 7 jours.
- pour 102 dossiers, la procédure s'est soldée par un relogement, une expulsion ou une évacuation, ou encore par un déménagement ; elle a duré au total en moyenne 238 jours.

Comparés au délai légal d'un mois laissé au propriétaire pour réaliser les travaux avant une exécution d'office (le projet de loi santé publique dans sa version actuelle, porte toutefois ce délai à 3 mois en cas d'hébergement), les délais constatés sont très importants en dépit de la qualité des efforts déployés par la mission saturnisme. Pour une part, les difficultés résultent de la complexité inévitable des tâches à accomplir et de la multiplicité des acteurs à mobiliser. Pour une autre, elles sont liées à certains obstacles retardant l'application des procédures, auxquels il apparaît nécessaire de remédier.

Recommandations au plan de l'habitat

Plusieurs voies de progrès préconisées par la mission, au plan national comme au plan local, se rapportent à la procédure des travaux palliatifs eux-mêmes. Parmi celles-ci, est particulièrement soulignée, comme le prévoit le projet de loi santé publique, la nécessité d'élargir le champ de ces travaux pour y inclure ceux permettant d'assurer une durabilité à la protection. De manière plus large, une condition essentielle de réussite est celle de la bonne insertion de la procédure propre au saturnisme dans la politique de lutte contre l'habitat indigne, et dans celle de développement de l'offre de logement social.

A cet égard, les recommandations sont de deux ordres :

- certaines visent à des améliorations indispensables dans la coordination entre les différentes procédures, relatives au saturnisme, à l'insalubrité générale, au péril, aux expulsions lorsqu'il y a lieu, aux hébergements et aux relogements, et à renforcer la collaboration entre les acteurs multiples impliqués,
- mais en outre chacune de ces procédures, prise en elle-même, peut appeler des améliorations, en particulier celles qui se rapportent à l'insalubrité générale, sur lesquelles la mission a relevé des dysfonctionnements notables. Elle a pu observer que les dossiers les plus difficiles trouvaient leur origine dans des situations d'insalubrité qui, faute d'avoir été traitées en temps, ont perduré et sont devenues d'autant plus délicates à résoudre. Comme cela est déjà largement engagé, mais en allant plus loin, il faut à la fois poursuivre résolument les traitements lourds si le stade d'insalubrité est atteint et mettre l'accent pour l'avenir sur la prévention de l'insalubrité générale.

En ce qui concerne le relogement, lorsqu'il s'impose en raison notamment d'un contexte d'insalubrité générale rendant inopérants ou insuffisants les travaux palliatifs, il convient à la fois d'agir sur le développement de l'offre dans le parc social ordinaire, notamment en matière de grands logements, et sur le développement d'un patrimoine d'accueil hors HLM, par exemple sous la forme de résidences sociales, capable de répondre de manière souple aux besoins d'hébergement dans l'attente du relogement définitif.

Les services doivent s'attacher à construire, dès le stade amont, celui de l'enquête environnementale, la stratégie de réponse la mieux adaptée.

Alors que l'objectif s'impose de manière impérative et précise, sa réalisation dépend de plusieurs acteurs, au titre de compétences différentes, et dans un contexte de complexité et de nouveauté des dispositifs à mettre en place. Face à un tel défi, les rapporteurs ont pu observer que, d'ores et déjà, de nombreuses dispositions avaient été prises, ou étaient sur le point de l'être, tant au plan local qu'au plan national, et que des dynamiques remarquables étaient déjà à l'œuvre, illustrées notamment par la mise en application de la convention cadre Etat - ville de Paris. Ils soulignent cependant, au-delà, un certain nombre d'exigences, que le contexte favorable de dynamisme observé doit permettre de prendre en compte.

Le caractère d'enjeu de santé publique qui est en cause, fait de la politique de lutte contre le saturnisme, située dans le cadre plus large de la lutte contre l'habitat indigne, un domaine d'expérience et d'exemplarité privilégié pour une réflexion sur l'évolution des conceptions et des pratiques de l'action publique.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

LE SATURNISME INFANTILE, PREVENTION ET PRISE EN CHARGE

1	LE SATURNISME, UNE MALADIE SILENCIEUSE LONGTEMPS MECONNUE.....	9
1.1	HISTORIQUE	9
1.1.1	<i>La première enquête parisienne rétrospective en milieu hospitalier.....</i>	<i>10</i>
1.1.2	<i>La forte mobilisation de deux équipes de la ville de Paris : La PMI et le LHVP</i>	<i>10</i>
1.1.3	<i>Les débuts d'une stratégie de dépistage en Ile-de-France</i>	<i>11</i>
1.1.4	<i>L'implication officielle des services de l'Etat dans la lutte contre le saturnisme.....</i>	<i>11</i>
1.2	SOURCES D'INTOXICATION PAR LE PLOMB	12
1.3	VOIES D'ENTRÉE DU PLOMB DANS L'ORGANISME	13
1.4	DISTRIBUTION DU PLOMB DANS L'ORGANISME.....	14
1.5	EFFETS TOXIQUES DE L'INTOXICATION PAR LE PLOMB.....	15
1.5.1	<i>Une intoxication chronique insidieuse.....</i>	<i>15</i>
1.5.2	<i>Des effets à long terme sur le développement neuro-comportemental.....</i>	<i>16</i>
1.5.3	<i>Risques pour la femme enceinte et le fœtus</i>	<i>16</i>
1.6	TYPOLOGIE DES ENFANTS CONCERNÉS.....	17
1.6.1	<i>Une intoxication qui frappe des enfants en majorité d'origine étrangère, souvent d'Afrique subsaharienne, vivant dans des logements très dégradés.....</i>	<i>17</i>
1.6.2	<i>Un biais de recrutement lié à un dépistage concentré au niveau des acteurs de la PMI... ..</i>	<i>19</i>
1.6.3	<i>Une action éducative rendue complexe par les conditions de vie et d'environnement</i>	<i>19</i>
1.6.4	<i>Un comportement d'oralité particulier souvent noté.....</i>	<i>20</i>
1.6.5	<i>Une intoxication qui frappe de très jeunes enfants</i>	<i>20</i>
1.7	PRÉVALENCE DU SATURNISME INFANTILE EN FRANCE.....	21
1.8	TRAITEMENT D'UN ENFANT INTOXIQUÉ PAR LE PLOMB.....	23
1.8.1	<i>L'éviction de la source de plomb.....</i>	<i>23</i>
1.8.2	<i>Une éviction du risque difficile à mettre en œuvre.....</i>	<i>23</i>
1.8.3	<i>Les conseils préventifs.....</i>	<i>24</i>
1.8.4	<i>Le traitement médical.....</i>	<i>24</i>
2	DISPOSITIF NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME	29
2.1	LE DÉPISTAGE DES ENFANTS INTOXIQUÉS	29
2.1.1	<i>Les stratégies de dépistage</i>	<i>29</i>
2.1.2	<i>Le bilan de l'activité de dépistage du saturnisme infantile : de grandes disparités au niveau national</i>	<i>31</i>
2.1.3	<i>Les résultats nationaux du dépistage d'enfants intoxiqués : une évolution encourageante.....</i>	<i>36</i>
2.1.4	<i>Le suivi biologique des cas de saturnisme</i>	<i>42</i>
2.2	CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME	44
2.2.1	<i>Les actions administratives avant 1998</i>	<i>44</i>
2.2.2	<i>La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions</i>	<i>45</i>
2.2.3	<i>La loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain</i>	<i>51</i>
2.2.4	<i>Un programme national de lutte contre l'habitat indigne.....</i>	<i>51</i>
2.2.5	<i>Les évolutions en cours</i>	<i>52</i>

DEUXIEME PARTIE

ACTIONS PUBLIQUES CONDUITES DANS LES 3 DEPARTEMENTS

3	ORGANISATIONS, MOYENS ET PROCEDURES MIS EN PLACE A PARIS.....	55
3.1	EVOLUTION DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE FACE AU SATURNISME LIÉ À L'HABITAT.....	55
3.1.1	<i>Une répartition des actions entre la ville et l'Etat, modifiée par la loi de 1998.....</i>	55
3.1.2	<i>Un bilan de l'organisation administrative de l'Etat début 2003.....</i>	56
3.1.3	<i>Une convention Ville - Etat.....</i>	59
3.1.4	<i>Une nouvelle organisation des services de l'Etat (avril 2003)</i>	60
3.2	PRINCIPAUX ACTEURS	62
3.2.1	<i>Les services de la préfecture de Paris.....</i>	62
3.2.2	<i>Les services de la préfecture de police de Paris</i>	64
3.2.3	<i>Les services de la Ville de Paris.....</i>	64
3.2.4	<i>La CRAMIF.....</i>	65
3.2.5	<i>Des structures d'hébergement</i>	65
3.2.6	<i>Des associations.....</i>	65
3.3	PROCÉDURE SUIVIE FIN 2003.....	65
3.3.1	<i>Dans le cas de la détection d'un saturnisme infantile</i>	66
3.3.2	<i>Dans le cas du signalement d'un risque d'accessibilité au plomb dans un bâtiment.....</i>	68
3.3.3	<i>L'approche par immeuble.....</i>	69
3.3.4	<i>Le cas des ERAP</i>	69
4	EVALUATION DES ACTIONS DE LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME CONDUITES A PARIS	73
4.1	SPÉCIFICITÉ ET RÉSULTATS DU DÉPISTAGE DU SATURNISME INFANTILE À PARIS.....	74
4.1.1	<i>L'age des enfants parisiens lors du primo-dépistage.....</i>	74
4.1.2	<i>Un dépistage centré sur quatre arrondissements.....</i>	74
4.1.3	<i>Une baisse encourageante du nombre de nouveaux cas de saturnisme à Paris</i>	75
4.1.4	<i>Des taux de plombémie moyenne en baisse</i>	75
4.1.5	<i>Une grande disparité géographique dans l'incidence du saturnisme.....</i>	76
4.1.6	<i>Une concentration des cas de saturnisme dans les îlots d'habitat insalubre et les squats</i>	77
4.1.7	<i>Une activité de dépistage qui ne faiblit pas.....</i>	78
4.1.8	<i>Un dispositif de dépistage et de suivi des cas reposant en grande partie sur les services départementaux de PMI.....</i>	79
4.1.9	<i>Les prescripteurs de dépistage complémentaires : la santé scolaire et la CPAM</i>	80
4.1.10	<i>Des arrondissements parisiens qui semblent ne pas connaître le saturnisme ou le découvrir par hasard</i>	81
4.1.11	<i>Un suivi hospitalier des cas les plus graves et une mission de conseil aux équipes de terrain qui demande un temps médical, social et psychologique.....</i>	84
4.2	ACTIONS RELEVANT DE LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT.....	85
4.2.1	<i>Les procédures conduites respectent dans leur ensemble les dispositions applicables sauf pour les ERAP</i>	85
4.2.2	<i>L'efficacité des actions.....</i>	85
4.2.3	<i>La durabilité des travaux palliatifs</i>	101
4.2.4	<i>L'hébergement et l'éloignement pendant les travaux.....</i>	101
4.2.5	<i>Le contentieux.....</i>	102
4.2.6	<i>Le degré d'atteinte des objectifs de la lettre de mission d'avril 2003 du préfet de Paris</i>	102
4.3	EVOLUTION DES PLOMBÉMIES.....	104
4.4	DIFFICULTÉS D'APPLICATION DU DISPOSITIF.....	107

5 ACTIONS CONDUITES EN SEINE-ST-DENIS ET DANS LES HAUTS-DE-SEINE – EVALUATION..... 111

5.1	PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LE SATURNISME EN SEINE-SAINT-DENIS (93) - RÉSULTATS DES ACTIONS MENÉES	111
5.1.1	<i>Le dépistage</i>	112
5.1.2	<i>Les mesures mises en œuvre</i>	114
5.1.3	<i>Les ERAP</i>	115
5.1.4	<i>La relation insalubrité – saturnisme</i>	115
5.1.5	<i>Les principaux problèmes rencontrés</i>	116
5.2	PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LE SATURNISME DANS LES HAUTS-DE-SEINE (92) - RÉSULTATS DES ACTIONS MENÉES.....	117
5.2.1	<i>Le dépistage</i>	117
5.2.2	<i>Les mesures mises en œuvre</i>	118
5.2.3	<i>Les ERAP</i>	119
5.2.4	<i>La politique de l’habitat</i>	120
5.2.5	<i>Les principaux problèmes rencontrés</i>	120

TROISIEME PARTIE RECOMMANDATIONS

6 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ASPECTS SANITAIRES..... 123

6.1	RENFORCER LE DÉPISTAGE EN S’ APPUYANT SUR LES RÉSULTATS D’UNE ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DU SATURNISME INFANTILE.....	123
6.2	AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INTOXIQUÉS.....	127
6.3	RENFORCER LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU SATURNISME INFANTILE.....	129
6.4	APPROFONDIR LES CONNAISSANCES SUR LES CONSÉQUENCES À MOYEN TERME DU SATURNISME INFANTILE.....	130

7 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ASPECTS LIES A L’HABITAT 133

7.1	FIABILISER LA PROCÉDURE PROPRE AU SATURNISME	134
7.2	MIEUX INTÉGRER LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME DANS LA LUTTE CONTRE L’HABITAT INDIGNE.	138

8 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONDUITE DE L’ACTION..... 151

8.1	RENFORCER LE SYSTÈME D’INFORMATION.....	151
8.2	DÉVELOPPER, DANS LES SERVICES CENTRAUX ET LOCAUX, UNE CULTURE DE L’ ACTION RÉPONDANT À L’ OBLIGATION D’ ATTEINDRE LE BUT ET FONDÉE SUR LA CONSTRUCTION RAISONNÉE DE STRATÉGIES.....	155

CONCLUSION

ANNEXES

FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1 : Distribution des enfants testés selon l'origine de parents

Figure 2 : Age des enfants au dépistage

Figure 3 : Système de surveillance du saturnisme

Figure 4 : Répartition des prescripteurs de plombémie

Figure 5 : Evolution du nombre de cas de saturnisme

Figure 6 : Evolution en Ile-de-France sur 10 ans du pourcentage de plombémies de dépistage positives selon le département

Figure 7 : Données de surveillance du saturnisme infantile

Figure 8 : Evolution dans le temps des plombémies selon la classe de départ

Figure 9 : Principales dispositions du code de santé publique concernant la lutte contre la présence de plomb

Figure 10 : Procédure générale d'intervention vis-à-vis d'un problème de plomb lié à l'habitat à Paris (fin 2003)

Figure 11 : Origine des signalements des cas de saturnisme à Paris

Figure 12 : Durées moyenne de l'ensemble des procédures – Paris – 2002 et 2003

Figure 13 : Délais de réalisation de 60 travaux palliatifs – Paris – 2002 et 2003

Figure 14 : Répartition des durées de réalisation de 60 travaux palliatifs – Paris – 2002 et 2003

Tableaux

Tableau 1 : Recommandations de prise en charge d'un enfant intoxiqué en fonction de son taux de plombémie

Tableau 2 : Répartition par année et par département du nombre de cas incidents en Ile-de-France

Tableau 3 : Proportion de fiches montrant une évolution de la plombémie en fonction de l'intervention environnementale en Ile-de-France

Tableau 4 : Age des enfants lors de la détection du saturnisme en 2002-2003

Tableau 5 : Enfants testés par arrondissement de 1992 à 2001

Tableau 6 : Répartition des cas de saturnisme à Paris selon le niveau de plombémie

Tableau 7 : Répartition par arrondissement des cas déclarés en 2002 et 2003

Tableau 8 : Adresse des cas de saturnisme dans les rues les plus « sinistrées » en 2002 et 2003

Tableau 9 : Enfants ayant eu une plombémie de dépistage sur Paris entre 1992 et 2003

Tableau 10 : Activité du centre d'examen de santé de l'enfant de la CPAM de Paris

Tableau 11: Nombre de cas et origine du prescripteur dans les arrondissements où la PMI est très implantée

Tableau 12 : Nombre de cas et origine du prescripteur dans les arrondissements suivis par la PMI

Tableau 13 : Délais de signalement des cas de saturnisme

Tableau 14 : Délais moyens de signalement des cas de saturnisme selon le niveau de plombémie

Tableau 15 : Devenir des enfants atteints de saturnisme en 2002 – 2003

Tableau 16 : Durée de l'ensemble de la procédure pour 201 dossiers terminés (2002 - 2003)

Tableau 17 : Délai de transmission du diagnostic à la DULE – 63 dossiers

Tableau 18 : Durée entre la signature du diagnostic et la notification du préfet au propriétaire – 119 dossiers

Tableau 19 : Durée entre la notification du préfet au propriétaire et l'accusé de réception retourné par le propriétaire – 117 Dossiers

Tableau 20 : Durée entre la notification du préfet au propriétaire et le début des travaux – 79 Dossiers

Tableau 21 : Durée des travaux – 79 Dossiers

Tableau 22 : Durée entre la fin des travaux et la fin des contrôles – 79 Dossiers

Tableau 23 : Comparaison des durées des étapes pour deux ensembles de dossiers

Tableau 24 : Délai global de réalisation des travaux : Caractéristiques de quelques dossiers traités en 2002 et 2003 – Paris

Tableau 25 : Durées moyennes des procédures portant sur les parties communes

Tableau 26 : Diagnostics de logements ou de parties communes effectués en 2003 à Paris

Tableau 27 : Durées moyennes des procédures

Tableau 28 : Evolution de la plombémie de 130 enfants (2002 – 2003) - Paris

Tableau 29 : Evolution des plombémies de différents groupes d'enfants en 2002 et 2003 (130 dossiers) - Paris

Tableau 30 : Répartition géographique du nombre d'enfants testés dans les 13 communes du 93 ayant effectué au moins 50 tests de premier dépistage (1992-2001)

Tableau 31 : Répartition par année du nombre de nouveaux cas de saturnisme sur la Seine-Saint-Denis comparativement à Paris, aux Hauts-de-Seine et à la France entière.

Tableau 32 : Répartition géographique du nombre d'enfants testés dans les 5 communes des Hauts-de-Seine ayant effectué au moins 50 tests de premier dépistage (1992-2001)

INTRODUCTION

Par lettre en date du 12 juin 2003, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer ont demandé à madame la chef de l'Inspection générale des affaires sociales et à monsieur le vice-président du conseil général des ponts et chaussées, de diligenter une mission conjointe sur la lutte contre l'habitat indigne (Annexe 1).

Cette demande de mission fait suite au courrier du 13 février du préfet d'Ile-de-France, préfet de Paris (Annexe 2), qui attirait l'attention sur les difficultés rencontrées par ses services pour la mise en œuvre des dispositions sanitaires et juridiques concernant l'habitat indigne et plus particulièrement la lutte contre les risques liés au plomb ; la responsabilité de l'Etat et de ses agents lui paraissant pouvoir être mise en cause notamment du fait que des familles soumises au saturnisme étaient laissées dans leur logement faute de capacité d'accueil pour les reloger. De plus, pour Paris, l'organisation administrative et le partage des compétences entre le préfet de Police, le préfet de Paris et la ville de Paris lui apparaissaient ajouter à la complexité.

La mission a eu pour objectifs d'analyser l'organisation et le fonctionnement des dispositifs et de préconiser les améliorations à apporter afin d'accroître son efficacité et de sécuriser l'action de l'Etat et de ses agents.

Cette enquête a été confiée à Mme le Dr Anne-Chantal Rousseau-Giral et M Dominique Tricard, membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et à M Georges Crepey, membre du Conseil Général des Ponts et Chaussées.

La méthodologie retenue par la mission a été la suivante :

Dans la mesure où la lettre de mission soulignait des difficultés focalisées sur Paris et deux départements de la petite couronne, la Seine-Saint-Denis et les Hauts-de-Seine, l'évaluation du dispositif a porté sur ces trois départements et plus particulièrement sur Paris qui concentre les problèmes en raison notamment de la vétusté du parc immobilier parisien et des difficultés de relogement. Toutefois, la mission a souhaité étendre au niveau national son analyse épidémiologique du saturnisme et a pris connaissance de certaines expériences menées dans d'autres départements.

Dans une première étape, elle a mené de nombreux entretiens auprès des responsables institutionnels nationaux et locaux puis consulté des experts, médecins et chercheurs (Annexe 3).

Par ailleurs, les rapporteurs ont fait une revue bibliographique des recherches et études internationales sur la physiopathologie du saturnisme et ses conséquences à long terme, et ont participé à un colloque consacré aux échanges d'expériences des opérateurs de terrain en Ile-de-France, ainsi qu'à la conférence française de consensus sur la prise en charge du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte.

Une deuxième étape sur sites, a permis d'échanger avec les acteurs de terrain, hospitaliers, équipes de PMI¹, opérateurs de travaux, assistants sociaux, associations,

¹ La liste des sigles et des abréviations utilisées dans le rapport est jointe à la fin des annexes.

ainsi que quelques familles d'enfants intoxiqués, qui ont accepté de faire visiter leur logement insalubre.

Dans une troisième étape, la mission a tenté d'évaluer l'efficacité des actions relevant de la responsabilité de l'Etat en application des dispositions juridiques et administratives existantes, en analysant le contentieux et les causes principales à l'origine des situations de blocage tant pour celles qui se rapportent à des pratiques locales que pour celles mettant en question les instruments définis au plan national.

Pour mener à bien cette évaluation, la mission n'a pu se contenter des données disponibles, les tableaux de bord et outils des divers partenaires impliqués ne permettant pas une étude longitudinale des cas ; une exploitation de nombreux documents et données recueillies auprès de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales, de la Direction de l'Urbanisme, du Logement et de l'Equipement et du laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (LHVP) a dû être menée spécifiquement pour répondre à la commande. Ainsi, pour chaque cas de saturnisme déclaré en 2002 et 2003, ont été regroupées, en respectant les règles de l'anonymat, les informations permettant d'apprécier les délais de chaque étape de la procédure.

Enfin, parallèlement, la mission a analysé l'histoire médicale et le devenir des 53 enfants atteints de saturnisme grave hospitalisés pour chélation en 2002 et 2003 dans les deux hôpitaux référents parisiens. 15 cas cliniques, parmi les plus représentatifs des situations rencontrées et des blocages récurrents, ont fait l'objet de fiches. Les informations médicales, nominatives, ont été mises à disposition du rapporteur de l'IGAS, médecin, sous couvert du secret médical, par le biais des dossiers médicaux des deux hôpitaux concernés, des dossiers d'hospitalisation à domicile, des équipes de PMI en charge des suivis et du LHVP pour les plombémies de suivi ; les fiches ont alors été numérotées et anonymisées. Les informations relatives aux conditions d'habitat ont été obtenues auprès de la DULE, par le biais des adresses des immeubles où résidaient ces enfants.

PREMIERE PARTIE - LE SATURNISME INFANTILE, PREVENTION ET PRISE EN CHARGE

1 LE SATURNISME, UNE MALADIE SILENCIEUSE LONGTEMPS MECONNUE

Au cours des dernières décennies, des efforts importants ont été entrepris, d'une part pour contrôler le saturnisme professionnel, d'autre part pour réduire la pollution atmosphérique liée au plomb libéré par certaines industries et le carburant automobile. Toutefois, en dépit de ces avancées, qui ont permis d'abaisser de façon notable la plombémie moyenne de la population générale, l'intoxication de jeunes enfants par le plomb ou saturnisme infantile demeure un problème de santé publique.

1.1 Historique

Le premier cas de saturnisme infantile par ingestion de peinture a été décrit en Australie en 1891. Dans les premières décennies du 20^{ème} siècle, cette intoxication est fréquemment signalée à l'origine de décès d'enfants dans les hôpitaux des Etats-Unis. Il faudra cependant attendre les années quarante pour que son importance soit reconnue. Contribuèrent notamment à cette prise de conscience les travaux de Byers à Boston, montrant que les enfants survivant à une intoxication aiguë au plomb présentaient ultérieurement des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage. Une forte sensibilisation des responsables politiques locaux déboucha, dans les années 1960-70, sur la mise en place de nombreux programmes de lutte contre le saturnisme aux USA, particulièrement à New York.

En France, le saturnisme n'est devenu un problème d'actualité qu'à partir de 1985-86, à la suite du décès par encéphalopathie saturnine, à Paris, de deux enfants et de la survenue de plusieurs autres cas, plus modérés, géographiquement concentrés. C'est l'opiniâtreté de quelques acteurs locaux - le médecin responsable de PMI² du 11^{ème} arrondissement, l'assistante sociale de l'hôpital Trousseau, le médecin biologiste du Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (LHVP) - qui va entraîner une prise de conscience de l'ampleur du problème. Le rapprochement des informations entre médecins hospitaliers et services de prévention va faire passer « une recrudescence aléatoire d'intoxications dues au comportement individuel des enfants concernés »³ au stade d'un problème collectif de santé publique. C'est cette époque qui marque « l'émergence du saturnisme infantile sur la scène publique »⁴.

La survenue en quelques mois des six cas de saturnisme modéré ci-dessus évoqués, chez des enfants d'origine africaine, habitant deux immeubles vétustes du 11^{ème} arrondissement de Paris, conduit le médecin de PMI à solliciter du LHVP (qui assure la

² PMI : services départementaux de protection maternelle et infantile

³ « Saturnisme infantile et action publique » Christine Dourlens (collection l'Harmattan mars 2003)

⁴ même ouvrage

surveillance de la qualité de l'eau) une enquête à domicile. L'hypothèse initiale d'une origine hydrique de l'intoxication est éliminée. Par contre, les mères des enfants malades signalent qu'ils ont l'habitude de manger les écailles de peinture qui se détachent des murs dégradés. Les taux de plomb mesurés dans ces écailles par le LHVP sont si élevés qu'ils sont mis en doute et aussitôt contrôlés. L'ensemble des habitants des deux immeubles est alors soumis à un dosage de plombémie, qui confirme que si 44 adultes sur 45 ont une plombémie normale, tous les enfants résidents sont intoxiqués. En outre, les enfants intoxiqués, revenus à domicile après avoir subi un traitement chélateur en milieu hospitalier, présentent encore, lors des contrôles à distance, des taux de plomb excessifs, signe de la persistance d'une exposition chronique.

1.1.1 La première enquête parisienne rétrospective en milieu hospitalier

La mise en évidence de la responsabilité du logement constitue une découverte déterminante. Une étude rétrospective des enfants hospitalisés en Ile-de-France en 1985-86⁵ permet de recenser 95 cas d'intoxication par le plomb avec plombémie supérieure à 250 µg/L (seuil d'intervention alors recommandé par les Centers of disease Control américains). Ils sont tous âgés de 6 mois à 6 ans, tous d'origine étrangère, d'origine africaine pour 95 % d'entre eux ; tous vivent au sein de familles en situation économique précaire ; les 82 logements qui ont pu être visités sont tous insalubres, et présentent des peintures écaillées. Un Pica⁶ est noté ou fortement suspecté dans plus de 60 % des cas. Outre un décès, on déplore de lourdes séquelles : 5 cas d'encéphalopathie, 5 cas d'atteinte rénale, tous dans le groupe des enfants ayant présenté une plombémie supérieure à 1000 µg/L.

1.1.2 La forte mobilisation de deux équipes de la ville de Paris : La PMI et le LHVP

La première enquête prospective est menée en 1987 dans trois centres de consultations infantiles de PMI du onzième arrondissement sur 82 enfants, tous asymptomatiques, appartenant à une population à risque (habitat vétuste et/ou insalubre) Cet échantillon est comparé à un groupe témoin de 40 enfants recrutés en population générale par le biais des bilans de santé proposés par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Sept enfants (8,5 %) du groupe « exposé PMI » ont une plombémie comprise entre 250 et 600 µg/L, alors qu'aucun enfant du groupe témoin ne s'avère intoxiqué. En outre, la comparaison de la plombémie moyenne de l'échantillon des enfants PMI –150 µg/L- versus 100 µg/L pour le groupe témoin CPAM, confirme l'influence significative de l'habitat dégradé et vétuste.

L'étude environnementale permet d'identifier comme source d'intoxication le plomb contenu dans les peintures revêtant les murs et fenêtres des logements des enfants exposés. De fortes concentrations de plomb sont aussi retrouvées dans la poussière de ces logements et sur les mains des enfants les plus jeunes (moins de 3ans). Les deux autres sources possibles (eau du robinet, air) sont éliminées après étude de leur teneur en plomb.

⁵ Etude collective Caisse Primaire d'Assurance Maladie, centre anti-poisons, PMI, services de pédiatrie

⁶ Ingestion active et volontaire de substances non comestibles

1.1.3 Les débuts d'une stratégie de dépistage en Ile-de-France

La PMI de Paris met alors en place une stratégie de dépistage ciblée sur les enfants à risque, suivie par quelques communes de Seine-Saint-Denis et quelques sites en province. De mai 1987 à mai 1990, près de 1500 enfants suivis par la PMI de Paris ont un dosage de plombémie. Un tiers de ces enfants s'avère intoxiqué selon les normes en vigueur à cette époque (plombémie supérieure à 250 µg/L), pour un autre tiers la plombémie (entre 150 et 250 µg/L) justifie une surveillance, selon les recommandations des centres de surveillance américains⁷. Ces résultats permettent de valider la pertinence des actions de dépistage et d'orienter vers l'hôpital les cas les plus graves, cliniquement asymptomatiques, afin d'éviter des séquelles irréversibles.

Parallèlement, les enquêtes menées dans près de 300 logements d'enfants intoxiqués montrent une typologie commune : habitat ancien, exigü, mal entretenu, conditions inappropriées d'occupation des logements (sur-occupation, cuisine et chauffage générant de la vapeur, absence de ventilation, humidité...) conduisant à la dégradation accélérée des boiseries, huisseries et revêtements muraux. Les peintures d'origine, mises à nu, sont largement accessibles aux enfants. Des traces de grattage, voire de morsures sont visibles sur les murs et les bois des fenêtres.

Les quelques équipes impliquées sont alors conscientes des limites de la prise en charge strictement médico-sociale qu'ils offrent à ces familles : un tiers des enfants traités à l'hôpital se ré-intoxique dans les mois qui suivent le retour au domicile ; l'efficacité des conseils d'hygiène et de vigilance prodigués aux mères s'avère limitée dans un contexte de sur-occupation et de dégradation des logements ; le suivi de certaines familles migrantes est difficile... La nécessité de mesures préventives radicales portant sur le logement, permettant seules de soustraire les enfants à la source d'intoxication et de ré-intoxication, s'impose peu à peu aux services de PMI et au LHVP. Ils engageront des démarches longues et répétées, auprès de la Direction du Logement de la ville de Paris et de la Direction Générale de la Santé, avant d'emporter la conviction des décideurs et de leur transférer la gestion du problème.

1.1.4 L'implication officielle des services de l'Etat dans la lutte contre le saturnisme

Fin 1990, deux journées d'études organisées par la DRASS d'Ile-de-France, avec la DGS, la ville de Paris, Médecins Sans Frontières et Migrations Santé réunissent 360 personnes et marquent un tournant dans l'histoire de la lutte contre l'intoxication au plomb. De pathologie confidentielle relevant de quelques équipes de PMI, le saturnisme infantile devient un problème de santé publique, dont la responsabilité relève des services de l'Etat.

La première étude nationale, confiée à Démoscopie-Santé, est réalisée sur le terrain en 1992, dans cinq départements volontaires. Les résultats de cette enquête, même partielle, ébranleront les esprits encore dubitatifs, en révélant la réalité du saturnisme infantile en dehors de quelques arrondissements de Paris et de quelques communes d'Ile-de-France.

⁷ Si le taux en vigueur en 2003, nettement plus bas (100 µg/L) avait été appliqué à cette époque, il est probable que tous les enfants dépistés auraient été considérés comme intoxiqués.

D'autres enquêtes suivront, permettant de confirmer l'ampleur du problème ; plus de 2000 cas de saturnisme sont recensés au niveau national, dont plus de 400 cas d'intoxications graves.

Par circulaire du 1^{er} décembre 1993, la Direction Générale de la Santé propose aux départements soucieux de s'engager dans « une démarche globale de lutte contre le saturnisme » de financer des programmes d'actions sur des crédits exceptionnels (au total 14 MF)⁸. La précipitation avec laquelle ce programme est lancé explique en partie le succès mitigé de l'opération. Si 24 DDASS présentent des demandes de crédits, l'évaluation des actions menées⁹ s'avèrera décevante. Il apparaît aussi que nombre de responsables départementaux ou d'élus locaux n'étaient pas prêts à s'engager sur un problème qu'ils méconnaissaient et/ou qu'ils estimaient ne pas les concerner¹⁰.

En 1992, un Système de Surveillance du Saturnisme en Ile-de-France (SSSI) est créé afin de mettre en commun les données des différents partenaires impliqués dans le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués, mais aussi les caractéristiques et l'évolution des cas dépistés. La généralisation du dépistage à d'autres départements conduira la Direction Générale de la Santé à mettre en place, en s'inspirant du système francilien, un Système National de Surveillance du Saturnisme, institué par arrêté du 19 janvier 1995.

Un Comité Technique Plomb, composé d'experts et de représentants des ministères de la santé, du logement et de l'environnement, est constitué en 1993 ; sa mission est de faire des propositions de réduction des risques d'exposition au plomb. Le Comité Technique Plomb publie en septembre 1993 un « guide opérationnel pour le dépistage et le suivi des enfants exposés » et dès février 1994, des consignes sur l'enquête environnementale et sur les mesures d'urgence et palliatives à mettre en œuvre dans les immeubles d'enfants intoxiqués.

Une enquête nationale de prévalence du saturnisme est confiée au Réseau National de Santé Publique, en liaison avec l'INSERM, en vue de constituer une base de référence de l'imprégnation saturnine de la population générale (Cf. 1.7).

1.2 Sources d'intoxication par le plomb

Les sources de contamination par le plomb sont multiples :

- *les sources à faible dose* sont l'air, les aliments et l'eau de boisson. Le degré de pollution atmosphérique varie selon l'urbanisation, la proximité d'industries polluantes (fonderies, fabrication de batteries, métallurgique) et l'intensité de la circulation automobile. En France, suivant l'exemple de la politique d'éradication du plomb dans l'environnement menée aux Etats Unis¹¹, la réglementation sur une réduction progressive du plomb dans l'essence et la

⁸ 2 000 000 F sur la ligne 47.13.20.20 pour l'information et les dosages biologiques (ministère des affaires sociales) et 12 000 000 F sur la ligne 47.14.14.20 pour la recherche des facteurs de risque et l'enquête environnementale

⁹ Rapport d'évaluation confié au Département de santé publique de la Faculté X. Bichat. Mai 1995.

¹⁰ « Il n'y a pas de cas de saturnisme dans notre département, ville, secteur.... » est une phrase qu'on relève souvent dans les entretiens avec des responsables locaux, à quoi les acteurs les plus impliqués répondent : « Quand on en cherche, on en trouve partout.... »

¹¹ Aux Etats Unis, depuis la réduction du taux maximal de plomb dans l'essence, la plombémie moyenne en population générale a baissé de 10 % par an.

commercialisation d'essence sans plomb liée à l'introduction des pots catalytiques en 1989 ont permis une baisse de la plombémie en population générale, notamment en zone urbaine.

L'ingestion de plomb par l'eau de distribution publique, due à la corrosion des canalisations en plomb, devient rare en France. Depuis 1995, le plomb est interdit pour les canalisations mais il a continué à être utilisé jusqu'en 1996 pour les soudures. Les concentrations maximales admises en plomb par litre d'eau sont progressivement revues à la baisse selon les recommandations européennes¹².

Enfin, sauf pollution accidentelle de proximité (jardinage en zone industrielle, conserves artisanales, poteries émaillées...), l'apport alimentaire de plomb est très faible.

- *les sources à dose intermédiaire* : la poussière, la terre des aires de jeux des enfants peuvent potentiellement constituer un risque d'imprégnation au voisinage d'un site industriel ou d'une fonderie.
- *les sources à forte dose* : ce sont surtout les anciennes peintures au plomb¹³, qui en se délitant, constituent le risque principal. Interdites à l'usage professionnel en 1913, elles ont cependant été largement utilisées jusqu'en 1948, date de leur interdiction définitive. La vétusté de l'habitat, l'humidité des murs liée à un entretien insuffisant des immeubles (fuites d'eau, défaut d'aération) sont responsables de la présence dans l'air des logements, sur le sol, dans les rainures des parquets, d'écailles et de poussières de peintures toxiques.
Des travaux de ravalement ou de rénovation entrepris dans des immeubles anciens peuvent libérer dans l'air ambiant de fines poussières contenant de la céruse, dont l'inhalation peut entraîner une intoxication aiguë chez les jeunes occupants.

1.3 Voies d'entrée du plomb dans l'organisme

Le plomb pénètre dans l'organisme par voie aérienne (inhalation de poussières contaminées) et surtout par voie digestive (ingestion d'eau, d'aliments ou de poussières et fins débris de peinture) ; chez le nouveau-né par transfert placentaire¹⁴.

Plusieurs facteurs font de l'enfant une cible privilégiée :

- son absorption digestive du plomb est quatre à six fois supérieure à celle de l'adulte. Elle est en outre augmentée par la carence en fer, calcium ou zinc. Or la carence martiale¹⁵ est fréquente chez les nourrissons vers 12-18 mois, notamment chez ceux exclusivement nourris au sein ou ne bénéficiant pas d'un régime suffisamment diversifié,

¹² 50 µg/L puis 25 µg/L actuellement puis 10 µg/L à partir de 2013.

¹³ Composées soit de pigments à la céruse, soit de dérivés organiques du plomb, soit de minium. La céruse, couramment utilisée pour ses propriétés antifongiques et contre l'humidité, s'effrite au bout d'une cinquantaine d'années en poussières au goût sucré et acidulé fort apprécié des enfants.

¹⁴ L'apport de plomb au nourrisson par sa mère peut se faire par transfert placentaire et par le lait maternel. Le transfert placentaire s'effectue dès la douzième semaine de grossesse. La concentration de plomb dans le sang du cordon ombilical est voisine de la plombémie sanguine de la mère.

¹⁵ Carence martiale ou carence en fer.

- de même l'inhalation de poussières au plomb est proportionnellement plus importante chez l'enfant, et l'excrétion urinaire plus faible que celle de l'adulte,
- à imprégnation égale, la toxicité cérébrale est bien plus importante chez le fœtus et le nourrisson, en plein développement cérébral,
- le comportement d'oralité avec port à la bouche des mains et des objets contaminés par la poussière de maison est fréquent entre un et deux ans. L'activité au ras du sol des très jeunes enfants facilite encore l'ingestion de poussières ou d'écailles de peinture.

Ce comportement exploratoire main-bouche peut perdurer et se transformer en syndrome de Pica¹⁶, qui n'est pas rare chez l'enfant plus grand, parfois jusque vers six ans, voire dix ans. Il peut être responsable d'intoxications ou de rechutes sévères, si la peinture ingérée après grattage actif ou ramassage au sol est fortement concentrée ; en effet, l'ingestion d'une écaille de peinture ancienne pesant à peine un gramme peut apporter plusieurs centaines de milligrammes de plomb¹⁷, quantité considérable par rapport aux autres apports quotidiens de plomb, et suffisante pour entraîner une intoxication aiguë.

1.4 Distribution du plomb dans l'organisme

Après absorption, le plomb diffuse rapidement dans le sang, véhiculé par les globules rouges, et est stocké dans certains tissus mous dont le cerveau et surtout dans les tissus calcifiés : os et dents. Le plomb diffuse ensuite régulièrement, tout au long de la vie, de l'os vers le sang, par résorption osseuse physiologique. En dehors de toute exposition au plomb, la plombémie¹⁸ reflète ce relargage physiologique ; elle peut augmenter ponctuellement dans certaines situations (grossesse, ménopause, allaitement, fractures...) où le métabolisme osseux est modifié et le plomb mobilisé plus fortement.

La demi-vie du plomb dans le sang est d'environ 30 jours, alors que sa demi-vie dans l'os compact est de 10 à 20 ans. L'os est le siège de l'accumulation du plomb et le témoin de l'exposition passée au plomb. Les taux de plomb dans certains os (tibia, phalanges), les cheveux ou les dents sont des marqueurs rétrospectifs d'exposition cumulée.

La plombémie n'est qu'un indicateur ponctuel d'une exposition actuelle au toxique. Un dosage de plombémie isolé ne suffit pas : élevé, il peut traduire, certes un saturnisme grave, mais aussi une exposition ponctuelle, récente et massive¹⁹, sans pour autant qu'il s'agisse de saturnisme chronique ; dans ce dernier cas, le traitement chélateur va entraîner la chute rapide de la plombémie, qui ne remontera guère par la suite, sous réserve de suppression de la source de plomb. A l'inverse, une plombémie faiblement élevée, témoin d'une imprégnation chronique ou ancienne, peut rassurer à tort ; après éviction du risque, elle va se maintenir à des niveaux pathologiques pendant de longs mois.

¹⁶ Ingestion active et volontaire de substances non comestibles.

¹⁷ Le seuil toxique est fixé à 5 mg de plomb total par gramme de peinture, mais les peintures des balcons, huisseries, croisées de fenêtres sont tout particulièrement concentrées.

¹⁸ Plombémie : taux de plomb dans le sang.

¹⁹ Par exemple à l'occasion de travaux de ravalement ayant entraîné pendant quelques jours une forte pollution de l'air ambiant par des poussières de peintures anciennes.

Seul un suivi par des contrôles de plombémie réguliers dès lors qu'on se trouve face à une conjonction de facteurs de risque, permet d'identifier une intoxication, d'en apprécier le niveau donc d'envisager une stratégie thérapeutique.

1.5 Effets toxiques de l'intoxication par le plomb

Le plomb est un toxique à action cumulative. Le fœtus et le jeune enfant, surtout pendant les premiers mois de la vie où se développe le système nerveux central puis les acquisitions cognitives, présentent des facteurs de vulnérabilité particulière, et ce pour des plombémies bien moins élevées que les adultes. L'atteinte de ces fonctions sera d'autant plus grave que l'imprégnation par le toxique sera précoce, importante et continue.

1.5.1 Une intoxication chronique insidieuse

L'intoxication saturnine chronique se développe à bas bruit, les signes cliniques en sont le plus souvent absents ou insidieux et peu spécifiques. Lorsqu'ils existent, ils ne sont pas forcément corrélés aux taux de plomb sanguin. A l'inverse, certains enfants peuvent être asymptomatiques avec des taux de plombémie supérieurs à 1000 µg/L²⁰, impliquant pourtant une prise en charge médicale d'urgence. Ainsi, parmi les cas d'intoxication les plus graves relevés par la mission dans les dossiers médicaux d'enfants hospitalisés à Paris au cours des deux dernières années, l'un présentait une plombémie initiale à 2400 µg/L, un autre à 1000 µg/L et un troisième à 6700 µg/L. Or, selon le témoignage des soignants à l'admission, ces enfants, loin de présenter un tableau inquiétant, se montraient « vifs, souriants et courraient partout... », alors même que leur état constituait une urgence grave du fait des risques de séquelles irréversibles.

C'est dire la nécessité d'évoquer ce diagnostic par un interrogatoire orienté sur la recherche de facteurs de risques²¹ et d'en chercher la confirmation biologique, sans compter sur un tableau clinique évocateur.

Un faisceau de signes peut cependant attirer parfois l'attention chez les plus grands, si le médecin est sensibilisé à cette pathologie : asthénie, maux de tête, troubles de l'attention, de la mémoire et du comportement (irritabilité, agitation, troubles du sommeil) ou encore troubles digestifs (anorexie, nausées, douleurs abdominales chroniques), les classiques « coliques de plomb » - douleurs abdominales aiguës pseudo-chirurgicales - ne se voient guère que pour des intoxications importantes.

L'encéphalopathie aiguë convulsivante, qui était responsable des premiers décès, est exceptionnelle et ne s'observe que pour des intoxications très sévères (plombémie supérieure à 1000 µg/L).

²⁰ Le taux de plombémie au-delà duquel les médecins estiment qu'il s'agit d'un cas de saturnisme est passé progressivement de 250 µg/L à 150 µg/L puis en 2002 à 100 µg/L, taux devant déclencher le signalement du cas à la DDASS par le biais d'un formulaire de déclaration obligatoire. (Arrêté du 5 février 2004 relatif à la déclaration obligatoire de saturnisme de l'enfant mineur.

²¹ Par quelques questions simples portant sur l'environnement quotidien et surtout sur le type d'habitat, ainsi que sur le comportement de l'enfant. A noter que les trois enfants avec taux très élevé de plombémie présentaient tous trois un syndrome de Pica caractérisé.

En l'absence de corrélation systématique entre les taux de plombémie et les manifestations cliniques, toute suspicion en contexte environnemental à risques doit déclencher un dosage. En effet, le retentissement à long terme de l'intoxication au plomb sur le développement intellectuel et les acquisitions scolaires, et ce pour des intoxications modérées ou même faibles (100 µg/L), est largement décrit dans la littérature médicale.

1.5.2 Des effets à long terme sur le développement neuro-comportemental

De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été menées pour établir la relation entre l'exposition au plomb dans la petite enfance et d'éventuelles perturbations des fonctions intellectuelles, motrices ou psychologiques. Pour éviter les limites méthodologiques de telles enquêtes transversales, des chercheurs ont lancé des études prospectives, notamment à Boston, Cincinnati et Cleveland aux Etats Unis et à Port-Pirie et Sydney en Australie. Elles consistent à effectuer un suivi à échéances fixes de la plombémie de populations d'enfants, dès la période prénatale et pendant plusieurs années, au cours desquelles le développement psychomoteur a été parallèlement évalué.

La majorité de ces études, après prise en compte de diverses variables socio-économiques, mettent en évidence chez les enfants exposés un retard de développement des capacités cognitives²², avec une baisse de 2 à 3 points du quotient intellectuel par tranche d'augmentation de 100 µg/L de plombémie. Les études concernant les facultés verbales et les capacités motrices fines sont plus contradictoires. Toutes insistent sur la difficulté d'établir un seuil de plombémie au-dessous duquel il n'existerait aucun risque de lésion cérébrale.

De travaux américains plus récents, menés sur des adolescents et de jeunes adultes atteints de saturnisme dans leur enfance, font état d'une plus grande fréquence de comportements asociaux et violents et de délinquance. Ces constats, particulièrement graves, méritent d'être validés.

1.5.3 Risques pour la femme enceinte et le fœtus

Les effets de l'imprégnation du fœtus par le plomb ont été largement décrits : plus grande fréquence d'avortements spontanés, petit poids de naissance, prématurité, perturbation du développement psychomoteur.

Les échanges sanguins de plomb de la mère vers le fœtus, via le placenta, proviennent à la fois de l'exposition de la mère à une source exogène (un Pica maternel a été souvent noté chez des femmes enceintes d'origine africaine ou sud-américaine, il peut aussi s'agir d'une exposition professionnelle pendant la grossesse) et de la source endogène constituée par le relargage du plomb osseux stocké par la mère depuis sa naissance, phénomène majoré au cours de la grossesse.

²² Retard dans l'acquisition de la lecture et de l'écriture, échec et absentéisme scolaire, comportement hyperactif...

Les mesures que l'on peut proposer aux femmes enceintes visent, d'une part, à supprimer ou à limiter l'exposition au plomb de la mère et, d'autre part, à dépister d'éventuels effets chez l'enfant à naître, afin de le prendre en charge le plus précocement possible.

Certaines recommandations sont de bon sens, encore faut-il s'assurer qu'elles sont comprises et appliquées, elles portent sur la limitation de l'exposition exogène : information des femmes travaillant dans des activités susceptibles de les exposer au plomb afin qu'elles fassent valoir auprès du médecin du travail leur droit de retrait le plus tôt possible au cours de leur grossesse, maîtrise domestique du niveau d'empoussièrément, éviction de toute femme enceinte lors de travaux de ravalement ou de rénovation dans des logements antérieurs à 1949, correction d'une carence en fer, calcium et vitamines...

Par contre, la maîtrise de la source d'intoxication endogène, constituée par la mobilisation du stock osseux maternel, est plus délicate. Les thérapeutiques visant à diminuer le relargage du plomb dans le sang de la mère, et donc son passage dans le sang du fœtus, n'ont pas fait la preuve de leur innocuité chez la femme enceinte pas plus que des bénéfices à attendre à court et à long terme chez l'enfant. Dans la littérature, on ne retrouve que quelques cas de femmes enceintes présentant une forte imprégnation au plomb (500 à 1300 µg/L) ayant subi un traitement chélateur pendant la grossesse. La communauté scientifique estime à ce jour que les bénéfices et effets, sur le fœtus, de chélation maternelles répétées, visant à maintenir une plombémie basse chez une mère ayant accumulé un stock de plomb important, n'ont pas été suffisamment évalués. Le traitement chélateur, s'il est décidé, doit être réservé à des imprégnations maternelles très importantes.²³

1.6 Typologie des enfants concernés

Les nombreux cas de saturnisme infantile répertoriés aux Etats-Unis dans les années quarante concernaient indifféremment des enfants en population générale, notamment dans la région de Boston où les façades des maisons recouvertes de bois peint étaient prisées par toutes les couches de population. Puis, au fil des années, notamment en France, le saturnisme s'est concentré sur les quartiers d'habitat insalubre où persistent des immeubles vétustes et mal entretenus. L'état dégradé de ces logements et plus souvent encore des parties communes, sur lesquelles les propriétaires de ces immeubles sont peu soucieux d'investir, explique que peu à peu, les occupants se recrutent dans les milieux socio-économiques très défavorisés.

1.6.1 *Une intoxication qui frappe des enfants en majorité d'origine étrangère, souvent d'Afrique subsaharienne, vivant dans des logements très dégradés.*

Le saturnisme, « maladie des taudis », « maladie des enfants pauvres », autant de titres accrocheurs relevés dans les rares articles que les médias consacrent à un sujet qui ne passionne guère la population, peu concernée par cette maladie. Ce sont des facteurs sociologiques qui expliquent la spécificité des enfants intoxiqués, pour la plupart issus

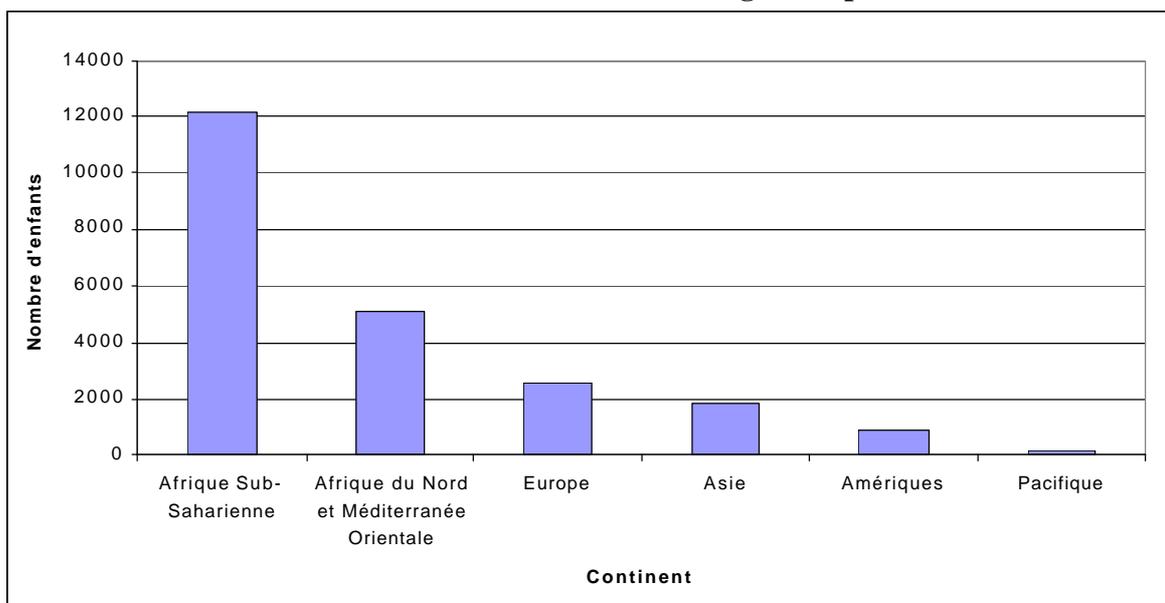
²³ Conférence de consensus du 5 et 6 novembre 2003 : intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - prévention et prise en charge médico-sociale.

de familles récemment immigrées. En effet, ces familles cumulent les difficultés sociales et parallèlement les facteurs de risques d'intoxication :

- habitat insalubre avec sur-occupation des logements,
- cuisine à la vapeur entretenant l'humidité,
- suivi sanitaire aléatoire, en dépit de fréquentes carences alimentaires,
- maîtrise insuffisante du français ne permettant pas de comprendre les conseils d'hygiène et de suivi sanitaire,
- situation de clandestinité induisant l'exclusion des systèmes de soins classiques que sont la médecine libérale et l'hôpital...

Parmi les enfants testés originaires d'Afrique subsaharienne, 35,9 % ont une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L au premier test, suivis par les enfants originaires d'Afrique du Nord (20,8 % intoxiqués) cependant que ce pourcentage baisse à 18,6 % pour les enfants venus du continent américain, 12,4 % pour ceux d'origine asiatique, 11,4 % pour ceux du Pacifique et 9,2 % pour les Européens (figure 1).

Figure 1
Distribution des enfants testés selon l'origine de parents



Source InVS

Il est très probable que les facteurs de risque liés à l'habitat, beaucoup plus fréquents pour les familles originaires d'Afrique noire et du Maghreb, induisent un dépistage renforcé au sein de ces populations. Au total, les enfants originaires du continent africain représentent 87 % des enfants détectés comme atteints de saturnisme en Ile-de-France.

L'explication de cette caractéristique géographique est sans doute simple ; il ne s'agit en aucun cas d'un caractère génétique comme c'est le cas pour la drépanocytose par exemple, mais bien d'une pathologie sociale fortement corrélée aux conditions dégradées de l'habitat. Le coût des loyers, en Ile-de-France, est prohibitif pour un chef de famille nombreuse dont les ressources sont modestes. Les familles en situation irrégulière se voient souvent exploitées par des bailleurs privés peu scrupuleux qui leur

louent des logements exigus, dépourvus de tout confort et insalubres²⁴. Leur situation de clandestinité ne les incite pas à revendiquer, ni même à faire effectuer des examens médicaux chez leurs enfants, par crainte d'attirer l'attention des autorités. C'est donc par un patient travail de porte à porte, basé sur la mise en confiance, que les assistantes sociales de secteur et la PMI repèrent et sensibilisent ces familles à la nécessité d'un suivi.

1.6.2 Un biais de recrutement lié à un dépistage concentré au niveau des acteurs de la PMI

Il existe probablement un biais de recrutement lié au fait que les cas de saturnisme sont, pour environ 80 % des cas, et plus encore sur Paris (86 %) et la Seine-Saint-Denis (90 %) dépistés par des médecins de PMI. Or, la majorité des usagers des consultations de PMI en Ile-de-France sont des familles immigrées. Toutefois, à situations socio-économiques comparables, il est plus rare de noter un cas de saturnisme au sein d'une famille maghrébine ou européenne et encore plus rare en milieu asiatique. La mission n'a repéré, au cours des deux dernières années, que deux cas d'intoxication sévère chez des enfants européens, résidant à Paris, l'un d'origine portugaise, l'autre polonaise²⁵.

1.6.3 Une action éducative rendue complexe par les conditions de vie et d'environnement

On peut aussi s'interroger sur le fait suivant : dans les immeubles insalubres où se recrutent des cas itératifs, voire au sein d'une même fratrie occupant le même logement, seuls certains enfants sont intoxiqués. Les puéricultrices de PMI qui ont l'expérience du suivi à domicile de ces familles, invoquent, à l'origine de cette particularité, des problématiques socioculturelles relatives à la place des mères et à celle des enfants atteints. Un profil particulier de mères peu investies ou dépressives, peu observantes, est souvent décrit. Il en est ainsi pour un enfant ayant une intoxication gravissime, à propos duquel les soignants ont évoqué la « maltraitance passive » et qui, une fois placé hors de son milieu familial et de son logement, a commencé à récupérer.

Les enfants particulièrement exposés seraient plus volontiers ceux qui, peu sollicités par des activités extérieures, passent beaucoup de temps dans le logement et s'y ennuiant faute de jouets. Il n'est pas rare qu'ils soient livrés à eux-mêmes dans les parties communes de l'immeuble dès l'âge de 3 ans, pour permettre aux mères de s'occuper des enfants suivants²⁶ ou aux parents de se reposer²⁷. L'absence de famille élargie, comme c'est le cas dans leur pays d'origine, prive les jeunes mères de soutien psychologique et

²⁴Une famille avec 4 enfants louait depuis 8 ans une pièce insalubre pour 600 euros par mois.

²⁵ Tous deux présentaient une intoxication aiguë par inhalation de poussières de peintures à forte dose à l'occasion d'importants travaux non protégés de ravalement de l'immeuble. Il ne s'agissait pas d'un saturnisme chronique, dans les deux cas le traitement chélateur a rapidement permis le retour à des taux de plombémie acceptables.

²⁶ A tel point que la naissance d'un autre enfant est considérée par certaines équipes de PMI de Paris comme un critère supplémentaire de risque car la mère reporte sa vigilance sur le nouveau-né et relâche les mesures de surveillance conseillées par la PMI en direction des enfants précédents.

²⁷ Beaucoup de pères, tout au moins ceux qui ont une activité « officielle », et la plupart des mères de familles monoparentales déclarent faire des heures de nettoyage dans des bureaux ou des collectivités, très tôt le matin ou tard le soir, et dorment dans la journée.

d'une aide à la surveillance d'une progéniture nombreuse et rapprochée. L'adhésion au long cours aux consignes de prévention de la PMI est d'autant plus difficile dans ce contexte.

1.6.4 Un comportement d'oralité particulier souvent noté

Sur près de 25 000 fiches étudiées par l'InVS sur dix ans en Ile-de-France²⁸, un comportement de Pica est noté dans 17 % des cas.

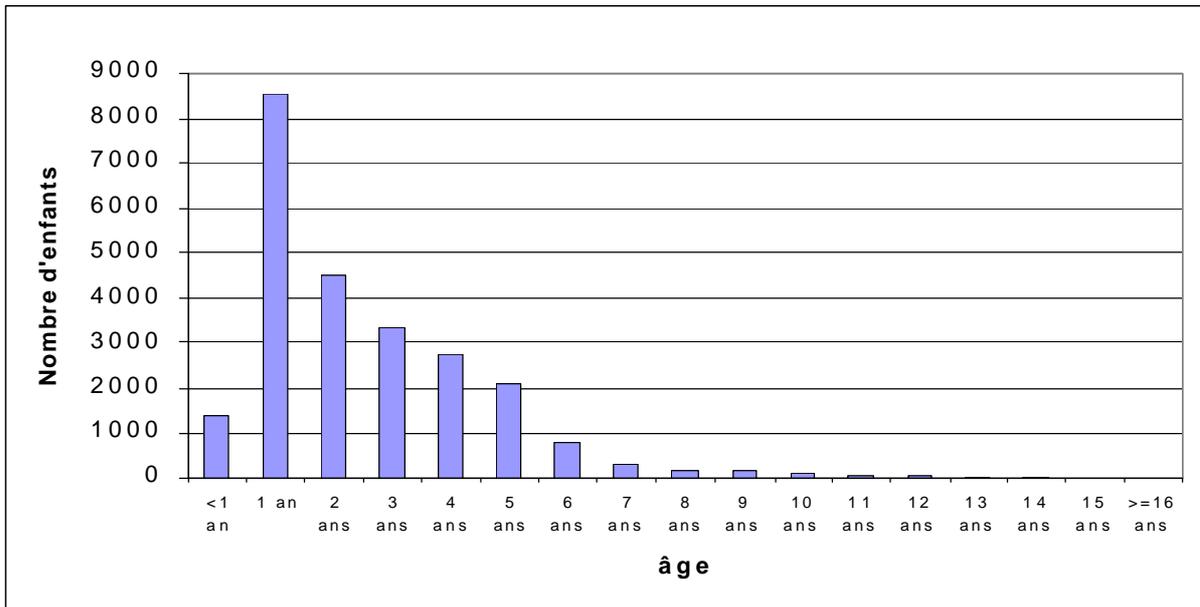
Cette éventualité de facteurs culturels et comportementaux africains prédisposant à la contamination fait l'objet de controverses. Le débat se nourrit notamment du fait que, si en France, les premiers cas se concentraient dans des familles maliennes et qu'en Ile-de-France, le saturnisme infantile touche encore en majorité des enfants africains, par contre en Angleterre, la population infantine la plus touchée est d'origine indienne, et aux Etats Unis se recrute dans les communautés noires américaines. Dès lors, on voit mal comment des populations d'origines si diverses pourraient présenter des risques ethniques et culturels communs. Le seul facteur commun à tous ces enfants est, sans débat possible, une grande précarité induisant des conditions de vie en habitat dégradé.

1.6.5 Une intoxication qui frappe de très jeunes enfants

Tous les auteurs s'accordent sur une fourchette d'âge de début d'intoxication assez étroite, entre un et six ans, avec un pic très net entre un et trois ans, âge auquel l'enfant se livre au cours de ses jeux ou de sa déambulation à un balayage manuel du sol et donc des poussières, et où il porte volontiers petits objets et débris à la bouche (figure 2). Pour cette raison, le primo dépistage est essentiellement mené sur cette tranche d'âge, l'âge médian du primo dépistage est de 2 ans et 5 mois dans l'enquête SSSI-InVS. Cependant environ 15 % des plombémies de dépistage ont été réalisées pour des enfants de moins d'un an ou de plus de six ans, dans le cas de contrôles de fratries à l'occasion du signalement d'un premier cas.

²⁸ Enquête sur le dépistage du saturnisme infantile en Ile de France (1992-2001) SSSIF-InVS.

Figure 2
Age des enfants au dépistage



Source InVS-RSSI

1.7 Prévalence du saturnisme infantile en France

Depuis 1979, un système de surveillance suit l'imprégnation saturnine de la population générale en France. Une enquête nationale a été confiée en 1997 par la Direction générale de la Santé à l'INSERM et au Réseau National de Santé Publique. Elle visait à évaluer :

- les taux de plombémie des enfants de moins de six ans sur l'ensemble du territoire,
- les niveaux de plombémie dans des groupes de population spécifiques (urbain/rural, habitat ancien/récent, groupes ethniques, zones industrielles, zones aux eaux agressives...).

Les chercheurs ont travaillé sur les plombémies de quatre échantillons :

- 445 adultes recrutés dans des centres d'examen de santé de la CPAM à Paris, Lyon et Marseille,
- 4208 jeunes hommes appelés du contingent,
- 3445 enfants de 1 à 6 ans, recrutés dans des services publics de chirurgie sur toute la France,
- 311 mères et leur nouveau-né recrutés dans des services d'obstétrique d'Ile-de-France et Bretagne.

Cette étude a montré que depuis le début de la décennie 80, le taux de plombémie de la population résidant en France²⁹ dans les grosses agglomérations comme Lyon, Marseille et Paris, enregistrait une chute globale de plus de 50 %. Le bénéfice est

²⁹ Depuis l'introduction de l'essence sans plomb dans la plupart des pays de l'Union européenne, l'imprégnation des populations par le plomb est en nette régression, mais reste supérieur à celle relevée aux Etats-Unis.

incontestablement lié à la politique mise en œuvre en matière de carburant sans plomb et de traitement des eaux agressives, mais aussi à la réhabilitation ou la démolition de logements anciens. L'imprégnation de la population infantile a diminué parallèlement.

Dans l'échantillon des enfants de moins de 6 ans, la moyenne des plombémies était en 1997, date de l'enquête INSERM, de 36 µg/L. Parmi ces enfants, 2 % présentaient une plombémie supérieure à 100 µg/L. Les enfants d'origine européenne présentaient une imprégnation plus faible que ceux d'autres origines. L'ancienneté du logement et la consommation d'eau du réseau de distribution apparaissaient comme facteurs de risque dominants.

Par extrapolation de ces résultats à la population générale des enfants de zéro à six ans résidant en France, l'INSERM a estimé que le saturnisme concernait environ 84 000 enfants dans cette tranche d'âge. Ce chiffre, très important, est à ce jour fortement contesté.

En effet, les actions de dépistage du saturnisme infantile mises en œuvre depuis une quinzaine d'années n'ont permis d'identifier qu'une très faible partie des 84 000 enfants attendus :

- le nombre de cas de saturnisme recensés par les DDASS (par le biais des déclarations obligatoires) sur l'ensemble de la France s'élevait seulement à 423 en 2001,
- en Ile-de-France, région où l'activité de dépistage est de loin la plus forte, le taux moyen d'incidence annuelle des cas de saturnisme entre 1992 et 2001 était de 71,3 pour 100 000 enfants de moins de 6 ans.

Même en tenant compte de la signification différente de l'incidence (nouveaux cas) et de la prévalence (cas présents à un moment ou une période donnée), il est étonnant de constater qu'un facteur de presque 30 existe entre ce taux d'incidence (71,3 %) et celui de l'enquête INSERM-RNSP (prévalence de 2000 cas pour 100 000 enfants).

Certes, la prévalence de l'intoxication a très probablement baissé au cours des années avec la diminution d'imprégnation des populations de tous âges. Ainsi, le système national de surveillance du saturnisme infantile (SSSIF) note une baisse régulière du nombre d'enfants dont la plombémie est supérieure ou égale à 100 µg/L : le nombre annuel est passé en Ile-de-France de 1248 cas en 1992 à 336 cas en 2001, alors que les acteurs de dépistage sont de mieux en mieux informés.

Il n'en reste pas moins que la forte disparité entre l'estimation des cas attendus et le nombre de cas effectivement recensés laisse perplexe. Si l'estimation INSERM est exacte, le dispositif mis en place pour le dépistage du saturnisme en France est très insuffisant et laisse passer de nombreux cas d'enfants intoxiqués.

Il apparaît nécessaire de réaliser une nouvelle enquête sur l'imprégnation par le plomb de la population, notamment des enfants, pour évaluer l'impact des actions de prévention mises en œuvre depuis l'enquête de 1996 et pour aider à définir et à évaluer les moyens et les actions futurs.

1.8 Traitement d'un enfant intoxiqué par le plomb

Ce traitement repose sur trois domaines d'intervention : une prise en charge « environnementale » qui concerne essentiellement l'habitat, des conseils préventifs d'alimentation et d'hygiène de vie et un traitement médical.

Soulignons d'emblée le fait que même si les traitements médicaux, coûteux et parfois douloureux, connaissent une relative efficacité, l'élément primordial de la prise en charge demeure l'éviction rapide et pérenne de la source identifiée de l'intoxication.

1.8.1 L'éviction de la source de plomb

Quel que soit le niveau de la plombémie initiale, l'éviction de la source de contamination s'impose dans tous les cas. Rappelons que le taux de plombémie ne fait que témoigner de la réalité de l'intoxication dès lors qu'il dépasse 100 µg/L, sans pour autant présager de son ancienneté, donc de la quantité de plomb accumulée dans les tissus. Or ces deux éléments constituent des facteurs importants dans le niveau de risque de séquelles.

Dans les faits, l'éviction de la source est souvent tardive, du fait de multiples obstacles qui seront analysés en partie 4 du rapport. Toutes les études montrent pourtant que l'évolution la plus satisfaisante, à court et à long terme, est observée chez les enfants bénéficiant rapidement d'un relogement dans un habitat sans plomb ou d'une rénovation de leur habitat réalisée dans des conditions strictement contrôlées. Les travaux spontanément entrepris par les familles, sans précautions particulières, sont en effet souvent dangereux. Un ponçage mal conduit peut déclencher une rechute par mise en suspension de poussières très riches en plomb exposant les occupants à une intoxication aiguë (comme on peut le suspecter dans des cas ayant donné lieu à hospitalisation en urgence pour des plombémies très élevées).

Lorsque l'état de l'immeuble permet d'envisager une réhabilitation, des travaux palliatifs visant à supprimer l'accessibilité au risque plomb sont prescrits au propriétaire. Le relogement temporaire de la famille dans un « logement tiroir » ou un hôtel pratiquant des prix modérés est la solution à privilégier. Cette solution est cependant difficile à faire accepter par les propriétaires sommés d'assumer les frais de ce relogement.

1.8.2 Une éviction du risque difficile à mettre en œuvre

Le relogement définitif en HLM ne peut intervenir que pour des familles en situation régulière, mais même dans ces cas, la taille de ces familles et le faible niveau de leurs ressources font que les propositions de relogement qui leur sont faites par les services sociaux se heurtent souvent au refus des bailleurs sociaux.

Quant aux familles en situation irrégulière, qui ne peuvent postuler pour un logement du parc public, elles sont contraintes de se rabattre sur les logements les plus mal entretenus du parc privé. Ce ne sont pas ces familles qui protesteront en vue de déclencher une procédure d'insalubrité, laquelle relève de la responsabilité de l'administration qui, par ailleurs, contrôle aussi la régularité des séjours des personnes

étrangères. On est face à des situations où le relogement apparaît insoluble, les familles concernées se regroupant alors dans des squats encore plus insalubres, qui concentrent les cas de saturnisme en même temps que les difficultés juridiques et administratives d'intervention.

1.8.3 Les conseils préventifs

Dans l'attente de travaux palliatifs, d'autres mesures préventives sont systématiquement prescrites par les équipes de PMI : conseils hygiéno-diététiques, surveillance renforcée des jeunes enfants et nettoyage régulier des mains, sorties prolongées à l'extérieur de l'immeuble insalubre pour les plus petits et scolarisation précoce pour les autres, dépoussiérage humide fréquent des sols et surfaces, aération... Les puéricultrices à domicile insistent cependant sur la difficulté de suivi de ces conseils par des mères de famille dont la vigilance est parfois débordée par le nombre d'enfants et les conditions d'habitat.

1.8.4 Le traitement médical

Seuls les enfants présentant une plombémie très élevée³⁰ doivent subir un traitement médical, les autres bénéficient d'une surveillance biologique de la plombémie. Peu de médecins hospitaliers sont bien au fait de cette pathologie, de son traitement et de la surveillance y afférant, en dehors de Paris où les traitements sont essentiellement dispensés à l'hôpital Robert Debré et à l'hôpital Armand Trousseau³¹, et en Seine-Saint-Denis à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis et Jean Verdier de Bondy ; en province, on peut souligner l'engagement en ce domaine du CHU d'Angers.

Les médecins hospitaliers s'accordent à peu près tous sur des modalités de prise en charge adaptées des recommandations des Centers for disease control (CDC) nord-américains (Cf. tableau 1³²). La prise en charge d'un cas de saturnisme infantile dépend de la valeur de la plombémie, selon un classement de I à V.

³⁰ supérieure à 450 µg/L selon le protocole adopté par la plupart des médecins hospitaliers.

³¹ Quelques chélations sont ponctuellement effectuées à Necker, Kremlin-bicêtre et à l'hôpital de Neuilly.

³² Figurant dans la circulaire DGS/N°309 du 3 mai 2002.

Tableau 1
Recommandations de prise en charge d'un enfant intoxiqué en fonction de son
taux de plombémie

Classe de gravité	Plombémie en $\mu\text{g/L}$	Action / Interprétation	
I	Inférieure à 100	Absence d'intoxication	
II	100 à 249	Bilan clinique (recherche d'anémie) Suivi de la plombémie tous les 3-4 mois	Signalement du cas à la DDASS Enquête environnementale Réduction voire suppression des sources d'exposition
III	250 à 449	Bilan hospitalier	
IV	450 à 699	Bilan hospitalier en urgence en vue d'indication de traitement chélateur en hospitalisation à domicile si possible	
V	Supérieure à 700	Traitement chélateur en urgence en milieu hospitalier	

Le traitement médical de chélation consiste à mobiliser le plomb hors des tissus et à le faire éliminer par les urines. La décision de traitement chélateur dépend du seuil de plombémie. Elle s'impose au-dessus de 450 $\mu\text{g/L}$, pour certains dès 400 $\mu\text{g/L}$. En cas d'intoxication aiguë ou sévère (plombémie supérieure à 1000 $\mu\text{g/L}$), le traitement chélateur est une urgence thérapeutique. A l'inverse, au-dessous de 250 $\mu\text{g/L}$, une simple surveillance biologique et clinique, assortie de conseils préventifs, est préconisée.

En effet, l'action des chélateurs, en termes de restauration à long terme de fonctions cognitives potentiellement atteintes, n'est pas établie. La décision médicale ne peut donc s'opérer qu'au cas par cas en fonction du contexte, en tenant toujours compte de la toxicité potentielle de cures de chélation répétées.

Ainsi une augmentation de plombémie récente faisant suspecter une intoxication aiguë, ou encore le très jeune âge de l'enfant, sont des éléments incitant à proposer une chélation qui a toutes les chances d'agir efficacement avant que l'accumulation de plomb dans l'organisme n'ait eu le temps de léser le cerveau.

C'est dans les situations intermédiaires, pour des plombémies modérées (entre 250 et 450 $\mu\text{g/L}$) constituées de façon chronique, que l'indication et les bénéfices du traitement chélateur sont discutables. La mission a constaté, dans plusieurs dossiers, que certains enfants, en attente de relogement de longs mois, ne sont chélatés à répétition que pour des remontées de plombémie à des taux très élevés ; ils restent sous simple surveillance biologique pendant des mois avec des taux pourtant élevés, entre 300 et 400 $\mu\text{g/L}$. Les médecins hospitaliers qui suivent ces cas qu'ils qualifient d'« écopage » déplorent la lenteur des mesures de relogement ou des travaux de suppression de l'accessibilité au plomb. Cette situation, responsable d'une accumulation chronique de plomb, est, selon eux, aussi grave et peut-être plus, qu'une intoxication aiguë à forte dose. Mais après 15 ou 20 cures dont l'efficacité apparaît toute relative, ils hésitent à poursuivre des traitements dont les effets secondaires eux-mêmes sont imparfaitement établis³³.

³³ Deux études américaines récentes (O'CONNOR en 1999 et ROGAN en 2001) font état d'essais randomisés de traitement par le DMSA versus placebo chez des enfants « modérément intoxiqués » (plombémie 200- 440 $\mu\text{g/L}$) pour qui des mesures d'éviction du risque avaient été prises. Les résultats ne

La conférence de consensus de novembre 2003 a établi un protocole de prise en charge médicale qui permettra une harmonisation des indications et des pratiques (Annexe 4).

Trois chélateurs sont actuellement utilisés :

- le BAL (4 à 6 injections intramusculaires par jour pendant 5 jours avec effets secondaires fréquents),
- l'EDTA (en perfusion intraveineuse continue pendant cinq jours en milieu hospitalier),
- le DMSA (trois prises par jour par cure de cinq jours) utilisé par voie orale est généralement prescrit en hospitalisation à domicile (HAD) dans les intoxications modérées, le suivi étant assuré en coordination étroite avec le service hospitalier prescripteur.

Les cures de chélation doivent souvent être répétées, sous surveillance médicale du fait du risque de toxicité rénale du traitement. Plusieurs études ont montré qu'un minimum de 5 à 6 cures - et souvent bien davantage, des enfants ayant bénéficié respectivement de 19 et 23 cures en deux ans - était nécessaire pour des plombémies initiales de classe IV et V.

Le suivi médical post-chélation de ces enfants est souvent difficile, d'une part à cause de leurs fréquents changements d'adresse, d'autre part du fait de leurs réticences à se déplacer pour les contrôles même si, à Paris, le LHVP organise des séances régulières de prélèvements dans les locaux de consultations de PMI à proximité des familles. Les médecins se heurtent souvent à l'incompréhension des parents qui, voyant que leur enfant ne présente aucun signe clinique inquiétant, jugent inutiles les bilans de contrôle. Ainsi, toutes les études longitudinales soulignent le pourcentage important des « perdus de vue ».

Rappelons, outre les contraintes et l'inquiétude qu'induisent ces cures pour les familles et le stress de l'hospitalisation pour l'enfant, le coût important de ces traitements pour la société.³⁴

Enfin, certains points suscitent encore des interrogations, non résolues par la récente conférence de consensus :

- le nombre de cures à ne pas dépasser, les risques de toxicité des cures répétées étant actuellement mal connus,
- le seuil de plombémie à atteindre comme objectif post-chélation,
- surtout l'efficacité à long terme des mesures environnementales et médicales sur la récupération des capacités intellectuelles.³⁵

montrent pas de différence significative dans les taux de plombémie à 6 mois ni dans l'évolution du développement psychomoteur mesurée par des tests de QI trois ans plus tard. Cependant les résultats de ces études ne peuvent être extrapolés aux enfants qui continuent à être exposés en l'attente de relogement ou de travaux.

³⁴ En 2002, une journée d'hospitalisation en hôpital de jour à Robert Debré coûte 350 euros hors médicaments, soit en moyenne 2100 euros pour un séjour hospitalier de chélation (six jours).

Une journée d'HAD : 140 euros soit en moyenne 1000 euros pour un suivi de cure de 7 jours à domicile. Le coût des médicaments chélateurs, délivrés uniquement en milieu hospitalier, est à la charge de l'hôpital.

Ces questions, déterminantes pour la suite de l'action, invitent à encourager les chercheurs et médecins dans ces travaux.

³⁵ Certes une étude longitudinale cas-témoins portant sur deux échantillons d'enfants, dont l'un ne profiterait d'aucune prise en charge, permettrait de répondre rigoureusement à cette question, mais il est bien évident qu'une telle étude est impossible à mener pour des raisons éthiques.

2 DISPOSITIF NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME

La lutte contre le saturnisme repose sur un dispositif de prévention et de prise en charge, au sein d'un cadre juridique contraignant. On a vu que l'INSERM, en 1997, évaluait à 84 000 le nombre d'enfants de moins de six ans intoxiqués par le plomb. Même si ce chiffre est contesté et si, en 2004, la situation s'est nettement améliorée avec, en dix ans, une baisse de moitié de la plombémie moyenne en population générale, on peut penser que tous les enfants atteints ne sont pas, et de loin, identifiés et pris en charge. Les actions de dépistage des cas tout comme les programmes de réhabilitation de l'habitat dégradé sont très inégalement réparties sur le territoire.

Le rapport, en 2.1, décrit :

- les stratégies choisies par les acteurs de terrain pour le dépistage des enfants contaminés,
- l'hétérogénéité de cette activité selon les départements,
- les résultats de ce dépistage au plan national et les caractéristiques des enfants intoxiqués,

puis en 2.2. résume l'ensemble du dispositif juridique et administratif de lutte contre le saturnisme.

Le constat et l'évaluation des actions spécifiques menées par les trois départements impliqués -Paris, la Seine-Saint-Denis et à un moindre degré les Hauts-de-Seine - seront analysés dans les chapitres 3, 4 et 5 du rapport.

2.1 Le dépistage des enfants intoxiqués

2.1.1 *Les stratégies de dépistage*

On a vu que la quasi-totalité des enfants intoxiqués ne présentait pas de signes cliniques évocateurs. On ne peut donc envisager une stratégie basée sur des critères cliniques discriminants, seul un dépistage par prélèvement sanguin à la recherche d'anomalies biologiques apparaît pertinent.

2.1.1.1 *Le choix du marqueur*

Le marqueur retenu doit permettre une surveillance simple, fiable (peu d'erreurs d'interprétation) et peu coûteuse.

Compte tenu de la simplicité de sa détermination et de son interprétation, la plombémie est considérée comme le meilleur marqueur en première approche. Rappelons cependant qu'elle n'est qu'un indicateur d'exposition récente, mais ne renseigne pas sur le niveau du stock de plomb accumulé en cas d'exposition ancienne. En cas de doute, il est

préconisé d'effectuer un second dosage de plombémie. Seuls les cas litigieux donneront lieu à une plomburie provoquée en milieu hospitalier.

2.1.1.2 Des stratégies de dépistage hétérogènes

Ainsi que l'ont montré les expériences nord-américaines, le dépistage systématique de tous les enfants de zéro à six ans, soit en France près de 4 500 000 enfants, n'est ni réaliste ni rentable. Il a pourtant été recommandé en 1991 par les Centers of disease control aux Etats Unis qui souhaitaient démontrer qu'aucune catégorie de population dans cette tranche d'âge et aucune communauté, n'étaient épargnées. L'évaluation de ce dépistage systématique, en 1994, a montré que seulement un quart des enfants avait été testé, et un sur trois parmi les plus pauvres, a priori les plus exposés. Les CDC ont alors recommandé un dépistage ciblé sur les facteurs de risque suivants : très jeune âge, résidence dans un secteur d'habitat antérieur à 1950, bas niveau socio-économique, intoxication saturnine dans l'entourage infantile proche.

En France, les 24 départements qui, en 1994, ont répondu à la sollicitation de la DGS les incitant à engager des actions de formation et de dépistage, ont mis en place des stratégies hétérogènes, même si tous ont fait le choix d'un dépistage ciblé. Les critères de présomption choisis par les uns privilégiaient une approche « *santé* » (repérage des enfants à risques par la PMI et déclaration obligatoire des cas présentant une plombémie supérieure au seuil d'intervention). D'autres ont fait le choix d'une approche « *environnementale* » (repérage des logements anciens et diagnostic plomb dans les logements les plus vétustes, zones à risque hydrique, proximité d'un site industriel). Si certains départements ont maintenu leurs efforts, la plupart se sont rapidement démobilisés devant la faible rentabilité des actions entreprises et la complexité de la collaboration partenariale que suppose le dispositif.

Actuellement, certains départements tentent d'utiliser une nouvelle piste de dépistage, en s'appuyant sur les résultats des ERAP³⁶ adressés aux DDASS dès lors qu'ils sont positifs, mais le très grand nombre d'ERAP positifs et leur qualité inégale rend leur exploitation difficile (Annexe 18).

Le constat d'une grande disparité entre les départements, à la fois dans leurs pratiques et leur niveau d'engagement, invite à mener une évaluation comparative des résultats selon les procédures d'intervention choisies, afin de capitaliser les expériences avant que les acteurs de santé locaux ne se démobilisent tout à fait.

2.1.1.3 Un dépistage ciblé sur des enfants ou sur des secteurs identifiés à risques

La conférence de consensus de novembre 2003 clarifie la situation en recommandant une stratégie optimale de repérage des enfants non encore intoxiqués (prévention primaire) et de détection des enfants atteints afin de limiter la durée de leur exposition et d'éviter ainsi l'augmentation de leur imprégnation (prévention secondaire).

³⁶ La loi du 29 juillet 1998 fait obligation à tout propriétaire vendeur d'un logement construit avant 1949 de fournir un ERAP (état des risques d'accessibilité au plomb).

La démarche doit être ciblée et viser les enfants confrontés à une source d'intoxication par le plomb. C'est donc *la recherche de facteurs de risques d'exposition qui doit présenter un caractère systématique et non le dépistage lui-même.*

2.1.1.4 Les critères de dépistage recommandés

Les principaux éléments de questionnaire conseillés aux prescripteurs potentiels s'appuient sur la recherche de sources d'exposition accessibles et de facteurs prédisposant au risque. C'est la combinaison de ces éléments qui va déterminer la décision de prélèvement. L'interrogatoire doit apporter des informations sur les points suivants :

- les conditions d'habitat : la date de construction, antérieure à 1949, est le facteur déterminant pour initier la démarche. Des critères de vétusté ou de mauvais entretien permettant l'accessibilité au plomb contenu dans les peintures, voire d'insalubrité peuvent être renseignés par le biais de quelques questions sur l'humidité du logement, l'existence de fuites d'eau, le refus de tous travaux par le propriétaire, la présence de peintures écaillées, la notion de squat ou d'hôtel meublé... ,
- le voisinage d'une source industrielle ou d'une source hydrique, spécifique à certaines régions, doit également appeler à la vigilance les professionnels de santé locaux,
- la présence d'enfants mineurs entre un et six ans, et de femmes enceintes,
- un comportement de Pica chez un jeune enfant,
- la présence d'un cas de saturnisme infantile dans l'immeuble, a fortiori dans la fratrie,
- l'appartenance à certaines populations exposées : gens du voyage, squatters, familles en situation de grande précarité, bénéficiaires d'aide sociale et/ou récemment immigrées,
- les caractéristiques de la famille, taille et âges de la fratrie, lieux de vie habituels de l'enfant, ainsi que certains éléments familiaux pouvant influencer la vigilance des parents (naissance récente, isolement et symptômes dépressifs chez la mère, compréhension de la langue française, habitudes de vie culturelles...).

Si les consignes relatives à ces éléments d'interrogatoire sont bien appliquées par les équipes de PMI, elles sont beaucoup moins connues des prescripteurs éventuels de plombémie dans d'autres types d'exercice médical, notamment libéral.

2.1.2 Le bilan de l'activité de dépistage du saturnisme infantile : de grandes disparités au niveau national

2.1.2.1 Le système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI)³⁷

Tel qu'il a été défini en 1995, le système national de surveillance fonctionne ainsi : tout médecin prescripteur remplit une fiche d'information au moment où il décide de prescrire une plombémie, et la joint à l'ordonnance. Cette fiche parvient au laboratoire

³⁷ Un arrêté du 5 février 2004 a défini l'organisation du système national de surveillance des plombémies de l'enfant mineur qui se substitue au SNSSI

qui réalise l'analyse, inscrit sur la fiche de surveillance le résultat de l'analyse de plombémie et renvoie la fiche ainsi complétée au médecin prescripteur.

Le laboratoire adresse une copie de la fiche au centre anti-poison (CAP) géographiquement compétent qui s'emploie à compléter les fiches, en prenant contact avec les prescripteurs si nécessaire. Le CAP saisit les fiches et constitue une base de données anonymes à partir de laquelle sont réalisées des exploitations statistiques.

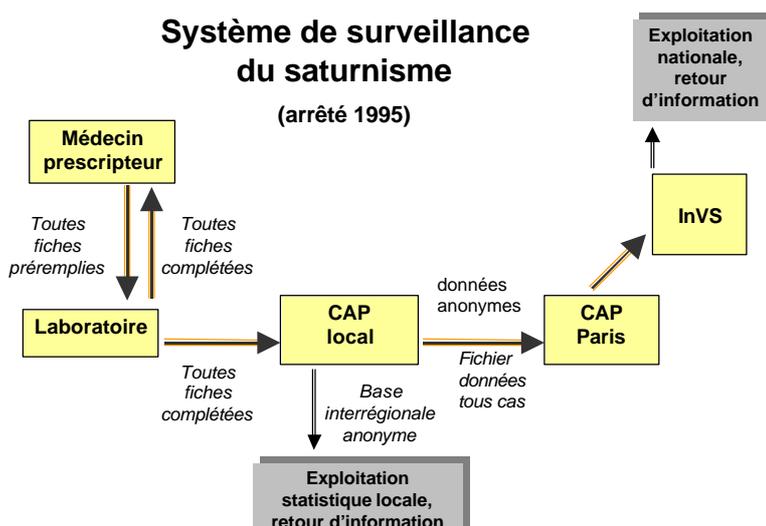
Les données agrégées de l'ensemble des régions sont adressées à l'InVS pour une exploitation statistique nationale, réalisée sous l'égide d'un comité scientifique national.

2.1.2.2 Les résultats du dépistage du saturnisme infantile en France

L'InVS a publié, en février 2004, le bilan national des activités de dépistage en termes de nombre de cas de saturnisme et d'évolution des plombémies depuis dix ans. Les données ont pour origine :

- les fiches de surveillance³⁸ remplies lors des prescriptions de plombémie, enregistrées par le Système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI) à partir de la base de données anonymes constituée par l'ensemble des centres anti-poisons référents. La figure 3 ci-dessous montre le parcours d'une fiche de surveillance,
- des informations complémentaires provenant d'une enquête menée conjointement en 2002³⁹ par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction (DGHUC) auprès des DDASS et des DRASS. 65 départements ont répondu à cette enquête,
- des rapports d'études et enquêtes locales.

Figure 3 Système de surveillance du saturnisme



Source InVS

³⁸ Fiche de surveillance des plombémies en annexe 5

³⁹ « Suivi et évaluation des mesures d'urgence et de prévention contre le saturnisme infantile en 2001 » Rapport DGS-DGHUC - 2002

L'InVS estime que les données concernant la région Ile-de-France, bien que n'étant pas totalement exhaustives, sont suffisamment complètes. Les données transmises par cette région constituent près de 80 % des données collectées par le système national de surveillance.

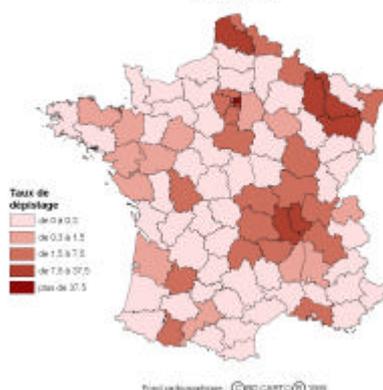
Pour les autres régions, les données enregistrées reflètent de façon imparfaite la réalité de l'activité de dépistage. Seules les données en provenance de sept centres anti-poison référents (CAP) sur les huit existants sont analysées par l'InVS, le CAP de Rennes n'ayant pas transmis de données. Encore les données transmises par les sept CAP transmetteurs sont-elles plus ou moins complètes⁴⁰.

L'ensemble des données nationales disponibles concerne 34 352 enfants qui ont fait l'objet d'au moins un dosage de plombémie de dépistage entre 1992 et 2001.

2.1.2.3 Des disparités géographiques importantes dans le niveau de l'activité de dépistage

L'activité de dépistage apparaît géographiquement très hétérogène selon les départements. (cf. carte ci-dessous)

Taux moyen annuel de dépistage du saturnisme infantile en France
(1992 - 2001)



Source InVS - rapport d'évaluation nationale

◆ Dans les zones à forte prévalence de risque, les services de santé publique (PMI, santé scolaire, services communaux d'hygiène et de santé...) sont déjà bien mobilisés,

⁴⁰ Les données du CAP de Lyon (réfèrent pour les régions Rhône-Alpes et Auvergne) représentent 9 % du total de la base de données. Celles du CAP de Nancy comme celles du CAP de Marseille sont très variables d'une année à l'autre, reflétant une variation importante de l'activité de dépistage selon les années, en fonction de priorités d'actions locales.

Pour la zone d'activité du CAP de Lille, l'InVS ne dispose que de données de l'année 2001, suite à un accident informatique lors du passage à l'an 2000. Les données d'Angers sont également très incomplètes pour les années récentes.

Les données du CAP de Toulouse concernent presque uniquement l'année 1998, ce qui semble être la réalité de l'activité en Midi-Pyrénées.

sous l'impulsion de leurs responsables institutionnels, conscients de leurs responsabilités face à un tel enjeu de santé publique.

Toutefois, même au sein de l'Ile-de-France, qui à elle seule assure la grande majorité des dépistages, l'activité est hétérogène entre départements et entre communes voisines. Paris et la Seine-Saint-Denis représentent 84 % du dépistage sur les dix années recensées. A Paris, l'activité se concentre sur les cinq arrondissements du nord-est de la capitale. En Seine-Saint-Denis, les communes d'Aubervilliers, Saint-Denis et Pantin représentent à elles seules 79 % des enfants testés en Ile-de-France.

Selon les communes, la proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage est extrêmement variable :

Commune	Proportion d'enfants de moins de 6 ans testés
Aubervilliers	48 %
Pantin	25 %
Saint-Denis	19 %
Paris (arrondissements 10,11, 18,19 et 20)	7,7 %
Ensemble Ile-de-France	1,8 %

◆ D'autres zones géographiques où le risque apparaît moins prégnant ou plus diffus mènent des programmes de dépistage limités à un secteur ou à une période donnée.

- à titre d'exemple, en Pas-de-Calais, l'activité de dépistage s'est quasiment limitée à l'environnement de l'usine Métaleurop. Le département des Ardennes a concentré une activité de dépistage ponctuelle en 1998 autour de l'usine Métal-Blanc de Bourg-Fidèle,
- en Rhône-Alpes et Auvergne, par contre, des actions de dépistage ponctuelles sont réalisées dans presque tous les départements, mais à elle seule, la ville de Lyon en représente 70 %,
- dans le sud-est, le dépistage a presque exclusivement concerné des communes des Bouches-du-Rhône, parmi lesquelles Marseille représente près de 60 % de l'activité,
- en Midi-Pyrénées, le dépistage n'a quasiment concerné que les villes de Toulouse et Tarbes,
- citons en Lot-et-Garonne le dépistage réalisé sur les vieux quartiers d'Agen, ainsi qu'en Gironde au village Andalou, qui concernait une activité de récupération de métaux (plusieurs cas de saturnisme détectés chez des enfants gitans jouant à proximité).

◆ Dans les autres régions, l'activité est très faible ou nulle, selon les informations disponibles.

2.1.2.4 Des médecins prescripteurs de dépistage insuffisamment sensibilisés

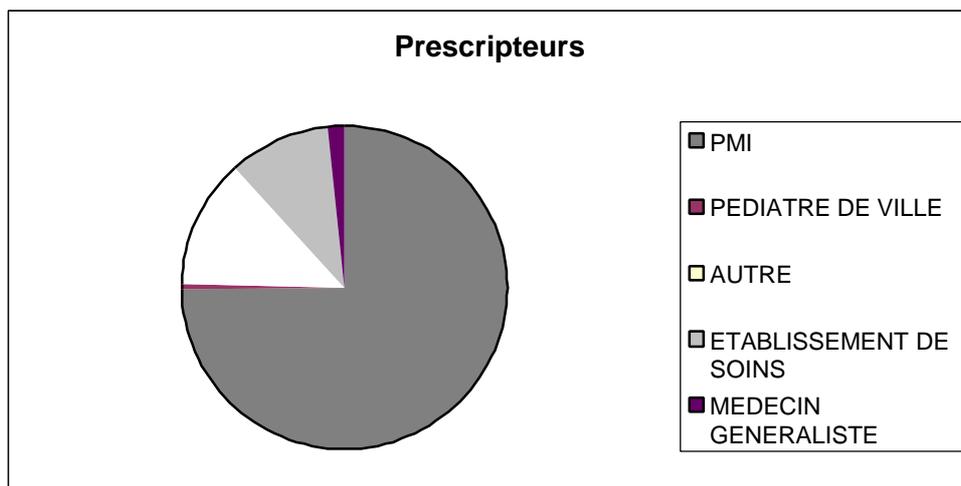
Tous les acteurs médico-sociaux, médecins, sages-femmes et puéricultrices à domicile, auxiliaires familiales, travailleurs sociaux, peuvent être appelés à suspecter un risque d'intoxication par le plomb et donc à envisager un dépistage. Entrant dans les logements et connaissant les habitudes de vie des familles, ils peuvent juger de la dégradation de leur environnement.

Toutefois, l'identification d'un cas de saturnisme reposant sur le résultat d'un prélèvement sanguin, la prescription par un médecin est incontournable. Or la connaissance des facteurs de risque, rapidement identifiables dans le cadre d'une consultation médicale par le biais de quelques questions, est encore insuffisante au sein des professionnels de santé. Plusieurs études évaluant le niveau d'information des médecins généralistes et pédiatres sur les facteurs de risque à rechercher et sur les conseils à donner aux familles, ont montré dans l'ensemble une faible connaissance du sujet et un intérêt très inégal selon les secteurs et les types d'exercice professionnel.

On peut déplorer le fait que si le saturnisme figure au programme de l'internat en médecine, il ne figure pas au programme du diplôme d'infirmier ni de sage-femme.

Le bilan effectué par l'InVS - figure 4 - montre que les prescripteurs de plombémies sont, pour les trois quarts, des médecins de protection maternelle et infantile, plus rarement des médecins hospitaliers ou des centres de bilan de santé de la sécurité sociale. Les médecins généralistes et les pédiatres libéraux prescrivent peu, même si on relève une légère tendance à l'augmentation depuis quelques années.

Figure 4
Répartition des prescripteurs de plombémie



Source InVS

2.1.2.5 *Un engagement des acteurs locaux qui s'essouffle*

Dans les régions où la prévalence apparaît très faible, la mobilisation continue des équipes de santé publique n'est pas possible. Les expériences des départements qui avaient participé à la mise en place en 1993, sur financement de la DGS, de programmes de dépistage dans le cadre de contrats de villes, donnent des résultats mitigés. En province, hormis dans quelques grosses agglomérations comportant des îlots d'habitat ancien insalubre, et quelques communes proches de sites industriels, la faible « rentabilité » des programmes engagés, eu égard à l'investissement en temps, en formation et en personnel, est souvent signalée. Les responsables locaux notent une lassitude des acteurs de santé dont la plupart, mettant en doute la réalité du problème dans leur secteur, ont déjà reporté leurs priorités d'action sur d'autres domaines.

2.1.3 *Les résultats nationaux du dépistage d'enfants intoxiqués : une évolution encourageante*

Le nombre de cas de saturnisme infantile dépistés diminue d'année en année ; ce constat incite à penser que les efforts mis en œuvre par les programmes de prévention et les actions de réduction de l'exposition portent leurs fruits. Cet optimisme doit cependant être tempéré, dans la mesure où les actions de dépistage du saturnisme infantile mises en œuvre depuis une quinzaine d'années n'ont permis d'identifier qu'une faible partie des dizaines de milliers de cas attendus (si l'on se réfère à l'estimation de l'INSERM).

Il importe donc, avant de conclure à l'efficacité du dispositif, de s'assurer de la dimension de la partie immergée de l'iceberg, c'est à dire de la prévalence actuelle du saturnisme, hors Paris et les quelques communes de Seine-Saint-Denis impliquées.

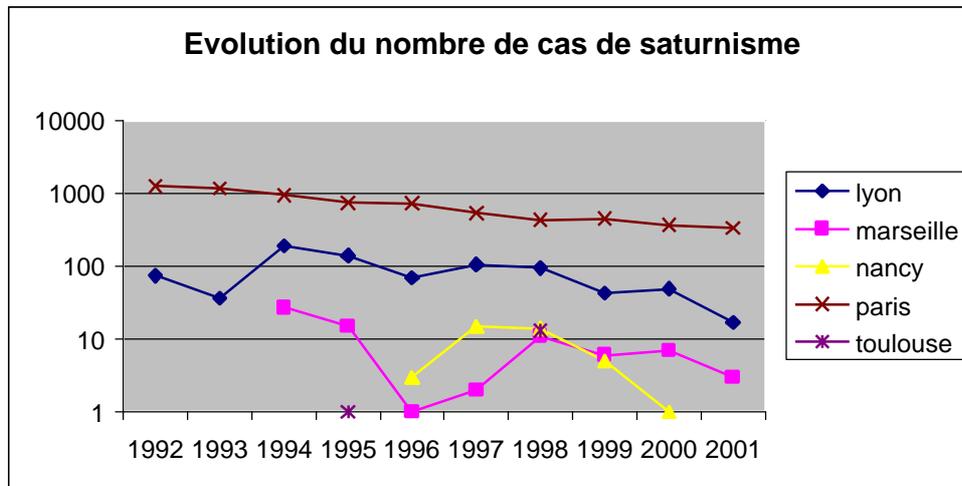
2.1.3.1 *Une intoxication dont l'incidence baisse régulièrement et fortement*

Le nombre de nouveaux cas⁴¹ était de 1322 en 1992 dont 1248 pour la seule région Ile-de-France. Il n'était plus que de 423 cas, soit quatre fois moins, dix ans plus tard. Cette forte baisse du nombre de cas signalés ne semble pas liée à une diminution de l'activité de dépistage, qui globalement reste stable du fait de la pérennité des actions de dépistage en région Ile-de-France.

Il s'agit bien d'une baisse du pourcentage d'enfants intoxiqués parmi les enfants testés (cf. figure 5).

⁴¹ Le recensement des cas de saturnisme repose sur la procédure de signalement. Il s'agit des enfants qui ont atteint au cours de l'année une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L.

Figure 5
Evolution du nombre de cas de saturnisme



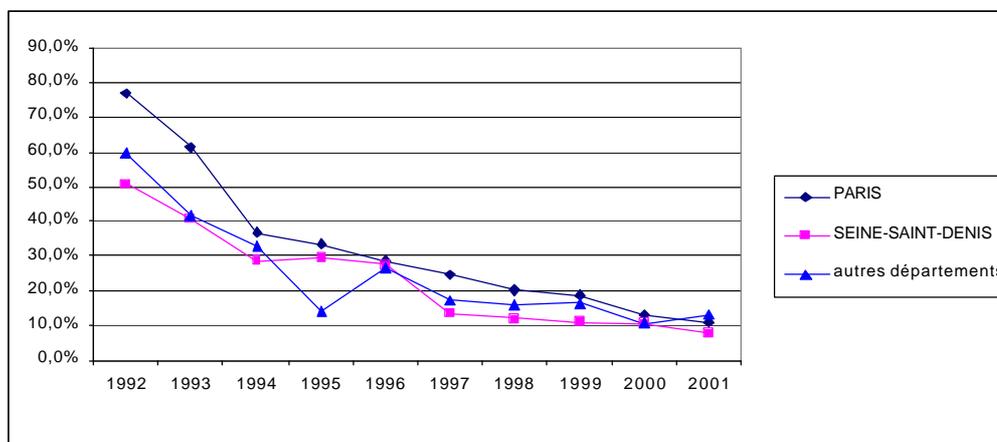
Source InVS

2.1.3.2 Une forte diminution du niveau moyen des plombémies de dépistage et notamment des cas très graves

Ces chiffres encourageants soulignent la moindre rentabilité d'un dépistage dont les critères n'ont, eux, guère changé.

Si, au début des années 90, près de 60 % des enfants testés sur toute l'Ile-de-France avaient des plombémies supérieures à 100 $\mu\text{g/L}$, ce pourcentage tombe à 10 % dix ans plus tard. La figure 6 ci-dessous montre la décroissance sur dix ans selon le département d'Ile-de-France du nombre de plombémies de dépistage « positives ». Cette décroissance est plus forte encore pour Paris.

Figure 6
Evolution en Ile-de-France sur 10 ans du pourcentage de plombémies de dépistage positives selon le département



Source InVS

La même évolution favorable est notée dans chaque classe de plombémie, y compris pour les cas les plus graves nécessitant une chélation médicale, qui deviennent plus rares chaque année :

- en 1992, en Ile-de-France, 81 enfants étaient dépistés en classe IV et V (plombémie supérieure à 450 μL) ;
- en 2000, ils ne sont plus que 9 ;
- et 14 en 2001.

Cette diminution du nombre de plombémies très élevées est très satisfaisante, elle permet d'éviter les chélations itératives en milieu hospitalier auxquelles on avait recours fréquemment il y a 10 ans, douloureuses et non exemptes de risques sur la fonction rénale.⁴²

Parallèlement, le nombre de nouveaux cas d'intoxications « moyennes » baisse tout aussi régulièrement, ce qui a été rapporté avec soulagement à la mission par les acteurs de PMI et les opérateurs sociaux. En effet, la classe III de plombémie témoigne d'une importante accumulation de plomb, mais est cependant insuffisante selon le protocole, pour faire bénéficier ces enfants du traitement chélateur. Dans ces cas, plus encore que dans les cas « légers » les plus nombreux, l'attente pendant de longs mois de la réalisation des travaux palliatifs ou du relogement met les acteurs très mal à l'aise vis-à-vis des familles. La nécessité d'une surveillance biologique régulière est difficile à faire admettre aux parents ; surtout la contrainte que représente, pour certaines mères, l'observance des conseils préventifs d'hygiène et d'éducation est difficile à justifier au-delà de quelques semaines ou mois auprès de familles informées sur la toxicité de leur environnement et qui espèrent que le cas de leur enfant leur obtiendra un relogement rapide.

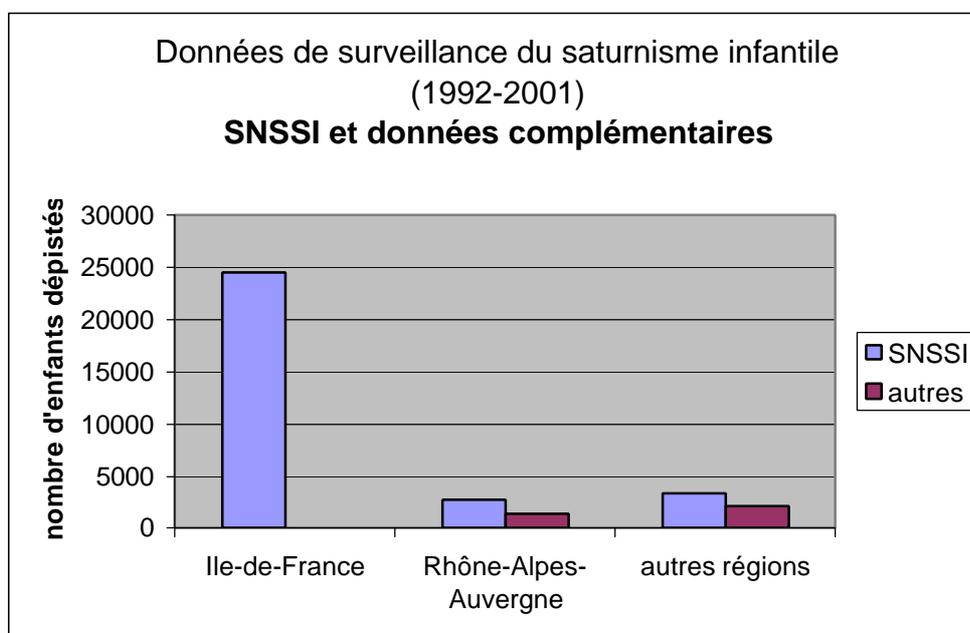
⁴² même si, au fil des années, les médecins hospitaliers ont élargi leurs indications de chélation : si l'enfant est très jeune, si l'intoxication paraît aiguë et récente, un traitement chélateur oral est parfois décidé pour un seuil de plombémie inférieur à 400 $\mu\text{g/L}$.

2.1.3.3 Une concentration géographique des cas qui pose la question de l'exhaustivité du dépistage

Plus de 70 % des cas sont recensés sur la seule région Ile-de-France. Les dix départements qui signalent le plus de cas sont tous très urbanisés et concentrent le quart du parc d'habitat ancien. En 2001, on recense les nouveaux cas suivants :

Paris :	150 cas
Seine-Saint-Denis :	120 cas
Val-de-Marne :	28 cas
Pas-de-Calais :	27 cas
Rhône :	17 cas
Nord :	15 cas
Hauts-de-Seine :	10 cas
Essonne :	10 cas.

Figure 7
Données de surveillance du saturnisme infantile



Source InVS

Certes, on le voit sur la figure 7, la région Ile-de-France est plus exposée en raison d'une proportion très élevée d'habitat ancien dégradé, notamment dans les arrondissements du Nord-Est parisien et certaines communes franciliennes. Il est vrai aussi que les services de PMI des agglomérations comme Paris, Lyon et Marseille, ainsi que traditionnellement ceux du Nord et du Pas-de-Calais, ont une longue expérience de suivi des familles immigrées et/ou précaires et bénéficient de moyens adaptés et de personnels formés à une approche de santé publique. Or ce sont les services de PMI qui se montrent les plus impliqués dans le dépistage en assurant 2/3 des signalements.

Au sein même de l'Ile-de-France, la disparité est forte entre départements pour le nombre de cas recensés chaque année (voir tableau 2)

Tableau 2
Répartition par année et par département du nombre de cas incidents en Ile-de-France.

Année	Paris (75)	Seine-et-Marne (77)	Yvelines (78)	Essonne (91)	Hauts-de-Seine (92)	Seine-St-Denis (93)	Val-de-Marne (94)	Val-d'Oise (95)	NR	Total
1992	645		1	2	76	464	7	1	52	1248
1993	540	1	2		83	468	8	1	64	1167
1994	255		9		45	518	42	3	60	932
1995	221		95	1	19	338	37	2	26	739
1996	265		1	1	18	364	47	1	31	728
1997	296			1	19	159	41	1	18	535
1998	177		1		41	153	30	14	16	432
1999	194	3		3	25	173	14	18	21	451
2000	152	2	1	4	16	142	28	7	15	367
2001	174	3		1	15	91	28		24	336
Total	2919	9	110	13	357	2870	282	48	327	6935

Source InVS

Il est tout de même surprenant de noter que 70 départements ne déclarent aucun cas de saturnisme infantile en 2001, alors que ces départements comptent des logements de construction ancienne, qui ne sont probablement pas tous parfaitement entretenus.

2.1.3.4 L'expérience très intéressante des Yvelines, non reconduite faute de moyens

Il est probable, comme l'ont énoncé certains interlocuteurs de la mission, que « quand on cherche du saturnisme infantile, on en trouve... ». A cet égard, la campagne menée par le département des Yvelines en 1994-1995 est très significative⁴³.

Ce département, qui ne recensait aucun cas de saturnisme avant 1993, comportait des quartiers d'habitat ancien comparables à ceux de Paris où les équipes de PMI parisiennes dépistaient depuis quelques années de nombreux cas de saturnisme. Les autorités sanitaires des Yvelines (collaboration DDASS, 22 centres de PMI et 108 écoles maternelles) ont décidé, profitant du financement proposé par la DGS, de lancer une étude dans les 23 communes du département identifiées comme comportant plus de 1000 logements antérieurs à 1949. Tous les enfants de six mois à six ans habitant ces communes se sont vus proposer, pendant 18 mois, une plombémie de dépistage gratuite dès lors qu'ils répondaient au seul critère d'habitat ancien⁴⁴. Cette enquête a mis en évidence 107 cas de saturnisme (plombémie supérieure à 100 µg/l), soit 10,6 % des enfants prélevés.

Les auteurs soulignent la fréquence avec laquelle l'enquête environnementale a retrouvé la notion de gros travaux dans le logement (24 enfants) sans notion d'insalubrité. Les

⁴³ Enquête sur le saturnisme infantile dans les logements anciens des Yvelines -BEH n° 8/1999.

⁴⁴ 3308 enfants ont été interrogés. 53% répondaient au critère d'habitat ancien, soit 1738 enfants. 1011 enfants ont pu être prélevés soit 58 % des enfants à qui le dépistage a été proposé.

enfants pour lesquels ce facteur a été retrouvé sont d'origine européenne et ont été dépistés en milieu scolaire à l'âge de 4 ans, leurs parents sont propriétaires de leur logement. A l'inverse, les enfants pour lesquels l'enquête signale l'insalubrité du logement ont été dépistés plus tôt, et par la PMI.

Ainsi, alors que le seul facteur de risque retenu était le fait d'habiter un logement ancien, sans même cibler davantage en affinant sur des notions de vétusté ou d'insalubrité, cette action de dépistage « large » s'avère très positive. Bien que limitée dans le temps et géographiquement, elle a non seulement permis de mettre en évidence plus de 100 cas, avec une rentabilité supérieure à 10 % des enfants testés, mais encore de faire prendre conscience de risques méconnus tels que de gros travaux dans des immeubles apparemment bien entretenus, habités par des familles européennes de niveau socio-économique permettant l'accès à la propriété.

Dans ce contexte, on ne peut que déplorer le fait que cette campagne fructueuse n'ait pas été poursuivie, faute de moyens. Selon le bilan InVS, dans les années suivant cette expérience pourtant couronnée de succès, de 1996 à 2001, le département des Yvelines a déclaré en tout et pour tout 2 nouveaux cas en cinq ans !

2.1.3.5 La question de l'efficacité du dépistage réalisé sur le territoire

Hors l'Ile-de-France et quelques grandes villes, la question de l'efficacité du dépistage se pose avec acuité : la prévalence du saturnisme est-elle réellement faible dans la plupart des départements ou bien des cas de saturnisme existent - ils sur tout le territoire mais ne sont pas dépistés, donc pas pris en charge ? Même si l'estimation du nombre de cas potentiels annoncée par l'INSERM est surévaluée, le silence des 70 départements qui ne déclarent aucun cas de saturnisme laisse perplexes sur leur activité en ce domaine.

Si elle est décidée, la mobilisation des acteurs institutionnels des départements qui ne déclarent pas ou peu de cas, devra s'appuyer sur de nouvelles stratégies plus « pointues » garantissant un rapport coût efficacité acceptable. Dans les secteurs où la répartition du risque est diffuse et où le suivi des jeunes enfants de familles très modestes n'est pas aussi massivement assuré par la PMI qu'il l'est à Paris⁴⁵, ce sont les acteurs de proximité (travailleurs sociaux notamment) et les médecins libéraux qui devront prendre conscience du rôle et de la responsabilité qui leur incombent.

Pour les mobiliser sans que l'investissement demandé apparaisse démesuré face aux réels enjeux, il convient de disposer de données actualisées et consensuelles sur la réalité et l'ampleur du phénomène, selon les départements. Une enquête nationale de prévalence du saturnisme infantile à ce jour paraît s'imposer avant toute décision stratégique. Certains sites plus à risques, où la prévalence est plus forte, devraient être identifiés afin de les porter à la connaissance des responsables sanitaires et des élus locaux.

⁴⁵ 50 à 60 % des très jeunes enfants vivant à Paris sont suivis par la PMI.

2.1.4 Le suivi biologique des cas de saturnisme

Le contrôle des plombémies, ou surveillance biologique, est recommandé pour tous les jeunes enfants dès lors que le risque perdure, même si le premier test est au-dessous du seuil d'intoxication, et bien sûr, en cas de saturnisme avéré. Cependant seuls Paris et la Seine-Saint-Denis assurent un contrôle à un an de certains enfants voisins du seuil d'intoxication, surtout chez les plus jeunes et/ou sur la notion de cas dans la fratrie ou dans l'immeuble. Dans les autres départements, ce contrôle n'est pas effectué. Il est probable qu'un grand nombre d'enfants vivant dans un environnement à risque plomb perdurant après le primo-dépistage, n'ont pas été contrôlés et que des cas d'aggravation secondaire de l'intoxication sont méconnus.

2.1.4.1 Un suivi difficile

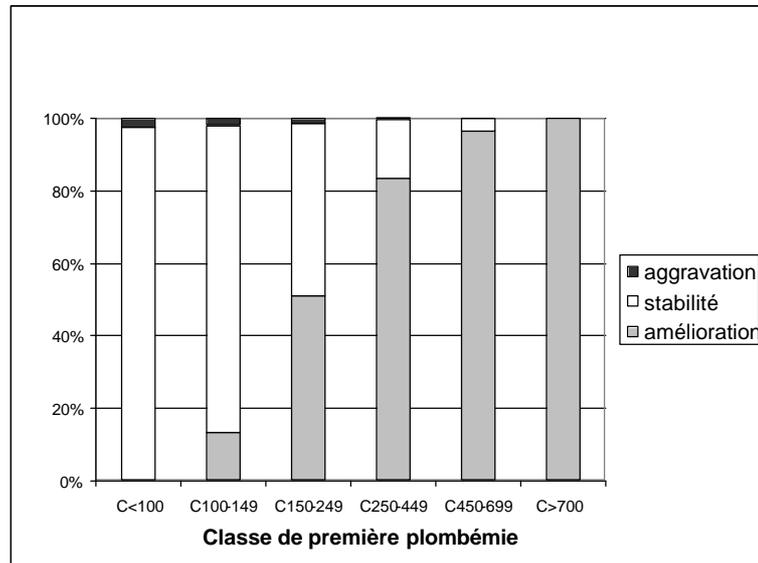
Ce contrôle n'est pas toujours facile en pratique. Les populations concernées sont mobiles géographiquement, déménagent beaucoup plus souvent que la moyenne des familles et font preuve d'une observance très variable. Les « perdus de vue » sont nombreux.

En Ile-de-France, les deux tiers des enfants ayant bénéficié d'un premier dépistage n'ont eu qu'une seule plombémie. A l'inverse, parmi ceux qui font l'objet d'un ou plusieurs contrôles après le premier prélèvement (soit un tiers des enfants primo testés), certains subissent 20 à 25 plombémies à raison d'une tous les deux ou trois mois, parfois sur de longues périodes de suivi.

2.1.4.2 Des évolutions de plombémie contrastées invitant à ne pas relâcher les efforts de contrôles réguliers

Si on considère les enfants qui ont eu deux plombémies ou plus, on constate que dans la très grande majorité des cas, la plombémie d'un même enfant diminue avec le temps cependant que l'enfant gagne en âge, et ce quelle que soit sa classe de plombémie de départ ; ce qui est encourageant (Cf. figure 8). Toutefois, un pourcentage notable d'enfants « stagne » à des niveaux de plombémie pathologiques et même s'aggrave. Cette aggravation est constatée aussi pour ceux qui, au dépistage, avaient une plombémie « normale », ce qui renforce la recommandation de suivre les enfants tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une éviction du risque, et ce, quel que soit le résultat de la première plombémie.

Figure 8
Evolution dans le temps des plombémies (en µg/L) selon la classe de départ



Source InVS

2.1.4.3 La question primordiale des bénéfices de la suppression de l'accès au plomb sur les taux de plombémie

La mission a tenté d'évaluer l'efficacité des mesures d'éviction du risque (travaux palliatifs ou de réhabilitation, relogement, plus généralement intervention sur l'environnement) sur la plombémie des enfants pris en charge. Pour ce faire, elle a demandé à l'InVS de mener, sur les fiches de surveillance du RNSSI, une analyse complémentaire sur les plombémies des enfants ayant bénéficié d'une éviction du risque par rapport à ceux qui vivaient toujours dans les mêmes conditions.

Cette analyse, qui figure en annexe 6, se heurte au fait que dans 82 % des cas, le prescripteur qui remplit la fiche de surveillance ne sait pas s'il y a eu travaux ou relogement depuis la plombémie précédente ou ne le précise pas dans la case prévue à cet effet. Ces fiches ont donc été exclues.

L'analyse a finalement porté sur 4596 fiches, dont le contenu est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3
Proportion de fiches montrant une évolution de la plombémie en fonction de
l'intervention environnementale en Ile-de-France

Intervention entre 2 plombémies successives	Evolution de la plombémie			Total
	Aggravation	Stabilité	Amélioration	
Aucune	5,7%	85,7%	8,6%	100,0%
Relogement ou changement de domicile habituel	6,3%	76,4%	17,3%	100,0%
Mesures palliatives dans le logement	6,4%	83,6%	10,0%	100,0%
Autres	5,6%	82,4%	12,0%	100,0%
Travaux de réhabilitation définitive	9,2%	84,6%	6,2%	100,0%

Source InVS

Ces résultats confirment bien que, quoi qu'on fasse, la plombémie se stabilise avec le temps, et ne montrent guère de différence significative selon le type d'intervention ou de non-intervention, sauf tout de même une plus fréquente amélioration chez les enfants relogés. Le faible taux de renseignement de l'item « intervention environnementale » invite cependant à considérer avec prudence ces résultats ; si ces données gagnaient en exhaustivité, elles permettraient une analyse de l'impact des mesures réglementaires de la lutte contre le saturnisme.

C'est pourquoi la mission a souhaité mener une évaluation complémentaire sur cet impact à partir des données récentes sur Paris (cf. infra en 4.3).

2.2 Cadre juridique et administratif du dispositif de lutte contre le saturnisme

2.2.1 Les actions administratives avant 1998

Suite au colloque organisé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France en octobre 1990 sur le saturnisme, une action administrative a été mise en place au niveau national. Un « Comité Technique Plomb » a été constitué pour proposer des stratégies d'action et la commission de toxicovigilance a été chargée d'établir un état des connaissances sur l'intoxication par le plomb chez l'enfant. Plusieurs circulaires ont été publiées en particulier pour diffuser les recommandations et informations produites par ces deux instances.

Pour donner suite à la proposition d'étendre le dépistage, la circulaire DGS/VS3.SP2/93/N° 73 du 1er décembre 1993 souhaitait encourager les départements qui s'engageaient dans une démarche globale de lutte contre l'intoxication au plomb. Des plans d'actions devaient être mis en place pour, d'une part, dépister les enfants intoxiqués pour les traiter et, d'autre part, agir sur les sources d'exposition. Des aides financières ont été mises à la disposition des services. Concernant le domaine des risques liés à l'habitat, une procédure prévoyait :

- La création d'un comité de pilotage départemental qui regroupait des services de l'Etat, des collectivités locales et des associations. Il était chargé de :
 - Définir les objectifs à atteindre et les priorités à mettre en œuvre en veillant à la cohérence entre les domaines sanitaire, social et de l'habitat,

- S'assurer de la mise en place des moyens et coordonner les différentes actions engagées avec le plan départemental d'action pour le logement des défavorisés et les éventuels contrats de ville,
- Prévoir une évaluation régulière du dispositif ;
- La désignation d'un chef de projet ;
- La réalisation d'un programme de dépistage des enfants intoxiqués en s'appuyant sur le service départemental de la PMI (protection maternelle et infantile). Un tel programme devait comporter plusieurs étapes :
 - Une information et une formation des intervenants concernés,
 - La recherche de facteurs de risques par le repérage notamment des lieux de vie antérieurs à 1948, des environnements industriels relarguant ou ayant relargué du plomb, des eaux de distribution pouvant dissoudre le plomb, des cas d'intoxication dans des familles,
 - La réalisation de dosages biologiques,
 - Des enquêtes environnementales au domicile des enfants lorsque le niveau de plombémie détecté est supérieur à la norme.

Un bilan de la mise en œuvre de cette circulaire a été dressé en 1995. Il a porté sur 17 départements qui ont bénéficié des crédits mis à disposition.

La circulaire DGS/VS n° 60/96 du 1^{er} février 1996 relative aux priorités nationales en santé environnementale a placé la contamination par le plomb des eaux et de l'habitat parmi les 5 thèmes prioritaires dont les effets sur la santé étaient connus et que les services devaient prendre en compte dans leurs programmes de travail.

2.2.2 La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Cette loi, complétée par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, a introduit un chapitre IV intitulé « Lutte contre la présence de plomb ou d'amiante » dans le titre 3^{ème} du livre 3^{ème} de la première partie du code de la santé publique. Les articles L1334-1 à L1334-6 traitent de la lutte contre le saturnisme.

Pour l'application de ces dispositions législatives, deux décrets spécifiques (n° 99-483 et n° 99-484) ont été pris en date du 9 juin 1999 : ils sont devenus les articles R1334-1 à R1334-13 de la section 1 relative à la lutte contre la présence de plomb⁴⁶ du chapitre IV, titre III, livre III de la première partie réglementaire du code de la santé publique. Trois arrêtés en date du 12 juillet 1999, complètent le dispositif.

Les principales dispositions de ces textes sont les suivantes et peuvent être schématisées ainsi que le montre la figure n° 9.

⁴⁶ Sous-section 1 : signalement des cas de saturnisme ; sous-section 2 : risque d'intoxication et travaux prescrits ; sous – section 3 : délimitation et publicité des zones à risques.

➤ Détection d'un cas de saturnisme lié à l'habitat

(Art. L. 1334-1.) Le médecin qui dépiste un cas de saturnisme chez une personne mineure [1] doit, après information de la personne exerçant l'autorité parentale [2], le porter à la connaissance, sous pli confidentiel, du médecin du service de l'Etat dans le département compétent en matière sanitaire et sociale (médecin inspecteur de santé publique de la DDASS) [3]. Par convention entre le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général, le médecin responsable du service départemental de la protection maternelle et infantile peut être en charge de recueillir, en lieu et place des services de l'Etat, la déclaration du médecin dépistant.

Le saturnisme chez les enfants mineurs fait partie de la liste des maladies devant faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire, selon les modalités définies par les articles R.3113-1. à R.3113-5. du code de la santé publique. Elle se fait sous la forme :

- d'une part, d'une notification anonyme ayant pour objectif la surveillance épidémiologique,
- d'autre part, d'un signalement nominatif ayant pour but de permettre la mise en place d'urgence de mesures de prévention. Le signalement doit mentionner l'adresse de l'immeuble ou de la partie d'immeuble dont les occupants peuvent être exposés à un risque d'accessibilité au plomb ainsi que les causes de ce risque.

La valeur de la plombémie à partir de laquelle doivent être effectués le signalement et la notification a été fixée à 100 microgrammes par litre par la circulaire DGS/N°309 du 3 mai 2002. Cette circulaire indique également la conduite à tenir vis-à-vis des enfants dépistés selon leur niveau de plombémie[4]. (cf. tableau 1)

Le médecin recevant la déclaration informe le médecin responsable du service départemental de la protection maternelle et infantile [5] et le Préfet [6] de l'existence d'un cas de saturnisme dans l'immeuble ou dans la partie d'immeuble habité ou fréquenté régulièrement par ce mineur.

Le représentant de l'Etat dans le département fait immédiatement [7] procéder par ses propres services ou par un opérateur agréé à un diagnostic sur cet immeuble ou partie d'immeuble, afin de déterminer s'il existe un risque d'intoxication au plomb des occupants mineurs habitant ou fréquentant régulièrement l'immeuble. Il procède [8] de même lorsqu'un risque d'accessibilité au plomb pour les occupants de l'immeuble ou partie d'immeuble est porté à sa connaissance.

L'arrêté du 12 juillet 1999 précise en particulier les lieux à inspecter, les nombres de mesures de plomb à faire, les méthodes de mesure du plomb pouvant être utilisées et les éléments à faire figurer dans le rapport. Le diagnostic est considéré comme positif lorsqu'il existe une accessibilité au plomb résultant de la présence de surfaces dégradées avec une concentration de plomb supérieure à un des seuils fixés par l'arrêté selon que la mesure est faite sur place à l'aide d'un appareil portable à fluorescence X ou en laboratoire sur des échantillons prélevés sur site.

➤ Intervention – Travaux prescrits

(Art. L. 1334-2. et art R1334-4) Dans le cas où le diagnostic se révèle positif [9] :

- le préfet en informe [10] le médecin inspecteur de santé publique. Celui-ci invite [11] les familles de l'immeuble ayant des enfants mineurs à adresser ceux-ci en consultation à leur médecin traitant, à un médecin hospitalier ou à un médecin de prévention.
- le préfet notifie [12] au propriétaire ou au syndicat des copropriétaires son intention de faire exécuter sur l'immeuble incriminé, à leurs frais, pour supprimer le risque constaté, les travaux nécessaires, dont il précise la nature, après avis des services ou d'un opérateur agréé. L'article R1334-4 du code de la santé publique précise que les travaux doivent être de nature à supprimer l'accessibilité au plomb des surfaces dégradées. Ils consistent à mettre en place des matériaux de recouvrement sur les surfaces identifiées et, le cas échéant, à remplacer certains éléments. Les travaux ne doivent pas entraîner de dissémination de poussières de plomb nuisibles pour les occupants, pour les intervenants ou pour le voisinage. La notification des conclusions du diagnostic et de l'injonction de travaux est faite par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception au propriétaire de l'immeuble.
- le préfet transmet [13] une note d'information sur la situation aux occupants de l'immeuble concerné.

Dans le délai de dix jours à compter de la notification de la décision du préfet, le propriétaire ou le syndicat des copropriétaires peut soit contester [14] la nature des travaux envisagés soit faire connaître [15] au préfet son engagement de procéder à ceux-ci dans un délai d'un mois à compter de la notification.

Dans le premier cas, le président du tribunal de grande instance ou son délégué statue [16] en la forme du référé. Sa décision est, de droit, exécutoire à titre provisoire.

A défaut [17] soit de contestation, soit d'engagement du propriétaire ou du syndicat des copropriétaires dans un délai de dix jours à compter de la notification, le préfet fait exécuter [18] les travaux nécessaires à leurs frais.

➤ Contrôle des travaux

(Art. L. 1334-3. et R1334-5) Si le propriétaire ou le syndicat des copropriétaires s'est engagé à réaliser les travaux, le préfet procède, un mois après la notification de sa décision, [19] à un contrôle des lieux afin de vérifier que l'accessibilité au plomb est supprimée. Si l'accessibilité subsiste, le préfet [20] fait exécuter les travaux aux frais du propriétaire ou du syndicat des copropriétaires puis à un contrôle [19].

Les contrôles comprennent :

1. une inspection des lieux permettant de vérifier la réalisation des travaux prescrits,
2. une analyse des poussières prélevées sur le sol permettant de s'assurer de l'absence de contamination des locaux.

L'arrêté du 12 juillet 1999 précise ces conditions d'inspection des locaux après travaux et les modalités de mesure du plomb dans les poussières, il fixe une limite de 1000 microgrammes par mètre carré pour la concentration surfacique en plomb des poussières au sol.

➤ Diverses dispositions (Art. L. 1334-4.)

Hébergement provisoire : Si la réalisation des travaux mentionnés nécessite la libération temporaire des locaux, le préfet prend [21] les dispositions nécessaires pour assurer l'hébergement provisoire des occupants.

En cas de refus d'accès aux locaux opposé par le locataire ou le propriétaire aux personnes chargées de procéder au diagnostic, d'effectuer le contrôle des lieux ou de réaliser les travaux, le préfet saisit [22] le président du tribunal de grande instance qui, statuant en la forme du référé, fixe les modalités d'entrée dans les lieux.

Recouvrement de frais : Le coût de réalisation des travaux et, le cas échéant, le coût de l'hébergement provisoire des occupants sont mis à la charge du propriétaire. La créance est recouvrée [23] comme en matière de contributions directes.

Agrément d'opérateurs : Le préfet peut agréer [24] des opérateurs pour réaliser les diagnostics et contrôles et pour faire réaliser les travaux d'office. Les services communaux d'hygiène et de santé peuvent être agréés.

➤ Délimitation de zones à risques d'exposition au plomb

(Art. L. 1334-5. – R1334-9 et R1334-10) Le préfet délimite [25] des zones à risque d'exposition au plomb au vu des résultats des diagnostics réalisés ou pour tenir compte de l'existence d'immeubles insalubres ou dégradés. Cette délimitation est faite par arrêté pris après avis du conseil départemental d'hygiène et du conseil municipal ou de l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale ayant compétence en matière de logement. Une information large doit être faite sur les arrêtés notamment dans les mairies des communes concernées, auprès du Conseil supérieur du notariat, de la chambre départementale des notaires et aux barreaux constitués près des tribunaux de grande instance dans le ressort desquels sont situées les zones à risque d'exposition au plomb.

➤ ERAP (Etat des Risques d'Accessibilité au Plomb)

(Art. L. 1334-5. – R1334-11 à R1334-13) Un état des risques d'accessibilité au plomb (ERAP) [26] est annexé à toute promesse unilatérale de vente ou d'achat, à tout contrat réalisant ou constatant la vente d'un immeuble affecté en tout ou partie à l'habitation construit avant 1948 et situé dans une zone à risque d'exposition au plomb.

Cet état doit avoir été établi depuis moins d'un an à la date de la promesse de vente ou d'achat ou du contrat susvisé. Il est dressé par un contrôleur technique agréé au sens de l'article L.111-25 du code de la construction et de l'habitation ou par un technicien de la construction qualifié ayant contracté une assurance professionnelle pour ce type de mission. Il identifie toutes les surfaces comportant un revêtement avec présence de

plomb et précise la concentration de plomb, la méthode d'analyse utilisée ainsi que l'état de conservation de chaque surface.

Lorsqu'un ERAP révèle [27] la présence de revêtement comportant du plomb en concentration supérieure à un seuil fixé par un arrêté du 12 juillet 1999 selon la méthode d'analyse utilisée, une note d'information générale doit lui être annexée à destination du propriétaire pour lui indiquer les risques de tels revêtements pour les occupants et pour les personnes éventuellement amenées à faire des travaux dans l'immeuble ou partie d'immeuble. Cette note doit être conforme au modèle annexé à un arrêté du 12 juillet 1999. Cet ERAP doit être communiqué par le propriétaire [28] aux occupants de l'immeuble ou de la partie d'immeuble concerné et à toute personne physique ou morale appelée à effectuer des travaux dans cet immeuble ou partie d'immeuble.

Lorsqu'un ERAP révèle une accessibilité au plomb, le vendeur ou son mandataire en informe [29] le préfet qui met en œuvre en tant que de besoin les dispositions relatives au diagnostic et aux travaux prévues aux articles L.1334-2 à L.1334-4 indiquées ci-dessus [7].

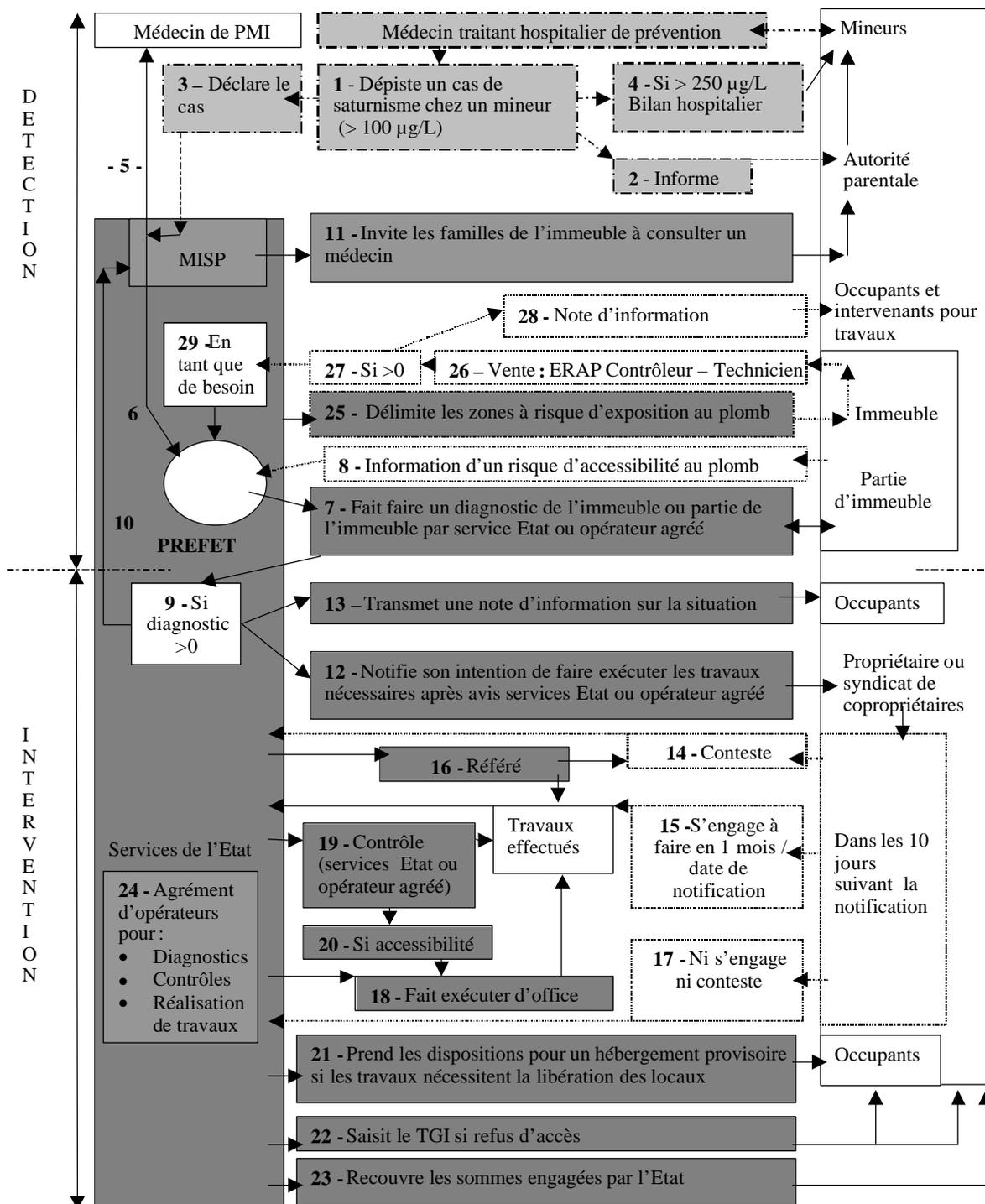
Par circulaire DGS/SD7C/2001/27 et UHC/QC/1 n° 2001-1 du 16 janvier 2001 les ministères chargés de la santé et du logement ont diffusé un guide méthodologique destiné à garantir la qualité des ERAP.

Pour expliciter la position sanitaire générale à mettre en œuvre suite à la publication de la loi du 29 juillet 1998, la DGS a publié la circulaire n° 309 du 3 mai 2002 définissant les orientations du ministère chargé de la santé et les actions à conduire par les DDASS, DRASS et SCHS dans le domaine de la lutte contre l'intoxication par le plomb pour l'année 2002. Ce texte insiste sur la nécessité d'une approche globale vis-à-vis des différentes sources de plomb. Il annonce la mise à disposition de crédits notamment dans 11 départements pilotes pour la coordination des actions de lutte contre le saturnisme au niveau départemental ou régional, le financement d'opérateurs médico-sociaux dans le cadre de l'incitation au dépistage, la mise en œuvre de recommandations issues d'une expertise collective de l'INSERM et particulièrement l'organisation de campagnes de dépistage chez les enfants à risques et chez les femmes enceintes présentant des facteurs de risques.

Pour 2002, les principales actions à mener ont été réparties selon 6 objectifs opérationnels :

- informer et former,
- améliorer le dépistage des populations à risque et leur prise en charge en mettant en place des actions de dépistage ciblé à la fois à partir d'une stratégie environnementale et d'une stratégie clinique, une priorité étant donné aux départements dans lesquels aucun ou peu de cas de saturnisme ont été jusqu'alors détectés en relation avec l'habitat ancien,
- prévenir l'apparition de cas de saturnisme,
- stopper le processus d'intoxication des enfants,
- améliorer l'observation, le suivi et l'évaluation,
- améliorer l'application des mesures d'urgence contre le saturnisme.

Figure 9 : Principales dispositions du code de la santé publique concernant la lutte contre le plomb lié à l'habitat



2.2.3 La loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain

La loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain (dite loi SRU) a en particulier modernisé les procédures d'insalubrité et de péril des immeubles en unifiant leurs conditions de mise en œuvre et leurs effets de droit. Elle a renforcé les moyens d'intervention des pouvoirs publics en matière d'insalubrité et elle a amélioré la prise en compte de la situation des occupants d'immeubles insalubres ou en péril en leur assurant une meilleure protection. La lutte contre l'habitat insalubre est une compétence de l'Etat ; la lutte contre les immeubles en péril ainsi que le contrôle de la sécurité des hôtels meublés relèvent de celle du maire sauf à Paris où le Préfet de police assure cette compétence.

Pour l'application des dispositions de cette loi concernant l'habitat insalubre, la circulaire DGS/SD7C/ 2002/ 286-2002-36/UHC/IUH4/13 du 2 mai 2002 indique que s'il existe deux procédures distinctes pour lutter contre l'insalubrité et contre le saturnisme, elles comportent des points communs et doivent être articulées lors de leur mise en application. En particulier, l'enquête d'insalubrité doit être étendue à la détection du plomb dans les revêtements pour connaître la présence de plomb avant de prescrire des travaux de sortie d'insalubrité et d'adapter, le cas échéant, les consignes aux occupants et aux ouvriers pendant ces travaux. La responsabilité des services de l'Etat pourrait être engagée si un cas de saturnisme survenait suite aux travaux de sortie d'insalubrité préconisés par ces services, qui sur place n'auraient pas décelé le risque lié aux peintures au plomb. De même, certains diagnostics plomb doivent être complétés par une enquête d'insalubrité notamment en présence d'une humidité excessive dans les locaux sinon l'efficacité des travaux d'urgence contre le saturnisme sera limitée dans le temps et l'enfant peut être de nouveau rapidement exposé au plomb. La procédure d'insalubrité constitue alors un moyen d'imposer au propriétaire des travaux pérennes. Toutefois, en l'absence d'autre critère d'insalubrité, l'existence de plomb non accessible ne justifie pas l'ouverture d'une procédure d'insalubrité.

Dans la nouvelle grille d'évaluation de l'état des immeubles susceptibles d'être déclarés insalubres, publiée par la circulaire DGS/DGUHC/SD7C/IUH4 n° 293 DU 23 juin 2003, l'accessibilité au plomb est explicitement indiquée comme critère d'insalubrité. Ce texte insiste également sur le fait que des critères visent à apprécier les conditions d'occupation, tant en ce qui concerne l'usage des lieux, leur entretien que la sur-occupation, qui peuvent avoir des effets importants sur la dégradation des lieux comme cela peut être constaté dans des cas de saturnisme.

2.2.4 Un programme national de lutte contre l'habitat indigne

La circulaire interministérielle DGS/SD7 n° 2002-270 du 30 avril 2002, signée des ministres chargés de l'intérieur, de la santé et du logement, donne des indications aux préfets pour la mise en œuvre du programme national d'éradication de l'habitat indigne qui s'appuie sur les dispositions suivantes :

- lors du sommet européen tenu à Nice en décembre 2000, il a été prévu que chaque Etat membre élabore un plan national d'action pour l'inclusion ; le plan français comporte un volet significatif de mesures en faveur de l'éradication de l'habitat indigne.

- Au sens du programme d'action spécifique inclus dans le programme national de lutte contre les exclusions, la notion d'habitat indigne recouvre les formes d'habitat qui portent atteinte à la dignité humaine :
 - Logements, immeubles et locaux insalubres,
 - Locaux où le plomb est accessible (saturnisme),
 - Immeubles menaçant ruine,
 - Hôtels meublés dangereux,
 - Habitats précaires.
- Un programme d'action prioritaire est mis en place dans 11 départements dont Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis.
- L'action publique peut s'appuyer sur un cadre législatif rénové et complété ainsi que sur des mesures financières revalorisées :
 - La loi relative à la lutte contre les exclusions,
 - La loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain,
 - La réforme de l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat,
 - La revalorisation des financements apportés par l'Etat, tant pour les actions publiques à mener que pour les travaux de sortie d'insalubrité ou du péril.
- Des axes d'action sont énoncés :
 - Repérer les situations d'habitat indigne et qualifier le phénomène,
 - Cibler les programmes d'action sur les situations d'habitat indigne et mettre en œuvre les dispositifs de la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain,
 - Mobiliser les outils contractuels et structurer les partenariats notamment avec les communes,
 - Renforcer les modes de travail en commun des services de l'Etat notamment des directions de préfecture, de la DDASS et de la DDE (par exemple : pôle de compétence traitant de la lutte contre l'habitat insalubre).
- Des moyens spécifiques, opérationnels et financiers mis à disposition des services :
 - Un groupe d'appui interministériel et un pôle d'expertise nationale à caractère interministériel de lutte contre l'habitat indigne,
 - Des aides financières,
 - Des procédures opérationnelles adaptées aux nouvelles situations (OPAH⁴⁷ de renouvellement urbain, nouvelles règles concernant les opérations de résorption de l'habitat insalubre).

2.2.5 Les évolutions en cours

Deux projets de lois en cours d'élaboration pourront avoir une influence importante sur l'action de l'Etat en matière de lutte contre le saturnisme dans les années à venir.

1) Le projet de loi relatif à la politique de santé publique

Ce projet de loi qui a déjà fait l'objet d'une discussion au sénat et à l'assemblée, prévoit une modification des articles L.1334-2 à L.1334-6 du code de la santé publique en partant des constats suivants :

- un faible nombre de cas de saturnisme déclarés (423 en 2001 - 491 en 2002), vraisemblablement dû à une méconnaissance de cette pathologie par le corps médical et à la difficulté de la diagnostiquer ;

⁴⁷ OPAH : Opération programmée d'amélioration de l'habitat

- des délais de travaux difficiles à respecter par les propriétaires et par l'Etat (en cas de substitution) en raison des délais nécessaires pour le choix de l'entreprise et surtout du manque de solutions d'hébergement des occupants pendant les travaux ;
- une affluence d'états des risques d'accessibilité au plomb en préfecture, que les services de l'Etat n'ont pas les moyens de traiter.

Les principales modifications apportées concernent :

Les mesures d'urgence :

- Pour chaque cas de saturnisme signalé, une enquête environnementale doit permettre d'avoir une approche globale des différentes sources d'exposition au plomb ;
- Les délais de travaux sont portés à 3 mois en cas d'hébergement des occupants.

Les mesures de prévention :

- Des constats de risques d'exposition au plomb (CREP) comprenant le repérage des facteurs de dégradation du bâti afin d'identifier les situations d'insalubrité, critère prédominant dans l'origine des cas de saturnisme répertoriés en France, sont substitués aux ERAP,
- Les zones à risques d'exposition au plomb définies par arrêté préfectoral sont supprimées,
- Par rapport aux ERAP, l'obligation de réaliser des constats de risques d'exposition au plomb est étendue à l'ensemble du territoire national lors des transactions immobilières, aux nouveaux baux de location pour les logements anciens et aux parties communes d'immeubles anciens collectifs affectés en tout ou partie à l'habitation,
- Une responsabilité du propriétaire en matière de travaux est introduite comme cela existe en matière d'amiante,
- Seuls les constats de risques d'exposition au plomb mettant en évidence une situation manifeste d'insalubrité seront transmis en préfecture,
- Un constat de risque d'exposition au plomb devra être réalisé avant travaux en parties communes d'un immeuble ancien collectif afin de renforcer la sécurisation des chantiers,
- Le préfet aura la possibilité de prescrire toutes mesures conservatoires, y compris l'interruption du chantier, si des travaux entraînent un risque d'exposition au plomb pour les occupants d'un immeuble ou la population environnante.

Ce projet de loi est accompagné d'un rapport d'objectifs de santé publique qui décrit les objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008. Pour les déterminants de la santé relatifs à la santé liée à l'environnement, l'objectif suivant est prévu pour l'habitat : « réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie supérieure à 100 microgrammes par litre : passer de 2 % en 1999 à 1 % en 2008 », l'indicateur retenu étant le nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie supérieure à 100 microgrammes par litre en population générale et dans les groupes à risque.

2) Le projet de loi relatif aux responsabilités locales

Ce projet de loi prévoit, à titre expérimental et pour une durée de 3 ans, que Paris ainsi que les communes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé répondant à

certaines conditions de fonctionnement, pourront demander à mettre en œuvre les procédures de résorption de l'insalubrité et celles concernant la lutte contre la présence de plomb, dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention devra préciser :

- Les objectifs prioritaires de lutte contre le saturnisme infantile et l'insalubrité dans la commune,
- Les engagements financiers prévisionnels de l'Etat et de la commune,
- Les conditions de mise en place de dispositifs d'observation de l'habitat insalubre et de l'habitat exposé aux risques d'accessibilité au plomb,
- Les conditions de suivi annuel et d'évaluation au terme de l'application.

DEUXIEME PARTIE

ACTIONS PUBLIQUES CONDUITES DANS LES 3 DEPARTEMENTS

ANALYSE DE L'EFFICACITE DES DISPOSITIFS

3 ORGANISATIONS, MOYENS ET PROCEDURES MIS EN PLACE A PARIS

3.1 Evolution de l'organisation administrative face au saturnisme lié à l'habitat

3.1.1 Une répartition des actions entre la ville et l'Etat, modifiée par la loi de 1998

Suite à la découverte de cas de saturnisme à Paris en 1985, un dépistage est mis en place en 1987 par la PMI de Paris avec l'aide du laboratoire d'hygiène qui effectue les analyses de plombémie. Lorsqu'un cas était détecté, la PMI établissait un certificat médical et la famille allait voir le service social pour faire une demande de logement. Une enquête était menée sur le logement par le LHVP. Le fait que le logement soit insalubre pouvait favoriser le relogement.

En 1996, un comité de pilotage sur le plomb a été créé pour assurer une coordination entre les différents services qui interviennent. Deux commissions ont été constituées :

- la commission santé placée auprès de la DASES⁴⁸, qui examinait les cas de saturnisme. Une fiche signée par le MISP était établie et transmise à la DULE⁴⁹ si l'origine de la plombémie apparaissait liée à l'habitat.
- la commission opérationnelle placée auprès de la DULE qui intervenait sur les aspects liés au relogement en particulier si le logement était dégradé, si l'intoxication était importante, si les enfants étaient issus de familles en situation régulière vivant néanmoins dans des squats. Les relogements étaient assurés conjointement par la ville et par l'Etat. Une enquête d'insalubrité pouvait être engagée. Une maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) confiée au PACT de Paris a été financée au moyen de crédits de la Caisse des Dépôts et consignation et de l'Etat pour réaliser des travaux provisoires d'urgence dans des logements en attendant les relogements ; il s'agissait essentiellement de peinture et de pose de revêtements plastifiés sur les murs.

Le dossier était transmis à la DASS qui le présentait devant la Commission Opérationnelle du Logement qui demandait si nécessaire une intervention dans l'appartement. Le dossier passait devant la commission du logement insalubre qui

⁴⁸ Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (ville de Paris)

⁴⁹ Direction de l'Urbanisme, du Logement et de l'Equipement (Préfecture de Paris)

déclarait ou non le logement insalubre, ce qui pouvait favoriser le relogement y compris pour les personnes en situation régulière vivant dans des squats.

Pendant cette période, le DULE nomme en 1995 un agent de catégorie A pour suivre plus particulièrement le dossier du saturnisme, une adjointe vient ensuite le seconder.

Suite à la publication de la loi sur la lutte contre l'exclusion en 1998, l'Etat devient responsable de la conduite des interventions lorsqu'un cas de saturnisme lui est signalé. Une nouvelle répartition des activités entre les services de la ville de Paris et les services de l'Etat se met progressivement en place entre 1999 et début 2000. La MOUS cesse son activité fin 1999. En 2000, suite à des problèmes rencontrés lors de travaux réalisés dans un immeuble, la mission saturnisme de la DULE est renforcée et comprend alors 5 agents.

3.1.2 Un bilan de l'organisation administrative de l'Etat début 2003

Au début de l'année 2003, le préfet de Paris engage un bilan sur le fonctionnement des services. La répartition des tâches apparaît alors être la suivante :

1) Signalements de cas de saturnisme ou de logements ou d'immeubles à risques

Les signalements de cas d'intoxication au plomb étaient centralisés par la DASS qui déclenchait systématiquement une enquête du laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (LHVP).

Le LHVP transmettait son rapport d'enquête à la DASS et à la PMI. Lorsque l'enquête LHVP faisait apparaître un risque lié au plomb dans le logement où un ou plusieurs enfants étaient intoxiqués (c'est à dire le plus fréquemment), la DASS envoyait le rapport à la DULE. Par ailleurs, la DASS notifiait les conclusions de l'enquête du LHVP concernant l'état du logement vis-à-vis de l'accessibilité au plomb, aux propriétaires avec injonction de travaux.

Parallèlement, des immeubles dans lesquels existaient des risques d'accessibilité au plomb étaient signalés à la DULE ou à la DASS, par diverses associations comme le DAL⁵⁰ et l'AFVS⁵¹, par le service Technique de l'Habitat de la ville de Paris et par des élus d'arrondissement.

2) Enquêtes sur l'immeuble

Deux enquêtes étaient alors conduites simultanément sur l'immeuble :

- La DULE faisait réaliser, par un opérateur du bâtiment, une enquête préalable qui permettait de juger de l'état général de dégradation de l'immeuble.
- La DASS missionnait un opérateur sanitaire et social pour :
 - réaliser une enquête d'occupation de l'immeuble afin d'évaluer le nombre de familles et le nombre d'enfants,
 - collecter des premières informations sanitaires et sociales sur ces familles,

⁵⁰ Association Droit au Logement

⁵¹ Association des Familles Victimes du Saturnisme

- donner aux familles des conseils de prévention vis-à-vis des risques de contamination par le plomb des peintures,
- inciter au dépistage des autres enfants.

3) Diagnostics complets d'immeubles

Au vu des informations recueillies par ces deux enquêtes et en fonction d'une liste de critères techniques, la DASS indiquait à la DULE les immeubles qui devaient faire l'objet d'un diagnostic global en priorité.

Au fur et à mesure de ses capacités, et selon l'ordre de priorité défini mensuellement par la DASS, la DULE faisait réaliser des diagnostics complets de ces immeubles.

4) Interventions sur les immeubles

Les résultats de chaque diagnostic portant sur la totalité d'un immeuble étaient notifiés aux propriétaires par la DULE avec injonction de travaux lorsque le diagnostic révélait un risque avéré c'est à dire présence d'un enfant mineur et présence de plomb dans des peintures dégradées de logements ou des parties communes.

Lorsque le propriétaire acceptait de réaliser les travaux, il bénéficiait dès qu'il le demandait d'une assistance technique et sociale, dont le coût était pris en charge en totalité par la préfecture, pour l'aider à organiser son chantier et l'éloignement et/ou l'hébergement des familles concernées. Cette assistance permettait d'inciter le propriétaire à réaliser non seulement les travaux palliatifs mais également à traiter l'ensemble des autres désordres du bâti ayant une influence sur la dégradation des peintures (notamment les infiltrations et fuites d'eau), de fournir une aide aux propriétaires y compris pour la demande d'aide financière auprès de l'ANAH. Elle permettait également à la DULE d'avoir un suivi des modalités de conduite du chantier.

Le propriétaire pouvait décider de réaliser les travaux sans assistance. La DULE signalait ces chantiers à la CRAMIF⁵² et à la DDTEFP⁵³ en vue de leur inspection. S'il y avait mise en danger d'autrui, les propriétaires faisaient l'objet d'une action en justice sur le fondement de l'article 40 du Code pénal.

Si la DULE constatait la carence du propriétaire, elle faisait réaliser des travaux d'office par ses maîtres d'œuvre agréés et organisait l'hébergement ou l'éloignement des familles avec les opérateurs d'accompagnement médico-social.

Dans tous les cas, le coût des travaux et de l'hébergement était assumé par le propriétaire. Concernant les travaux d'office, ce coût était payé par la DULE sur la ligne budgétaire 37.40 article 10 et recouvré ensuite par voie fiscale.

5) Contrôle

La DULE clôturait la procédure par un contrôle des locaux après travaux. Ce contrôle vérifiait que :

- l'accessibilité au plomb était supprimée,

⁵² Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

⁵³ Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

- la concentration en plomb des poussières était bien inférieure au seuil réglementaire de 1000 µg/m².

Le bilan a fait ressortir des difficultés aux niveaux suivants :

a) Articulation des différentes procédures

Le saturnisme est souvent le révélateur d'autres désordres dans un immeuble (infiltration, fuites, effondrements...). Les textes juridiques et notamment l'article R1334-4 indique que les travaux doivent être de nature à supprimer l'accessibilité au plomb des surfaces dégradées ; ils consistent à mettre en place des matériaux de recouvrement sur les surfaces identifiées et, le cas échéant, à remplacer certains éléments. Pour les services, ils limitent l'action de l'Etat en matière de saturnisme à des interventions palliatives d'urgence sans que le propriétaire soit obligé de traiter simultanément les autres désordres du bâti pouvant notamment avoir un effet sur la tenue à terme des travaux palliatifs. Même si la DULE signalait aux services compétents (DASS, STH, Préfecture de Police) les désordres constatés notamment par les opérateurs mandatés, et même si des moyens financiers pouvaient être mobilisés par l'ANAH pour aider à la réalisation des travaux correspondant nécessaires, les procédures applicables au titre de l'insalubrité ne rentraient pas dans un dispositif d'urgence et elles imposaient le plus souvent des délais d'action beaucoup plus importants que ceux prévus par la loi vis-à-vis du saturnisme.

Par ailleurs, du fait du déséquilibre entre l'offre et la demande de logements sur Paris, des procédures de type insalubrité, interdiction d'habiter ou de fermeture administrative pouvaient être entamées sans pouvoir aboutir parfois pendant plusieurs années. Ainsi dans certains cas d'immeubles interdits à l'habitation mais continuant d'être occupés y compris lorsque le propriétaire avait obtenu du tribunal de Grande Instance une ordonnance d'expulsion sans pour autant obtenir le concours de la force publique, l'Etat a fait réaliser des travaux palliatifs liés au plomb en hébergeant temporairement les familles puis les a réinstallées à l'achèvement de ces travaux dans l'immeuble où subsistaient les autres risques.

Ces difficultés montraient :

- l'existence d'un besoin de coordination des politiques et des interventions en matière d'habitat indigne,
- que la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme n'avaient de sens que si des projets globaux étaient menés sur les immeubles, les délais de réalisation des réhabilitations, démolitions, relogements, préemptions n'étant pas compatibles avec l'urgence sanitaire.

b) Coordination DASS – DULE

La définition des priorités de diagnostic sur les immeubles faisait l'objet de nombreuses discussions entre la DASS et la DULE. « Ce système, parfois hésitant pour définir ses priorités, pouvait fragiliser l'Etat notamment en cas de procédures contentieuses. »⁵⁴

En raison de leurs missions, le pilotage des opérateurs d'accompagnement sanitaire et social était assuré par la DASS alors que la partie opérationnelle de la procédure d'instruction dans laquelle ils intervenaient, relevait de la DULE. En cas de

⁵⁴ Note DULE

dysfonctionnements, la DULE envoyait ses observations à la DASS qui les notifiait aux opérateurs.

Le financement de ces opérateurs était assuré par des crédits imputés sur une ligne du budget du ministère chargé de l'équipement (37.40 article 10), la DULE avait la responsabilité financière et juridique des marchés. De nouveaux marchés devaient être passés en urgence (avant juin 2003) car le TPG avait limité leur durée à un an compte tenu du fait que la prestation prévue était forfaitaire. Par ailleurs, les interventions avaient été limitées à 20 immeubles et des avenants avaient déjà du être passés.

La tâche du bureau de l'action sociale lié au logement était difficile car des demandes de relogement prioritaire pour raisons sanitaires étaient envoyées par la DASS sans qu'il y ait possibilité d'en identifier les motifs en raison du secret médical.

c) Réalisation des travaux

Les conditions de réalisation des travaux palliatifs apparaissaient encore trop expérimentales ; peu d'entreprises s'étaient investies sur le sujet et malgré la fixation par la DULE de protocoles de travaux comportant des précautions à respecter, les mesures de plomb dans les poussières faites en cours de chantier étaient trop souvent supérieures au seuil réglementaire.

Il n'existait pas de formation spécifique aux travaux palliatifs pour aider les nouvelles entreprises à acquérir un savoir-faire. Le traitement des déchets issus des travaux était mal maîtrisé par la DULE et les autres DDE d'Ile-de-France.

L'absence de marché préalable pour la réalisation de travaux d'office nécessitait de procéder à un appel d'offre pour chaque situation ce qui constituait également un handicap, de plus lorsque le montant des travaux dépassait 90 000 euros sur un immeuble, il n'était plus possible de faire une consultation simple permettant d'engager rapidement les travaux.

d) Capacité d'intervention de la mission saturnisme de la DULE

Au 1^{er} janvier 2003, environ 70 immeubles dans lesquels au moins un enfant ayant un saturnisme avait été identifié, n'avaient pas encore fait l'objet d'un diagnostic global. Les services craignaient que l'accumulation de tels retards puissent un jour donner lieu à des actions contentieuses.

3.1.3 Une convention Ville - Etat

L'Etat et la ville de Paris ont signé le 22 février 2002 une convention cadre d'une durée de 5 ans sur le logement, qui porte pour l'essentiel sur :

- La production et l'amélioration de l'offre de logements sociaux,
- La résorption de l'insalubrité et la lutte contre le saturnisme,
- Les interventions en faveur du parc privé,
- Les autres interventions à caractère social : attribution des logements, prévention des expulsions.

Elle est entrée dans sa phase opérationnelle début 2003. Concrètement, elle s'organise autour de plusieurs actions partenariales conduites par la ville de Paris, les services de

l'Etat (Préfecture – DULE, DASS) et mobilise différents opérateurs (SIEMP⁵⁵, bailleurs sociaux, bureaux d'ingénierie ...) et des moyens financiers pour conduire les principales actions suivantes :

- Mise en place d'un observatoire de l'habitat dégradé permettant de recenser les immeubles les plus dégradés du territoire parisien afin de suivre les résultats des actions engagées,
- Réalisation d'opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH),
- Transfert par la ville de Paris à la SIEMP (société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris) d'environ 400 immeubles très dégradés pour les traiter dans le cadre d'une convention publique d'aménagement qui a été signée le 30 mai 2002,
- Conduite d'une opération d'amélioration de l'habitat dégradé (OAHD) pour traiter 386 immeubles privés dégradés présentant un niveau avéré d'insalubrité et répartis sur l'ensemble du territoire parisien,
- Création d'un comité départemental de pilotage de la lutte contre l'insalubrité et le saturnisme comportant notamment un comité opérationnel administratif chargé de préparer la mise en œuvre de la convention,
- Lancement d'actions pour favoriser les interventions dans la lutte contre le saturnisme : conseil aux propriétaires, assistance aux occupants, coordination de l'offre d'hébergement adapté...
- Mobilisation de la SIEMP pour intervenir dans des copropriétés en difficultés.

3.1.4 Une nouvelle organisation des services de l'Etat (avril 2003)

Au vu du bilan et du contexte, le préfet de Paris modifie l'organisation des services de l'Etat.

➤ Désignation d'un chef de projet

Par arrêté du 17 avril 2003, il nomme un chef de projet chargé, pour 5 ans, d'animer et de coordonner l'action des services de l'Etat qui participent à la lutte contre le saturnisme. En particulier :

- Il peut coordonner, sur les immeubles cumulant d'autres désordres en plus du saturnisme, leur traitement opérationnel par les services compétents (Préfecture de Police, DASS, STH),
- Il a toute latitude pour mettre en place les procédures relatives à la mise en œuvre du dispositif opérationnel de lutte contre le saturnisme à l'exception de celles qui engagent directement la responsabilité médicale,
- Il pilote la mission saturnisme de la DULE, en cohérence avec les autres procédures de traitement de l'habitat indigne,
- Il définit, en lien avec les services compétents, les priorités d'intervention au regard des signalements santé et des signalements habitat,
- Il évalue annuellement le dispositif,
- Il gère les demandes de relogement pour urgence sanitaire (signalement DASS).

⁵⁵ Société Immobilière d'Economie Mixte de la Ville de Paris

➤ *Des objectifs fixés dans une lettre de mission*

A cet arrêté, est jointe une lettre de mission qui fixe les objectifs assignés, les services concernés et les moyens mis à disposition.

Deux axes sont privilégiés pour améliorer l'articulation entre les procédures :

- Les mesures d'urgence saturnisme sont coordonnées avec les autres procédures de traitement de l'habitat indigne pour définir au cas par cas les actions les plus appropriées et leur mise en œuvre. Pour les immeubles qui cumulent d'autres désordres, la mise en place des mesures d'urgence est intégrée dans des projets de traitement global.
- Dans le cas où les travaux palliatifs s'avèrent nécessaires, mais que d'autres désordres sont de nature à compromettre leur durabilité voire leur faisabilité (infiltration, fuites, toitures défectueuses...), un dispositif permettant de demander et d'obtenir une action des services compétents en la matière pour résoudre ces désordres dans des délais très brefs, est institué.

La mission saturnisme du bureau du Logement de la DULE est chargée de mettre en œuvre les actions opérationnelles. Elle centralise les informations techniques, sanitaires et sociales nécessaires à la mise en place des procédures dès le signalement d'un cas de saturnisme. Elle est l'unique responsable des quatre types de marché afférents à la mise en œuvre des mesures d'urgence (diagnostic, maîtrise d'œuvre, assistance à la réalisation de travaux, éducation sanitaire et accompagnement sanitaire et social). L'ensemble des marchés est financé sur la ligne 37.40. article 10 du budget du ministère chargé de l'équipement. Les moyens de la mission saturnisme sont renforcés pour permettre de traiter 80 à 100 immeubles par an en considérant que le temps moyen d'intervention d'un agent de la DULE sur un dossier d'un immeuble comprenant une trentaine d'appartements est d'un peu plus d'une centaine d'heures.

La DASS a en charge le traitement des déclarations obligatoires d'intoxications saturnines et les définitions de priorités des demandes de relogement au titre de l'urgence sanitaire.

La mission saturnisme est chargée de fixer un cadre précis de travail, de répartition des tâches et des responsabilités avec la ville de Paris et avec la SIEMP. Elle doit renforcer la collaboration avec les futurs opérateurs intervenant pour la ville de Paris en matière de résorption de l'insalubrité.

L'ensemble des services de l'Etat, des organismes publics et privés concernés par les chantiers en présence de plomb – DREIF, DRASSIF, DDTEFP, CRAMIF, OPPBTP, CEBTP, CSTB⁵⁶ - concourront à :

- Une étude d'évaluation de chantiers menés par la préfecture pour apprécier les risques liés à chaque technique et définir des modes opératoires pour les entreprises,

⁵⁶ Direction Régionale de l'Équipement d'Ile-de-France, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France, Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics, Centre Expérimental du Bâtiment et des Travaux Publics, Centre Scientifique et Technique du Bâtiment

- Une formalisation du suivi de la gestion des déchets résultant de ces chantiers,
- L'élaboration d'une formation spécifique à destination des entreprises.

Un outil informatique adapté à la gestion des procédures est créé.

Une liste de 24 indicateurs de suivi de l'activité de la mission saturnisme est établie (Cf. annexe 7). Les données seront actualisées tous les trimestres et diffusées aux différents partenaires sous la forme d'un tableau de bord.

3.2 Principaux acteurs

On trouvera en annexe 8 un tableau récapitulatif des compétences juridiques en jeu dans la lutte contre le saturnisme et plus généralement contre l'habitat indigne, et de la manière dont ces compétences sont distribuées entre la Préfecture de Paris, la Préfecture de Police et la Ville de Paris. Outre l'existence de plusieurs interrogations juridiques à lever, aspect important évoqué dans les recommandations, ce tableau fait bien apparaître la complexité née de la multiplicité des compétences et de la répartition de leur exercice entre les différents acteurs. Pour assumer les attributions correspondantes, les services sont organisés de la manière suivante :

3.2.1 Les services de la préfecture de Paris

3.2.1.1 La DULE

Plusieurs services de la Direction de l'Urbanisme, du Logement et de l'Équipement sont concernés par le saturnisme en relation avec l'habitat :

- La sous direction de l'habitat et du logement

Au sein du bureau du logement :

- La mission saturnisme met en œuvre les actions opérationnelles, autres que celles relevant de la DASS, relatives à la lutte contre le saturnisme. Elle est organisée en 4 pôles (Cf. organigramme joint en annexe 9) :
 - traitement des immeubles, pilotage des opérateurs,
 - comptabilité et secrétariat,
 - formalisation et sécurisation des procédures (passation des marchés, outil informatique...),
 - conduite des actions préventives et des actions articulées avec le plan d'éradication de l'habitat indigne.
 Elle dispose au total d'un effectif théorique de 12 agents.
- Une section du bureau du logement, en charge du financement du logement social, contribue à la création de résidences sociales qui peuvent occasionnellement être dédiées, en partie, à l'hébergement temporaire pendant les travaux palliatifs.
- Une chargée de mission sur l'habitat indigne participe à la mise en place de la coordination des procédures relatives à l'éradication de l'habitat indigne : procédures liées aux périls d'immeubles (Préfecture de Police), à l'insalubrité (DASS) et procédures de lutte contre le saturnisme (DULE).

Au sein du bureau de l'action sociale pour le logement :

- Une section est chargée du relogement des familles prioritaires, notamment selon signalement DASS pour le saturnisme et dans le cadre de la convention ville-Etat pour la salubrité et le péril.
 - La délégation départementale de l'ANAH

Elle assure l'instruction des dossiers de subventions pour les travaux suite à une notification de la préfecture lorsque ceux-ci sont réalisés par les propriétaires. Ces travaux sont subventionnés à 70 % d'un plafond de 8000 euros hors taxes.

3.2.1.2 *La DASS*

- Pôle santé publique
 - Le médecin inspecteur de santé publique est responsable de la réception des déclarations obligatoires de saturnisme, de la commande des enquêtes environnementales au LHVP et de leur exploitation. Il participe à la sélection des familles prioritaires pour un relogement pour raisons sanitaires (0,8 ETP assiste le MISP),
 - Le service santé environnement est chargé des procédures d'insalubrité dans le département. Il participe à l'élaboration du plan d'éradication de l'habitat indigne.
- Pôle solidarité-insertion
 - Une assistante du service social participe au signalement des ménages prioritaires pour un relogement et suit la procédure au sein de la DASS. Elle assure les liaisons avec les services sociaux de terrain (2/3 ETP sur cette mission).

3.2.1.3 *La DDTEFP*

Les services de l'inspection du travail peuvent intervenir sur des chantiers en présence de plomb et dresser des procès verbaux lorsque les règles de sécurité ne sont pas respectées. Pour cela, la DDTEFP reçoit systématiquement une copie des diagnostics réalisés par la DULE au moment de leur notification afin d'être alertée de la réalisation prochaine de travaux à ces adresses.

3.2.1.4 *Des sous traitants*

Pour mener différentes actions, en plus du LHVP, il est fait appel à des opérateurs extérieurs qui ont été choisis par une procédure d'appel d'offre européen et avec lesquels des marchés ont été passés par la DULE sur budget de l'Etat. Ces opérateurs sont de quatre types et interviennent sur cinq secteurs géographiques parisiens (Cf. annexe 9 - organigramme DULE) :

- Diagnostiqueurs : EXPERTAM (2 secteurs), ARCALIA (2 secteurs), MANEXI,
- Maître d'œuvre de travaux d'office : PACTE DE PARIS, groupement HSD-CORTEX (2 secteurs), MANXI (2 secteurs),

- Assistants à la réalisation de travaux : PACTE DE PARIS, HSD (2 secteurs), CORTEX, MANEXI,
- Accompagnateurs sanitaires et sociaux : GIP Habitat et Interventions sociales, PACTE DE PARIS, SOS HABITAT et SOINS, POUR LOGER, URACA.

3.2.2 *Les services de la préfecture de police de Paris*

Les principales unités de la préfecture de police de Paris en relation avec la lutte contre le saturnisme et plus généralement la résorption de l'habitat indigne se rapportent à :

- L'application de la législation sur les périls, rattachée au 7^{ème} bureau de la sous-direction de la sécurité du public au sein de la direction de la protection du public,
- La sécurité préventive (ou sécurité incendie), rattachée au 8^{ème} bureau de la sous-direction de la sécurité du public au sein de la direction de la protection du public,
- Le suivi des hôtels meublés, rattaché au 2^{ème} bureau de la sous-direction de la protection sanitaire au sein de la direction de la protection du public,
- Les actions en matière d'expulsion (pour les occupants sans titre d'occupation du logement) ou d'évacuation (pour les périls) rattachées au cabinet du préfet.

3.2.3 *Les services de la Ville de Paris*

3.2.3.1 *La DASES*

Au sein de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé interviennent :

- La sous-direction de la petite enfance, service de protection maternelle et infantile, qui assure des missions de prévention et de dépistage des enfants,
- La sous-direction de la santé,
 - Le service de santé scolaire qui procède notamment à un dépistage des enfants en classes maternelles,
 - Le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris qui effectue les campagnes de prélèvement et d'analyse de la plombémie des enfants repérés par la PMI et qui réalise les enquêtes environnementales sur les cas de saturnisme ou qui procède pour la ville à des diagnostics de locaux vis-à-vis du risque saturnin (ex : écoles...),
- La sous-direction de l'action sociale qui suit les familles concernées.

3.2.3.2 *La direction du logement et de l'habitat*

Le Service Technique de l'Habitat (STH) rattaché à la sous-direction de l'Habitat de la DLH, est, à travers les actions de ses inspecteurs d'hygiène, l'un des intervenants importants de la politique de résorption de l'habitat indigne, notamment à 3 titres :

- L'application générale du règlement sanitaire départemental : le STH répond aux signalements de situations d'insalubrité qui lui sont adressés, va voir et analyse les appartements et immeubles concernés, prescrit les travaux nécessaires et contrôle leur réalisation,
- La mise en œuvre des mesures d'urgence en application de l'article L.1311-4 du code de la santé publique,
- Une contribution à la mise en œuvre de la législation relative à la lutte contre l'insalubrité (articles L.1331-6 et suivants du code de la santé publique) à travers

l'étude des appartements et immeubles et la préparation de rapports en vue de la présentation au conseil départemental d'hygiène. Il intervient dans le cadre d'une convention passée par le préfet (DASS) avec la ville de Paris.

Le service du traitement des demandes de logement, également rattaché à la sous-direction de l'habitat, est en charge des attributions de logements. Au sein du service, une section des relogements urgents traite notamment des priorités liées aux situations d'insalubrité et de péril, dans le cadre des mécanismes définis par la convention cadre Etat-Ville sur le logement.

Le chargé de mission auprès du sous-directeur de l'habitat assiste ce dernier notamment dans la conduite des politiques de lutte contre l'habitat indigne.

Le bureau de l'information juridique des propriétaires et des occupants, le service du logement social et le service d'administration d'immeubles peuvent également intervenir dans les dossiers concernant la lutte contre le saturnisme et l'insalubrité.

3.2.3.3 La SIEMP

La société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris est chargée, en application de la convention publique d'aménagement, de résorber l'insalubrité sur les immeubles qui lui sont confiés. Elle a mis en place une mission saturnisme comprenant 8 personnes représentant des métiers très différents des secteurs sanitaires et sociaux et du bâtiment. Interviennent également plusieurs services spécialisés dans l'insalubrité, les travaux, le suivi des copropriétés.

3.2.4 La CRAMIF

La CRAMIF opère des contrôles sur des chantiers faits en présence de plomb et peut constater les infractions aux règles de sécurité. Suite à ce constat, elle peut engager une action pour augmenter les cotisations des entreprises.

3.2.5 Des structures d'hébergement

Suite à l'action des services de l'Etat, des places dédiées à l'hébergement temporaire pendant la réalisation des travaux palliatifs ont pu être créées dans 4 résidences sociales réparties sur le territoire parisien, regroupant chacune 4 à 5 logements particulièrement adaptés à l'usage.

3.2.6 Des associations

Des associations jouent un rôle important vis-à-vis du saturnisme notamment pour le signalement de logements ou d'immeubles pouvant présenter des risques au regard du saturnisme ou plus généralement en matière d'insalubrité.

3.3 Procédure suivie fin 2003

Les principaux éléments de la procédure générale d'intervention de l'administration vis-à-vis d'un problème de plomb lié à l'habitat sur Paris appliquée au deuxième semestre

2003, sont décrits ci-après et par le schéma de la figure 10. Le logigramme de l'annexe 10, établi par la mission, présente la procédure de façon plus détaillée. Peuvent être distinguées les situations dans lesquelles un cas de saturnisme est détecté chez un enfant mineur et celles dans lesquelles un risque d'accessibilité au plomb est identifié ou suspecté dans un immeuble ou une partie d'immeuble.

3.3.1 Dans le cas de la détection d'un saturnisme infantile

Les principales étapes portent sur :

➤ **Le dépistage :**

Il est effectué principalement par la DASES de la ville de Paris qui assure la protection maternelle et infantile et, pour une partie, lors des examens de santé organisés par la caisse primaire de l'assurance maladie de Paris. La plupart des analyses de plombémie sont réalisées par le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris.

Le médecin informe la famille du résultat de l'analyse. S'il dépasse 100 µg/L, le médecin doit en faire le signalement auprès du médecin inspecteur de la DASS de Paris.

➤ **L'enquête environnementale :**

Le médecin inspecteur de la DASS demande par télécopie au LHVP de procéder à une enquête environnementale pour identifier la cause de la contamination de l'enfant ; il informe en parallèle la DULE de la survenue du cas de saturnisme en indiquant l'adresse de l'immeuble.

La DULE mandate, d'une part, un assistant sanitaire et social pour visiter la famille concernée et lui indiquer les mesures préventives à respecter pour réduire l'exposition des enfants en cas de contamination lié à l'habitat et, d'autre part, un diagnostiqueur pour procéder à une pré-enquête générale sur l'immeuble sans entrer dans les appartements.

Le LHVP effectue l'enquête environnementale pour déterminer l'origine de la contamination saturnine de l'enfant : il rédige un rapport sanitaire qu'il transmet à la DASS. Il réalise également un diagnostic de l'accessibilité au plomb dans le logement et transmet ce rapport à la DULE.

➤ **La notification au propriétaire**

Si l'origine du cas de saturnisme est liée à l'habitat, la DULE notifie au propriétaire du logement les travaux à réaliser. Cette lettre recommandée avec accusé de réception est signée du secrétaire général de la préfecture. La lettre propose au propriétaire l'aide gratuite d'un assistant technique (AT), elle l'informe sur les précautions à prendre lors des travaux et lui indique les aides financières possibles (ANAH ...). LA DULE adresse par ailleurs une lettre d'information sur les risques liés au plomb aux différents occupants de l'immeuble.

➤ **L'accusé de réception de la lettre de notification**

Selon les cas, le propriétaire retire ou non la lettre de notification. Lorsqu'elle ne reçoit pas d'accusé de réception, la DULE procède à un nouvel envoi, éventuellement engage une procédure d'identification de l'adresse actuelle du propriétaire et parfois même une identification du nouveau propriétaire. Elle peut aussi procéder à une signification par huissier.

➤ La décision du propriétaire

Si le logement appartient à la ville de Paris, qu'elle le gère en direct (régie) ou qu'elle l'ait transféré à la SIEMP ou s'il appartient à un bailleur social : la lettre de saisine demande les suites qui seront données au constat de saturnisme effectué.

- Si la réponse donnée indique qu'il est procédé à un relogement de la famille ; la DULE considère que la procédure est terminée ; elle adresse au propriétaire un courrier lui demandant d'effectuer les travaux mais elle n'en suit pas la réalisation. Cette position pourrait avoir des conséquences sanitaires ultérieures si le logement était à nouveau occupé avant que les travaux ne soient effectués,
- Si la réponse prévoit la réalisation de travaux, la DULE propose une assistance technique et un accompagnateur sanitaire et social aux bailleurs sociaux ; pour sa part la SIEMP dispose de ses propres moyens spécialisés.

Lorsque le logement appartient à un propriétaire privé autre, les réactions peuvent être les suivantes :

- Si le propriétaire conteste les travaux, une action est engagée auprès du TGI, c'est le cas notamment de squats, jusqu'alors l'administration a eu gain de cause.
- Le propriétaire indique, dans le délai prévu (10 jours), qu'il va réaliser les travaux et qu'il demande l'aide d'un assistant technique.
- Le propriétaire indique dans le délai prévu (10 jours) qu'il va réaliser les travaux directement sans faire appel à une assistance technique. La DULE lui envoie une lettre pour l'inciter à faire appel à l'assistance technique. Si le propriétaire accepte l'assistance, le cas revient à la situation précédente.
- Le propriétaire indique qu'il refuse de faire les travaux ou il ne répond pas dans le délai de 10 jours prévu par la loi (en pratique de 2 à 3 semaines), la DULE engage la procédure de travaux d'office.

➤ La réalisation des travaux palliatifs

Si le propriétaire ou des occupants refusent l'accès aux locaux, la DULE engage une procédure en référé auprès du tribunal de grande instance.

Si le propriétaire a accepté une assistance technique, l'opérateur :

- Donne des conseils techniques au propriétaire,
- Aide à la mobilisation des aides financières de l'ANAH,
- Elabore un protocole de chantier qui comporte deux volets : le volet A qui est signé par l'occupant et le volet B qui est signé par le responsable de la société qui effectue les travaux,
- Vérifie la mise en œuvre du protocole de chantier et alerte la DULE en cas de non-respect des engagements.

Dans le même temps, La DULE fait appel à un accompagnateur sanitaire et social pour que soient organisées, si nécessaire, les conditions d'hébergement et/ou d'éloignement et pour l'élaboration du volet famille du protocole.

Si le propriétaire refuse l'assistance, sauf s'il s'agit de petits travaux à faire (par exemple changement d'une plinthe), la gestion du dossier peut être plus difficile notamment si un hébergement nécessaire ; elle doit être vue au cas par cas.

Pour la réalisation de travaux d'office, la DULE passe un marché à un maître d'œuvre par appel d'offre spécifique pour chaque dossier ; il est chargé de :

- Faire l'étude de travaux,
- De consulter des entreprises,
- D'élaborer le protocole de chantier (volets A et B),
- De suivre le chantier et le respect du protocole,
- De faire la réception du chantier.

Pour faciliter l'hébergement provisoire des familles pendant les travaux, la DULE a passé des conventions avec des résidences sociales de bailleurs pour disposer de sites d'accueil.

L'hébergement ou l'éloignement des familles proprement dit est traité par l'accompagnateur sanitaire et social avec l'assistant technique selon la nature des travaux. La proposition est visée par la DULE.

➤ Le contrôle des travaux

Chaque chantier fait l'objet d'un contrôle pour lequel la DULE fait appel à un opérateur ayant été retenu dans le cadre d'un marché public. La mission qui lui est confiée comporte :

- La réalisation d'un point « zéro » sur le site,
- Le contrôle des conditions de réalisation du chantier en cours de travaux,
- Le contrôle de fin de chantier lorsque les travaux sont considérés comme terminés. Sont vérifiées notamment la suppression de l'accessibilité au plomb et la conformité des mesures de poussières au sol (< 1000 µg/m²),
- La fourniture d'un avis sur la durabilité des travaux effectué.

Le suivi de la durabilité est variable selon les situations.

➤ Le recouvrement des sommes engagées

Pour les travaux réalisés d'office, la DULE engage, avec les services des finances, la procédure de recouvrement fiscal du coût des travaux et de l'hébergement auprès du propriétaire.

➤ Les conditions de réalisation des travaux

La DULE informe l'inspection du travail et la CRAMIF des travaux engagés.

3.3.2 Dans le cas du signalement d'un risque d'accessibilité au plomb dans un bâtiment

Le risque d'accessibilité possible au plomb pour des enfants mineurs dans un immeuble ou une partie d'immeuble peut être signalé à la DULE par différents acteurs : élus, DASS, services de la ville de Paris, représentants d'associations, particuliers ...

La DULE demande à un opérateur (diagnostiqueur) de réaliser un diagnostic du logement et à un assistant sanitaire et social de visiter la famille en même temps.

Si, lors de la visite, il apparaît qu'il existe un risque d'accessibilité au plomb et s'il y a au moins un enfant mineur dans le logement, l'assistant sanitaire et social incite la famille à faire réaliser une plombémie, il remet une lettre type signée du MISP.

A partir du rapport de diagnostic, la DULE procède à une notification au propriétaire ; la procédure est ensuite conduite comme indiqué dans le chapitre 3.3.1.

3.3.3 L'approche par immeuble

Chaque mois, la DASS et la DULE se réunissent pour examiner les informations recueillies récemment notamment sur les cas de saturnisme détectés, sur les logements signalés comme comportant des accessibilités au plomb, lors des visites préalables effectuées par les diagnostiqueurs. A partir de ces éléments et de critères de priorités, les services élaborent une liste de 5 nouveaux immeubles à diagnostiquer dans leur totalité, estimant que ce nombre correspond aux capacités actuelles d'intervention des services.

La DULE mandate un diagnostiqueur pour réaliser un diagnostic et un assistant sanitaire et social pour visiter les familles de l'immeuble. Un questionnaire est distribué aux occupants pour qu'ils indiquent si le logement est fréquenté ou occupé par des enfants mineurs ; la réponse doit être signée. Un diagnostic est ensuite réalisé dans chaque logement avec enfant mineur et dans toutes les parties communes.

A partir des éléments figurant dans le rapport technique du diagnostiqueur, la DULE notifie à chaque propriétaire les résultats du diagnostic pour son appartement et à l'ensemble des propriétaires l'état de la situation concernant les parties communes. Elle précise les travaux à faire.

Par ailleurs, la DULE envoie une lettre d'information sur les risques liés au plomb aux différents occupants de l'immeuble.

Pour les logements, la procédure est ensuite poursuivie de la même façon que celle décrite au chapitre 3.3.1.

Pour les parties communes :

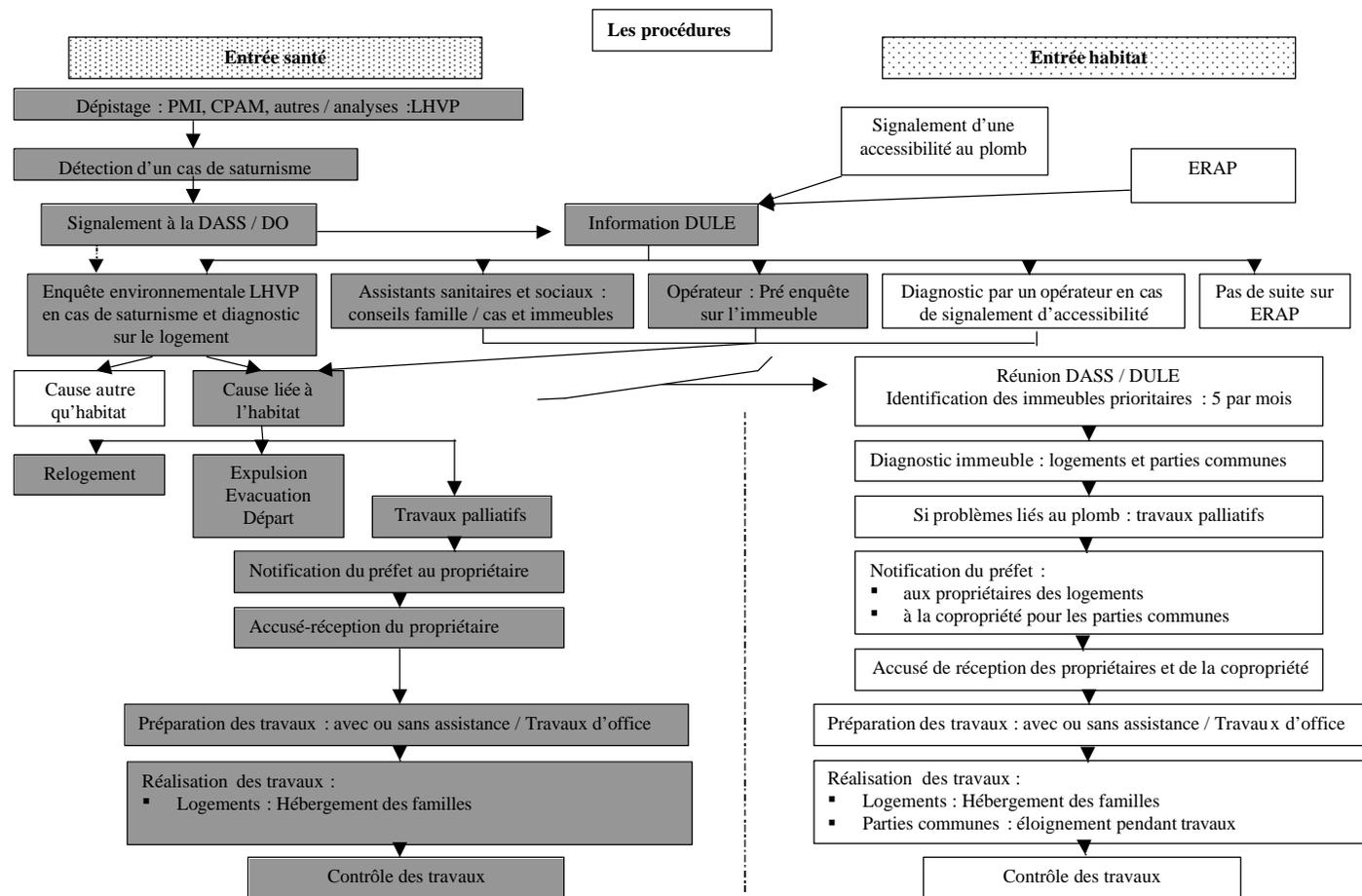
- Si tout l'immeuble appartient à la ville de Paris ou à un bailleur social, sauf s'il y a un relogement de l'ensemble des familles, les travaux palliatifs sont réalisés puis contrôlés.
- Si la ville de Paris est copropriétaire, elle gère la réalisation des travaux avec le syndicat de copropriétaires, la procédure est analogue à celle indiquée au chapitre 3.3.1. pour les logements avec contrôle final.
- Si tout l'immeuble appartient à la SIEMP, elle gère seule les travaux et éventuellement les hébergements, la DULE contrôle les travaux lorsqu'ils sont terminés.
- Si la SIEMP est propriétaire à plus de 50 % de l'immeuble, la DULE informe les occupants et fait intervenir un assistant sanitaire et social, la SIEMP organise les travaux. En pratique, il n'y a pas de travaux d'office et la SIEMP fait appel à ses propres assistants techniques. La DULE contrôle les travaux lorsqu'ils sont terminés.
- Si la SIEMP est propriétaire à moins de 50 %, la SIEMP gère la réalisation des travaux avec le syndicat de copropriétaires, la procédure est analogue à celle indiquée au chapitre 3.3.1 pour les logements avec contrôle final.

3.3.4 Le cas des ERAP

A Paris, La DULE reçoit chaque année environ 10 000 ERAP. En 2002, elle a fait réaliser une étude sur la qualité des ERAP transmis. Compte tenu des moyens

disponibles, les responsables du service ont décidé de privilégier la gestion de l'intervention sur les logements et les immeubles dans lesquels le plomb était accessible plutôt que l'examen des ERAP et la mise en œuvre d'actions si besoin comme le prévoit l'article L.1334-5. En conséquence, actuellement, les ERAP sont rangés par ordre chronologique d'arrivée sans enregistrement ni examen particulier.

Figure 10
Procédure générale d'intervention vis-à-vis d'un problème de plomb lié à l'habitat à Paris (fin 2003)



4 EVALUATION DES ACTIONS DE LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME CONDUITES A PARIS

L'évaluation d'actions dépend du ou des référentiels retenus notamment de ceux de caractères juridique et organisationnel, technique et sanitaire ou social. En matière de lutte contre le saturnisme, les rappels sanitaires et administratifs des chapitres précédents montrent que dans la stratégie publique retenue peuvent être distingués :

- d'une part ce qui concerne le dépistage des enfants atteints de saturnisme, qui ne fait que l'objet de recommandations et donc repose sur le volontarisme de certains acteurs,
- d'autre part les dispositions contraignantes relatives aux mesures préventives ou curatives de correction des situations notamment de l'état des immeubles.

En conséquence, la mission a fondé son évaluation sur :

- l'examen des modalités du dépistage des cas de saturnisme et de son efficacité,
- l'appréciation des actions relevant de la responsabilité de l'Etat en :
 - comparant les procédures mises en œuvre aux dispositions juridiques et administratives existantes,
 - quantifiant les actions et les délais de leur réalisation,
 - listant les difficultés rencontrées et leurs causes principales,
 - analysant le contentieux,
 - appréciant le degré d'atteinte des objectifs fixés par le préfet de Paris dans sa décision d'avril 2003,
- la prise en compte de l'évolution de la situation sanitaire des enfants intoxiqués,
- l'écoute du point de vue des associations intervenant dans ce domaine.

Pour réaliser cette évaluation, la mission s'est appuyée sur l'audition de nombreux acteurs et sur différents documents existants mais elle a également effectué une exploitation par recoupement de nombreuses données recueillies auprès de la DASS, de la DULE et du laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (LHVP). Ainsi, pour chaque cas de saturnisme signalé en 2002 et 2003, ont été regroupées, en respectant les règles de l'anonymat, les informations suivantes :

- Dates des analyses de plombémie réalisées et teneurs en plomb relevées,
- Date et origine du signalement à la DDASS,
- Date de l'enquête environnementale,
- Origine identifiée de la contamination,
- Adresse du cas,
- Différentes dates des procédures conduites si nécessaire vis-à-vis du logement ou de l'immeuble et caractéristiques des travaux effectués,
- Commentaires particuliers.

Après une mise à jour par la DASS, le LHVP et la DULE des informations qu'ils détenaient et la réalisation d'une identification, à l'aide d'un code commun, des dossiers des cas de saturnisme, la mission a pu se livrer à l'analyse du dispositif de prise en charge par les différents partenaires de 350 cas de saturnisme déclarés sur Paris en 2002 et 2003, soit presque la totalité des cas identifiés⁵⁷.

⁵⁷ 365 déclarations obligatoires sont parvenues à la DDASS en 2002 et 2003, seuls quelques cas pour lesquels les informations étaient incomplètes ou douteuses ont été exclus.

Par ailleurs, la mission a basé son analyse épidémiologique du saturnisme à PARIS sur deux fichiers de données, dont certaines se superposent :

- d'une part, les données sur 10 ans analysées par l'InVS⁵⁸, portant sur 8730 enfants parisiens qui ont bénéficié d'un test de dépistage de plombémie entre 1992 et 2001,
- d'autre part, les données récentes collectées par la mission auprès du LHVP sur les caractéristiques des plombémies effectuées entre début janvier 2000 et fin novembre 2003, afin de disposer de données actualisées et des tendances évolutives sur les quatre dernières années. Cette base concerne au total 4730 enfants testés.

Dans le traitement des données, la mission a eu pour objectif de disposer de tendances pour caractériser les situations mais n'a pas eu l'ambition d'une étude scientifique qu'il serait toutefois intéressant de conduire au niveau national dans les départements où sont traités les plus grands nombres de cas de saturnisme.

4.1 Spécificité et résultats du dépistage du saturnisme infantile à Paris

4.1.1 L'âge des enfants parisiens lors du primo-dépistage

Comme partout ailleurs, le primo-dépistage concerne surtout les enfants de moins de six ans (8012 enfants sur 8730 testés) mais un cas dépisté auparavant dans la fratrie incite au dépistage des autres enfants mineurs même plus âgés, ce qui explique les quelques cas décelés chez des enfants de dix ans.

En 2002-2003, l'âge des enfants (exprimé en années) lors de l'analyse de plombémie révélant leur saturnisme est le suivant selon la classe de plombémie ; il s'agit là d'enfants atteints, dont le dépistage a révélé une plombémie supérieure à 100 µg/L soit de classe II à V :

Tableau 4
Age en années des enfants lors de la détection du saturnisme en 2002-2003

Classes de plombémie	Nombre d'enfants	Enfant le plus jeune	Age moyen	Enfant le plus âgé
II	240	Naissance	3,1	10,6
III	52	1,0	2,9	10,7
IV	16	1,4	2,6	4,3
V	4	1,6	3,6	6,6
Ensemble des enfants	312	Naissance	3,0	10,7

IGAS

4.1.2 Un dépistage centré sur quatre arrondissements

A Paris, les disparités sont considérables selon les arrondissements. Les activités de dépistage sont concentrées sur les quatre arrondissements du nord-est de la capitale (11^{ème}, 19^{ème}, 20^{ème} et surtout le 18^{ème}) qui totalisent 70 % de l'activité. Cette

⁵⁸ 1992-2001 bilan InVS-RSSIIF

concentration des efforts s'explique par la fréquence de facteurs de risque combinés (liés à l'habitat surtout) retrouvés à l'interrogatoire des familles lors des consultations infantiles.

Tableau 5
Enfants testés par arrondissement de 1992 à 2001

Arrondissement	Nombre d'enfants de moins de 6 ans testés	Proportion moyenne annuelle d'enfants testés
18 ^{ème}	1632	1,43 %
19 ^{ème}	1464	1,16 %
20 ^{ème}	1332	1,16 %
11 ^{ème}	1120	1,40 %
10 ^{ème}	709	1,30 %
12 ^{ème}	441	0,59 %
17 ^{ème}	362	0,40 %
13 ^{ème}	275	0,30 %
9 ^{ème}	156	0,53 %
3 ^{ème}	113	0,68 %
2 ^{ème}	79	0,81 %
15 ^{ème}	77	0,07 %
16 ^{ème}	53	0,07 %
14 ^{ème}	48	0,08 %
Total	8012	0,68 %

IGAS

4.1.3 Une baisse encourageante du nombre de nouveaux cas de saturnisme à Paris

L'intensité d'un tel dépistage, axé sur les secteurs parisiens à risques, influe inévitablement sur le nombre de cas de saturnisme détectés (ou « signalements » par déclaration obligatoire à la DDASS)

Le nombre de nouveaux cas détectés baisse régulièrement depuis quelques années, environ 150 cas par an sur Paris ; le fort chiffre affiché en 2002 résulte d'un « rattrapage » de cas de l'année précédente lié au fait que le seuil limite d'intervention a baissé de 150 à 100 µg/l en 2002.

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de cas	645	540	255	221	265	296	177	194	152	174	223	142

4.1.4 Des taux de plombémie moyenne en baisse

Non seulement on enregistre une baisse régulière du nombre d'enfants atteignant le seuil d'intervention -pourtant récemment abaissé-, mais même parmi les enfants atteints, on note une diminution des formes graves. La plombémie moyenne des analyses ayant conduit à un signalement en 2002 et 2003 a été d'environ 210 µg/L par litre. 75 % des valeurs de ces plombémies ont été inférieures ou égales à 230 µg/L, alors que les équipes de PMI soulignent qu'au début des années 90, les plombémies de dépistage à 500 µg/L étaient courantes. Les taux maximums observés par la mission dans les

dossiers d'Ile-de-France au cours des deux dernières années ont été toutefois de 6700 $\mu\text{g/L}$ et 2400 $\mu\text{g/L}$.

Dans ce contexte, la majorité des cas les plus sévères nécessitant une chélation sont traités en ambulatoire sous surveillance par le service de l'hospitalisation à domicile de Paris en étroite collaboration avec les deux services hospitaliers référents (hôpitaux Robert Debré et Armand Trousseau) ce qui présente de nombreux avantages : non douloureux, moins toxique et bien moins coûteux. Le praticien en charge du saturnisme à l'hôpital Robert Debré estime qu'il recevait en moyenne pour chélation 3 enfants par mois, et que depuis 2 ou 3 ans la situation s'est nettement améliorée : les plombémies très élevées deviennent exceptionnelles et le décompte des cas de chélation sur les six derniers mois de 2003 concerne au total 5 enfants.

Les plombémies ayant donné lieu à signalement se répartissent ainsi, selon les classes définies par la circulaire du 3 mai 2002 :

Tableau 6
Répartition des cas de saturnisme à Paris
selon le niveau de plombémie

Classe de plombémie	Nombre de cas signalés					
	2002		2003		Total	
II	168	76,0 %	102	78,5 %	270	76,9 %
III	37	16,7 %	21	16,2 %	58	16,5 %
IV	14	6,3 %	5	3,8 %	19	5,4 %
V	2	0,9 %	2	1,5 %	4	1,1 %
Total	221	100 %	130	100 %	351	100 %

Données DASS-LHVP / Tableau IGAS

4.1.5 Une grande disparité géographique dans l'incidence du saturnisme

La répartition géographique des cas déclarés varie aussi beaucoup selon l'arrondissement. Sur les 350 cas de 2002 et 2003 suffisamment renseignés pour être analysés par la mission, les deux tiers sont situés dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements

Tableau 7
Répartition par arrondissement des cas déclarés en 2002 et 2003

Arrondissement	Nombre de cas	%
3	11	3,1
4	5	1,4
6	1	0,3
7	1	0,3
9	7	2,0
10	24	6,9
11	28	8,0
12	9	2,6
13	4	1,1
14	1	0,3
15	3	0,9
16	1	0,3
17	24	6,9
18	113	32,3
19	84	24,0
20	34	9,7
Total	350	100,0

Données DASS-LHVP / Tableau IGAS

4.1.6 Une concentration des cas de saturnisme dans les îlots d'habitat insalubre et les squats

Plus intéressant encore, si l'on regarde de plus près les adresses des enfants intoxiqués, on constate que certains immeubles concentrent plusieurs cas dans des logements différents et que souvent ces immeubles exposés sont situés dans la même rue ou dans le même îlot d'habitat insalubre.

Ainsi sur les deux dernières années, trois rues seulement abritent 10 % des nouveaux cas parisiens (la rue Myrrha dans le 18^{ème} où ont été signalés en 2002-2003 dix nouveaux cas, le passage Goix dans le 19ème avec 11 nouveaux cas dont 5 dans le même squat irréductible, la rue de la Chapelle avec 10 cas). Plus de la moitié des cas très récents sont situés dans 38 rues seulement. C'est dire l'évidence de la relation saturnisme-insalubrité et la nécessité d'aborder toute stratégie d'éradication du saturnisme selon une démarche globale de réhabilitation de l'habitat insalubre. D'ores et déjà, lors de ses visites sur sites, notamment dans le quartier de la Goutte d'Or dans le 18^{ème}, la mission a pu constater que le vaste chantier de réhabilitation de ce secteur commençait à porter ses fruits, les nouveaux cas de saturnisme se faisant plus rares et concentrés sur les quelques rues non encore réhabilitées, malheureusement souvent envahies par des squats.

Tableau 8
Adresses des cas de saturnisme dans les rues les plus « sinistrées »
en 2002 et 2003

ADRESSE RUE	Nombre de cas par rue	Arrondissement
Passage Goix	11	19 ^{ème}
Rue de la Chapelle	10	18 ^{ème}
Rue Myrha	10	18 ^{ème}
Rue d'Aubervilliers	8	19 ^{ème}
Boulevard de Belleville	7	11 ^{ème}
Rue de Charenton	7	12 ^{ème}
Rue des Annelets	6	19 ^{ème}
Rue Poulet	6	18 ^{ème}
Avenue de Flandre	5	19 ^{ème}
Rue Buzelin	5	18 ^{ème}
Rue de Belleville	5	19 ^{ème}
Rue de l'Ourcq	5	19 ^{ème}
Rue de Maubeuge	5	10 ^{ème}
Rue du Maroc	5	19 ^{ème}
Rue Jean Robert	5	18 ^{ème}
Rue Saint Gilles	5	3 ^{ème}

Données DASS-LHVP / Tableau IGAS

4.1.7 Une activité de dépistage qui ne faiblit pas

Contrairement à ce qu'on a observé dans la plupart des départements de province, l'activité de dépistage menée à Paris depuis quinze ans environ paraît s'intensifier depuis trois ou quatre ans ; même si la rentabilité de ce dépistage baisse au fil des années, ce qui est en soi une preuve de l'efficacité de l'ensemble du dispositif. Les équipes ne relâchent pas leurs efforts, bien au contraire. Il s'agit bien en effet d'équipes et non d'individus en charge du problème du saturnisme, car à Paris encore plus que dans les autres départements, l'action de dépistage est essentiellement le fruit des efforts pluridisciplinaires de la PMI.

Tableau 9
Enfants ayant eu une plombémie de dépistage sur Paris
Entre 1992 et 2003

Année	Nombre d'enfants testés
1992	856
1993	974
1994	652
1995	607
1996	808
1997	1027
1998	725
1999	870
2000	988
2001	1223
2002	1559
2003 (11 mois)	1103
Total	9622

Données InVS-LHVP / Tableau IGAS

4.1.8 Un dispositif de dépistage et de suivi des cas reposant en grande partie sur les services départementaux de PMI

On a vu que sur le territoire, les prescripteurs de plombémie de dépistage et de suivi étaient dans les trois quarts des cas des médecins de PMI ; c'est encore plus vrai à Paris, dont le service de PMI a été pionnier en ce domaine et qui prescrit en moyenne 85 % des dépistages effectués depuis plus de quinze ans. On verra, dans l'analyse des cas de saturnisme déclarés (enfants intoxiqués) que les médecins de PMI sont aussi logiquement ceux qui signalent le plus de cas, très loin devant les médecins des bilans de santé de la CPAM, les hôpitaux et les libéraux.

La PMI de Paris dispose en effet d'un bon réseau de proximité, réparti dans tous les arrondissements mais beaucoup plus fourni dans les arrondissements du Nord-Est de la capitale, généralement habités par des familles jeunes et moins favorisées. 69 centres de protection infantile, gratuits, proposent un suivi préventif pour tous les enfants de moins de six ans, et offrent aux mères accueil, soutien et conseils d'éducation sanitaire.

Depuis 2001, dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, un accompagnement de certaines familles étrangères présentant des difficultés psycho-sociales, par le biais d'adultes relais formés à la médiation socio-culturelle, est proposé en même temps que le suivi à domicile par les puéricultrices de PMI. Sous la pression de la demande, cette intervention a du être intensifiée et étendue en 2003 aux 10^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème}, 17^{ème} et 18^{ème} arrondissements⁵⁹. Certains quartiers sont plus ciblés. En 2002, près de 9000 enfants ont été ainsi suivis à domicile par une puéricultrice de secteur.

On conçoit bien que ces professionnels, par leur proximité et leur expérience des conditions de vie des familles migrantes, soient les plus aptes à détecter un environnement à risque de saturnisme et à obtenir des mères l'adhésion à un dépistage de leurs enfants et à un suivi. Les responsables de PMI en sont bien conscients et la formation des personnels de PMI de tous niveaux leur permet de bénéficier d'une bonne sensibilisation à ce problème.

Même si probablement un certain nombre d'enfants échappent au dépistage ou si une proportion importante de ceux qui devraient faire l'objet d'une étroite surveillance sont perdus de vue, on ne peut en accuser la PMI qui effectue sans relâche et dans la durée un patient travail de porte à porte, en collaboration avec les associations représentant les diverses communautés.

On peut considérer que le maillage préventif mis en place par la PMI est globalement efficace dans les arrondissements les plus exposés. Toutefois, même dans ces arrondissements, la PMI ne peut prétendre à garantir l'exhaustivité du dépistage qu'elle effectue. Les campagnes ponctuelles de dépistage organisées par une autre institution, bilans de santé de l'assurance maladie (CPAM) ou service de santé scolaire, détectent des cas qui avaient échappé à la vigilance de la PMI.

⁵⁹ notamment pour répondre aux besoins des primo-arrivants en provenance du Sri-Lanka, de Chine et d'Europe de l'Est.

4.1.9 Les prescripteurs de dépistage complémentaires : la santé scolaire et la CPAM

- *les médecins scolaires* : depuis 1990, lors du bilan obligatoire de grande section de maternelle, à 5 ans, les médecins scolaires sont sensibilisés à la recherche de facteurs de risques et prescrivent volontiers des plombémies dans les quartiers exposés. En juin 1999 et à nouveau en mai 2001, des signalements de cas ont permis de découvrir la source probable de l'intoxication au niveau des locaux scolaires eux-mêmes et de faire le diagnostic-plomb systématique dans toutes les écoles maternelles de la ville ainsi que les travaux nécessaires.

En 2002-2003, un dépistage organisé par le service de santé scolaire a ciblé les enfants habitant des logements insalubres et scolarisés dans les écoles maternelles des 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements :

- 667 enfants ont été recensés « à risques », après avoir exclus ceux qui avaient déjà eu une ou plusieurs plombémies en PMI,
- 481 ont eu une prescription de plombémie par le médecin scolaire, mais 169 n'ont pas fait le prélèvement demandé,
- sur les 312 enfants qui ont eu une plombémie, 17 cas de saturnisme ont été mis en évidence, soit 5,4 % des enfants testés, qui ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire.

Suite à ce constat, le service de santé scolaire de la ville de Paris a décidé de poursuivre, en 2003-2004, le dépistage du saturnisme en maternelle dans tous les arrondissements, à partir de la notion de résidence en logement insalubre.

Certes, ce dépistage en maternelle apparaît moins rentable que celui effectué par la PMI au cours des toutes dernières années (rentabilité de 10 % en moyenne sur les trois dernières années pour la PMI contre 5,4 % pour la santé scolaire dans cette étude 2002). Il est aussi un peu tardif (5-6ans) âge où la plombémie, même si elle a été élevée auparavant, a déjà amorcé une descente spontanée ; la prise en charge des enfants dépistés à cet âge est, elle aussi, bien tardive. Néanmoins, cette campagne souligne le fait que des enfants avaient, jusqu'à 5 ans, échappé à un dépistage et à un suivi précoces.

Encore cette action concerne-t-elle les cinq arrondissements les plus exposés.

- le dépistage par *les médecins des bilans de santé proposés par la CPAM* : il s'agit de bilans de santé très complets à la fois cliniques et biologiques, proposés gratuitement aux jeunes enfants sur la base du volontariat. On peut considérer que les familles qui font cette démarche de prévention sont attentives en ce qui concerne la santé de leur enfant et plus informées que la moyenne dans le domaine de l'éducation sanitaire. A priori, ce n'est pas dans cette catégorie de population qu'on devrait trouver nombre de nouveaux cas de saturnisme. Néanmoins, la CPAM de Paris a mis en place un protocole de dépistage ciblé sur les mêmes facteurs de risque que ceux de la PMI et les médecins effectuant les bilans de santé prescrivent une plombémie dès qu'un enfant entre dans les critères de risque. Si 50 % des enfants accueillis résident hors paris, environ 80 % des dépistages concernent des enfants parisiens, manifestement plus exposés. Le tableau 10 montre que parmi ces enfants « tout venant » les médecins des bilans de santé ont encore repéré un nombre non négligeable d'enfants intoxiqués qui avaient échappé au criblage de la PMI. Ce qui n'est pas étonnant, comme on va le voir, car la plupart de ces nouveaux cas survient dans des familles qui ne fréquentent pas la PMI.

Tableau 10
Activité du centre d'examens de santé de l'enfant de la CPAM de Paris

Année	Nombre d'enfants consultant	Nombre de plombémies réalisées	Nombre de cas détectés
2002	10401	556	28
2003	9433	444	22

Données CPAM rue Amelot

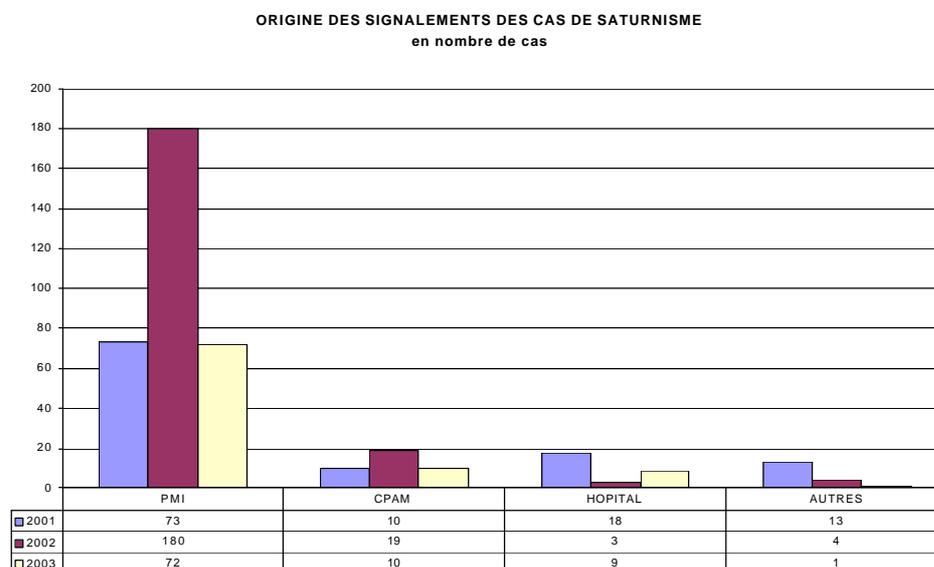
4.1.10 Des arrondissements parisiens qui semblent ne pas connaître le saturnisme ou le découvrir par hasard

En ce qui concerne les secteurs parisiens plus favorisés, la connaissance épidémiologique du saturnisme reste floue. Même s'ils ne sont pas totalement découverts, les arrondissements plus « privilégiés » du sud et de l'ouest de la capitale bénéficient d'une offre beaucoup plus clairsemée géographiquement en termes de consultations gratuites de PMI. Cette politique de la PMI se justifie dans la mesure où les familles jouissant de revenus moyens ou élevés font suivre leurs jeunes enfants par la médecine libérale, et souvent à Paris par un pédiatre au moins jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans. Mais on a vu que les médecins libéraux étaient peu au fait de cette intoxication et du suivi administratif et médico-social à mettre en place.

Ces deux éléments conjugués (moindre disponibilité de la PMI, faible implication des autres éventuels prescripteurs de plombémie que sont les médecins libéraux) interviennent sans doute dans le très faible nombre de cas de saturnisme déclarés dans les arrondissements du centre et l'ouest parisien et dans les profils particuliers de ces cas.

Les résultats du diagramme globalisent les signalements de tous les arrondissements parisiens.

Figure 11
Origine des signalements des cas de saturnisme à Paris



DASS Paris

Pour affiner les caractéristiques des cas selon leur lieu de résidence et apprécier les niveaux de couverture du dépistage proposé sur les différents secteurs de la capitale, la mission a étudié l'ensemble des déclarations obligatoires de saturnisme adressées à la DASS de Paris en 2002, soit 223 nouveaux cas parisiens. Le type d'exercice médical du médecin qui a déclaré le cas et l'arrondissement ont été notés et, chaque fois que cela a été possible, des informations sur le profil de la famille et les circonstances qui avaient amené à la prescription d'une plombémie ont été sollicitées auprès du médecin de la DASS, dans le respect du secret médical.

L'hypothèse d'une méconnaissance donc d'une non-déclaration de cas de saturnisme avérés, particulièrement dans les arrondissements de la rive gauche parisienne, s'appuie sur le constat suivant : si, dans les 5 ou 6 arrondissements où les services de PMI et accessoirement de santé scolaire s'impliquent fort, la grande majorité des cas de saturnisme détectés sont signalés précisément par ces services, il en est tout autrement si l'on considère les signalements effectués dans les arrondissements du centre et de l'ouest de la capitale, socialement plus favorisés : les rares cas de saturnisme qui y sont détectés sont signalés, certes aussi par la PMI, mais plus souvent par d'autres prescripteurs : les médecins des bilans de santé de l'assurance maladie pour la plupart, plus rarement quelques médecins libéraux ou hospitaliers.

Autre différence, il s'agit alors plus souvent d'enfants d'origine européenne, issus de familles plus favorisées, locataires en titre ou propriétaires, parfois dans des immeubles dits « de standing » ; on retrouve souvent, dans ces situations peu classiques, la notion d'un fort Pica non contrôlé chez l'enfant ou de travaux importants effectués sans précautions particulières dans le logement ou un encore de ravalement de l'immeuble. A chaque fois, tant le médecin traitant que la famille sont très surpris de cette annonce d'une pathologie qu'ils pensaient ne pas les concerner.

La mission a étudié pour les déclarations obligatoires transmises en 2002 :

- d'une part les signalements correspondants aux 8 arrondissements bien quadrillés par la PMI : les 10, 11, 12 et 13^{èmes} arrondissements et ceux, les plus « exposés », du nord-est : les 17, 18, 19 et 20^{èmes} arrondissements (tableau 11),
- d'autre part, les 12 autres arrondissements situés au centre et à l'ouest de Paris, où la PMI intervient peu, mais qui comportent aussi beaucoup d'immeubles anciens, certes généralement mieux entretenus par les copropriétés (tableau 12).

Tableau 11
Nombre de cas et origine du prescripteur dans les arrondissements où la PMI est très implantée

Prescripteur	Arrondissements								Total cas
	10 ^{ème}	11 ^{ème}	12 ^{ème}	13 ^{ème}	17 ^{ème}	18 ^{ème}	19 ^{ème}	20 ^{ème}	
PMI et santé scolaire	14	16	7	1	14	58	50	17	177
CPAM	3	3	0	0	1	5	6	2	20
Médecin libéral	2	1	0	0	0	1	0	0	4
Hôpitaux R. Debré A. Trousseau	0	0	0	0	0	0	2	2	4
Total des cas	19	20	7	1	15	64	58	21	205

Tableau IGAS

Les commentaires à apporter aux résultats du tableau 11 portent sur les points suivants :

- la rareté des cas détectés dans le 13^{ème} arrondissement - un seul cas liée sans doute à l'habitat- résulte certainement du fait que, dans cet arrondissement pourtant très peuplé de familles immigrées, l'habitat est récent. De plus, il est vrai que les familles asiatiques du 13^{ème} privilégient leur réseau de suivi médical traditionnel et que les PMI éprouvent parfois des difficultés à fidéliser ces communautés,
- le fait que, même dans ces arrondissements très surveillés par la PMI, les bilans de santé de la CPAM dépistent encore un nombre de cas non négligeable qui ont échappé au maillage de la PMI (10 %).

Mais les résultats du tableau 12 sont bien plus surprenants : si à eux seuls les 8 arrondissements du tableau 11 totalisent 205 cas, les douze autres arrondissements de Paris ne déclarent au total que 19 cas de saturnisme, six arrondissements n'en déclarent pas. Il est vrai que très peu d'enfants résidant dans ces quartiers se voient prescrire une plombémie (entre 10 et 50 enfants testés par an dans les arrondissements ouest). Certes, il ne s'agit pas du tout des mêmes profils de familles et surtout d'immeubles, mais une telle disparité est troublante, sachant que même dans l'ouest de Paris, certains logements sont anciens et dégradés. Or, dans ces secteurs où la PMI est peu sollicitée, les quelques cas détectés sont tout aussi souvent le fait de la CPAM et de médecins libéraux, comme si c'était un peu le fruit du hasard.

Tableau 12
Nombre de cas et origine du prescripteur dans les arrondissements
suis par la PMI

Prescripteur	Arrondissement												Total cas
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	8 ^{ème}	9 ^{ème}	14 ^{ème}	15 ^{ème}	16 ^{ème}	
PMI et santé scolaire	0	0	5	1	0	0	0	0	4	0	1	0	11
CPAM	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1	5
Médecin libéral	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hôpitaux R. Debré A.Trousseau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total des cas	0	0	7	3	0	0	1	0	6	0	1	1	19

Tableau IGAS

Il n'est pas question de demander à la PMI, soucieuse de concentrer ses moyens sur les familles les plus fragiles, d'élargir son domaine d'intervention, ce qui lui ferait « perdre en rentabilité » ; toutefois, la question de l'exhaustivité du dépistage se pose, à Paris comme ailleurs. Une connaissance fine de la réelle prévalence géographique de l'intoxication est un préalable à toute décision stratégique visant à impliquer davantage d'autres acteurs si cela s'avérait justifié.

4.1.11 Un suivi hospitalier des cas les plus graves et une mission de conseil aux équipes de terrain qui demande un temps médical, social et psychologique

Les deux hôpitaux considérés par les médecins et équipes de secteur comme référents en matière de saturnisme infantile sont l'hôpital Robert Debré et l'hôpital Armand Trousseau.

L'hôpital Trousseau bénéficie de la disponibilité, certes partielle, d'un praticien hospitalier très investi sur le sujet et d'une assistante sociale expérimentée, elle aussi à temps partiel pour la coordination et le suivi social des cas graves.

L'hôpital Robert Debré, de par son implantation géographique dans le 20^{ème} arrondissement, en bordure de Pantin et Montreuil, et par les caractéristiques de sa clientèle⁶⁰, assure la prise en charge de la plupart des cas graves des 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, viviers du saturnisme à Paris et de ceux des communes proches de Seine-Saint-Denis. Certes, il entretient avec les services de PMI de Paris et de Seine-Saint-Denis une collaboration fructueuse qui lui permet de passer rapidement « le relais » ; mais les trois vacations hebdomadaires accordées à un médecin attaché pour assurer, à la fois la coordination des prises en charge et le conseil aux équipes de PMI et aux médecins de province qui le sollicitent, sont manifestement insuffisantes. Ce médecin coordonnateur, pédiatre libérale, en dépit de son expérience du domaine, ne peut, faute de temps et de moyens, assurer le suivi après chélation en consultation hospitalière. L'insuffisance de disponibilité en temps de psychologue ne permet pas davantage d'évaluer les conséquences à moyen terme de ces intoxications très sévères.

⁶⁰ Clientèle pédiatrique majoritairement composée d'enfants d'origine étrangère résidant dans le Nord-Est de Paris et la Seine-Saint-Denis, dans des situations souvent précaires.

Même dans les cas très sévères dont la mission a eu connaissance en étudiant les dossiers récents de chélation à Robert Debré, les éléments de suivi psychologique longitudinal lui permettant d'évaluer d'éventuelles séquelles, n'étaient pas disponibles. Les quelques informations sur le comportement de ces enfants notées dans les dossiers médicaux correspondent aux appréciations des soignants de PMI, non validées par des bilans psychométriques.

Ainsi, trois ans après une intoxication « historique » avec plombémie à 6700 µg/L, un enfant n'a toujours pas eu de bilan psycho-moteur approfondi, la mère ne s'étant pas rendu au premier et seul rendez-vous disponible en hôpital de jour. Il en est de même pour un autre enfant dont l'intoxication sévère (2400 µg/L) remonte à juillet 2003.

4.2 Actions relevant de la responsabilité de l'Etat

4.2.1 *Les procédures conduites respectent dans leur ensemble les dispositions applicables sauf pour les ERAP*

L'examen des procédures mises en œuvre notamment à partir du logigramme détaillé figurant en annexe 10 et la discussion sur de nombreux dossiers montrent que :

- les principales dispositions légales, réglementaires et administratives existantes sont prises en compte aussi bien pour les aspects sanitaires que pour la conduite des mesures d'urgence concernant les immeubles dans lesquels vivent des enfants identifiés comme ayant un saturnisme ou les logements à risques dans lesquels se trouvent des enfants mineurs,
- l'appel à la sous-traitance a fait l'objet de marchés publics actualisés,
- dans l'état actuel des moyens des services, il n'est pas donné de suite aux ERAP ; le fait qu'ils ne soient pas lus et analysés ne peut pas permettre au préfet de mettre en œuvre si nécessaire, en tant que de besoin, les dispositions relatives au diagnostic et aux travaux comme le prévoit l'article L.1334-5 du code de la santé publique,
- la prise en compte des aspects relatifs au plomb dans les enquêtes d'insalubrité ne fait que commencer.

4.2.2 *L'efficacité des actions*

L'efficacité des actions est appréciée par une quantification des délais de traitement des différentes étapes des procédures.

4.2.2.1 *Délais de signalement des cas de saturnisme*

Le délai de signalement, décompté en jours, va de la date du prélèvement sanguin chez un enfant, qui a révélé pour la première fois une plombémie supérieure à 100 µg/L jusqu'à la date d'information de la DASS.

Les tableaux 13 et 14 montrent que :

- Les délais de signalement vont de la journée à plus de 180 jours,
- la moyenne est de 16 jours,
- Dans 90 % des cas, le délai de signalement est inférieur à 30 jours,
- Les délais moyens sont comparables quel que soit le niveau de la plombémie.

Dans quelques cas, les délais de signalement ont été longs (supérieurs à 100 jours) ; l'étude des dossiers montre qu'il s'agit de "rattrapage", par la PMI le plus souvent, de cas que certains médecins avaient négligé de déclarer. Dans un dossier, le résultat de la plombémie réalisée par un laboratoire autre que le LHVP n'avait pas été remis au médecin. Pour un autre dossier, le médecin a pensé que le LHVP allait déclarer le cas alors qu'en fait la plombémie a été effectuée dans un autre laboratoire.

Tableau 13
Délais de signalement des cas de saturnisme

Délais de signalement (en jours)	2002 et 2003
Minimum	0
Moyen	16
Maximum	181
Nombre de cas	351

Données DASS-LHVP / Tableau IGAS

Tableau 14
Délais moyens de signalement des cas de saturnisme selon le niveau de plombémie

Classe de plombémie	Délais moyens de signalement en 2002 et 2003 (en jours)	Nombre de cas
II	15	270
III	17	58
IV	21	19
V	13	4
Total	16 jours	351 cas

Données DASS-LHVP / Tableau IGAS

4.2.2.2 L'enquête environnementale

La durée de l'enquête environnementale, décomptée en jours, va de la date de signalement d'un cas d'intoxication à la DASS jusqu'à la date d'envoi du rapport fait par le LHVP. Les informations fournies portent sur 273 cas ; pour certains enfants habitant dans des logements déjà connus, il n'a pas été procédé à une nouvelle enquête environnementale.

Le tableau figurant en annexe 11 montre que la durée moyenne de l'enquête environnementale est de 47 jours. Il s'agit en fait de l'ensemble de la procédure, l'investigation en elle-même d'un logement est réalisée habituellement en une demi-journée à une journée par deux agents du LHVP (un technicien et un préleveur). Il faut ajouter à ce temps ceux d'organisation de la visite (la prise de rendez-vous avec la famille s'avère parfois longue, elle doit être coordonnée avec l'assistant sanitaire et social), de rédaction et de signature du rapport. Par ailleurs, la charge des équipes qui regroupent au total 5 techniciens, nécessite un délai d'attente. En 2003, un effort a été fait pour réduire les délais de l'enquête lorsque l'enfant apparaît fortement contaminé (classe IV ou V).

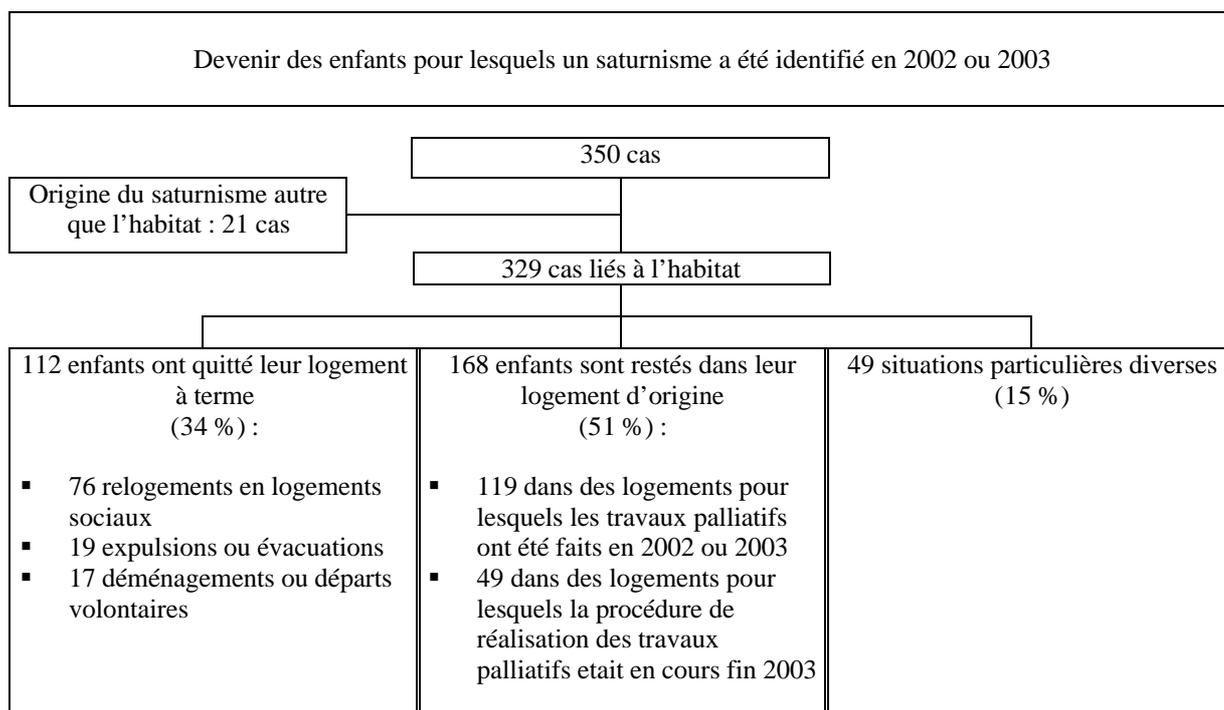
Sur les 350 dossiers, l'enquête environnementale a montré que l'origine de la contamination apparaissait liée à l'habitat dans 329 cas soit 94 % des situations.

4.2.2.3 Les actions conduites suite à l'identification d'un cas de saturnisme lié à l'habitat

Ainsi que l'indique le tableau 15 :

- pour environ un tiers des cas de saturnisme identifiés en 2002 et 2003 comme liés à l'habitat, les enfants ont quitté leur logement au terme d'une période plus ou moins longue,
- pour environ la moitié des cas, les enfants sont restés dans leurs logements d'origine qui ont fait l'objet de travaux palliatifs ou pour lesquels la procédure était en cours fin 2003,
- Pour 49 enfants, les situations apparaissent variables, il s'agit essentiellement de familles ayant quitté leur logement initial, d'enfants perdus de vue, des doubles signalements, de cas très particuliers (ambassade...), de cas pour lesquels toutes les informations datées ne figuraient pas fin décembre dans les fichiers administratifs.

Tableau 15
Devenir des enfants atteints de saturnisme en 2002 – 2003



Données DASS-LHVP-DULE / Tableau IGAS

4.2.2.4 *Durée des procédures pour les actions conduites et terminées en 2002 et 2003*

La durée de l'ensemble de la procédure va de la date du prélèvement de sang révélant un cas de saturnisme jusqu'à la date de clôture de la procédure : c'est à dire que l'enfant a quitté le logement ou, s'il est resté dans le logement d'origine, que les travaux palliatifs ont été réalisés et que leur contrôle a montré que l'accessibilité au plomb était réellement supprimée.

Dans un premier temps, l'analyse des situations ne tient pas compte de la nécessité ou non d'intervenir sur les parties communes des immeubles et la durée de l'ensemble de la procédure a été arrêtée à la réalisation correcte des travaux palliatifs dans le logement ; le rapport commente plus loin les problèmes particuliers des interventions sur les parties communes des immeubles (paragraphe 4.2.2.9).

La mission a étudié les dossiers de saturnisme liés à l'habitat pour lesquels les données concernant le déroulement de la procédure étaient exploitables, soit 201 dossiers.

Le tableau 16 et les tableaux en annexes 12 et 13 montrent que :

- En 2002 et 2003, la procédure s'est terminée pour environ la moitié des cas par le départ des enfants du logement et pour l'autre moitié par le maintien dans le logement d'origine après travaux palliatifs.
- Les durées de procédure sont très variables selon les cas, elles vont de quelques jours (dans un cas, l'expulsion est intervenue en même temps que la détection) à plusieurs mois voire près de deux ans.
- Les ordres de grandeur des durées moyennes de l'ensemble de la procédure sont comparables : environ de 250 jours pour les différentes situations avec une durée moyenne légèrement plus courte de 209 jours en cas de relogement.
- L'examen des durées moyennes montre qu'en 2003, les délais de procédure sont un peu moins longs qu'en 2002 mais une étude plus détaillée doit être menée pour savoir s'il s'agit d'une réelle amélioration de la procédure ou du fait que parmi les dossiers ouverts en 2003, seuls les plus faciles à traiter étaient terminés à la fin de cette année.
- Pour l'ensemble des cas, les durées moyennes des procédures sont globalement aussi longues (environ 250 jours) quel que soit le niveau initial de la plombémie des enfants, sauf pour les quelques cas d'enfants sévèrement contaminés pour lesquels la durée a été un peu plus courte (160 jours en moyenne pour 3 cas, respectivement 14 jours, 59 jours mais aussi 407 jours).

Tableau 16
Durée de l'ensemble de la procédure pour 201 dossiers terminés (2002 - 2003)

Durée de l'ensemble de la procédure (en jours) (Date de prélèvement de sang – date considérée de fin de procédure)	Situation finale des enfants (2002 et 2003)				
	Relogement	Expulsion ou évacuation	Déménagement	Maintien dans le logement : travaux palliatifs terminés (hors parties communes)	Ensemble des cas
Durée minimale	-3 ⁶¹	23	14	2	-3
Durée moyenne	209	265	240	270	254
Durée maximale	533	481	600	622	622
Nombre de cas	18	17	67	99	201
	9 %	8,5 %	33,3 %	49,2%	
	50,8 %				

Données DASS-LHVP-DULE / Tableau IGAS

4.2.2.5 Durées des étapes intermédiaires de la procédure

Ainsi que décrit dans les chapitres 2.2 et 3.3, la procédure d'intervention face à des cas de saturnisme comprend plusieurs étapes qui peuvent être caractérisées par les principales dates suivantes :

- La date de signature du diagnostic initial sur le logement ; à Paris, le LHVP fait en même temps l'enquête environnementale et le diagnostic technique sur le logement,
- La date de réception du diagnostic par la DULE,
- La date de notification du préfet au propriétaire des dispositions à prendre,
- La date d'accusé de réception de la notification par le propriétaire,
- La date de début de travaux,
- La date de fin de travaux,
- La date de contrôle de la bonne réalisation des travaux et du faible niveau de plomb dans les poussières.

Les durées de ces différentes étapes ont été déterminées pour les dossiers ayant fait l'objet d'une notification au cours des années 2002 et 2003. La procédure est conduite de la même façon tant que ne sont pas intervenus de relogements ou de départs des logements. L'examen des dossiers a essayé de s'appuyer sur le maximum de cas pour chaque étape, aussi le nombre d'informations retenu varie selon les étapes, il est précisé pour chacune d'elle. Les valeurs présentées ci-après portent sur l'ensemble des deux années 2002 et 2003, sans examen de l'évolution entre ces deux années.

Signature du diagnostic – Réception DULE

A compter de la date de sa signature, le délai de la transmission du dossier de diagnostic à la DULE a varié en 2002 et 2003 de 3 à 59 jours, la durée moyenne étant de 24 jours.

⁶¹ Les valeurs négatives correspondent à décisions prises en fait avant que la notification n'ait été faite par le préfet.

Tableau 17
Délai de transmission du diagnostic à la DULE – 63 dossiers

Signature du diagnostic – Réception par la DULE (2002 – 2003)	Durée en jours		
	Minimale	Moyenne	Maximale
Nombre de dossiers			
63	3	24	59

Données DULE / Tableau IGAS

Signature du diagnostic - Notification du préfet au propriétaire

La durée moyenne est de près de 50 jours. Les durées élevées correspondent notamment au fait que le diagnostic initial réalisé à l'occasion de l'enquête environnementale a du être complété.

Tableau 18
Durée entre la signature du diagnostic et la notification du préfet au propriétaire – 119 dossiers

Signature du diagnostic - Notification du préfet au propriétaire (2002 – 2003)	Durée en jours		
	Minimale	Moyenne	Maximale
Nombre de dossiers			
119	12	48	270

Données DULE / Tableau IGAS

Notification du préfet - Accusé de réception du propriétaire

La durée moyenne est d'une dizaine de jours. Les durées élevées correspondent, en général, à des problèmes d'identification de propriétaires, ce qui nécessite des enquêtes spécifiques souvent longues et difficiles pour le service. Par ailleurs, certains propriétaires ne retournent pas d'accusé de réception, ce qui oblige le service à engager une action faisant appel à un huissier.

Tableau 19
Durée entre la notification du préfet au propriétaire et l'accusé de réception retourné par le propriétaire – 117 Dossiers

Notification du préfet au propriétaire - Réponse du propriétaire (2002 – 2003)	Durée en jours		
	Minimale	Moyenne	Maximale
Nombre de dossiers			
117	0	11	177

Données DULE / Tableau IGAS

Notification du préfet - Début des travaux

Après la notification du préfet, le début des travaux peut intervenir dans des délais très variables : dans quelques cas, ils avaient été commencés avant la notification officielle du cas, dans d'autres situations, il a fallu plus d'un an pour qu'ils débutent.

Tous types de travaux confondus, la durée moyenne de démarrage est de 163 jours. Les travaux sans assistance technique sont souvent entrepris un peu plus rapidement que ceux avec assistance, ce qui s'explique par le fait qu'ils correspondent en général à des petites opérations de peinture ou de changement de plinthes par exemple. La réalisation de travaux sans assistance peut correspondre à une bonne volonté du propriétaire mais peut aussi couvrir des travaux mal préparés, effectués sans précaution et générateurs de

risques de dispersion de poussières de plomb. Les travaux d'office demandent des délais plus longs du fait de la mise en œuvre d'une procédure administrative s'il est fait appel au soutien d'une maîtrise d'œuvre pré-identifiée dans le cadre d'un marché.

Tableau 20
Durée entre la notification du préfet au propriétaire et le début des travaux
79 Dossiers

Notification du préfet - Début des travaux (2002 – 2003)					
Durée moyenne en jours	Type Travaux				Tous travaux
	Travaux sans assistance	Travaux avec assistance	Travaux d'office	Non connu	
Minimale	- 2 ⁶²	42	61	44	- 2
Moyenne	87	142	209	173	163
Maximale	182	355	454	375	454
Nombre de travaux effectués	8	37	29	5	79

Données DULE / Tableau IGAS

Durée des travaux

Par comparaison à la durée de la phase préparatoire, celle des travaux dans les logements est relativement courte, de l'ordre (le plus fréquemment) d'une à deux semaines, certains travaux se faisant même dans la journée. Une durée de travaux réduite facilite la résolution des problèmes d'hébergement de la famille hors du logement pendant leur réalisation.

Tableau 21
Durée des travaux – 79 Dossiers

Durée des travaux (2002 – 2003)					
Durée moyenne en jours	Type Travaux				Tous travaux
	Travaux sans assistance	Travaux avec assistance	Travaux d'office	Non connu	
Minimale	1	1	1	1	1
Moyenne	8	7	6	10	7
Maximale	21	50	30	32	50
Nombre de travaux effectués	8	37	29	5	79

Données DULE / Tableau IGAS

Fin des travaux - Fin des contrôles (fin de la procédure « logement »)

La durée de la période s'écoulant entre la fin des travaux et la fin des contrôles indiquant que la situation est correcte, témoigne de la qualité des travaux réalisés ; en effet, si celle-ci n'est pas suffisante, des nettoyages complémentaires doivent être réalisés notamment pour éliminer les poussières qui restent sur le sol. Les délais élevés au-delà de quelques jours correspondent à de telles situations. La durée moyenne de cette étape est comparable à celle de réalisation des travaux ce qui peut conduire à un doublement de l'hébergement des occupants hors du logement. Le prolongement de

⁶² Les valeurs négatives correspondent à des décisions prises en fait avant que la notification n'ait été faite par le préfet.

l'hébergement lorsque les contrôles montrent que la situation n'est satisfaisante peut être difficile à gérer car il faut pouvoir retrouver en urgence un appartement d'accueil et les familles peuvent ne plus accepter cet éloignement de leur domicile.

Tableau 22
Durée entre la fin des travaux et la fin des contrôles – 79 Dossiers

Durée moyenne entre la fin des travaux et la fin des contrôles (2002 – 2003)					
Durée moyenne en jours	Type Travaux				Tous travaux
	Travaux sans assistance	Travaux avec assistance	Travaux d'office	Non connu	
Minimale	1	1	1	1	1
Moyenne	12	12	3	49	11
Maximale	47	69	20	218	218
Nombre de travaux effectués	8	37	29	5	79

Données DULE / Tableau IGAS

4.2.2.6 Durées des étapes pour un échantillon de cas

En complément des évaluations présentées ci-dessus, une analyse a pu être conduite sur 60 dossiers pour lesquels la totalité de la procédure de travaux sur le logement était terminée et l'ensemble des informations renseigné. Le tableau 23 compare les durées des différentes étapes d'intervention sur les dossiers de cet échantillon et celles évaluées précédemment. Si les valeurs minimales et surtout celles maximales peuvent différer selon les dossiers pris en compte, les ordres de grandeur moyens des durées de réalisation des travaux palliatifs à compter de la détection d'un cas de saturnisme sont très proches.

Tableau 23
Comparaison des durées des étapes pour deux ensembles de dossiers

Etapes	60 dossiers				Ensemble des dossiers			
	Durée minimale	Médiane	Durée moyenne	Durée maximale	Durée minimale	Durée moyenne	Durée maximale	Nombre de dossiers
Prélèvement de la plombémie identifiant le saturnisme – Signalement à DASS	0	8	19	181	0	16	181	351
Signalement – Enquête environnementale	18	40	45	141	0	47	147	273
Enquête environnementale – Notification du préfet au propriétaire	10	34	46	270	12	48	270	119
Notification – Début des travaux	-2 ⁶³	133	142	355	-2	163	454	79
Durée des travaux	1	4	6	50	1	7	50	79
Fin des travaux – Fin de procédure	0	1	9	54	0	11	218	79
Prélèvement de la plombémie identifiant le saturnisme – Fin de procédure	105	252	267	486	2	270	622	99

Données DULE / Tableau IGAS

4.2.2.7 Des exemples de dossiers

Pour comprendre de façon plus précise les raisons des délais de réalisation des travaux, la mission a étudié des dossiers représentant des situations variées. Les opérations suivantes interviennent à peu près systématiquement, en cas de travaux avec assistance, à partir du moment de la notification faite par le préfet au propriétaire :

- Accusé de réception du propriétaire sinon deuxième envoi au propriétaire suivi, si besoin, d'une remise par huissier ; si nécessaire recherche du propriétaire réel quand il n'habite pas à l'adresse indiquée,
- Sollicitation d'un opérateur pour l'assistance technique au propriétaire ; délai pour qu'il établisse une proposition chiffrée pour son intervention,
- Sollicitation d'un opérateur pour l'assistance sanitaire et sociale ; délai pour qu'il établisse une proposition chiffrée pour son intervention,
- Réalisation des métrés par l'assistant technique pour préparer la demande à des sociétés spécialisées dans ce type de travaux,

⁶³ Les valeurs négatives correspondent à des décisions prises en fait avant que la notification n'ait été faite par le préfet.

- Demande de devis par le propriétaire à une ou plusieurs sociétés. Délais de réponse des sociétés. Choix d'une société par le propriétaire,
- Négociation des conditions d'hébergement provisoire pendant les travaux avec les familles. Détermination des dates du chantier en fonction du plan de charge de la société et des contraintes d'hébergement. Signature de l'accord (volets A et B) entre la famille et la société,
- Hébergement de la famille la veille des travaux avec l'aide de l'assistant sanitaire et social,
- Réalisation des travaux avec suivi par l'assistant technique,
- Réalisation des contrôles de fin de chantier,
- Retour de la famille dans son logement avec l'aide de l'assistant sanitaire et social.

Le tableau 24 présente les caractéristiques d'une dizaine de dossiers dont les délais vont du minimum à l'ordre de grandeur de la moyenne et à des valeurs élevées. Le délai de 30 jours à compter de la notification du préfet est très difficile à tenir même pour des travaux simples. Le délai de 3 mois prévu dans le projet de loi en cas d'hébergement de la famille peut être tenu dans des situations ne présentant pas trop de difficultés. Dans les cas où il apparaît que les délais risquent de s'allonger, la procédure de travaux d'office doit être préparée assez tôt même si ensuite elle n'a pas à être engagée ; une telle approche complexifie toutefois la gestion administrative des dossiers. En tout état de cause, il apparaît important d'assurer un suivi régulier de l'avancement des dossiers pour identifier le plus tôt possible les retards de procédure.

Tableau 24
Délai global de réalisation des travaux : Caractéristiques de quelques dossiers
traités en 2002 et 2003 à Paris

Dossier	Délai réception diagnostic – Fin des travaux (en jours)	Délai notification du préfet – Fin des travaux (en jours)	Caractéristiques du dossier
A	53	45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Très peu de travaux à faire : un chambranle de porte à repeindre, ▪ Le locataire a fait les travaux lui-même.
B	58	39	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propriétaire conciliant, ▪ Famille en vacances ce qui a permis de réaliser les travaux dans un appartement vide sans avoir à organiser un hébergement, ▪ Dossier géré pendant l'été qui était une période creuse pour l'entreprise qui a fait rapidement les devis et les travaux.
C	70	46	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôtel meublé, ▪ Faibles travaux à réaliser : repeindre deux fenêtres, ▪ Le propriétaire a fait les travaux tout seul, ▪ 2 contrôles de fin de travaux car taux de poussières trop élevé lors du premier contrôle (27 jours pour les contrôles et le nettoyage intermédiaire).
D	75	67	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logement géré par un administrateur de biens professionnel.
E	86	67	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion du logement par un cabinet immobilier professionnel, ▪ Pas de diagnostic complémentaire, ▪ Pas de refus des occupants, ▪ Travaux de plomberie effectués avant les travaux palliatifs.
F	100	93	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le propriétaire avait déjà engagé un programme des travaux lors de la notification, ▪ La réalisation d'un diagnostic complémentaire suivie d'une nouvelle notification avec accusé de réception a demandé 26 jours.
G	153	138	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60 jours entre l'accord du propriétaire et le lancement des travaux du fait de la mise en œuvre d'une procédure de relogement qui n'aboutit pas.
H	169	114	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un délai un peu long de 55 jours pour la notification, ▪ Refus d'intervention de l'opérateur d'assistance technique compte tenu du niveau d'insalubrité de l'immeuble, ▪ Nécessité de refaire un diagnostic plus complet. Re notification et accusé de réception, ▪ Mise en œuvre de travaux d'office.
I	194	182	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'un diagnostic complémentaire. ▪ 81 jours entre le nouveau diagnostic et la décision d'engager des travaux d'office. ▪ 60 jours pour la réalisation des travaux.
J	240	232	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'un diagnostic complémentaire. ▪ Refus des occupants du squat de laisser pénétrer les intervenants ; intervention auprès du TGI pour décision en référé. ▪ Changement de propriétaire au moment de la décision de choisir la société et reprise d'une partie de la procédure.

Données DULE / Tableau IGAS

4.2.2.8 Les dossiers les plus difficiles à traiter

La mission a étudié de manière approfondie les dossiers les plus difficiles à traiter. A sa demande, les services ont signalé différentes adresses ayant posé des problèmes particuliers lors de l'instruction des dossiers. Parallèlement, en considérant que la durée moyenne d'intervention est d'environ 250 jours, la mission a retenu les dossiers pour lesquels le temps de l'intervention des services dépassait cette durée. 103 dossiers de

cas de saturnisme, dont le traitement global a dépassé un an ont ainsi été présélectionnés. Il est apparu que pour 71 de ces cas, plusieurs enfants ont été intoxiqués à la même adresse. Ont alors été sélectionnées les 23 immeubles dans lesquels de 2 à 5 cas de saturnisme ont été détectés au cours des dernières années et pour lesquels les délais d'instruction sont longs, que les procédures soient terminées ou non. Pour les dossiers ainsi identifiés, un état des lieux a été fait avec la DULE (Cf. tableau annexe 14) :

- Pour 4 dossiers, le problème correspondait à un manque d'information dans la base informatique du service pour des dossiers anciens pour lesquels les données ont été récupérées au cours du temps,
- Pour les 19 autres dossiers :
 - La procédure a été engagée depuis plusieurs années, pour certains cas en 1999 ;
 - 9 sont des propriétés privées, 5 appartiennent en tout ou partie à la ville de Paris, 4 appartiennent à des bailleurs sociaux, 1 est un hôtel ;
 - 12 sont ou étaient des squats ;
 - 17 étaient ou sont des immeubles déclarés insalubres remédiables ou irrémédiables et certains relèvent du péril ;
 - Dans 5 cas, une partie de la durée de la procédure relève de la démarche administrative qui, pendant un temps, a privilégié une approche globale de l'immeuble ;
 - Pour 17 cas, une solution a été mise en œuvre (travaux palliatifs, expulsion relogement, évacuation...) ou va l'être prochainement ;
 - Dans un de ces immeubles, plus de quinze cas de saturnisme ont été détectés depuis 2000. La signature en cours d'un protocole et de baux à réhabilitation en vue de transformer l'immeuble en logements sociaux a conduit à annuler les travaux palliatifs initialement prévus en juin 2002. Le relogement des familles n'a pu débiter qu'à l'automne 2003. Le fait que les enfants aient été de longs mois maintenus dans leur environnement plombé sans travaux palliatifs a conduit à des demandes d'indemnisation auprès de la CIVI qui en a approuvé le principe ;
 - Sur un des immeubles, un partenariat expérimental a été mis en place entre la SIEMP, le service technique de l'habitat de la ville de Paris, la DASS et la DULE pour articuler les procédures de lutte contre le saturnisme et un traitement global de l'immeuble, en particulier des mesures rapides d'intervention ont été engagées pour régler les problèmes d'insalubrité empêchant les travaux d'urgence. Les travaux vont être réalisés d'office en substitution au propriétaire et une procédure d'expropriation a été engagée ;
 - Dans un autre immeuble, le propriétaire refuse de faire les travaux, le coût des travaux à réaliser d'office dépasse 90 000 euros, ce qui n'a pas permis d'engager une procédure simplifiée de marché public et a nécessité une procédure administrative de plusieurs mois ;
 - Pour un immeuble l'état d'insalubrité est tel que la mission saturnisme engage une procédure de travaux d'office pour la cinquième fois, les travaux précédemment effectués n'ayant pas tenu dans le temps.

4.2.2.9 Les parties communes

Les durées moyennes des procédures concernant les parties communes sont plus élevées que celles concernant les logements, d'une part les travaux sont souvent plus importants

et d'autre part des décisions doivent être prises lors d'une assemblée générale des copropriétaires. La durée semble se raccourcir au fil des années, il faut toutefois tenir compte du fait que les données correspondant à 2003 ne portent que sur les dossiers qui ont été clos cette année car relativement faciles à traiter.

Tableau 25
Durées moyennes des procédures portant sur les parties communes

Durées moyennes des procédures concernant les parties communes des immeubles : de la réalisation des diagnostics au contrôle de la bonne fin des travaux		
Année	Durée moyenne en jours	Nombre de dossiers
2001	549	30
2002	369	16
2003	182	5
Total	457	53

Données DULE / Tableau IGAS

4.2.2.10 Une approche plus large que les entrées "santé"

Les éléments d'évaluation ci-dessus portent sur les cas où il y a eu détection d'un cas de saturnisme chez un enfant ; mais le code de la santé publique prévoit que l'Etat doit intervenir de même lorsqu'une accessibilité au plomb est signalée dans un immeuble ou partie d'immeuble dans lequel vit un enfant mineur. Ainsi sur l'année 2003, la DULE a fait réaliser les diagnostics répertoriés dans le tableau 26, étant considéré qu'un diagnostic porte soit sur un logement soit sur les parties communes d'un immeuble, ce qui correspond souvent à des temps de travail différents. Ces diagnostics comprennent également ceux réalisés sur des immeubles pour lesquels il a été décidé suite à une réunion mensuelle DASS – DULE de faire un bilan et des actions sur la totalité de l'immeuble. Les diagnostics sont considérés comme négatifs lorsqu'il n'y a pas d'enfants mineurs dans les lieux diagnostiqués (que du plomb soit accessible ou non) et lorsqu'il n'y a pas de plomb accessible.

Au total, en 2003, 1237 diagnostics ont été réalisés dont 676 considérés comme négatifs. Environ 80 % de ces diagnostics résultent de la détection en amont d'un cas de saturnisme. 61 immeubles ont fait l'objet d'un bilan global. Une cartographie des immeubles diagnostiqués distinguant leurs niveaux de risques serait utile.

Tableau 26
Diagnostiques de logements ou de parties communes effectués en 2003 à Paris

Nombre de diagnostics réalisés en 2003			
Entrée « santé » Cas de saturnisme détectés (LHVP)		Entrée « habitat » Signalement par divers acteurs (Opérateurs DULE)	
Nombre de diagnostics positifs effectués portant sur des logements	71	Nombre de diagnostics positifs effectués sur des logements signalés	69
Nombre de diagnostics négatifs effectués portant sur des logements	17	Nombre de diagnostics négatifs effectués sur des logements signalés	174
Nombre total de diagnostics effectués portant sur des logements	88	Nombre total de diagnostics positifs effectués sur des logements signalés	243
Diagnostiques sur les immeubles déclarés prioritaires suite à la présence de cas de saturnisme (Opérateurs DULE)			
Nombre de diagnostics positifs effectués portant sur des logements	362		
Nombre de diagnostics négatifs effectués portant sur des logements	483		
Nombre total de diagnostics effectués portant sur des logements	845		
		Diagnostiques de parties communes suite à des signalements (Opérateurs DULE)	
Nombre de diagnostics positifs effectués sur parties communes	45	Nombre de diagnostics positifs effectués sur parties communes	14
Nombre de diagnostics négatifs effectués sur parties communes	1	Nombre de diagnostics négatifs effectués sur parties communes	1
Nombre total de diagnostics effectués sur parties communes	46	Nombre total de diagnostics effectués sur parties communes	15
Nombre d'immeubles pour lesquels un diagnostic global a été réalisé en 2003 : 61			

Données DULE / Tableau IGAS

4.2.2.11 Conclusion sur les délais de gestion des procédures

Le tableau 27 et la figure 12 résument les durées moyennes des principales étapes des procédures mises en œuvre pour les dossiers correspondant à des cas identifiés en 2002 ou 2003 et terminés. La figure 13 présente la durée totale des étapes allant de la notification du préfet au propriétaire à la fin de la procédure pour 60 dossiers (Cf. 4.2.2.6) pour lesquels toutes les informations sont disponibles. La figure 14 montre la distribution de ces mêmes durées de réalisation des travaux palliatifs à compter de la date de notification.

Qu'au terme de la procédure, l'enfant quitte le logement du fait d'un relogement, d'une expulsion, d'une évacuation ou d'un déménagement ou qu'il reste dans le logement et que celui-ci fasse l'objet de travaux palliatifs, il apparaît que :

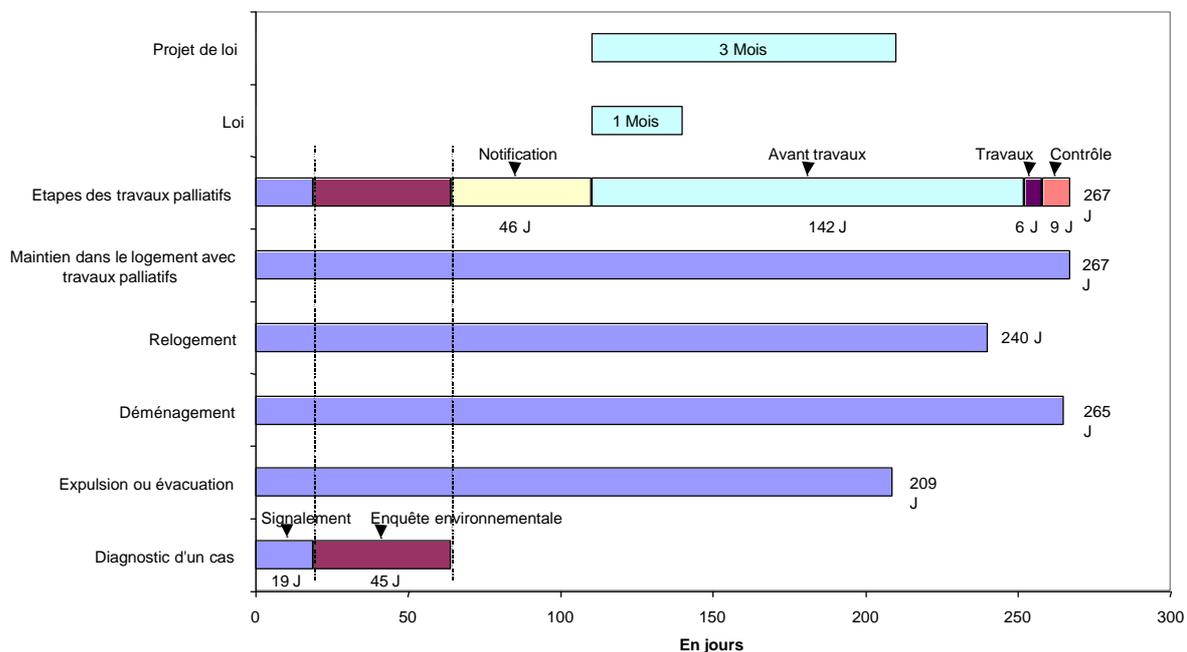
- Sur une durée moyenne totale de l'ordre de 250 jours, la phase d'identification du cas qui va de la mesure de la plombémie de détection jusqu'à la fin de l'enquête environnementale représente environ 65 jours en moyenne soit un quart de la durée totale de la procédure.
- La durée s'écoulant entre la notification et la fin des travaux qui est d'environ 157 jours soit près de 5 mois est largement supérieure au mois prévu par l'article L. 1334-2 pour la réalisation des travaux à compter de la notification, même si on tient compte des délais d'accusé de réception habituels qui sont de quelques jours.
- Dans le projet de loi modifiant le code de la santé publique, le délai de réalisation des travaux est porté à 3 mois lorsqu'il est nécessaire de prévoir un hébergement temporaire des occupants pendant le temps de la réalisation des travaux. Même si pour certains cas, notamment plusieurs traités au cours de l'année 2003 par la DULE, des délais de 30 à 100 jours ont été relevés, ils ne correspondent encore qu'à un petit nombre de dossiers et l'examen des modalités pratiques de gestion des situations montre les difficultés de réduire les délais lorsque les travaux à réaliser sont relativement importants.
- La réalisation des travaux en parties communes augmente les délais de suppression aux différentes sources d'exposition ; les 200 à 400 jours souvent nécessaires s'ajoutent parfois aux délais précédents.
- L'étude des dossiers les plus difficiles a montré que les facteurs de blocage récurrents (squats, situations déclarée d'insalubrité voire de péril) n'ont pas empêché en 2003 d'apporter des solutions pour 17 immeubles sur 19 concernés.

Tableau 27 : Durées moyennes des procédures

Durées moyennes des procédures	
Durée moyenne en jours de l'ensemble de la procédure à partir du prélèvement identifiant le cas de saturnisme	
Situation finale des enfants :	
▪ Expulsion ou évacuation	209
▪ Déménagement	265
▪ Relogement	240
▪ Maintien dans le logement avec travaux palliatifs réalisés	267
Durée moyenne en jours de l'identification du cas	
▪ Prélèvement de la plombémie identifiant le saturnisme – Signalement à DASS	19
▪ Signalement – Enquête environnementale	45
Durée moyenne en jours des étapes en cas de réalisation de travaux palliatifs	
▪ Enquête environnementale – Notification du préfet au propriétaire	46
▪ Notification – Début des travaux	142
▪ Début – Fin des travaux	6
▪ Fin des travaux – Fin de procédure	9

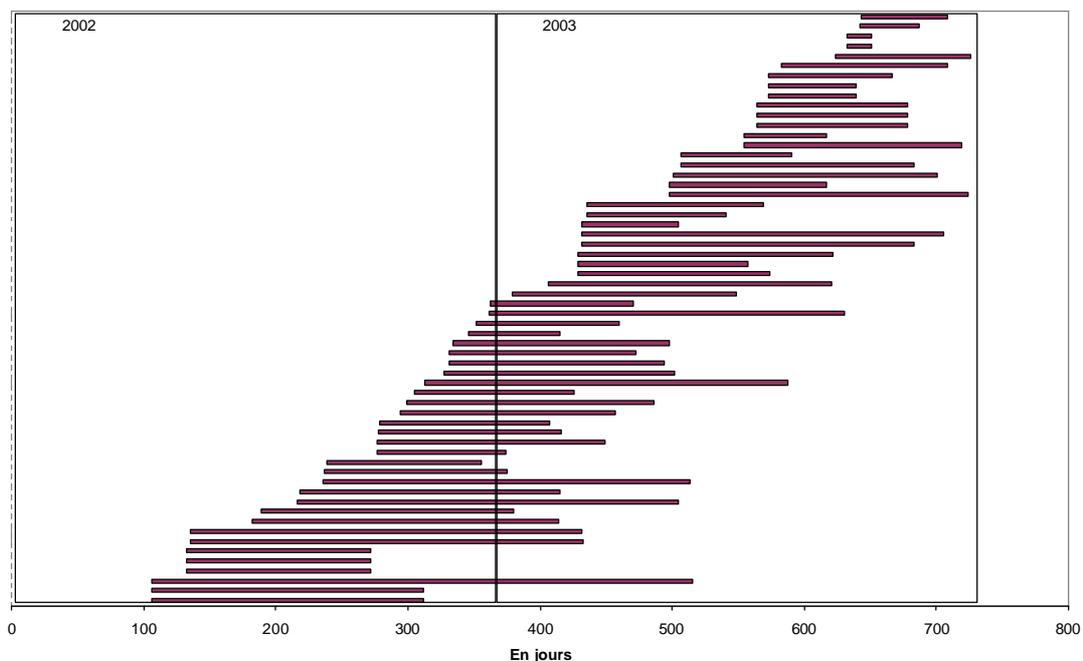
Données DASS-LHVP-DULE / Tableau IGAS

Figure 12
Durées moyennes de l'ensemble des procédures – Paris – 2002 et 2003



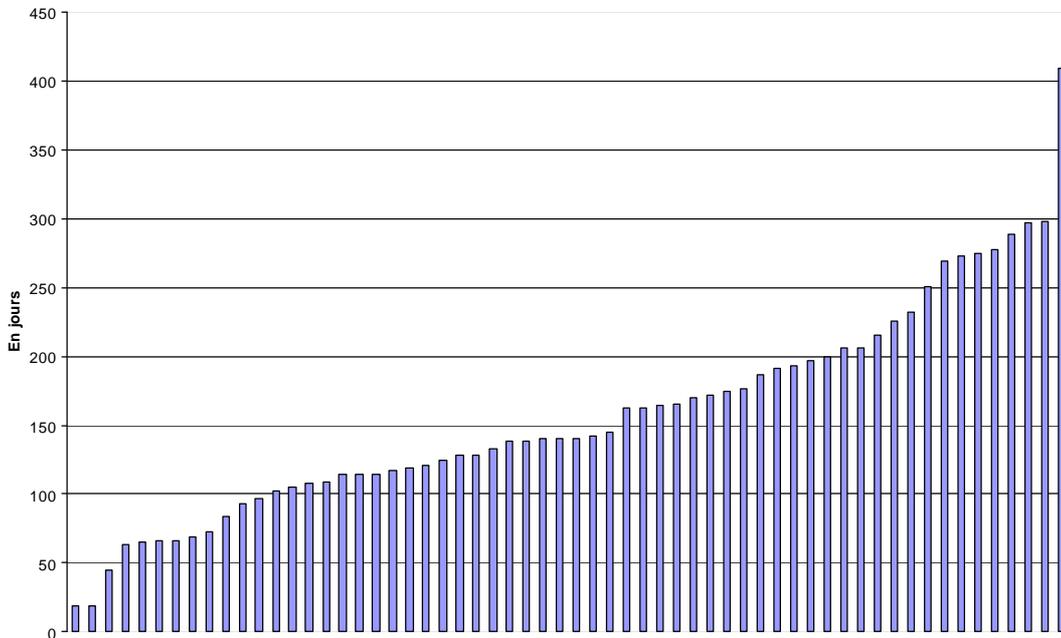
Données DASS-LHVP-DULE / Tableau IGAS

Figure 13
Délais de réalisation de 60 travaux palliatifs – Paris – 2002 et 2003
(Notification du préfet – travaux finis contrôlés)



Données DULE / Figure IGAS

Figure 14
Répartition des durées de réalisation de 60 travaux palliatifs – Paris – 2002 et 2003
(Notification du préfet – travaux finis contrôlés)



Données DULE / Figure IGAS

4.2.3 La durabilité des travaux palliatifs

Les suivis effectués montrent la pérennité des travaux palliatifs réalisés sur les murs et les plafonds sauf lorsque les supports sont humides du fait d'une insalubrité qui n'a pas pu être corrigée. A Paris, lors des travaux palliatifs, il n'est pas procédé en général au changement ou au décapage des huisseries (portes, fenêtres, dormants) mais à leur peinture. En conséquence, leur état dépend ensuite des conditions de vie dans les locaux ; des chocs ou des éraflures peuvent se produire en cas de passages fréquents. Un entretien régulier doit être fait si nécessaire.

4.2.4 L'hébergement et l'éloignement pendant les travaux

Lors des travaux palliatifs dans les logements, les occupants sont hébergés à l'extérieur sauf si les travaux sont simples et ne durent que quelques heures (ex : changement de plinthes). Les opérateurs sociaux veillent à éviter les allées et venues des familles dans les logements pendant la durée des travaux, en les aidant au besoin à déménager ustensiles et vêtements. Les lieux d'hébergement ont été conçus pour faciliter la vie des personnes et éviter qu'elles n'aient besoin d'aller rechercher dans leur appartement des objets utiles à la vie courante.

Pour les travaux en parties communes, les occupants de l'immeuble sont éloignés pendant la journée, les enfants placés par les opérateurs en garderie ou en crèche. Les

travaux et notamment les nettoyages sont conduits de façon à permettre le retour en fin de chaque journée.

4.2.5 Le contentieux

Suite à une plainte déposée par des familles habitant un immeuble situé 5 rue du Rhin dans lequel des travaux d'élimination du plomb ont été engagés par la ville de Paris, une commission rogatoire est en cours.

La CIVI⁶⁴ a rendu le 20 novembre 2003 un avis sur 5 demandes d'indemnisation de familles victimes du saturnisme. Conformément à une première décision en la matière en date de juillet 2002, la CIVI s'est déclarée favorable à l'indemnisation des familles ; une expertise médicale est en cours pour en déterminer le montant.

Face à des refus de propriétaires ou d'occupants de permettre la poursuite des procédures de diagnostic ou de travaux, la DULE a engagé, pour quelques cas par an, des actions en référé auprès du tribunal de grande instance qui a toujours donné une suite favorable.

La DULE gère un contentieux à l'amiable pour les recouvrements des dépenses occasionnées par les travaux d'office.

Pour l'aider à traiter les problèmes juridiques, la DULE fait appel à un avocat spécialisé.

4.2.6 Le degré d'atteinte des objectifs de la lettre de mission d'avril 2003 du préfet de Paris

La lettre en date du 17 avril 2003 du préfet de Paris détermine, pour une période de 5ans, de nouvelles conditions d'organisation de la lutte contre le saturnisme en fixant des objectifs, en définissant le rôle du chef de projet et celui de la mission saturnisme de la DULE, en décrivant les moyens affectés et les conditions de contrôle et d'évaluation.

A la fin de l'année 2003, la situation était la suivante :

Concernant la mission saturnisme de la DULE :

Le service est organisé comme prévu autour de 4 pôles :

- pôle opérationnel pour le traitement des immeubles et le pilotage des opérateurs : les cellules sont en place mais il manque deux responsables, ce qui nécessite des répartitions des dossiers entre les autres responsables et une mobilisation particulière du chef de la mission et de son adjointe,
- pôle comptabilité et secrétariat : les personnels sont en place et le dispositif fonctionne,
- pôle formation et sécurisation des procédures : marchés, contentieux, outil informatique : les marchés ont été mis en place et sont suivis, un outil informatique fonctionne et est adapté régulièrement aux besoins du service. Une approche de gestion de la qualité était prévue, le manque actuel de

⁶⁴Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions

moyens n'a pas permis de la mettre en œuvre. L'utilisation par les rapporteurs des données des fichiers électroniques de la DULE a été l'occasion de constater qu'il y avait de réels besoins de mise à jour permanente de la base de données et que des progrès devaient être rapidement faits pour permettre un usage encore plus efficace et partagé de l'outil informatique. L'outil informatique permet de produire des indicateurs de suivi de l'activité de la mission mais tous ne sont pas encore disponibles et la diffusion périodique aux partenaires sous forme de tableau de bord n'est pas encore opérationnelle. La mission Saturnisme a produit début 2004 un bilan d'activité pour l'année 2003 qui regroupe des informations statistiques intéressantes sur l'activité conduite,

- pôle de conduite des actions préventives et des actions articulées avec le plan d'éradication de l'habitat indigne : des actions ont été engagées plus particulièrement sur les relations avec les partenaires institutionnels mais comme indiqué précédemment le manque de moyens n'a pas permis de travailler sur les ERAP.

Le projet comprenait le renforcement des moyens pour arriver à 12 agents, actuellement le travail est limité du fait que seuls 10 agents sont présents. Par ailleurs, 6 nouveaux agents ont été recrutés, ce qui nécessite une période de formation.

L'objectif affiché de traiter 80 à 100 immeubles par an apparaît difficile à tenir actuellement même si l'équipe est très motivée et compétente.

Les crédits nécessaires au fonctionnement ont été affectés (5 millions d'euros) mais un gel budgétaire a créé des difficultés importantes pendant trois mois (mars – mai) ce qui a conduit les responsables à interrompre momentanément les procédures.

Concernant l'organisation des services de l'Etat :

- Depuis l'été 2003, la répartition des rôles a évolué selon les orientations retenues : la DASS (MISP) traite les déclarations de saturnisme et donne un avis pour la priorisation de demandes de relogement au titre de l'urgence sanitaire, de plus, une fois par mois en partenariat avec la DULE est établie la liste des 5 nouveaux immeubles à traiter en priorité,
- Les transferts d'activités de la DASS concernant la gestion des missions d'accompagnement sanitaire et social ont été assurés suite à la passation de nouveaux marchés à bons de commande, notifiés en juillet pour une durée de 3 ans,
- L'étude d'évaluation de chantiers est en cours avec les autres services de l'Etat prévus, 6 chantiers suivis sont situés à Paris, ses conclusions devraient être disponibles à la fin du premier trimestre 2004.

Concernant les relations avec les autres acteurs :

- La collaboration avec la SIEMP commencée en 2002 s'est renforcée notamment depuis que des équipes ont été mises en place et que des marchés ont été passés. L'examen des dossiers par les rapporteurs a montré que la volonté de la SIEMP se traduisait de façon efficace sur le terrain dans les solutions apportées aux problèmes rencontrés (relogement, réalisations de travaux, réhabilitation d'immeubles ...).
- La collaboration avec la ville de Paris est devenue plus positive suite à des réorganisations au sein de la direction du logement et de l'habitat de la ville de Paris.

- Les relations avec les services de la DASES ont été renforcées notamment au travers de journées d'échange et d'information.
- Suite à une réunion d'information des bailleurs sociaux, les responsables de la DULE constatent une amélioration des relations et des déblocages de situations difficiles même si des actions de sensibilisation apparaissent encore indispensables.

Concernant l'articulation entre les procédures relatives au saturnisme et celles relatives à l'insalubrité :

- A Paris, une politique de grande ampleur est lancée au titre de la convention cadre passée entre l'Etat et la ville, pour résorber l'habitat insalubre ou dégradé, à travers notamment les deux dispositifs opérationnels que constituent, pour la lutte contre l'habitat insalubre, la convention d'Aménagement passée en mai 2002 avec la SIEMP et, pour la lutte contre l'habitat dégradé, l'OAHD lancée en 2003.
- Le principe a été retenu, dans les deux processus opérationnels cités ci-dessus, ainsi d'ailleurs que dans les OPAH, de procéder à un état des risques d'accessibilité au plomb. L'adoption de ce principe mérite d'être soulignée car elle représente un tournant par rapport à des conceptions antérieures où la présence de plomb ne faisait généralement pas l'objet d'investigations systématiques en relation avec l'insalubrité ou la dégradation des immeubles. Or cette mise en relation se justifie manifestement puisque l'habitat insalubre ou dégradé constitue un vivier privilégié d'habitat à risque du point de vue du plomb, et que le repérage de ce risque permet de prioriser le traitement des immeubles ou les relogements en même temps que de tenir compte de la présence du plomb dans la conduite du chantier.

4.3 Evolution des plombémies

Compte tenu des longs délais actuellement nécessaires pour supprimer l'exposition de l'enfant à la source de plomb, il apparaît important de connaître l'évolution de la plombémie des enfants concernés pendant cette période.

A partir des fichiers fournis par la DASS et le LHVP, la mission a procédé à un examen des évolutions des plombémies pour 100 dossiers terminés pour lesquels au moins une analyse de plombémie a été réalisée après celle ayant permis de détecter le cas de saturnisme. Globalement le nombre d'analyses de suivi est relativement faible, dans la majorité des cas, il est compris entre 2 et 3.

Pour seulement 21 dossiers, on dispose d'au moins une analyse dont la date est comprise entre celle de détection de la plombémie et celle de fin de procédure et d'au moins une analyse après la date de fin de procédure.

Pour ces dossiers :

- 13 concernent des enfants qui sont restés dans des logements dans lesquels des travaux palliatifs ont été réalisés, 5 ont été relogés et 3 ont été évacués ; les plombémies sont de classes II ou III.
- Pour 18 dossiers, une diminution globale est constatée sur l'ensemble de la période ; pour 17, elle est supérieure ou égale à 80 µg/L. La diminution maximale est de 345 µg/L. Pour 1 cas, la diminution globale est faible, elle résulte d'une augmentation de la plombémie de 125 µg/L suivie d'une diminution de 140 µg/L.

- Pour les 3 augmentations globales :
 - l'une est due à une augmentation de 245 µg/L suivant une diminution de 130 µg/L (enfant habitant un logement avec travaux palliatifs),
 - une autre correspond à une augmentation de 130 µg/L suivant une diminution de 90 µg/L (enfant évacué),
 - pour la dernière les variations sont inférieures à 80 µg/L (enfant dans logement avec travaux palliatifs).
- Pour ces dossiers, il est difficile de tirer une conclusion sur l'impact des travaux réalisés car les analyses de suivi de la plombémie ne sont pas réalisées dans cet objectif et les analyses sont relativement éloignées dans le temps : la durée moyenne entre deux analyses est de d'environ 220 jours.

Face au constat fréquent d'une diminution de la plombémie dans cet échantillon, il est apparu intéressant d'analyser les évolutions sur l'ensemble des dossiers disponibles. Compte tenu de l'incertitude des méthodes d'analyse actuellement disponibles, les experts considèrent que deux analyses représentent des situations différentes lorsque leurs résultats diffèrent d'au moins 80 microgrammes par litre.

Une comparaison a été faite de l'évolution des plombémies des enfants pour lesquels la procédure est considérée comme terminée avec celles d'une part des dossiers en cours et d'autre part des saturnismes liés à une cause autre que la peinture. Les dossiers des enfants faisant partie de familles expulsées, évacuées ou ayant déménagé ont été regroupés car les durées moyennes de ces interventions sont très comparables ; ils constituent le groupe intitulé « hors logement ».

Le tableau 28 montre les évolutions de classe de plombémie entre l'analyse ayant permis de détecter le cas de saturnisme et la dernière analyse disponible.

Sur les 130 cas, la plombémie :

- est restée dans la même classe pour 36 enfants (28 %),
- a diminué d'au moins une classe pour 90 enfants (70 %),
- a augmenté d'au moins une classe pour 4 enfants, deux augmentations étant très importantes ; dans un cas elle est passée de 100 à 740 µg/L et dans l'autre de 220 à 560 µg/L.

Tableau 28
Evolution de la plombémie de 130 enfants - (2002 – 2003) - Paris

Evolution de la plombémie		Classe de plombémie de la première analyse				Total
		II	III	IV	V	
Classe de plombémie de la dernière analyse	I	65	6			71
	II	30	14	2	1	47
	III	2	6	2		10
	IV	1				1
	V	1				1
Total		99	26	4	1	130

Données LHVP / Tableau IGAS

Le tableau 29 présente les variations des plombémies par classe de 80 µg/L des groupes d'enfants.

Sur 130 dossiers :

- les variations de plombémies ne dépassent pas 80 µg/L pour 60 dossiers (42 %),

- les augmentations de plombémies concernent peu de dossiers (6 dossiers) mais dans deux cas les évolutions sont très importantes (340 et 640 µg/L),
- les diminutions de la plombémie sont constatées dans 69 dossiers (53%) ; les valeurs maximales relevées sont de 400 et 700 µg/L,
- Les situations sont voisines pour l'ensemble des groupes d'enfants.

Tableau 29
Evolution des plombémies de différents groupes d'enfants
en 2002 et 2003 (130 dossiers) – Paris

Evolution des plombémies (en µg/L) entre la détection et la dernière analyse effectuée		Différents groupes d'enfants					TOTAL	
		Hors logement	Relogés	Travaux terminés	Travaux en cours	Autres contaminants		
Nombre de cas		18	30	52	21	9	130	100%
Augmentation de la plombémie	560 - 640			1			1	1
	480 - 559							
	400 - 479							
	320 - 399				1		1	1
	240 - 319							
	160 - 239			2	2		4	3
80 - 159								
Pas d'évolution importante de la plombémie	de 1 à 79	2	4	6	3		15	12
	0		1	1			2	2
	-(1 - 79)	4	10	8	10	6	38	28
Diminution de la plombémie	-(80 - 159)	9	11	24	3	2	49	37
	-(160 - 239)	3	3	6	1		13	10
	-(240 - 319)		1	1		1	3	2
	-(320 - 399)			2			2	2
	-(400 - 479)			1			1	1
	-(480 - 559)							
	-(560 - 639)							
	-(640 - 720)				1		1	1

Données DASS-LHVP-DULE / Tableau IGAS

En conclusion, l'objectif de l'examen des données n'était pas de procéder à une étude scientifique mais de voir si de grandes tendances se dégagent. Les données actuellement disponibles ne font pas apparaître d'augmentations importantes de la plombémie de façon très fréquente ; toutefois les fichiers transmis ne comportaient que peu de dossiers d'enfants dont la plombémie initiale était élevée car ils sont suivis directement en milieu hospitalier et la mission n'a pas pu aller rechercher toutes les informations statistiques correspondantes. De plus, le fait qu'ils subissent des chélation nécessite un examen particulier au cas par cas.

Les analyses de plombémie sont adaptées au suivi médical des enfants, leurs dates ne sont pas liées aux programmes de réalisation des travaux ou des autres actions de suppression de l'exposition et il est donc difficile de pouvoir mesurer l'impact des dispositions prises sur la plombémie. Le fait que la plombémie diminue dans de nombreux cas alors que les travaux ne sont pas terminés ou que les enfants n'ont pas encore quitté les logements contaminés, laisse penser que les mesures de prévention indiquées de façon répétée aux familles ont un effet bénéfique.

Des études approfondies de ces différentes situations devraient être encouragées afin de mieux évaluer l'impact réel des actions conduites et l'effet des délais de correction des

situations. Un meilleur remplissage de la nouvelle fiche de surveillance des plombémies recueillie par le SNSSIF devrait permettre à l'InVS de donner des éléments d'évaluation.

4.4 Difficultés d'application du dispositif

L'évaluation montre qu'un grand nombre de difficultés parsèment les différentes étapes de suppression du risque. Les points de blocage les plus souvent relevés dans les dossiers sont les suivants :

- **Le problème de l'identification des propriétaires**
 Cette identification est parfois difficile, soit que le propriétaire n'aille pas chercher sa lettre recommandée, soit qu'il n'habite plus sur place (par exemple parti à l'étranger). Un dossier fait état de recherches vaines du propriétaire pendant 4 mois au terme desquels la mission saturnisme a pris le parti de réaliser les travaux d'office.
- **La réticence des opérateurs à faire des travaux palliatifs dans des immeubles trop insalubres pour que la durabilité des travaux d'urgence puisse être convenablement assurée**
 Cette difficulté, fréquente, se traduit par le blocage de dossiers en attente de travaux lourds. La mission a eu connaissance de plusieurs cas de ré intoxications, après traitement hospitalier, dans des logements en attente de décision.
- **Le problème du refus opposé par des occupants à la réalisation de travaux palliatifs**
 Leur refus est le plus souvent motivé par l'idée - parfois confortée par des associations - que la réalisation des travaux palliatifs va diminuer leur chance d'obtenir un relogement qu'ils attendent depuis longtemps. La médiation par les opérateurs sociaux apparaît à l'expérience très positive.
- **L'organisation des conditions de réalisation du chantier, de consultation des entreprises et de réservation en résidence sociale pour l'hébergement de la famille pendant les travaux**
 Ces démarches prennent environ 3 mois pour un dossier « normal » dans le meilleur des cas, dès lors qu'on a notifié au propriétaire et qu'il a accepté les travaux d'office.
- **Le problème de la disponibilité des crédits**
 Alors que les besoins de réponse sont immédiats à la suite d'un signalement santé, pendant certaines périodes, les services en charge du saturnisme ne peuvent financièrement faire face, en raison des conditions d'utilisation actuellement imposées pour les crédits de fonctionnement concernés :
 - dans des périodes de gel de crédits,
 - dans la période de fin d'année et de début de l'année suivante où il n'est plus possible d'engager,
 - éventuellement dans les périodes intermédiaires entre délégations de paiement successives.

Ces problèmes à la fois contreviennent aux enjeux de santé publique et font peser sur les services une pression supplémentaire à laquelle ils se trouvent soumis sans aucune possibilité de solution.

- **Le problème des moyens humains**

Pour Paris, deux agents de catégorie B manquent à l'effectif prévisionnel de la mission saturnisme de la DULE, ce qui ne permet pas de faire face dans des conditions satisfaisantes à deux missions pourtant essentielles, celle du contrôle de la qualité des processus et celle des marchés et de la comptabilité.

En cas d'augmentation du plan de charge de 50 %, prévisible si le problème est appréhendé dans sa globalité comme le propose la mission, les effectifs devront être adaptés.

- **Le problème des squatters**

Les dossiers les plus difficiles concernent pour une bonne part des immeubles squattés. Cette situation soulève la question de la mise en œuvre de la procédure d'expulsion. C'est en outre un cas particulièrement fréquent de refus des occupants de quitter les locaux pour la réalisation des travaux.

- **Le problème de l'hébergement provisoire**

On est ici dépendant du parc d'accueil, notamment en résidences sociales, qui est limité et pourrait l'être de plus en plus, par un effet de congestion lié au fait que certaines familles en situation irrégulière, ne pourraient être relogées tant que leur situation ne sera pas régularisée.

A défaut, les opérateurs ont recours aux hôtels meublés, mais l'absence de cuisine est un motif d'insatisfaction voire de refus de la part des familles. En outre, dans un passé récent, certains de ces hôtels se sont avérés exposés au risque plomb et plusieurs cas de saturnisme infantile y ont été détectés. La liste des adresses d'hôtels suspects est désormais diffusée par la DASS de Paris à tous les services sociaux et associations pour les inviter à ne pas y adresser de familles avec enfants, ce qui a un effet très incitatif sur les propriétaires de ces hôtels dans la réalisation rapide des travaux de protection nécessaires.

- **Le problème du relogement**

C'est assurément le problème le plus difficile, notamment lorsque l'insalubrité de l'immeuble a atteint un stade d'avancement tel que les travaux palliatifs deviennent impraticables, leur durabilité ne pouvant plus être assurée.

Il faut à la fois souligner :

- un problème de délai incompressible de 3 mois au minimum, même lorsqu'une priorité forte est accordée sur le contingent du Préfet ou de la Ville, car il faut tenir compte de la procédure d'acceptation par le bailleur. Le délai est souvent plus long, en cas de refus successifs des bailleurs, face à des familles aux ressources très faibles et/ou irrégulières.

- un problème d'inadaptation du parc disponible à certains besoins spécifiques des familles touchées par le saturnisme, notamment le besoin de grands logements, peu nombreux actuellement dans le parc social. Le refus de décohabitation, souvent exprimé par les grandes familles polygames ne facilite pas les recherches.

Plus généralement, c'est tout le problème du développement nécessaire de l'offre de logements sociaux qui est posé. Un recensement des demandes de relogement sur Paris a permis d'estimer que le délai moyen d'attribution d'un logement de cinq pièces dans la capitale, pour une famille dont la solvabilité répond aux critères de ressources requis pour un logement en HLM, hors situation impliquant un relogement prioritaire, est de 32 ans (valeur estimée par un calcul comparant le nombre de candidatures au flux de réalisation et de libération des logements).

A Paris, depuis quelques mois, la SIEMP développe un programme intéressant d'opérations « passerelles » en aménageant des résidences de 2 à 4 pièces confortables, à proximité des adresses exposées, pour l'hébergement provisoire des familles d'enfants intoxiqués. Dès qu'un logement insalubre est définitivement libéré, la SIEMP en assure la réhabilitation à cette fin. Cette politique commence à porter ses fruits en termes de réduction des délais et d'acceptation des occupants provisoires. Mais le problème de la congestion de ces logements émerge déjà.

5 ACTIONS CONDUITES EN SEINE-ST-DENIS ET DANS LES HAUTS-DE-SEINE – EVALUATION

5.1 Prévention et lutte contre le saturnisme en Seine-Saint-Denis (93) - Résultats des actions menées

Historiquement, la Seine-Saint-Denis, ou tout au moins quelques communes de ce département, s'est impliquée tôt et de façon intensive dans cette démarche. Les services départementaux de PMI en étroite collaboration avec le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) d'Aubervilliers, pionnier dans ce domaine, ont démarré dès 1988, en même temps que la PMI de Paris, un dépistage ciblé venant confirmer la réalité du problème. La gravité des premiers cas dépistés dans cette commune et la forte prévalence des cas observés dans les communes voisines ont entraîné une sensibilisation de certains responsables locaux qui en ont fait une priorité de santé publique.

En 1994, la DDASS 93 a initié le programme départemental de lutte contre le saturnisme avec mise en place d'un comité de pilotage réunissant l'ensemble des partenaires : DDASS, préfecture, conseil général (PMI), CPAM, CRAMIF, Santé scolaire, élus de communes, associations (PACT ARIM). En 1997, un Programme régional de « lutte contre le saturnisme et de résorption de l'habitat insalubre » (inclus dans le programme régional d'actions prioritaires de santé) porte le problème à l'échelon régional.

L'application de la loi du 29 juillet 1998 implique un nouveau partenaire, la Direction départementale de l'Équipement. Les entretiens menés par la mission avec les services de la DDASS et de la DDE permettent d'affirmer la qualité de la collaboration de ces services de l'État sur le sujet.

En 2000, l'ensemble du département a été classé zone à risques d'exposition au plomb par arrêté préfectoral. Par ailleurs, un courrier adressé fin décembre 1999 par le préfet aux maires des quarante communes du département a entraîné une relative mobilisation de communes jusque là peu investies dans le dépistage, ce qui s'est traduit par une augmentation des signalements d'adresses insalubres à la DDASS en vue de diagnostics plomb.

Selon le recensement INSEE 1999, le nombre de logements construits avant 1948 dans ce département se chiffre à 131 000 soit 25% du parc du département ; une étude réalisée en 1992 par le PACT ARIM estimait le nombre de logements à risques plomb (habitat dégradé et/ou sur occupé) dans une fourchette de 15 000 à 20 000 logements. Le nombre d'enfants potentiellement exposés dans le département 93 était estimé à 9000.

5.1.1 Le dépistage

5.1.1.1 Les activités de dépistage en Seine-Saint-Denis sont surtout concentrées sur quelques communes bien impliquées

Le système de surveillance du saturnisme infantile en Ile-de-France, mis en place dès 1992 avec l'appui des tutelles sanitaires DDASS et DRASS, permet de suivre l'évolution du dépistage et de ses résultats, sachant que ce réseau de surveillance a été surtout alimenté pendant des années par Paris et la Seine-Saint-Denis. Entre 1992 et 2001, 10 680 enfants ont été testés, dont 10 214 âgés de moins de six ans.

L'activité de dépistage est toutefois très hétérogène ; sur les 40 communes du département, seules 13 testent régulièrement plus de 50 enfants par an. Le tableau suivant montre bien que ce sont surtout quatre communes (Aubervilliers, Saint-Denis, Pantin et Montreuil) qui testent une proportion importante d'enfants de moins de six ans. 41 % des dépistages effectués sur le département sont le fait de la commune d'Aubervilliers dont le médecin chef du SCHS, dès le début, s'est investi sur le dossier du saturnisme, dont il est devenu expert reconnu. Pourtant, même si les populations africaines récemment immigrées sont plus concentrées sur Aubervilliers et Saint-Denis, les cartes d'habitat et de densité de population infantine par commune révèlent que l'habitat ancien et insalubre touche toutes les communes du département.

Tableau 30
Répartition géographique du nombre d'enfants testés dans les 13 communes de Seine-Saint-Denis ayant effectué au moins 50 tests de premier dépistage (1992-2001)

Commune de Seine-Saint-Denis	Nombre d'enfants de moins de 6 ans testés	Proportion moyenne annuelle d'enfants de moins de 6 ans testés
Aubervilliers	4087	8,06%
Saint-Denis	2327	3,24%
Pantin	1703	4,19%
Montreuil	596	0,90%
Saint-Ouen	271	0,90%
Romainville	159	0,85%
Bagnolet	140	0,55%
Stains	135	0,50%
L'Ile-Saint-Denis	101	1,73%
Pierrefitte-sur-Seine	102	0,48%
Drancy	89	0,20%
Le Pré-Saint-Gervais	82	0,64%
La Courneuve	47	0,15%
Total Seine-Saint-Denis	10214	0,95%

D'après InVS – RNSSIF

5.1.1.2 Une diminution régulière et importante du nombre de nouveaux cas déclarés

Comme partout en Ile-de-France, la tendance à la diminution du nombre d'enfants dépistés positifs s'accroît. Cette évolution n'est en aucun cas à relier à un relâchement du dépistage par la PMI, qui, d'après ses rapports annuels d'activité, maintient une activité de primo-dépistage très stable, autour de 1000 enfants par an. En 2002, le dépistage effectué par la PMI dans 18 communes du département a concerné 2,4% des enfants consultant dans les centres PMI de ces communes.

Cette stratégie de dépistage, depuis sa mise en œuvre en 1988, a permis de dépister 2515 enfants intoxiqués dont 96 gravement atteints.

Tableau 31
Répartition par année du nombre de nouveaux cas de saturnisme sur la Seine-Saint-Denis comparativement à Paris, aux Hauts-de-Seine et à la France entière.

Année	Paris (75)	Seine St Denis (93)	Hauts de Seine (92)	France
1992	645	464	76	1248
1993	540	468	45	1167
1994	255	518		932
1995	221	338	19	739
1996	265	364	18	728
1997	296	159	19	535
1998	177	153	41	432
1999	194	173	25	451
2000	152	142	16	367
2001	174	91	15	336
2002	225	75	25	NC
Total	3144	2945	382	6935 (hors 2002)

Source RNSSIF-DDASS

En 2002, les 75 nouveaux cas viennent en majorité des trois communes « actives » dans le dépistage à savoir Aubervilliers, Saint-Denis, Pantin, sans qu'on puisse savoir si les communes voisines connaissent la même évolution favorable. Sur ces 75 nouveaux cas, 65 (87%) ont été signalés par des médecins de PMI. Comme ailleurs, la proportion de médecins libéraux ou de centres de santé parmi les prescripteurs reste faible.

5.1.1.3 Un suivi des enfants exposés au risque

En 2002, suite à des signalements santé ou habitat auprès de la DDASS, 1850 familles ont été incitées à conduire leur enfant chez un médecin pour bilan et plombémie. Avec Paris, la Seine-Saint-Denis est le département qui contrôle le plus souvent les plombémies des enfants ; non tant ceux détectés comme intoxiqués, qui sont cependant re-contrôlés pour 78% d'entre eux contre 67% à Paris et 63% dans les Hauts-de-Seine, que surtout ceux dont le primo-dépistage a été négatif mais qui vivent dans un environnement à haut risque plomb. (34% contrôlés en Seine-Saint-Denis contre 21% à Paris et 13% dans les Hauts-de-Seine)

Cette mesure renforce bien évidemment la prévention de cas graves. En 2002, le suivi par plombémie a concerné 585 enfants.

5.1.1.4 *Des services et des élus locaux résolus à aller plus loin*

Ces efforts, néanmoins, restent le fait de quelques communes et de quelques acteurs institutionnels. Les responsables sanitaires départementaux estiment que le dépistage est loin de couvrir l'ensemble des besoins. Selon eux, ce département, par ses caractères de précarité de la population et son nombre de logements anciens et peu entretenus, demeure très exposé au saturnisme, même si les chiffres annoncés paraissent indiquer une évolution favorable.

Afin d'améliorer le dispositif de prévention et de dépistage et de renforcer le lien entre saturnisme et insalubrité, la DDASS en partenariat avec la DDE et le Conseil Général a mis en place en 2003 des groupes de travail par thème d'action.

Une convention de partenariat entre le département et la CPAM⁶⁵ a permis d'étendre le dépistage à une dizaine de nouvelles communes en 2002-2003 et d'élaborer des recommandations en direction des femmes enceintes suivies en PMI.

Les efforts des équipes d'Aubervilliers commencent à essaimer. Les élus des communes voisines, au vu des adresses insalubres que leurs envoie la DDASS, manifestent un souci nouveau de s'engager sur ce problème. Lors de la journée d'échanges du 11 février 2004 organisée par le Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, les équipes d'Asnières, Clichy et Vitry ont restitué leurs initiatives et confronté leurs difficultés en vue de capitaliser les expériences de chacun.

5.1.2 *Les mesures mises en œuvre*

Au cours des années, une organisation administrative a été mise en place. La cellule « saturnisme » de la DDASS a été placée au sein du pôle social. Le logigramme décrivant les procédures de lutte contre le saturnisme, établi par les services locaux, figure en annexe 15. Les points essentiels sont les suivants :

- La réception des signalements est assurée par le médecin inspecteur de la DDASS. Pour favoriser les relations avec les services de la PMI qui détectent la plupart des cas, des rencontres régulières sont organisées entre la DDASS et les référents « saturnisme » du conseil général qui assurent la liaison avec les médecins de terrain. Les dossiers sont répertoriés ; une numérotation des dossiers a été définie entre les services concernés pour faciliter les interventions administratives.
- Les signalements sont communiqués à la DDE qui fait réaliser le diagnostic technique de l'immeuble et un état de son occupation par un des opérateurs retenus dans le cadre d'un marché public. La même démarche est suivie lorsqu'il s'agit du signalement d'une accessibilité au plomb dans un local. Les diagnostics sont présentés en suivant un modèle de rapport afin d'assurer une information précise et globale. Une pré-visite est faite sur les parties communes de l'immeuble. Plusieurs SCHS ont été désignés comme opérateurs.
- La DDE transmet les diagnostics à la DDASS qui les analyse. Si la cause du saturnisme n'apparaît pas être l'habitat, le service santé - environnement de la DDASS procède à une enquête pour essayer d'identifier l'origine réelle du cas détecté. En cas de problème lié à l'habitat, le MISP adresse une lettre aux familles de l'immeuble ayant des enfants mineurs pour les informer et les inviter à prendre

⁶⁵ 61000 euros accordés par la CPAM du 93 en 2002

contact avec un médecin (environ 1500 courriers par an). Plusieurs villes font une information préventive sur les risques liés au plomb, d'autres utilisent les services d'une association (Comité d'Aide Médical).

- Sous la signature du préfet, la DDASS notifie au(x) propriétaire(s) une injonction de travaux.
- Si le propriétaire accepte de réaliser les travaux, une assistance technique et une assistance sociale lui sont proposées. Si le propriétaire n'effectue pas les travaux, une procédure de travaux d'office est engagée par la DDE. La DDASS donne son accord préalable au démarrage des travaux en veillant à la mise en sécurité des personnes vivant dans l'immeuble. Lors des travaux dans les appartements, les occupants sont hébergés ailleurs, le plus souvent en hôtel. Pour les travaux en parties communes d'immeubles, les occupants sont évacués ou éloignés pendant la journée selon les cas.
- Un contrôle est réalisé en fin de travaux par un opérateur technique.

Les services ont commencé l'écriture de logigrammes détaillant les étapes des processus appliqués aux différents types de dossiers.

5.1.3 Les ERAP

En Seine-Saint-DENIS, la DDASS a reçu en 2002 environ 1500 ERAP. Les ERAP sont enregistrés dans un fichier électronique puis examinés. Un tableau d'information est transmis une fois par an aux communes concernées ainsi qu'à la PMI. La DDE et l'ANAH reçoivent également une information. Des diagnostics ont été réalisés en cas de présence d'enfants et de présence de plomb accessible importante, mais il s'avère qu'aucune notification n'a été faite à des propriétaires ; la mission s'interroge sur l'intérêt d'une telle démarche. Une étude de la qualité des ERAP a été réalisée. Quand la qualité de l'ERAP apparaît insuffisante, des compléments sont demandés à l'opérateur. Certaines communes débutent une cartographie des ERAP.

5.1.4 La relation insalubrité – saturnisme

En Seine-Saint-Denis, une politique active s'engage en faveur de l'éradication de l'habitat indigne, dans le cadre d'un plan départemental, avec 6 protocoles de coopération Etat-Ville déjà passés. La volonté est de mettre en valeur la synergie entre la lutte contre le saturnisme et la lutte contre les autres formes d'insalubrité générale, l'une et l'autre se renforçant mutuellement dans la détection comme dans l'incitation à la résorption. En particulier, la commune d'Aubervilliers, qui a été pionnière et qui est en pointe dans la lutte contre le saturnisme, est engagée plus globalement dans la lutte contre l'habitat indigne, avec notamment la mise en place de deux OPAH Rénovation Urbaine respectivement pour les deux quartiers les plus difficiles, complétées ailleurs par une OPAH simple et par une MOUS pour le secteur diffus. D'autres OPAH de rénovations urbaines sont engagées ou en préparation. Une MOUS insalubrité est par ailleurs mise en place à Montreuil, cependant qu'à Pantin, s'engagent à la fois une OPAH de rénovation urbaine et une Convention Publique d'Aménagement avec une Société d'économie mixte.

Un guide technique a été établi pour préciser les missions de la DDASS et des services communaux d'hygiène et de santé et leur articulation avec les pouvoirs des maires en

matière d'insalubrité en s'appuyant sur le règlement sanitaire départemental et différents articles du code de la santé publique. La fréquence des problèmes d'habitat insalubre a conduit la DDASS à proposer la création d'une délégation permanente « habitat insalubre » au sein du conseil départemental d'hygiène afin de permettre des débats plus approfondis sur ce sujet en y incluant en particulier les problématiques liées au relogement ou à l'hébergement.

Une étude doit être engagée début 2004 par la DDE et la DDASS pour dresser le bilan de l'état d'exécution des arrêtés d'insalubrité. En 2004, le service santé - environnement de la DDASS va commencer à procéder à une mesure systématique du plomb dans les peintures lors des enquêtes d'insalubrité.

5.1.5 Les principaux problèmes rencontrés

Même dans les cas d'intoxication saturnine importante, la difficulté de trouver un logement dans les délais prescrits fait que des familles d'enfants présentant une plombémie sévère ne sont parfois toujours pas relogées plusieurs mois après l'hospitalisation de l'enfant pour chélation.

L'augmentation des dossiers à instruire a conduit les services à faire appel à la sous-traitance auprès de plusieurs opérateurs spécialisés. Cette assistance permet de faciliter la réalisation des actions. Les problèmes financiers comme ceux rencontrés en 2003 suite au gel de crédits ont des conséquences très importantes : dans le cas particulier, les diagnostics ont été arrêtés pendant plusieurs semaines.

Une assistance sociale importante peut être apportée à certaines familles jusqu'à la réalisation des travaux. Le relais avec les assistantes sociales du secteur pour maintenir le suivi social s'avère souvent nécessaire.

Le manque de logements et le coût des hôtels rendent difficiles les montages des hébergements temporaires pendant les travaux. Les désaccords de certaines familles sur les hébergements provisoires proposés ont bloqué la poursuite de dossiers.

Comme à Paris, les services constatent parfois que des propriétaires ayant reçu des injonctions réalisent des chantiers « sauvages » qui engendrent en général des risques accrus pour les occupants des logements du fait des poussières émises. Dans l'attente du projet de lois modifiant le code de santé publique, les services rencontrent beaucoup de difficultés pour intervenir.

De même, la pérennité des travaux palliatifs est menacée à court terme par la persistance des problèmes d'insalubrité.

Les services n'ont pas eu à gérer des contentieux avec des personnes vivant dans des logements dans lesquels du plomb était accessible ou avec des associations pouvant les représenter mais avec certains propriétaires.

5.2 Prévention et lutte contre le saturnisme dans les Hauts-de-Seine (92) - Résultats des actions menées

Ce département, contrairement au précédent, présente la particularité d'une très grande diversité de population et de qualité de l'habitat selon les secteurs. Ainsi des communes « riches » ou d'habitat récent comme Neuilly, Levallois, Suresnes ou Chaville y côtoient des communes à quartiers anciens très dégradés, notamment dans le Nord du département 92 : Clichy, Asnières, Colombes, Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne représentent à elles seules le quart des logements anciens.

Au total, le département 92 recense 230 800 logements construits avant 1948, soit beaucoup plus que le 93 ; certes, beaucoup sont bien entretenus, mais des îlots insalubres bien connus persistent, parfois tout près de quartiers bourgeois rénovés.

5.2.1 Le dépistage

5.2.1.1 Une activité de dépistage très insuffisante

Eu égard à l'ancienneté de son parc immobilier et à la situation socio-économique très contrastée de ses populations avec des quartiers regroupant en proportion notable des familles immigrées, le dépistage enregistré sur ce département est notoirement insuffisant pour l'objectif annoncé de détection des enfants intoxiqués en vue de leur prise en charge et à moyen terme d'éradication du saturnisme.

A titre indicatif, sur dix ans (1992-2001), le département des Hauts-de-Seine a testé 942 enfants dont 866 de moins de six ans, cependant que le 93 en testait 10860 et Paris 8730.

Quand Aubervilliers teste sur dix ans 8 % des enfants de moins de six ans et Pantin 4,2 %, la commune du 92 la plus active - Clichy - teste 0,5 % des enfants dans cette tranche d'âge, à typologies de populations et d'habitat comparables.

Tableau 32
Répartition géographique du nombre d'enfants testés dans les 5 communes des Hauts-de-Seine ayant effectué au moins 50 tests de premier dépistage (1992-2001)

Communes des Hauts-de-Seine	Nombre d'enfants de moins de 6 ans testés	Proportion annuelle d'enfants de moins de 6 ans testés
Clichy	196	0,50%
Asnières-sur-Seine	161	0,26%
Gennevilliers	121	0,36%
Suresnes	75	0,23%
Issy-les-Moulineaux	66	0,16%
Total Hauts-de-Seine	866	0,08%

D'après InVS – RNSSIF

5.2.1.2 *L'incidence des nouveaux cas est à l'évidence très sous estimée*

En dix ans (1992-2001), les Hauts-de-Seine annoncent 357 intoxications au total, contre 2870 pour la Seine-Saint-Denis et 2919 pour Paris.

Dans la mesure où l'activité de dépistage s'est montrée très molle, la détection de cas d'intoxications reste peu importante et très probablement fort incomplète. Ce sont les mêmes trois communes citées plus haut qui totalisent sur dix ans d'activité entre 17 et 27 cas chacune, ce qui est très faible pour une longue période dont les premières années étaient dans d'autres départements riches en nouveaux cas.

5.2.1.3 *Un sursaut tout récent des responsables départementaux*

Prenant conscience de cette insuffisance, les acteurs locaux de santé publique, après avis des médecins de PMI, ont entrepris de sensibiliser l'ensemble des acteurs de santé dès 2003. L'identification des obstacles par la DDASS a mis en évidence des facteurs bien connus ailleurs : qualité des examens de plombémie, non-implication des médecins libéraux, information insuffisante de l'ensemble des professionnels, coût des frais de laboratoire constituant un frein pour certaines familles, rareté de l'hébergement provisoire...

Suite à cette analyse des difficultés locales, une convention entre la DDASS, le Conseil général et la CPAM va permettre en 2004 d'assurer la gratuité des dosages de plombémie pour les familles sans couverture sociale et la prise en charge à 100 % des frais de chélation. Cette convention a pour objectif en 2004 de permettre le dépistage de 1000 enfants de 1 à 6 ans habitant dans des logements anciens, sur les 4 communes situées dans des zones à risque élevé : Clichy, Asnières, Colombes et Gennevilliers. Si au terme de six mois, l'expérience s'avère concluante, cette campagne sera étendue à l'ensemble du département.

Les expériences des communes d'Asnières et de Clichy présentées en février 2004 à la journée d'échanges organisée par le Pôle national de lutte contre l'habitat indigne sont déjà encourageantes pour l'avenir.

5.2.2 *Les mesures mises en œuvre*

Le logigramme, établi par les services locaux, décrivant les procédures mises en œuvre figure en annexe 16. Les services de la DDASS et de la DDE indiquent qu'ils ont largement tenu compte de l'expérience de leurs collègues parisiens. Ils sont en train d'acquérir le même outil informatique que celui mis en place à la DULE. Les points essentiels de la procédure retenue sont les suivants :

- Suite au signalement d'un cas de saturnisme à la DDASS (« signalement santé »), une enquête environnementale est réalisée par le service santé environnement de la DDASS (un ingénieur et un technicien), un premier diagnostic « plomb » est réalisé (4 à 5 mesures de plomb par pièce). Des copies du rapport d'enquête sont adressées au MISP, au médecin déclarant, à la famille, au SCHS lorsqu'il en existe un, au conseil général (suivi social) et au service de lutte contre les exclusions de la DDASS pour examen éventuel d'un relogement.
- Si l'origine du saturnisme est liée à l'habitat, la DDASS et la DDE cosignent une demande de diagnostic à un opérateur (Pact Arim). Le diagnostic porte dans un

premier temps sur le logement dans lequel vit l'enfant atteint de saturnisme et sur les parties communes, puis sur les autres logements de l'immeuble dans lesquels vivent des enfants en bas âge.

- Une notification de travaux est adressée au propriétaire qui souvent accuse réception mais aussi peut ne pas réagir. Lors des travaux dans le logement, les occupants sont hébergés à l'extérieur, le plus fréquemment à l'hôtel. Certaines familles refusent pour différentes raisons (éloignement de l'école ...). Dans le cas de travaux dans les parties communes, les occupants sont éloignés pendant la journée.
- Si nécessaire, des travaux d'office sont décidés ; ils sont conduits par la DDE.
- Le suivi du déroulement des travaux est assuré par un opérateur et la DDE. La DDASS procède au contrôle final des travaux.

Dans le cas d'un signalement d'accessibilité possible au plomb dans un logement (« signalement habitat »), la DDASS procède à une enquête et effectue des mesures de plomb. Si des enfants vivent dans le logement, un courrier est envoyé à la famille pour lui conseiller d'adresser leur(s) enfant(s) en consultation. Le service de secteur de la PMI est informé.

Dans environ 2/3 des cas, les locaux sont insalubres. Lorsqu'il y a sur-occupation, souvent les travaux palliatifs ne résistent pas très longtemps.

Une mission interservice « habitat » animée par le sous-préfet à la ville, réunit les services concernés environ toutes les 6 semaines.

Au sein de la DDE, la personne chargée du suivi des dossiers concernant le saturnisme travaillait initialement à l'ANAH, elle a rejoint une section constituée spécialement sur l'habitat dégradé tout en gardant une fonction de délégué adjoint de l'ANAH.

Des marchés ont été passés récemment pour disposer de diagnostiqueurs, d'une maîtrise d'œuvre pour la réalisation des travaux d'office. Un marché a été lancé pour un accompagnement sanitaire et social ; en attendant, le suivi social est assuré par les services médico-sociaux des villes.

A chaque fois que cela est possible, lors de travaux palliatifs dans les parties communes, plutôt que de ne traiter que des petites portions, la totalité de la cage d'escalier est refaite, ce qui jusqu'ici a toujours été accepté par les propriétaires.

5.2.3 *Les ERAP*

Dans le département des Hauts-de-Seine, en 2002, la DDASS a reçu un peu plus de 1800 ERAP. Elle les enregistre dans un fichier électronique, les étudie puis les classe selon qu'il y a ou non accessibilité au plomb. Une information portant sur les ERAP positifs est transmise chaque trimestre sous forme de tableaux aux communes concernées. Le MISP adresse une information comparable à la PMI. Jusqu'alors, il n'a pas été réalisé de diagnostic dans un logement pour lequel un ERAP positif a été transmis. Une étude est en cours sur la qualité des ERAP.

5.2.4 *La politique de l'habitat*

Dans les Hauts-de-Seine, deux conventions Etat-Ville sont déjà passées, une troisième est en projet. Des processus opérationnels se lancent ou sont en préparation avec une OPAH, rénovation urbaine engagée à Asnières et 3 autres à l'étude sur Gennevilliers.

5.2.5 *Les principaux problèmes rencontrés*

Les crédits accordés par l'administration centrale paraissent suffisants mais des difficultés ont été rencontrées dans la gestion de ces crédits du fait d'une part de leur gel, qui a conduit à arrêter les diagnostics et d'autre part du fait qu'ils ne sont pas reportables. Il faudrait pouvoir engager les crédits dès les premiers jours de janvier, en fait plusieurs semaines s'écoulent avant de pouvoir en disposer.

Des difficultés ont été rencontrées avec des responsables de villes qui craignaient que la réalisation de travaux palliatifs conduise l'Etat à retarder les travaux de démolition prévus pour certains immeubles.

TROISIEME PARTIE - RECOMMANDATIONS

Une problématique à la jonction de deux politiques publiques en pleine évolution dans un contexte de forte attente sociale

L'analyse de la situation et la formulation de propositions doivent être replacées dans le contexte de l'historique et des orientations des politiques actuelles en la matière.

L'approche santé publique

Les risques liés au plomb constituent une préoccupation sanitaire internationale ; ils ont donné lieu à plusieurs décisions de l'Union Européenne, portant notamment sur le suivi des niveaux de plombémies de la population générale.

Les limites des connaissances, suscitant des débats entre experts sur les effets réels des faibles doses chroniques, la diversité des sources d'exposition (pollution atmosphérique, sites industriels, habitat, eaux d'alimentation, aliments...) et l'hétérogénéité de leur répartition sur le territoire associée aux effets des comportements individuels rendent difficile l'analyse des situations voire la détermination des causes réelles de certaines contaminations. Ce qui rend d'autant plus complexe le choix des stratégies politiques à adopter ; celles-ci doivent à la fois reposer sur des orientations internationales et nationales les plus précises possibles pour assurer des niveaux de protection homogènes des populations et sur des adaptations au contexte local qui demandent une bonne connaissance des situations et une démarche structurée associant l'ensemble des acteurs concernés.

Depuis une quinzaine d'années, une politique sanitaire a été engagée en France sur ce sujet, structurée en étapes successives de mobilisation des acteurs. La loi de 1998 relative à l'orientation de la lutte contre les exclusions a permis de fonder les actions curatives et préventives vis-à-vis des risques liés à l'habitat. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit une adaptation du dispositif aux premiers bilans dressés. Il fixe des objectifs de santé publique ambitieux, définis pour la première fois par des indications chiffrées sur l'amélioration attendue pour 2008 en termes de réduction de la plombémie des enfants.

C'est dans cette optique que les rapporteurs ont réfléchi, en s'efforçant de proposer, face à chaque problème ou point de tension identifié au cours de leur enquête, des aménagements concrets du dispositif.

L'approche habitat indigne

La découverte des premiers cas de saturnisme dus à l'habitat en région parisienne, au milieu des années quatre-vingt, a révélé à l'époque une problématique fortement liée au mauvais état d'immeubles insalubres voire en situation de péril.

Depuis 2000, la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain a fait évoluer la notion d'insalubrité et a permis la prise en compte des risques dus au plomb. Le programme national de lutte contre l'habitat indigne intègre cette préoccupation dans une approche plus globale et permet de dégager des moyens financiers importants pour des actions immédiates, notamment la réalisation de travaux palliatifs mais aussi pour des actions plus durables de réhabilitation du parc immobilier.

Les attentes sociales

Les premiers cas de saturnisme ont touché des populations en situation sociale précaire et, dans la majorité des cas, ce constat est encore d'actualité. Les services chargés réglementairement de résoudre ces situations en soustrayant les enfants intoxiqués à la source de plomb se heurtent à la rareté et à l'inadaptation de l'offre de relogement dans la plupart des villes, notamment en région parisienne, mais aussi à d'autres obstacles tels les cas de familles en situation irrégulière sur le territoire national.

Selon les associations, la prise en charge de ces jeunes enfants, issus de familles récemment immigrées pour la plupart, est « l'argument humanitaire qui cache, sans apporter de solutions, le « mal logement », la situation bloquée des « sans papiers », l'exploitation de personnes en grande précarité par des marchands de sommeil... »

La mobilisation de ces associations conduit à des contentieux, dont certains ont induit la demande d'inspection générale.

Les recommandations de la mission portent sur ces différents niveaux de préoccupations :

- recommandations au plan sanitaire, visant à actualiser les connaissances sur la prévalence et l'épidémiologie du saturnisme, à renforcer la prévention et le dépistage, actuellement essentiellement concentrés sur l'Ile-de-France, à améliorer la prise en charge individuelle des enfants intoxiqués et à permettre un suivi longitudinal de ces cas sur le moyen terme.
- recommandations portant sur l'environnement à risques d'accessibilité au plomb et notamment sur la résorption de l'habitat insalubre, principal responsable de ces cas d'intoxication.

Elles sont complétées par des indications portant sur la conduite des actions administratives.

L'annexe 18 récapitule l'ensemble des propositions.

6 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ASPECTS SANITAIRES

6.1 Renforcer le dépistage en s'appuyant sur les résultats d'une enquête de prévalence du saturnisme infantile

Dans la mesure où il n'est ni envisageable ni justifié de procéder à un dépistage systématique et répété de toute la population infantile, le choix, retenu notamment dans les instructions ministérielles⁶⁶, repose sur une double stratégie :

- *Environnementale* consistant, dans un premier temps, à identifier un environnement à risque puis, dans un second temps, à proposer aux enfants ou femmes enceintes exposés à cet environnement, un prélèvement sanguin pour en mesurer la concentration en plomb (dépistage habitat),
- *Clinique* consistant à identifier les enfants lors d'un contact avec un service de santé à partir de facteurs de risque d'exposition et/ou de signes évocateurs, et à leur proposer un prélèvement sanguin de plombémie (dépistage santé).

Dans son expertise collective de 1997, l'INSERM a évalué à 84 000 le nombre d'enfants de 1 à 6 ans dont la plombémie dépassait 100 microgrammes par litre de sang. Cette évaluation, même si elle paraît très surévaluée en 2004, a été prise comme valeur de base de l'évaluation de l'efficacité de la politique de santé publique avec l'objectif pour 2008 de réduire de moitié le nombre d'enfants concernés.

Les campagnes de dépistage du saturnisme infantile mises en œuvre en France depuis une quinzaine d'années n'ont permis d'identifier qu'une très faible partie des enfants intoxiqués attendus. L'activité de dépistage sur l'ensemble du territoire apparaît notoirement insuffisante.

Rappelons une difficulté dans toute tentative de mobilisation des acteurs sur l'ensemble du territoire : le dépistage, première étape en amont de tout le processus d'éradication du saturnisme et condition de sa réussite, est une démarche volontariste, qui n'est pas soumise à réglementation, contrairement aux mesures en aval que sont la déclaration du cas, sa prise en charge médicale et la décision de mesures d'éviction du risque plomb. En fait, le dépistage des enfants intoxiqués repose en majeure partie sur une organisation et des moyens dont la mise à disposition dépend de l'engagement de responsables locaux à la suite de leur prise de conscience des enjeux du saturnisme.

Ceci explique que les efforts déployés pour le dépistage du saturnisme sont aussi variables d'un département à l'autre, tant dans l'intensité des actions que dans leur durée, certaines campagnes intensives, pourtant fructueuses, ne dépassant pas un an, comme on l'a vu dans les Yvelines.

⁶⁶ Circulaire du ministère chargé de la santé du 3 mai 2002

Afin d'assurer à tous les enfants exposés les mêmes chances de détection, il convient d'étendre le dépistage à l'ensemble du territoire et plus particulièrement aux zones identifiées à risque

1 Réaliser une enquête de prévalence du saturnisme chez les enfants de moins de six ans

Les connaissances actuelles sur l'imprégnation par le plomb de la population française datent d'une enquête nationale menée par l'INSERM et le RNSP en 1995 et 1996 et de quelques travaux locaux plus récents. Les évolutions intervenues depuis 1996 en matière d'exposition au plomb de la population⁶⁷ ont induit une baisse importante de l'imprégnation de la population, notamment des enfants. La baisse de la « rentabilité » du dépistage du saturnisme, partout constatée dans les secteurs dont l'activité est importante et stable, conduit à penser que la prévalence de l'intoxication chez l'enfant a baissé notablement ; mais la persistance de « poches » de saturnisme localisé, parallèlement à des zones d'habitat dégradé non encore réhabilité, est probable.

Il apparaît donc nécessaire de réaliser une nouvelle enquête sur l'imprégnation par le plomb de la population, notamment des enfants, pour évaluer l'impact des actions de prévention qui ont été conduites depuis 1996 et pour aider à définir, dimensionner et évaluer les actions à mettre en œuvre dans les prochaines années. Une telle étude apparaît indispensable en tant que base de référence pour permettre de juger du degré d'atteinte des objectifs de santé publique en 2008 car le seul relevé des analyses de plombémie regroupées au sein du Réseau national de surveillance du saturnisme infantile ne permettra pas d'apprécier le niveau réel d'exhaustivité du dépistage. Par ailleurs, l'objectif est fixé par référence à l'habitat, il faudra donc pouvoir distinguer les parts respectives des différentes sources de plomb dans les taux de saturnisme.

Dans le cadre de la stratégie européenne d'harmonisation en matière d'environnement et de santé, l'Institut de veille sanitaire participe au travail concernant la bio surveillance. Après entretien avec la mission, l'InVS propose de définir en 2004 les objectifs et méthodes retenues pour la réalisation d'enquêtes incluant l'évaluation de l'imprégnation de la population par le plomb, ses facteurs de risque et ses variations géographiques. Les difficultés méthodologiques et pratiques d'une telle enquête ne doivent pas être sous-estimées, pas plus que l'investissement en personnel que sa réalisation représentera. Les coûts peuvent cependant être diminués si des objectifs sont mis en commun, ce qui élargit les objectifs de l'enquête⁶⁸.

Compte tenu de l'échéance proche des objectifs fixés par le ministre, ces données de référence devront être disponibles fin 2005.

⁶⁷ disparition du plomb tétra éthyle des essences, traitement des eaux agressives, réhabilitation ou démolition de logements anciens peints avec des peintures au plomb, diminution probable de la charge alimentaire en plomb.

⁶⁸ L'option prise par l'InVS est de se situer dans le cadre d'une biosurveillance intégrée, c'est-à-dire d'élargir à d'autres biomarqueurs d'intérêt et à plusieurs disciplines. L'enquête individuelle nationale de consommation alimentaire, co-pilotée par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et l'InVS, en collaboration avec la CNAMTS, permettra notamment de connaître la distribution des niveaux d'exposition à divers toxiques de l'environnement.

2 Capitaliser les expériences de terrain

Le rapport a souligné l'organisation efficace du dépistage mis en place par la PMI à Aubervilliers ou à Paris et encouragé les procédures en cours visant à renforcer la collaboration entre « équipes santé » et « équipes habitat ». Par contre, dans les secteurs où le niveau de risque est faible ou moins concentré géographiquement, il paraît difficile de demander aux équipes de PMI de se mobiliser massivement et dans la durée, sans arguments validés justifiant de nouvelles priorités. L'intensité des efforts et moyens nécessaires en matière de prévention de l'habitat dégradé et de dépistage des enfants intoxiqués n'est sans doute pas de même niveau dans tous les départements ni même d'une commune à l'autre, sachant l'importance de la date de construction des immeubles.

Selon la prégnance locale du problème, qui devrait être actualisée par l'enquête de prévalence recommandée ci-dessus, les programmes locaux de dépistage, dont certains avaient été très rentables mais sont retombés par lassitude des acteurs, devraient être relancés, en profitant des expériences et ressources locales.

La diffusion de ces expériences doit permettre de capitaliser les efforts entrepris. Le bilan des activités de dépistage et de prévention menées dans les départements, tant sur l'exploitation des ERAP, que selon des approches plus classiques sur critères d'exposition, doit être réalisé et diffusé.

3 Dans les secteurs où la fréquentation des consultations de PMI est moins massive qu'à Paris, envisager d'autres filières de prescripteurs en faisant appel aux services de proximité

Les assistants sociaux, les infirmières, puéricultrices et sages-femmes libérales ou relevant des services d'hospitalisation à domicile, les travailleuses familiales sont des observateurs de premier plan pour détecter les risques. Il en est de même pour les médecins généralistes et les pédiatres qui font des visites à domicile.

Or, dans l'ensemble, ils sont mal informés sur les conséquences du saturnisme, et même s'ils le sont, identifient le saturnisme à une pathologie exclusive des enfants très pauvres qui ne concerne pas leur clientèle. Surtout ils connaissent mal les circuits et procédures de dépistage et de signalement.

La mise à la disposition de l'ensemble des acteurs médico-sociaux d'un secteur⁶⁹ et pas seulement des acteurs de santé institutionnels, d'informations pertinentes, personnalisées et accessibles facilement et de procédures simples d'orientation d'un enfant, devrait faciliter le repérage et la bonne orientation d'enfants intoxiqués non connus des services de PMI.

Ces informations peuvent être diffusées par plaquettes comme celles réalisées par la DGS pour les médecins, ou au travers de revues professionnelles ou de journées d'échanges dans le cadre de la formation continue de ces divers professionnels. Au

⁶⁹ surtout si l'enquête de prévalence a souligné des facteurs d'exposition notables sur le secteur.

regard des expériences antérieures de terrain, les voies de diffusion assurant l'efficacité optimale seront retenues.

4 Formaliser la communication entre professionnels d'horizons différents par des outils, des procédures et des échanges fréquents

Le saturnisme pose un problème complexe dont la résolution suppose l'intervention de partenaires issus de différentes disciplines et relevant d'institutions ou de modes d'exercice divers.

Il ne suffit pas de transmettre aux acteurs médico-sociaux de prévention et de dépistage les informations sanitaires s'y rapportant. En effet, pour s'inscrire efficacement dans la chaîne complexe de prise en charge du problème, les « détecteurs » et prescripteurs doivent s'appuyer sur des éléments à la fois sanitaires, et d'environnement lié à l'habitat. Là réside une grosse partie de la difficulté. Entre les acteurs médicaux, sociaux et les services et techniciens chargés de l'habitat, il n'existe pas de culture commune et la collaboration ne va pas de soi. Beaucoup se plaignent des retards dans l'exécution des étapes du dispositif, retard qu'ils attribuent souvent à l'incompréhension des autres partenaires.

Tant que les médecins se borneront à attendre d'éventuels signes cliniques ou un cas index dans la fratrie, le dépistage stagnera. Seule la connaissance des facteurs de risque environnementaux dans leur secteur d'intervention quotidien peut permettre d'augmenter de façon significative le nombre d'enfants intoxiqués dépistés.

Le recours, surtout pour ceux qui ne sont confrontés à des enfants exposés que de façon très sporadique, à des outils de connaissance des risques liés à l'habitat et à des protocoles de suivi validés et harmonisés, devrait leur faciliter la démarche. Les experts du Comité Plomb pourraient utilement être sollicités pour l'élaboration et la mise à jour de ces outils.

5 Versant santé, diffuser très largement auprès de tous ces professionnels les recommandations récentes de la conférence de consensus

Jusqu'ici, les directives étaient calquées sur les recommandations américaines et les conduites de traitement et de suivi variaient quelque peu selon les médecins. La mission a pu constater la satisfaction des équipes de PMI qui ont reçu les recommandations des experts français et ont exprimé leur soulagement de pouvoir disposer de protocoles consensuels relatifs au suivi et aux indications d'envoi à l'hôpital leur permettant d'harmoniser leurs stratégies de prise en charge entre équipes de PMI et surtout avec leurs correspondants hospitaliers.

6 Versant habitat, alerter les prescripteurs de ces secteurs et renforcer leur vigilance en leur faisant partager la notion de « zones d'intervention sanitaire prioritaire »

Le zonage de secteurs déclarés à risque est actuellement inopérant puisque les préfets ont classé les départements dans leur entier comme zones à risques. La diffusion aux prescripteurs potentiels d'informations régulières sur les facteurs de risques habitat dans leur entourage géographique a fait la preuve de son efficacité à Paris et à Aubervilliers (communication aux PMI des adresses des déclarations de cas de saturnisme, des immeubles déclarés insalubres...).

Une cartographie des îlots d'insalubrité potentiellement à risques par secteur géographique devrait être élaborée dans chaque département par les services déconcentrés et en permanence actualisée en fonction de la réalisation de travaux. Ces informations, nécessaires aux prescripteurs pour les aider à la détection de nouveaux cas, devraient être facilement communicables.

Des bases de données sur l'habitat et sur le recensement des cas existent mais elles sont dispersées, et leur mutualisation entre professionnels se heurte souvent au problème du secret médical. Cet obstacle doit pouvoir être contourné, l'adresse de l'immeuble à elle seule étant un niveau d'information suffisamment pertinent pour développer des dépistages et des diagnostics plomb. La définition stricte des modalités d'accès des différents professionnels aux seules informations dont ils ont besoin devrait aplanir ces difficultés qui privent les acteurs d'outils précieux de communication et de collaboration.

6.2 Améliorer la prise en charge des enfants intoxiqués

7 Renforcer les objectifs du carnet de santé de l'enfant en tant qu'outil de prévention et de liaison entre médecins

- Faire figurer dans le carnet de santé, à l'occasion des bilans de santé de 9 et 24 mois, des indicateurs de risque d'exposition au plomb. Le carnet de santé contient désormais des informations sur les facteurs incitant à prescrire une plombémie. Les bilans de santé obligatoires se situent à des âges clés pour un dépistage précoce. Guidé par quelques questions bien ciblées, le médecin doit pouvoir réunir les éléments sur la famille et le logement lui permettant de décider ou non d'un primo-dépistage.
- Inciter les médecins à inscrire dans le carnet de santé de tout enfant atteint de saturnisme les informations nécessaires au suivi médical. Les associations ont signalé aux rapporteurs le fait que beaucoup de médecins soucieux de ne pas stigmatiser l'enfant, ne portent mention dans le carnet de santé, ni de l'intoxication ni des taux de plombémie constatés. Cette attitude peut entraîner des doubles déclarations par méconnaissance du cas, et surtout entrave le suivi, en cas de déménagement de la famille, ce qui est fréquent, et après l'âge de six ans, âge à partir duquel les enfants ne sont plus suivis par la PMI.

Rappelons que toutes les informations médicales inscrites dans le carnet de santé sont couvertes par le secret médical et que ce carnet a depuis longtemps fait ses preuves en tant que document permettant l'échange des informations médicales nécessaires quand les enfants passent d'un système de soins à l'autre : hôpital, HAD, PMI, médecine libérale...

8 Assurer la gratuité de la première plombémie ainsi que celle des contrôles permettant le suivi biologique

Certaines familles en effet reculent devant les frais de laboratoire, pour une affection dont elles ne perçoivent aucun signe inquiétant. Cette gratuité est déjà proposée dans la plupart des départements, mais seulement pour le premier dosage. Elle figure dans le programme d'action de la DGS décrit dans la circulaire de 2002.

9 Soumettre les laboratoires effectuant les plombémies à des critères de qualité

Dans le domaine de la surveillance professionnelle des travailleurs exposés, les laboratoires effectuant les plombémies sont soumis à des critères de qualité relatifs aux équipements, à la formation des personnels, à la participation à des contrôles de qualité nationaux (AFSSAPS) et internationaux. Ces exigences devraient être étendues aux laboratoires effectuant les plombémies des enfants. Ceci contribuera à assurer la qualité des informations utilisées pour évaluer les objectifs de la loi.

10 Généraliser le recours à des opérateurs sociaux en collaboration avec des personnes relais pour informer les familles et obtenir leur adhésion aux différentes étapes du dispositif

Le suivi social étroit des familles, visant à leur expliquer l'importance des consignes de prévention et d'hygiène, a un impact réel et immédiat sur les risques alors que les travaux palliatifs vont souvent demander plusieurs mois. Tous les acteurs de suivi ont souligné le fait que pour obtenir des familles le respect de mesures de prévention au-delà des premiers jours, un véritable « accompagnement social » très régulier de ces familles s'imposait et permettait d'éviter découragement et abandon des consignes préventives.

Les relations privilégiées que les associations répondant à l'appel d'offre en tant qu'opérateurs ont tissé depuis des années avec les communautés migrantes, leur engagement et leur expérience des spécificités culturelles de ces populations, mieux encore leur maîtrise de divers dialectes africains, leur permettent de gagner la confiance des familles. Ils savent les convaincre de la nécessité de travaux, de déménagement provisoire ou d'éloignement des plus jeunes enfants dans la journée. Ce travail de proximité permet de réduire les difficultés ultérieures de réalisation des travaux, de limiter les refus de travaux ou de réintégration dans le logement d'origine après travaux, et d'assurer le relais avec le service social de secteur et les puéricultrices de PMI, après la fin des travaux palliatifs, puisque la mission confiée aux opérateurs sociaux intervenant dans le cadre de l'habitat s'arrête à ce stade.

6.3 Renforcer la surveillance épidémiologique du saturnisme infantile

11 Améliorer le dispositif de déclaration obligatoire par le prescripteur (DO)

Le saturnisme est la seule maladie à déclaration obligatoire qui ne soit pas une maladie infectieuse. L'obligation de déclaration est récente, l'affection est rare dans la plupart des départements. L'enquête de la DGS auprès des médecins d'Ile-de-France a révélé qu'ils étaient peu familiers de cette procédure pour ce qui concerne le saturnisme. Ils comptent parfois sur le laboratoire pour effectuer le signalement à la DDASS, ce qui entretient des erreurs de recensement mais surtout des retards dans le lancement de la procédure d'éviction du plomb.

En consultant le SNSSI et en comparant les informations relatives aux plombémies effectuées, le MISP peut identifier les oublis de déclaration. Une relance par le médecin inspecteur de la DDASS de tout médecin prescripteur n'ayant pas effectué de déclaration, dès lors qu'un laboratoire note une plombémie supérieure à 100 µg/L, permettrait d'impliquer le prescripteur négligent tout en l'informant des procédures et du réseau d'acteurs de proximité sur qui il pourra s'appuyer.

En retour, la communication au médecin déclarant des résultats de l'enquête dans le logement et des travaux éventuellement programmés ou toute intervention environnementale, ne peut que l'aider dans son suivi de la fratrie et le motiver à rechercher d'autres cas.

La mission a constaté que les retours d'information aux équipes de PMI qui suivent les enfants intoxiqués, relatives à la date et au type de travaux dont ont bénéficié ces familles, ou à celle de leur relogement, ne sont pas systématiques. Le retour d'informations aux rares libéraux qui dépistent des cas de saturnisme, en matière d'évolution de l'habitat, est quasi nul. Ces retours d'informations doivent être systématisés.

12 Optimiser la surveillance par le Système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI)

Parallèlement au système de déclaration obligatoire -nominatif- qui recense les cas de saturnisme avérés, le système national de surveillance du saturnisme infantile -SNSSI- enregistre des informations pour toutes les plombémies effectuées, qu'elles soient au-dessus ou au-dessous du seuil d'intervention. La seule réserve porte sur les laboratoires effectuant ces dosages, qui doivent se soumettre à des contrôles de qualité. Les deux systèmes n'ont pu être fondus en un système unique, car leurs bases et objectifs ne sont pas les mêmes. En outre, le SNSSI n'est pas suffisamment réactif pour répondre, dans les délais les plus brefs, à l'objectif individuel de prise en charge d'un enfant intoxiqué.

Dans l'ensemble, les deux systèmes fonctionnent plutôt bien dans les régions à forte prévalence. Dans les autres régions, on a vu que, si le premier système – la déclaration obligatoire des cas – est à peu près exhaustive, le second l'est moins : les centres anti-poisons régionaux chargés des collectes d'informations pour le réseau de surveillance national ne renvoient pas toutes leurs données, ou les envoient tardivement.

Une nouvelle fiche de surveillance, commune à la procédure de déclaration obligatoire et à l'objectif de surveillance, va être lancée en 2004. On peut espérer que cette simplification incitera les prescripteurs à mieux remplir cette fiche et que la mise en place d'une nouvelle application informatique pour les CAP et l'InVS permettra une exploitation plus rapide et une meilleure réactivité du système de surveillance.

Le lancement de cette fiche commune doit être annoncé à tous les prescripteurs, qu'ils soient libéraux, médecins de PMI, de la CPAM ou encore hospitaliers, en expliquant clairement ses différents objectifs parallèles ; en particulier, leur attention doit être attirée sur l'importance des renseignements concernant les éventuels travaux ou relogement depuis la dernière plombémie. En effet, ces informations peuvent aider à évaluer l'efficacité de ces interventions de suppression de la source de plomb ; or cette case n'est actuellement remplie que par 12 % des prescripteurs, ce qui n'a pas permis à la mission d'exploiter les données du RNSSI sur ce point.

Un retour d'information des services en charge de ces interventions environnementales vers les prescripteurs de plombémies de suivi doit être systématisé par protocole.

6.4 Approfondir les connaissances sur les conséquences à moyen terme du saturnisme infantile

Il est surprenant de constater que des crédits importants sont attribués et des moyens humains déployés en nombre pour prévenir les conséquences à long terme de l'intoxication saturnine, sur la foi d'études étrangères, presque toutes américaines, dont la plupart sont anciennes, et parfois contradictoires ou nuancées dans leurs conclusions.

Les équipes françaises sont curieusement absentes de la bibliographie scientifique relative au saturnisme. Avant de s'appuyer sur les résultats d'études américaines ou australiennes pour décider en France de priorités et de niveaux d'action en santé environnementale, il conviendrait de s'assurer de la possibilité de transposer ces études à des situations françaises, qui diffèrent tant par les niveaux de vie que les habitudes alimentaires, les comportements de consommation de soins ou encore le système de soins.

13 Mener des études de suivi à moyen terme d'enfants intoxiqués dans la petite enfance ou en prénatal

Si la réduction des scores de développement intellectuel et psychique corrélée à des niveaux croissants d'exposition au plomb semblent unanimement admise par les chercheurs, il demeure à ce jour nombre de questions non résolues, auxquelles la récente conférence de consensus n'a pu donner réponse :

- l'existence d'un seuil d'exposition et son niveau,
- le poids de l'ancienneté de l'intoxication et donc la responsabilité en termes de séquelles, du stock de plomb accumulé dans l'histoire d'un saturnisme, sachant qu'on ne peut mesurer que le taux instantané de plombémie,
- les bénéfices attendus de la suppression de l'exposition chez les enfants que l'on reloge avec les difficultés que l'on sait,

- à l'inverse, les preuves de l'influence néfaste, en termes de séquelles, du séjour prolongé dans son logement plombé – du fait des difficultés de la procédure- d'un enfant intoxiqué et, parallèlement à cette situation maintes fois rencontrée, de la nocivité du maintien prolongé - spontané ou par chélations répétées- de la plombémie à des taux « moyens » mais néanmoins supérieurs à 100 µg/L, faute de solution de relogement rapide⁷⁰, n'ont pas été établies avec précision en fonction du délai de ce retard. C'est là une question d'importance car elle engage la responsabilité des agents publics en charge du dispositif ; or les experts consultés à plusieurs reprises par la mission n'ont pu donner de réponses étayées,
- le risque, pour un enfant à naître, d'une plombémie maternelle élevée, et l'intérêt qu'il y aurait à proposer aux jeunes femmes intoxiquées dans l'enfance un contrôle de leur plombémie à l'adolescence, la chélation étant déconseillée pendant la grossesse.

14 Evaluer l'efficacité à moyen terme des diverses mesures de prise en charge médicale et environnementale du saturnisme chez l'enfant

La principale question porte bien entendu sur l'efficacité à moyen terme de l'ensemble des mesures environnementales et médicales sur la récupération neuro-psychique.⁷¹ Pour s'en assurer, il conviendrait d'encourager des études de suivi longitudinal portant sur :

- le bénéfice des traitements chélateurs itératifs sur l'amélioration à moyen terme des capacités intellectuelles, qui n'est pas établi pour les chercheurs, alors même que ces traitements ne sont pas dépourvus d'une toxicité propre,
- les risques de toxicité des cures répétées, en particulier par le DMSA, évoqués lors d'une intervention d'un chercheur étranger à la conférence de consensus de Lille en novembre 2003 et donc, le nombre de cures à ne pas dépasser, sachant que, pour certains enfants victimes d'une intoxication sévère, la lenteur du relargage du plomb osseux ne permet pas d'obtenir une descente de la plombémie au-dessous de 100 µg/L, même après de nombreuses cures,
- l'objectif même des chélations : faut-il viser 100 µg/L de taux de plombémie, seuil considéré comme potentiellement à risque d'atteinte neurologique ?

Toutes ces questions qui sous-tendent les décisions stratégiques de lutte contre le saturnisme, ne trouveront réponse qu'au terme d'études de suivi longitudinal impliquant des moyens de recherche et de coordination, ainsi que du temps de médecins cliniciens et de psychologues. Tant que le suivi des enfants intoxiqués s'arrêtera à 6 ans, âge limite des suivis de la PMI, et tant que les cliniciens qui suivent ces enfants n'auront pas les moyens d'effectuer des tests comparatifs du développement psychomoteur sur des cohortes suffisantes, la justification de toute cette politique et des coûts importants de ces prises en charge ne pourra être validée.

⁷⁰ La plupart des cas hospitalisés étudiés sont restés pendant des mois, voire pour plusieurs d'entre eux des années, à des taux voisins de 300 µg/L.

⁷¹ Certes une étude longitudinale cas témoins portant sur deux échantillons d'enfants, dont l'un ne profiterait d'aucune prise en charge, permettrait de répondre rigoureusement à cette question, mais il est bien évident qu'une telle étude est impossible à mener pour des raisons éthiques.

La mission souligne à cet égard le manque de moyens affectés au service de pédiatrie générale de l'hôpital Robert Debré⁷² pour assumer sa « mission saturnisme » auprès des équipes de PMI de son vaste secteur d'intervention et des médecins de province qui le sollicitent. L'insuffisance de disponibilité en temps de psychologue ne permet pas davantage d'évaluer les conséquences à moyen terme de ces intoxications très sévères. Plusieurs pistes de financement de ces moyens en temps de suivi et de coordination pourraient être envisagées selon que l'on considère cette mission saturnisme comme une mission d'intérêt général confiée à quelques équipes hospitalières sur les quelques départements impliqués, ou entrant dans le cadre de recherches sur objectifs contractualisés auxquelles pourraient participer la DGS, l'INSERM et l'InVS.

⁷² Il a été particulièrement difficile d'obtenir des informations précises sur le développement psychomoteur à moyen terme des enfants hospitalisés à Robert Debré, sur les deux dernières années, pour saturnisme sévère. La plupart sont encore suivis en PMI mais aucun, même les plus graves, n'a bénéficié de tests psychologiques à distance de l'intoxication.

7 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ASPECTS LIES A L'HABITAT

Sur le plan de l'habitat, l'objectif de soustraire l'enfant intoxiqué à la source de plomb doit être atteint sans faute, en conformité avec des prescriptions législatives impératives et précises. Or sa réalisation est subordonnée à l'intervention de nombreux acteurs, nationaux pour la définition des outils et l'allocation des moyens, locaux pour leur mise en œuvre, les uns et les autres œuvrant au titre de compétences diverses, le tout dans un contexte de complexité et, sur de nombreux points, de nouveauté du domaine de la lutte contre l'habitat indigne. Tel est le défi qu'il faut relever.

La mission s'est attachée à rechercher les conditions propres à permettre d'atteindre effectivement la bonne fin, tant au niveau de mesures nationales que de stratégies locales.

Les rapporteurs ont pu observer que, d'ores et déjà, de nombreuses dispositions avaient été prises ou étaient sur le point de l'être et que des dynamiques remarquables étaient à l'œuvre.

Dans ce contexte, sur beaucoup de points, leurs préconisations rejoignent ce qui est en place ou projeté. Ils soulignent cependant, au-delà, un certain nombre d'exigences que le contexte favorable de dynamisme observé doit permettre de prendre en compte.

Le caractère d'enjeu de santé publique appelant ici de manière particulière la réussite, joint à la mobilisation des acteurs relevée par la mission, fait de la politique de lutte contre le saturnisme, située dans le cadre plus large de la lutte contre l'habitat indigne, un domaine d'expérience et d'exemplarité privilégié pour une réflexion sur l'évolution des conceptions et des pratiques de l'action publique.

*
* *

Pour s'assurer de la bonne fin, il faut à la fois :

- fiabiliser la procédure saturnisme elle-même, par la levée de facteurs de blocage ou de freins qui retardent aujourd'hui le lancement de travaux palliatifs ou nuisent à leur efficacité. Les quatre premières recommandations répondent à cet objet ;
- mieux intégrer la lutte contre le saturnisme dans la lutte contre l'habitat indigne. A cette fin :
 - la coordination entre les nombreuses procédures impliquées, qu'il s'agisse, outre le saturnisme, d'insalubrité, de péril, d'évacuation et d'expulsion, d'hébergement, d'attribution de logement et de développement de l'offre en vue des relogements, et la collaboration entre les acteurs chargés de les mettre en œuvre, sont à renforcer. Tel est l'objet des recommandations 5 à 7.

- mais aussi, il faut remédier à des dysfonctionnements ou à des manques propres à certaines procédures et qui nuisent à l'efficacité de l'ensemble. Ainsi en est-il de lacunes observées dans le domaine complexe de l'insalubrité, à l'origine de situations de dégradation qui perdurent et s'alourdissent devenant de plus en plus délicates à traiter, et foyers privilégiés pour l'apparition du risque plomb. L'accroissement de l'offre dans le parc social et le développement de formules d'hébergement permettant d'attendre le relogement constituent également des axes d'effort indispensables. Tous ces points font l'objet des recommandations 8 à 14.
- développer dans les services une culture de la conduite de l'action résolument tournée vers le but à atteindre en intégrant la complexité. C'est là, au-delà de toutes les mesures particulières, une condition essentielle de la réussite, à laquelle sera consacré le chapitre 8 qui suivra.

7.1 Fiabiliser la procédure propre au saturnisme

1] Apporter une réponse adaptée aux cas où la pérennité des travaux palliatifs est conditionnée par des interventions à portée plus large que le seul objet plomb

C'est là une question récurrente. L'illustration la plus courante est donnée par la pose murale de toiles destinées à recouvrir des peintures comportant en couche ou en sous-couche du plomb, dans des appartements ou immeubles où la présence de fuites d'eau ou d'humidité importante ne manquerait pas, s'il n'y était remédié, de décoller la toile posée et mettrait à mal l'effet protecteur de celle-ci.

La réponse proposée par la circulaire du 2 mai 2002 relative à l'application de la loi SRU est que soit engagée une procédure d'insalubrité qui permettra de prescrire les travaux indispensables devant accompagner les travaux spécifiques au plomb. En pratique, la démarche proposée peut impliquer des délais incompatibles avec l'urgence. Elle ne peut donc suffire.

C'est pourquoi la disposition nouvelle du projet de loi relatif à la santé publique constitue un apport décisif en prévoyant que pourront être prescrits et donner lieu si besoin à exécution d'office dans le cadre de la procédure saturnisme, non seulement les travaux visant les sources de plomb elles-mêmes mais aussi ceux nécessaires à assurer la pérennité de la protection.

Sauf à pouvoir atteindre le même résultat par la voie réglementaire ou dans une interprétation différente du texte actuel, cette disposition nouvelle apparaît indispensable aux rapporteurs. Car le fait de permettre aux services en charge du saturnisme d'exécuter d'office les travaux nécessaires à la durabilité de la protection est une condition indispensable de l'efficacité de leur action.

Cette disposition devra faire l'objet d'une étude attentive de ses conditions d'application. Sans doute sera-t-il approprié de limiter le champ des travaux à ceux nécessaires du point de vue de la durabilité. Il restera place, face à une présence de plomb croisée avec une insalubrité générale, pour une stratégie d'interventions

combinées, d'abord au titre du plomb et de la durabilité de sa protection, ensuite au titre plus large de la résorption de l'insalubrité, avec une recherche d'une cohérence d'ensemble.

2] Apporter les moyens juridiques de faire évacuer, lorsque c'est nécessaire, des locaux présentant une accessibilité au plomb

Une première situation est celle où les travaux palliatifs ne peuvent être réalisés, en raison du refus d'un occupant de quitter son logement pendant la durée des travaux (on l'a vu, durée généralement courte : à Paris en moyenne 6 jours au niveau du logement).

Si le refus de l'occupant porte sur l'accès aux locaux nécessaires au diagnostic, aux contrôles ou aux travaux, le texte actuel ⁷³ permet au Préfet de saisir le président du tribunal de grande instance pour que, statuant en forme de référé, il fixe les modalités de l'entrée dans les lieux. Mais le texte ne va pas jusqu'à prévoir explicitement la saisine aux fins d'évacuation assortie d'une proposition d'hébergement, autrement dit aux fins d'hébergement d'office. Or cette disposition complémentaire a lieu d'être envisagée.

Une objection à son encontre pourrait venir à l'esprit : seuls, en pratique, des squatters seraient susceptibles d'opposer un refus à la libération des lieux, en pouvant craindre de ne pouvoir les réintégrer après travaux, mais pour ce qui concerne les squatters il n'est pas besoin d'un texte nouveau puisque la libération peut être obtenue par une autre voie, déjà fondée par la loi, celle de l'expulsion. Ce serait ignorer le fait que le refus vient aussi de plus en plus fréquemment de la part d'occupants titrés craignant, en laissant faire les travaux palliatifs, de diminuer leur chance d'obtenir le relogement qu'ils attendent. Les opérateurs médico-sociaux et techniques doivent alors déployer beaucoup d'énergie et de persuasion pour convaincre les intéressés, parfois en vain.

On peut se demander par ailleurs si la coercition ne serait pas excessive au regard de l'enjeu. Les rapporteurs, comme la plupart des partenaires concernés optent en faveur de la possibilité de faire jouer la coercition, eu égard à l'acuité de l'enjeu de santé ; d'autant que le fait de disposer de cette arme n'oblige pas à y faire appel, mais accroît les chances de convaincre la famille qui saura qu'elle ne pourra pas y échapper. Le débat se distingue à plusieurs titres de celui de savoir si l'on peut contraindre un patient à recevoir un traitement médical. Car ici il ne s'agit pas d'administrer d'office un traitement mais d'imposer, avec un hébergement proposé, la libération des lieux pour supprimer un risque environnemental. En outre, en refusant de quitter son appartement, l'occupant peut ne pas nuire seulement gravement à la santé de ses propres enfants, mais également à celle des autres enfants de l'immeuble, dans le cas, il est vrai exceptionnel⁷⁴, où la réalisation des travaux sur les parties communes est elle-même conditionnée par un hébergement des familles.

Ces arguments apparaissent tellement forts qu'on peut s'interroger sur la nécessité de compléter le texte actuel pour prévoir explicitement la saisine en référé du Président du Tribunal de Grande Instance aux fins d'hébergement d'office, dès lors qu'il est toujours possible de faire une saisine de droit commun du juge des référés en faisant valoir les

⁷³ Code de Santé Publique article L.1334-4, 3^{ème} alinéa

⁷⁴ le plus souvent, il suffit, pour satisfaire à l'exigence de sécurité, d'éloigner les enfants durant la journée.

arguments ci-dessus. A cet égard, les avis sont partagés. La première réaction, émanant de juristes consultés, va plutôt dans le sens du pronostic qu'un juge saisi en référé aurait du mal à retenir une telle coercition si cela n'est pas appuyé sur un texte le prévoyant explicitement. La seconde est celle de jurisprudences du Tribunal de Grande Instance de Paris qui, saisi en référé sur la base du texte actuel, a, dans un cas, statué en faveur de la coercition et, dans un autre cas, indiqué qu'à défaut d'exécution volontaire par la famille de l'évacuation pour rejoindre un hébergement pendant les travaux, le préfet sera autorisé à l'imposer⁷⁵.

Au total, la mission estime que l'existence de ces jurisprudences dans le cadre actuel rend peut-être moins indispensable l'adoption d'une disposition nouvelle. Elle recommande cependant l'adoption du texte pour confirmer cette position. En attendant, cette jurisprudence devrait être diffusée aux services, ce qui pourrait se faire par le canal du système des « Questions – réponses ».

Une autre situation est celle où il faut mettre une famille à l'abri du risque plomb dans un contexte d'immeuble insalubre irrémédiable voué à la démolition. Dans ce cas, d'une part, l'état de l'immeuble peut rendre inopérante et injustifiée la réalisation de travaux palliatifs, et d'autre part, le processus de relogement à conduire à la suite d'un arrêté d'insalubrité irrémédiable peut nécessiter un délai incompatible avec l'urgence associée à l'enjeu de santé pour les enfants.

La mission suggère que la possibilité de recourir à l'hébergement d'office s'étende à un champ plus large, celui de la mise à l'abri du risque non seulement dans l'attente de travaux palliatifs, mais aussi dans celle d'un relogement. Serait ainsi couvert le cas du refus de la famille d'accepter un hébergement dans la situation de la R.H.I. ci-dessus décrite. Toutes les garanties devraient être assurées pour la famille à reloger, car on voit les déviations possibles d'une telle disposition.

Cette réflexion pourrait être l'occasion d'une remise à plat de la procédure de relogement associée à la R.H.I. pour en évaluer et, si besoin, en améliorer l'efficacité en termes de délai et d'équité pour les occupants. Si une telle analyse permettait de raccourcir le délai et mieux assurer, en cas d'urgence, le processus de relogement en R.H.I. au point de le ramener à des durées compatibles avec l'urgence, alors on pourrait s'en remettre au processus général sans avoir à prévoir la possibilité d'un hébergement d'office.

3 Assurer la compatibilité des règles d'utilisation des crédits de fonctionnement alloués pour la lutte contre l'insalubrité et le saturnisme avec l'urgence de santé

Les crédits concernés sont ceux du chapitre 37-40 article 10 qui servent notamment à financer, concernant le saturnisme, les opérateurs médico-sociaux et techniques pour le contact avec les familles, la réalisation des diagnostics et contrôles après travaux et l'aide à la maîtrise d'ouvrage des propriétaires, à payer les hôtels sociaux et autres lieux d'accueil pour l'hébergement des familles pendant les travaux d'office, enfin à rémunérer les maîtres d'œuvre et à payer les entreprises pour la conduite et la réalisation des travaux d'office.

⁷⁵ Ordonnances de référé rendues par le TGI de Paris respectivement le 11 décembre 2003 pour le premier dossier (N° RG 03/62166) et le 14 février 2003 (N° RG 03/51709) pour le deuxième dossier.

Dans le cas de la lutte contre le saturnisme et lorsqu'un signalement santé est arrivé à la DDASS, aucun délai notable ne devrait s'introduire entre le signalement santé et le diagnostic, entre ce dernier et les conseils à la famille et au propriétaire, entre le constat de l'inaction de ce dernier et le lancement des travaux d'office. Or, trois circonstances sont génératrices de délais pouvant atteindre jusqu'à deux mois voire davantage.

La première circonstance est celle d'une décision de gel de crédits, sans mise à l'abri de ceux afférents à la lutte contre le saturnisme. Les conséquences peuvent en être notables si le gel intervient à un moment déjà contraint par une limitation de la dotation disponible, comme ce fut le cas en 2003 avant l'arrivée attendue de crédits de reports importants.

La deuxième circonstance se renouvelle chaque année. Elle correspond à la période qui s'écoule entre la date à laquelle le trésorier payeur général arrête l'acceptation des engagements de crédit, soit aux alentours du 15 novembre, et celle de l'arrivée dans les départements des crédits de l'année suivante, guère avant le 15 janvier, même avec une délégation anticipée. Cette situation entraîne une désorganisation de l'action des services comme de celle des opérateurs, confrontés au couperet du 15 novembre sans pouvoir y répondre par une anticipation dans la préparation des commandes. On ajoutera le problème supplémentaire apporté par le butoir sur les paiements aux alentours du 15 décembre. Pour les engagements intervenus à l'approche de la mi-novembre, il est rare de pouvoir atteindre le stade du paiement avant la mi-décembre, d'où il résulte que les crédits correspondants devront être annulés et réouverts l'année suivante, entraînant une non consommation qui pourrait être interprétée comme traduisant une mauvaise gestion ou une surestimation des besoins.

La troisième circonstance est celle de la césure que les services craignent chaque année de voir se produire entre les deux premières délégations. En effet, la DGUHC ne peut prendre en compte, dès la première délégation la totalité du besoin pour l'année exprimé par les services, d'autant plus que ce besoin est modifiable et ajustable en cours d'année. La difficulté pour les services gestionnaires localement naît notamment de ce que les besoins auxquels ils doivent faire face sont importants dès le début de l'année par le cumul des réengagements nécessaires pour honorer le paiement des services faits l'année précédente et des engagements nouveaux. Il en résulte que les services locaux peuvent voir arriver rapidement le moment où ils atteignent la limite de la première délégation reçue, avant de pouvoir bénéficier de la seconde délégation.

La mission préconise que, pour rechercher la meilleure réponse à l'urgence des besoins liés aux signalements santé, une réflexion de fond soit développée avec le Ministère en charge du Budget, en saisissant ce dernier « à froid » c'est à dire avec du temps pour aller jusqu'au bout de l'échange et en évitant les périodes où les services concernés ont, comme lorsqu'un gel est décrété, à tenir une ligne de défense face aux doléances reçues.

4 Adapter les moyens en personnel pour la conduite de la procédure des travaux palliatifs.

Le caractère précis et impératif de l'objectif de mise à l'abri du risque plomb fixé par la loi conduit à porter une attention particulière à la mise en place des moyens en personnel permettant d'y répondre.

A Paris, deux agents de catégorie B manquent encore à la mission Saturnisme de la DULE. Cette situation contraint le chef de la mission à placer en position de responsables opérationnels de secteurs, deux agents qui se trouvent ainsi empêchés d'assumer des missions fonctionnelles, respectivement celle de coordination des secteurs et de contrôle de la qualité, et celle de la gestion des marchés et du contentieux.

Il faut en outre être prêt à faire face à l'éventualité d'accroissements de plans de charge, dont les fluctuations ne peuvent être maîtrisées car elles sont déterminées, pour une large part, par l'évolution du nombre des signalements santé ; la mesure préconisée ci-après d'aller jusqu'au bout dans la mise en relation avec le risque plomb risque d'accroître notablement ce plan de charge.

7.2 Mieux intégrer la lutte contre le saturnisme dans la lutte contre l'habitat indigne

7.2.1 Par une étroite coordination entre les procédures

5 Aller jusqu'au bout dans la mise en relation avec le risque plomb des procédures pouvant constituer des viviers privilégiés pour la détection de ce risque

Lorsque l'on est déjà dans un processus opérationnel, comme c'est le cas par exemple de l'OAHD à Paris ou de l'OPAH de renouvellement urbain en Seine-Saint-Denis, l'idée de la mise en relation avec le risque plomb est déjà en œuvre, c'est-à-dire que les immeubles inclus dans ces processus ont fait ou feront l'objet d'un diagnostic plomb.

Il n'en est pas toujours de même pour d'autres procédures, à commencer par celle de l'insalubrité⁷⁶. Pour cette dernière, dans le département des Hauts-de-Seine, la réalisation du diagnostic plomb est mise en œuvre, depuis quelque temps déjà, par les équipes munies des appareils nécessaires. Dans le département de Seine-Saint-Denis, le principe commence à être mis en œuvre maintenant. A Paris par contre, il ne l'est pas encore, sauf en cas de propriété de la ville ou si cela se croise avec des interventions de la SIEMP ou avec l'OAHD : en pratique la majeure partie des procédures d'insalubrité intéressant non pas des immeubles entiers, mais des appartements échappent ainsi présentement au diagnostic plomb. Or dans le cas de ces appartements, il y a un risque fréquent de présence de plomb accessible, même si cela n'est pas immédiatement apparent.

Les rapporteurs recommandent donc que toute instruction de dossier d'insalubrité donne lieu à diagnostic plomb⁷⁷. Il conviendrait de procéder à ces diagnostics non seulement pour les procédures à venir, mais également rétroactivement, de manière progressive en commençant par les cas les plus urgents.

Deux autres mises en relation avec le risque plomb méritent d'être étudiées :

⁷⁶ en application des articles L.1331-26 et suivants du Code de la Santé Publique.

⁷⁷ C'est d'ailleurs déjà ce que prescrit la circulaire interministérielle Santé, Logement du 2 mai 2002 relative à l'application des dispositions de la loi SRU concernant l'habitat insalubre, de même que la circulaire du 23 juin 2003 présentant la grille d'évaluation de l'insalubrité.

- pour les procédures de police générale du maire, en application combinée de l'article L.2212-2 du code général des collectivités territoriales et de l'article L.1311-1 du code de santé publique, pour la mise en œuvre du règlement sanitaire départemental (RSD), ainsi que de l'article L.1311-4 du code de la santé publique, pour la mise en œuvre de mesures d'urgence. On est tenté de préconiser là aussi la réalisation d'un état du risque d'accessibilité au plomb pour la double raison que les immeubles ou logements concernés peuvent constituer un vivier privilégié pour la détection du risque plomb et que les travaux doivent être conduits en prenant garde à ce risque, la collectivité publique étant d'autant plus concernée par cette exigence qu'elle est à l'origine des travaux en cause. On pourrait penser à n'engager cette recherche que dans les cas paraissant la justifier de manière particulière.
- pour la procédure de péril qui constitue également un vivier potentiel sans doute important de risque de présence de plomb accessible.

6 Identifier, dès l'amont, les cas les plus difficiles et les suivre étroitement

Les cas les plus difficiles seront souvent ceux pour lesquels des problèmes liés au plomb viennent se croiser avec une dégradation beaucoup plus globale du bâti voire avec d'autres problèmes impliquant de mettre en jeu, en complément ou en substitution, d'autres procédures.

La complexité de ces situations ne découle pas seulement de la nécessité de coordination entre plusieurs procédures relevant d'autorités différentes, mais plus encore de ce que les autres procédures en question, en matière d'insalubrité et de péril et/ou en matière de relogement, relèvent de rythmes temporels qui, dans leur propre déroulement, ne cadrent pas bien avec celle se rapportant au saturnisme car elles ne correspondent généralement pas au même degré d'urgence.

Outre le gain de temps, la bonne identification des champs concernés donne une meilleure crédibilité pour requérir des priorités vis-à-vis des procédures à engager. Ainsi pourra-t-on d'autant mieux obtenir des attributions de logement, dans le contexte de pénurie que l'on connaît, que les cas concernés seront peu nombreux et annoncés comme tels. Il en est de même pour l'engagement d'un dossier d'insalubrité.

Les cas où la mise à l'abri du risque plomb est conditionnée par une procédure d'insalubrité ou par un relogement ou hébergement de longue durée ne devraient pas être très nombreux puisque le processus normal est celui des travaux palliatifs ; ils le seront d'autant moins si la nouvelle disposition retenue en première lecture du projet de loi relatif à la santé publique est adoptée, qui prévoit la possibilité de réaliser, au titre de la lutte contre le saturnisme, non seulement les travaux visant les sources de plomb elles-mêmes mais aussi les travaux nécessaires à assurer la pérennité de la protection.

De tels cas existeront cependant. C'est d'abord celui où l'insalubrité générale de l'immeuble a atteint un niveau tel que les travaux propres au plomb ne peuvent être raisonnablement envisagés indépendamment de travaux lourds et qui prendront du temps, voire qu'ils sont à la fois impraticables vu le niveau de dégradation atteint et inutiles si l'immeuble est à la veille de la démolition. Dans de tels cas, qui ont vocation

à être exceptionnels, le relogement s'impose avec une urgence aiguë. D'où la nécessité de les repérer, dès l'amont.

Mais de plus, il faut tenir compte de situations où même s'il convient de réaliser les travaux palliatifs, pour répondre à la première urgence, on sait que ces derniers ne permettront pas, en tout cas dans la durée, d'éliminer tout risque. Ainsi en sera-t-il, par exemple, dans des situations d'insalubrité marquée ou de suroccupation, particulièrement si les signalements santé présentent de l'acuité, parfois avec plusieurs enfants intoxiqués dans la même famille. Dans de tels cas, il y a lieu de reloger même si la procédure saturnisme ne l'impose pas de manière directe, comme déjà cela est pratiqué à Paris. Par ailleurs, dans tous les cas d'insalubrité générale, la résorption de celle-ci doit suivre rapidement l'intervention propre au plomb si l'on veut assurer à celle-ci une durabilité fiable. Toutes ces situations sont à repérer et les stratégies correspondantes à mettre au point le plus en amont possible.

7 S'assurer localement de la mise en place des processus, des organisations et des moyens capables de répondre y compris à ces cas difficiles

La réponse au cas précédent appelle à la fois un processus, une organisation et des moyens internes au service en charge de la conduite de la procédure saturnisme, et une organisation externe de travail collectif entre les différents services de l'Etat et de la ville appelés à contribuer aux procédures.

- **Un processus**

Le point le plus important est la systématisation d'un repérage dès l'amont des cas où la suppression du risque plomb sera dépendante de procédures autres que celle relative au plomb.

On a pu voir, dans le cas du département de Paris, que l'on disposait assez naturellement d'une réponse intégrable dans le déroulement normal de la procédure plomb. Chaque signalement santé est en effet suivi non seulement d'un diagnostic plomb dans l'appartement concerné, mais aussi concomitamment ou presque, d'un examen plus global de l'immeuble. C'est à cette étape qu'il convient de greffer la vérification qu'on n'est pas dans cette situation de dégradation très marquée que nous avons évoquée et qui appellerait d'autres procédures notamment d'insalubrité et de relogement ou hébergement prolongé. C'est d'ailleurs ce que fait déjà la mission saturnisme de Paris aujourd'hui, et qu'il y a peut être lieu simplement de systématiser pour en garantir la complète fiabilité. La suite est un processus de signalement auprès des autorités en charge des autres procédures en cause, et un processus de suivi pour veiller à la bonne fin au titre du risque plomb. Le titre du risque plomb est essentiel à faire valoir pour placer en responsabilité à cet égard les autorités en charge des autres procédures, car c'est ce risque qui légitime l'urgence, et dès lors la priorité à faire reconnaître.

- **Une organisation et des moyens internes au sein du service en charge de la conduite de la procédure saturnisme**

Il faut, sous l'autorité du chef de projet saturnisme, et au sein de l'équipe opérationnelle qui conduit la procédure ou à côté de celle-ci et en relation constante avec elle, un agent dont l'une des missions prioritaires, voire exclusive, soit de procéder aux signalements nécessaires et d'assurer le suivi et la veille vis-à-vis des autres procédures notamment d'insalubrité et de relogement, en faisant valoir la nécessité d'une prise en compte par celles-ci de l'urgence exceptionnelle liée au risque plomb.

- **Une organisation inter services**

Les autres procédures impliquant de multiples intervenants, des dispositifs de travail partenarial permettant des mises en commun constantes entre services sont indispensables, au sein desquels l'agent ci-dessus exercera son rôle de suivi et de veille. Ces dispositifs partenariaux existent d'ailleurs déjà aujourd'hui.

A Paris par exemple, au-delà des dispositifs formels, rassemblant un grand nombre de participants, que sont d'une part le comité de pilotage et d'autre part le comité technique pour la lutte contre l'habitat indigne, un processus de travail collectif plus informel mais efficace, car resserré, a été mis en place entre la Préfecture de Paris (DULE), la Préfecture de Police, la DASS, l'ANAH, la DLH de la Ville de Paris et notamment le STH. Les responsables ou représentants de ces services se réunissent régulièrement, selon une périodicité de l'ordre de 2 mois, ou plus souvent si une urgence se manifeste, pour échanger et choisir les stratégies à adopter vis-à-vis des immeubles présentant des situations complexes. Il convient d'être attentif à l'élargissement des participations à l'ensemble des responsables susceptibles d'être impliqués (non seulement au titre des procédures de saturnisme, d'insalubrité ou de péril elles-mêmes ainsi que de relogement, mais aussi des politiques de l'habitat, voire si nécessaire d'urbanisme) pour le montage des solutions.

Parallèlement à ces processus de réunion, il serait utile de mettre en place un système de « fiche navette » d'immeuble, qui permettrait, lorsqu'une action est envisagée sur ce dernier, de disposer de l'information systématisée sur l'ensemble des procédures déjà engagées le concernant. Un tel système pourra, à Paris, s'intégrer dans l'observatoire permanent du saturnisme, de l'insalubrité et de l'habitat dégradé en cours de constitution.

7.2.2. Par la réponse aux dysfonctionnements propres à chaque procédure

8 Rendre effective la procédure d'exécution d'office pour la sortie d'insalubrité réparable

L'article L.1331-29 du Code de la Santé Publique dispose que si les travaux de sortie d'insalubrité réparable qui ont été prescrits ne sont pas réalisés par le propriétaire, le Maire ou à défaut le Préfet procède, après mise en demeure infructueuse, à l'exécution d'office des travaux. Or ce pouvoir de substitution n'a pas été jusqu'ici exercé à Paris, pas plus que dans le département des Hauts-de-Seine, pour des cas d'insalubrité

importante touchant l'ensemble d'un immeuble, et il n'est pas toujours exercé pour des cas d'insalubrité limités à des appartements. Le constat est le même en Seine-Saint-Denis, hormis l'exception notable de la commune d'Aubervilliers venant de s'engager en substitution sur deux immeubles entiers.

Ainsi, des situations d'insalubrité perdurent et s'aggravent avec le temps, parfois en s'associant avec du péril, rendant les travaux plus difficiles. Du point de vue du saturnisme, même si grâce à la mesure précédente, on ne manquera pas désormais de repérer dès le départ la présence de plomb et d'agir par les travaux palliatifs exécutés d'office si besoin, on ne sera pas assuré que ces derniers seront pérennisés tant que la restauration globale de la salubrité ne pourra pas être elle-même assurée d'office.

Le fait que la future loi de santé publique élargisse le champ des travaux pouvant être réalisés au titre du saturnisme, en incluant les travaux nécessaires à la pérennité, est de nature à atténuer ce problème, mais il ne le résoudra pas complètement. La mission recommande de remédier à cette situation en prenant toutes dispositions nécessaires pour que la procédure d'exécution d'office puisse intervenir effectivement. A Paris, en particulier, s'il est décidé de faire appel au Service Technique de l'Habitat (S.T.H.) pour l'exercice de cette mission, une organisation appropriée devra être mise en place en sachant que sa maîtrise d'ouvrage ne peut probablement être déléguée, point qu'il convient en tout cas maintenant d'éclaircir définitivement.

En faveur des trois départements ici étudiés comme de manière plus générale, l'appui du pôle national de lutte contre l'habitat indigne et des directions centrales, d'ailleurs déjà entrepris dans le cadre de journées d'échanges à travers notamment la diffusion de l'expérience d'Aubervilliers, sera essentiel pour aider les services à s'engager résolument dans la réalisation des travaux d'office. Leur rôle sera également essentiel pour concevoir les adaptations nécessaires, à la lumière de l'expérience, au plan réglementaire ou dans le cadre de la future loi habitat pour tous, notamment au regard des questions suivantes : la prise en compte de la diversité des situations en matière de copropriété, le recours à la délégation de maîtrise d'ouvrage, la nature des travaux d'office en particulier quant au statut de travaux publics qui leur a été jusqu'ici appliqué, les voies de simplification possible.

L'exercice du pouvoir de substitution et le développement des conseils aux propriétaires en faveur de la réalisation des travaux, doivent aller de pair, les impacts de la coercition et de l'incitation se renforçant mutuellement par le jeu de la crédibilité de l'action publique. En effet, si les propriétaires de bonne foi savent qu'à défaut de réalisation par eux-mêmes, les travaux seront effectivement réalisés par la collectivité et à leur charge, ils seront incités à en prendre l'initiative pour bénéficier des aides financières dont ils seront autrement privés. Réciproquement, la collectivité publique est d'autant plus légitime à se substituer au propriétaire défaillant qu'elle aura commencé par apporter à ce dernier tous les conseils nécessaires.

Il faut souligner à cet égard le caractère très opératoire du dispositif financier et de la panoplie des processus réglementaires⁷⁸. Tous ces dispositifs comportent la possibilité d'apporter aux propriétaires une aide à la maîtrise d'ouvrage. Ils permettront

⁷⁸ définis par la circulaire du 18 avril 2002 relative à la lutte contre l'habitat indigne, concernant en particulier l'OPAH de renouvellement urbain, la MOUS saturnisme et les mesures d'urgence sur les immeubles exposés au plomb ou insalubres.

notamment, à Paris, de compléter les dispositifs de la Convention d'Aménagement SIEMP et de l'OAHD, qui se limitent aux immeubles, ainsi que des OPAH, pour développer une action intéressant les appartements en secteurs diffus.

9 Mieux fonder les choix du classement de l'insalubrité entre le remédiable et le non remédiable

Le choix du classement de l'insalubrité entre le remédiable et le non remédiable est une question sensible en raison à la fois de sa complexité et des enjeux qui s'y associent.

La complexité découle de la multiplicité des facteurs et des points de vue à prendre en compte à la fois en légalité, au vu des textes et de la jurisprudence et en opportunité, et aussi du fait que les facteurs sont gradués alors que le choix à rendre est dichotomique et ainsi délicat dans les plages intermédiaires. Il faut apprécier la possibilité ou non de remédier à l'insalubrité en conservant l'immeuble et sans acquisition publique, en tenant compte de données non seulement techniques mais aussi sociales, économiques et financières se rapportant notamment aux moyens et aux attitudes du ou des propriétaires ainsi qu'aux conditions de la gestion de l'immeuble. Il faut avoir présentes à l'esprit les conséquences très différentes de ce choix, d'un côté la prescription de travaux et le pouvoir d'exécution d'office si besoin, de l'autre l'interdiction définitive d'habiter et la voie ouverte à l'acquisition publique sous le régime de la DUP - loi Vivien.

Ce sont précisément ces conséquences très différentes qui déterminent l'importance de l'enjeu. Ainsi par exemple, si l'on s'oriente vers l'interdiction définitive d'habiter alors qu'un examen plus approfondi aurait permis de déceler la possibilité d'une réhabilitation par les propriétaires, on crée un besoin de relogement bien inopportunément dans le contexte de pénurie que l'on connaît, et l'on peut condamner une copropriété qu'il aurait été souhaitable de soutenir. A l'inverse, opter pour la remédiabilité vis-à-vis d'un immeuble dont l'état général est tel que sa rénovation appellerait des travaux coûteux, jusqu'à atteindre la valeur d'une construction, et longs, jusqu'à exiger un effort d'hébergement très prolongé, peut être d'autant plus contre-indiqué que le relogement repose, en pratique, pour une bonne part sur la collectivité publique, sans qu'une certaine compensation puisse s'établir ici, comme dans le cas de la DUP, entre la ponction opérée sur les capacités de relogement et l'accroissement du parc assuré par une opération publique.

Cette considération prend une portée particulière lorsqu'on se trouve face à un propriétaire qui, selon des pratiques observées à Paris, a acheté à bas prix un immeuble squatté en spéculant sur une libération ultérieure génératrice de plus-value. Si en pareil cas la collectivité reloge les occupants de l'immeuble sans avoir préalablement acquis ce dernier, elle sert un enrichissement⁷⁹ indu du spéculateur et entretient le mouvement pour l'avenir. On ajoutera que lorsqu'on est parti dans une mauvaise direction, une situation d'attente et d'accentuation progressive des difficultés s'ensuit souvent ; la présence de plomb, lorsque c'est le cas, est de celles-ci un révélateur d'autant plus aigu qu'elle implique une urgence de la réponse.

Cette complexité et cette importance des enjeux appellent une grande exigence dans l'élaboration des dossiers à présenter au Conseil Départemental d'Hygiène (CDH). Le

⁷⁹ Accentué par l'effet bénéfique de la nouvelle fiscalité applicable à l'amortissement dans l'ancien.

constat de problèmes rencontrés dans certains dossiers difficiles amène à s'interroger sur l'adaptation des pratiques actuelles à ce niveau élevé d'exigence.

Ainsi, dans le cas de Paris, un débat récurrent se rapporte au fait que la Délégation Permanente en matière d'Habitat insalubre (D.P.H.) du Conseil Départemental d'Hygiène se montre d'une manière générale réticente à prendre en compte vraiment, pour évaluer l'insalubrité tant en remédiable qu'en irrémédiable, les données se rapportant aux structures et à la stabilité ; cette prise en compte, d'ailleurs bien préconisée par les circulaires ministérielles, est pourtant nécessaire à la bonne appréciation globale de l'immeuble et elle n'implique nul empiètement sur les prérogatives de décision du service en charge de la police des périls, à Paris rattaché à la Préfecture de Police. Une méconnaissance ou une prise en compte trop sommaire de cette dimension peut conduire à un classement contestable en insalubrité remédiable.

Peut jouer dans le même sens le contexte, d'ailleurs en lui-même à mettre à l'actif du service technique de l'habitat de la ville de Paris, d'une attitude très active dans l'exercice du pouvoir de police en matière de règlement sanitaire départemental. Il y a une tradition ancienne et forte d'attention portée aux signalements par les habitants de situations y compris tout à fait ponctuelles, et de suivi correspondant, dans la durée, des appartements et des immeubles. Si bien que lorsque ces derniers viennent devant les procédures d'insalubrité au sens des articles L.1331-26 et suivants du Code de la Santé Publique, c'est souvent au terme d'une histoire qui peut être déjà longue dans le cadre de l'application du règlement sanitaire départemental, toute orientée vers la recherche de sorties de l'insalubrité dans une optique de remédiabilité, que l'inspecteur en charge de l'immeuble peut avoir naturellement tendance à conserver dans le cadre de la nouvelle procédure. Cette observation amène d'ailleurs à évoquer la question du partage des rôles entre la procédure d'application du règlement sanitaire départemental et la procédure d'insalubrité du code de la santé publique, question sur laquelle il y aurait probablement matière à des messages de clarification de la part de l'administration centrale.

La DASS de Paris comme la DULE et les services de la ville sont conscients de la complexité et de l'importance des choix à opérer entre insalubrité remédiable et irrémédiable, et du fait que ces derniers peuvent être influencés par des habitudes et des vocations dominantes au sein des administrations qui interviennent dans l'instruction des dossiers. Sous l'animation du pôle national, dans le prolongement de premières initiatives déjà engagées en ce sens, des échanges d'expériences devraient être proposés par la DGS et la DGUHC. En particulier, une action nationale de formation à l'intention de l'ensemble des inspecteurs de salubrité des collectivités territoriales et des DDASS, notamment des inspecteurs de salubrité de la mairie de Paris, serait utile.

Les échanges devraient porter à la fois sur les critères d'appréciation, sur l'élaboration des études préparatoires et sur le contenu des rapports de présentation au CDH. Un enjeu important pour ces derniers est que leur champ s'élargisse pleinement à toutes les dimensions à prendre en considération et qu'ils s'attachent à expliciter avec précision les motivations du choix proposé en évaluant bien tous les effets à attendre en matière notamment de coût des travaux, d'obligation de relogement, de possibilité d'acquérir, et les conséquences pour les propriétaires et les occupants.

Il conviendrait que la proposition de classement soit adossée à la définition d'une stratégie de sortie opérationnelle, dont les dossiers stratégiques d'immeubles établis par la SIEMP pour les adresses dont elle a la charge donnent un bon exemple. A Paris, des réunions périodiques se tiennent déjà entre services de l'Etat et de la ville pour mettre en commun leurs informations et harmoniser leurs options sur les immeubles à situation complexe. L'avantage d'une telle anticipation sur la stratégie opérationnelle à suivre serait à la fois de mieux fiabiliser l'aiguillage du dossier entre le réparable et l'irréparable en s'assurant de la faisabilité de la sortie, et de gagner du temps pour la suite en permettant qu'une fois l'arrêté pris, la résorption de l'insalubrité ainsi que les hébergements et les relogements s'engagent rapidement.

10 Reconsidérer à l'occasion de la décentralisation la spécificité du régime parisien en matière d'insalubrité

Lors de l'institution d'un maire à Paris, il n'a pas été tiré de conséquence quant à une reconnaissance de son service œuvrant dans le domaine de la salubrité comme SCHS, à l'instar de la situation habituellement rencontrée dans les grandes communes. L'Etat a donc conservé l'intégralité des compétences concernées, en tout cas de celles qui se rapportent au code de la santé publique. Et dans le même temps, tout repose pourtant, pour la mise en œuvre, sur les services de la ville, car aucun moyen n'a été transféré à l'Etat. Ce qui fait que ce dernier a la responsabilité, mais qu'il dépend pour la mise en œuvre de relations de nature simplement contractuelle avec la ville en vue de la mobilisation des moyens nécessaires. Il a fallu attendre 1997 pour que, sous la pression des nombreuses politiques nouvelles, se mette en place à la DASS de Paris, un service Santé-Environnement, mais les moyens accordés dans ce cadre sont demeurés limités, notamment sur le champ de l'insalubrité.

Cette situation n'est pas satisfaisante. En particulier les crédits alloués à la DASS de Paris pour financer la convention avec la ville pour les prestations qu'elle fournit sur le thème de l'insalubrité, imputés sur le chapitre 47.12.20 du Ministère chargé de la Santé, paraissent en deçà des dépenses à engager réellement par la ville, ce qui nuit à l'équilibre des relations contractuelles.

La DASS de Paris a souligné, auprès de la mission, le fait qu'il conviendrait de profiter du contexte de la loi relative aux responsabilités locales pour reconsidérer le régime actuel. Outre les points majeurs qui viennent d'être évoqués, elle observe que si ce projet de loi, dans sa version présente, ouvre la possibilité pour le maire de Paris de mettre en œuvre les procédures du Code de la Santé Publique, il ne lui paraît pas qu'elle intègre le retour au droit commun s'agissant des pouvoirs du maire de Paris en matière d'application du règlement sanitaire départemental. La situation parisienne actuelle équivaut pourtant à une gestion directe de ce domaine par les services municipaux, sans transparence pour l'Etat, certains aspects, si l'on retient l'observation précédente, étant fragiles du point de vue juridique. Cependant, des interprétations différentes peuvent être défendues à partir de la combinaison des textes disponibles pour considérer que, sur le point soulevé, la commune de Paris serait soumise aux règles applicables à toutes les communes.

La mission recommande un examen très attentif de toutes ces questions dont dépendent la clarté des responsabilités et l'efficacité de l'action.

Elle recommande en même temps que les moyens en personnel de la DASS de Paris soient renforcés pour lui permettre la pleine maîtrise des dimensions juridiques et contentieuses de cette politique.

11 Approfondir la question des hôtels meublés

La spécificité du contexte institutionnel parisien conduit à des ambiguïtés quant au partage exact des rôles, dans le déroulement de la procédure d'insalubrité applicable aux hôtels meublés, au titre des articles L.1331-26 et suivants du Code de la Santé Publique, entre la ville, la Préfecture de Paris et la Préfecture de Police.

Cette procédure n'a jusqu'à présent jamais été utilisée pour les hôtels meublés à Paris, tout ayant reposé en pratique pour le contrôle de la salubrité de ces établissements, sur le pouvoir général exercé par le Préfet de Police en application du Règlement Sanitaire Départemental (R.S.D.), sans préjudice des deux autres procédures, qui peuvent avoir parfois des liens avec l'insalubrité, relatives respectivement au péril et à la sécurité préventive des établissements classés.

Le rapport émet deux recommandations :

- trancher la question juridique sur les conditions d'application aux meublés de la procédure d'insalubrité au besoin par des précisions apportées dans les textes ;
- envisager une stratégie d'utilisation graduée des deux procédures, celle du R.S.D. et celle des articles L.1331-26 et suivants du Code de la Santé Publique. Dans le cas d'une insalubrité remédiable, la seconde procédure apporte, par rapport à la première, des moyens d'action supplémentaires très importants : pouvoir d'exécution des travaux d'office, suspension des loyers et redevances et sanctions pénales. Dans le cas d'une insalubrité irrémédiable, elle ouvre la voie de la DUP et de l'acquisition du bien, y compris de fonds de commerces⁸⁰, pour y réaliser du logement social mais aussi des opérations plus spécifiques visant à répondre aux besoins d'hébergement provisoire ou plus durable hors HLM, utilisables de manière plus souple que le secteur social classique.

D'autres observations peuvent valoir également pour les autres départements.

En premier lieu, il faut rappeler la nécessité d'aller jusqu'au bout dans la mise en relation avec le risque plomb des procédures constituant des viviers privilégiés pour la détection de ces risques, à savoir non seulement celle des articles L.1331-26 et suivants du Code de la Santé Publique pour laquelle la mise en relation doit être systématique, mais aussi celle du R.S.D, ce qui appelle des inspecteurs des hôtels meublés d'avoir une connaissance suffisante de ce qui se rapporte au saturnisme pour pouvoir signaler à la DASS de Paris et à la DULE compétentes en la matière, lorsqu'ils examinent un établissement, les risques qu'il peut présenter au regard de la présence de plomb.

Sur un plan plus général, il faut souligner le constat de la forte tendance à la baisse du nombre de ces établissements, alors que l'on reconnaît partout l'importance du rôle joué par les hôtels meublés dans le fonctionnement global du système du logement et de

⁸⁰ Dont la valeur est nulle en application de l'article 18 de la loi Vivien.

l'hébergement sur les marchés tendus de Paris et de la petite couronne. Cette situation appellerait une actualisation des analyses qui ont déjà pu être menées sur les causes de la diminution observée. Une réflexion serait aussi à conduire sur la question du partage des responsabilités entre propriétaire des murs et exploitant, aujourd'hui régi par le seul bail commercial à la discrétion des parties.

12 S'assurer que les processus opérationnels, orientés d'abord vers la résorption de stocks connus, réservent aussi une place pour des flux à venir non encore connus

Il est naturel que les processus opérationnels de traitement de l'insalubrité et de la dégradation aient d'abord tendance à se tourner vers le traitement de situations déjà connues au moment où on lance la démarche. En effet, les besoins recensés sont généralement importants et supérieurs à ce qu'il est possible de traiter, donc imposent un choix de priorités difficile à opérer, qui n'incite pas à rechercher d'autres viviers.

Il reste que la problématique du saturnisme a ses contraintes particulières :

- d'une part, les immeubles et logements présentant une accessibilité au plomb sont à traiter immédiatement dès qu'on les repère, et ils ne peuvent par définition être connus à l'avance ;
- d'autre part, pour certains d'entre eux la présence de plomb se croise avec une insalubrité plus globale à traiter en même temps ou sans trop de décalage par rapport aux travaux visant les sources de plomb elles mêmes, afin d'assurer la pérennité de ces derniers et plus généralement de les inscrire dans un traitement d'ensemble cohérent. En ce cas ils doivent être accueillis sans préalable dans les processus en cours.

La mission a observé que les processus opérationnels mis en place, qu'il s'agisse de MOUS insalubrité, d'OPAH renouvellement urbain, ou plus généralement d'OPAH, satisfont le plus souvent à la condition ci-dessus évoquée de conserver une part ouverte à des adresses non encore connues.

A Paris, toutefois, il n'en est pas ainsi pour l'O.A.H.D, pour laquelle la liste d'adresses est exhaustivement définie, et a été répartie entre des opérateurs par appel d'offre. Pour l'avenir, une formule est à rechercher, par exemple en recourant au marché à commande, afin de permettre d'accueillir des adresses non encore connues au moment du lancement du programme comme cela est possible avec les procédures de MOUS.

C'est déjà le cas pour la Convention Publique d'Aménagement entre la Ville de Paris et la SIEMP, tant en ce qui concerne les acquisitions d'immeubles dans le cadre de la loi Vivien (article 1.14 de la convention) qu'en ce qui concerne le soutien technique et opérationnel aux propriétaires (article 1.1.6 de la convention). Il convient toutefois de s'assurer que les procédures concernées présentent la souplesse nécessaire, en termes de délais.

13 Mettre l'accent pour l'avenir sur la prévention de l'insalubrité générale

Non seulement il faut être prêt à accueillir les flux nouveaux d'habitat dégradé pour les faire bénéficier de traitements lourds lorsque ces derniers sont devenus nécessaires, mais il faut parallèlement s'attacher à réduire, c'est à dire à prévenir, l'apparition de ces flux nouveaux.

Cet objectif de prévention constitue pour l'avenir un axe de travail essentiel. Tous les moyens de l'action courante, en matière notamment de police quotidienne de la salubrité au titre du Règlement Sanitaire Départemental, d'interventions générales de l'Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat (A.N.A.H.), de soutien aux copropriétés, doivent être placés dans cette perspective. Une initiative comme celle de la mise en place, à Paris, de l'Observatoire permanent du saturnisme, de l'habitat dégradé et de l'insalubrité paraît intéressante.

14 Développer le patrimoine d'accueil hors HLM dédié notamment au saturnisme et à la lutte contre l'insalubrité, et prioriser sur cet enjeu l'attribution de logements sociaux ordinaires en même temps qu'accroître le parc social notamment des grands logements

En ce qui concerne le patrimoine d'accueil hors HLM dédié ou dans lequel une part est réservée au saturnisme, le dispositif SIEMP montre à quel point il y a là un facteur décisif de réussite. L'importance de pouvoir disposer d'un tel patrimoine, en plus du secteur HLM, découle du fait que ce dernier ne peut suffire pour répondre aux situations apportées par le saturnisme, et plus largement l'insalubrité, et qui appellent la réponse à quatre catégories de besoins :

- l'accueil de courte durée pour la période de travaux palliatifs ;
- l'accueil toujours pour la période des travaux et à ce titre demeurant provisoire, mais avec une durée plus longue, lorsque la mise à l'abri du plomb ne peut être opérée dans de bonnes conditions sans impliquer en même temps des travaux plus lourds de sortie d'insalubrité ou de dégradation ;
- l'accueil également provisoire, mais à durée plus difficile à maîtriser, dans l'attente d'un relogement dans le patrimoine social ;
- l'accueil, dans des conditions très exceptionnelles, de personnes ou de familles qui, par leur situation (cas des sans papiers, étrangers en situation irrégulière), ne peuvent être admis dans le patrimoine social mais pour lesquels l'enjeu de santé est grave.

L'écueil très réel, et l'expérience du patrimoine SIEMP commence de le montrer, est bien sûr celui de la congestion de ce patrimoine d'accueil, mais en même temps on ne peut se passer de cette solution si l'on veut répondre aux exigences de délai, sanctionnées pénalement ; car les délais de relogements dans le patrimoine HLM, quels que soient les efforts, ne pourront être raccourcis dans tous les cas, ne serait-ce qu'en raison des procédures d'acceptation interne au sein des organismes HLM et des incertitudes qui s'y attachent, au point de répondre aux urgences les plus fortes.

Il faut donc pouvoir répondre à l'écueil de congestion, ce qui implique une politique déterminée à la fois en faveur du développement, par tous les moyens appropriés, de

l'offre de ce patrimoine particulier et en faveur d'une gestion très attentive à une bonne rotation, afin que ce patrimoine, limité, reste bien affecté à son objet propre.

En ce qui concerne le développement de l'offre, il faut à la fois :

- s'attacher à bien saisir les opportunités foncières. Une opportunité toute désignée, celle d'ailleurs sur laquelle joue le dispositif SIEMP, est celle d'une utilisation provisoire d'appartements appartenant à la ville dans des copropriétés en cours de traitement. Mais il convient de jouer aussi sur les sorties d'insalubrité irrémédiable avec expropriation conduisant à une opération publique en réhabilitation lourde ou en démolition-reconstruction : une partie des opérations correspondantes doit donner lieu non pas à la réalisation de logements sociaux classiques, mais à la constitution d'un patrimoine hors HLM dédié au moins pour une part à la résorption du saturnisme. Un autre gisement foncier à exploiter est celui des hôtels meublés, pour lesquels nous avons précédemment préconisé à la fois de favoriser les sorties d'insalubrité rémédiabiles en raison de l'importance de cette forme d'hébergement dans le marché global parisien, et les sorties d'insalubrité irrémédiable par expropriation et réalisation d'opérations publiques.
- développer des formes juridiques adaptées, et les financements correspondants, en faveur de ce patrimoine. On pense notamment à la résidence sociale, qui peut en effet pour certaines familles à héberger constituer une solution appropriée, mais qui comporte un accompagnement social coûteux à exploiter à bon escient ; ce ne doit donc pas être la seule formule. Un autre cas bien adapté à la majorité des situations, est celui du patrimoine SIEMP, mais ce dernier est dédié aux seuls hébergements liés au traitement des immeubles insalubres ou dégradés sur lesquels la SIEMP a été missionnée. Une extension de sa mission à l'accueil en hébergement, au-delà même du traitement des immeubles sur lesquels elle a été missionnée, pourrait être envisagée. Au plan juridique, il faut souligner l'importance qui s'attache à la bonne fiabilisation des formules employées pour correspondre au caractère provisoire de l'occupation. L'attention des services doit être appelée sur ce point, qui a fait l'objet d'une étude fort utile du pôle national de lutte contre l'habitat indigne sur les meilleures possibilités offertes dans le cadre du droit actuel⁸¹. Celles-ci n'étant pas exemptes de toute fragilité, des approfondissements restent nécessaires. On notera l'intérêt que le recours à la formule des hôtels meublés pourrait présenter notamment au regard de cette question.

En ce qui concerne la seconde exigence qui porte sur la bonne rotation des utilisations, il faut distinguer entre les différentes catégories de besoins ci-dessus évoquées :

- Le problème ne se pose pas trop pour les deux premières catégories, se rapportant à l'accueil provisoire pendant la durée des travaux. Dans ce cas, en effet, le délai d'utilisation est normalement maîtrisé puisque c'est celui déterminé par les travaux, sous réserve cependant d'être attentif au retour des familles dans le logement initial une fois les travaux terminés.
- Les utilisations dans le cadre de la troisième catégorie, celle de l'accueil provisoire dans l'attente d'un relogement définitif dans le patrimoine social ordinaire, sont au

⁸¹ Une note à ce sujet est disponible dans la collection des notes juridiques du pôle national de lutte contre l'habitat indigne.

cœur de l'enjeu de la rotation. Le risque est qu'une fois le problème de l'accueil provisoire résolu, la priorité ne soit pas suffisamment accordée au relogement définitif, eu égard à l'acuité que l'on connaît des autres catégories de besoin en concurrence. Ceci rejoint la priorité, sur laquelle nous allons venir, qu'il convient de réserver, au sein des politiques d'attribution de logements sociaux, à l'enjeu du saturnisme et de l'insalubrité.

- Les utilisations dans le cadre de la dernière catégorie de besoins, celle de l'accueil de familles ne pouvant être admises en secteur HLM en raison d'une situation irrégulière, constituent assurément le problème le plus délicat. Il faut bien entendu d'abord limiter très strictement le recours à cette solution aux cas médicalement les plus graves. Pour ce qui est de s'attacher à la limitation de la durée de l'hébergement, on dépend là de la politique de régularisation de la situation sur le territoire national des occupants sans titre de séjour régularisable.

Pour en venir maintenant à la priorité qu'il faut reconnaître à l'enjeu saturnisme, et plus largement à l'insalubrité, dans les politiques d'attribution du logement social ordinaire, on soulignera que celle-ci doit prendre deux formes :

- celle de s'attacher à chaque fois que c'est possible à un accueil direct des personnes et familles dans le patrimoine social, de façon à éviter le double déménagement. Ceci suppose de porter une attention très particulière, lorsque l'on retient cette voie, à la question du délai,
- celle de permettre la rotation effective, comme on vient de le souligner, de l'utilisation du patrimoine dédié hors HLM, en veillant au relogement définitif dès que possible.

L'enjeu du saturnisme, et plus généralement celui de l'insalubrité, est assurément générateur de besoins de logements sociaux dans un contexte global par ailleurs, on le sait, très tendu, particulièrement à Paris ; mais il est en même temps pourvoyeur de gisements fonciers qu'il ne faut pas manquer d'exploiter. On retrouve là toute la justification d'une politique active en faveur des acquisitions publiques par expropriation, dans le cas des insalubrités irrémédiables lorsqu'elles sont justifiées. Il faut en outre souligner l'importance toute particulière qui s'attache au développement du parc social en matière de grands logements, tant la grande rareté rend aujourd'hui très difficile la réponse aux besoins émanant de familles nombreuses, situation fréquemment rencontrée dans les appartements touchés par la présence de plomb et par l'insalubrité.

8 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONDUITE DE L'ACTION

En complément des recommandations concernant plus particulièrement les aspects sanitaires ou liés à l'habitat, des indications sont données sur des points de gestion qui présentent un caractère transversal de conduite des démarches administratives.

8.1 Renforcer le système d'information

1 Créer des tableaux de bord en vue d'une exploitation partagée des informations et d'une aide au pilotage des actions

Au cours des visites des services, la mission a constaté l'existence de plusieurs outils informatiques permettant de stocker différentes informations. Certaines de ces informations font l'objet de traitements réguliers ou selon les questions posées ; plusieurs indicateurs ont été établis notamment par la DULE. L'expérience a montré que les outils informatiques ne permettent pas le partage d'informations, ce qui rend difficile l'évaluation de l'état réel de la situation.

Par ailleurs, le SNESSI regroupe des informations utiles sur la situation sanitaire des enfants et partiellement sur les suites données mais il ne permet pas d'apprécier l'application des dispositions juridiques concernant les travaux d'urgence.

De même, les bilan annuels conduits par la DGS et la DGUHC portent sur des décomptes d'actions conduites mais ne permettent pas de connaître la façon dont les dossiers progressent et l'importance des problèmes restant sans solutions.

Pour faciliter le pilotage des actions des différents services qui interviennent, il est nécessaire, tout en préservant les obligations de secret médical, de mieux mettre en relation les informations disponibles, de favoriser leur partage par les acteurs concernés et de produire des éléments permettant de communiquer sur l'impact des mesures prises.

La constitution rapide par l'Etat d'indicateurs et la réalisation de bilans permettra de préparer l'application du projet de loi sur la décentralisation et la définition des éléments d'information que devront produire les collectivités qui choisiront de s'engager dans une expérience de prise en charge du domaine de l'habitat indigne. Il serait difficilement compréhensible que dans les conventions passées avec ces collectivités, l'Etat impose une production d'informations que ses services ne fournissent pas. De même, de telles informations permettraient d'explicitier les conditions dans lesquelles la situation aura évolué d'ici 2008 par rapport à l'objectif sanitaire de réduction de moitié de la prévalence de saturnisme infantile lié à l'habitat.

Le travail doit être conduit notamment à plusieurs niveaux :

Au niveau des outils :

Codage pour rendre anonyme les dossiers partagés : un codage des dossiers doit être défini comme cela a déjà pu être fait par différents services. Les principes de ce codage devraient être établis au niveau national afin de permettre les échanges d'informations et le suivi des cas lorsqu'ils changent de départements.

Elaboration d'outils informatiques : ils doivent non seulement permettre aux services de gérer les procédures mais ils doivent comporter des moyens de traitement des données enregistrées afin de fournir aux responsables les indicateurs utiles. Ils doivent permettre l'échange des informations entre les services mais aussi la conduite partagée des procédures selon les choix locaux d'organisation administrative. L'expérience conduite dans les Bouches-du-Rhône constitue une démarche intéressante. Une réflexion globale sur le système d'information applicable à ce domaine y compris sur la production des indicateurs devrait être conduite en prenant en compte le SNSSI.

Au niveau du suivi quotidien des dossiers :

Suivi du cas de saturnisme : les services qui gèrent les dossiers au quotidien doivent pouvoir suivre le devenir de chaque cas de saturnisme identifié et notamment l'évolution de la situation le concernant et le niveau d'avancement de la ou des procédures conduites. Dans ce suivi, les durées des différentes étapes doivent être déterminées ; elles doivent être comparées aux délais obligatoires ou à ceux à définir comme de référence afin d'alerter les services en cas de « dérapage ».

Suivi de l'intervention sur le logement : de la même façon, le calendrier réel d'avancement des procédures prévues doit pouvoir être suivi au jour le jour et être comparé au calendrier prévisionnel ou considéré comme normal.

Suivi de l'intervention sur l'immeuble : des dispositions analogues doivent être retenues pour le suivi des procédures concernant un immeuble. Elles doivent tenir compte des décisions de gestion du dossier qui auront été définies ainsi que le recommande les propositions 6 et 7 ci-dessus relatives à l'habitat.

Au niveau des évaluations et des bilans :

Evaluation de la surveillance sanitaire et des déclarations obligatoires : la comparaison par le médecin inspecteur de santé publique de la DDASS des informations fournies par les différentes sources d'information doit permettre de vérifier que les déclarations obligatoires et les fiches de surveillance sont bien transmises.

Bilans de gestion des procédures et identification des dossiers à problèmes : l'exploitation statistique des données concernant le déroulement de chaque dossier permet de déterminer le niveau d'efficacité des procédures conduites et d'identifier les dossiers pour lesquels des problèmes se posent et n'ont pas pu être résolus. Une telle approche peut servir de base aux discussions inter-services sur les priorités à donner aux dossiers à traiter.

Bilan de l'évolution historique de la situation : la discussion avec plusieurs acteurs a montré que l'état actuel de la situation n'est pas toujours connu ni ses évolutions réelles au cours des années. Au moins chaque année, un bilan historique décrivant notamment

les modalités de dépistage et ses résultats ainsi que les actions conduites vis-à-vis des immeubles, devrait être mis à jour. Il permettrait de suivre la progression de l'atteinte de l'objectif sanitaire fixé pour 2008 sans attendre une évaluation finale globale.

Approche cartographique : dans la mesure où la problématique relative au saturnisme infantile lié à l'habitat dépend, pour une large part, de l'état des immeubles, même si des pratiques de Pica peuvent intervenir, il apparaît nécessaire d'approfondir les démarches engagées par certains services et de conduire des essais de rassemblement sur un même document cartographique des éléments d'information disponibles concernant notamment les aspects suivants pour établir les « zones d'intervention sanitaire prioritaire » (cf. recommandation sanitaire 8) :

- les emplacements des immeubles construits avant 1949,
- les adresses des enfants dépistés en distinguant le fait que l'analyse de plombémie a dépassé ou non la limite de 100 µg/L,
- les adresses des logements et des immeubles diagnostiqués en distinguant ceux pour lesquels du plomb est apparu accessible,
- les adresses des ERAP positifs et, dans le futur, des CREP transmis au préfet,
- les adresses des immeubles dans lesquels des diagnostics d'accessibilité au plomb ont été réalisés lors d'enquêtes d'insalubrité,
- les zones dans lesquelles sont engagées des actions en matière de lutte contre l'habitat insalubre ou indigne.

A partir de tels documents, pourraient alors être adaptées si nécessaire :

- la stratégie de dépistage et la sensibilisation des intervenants sanitaires concernés,
- l'information des personnes résidant dans ces zones,
- l'intervention en matière d'habitat indigne.

2 Exploiter et valoriser les informations fournies par les ERAP (Etats de risque d'accessibilité au plomb) et les futurs CREP (Constat de risques d'exposition au plomb)

La diversité des conditions de traitement des ERAP dans les trois départements et notamment le fait qu'à Paris aucune suite n'était donnée par manque de moyens, a conduit la mission à s'interroger sur les pratiques réelles dans l'ensemble de la France. Les données statistiques nationales fournies par la DGS et la DGUHC montrent qu'en 2002, les arrêtés préfectoraux définissant un zonage rendant obligatoires les ERAP existaient dans une soixantaine de départements, que 58 000 ERAP ont été transmis à l'administration mais que seuls une douzaine de départements ont réalisés ou fait réaliser des diagnostics (520 dont 418 en logement et 102 en parties communes). Toutefois, ces bilans n'indiquent pas le détail des actions conduites et les éventuelles stratégies suivies.

En coordination avec la DGS, la mission a mené une enquête légère auprès de départements recevant chacun plus de 1000 ERAP par an et/ou ayant engagé des diagnostics suite à la réception d'ERAP. Les vingt quatre DDASS sollicitées ont répondu. Près de 85 % des ERAP reçus en France et la quasi-totalité des diagnostics

réalisés à la suite d'ERAP l'ont été dans ces départements. Les résultats de l'enquête figurent en annexe 17.

Les ERAP peuvent assurer une fonction d'état des lieux d'un logement lors de la vente et bientôt lors du renouvellement d'un bail de location avec une double finalité : informer les occupants futurs, informer les personnes qui effectueront des travaux dans le logement, de l'existence ou non d'un risque réel ou potentiel.

Lorsque qu'existe un risque d'accessibilité au plomb dans les locaux, ils peuvent servir de base à la réalisation de travaux par le propriétaire.

Ils permettent à l'administration de conduire, pour les cas les plus graves, la procédure de lutte contre le plomb en faisant réaliser un diagnostic suivi si nécessaire d'une notification de travaux.

Ils constituent une source d'informations pour permettre à l'administration d'identifier, par l'accumulation progressive des informations dans une base de données, les zones du territoire dans lesquelles se situent le plus d'immeubles à risques mais également de disposer d'éléments pour l'élaboration ou l'évolution des politiques locales de lutte contre l'habitat indigne en améliorant les zonages des opérations. De telles approches spatiales voire cartographiques peuvent aussi permettre à l'administration d'adapter les stratégies de dépistage et l'information des citoyens.

Toutefois, le fait que, notamment pour des raisons de sécurité juridique, la totalité des départements ait été désignée zone à risque a réduit l'efficacité de la démarche. La contrepartie de l'extension du zonage aurait dû être une action forte des services vis-à-vis des cas pour lesquels les ERAP montrent des risques sanitaires importants ; ce qui nécessite de disposer d'une grille de critères de classement. Les travaux engagés dans ce sens par l'administration centrale n'ont pas encore abouti.

Le projet de loi de santé publique qui modifie le dispositif pour tenir compte de ces difficultés, doit être l'occasion de redéfinir les modalités de mise en œuvre des ERAP et des futurs CREP ; ceci est d'autant plus important que la logique voudrait que si les dossiers transmis à l'administration sont ceux qui correspondent aux situations les plus à risque, une étude adaptée de chaque dossier devrait être conduite pour prendre les dispositions nécessaires ou au moins vérifier que le propriétaire les a mises en œuvre.

Une attention particulière doit être portée aux points suivants :

- Qualité des ERAP : il apparaît indispensable de définir :
 - un référentiel de qualité pour les opérateurs permettant notamment d'améliorer encore la lecture du document produit et d'évaluer un niveau de risque,
 - un système de reconnaissance de la qualification des professionnels qui établissent les ERAP et de la qualité de leurs prestations, par exemple de type certification,
- Définition de critères de priorité pour gérer les ERAP actuels,
- Détermination des facteurs de dégradation du bâti pour distinguer les CREP qui devront être transmis aux préfets. Les documents consultés et différentes discussions avec des intervenants de terrain montrent l'importance des facteurs suivants :
 - nombre de points d'accessibilité au plomb,
 - niveau de présence de plomb,
 - humidité dans le logement, fuites d'eau provenant des réseaux de canalisations, de toitures ou de fenêtres non étanches,
 - effondrements partiels dans l'immeuble,

- Détermination la plus précise possible des objectifs poursuivis et des missions que les services doivent exercer :
 - enregistrement des dossiers (ERAP ou CREP),
 - analyse de chaque dossier et conclusion d'intervention : enquête sur les lieux, appréciation des mesures prises ou prévues par le propriétaire, réalisation d'un diagnostic, si nécessaire notification de travaux, contrôle des suites réelles données,
 - regroupement sous forme de listes et, selon le nombre de dossiers, sous forme de cartes, des informations concernant les ERAP ou CREP, pour informer les différents acteurs concernés (communes concernées, PMI, médecins de santé scolaire, ANAH...) et permettre une adaptation des modalités de dépistage des cas de saturnisme ou une prise en compte dans l'intervention vis-à-vis de l'habitat indigne,
- Capitalisation des pratiques des services et expérimentation par simulation, le plus rapidement possible, des critères envisagés pour la gestion future des CREP pour préparer les textes d'application de la loi en cours de discussion,
- Mise à disposition des services d'un outil informatique adapté aux dispositions retenues pour la gestion des ERAP et des futurs CREP.

Pour Paris, si dans l'avenir l'effectif attribué à la DULE permet de gérer les ERAP, la démarche pourrait être conçue afin de servir de terrain d'expérimentation avec éventuellement deux ou trois autres départements déjà mobilisés ; un soutien méthodologique devra leur être apporté.

8.2 Développer, dans les services centraux et locaux, une culture de l'action répondant à l'obligation d'atteindre le but et fondée sur la construction raisonnée de stratégies

3 Renforcer l'appui déjà important des services centraux et du pôle national

L'importance de l'appui apporté par l'échelon central aux équipes de terrain découle de l'engagement fort de chacune des deux administrations de la Santé (DGS) et de l'Équipement (DGUHC), mais aussi de la collaboration étroite entre ces deux directions, contribuant à la fois à la cohérence des orientations données aux services locaux et à la qualité des rapprochements sur le terrain entre DDASS et DDE. Cette situation est assurément favorisée par la mise en place du pôle national de lutte contre l'habitat indigne, qui est précisément dédié à l'appui au terrain et dont l'action est essentielle dans un domaine aussi marqué par la complexité et le besoin d'échanges et d'innovations.

Ces atouts se traduisent notamment dans les actions nombreuses développées en matière de formation, de diffusion des informations et des doctrines⁸², d'échange d'expériences

⁸² notamment dans les dossiers juridiques du pôle national, ou encore dans le dispositif questions/réponses de la DGS, et qui vont par exemple aussi trouver une nouvelle voie avec le site internet sur l'habitat

et de débat, toutes particulièrement utiles et appréciées des équipes locales. On soulignera notamment l'intérêt qui s'attache à la complète ouverture de ces actions à l'ensemble des acteurs de terrain, qu'il s'agisse de l'Etat, des Villes, des associations, permettant à la fois à l'ensemble des parties prenantes d'en bénéficier et favorisant le développement des dynamiques partenariales sur le terrain.

La mission estime cependant que cet appui des services centraux et du pôle national peut aller plus loin. Elle a observé en effet que les administrations locales butaient parfois sur des points de portée générale, mettant en cause la réussite de leur action, qui appelleraient une intervention de décision ou d'expertise approfondie de l'échelon central au plan juridique comme aux plans technique, sanitaire et social et qui, si cette intervention n'a pas lieu, peuvent demeurer, de manière prolongée, en suspens.

Le progrès est à rechercher ici dans les deux sens :

- d'un côté, les services locaux ne doivent pas hésiter à faire remonter très clairement leurs besoins, en faisant bien percevoir à l'échelon central en quoi, sur des cas réels, la réponse est pour eux nécessaire pour réussir ;
- de l'autre, l'échelon central doit s'attacher à y répondre, y compris pour les questions les plus complexes, en prenant le temps nécessaire, ce qui appelle une organisation appropriée.

Le processus pourrait être le suivant. Un besoin paraissant impliquer la responsabilité de l'échelon central ayant été repéré, un chef de projet serait chargé à la DGS ou à la DGUHC de préparer la réponse, en collaboration avec les autres ministères impliqués et sous l'animation et avec l'appui du pôle national, dans un délai de quelques semaines ou au plus de quelques mois. Après examen, s'il s'avère que la responsabilité centrale est impliquée, alors le processus d'instruction doit être concerté en tant que de besoin avec d'autres ministères, en faisant appel si nécessaire à des consultations juridiques auprès de cabinets d'avocats spécialisés⁸³ comme des centres de ressource juridique de chacun des deux Ministères ainsi que du Conseil d'Etat, en sollicitant également s'il y a lieu l'appui, sur des dimensions techniques comme sur des dimensions d'organisation, des moyens d'expertise et d'enquête du CGPC et de l'IGAS.

Les pratiques actuelles se rapprochent déjà de ce processus. Il faut sans doute le systématiser, ne pas laisser sans réponse des questions sur lesquelles bute la capacité des équipes locales à atteindre des objectifs pourtant clairement assignés par la loi. L'accentuation de l'effort dans cet esprit permettra d'éviter des situations laissées parfois durablement en suspens, et permettra d'aborder les échéances législatives ultérieures avec une bonne anticipation sur les dispositions nouvelles qu'il y aura lieu d'y faire prévaloir. Elle est le correspondant, au plan central, de l'exigence que nous évoquons maintenant pour le plan local.

indigne désormais ouvert par le pôle national et accueilli par la DGUHC, et appelé à regrouper l'ensemble des documents d'information et de doctrine disponibles.

⁸³ la DGS comme la DGUHC ainsi que le pôle national ont déjà l'habitude d'y faire appel

4 Au plan local, intégrer pleinement le caractère impératif de la réponse à l'exigence de santé publique, et valoriser le rôle du chef de projet

Deux éléments doivent se conforter mutuellement : la volonté d'atteindre le but et une conscience claire que les problèmes rencontrés comportent nécessairement une solution.

La loi, en même temps qu'elle a fixé des objectifs, a défini des pouvoirs juridiques, et pour la mise en œuvre des moyens ont été mis en place. Dès lors, la solution pour atteindre les buts consiste soit, ce qui sera le cas habituel, à combiner l'utilisation des pouvoirs et des moyens déjà présents, soit, exceptionnellement, à requérir des changements législatifs ou réglementaires ou des adaptations de moyens.

Il revient au responsable de projet de rechercher la solution la plus économe (à titre d'exemple, ne faisant appel à des changements de texte qu'en l'absence d'autres moyens déjà disponibles dans l'arsenal juridique), ceci devant se traduire dans l'explicitation d'un raisonnement qui, tout en respectant pleinement la logique propre à chacune des procédures en jeu, construit la réponse consistant à combiner celles-ci de manière appropriée pour atteindre le but. Ce raisonnement peut et doit être, pour les sujets difficiles, traduit dans un document écrit dont chacun pourra prendre connaissance et dans lequel chaque autorité pourra voir le rôle qu'elle est appelée à jouer. Ceci vaut aussi bien pour l'explicitation de stratégies de portée générale, que pour l'explicitation de stratégies se rapportant à des immeubles particuliers.

Le chef de projet est alors en mesure de placer les autorités en face de leurs responsabilités, fort qu'il est non seulement de pouvoir leur présenter une solution, mais aussi de pouvoir leur dire qu'il a pu vérifier que cette solution était la plus économe, et que dès lors, leur responsabilité est engagée.

Une telle philosophie de l'action n'est pas propre au dossier du saturnisme, mais ce dernier constitue un champ riche pour la mettre en œuvre, eu égard à la fois à la complexité qu'il faut intégrer et à l'importance de l'enjeu de santé publique auquel il faut répondre sans faute.

CONCLUSION

Au-delà des progrès nécessaires sur les procédures qui lui sont propres, au plan sanitaire comme au plan de l'habitat, la lutte contre le saturnisme lance des interpellations fortes en direction de champs plus larges, celui de la lutte contre l'insalubrité et l'habitat indigne dans toutes leurs composantes, avec les exigences qui s'y associent en matière de relogement, et celui, plus large encore, de la capacité des services à intégrer la complexité dans la conduite de l'action. Il apparaît bien en effet que la réussite sur la première a besoin de la réussite sur les seconds.

A l'affirmation de ces défis, la mission veut associer un double message d'espoir et de confiance dans la possibilité de progresser et d'atteindre le but.

Un message d'espoir, car en même temps qu'elle répond à une nécessité, la perspective ainsi élargie offre une chance. Une chance pour le progrès de la lutte contre l'insalubrité générale, utilement stimulée à partir de l'interpellation venant de l'enjeu du saturnisme, lui-même porteur d'exigences plus impératives et précises que celles qu'on avait le plus souvent l'habitude d'associer au dossier de l'insalubrité. Une chance aussi pour le progrès des conceptions et des pratiques de l'action publique, auquel la lutte contre le saturnisme et l'insalubrité peut offrir un domaine privilégié d'expérience et d'exemplarité, en raison de l'acuité des enjeux à prendre en compte et de la complexité à maîtriser.

Un message de confiance également dans la possibilité de progresser et de réussir, car la mission a pu observer que des dynamiques remarquables sont déjà à l'œuvre. Sur beaucoup de points, les recommandations du rapport rejoignent des évolutions en cours ou projetées, et les exigences qui sont formulées au-delà doivent pouvoir être prises en compte dans le contexte des dynamiques observées.

Plusieurs des besoins d'évolution des textes exposés dans le rapport devraient trouver des réponses dans le projet de loi de santé publique en cours de discussion. A cet égard, les rapporteurs signalent de manière particulière certains compléments, relatifs à la procédure saturnisme, qu'il y aurait lieu d'intégrer dans la phase finale de la discussion.

La perspective de la loi sur les responsabilités locales qui, si la disposition correspondante est adoptée, ouvrira la possibilité d'expérimenter avec les communes qui le souhaiteront un transfert de responsabilité en matière de lutte contre le saturnisme

et l'insalubrité, confère une actualité particulière aux recommandations du rapport. On doit en effet avoir le souci de transférer aux collectivités qui le demanderaient des instruments en bon état de marche. Il faut en outre se préparer à la définition du cahier des charges à introduire dans les conventions de transfert ; à cette fin les recommandations formulées dans le rapport pourront constituer des références utiles.

Anne Chantal ROUSSEAU-GIRAL
Membre de l'Inspection générale
des affaires sociales

Dominique TRICARD
Membre de l'Inspection générale
des affaires sociales

Georges CREPEY
Membre du Conseil général
des ponts et chaussées

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission du 12 juin 2003

Annexe 2 : Lettre du 13 février 2003 du préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris, à M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 4 : Protocole de prise en charge médicale

Annexe 5 : Fiche de surveillance des plombémies

Annexe 6 : Exploitation de données du système de surveillance du saturnisme infantile d'Ile-de-France - Interventions réalisées sur l'environnement

Annexe 7 : Liste des indicateurs de suivi de l'activité de la mission saturnisme (DULE)

Annexe 8 : Répartition des compétences en matière de police administrative dans les locaux d'habitation à PARIS

Annexe 9 : Organigramme de la mission saturnisme de la DULE

Annexe 10 : Logigramme des procédures suivies par la mission saturnisme de la DULE (fin 2003)

Annexe 11 : Durée de l'enquête environnementale

Annexe 12 : Durée de l'ensemble de la procédure

Annexe 13 : Durée de l'ensemble de la procédure en fonction du niveau initial de plombémie

Annexe 14 : Cas des immeubles les plus difficiles à gérer à Paris en 2001 – 2003

Annexe 15 : Logigramme des procédures suivies en Seine-Saint-Denis

Annexe 16 : Logigramme des procédures suivies en Hauts-de-Seine

Annexe 17 : Enquête sur les suites données aux ERAP dans 24 départements

Annexe 18 : Récapitulation des propositions

Annexe 1 – Lettre de mission

12 JUIN 2003

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉESMINISTÈRE DE L'ÉQUIPEMENT, DES TRANSPORTS
DU LOGEMENT, DU TOURISME
ET DE LA MER

Le Directeur du Cabinet

Le Directeur du Cabinet

N/Réf. : CAB/WD/NL/D.03005296

Inspection Générale
des Affaires Sociales

16 JUIN 2003

N° 456

NOTE

à

Madame le Chef de Service de l'I.G.A.S.

et à

Monsieur le Vice-Président du Conseil Général
des Ponts et Chaussées**Objet : lutte contre l'habitat indigne**

Les lois relatives à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et à la solidarité et au renouvellement urbains du 13 décembre 2000 donnent aux services de l'Etat des responsabilités en matière d'habitat indigne au regard du risque de saturnisme infantile.

La mise en œuvre de ces dispositifs se heurte à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine à un certain nombre de difficultés liées aux spécificités de l'agglomération parisienne.

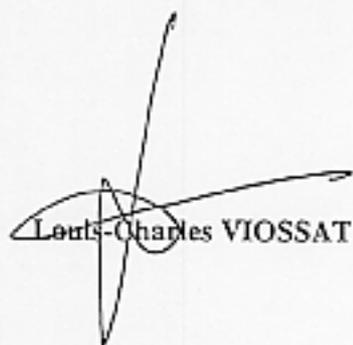
Il apparaît que les mesures de relogement se révèlent particulièrement difficiles à mettre en œuvre, ce qui peut mettre en cause la responsabilité de l'Etat et de ses agents. Ces difficultés tiennent notamment au nombre important de logements concernés. Le contingent préfectoral ne permet pas d'assurer un relogement assez rapide des familles.

Dans le cas de Paris, l'organisation administrative et le partage des compétences entre le Préfet de Police, le Préfet de Paris et la Ville de Paris, chargée par convention des enquêtes d'insalubrité de la responsabilité de la DDASS, ajoutent à la complexité de la situation. La Ville de Paris a également mandaté sur ce dossier la Société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris (SIEMP). Ni la Direction des affaires sanitaires et sociales de Paris (DASS) ni la Direction de l'urbanisme, du logement et de l'équipement (DULE), à la préfecture, ne disposent des moyens adaptés à l'ampleur du problème.

.../...

Devant les difficultés juridiques, budgétaires et d'organisation administrative rencontrées pour faire face à ce dossier, nous demandons à une mission conjointe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et du Conseil Général des Ponts et Chaussées d'analyser l'organisation et le fonctionnement de ce dispositif et de préconiser les améliorations à apporter afin d'accroître son efficacité et sécuriser l'action de l'Etat et de ses agents.

Cette mission devra remettre son rapport et ses propositions au mois d'octobre 2003.



Louis-Charles VIOSSAT

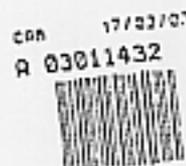


Pierre GRAFF

Annexe 2 – Lettre du 13 février 2003 du préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris, à M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

*Le Préfet
de la Région d'Île de France
Préfet de Paris*

Paris, le 13 FEB 2002



Le Préfet de la Région d'Île de France,
Préfet de Paris

à

Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées

Cabinet

OBJET : Lutte contre l'habitat indigne.

Depuis la publication des lois relatives, d'une part, à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et, d'autre part, à la solidarité et au renouvellement urbains du 13 décembre 2000, les services de l'État à Paris (Préfecture de Paris et Direction des Affaires Sanitaires et Sociales) se sont particulièrement investis dans la lutte contre l'habitat indigne pour laquelle la Ville de Paris a, de son côté, mandaté la Société Immobilière d'Économie Mixte de la Ville de Paris (SIEMP) qui a mis en place avec l'État différents dispositifs spécifiques.

En outre, la Ville de Paris fait partie des 11 sites pilotes désignés, en 2001, par le Ministre en charge du logement pour mener une politique volontariste d'éradication de l'habitat indigne, dans les domaines de l'insalubrité, des périls et du saturnisme.

À l'usage, le traitement de ce problème majeur de santé publique se révèle extrêmement difficile à mettre en œuvre et il est source d'un risque potentiel de mise en cause de la responsabilité de l'État et de ses agents.

1. Les difficultés de mise en œuvre tiennent au nombre particulièrement important de logements et immeubles parisiens concernés, tant par des procédures d'insalubrité, aggravées par le surpeuplement : que par des procédures au titre du saturnisme dont le nombre de cas a pratiquement doublé en 2002, en raison notamment de l'abaissement du seuil du taux de plombémie pour la déclaration des cas. C'est ainsi que le besoin annuel peut être estimé à 200 relogements au titre des interdictions d'habiter et à une cinquantaine de relogements urgents sur le plan sanitaire (saturnisme essentiellement) pour des familles qui ne sont pas toutes éligibles à une proposition dans le parc locatif social. De nombreux cas, en outre, concernent des grandes familles dont certaines doivent faire, au préalable, l'objet d'une procédure de décohabitation qui accroît encore le besoin en logements.

.../...

Face à cette situation, le contingent préfectoral (environ 1 000 logements par an, dont la moitié est engagée dans l'accord collectif) ne permet pas d'assurer un relogement assez rapide des familles concernées par une procédure de résorption de l'habitat indigne, même dans des cas où l'arrêté d'interdiction d'habiter a été pris.

De plus, l'organisation administrative parisienne et le partage des compétences entre le Préfet de Police (qui accorde le concours de la force publique pour l'exécution des jugements d'expulsion) et le Préfet de Paris (en charge des procédures de relogement, du montage ou suivi de l'aspect opérationnel des dispositifs de lutte contre l'insalubrité et le saturnisme), comme l'existence d'un Service Technique de l'Habitat (STH) de la Ville de Paris, chargé par convention des enquêtes d'insalubrité de la responsabilité de la DASS, ajoutent à la complexité de la situation.

Enfin, tant la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris (DASS) que la Direction de l'Urbanisme, du Logement et de l'Équipement (DUIE), à la préfecture, ne disposent pas des moyens humains et financiers adaptés à l'ampleur du problème parisien.

2. De ce fait, les agents des services de l'État répondent imparfaitement – et en sont conscients – à des situations humaines extrêmement graves, qui touchent des familles en grandes difficultés, avec des risques d'atteinte irréversible à la santé des enfants.

Si des améliorations ont été et peuvent encore être trouvées, dans le fonctionnement de dispositifs opérationnels partagés avec la ville de Paris (Opération d'amélioration de l'habitat dégradé, actions SIEMI), il n'en demeure pas moins que l'action des services de l'État est encadrée par un dispositif législatif et réglementaire qui impose des obligations strictes, notamment pour le saturnisme. La responsabilité de l'État et de ses agents pourrait être mise en cause pour non relogement de familles souffrantes de saturnisme mais laissées dans le logement faute de capacité d'accueil.

Dès lors, devant les graves difficultés juridiques, budgétaires et d'organisation administrative rencontrées pour faire face à cet enjeu de santé publique dont l'impact dans l'opinion est croissant et mettant en cause la crédibilité de l'action de l'État et de ses services, je crois devoir vous proposer de diligenter une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur l'organisation, le fonctionnement et les améliorations à apporter à ce dispositif afin d'accroître son efficacité et sécuriser l'action de l'État et de ses agents.

S'agissant d'une affaire touchant également la gestion du contingent préfectoral, il est souhaitable que cette mission soit menée conjointement avec le Conseil Général des Ponts et Chaussées.

Je vous sens obligé de bien vouloir me faire connaître la suite que vous réserverez à cette demande, pour laquelle mes collaborateurs de la Préfecture de Paris sont à votre disposition pour toutes précisions que vous pourriez souhaiter.


Bertrand LANDRIEU

Annexe 3 – Liste des personnes rencontrées

Liste des personnes rencontrées

Les rapporteurs remercient les différentes personnes qui, par les informations qu'elles ont fournies et les avis dont elles ont fait part, ont apporté une contribution à la réalisation des travaux de la mission.

ORGANISME	NOM
IGAS	Ch. Lacombe
	R. Ollivier
Pôle national de lutte contre l'habitat indigne	N. Bouché, inspectrice générale de l'équipement, présidente du Pôle national de lutte contre l'habitat indigne
Direction générale de la santé	Y. Coquin, chef du service de la prévention, des programmes de santé et de la gestion des risques
	T. Michelon, sous-directeur de la gestion des risques des milieux (SD7)
	M. Tacchi, chargé de mission informatique (SD7)
	J. Carmes, chef du bureau bâtiment, bruit et milieu de travail (SD7C)
	L. Dubois-Mazeyrie, adjoint au chef du bureau SD7C
	L. Guillotin, responsable du dossier plomb au bureau SD7C
	D. Louis, ingénieur du génie sanitaire (SD7C)
	I. Vansteen, SISE-Habitat (SD7C)
	H. Le Meur, chargée du contentieux (SD7C)
Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction	M-L Fronteau, chef du bureau des interventions urbaines pour l'habitat privé (IUH4)
	C. Dupont, chargée de mission au bureau des interventions urbaines pour l'habitat privé
	P. Machu, chargé de mission au bureau des interventions urbaines pour l'habitat privé
	M-C. Roger, chef du bureau qualité technique et prévention (QC1)
	P. Andries, chef de projet bâtiment et santé au bureau qualité technique et prévention
Préfecture de Paris	R Caron, préfet, secrétaire général
Direction de l'urbanisme, du logement et de l'équipement de Paris	Ph. Cèbe, directeur
	O. Filliette, directeur par intérim, sous-directeur de l'habitat et du logement
	P. Rieu, chef du bureau du logement
	M. Baud, chargée de mission à la mission de l'Habitat
	Th. Josse, chargé de la mission saturnisme
	Ch. Drugat, adjointe au chargé de la mission saturnisme
	L. Girometti, délégué de l'ANAH pour Paris
Direction des affaires sanitaires et sociales de Paris	P. Coste, directeur
	M.C. Zaslavsky, responsable du pôle santé publique
	JM Thiollet, médecin inspecteur de la santé
	G. Hivert, ingénieur du génie sanitaire
	M. Maselier, assistante sociale

Préfecture de police de Paris	M. Lalande, préfet, directeur de cabinet
	C. Bay, directeur adjoint de cabinet
	I. Merignan, chargée du dossier des expulsions et des évacuations au cabinet du préfet de Police
	L. de Galard, sous directeur de la sécurité du public à la direction de la protection du public
	C. Richard, adjointe au chef du 7 ^{ème} bureau, sous direction de la sécurité du public, direction de la protection du public
	S. Lamiroux, adjoint au chef du 7 ^{ème} bureau, sous direction de la sécurité du public, direction de la protection du public
	J. Marchand, responsable du pôle hygiène et santé au 2 ^{ème} bureau de la sous direction de la protection sanitaire, direction de la protection du public
	F-R. Braconnier, adjoint au responsable du pôle hygiène et santé
Mairie de Paris	G. Gueydan, directrice adjointe du cabinet du maire de Paris
	A. Claquin, directeur de cabinet de monsieur A. Lhostis, adjoint au maire, chargé de la santé et des relations avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
	JP. Devillers, directeur de cabinet de monsieur JY. Mano, adjoint au maire, chargé du logement
	B. Tallec, chef de cabinet de cabinet de monsieur JY. Mano, adjoint au maire, chargé du logement
	G. Jacquet, collaboratrice de monsieur JY. Mano, adjoint au maire, chargé du logement
	X. Ousset, conseiller technique au cabinet du maire de Paris
	F. Veber, conseillère technique au cabinet du maire de Paris
	B. Leboulanger, chargé de mission au secrétariat général (Habitat – Logement)
Ville de Paris - Direction du logement et de l'habitat	C. Nicol, directeur du logement et de l'habitat
	JP. Collas, sous-directeur de l'habitat
	P. Souvent, chef du service technique de l'habitat
	J. Faiche, inspecteur de salubrité, chef de circonscription au service technique de l'habitat
	W. Bobiek, chargé de mission auprès du sous-directeur de l'habitat
	A. Nedelka, sous-direction de la politique du logement, bureau des sociétés immobilières d'économie mixte, chargée du suivi des dispositifs d'insalubrité
Ville de Paris – Direction de l'action Sociale, de l'enfance et de la santé	B. Joseph-Jeanneney, directrice
	Dr M. Delour, médecin en chef de la PMI
	Dr G. Richard, médecin en chef du service de santé scolaire de Paris
	Mme Violette, puéricultrice PMI rue Cavée 18ème
Ville de Paris – Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris	Dr F. Squinazi, directeur
	S. Domsic, ingénieur hygiéniste chargée du secteur saturnisme
	O. Chauvel, interne en pharmacie
SIEMP Société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris	JP. Olivier, directeur, direction de l'Eradication de l'Insalubrité
	I. de Cornihout, chef du service saturnisme
	F. Bouny-Retif, conductrice de travaux
	B. Pataux, conseiller socio-éducatif

	J. Abdo-Manna, infirmière
	A. Dufour, infirmière
	A. Souza, conseiller social
	D. Mourier, chargée de la gestion des logements relais
	L. Cargill, secrétaire
DRASS Ile-de-France	P. Giry, ingénieur du génie sanitaire
DDASS 13	M. Garans, ingénieur du génie sanitaire
DDASS 49	P. Peigner, ingénieur du génie sanitaire
DDASS 92	C. Loudhini, directrice adjointe
	S. Conrad, ingénieur du génie sanitaire
	S. Lehssini, ingénieur chargée de mission sur le saturnisme
	Dr D. Meffre, médecin inspecteur de santé publique chargée de l'épidémiologie
DDE 92	M. Guillot, directeur
	Y. Tondut, adjoint au directeur chargé de l'urbanisme et du logement
	JM. Brihat, chef du bureau du parc privé
DDASS 93	Ph. Blanchard, directeur
	L. Nieger, chef du pôle social
	Dr I. Faibis, médecin inspecteur de santé publique, cellule saturnisme
	S. Kulig, chargée de mission cellule saturnisme
	M. Plocoste, secrétaire mission cellule saturnisme
	C. Somarriba, ingénieur du génie sanitaire
DDE 93	P. Verdeaux, directeur
	MF. Boulay, directrice adjointe
	F. Roquier Chavannes, chargée de l'habitat et du renouvellement urbain
	C. Lewandowski, chef du pôle interventions en habitat privé, délégué général adjoint de l'ANAH
	M. Maronne, chargé de l'éradication de l'habitat indigne et du saturnisme
Service communal d'hygiène et de santé d'Aubervilliers	Dr L. Ginot, directeur
Institut de veille sanitaire	M. Ledrans, responsable du département santé environnement Ph. Bretin, épidémiologiste
CPAM Paris	Dr Foucault médecin coordonnateur
Centre anti-poison de Paris	Dr R. Garnier, toxicologue
Hôpital Trousseau	Dr C. Dolfuss, pédiatre L. Stengel, assistante sociale
Hôpital Robert Debré	Pr A. Bourillon, chef de service Dr H. Konsaty, attachée coordonnatrice mission saturnisme Equipe de l'antenne Robert Debré du service de l'Hospitalisation à domicile de l'APHP S. Gottot, chef du service de santé publique
Expert	Pr J. M. Haguenoer, toxicologue
Association Habitat Santé Développement	P. Lucchini, délégué général

	J. Skira
Association SOS Habitat et Soins	J-B. Bollens, chef de service N. Hisour
Association Unité de Réflexion et d' Action des Communautés Africaines	Dr A. Gianotti, directeur S. Dekens A. Tronchet
Association des Familles Victimes du Saturnisme	F. Canorel E. Chatenet
Association Développement Enfance du Monde	A. Bestault N. Chevrier S. Cuendet I. Grand
Pacte de Paris	A. Le Bail
Association Droit au Logement	I. Cassim
Association Pour Loger	A. Coquin
Association ESH Fondation Abbé Pierre	E. Constantin

Participation à la conférence de consensus de Lille des 4 et 5 novembre 2003 et rencontre avec différents experts.

Participation à la journée d'échange des acteurs du terrain du 11 février 2004 organisée par le pôle national de lutte contre l'habitat indigne.

Annexe 4 – Protocole de prise en charge médicale

PROTOCOLE SATURNISME 2004

Si la plombémie est comprise entre 400 et 700 $\mu\text{g/L}$:

On utilise

- DMSA per os en cure de 5 jours en HAD
1 gélule = 200 mg
par jour : 200 mg x 3 → quel que soit le poids s'il est inférieur à 25 kg
→ si le poids est supérieur à 25 kg : on utilise 4 gélules à 200 mg/jour pendant 5 jours
- J1 : NFS, créatinine, ionogramme, calcémie, transaminases
- J15 après la cure : même bilan + plombémie

Si le DMSA n'est pas utilisable (vomissement ou non coopération de l'enfant)

On utilise :

- EDTA calcique 1000 mg/m^2 / jour en cure de 5 jours
→ soit IV en 4 fois sur 60 minutes
→ soit IM en 2 injections /jour (possible en HAD)
Utiliser EMLA

Si la plombémie est supérieure à 700 $\mu\text{g/L}$:

Hospitalisation pour double chélation

1. EDTA comme précédemment 5 jours par voie intraveineuse
 - 1000 mg/m^2 / jour en 4 perfusions de 60 minutes
 - avec hyperhydratation intraveineuse de 3 L / m^2 / jour
2. DMSA : 200 mg 3fois par jour per os quel que soit le poids
Prévoir systématiquement une 2^{ème} cure en hospitalisation

Remarques :

- Ne pas associer au fer pendant la cure de DMSA (reprendre le traitement martial dès la fin de la cure)
- Ajouter surveillance hépatique au bilan
- Refaire plombémie 15 jours après
- Prévoir toujours soit :
 - Réhospitalisation
 - Hospitalisation à domicile pour suite des cures

Annexe 5 – Fiche de surveillance des plombémies

Annexe 6 – Exploitation de données du système de surveillance du saturnisme infantile
d’Ile-de-France – Interventions réalisées sur l’environnement

Exploitation de données du
 Système de Surveillance du Saturnisme Infantile en Ile-de-France

Interventions réalisées sur l'environnement

Document de travail

Entre mai 1992 et décembre 2001, 24526 enfants domiciliés en Ile-de-France ont bénéficié d'au moins un test de dépistage du saturnisme.

La fiche de surveillance complétée pour chaque prescription de dosage de la plombémie comprend entre autres l'item « Intervention sur l'environnement réalisé depuis le précédent dosage ». Le prescripteur ne peut cocher qu'une seule réponse parmi celles listées ci-dessous :

- Aucune intervention
- Travaux de réhabilitation définitive
- Mesures palliatives dans le logement
- Relogement ou changement de domicile habituel
- Intervention sur la qualité de l'eau
- Inconnue
- Autres (à préciser)

Méthode :

Une sélection sur l'ensemble des fiches de surveillance (45876) a été effectuée afin de n'étudier que les enfants ayant bénéficié d'au moins deux prélèvements sur l'ensemble de la période. Les fiches correspondant au premier prélèvement de ces enfants ont été exclues de l'analyse puisque nous nous intéressons aux interventions réalisées suite à un précédent dosage. Pour un enfant ayant eu N dosage, N-1 fiches ont donc été exploitées.

Pour chaque enfant, l'évolution de la plombémie entre deux dosage a été définie de la façon suivante :

- Stabilité : la plombémie ne varie pas de plus de 80 µg/l en plus ou en moins,
- Amélioration : la plombémie a diminué d'au moins 80 µg/l,
- Aggravation : la plombémie a augmenté d'au moins 80 µg/l.

Les fiches pour lesquelles la réalisation d'interventions environnementales était inconnue du prescripteur ainsi que celles indiquant un traitement de chélation depuis le précédent dosage ont également été exclues.

Résultats :

L'analyse a finalement porté sur 4596 fiches, dont le contenu est présenté dans les tableaux I et II.

Tableau I : Distribution des fiches en fonction de l'intervention environnementale et de l'évolution de la plombémie.

Intervention entre 2 plombémies successives	Evolution de la plombémie			Total
	Aggravation	Stabilité	Amélioration	
Aucune	144	2163	217	2524
Relogement ou changement de domicile habituel	75	912	206	1193
Mesures palliatives dans le logement	31	403	48	482
Autres	15	220	32	267
Travaux de réhabilitation définitive	12	110	8	130
Total	277	3808	511	4596

Tableau II : Proportion de fiches montrant une évolution de la plombémie en fonction de l'intervention environnementale.

Intervention entre 2 plombémies successives	Evolution de la plombémie			Total
	Aggravation	Stabilité	Amélioration	
Aucune	5,7 %	85,7 %	8,6 %	100,0 %
Relogement ou changement de domicile habituel	6,3 %	76,4 %	17,3 %	100,0 %
Mesures palliatives dans le logement	6,4 %	83,6 %	10,0 %	100,0 %
Autres	5,6 %	82,4 %	12,0 %	100,0 %
Travaux de réhabilitation définitive	9,2 %	84,6 %	6,2 %	100,0 %

La zone de texte libre permettant au prescripteur de préciser la catégorie « autre intervention » est difficilement analysable. Elle comprend souvent des informations qui ne permettent pas de savoir si une intervention a été effectivement réalisée. Les grandes catégories d'information sont présentées dans le tableau III (liste non exhaustive).

Tableau III : Regroupement des autres interventions par grandes catégories.

Grandes catégories d'interventions	Evolution de la plombémie			Total
	Aggravation	Stabilité	Amélioration	
Demande de relogement en cours	5	17	6	28
Travaux dans les parties communes	4	116	5	125
Travaux sans précautions	0	12	0	12
Travaux faits par la famille	1	5	2	8
Mesures palliatives dans les parties communes ou dans le logement	3	16	0	19
Conseils, information, hygiène	2	38	4	44
Scolarisation à plein temps	1	13	4	18
Enquête habitat	2	15	4	21
Vacances « au pays »	0	3	3	6
Plomb dans plat à tagine	0	6	0	6

Annexe 7 – Liste des indicateurs de suivi de l'activité de la mission saturnisme (DULE)

Liste des indicateurs de suivi de l'activité de la mission saturnisme (DULE)

Signalements

Nombre de signalements santé
Nombre de signalements habitat

Visites préalables

Nombre de visites préalables
Nombre d'états d'occupation

Diagnostics

Nombre total de locaux diagnostiqués
Nombre d'immeubles concernés
Nombre de logements diagnostiqués
Nombre de parties communes diagnostiquées

Notifications

Nombre d'immeubles notifiés (nombre d'adresses)
Nombre de logements notifiés
Nombre de parties communes concernées

Hébergement

Nombre d'hébergements conseillés
Nombre d'hébergements réalisés
Durée moyenne des hébergements

Travaux avec assistance

Nombre de logements où les travaux sont réalisés avec assistance
Nombre d'adresse où des travaux sont réalisés avec assistance
Nombre de parties communes dont les travaux sont réalisés avec assistance

Travaux d'office

Nombre de logements dont les travaux sont réalisés d'office
Nombre de parties communes dont les travaux sont réalisés d'office
Nombre d'adresses dont les travaux sont réalisés d'office

Fin de procédure

Nombre de logements clos
Nombre d'immeubles clos

Annexe 8 – Répartition des compétences en matière de police administrative dans les
locaux d'habitation à PARIS

Source N. Bouché / Pôle national de lutte contre l'habitat indigne

Répartition des compétences en matière de police administrative dans les locaux d'habitation à PARIS

Polices	Textes applicables	Décision	Travaux d'office	Hébergement / Relogement provisoire	Relogement définitif	Observations
Police municipale générale de la salubrité	Code Générale des Collectivités Territoriales : art L.2212-2 ¹ Textes spécifiques du CGCT relatifs à la commune de Paris et au préfet de Police.	Préfet de Paris ou Maire de Paris ?	-	-	-	L'art L.2511 du CGCT dispose que la commune de Paris est soumise aux règles applicables à toutes les communes sauf règles particulières (compétences propres du préfet de Police). L'art L.2512-13 ² précise les compétences de police municipale du maire de Paris/ "salubrité sur la voie publique". Deux interprétations sont défendues en matière de salubrité des habitations : la compétence du maire selon le droit commun ou celle du préfet de Paris sur la base du décret 8 mai, nonobstant tous les textes subséquents.
Insalubrité des locaux d'habitation	Art L.1331-26 et suivants du CSP Art L.521-1 à L.521-4 du CCH	Préfet de Paris sur instruction du STH (Paris) et rapport DASS ³	Maire de Paris et à défaut, le préfet de Paris (DULE)	Préfet de Paris	La collectivité à l'initiative de la procédure	En pratique, partage Etat/Ville du relogement par convention ⁴ . Accord collectif et sous-programme "habitat indigne" du plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées dont hébergement.
Saturnisme	Art L.1334-1 et suivants du CSP	Etat/préfet de Paris/DASS	Etat/Préfet de Paris/DULE	Etat/Préfet de Paris/DULE	-	En droit, le relogement définitif n'existe pas, mais en pratique, si, d'où solutions localement mises en place.
Immeubles menaçant ruine	Art L.511-1 et suivants du CCH / compétence spécifique du préfet de	Préfet de Police/ ⁵ Ville	Préfet de Police/ Ville	Préfet de Paris ⁶	Ville /	En pratique, partage Etat/Ville inclus dans la convention ⁷ . (Accord collectif et sous-programme "habitat indigne" du PDALPD, dont hébergement)

¹ Habilitation législative très générale sur laquelle est fondée toute la jurisprudence de la police municipale, notamment pour l'application du RSD

² L'écriture de l'art L.2212-2 du CGCT, relatif à la police municipale n'est pas beaucoup plus explicite que cet article. Il paraît difficile de considérer que le décret du 8 mai 1970 relatif à l'organisation sanitaire à Paris est toujours applicable, nonobstant tous les textes subséquents. Le conseil d'Etat dans un arrêt SCI Jade du 23 avril 1997 n'a pas soulevé l'incompétence du maire de Paris pour enjoindre à un propriétaire d'exécuter des travaux de branchement particulier d'égout, en application de l'art 44-6 bis du RSD de Paris, lequel est inclus dans le chapitre 3 intitulé "aménagement des locaux d'habitation" du titre II, intitulé "locaux d'habitation et assimilés" dudit RSD, ce qui semble hors du champs de la "salubrité sur la voie publique", visée à l'art L. 2512-13 du CGCT.

³ l'art L.1331-26 du CSP dispose que le rapport (au CDH) est effectué par la DDASS ou le SCHS de la commune lorsqu'il existe ; à Paris, le STH n'a pas le statut de SCHS

⁴ relogements dans le cadre de l'accord collectif 40% Etat – 40% Ville – 20% bailleurs et, au-delà, par l'Etat et la Ville au prorata de leurs capacités respectives calculées chaque année en fonction du nombre de logements de type HLM et assimilés adaptés aux relogements à réaliser - mis à leur disposition l'année précédente.

⁵ agissant au nom de la commune (confirmation jurisprudence du CE)

⁶ résultant de l'écriture de la loi SRU (art L.521-1 et s du CCH)

	Police /					
Garnis et meublés	Arrêté des consuls du 12 messidor an VIII; L. 2512-13 du CGCT	Préfet de Police				
Police générale de la salubrité et de la sécurité	Ordonnance préfectorale du 29/12/1972 ⁸ / RSD ⁹ de Paris	Préfet de Police ¹⁰	-	-	-	
Police spéciale de la sécurité des ERP	L.123-3 du CCH	Préfet de Police ¹¹	Préfet de Police	Préfet de Paris	Ville de Paris	En matière de sécurité, la police spéciale des Etablissements Recevant du Public est plus efficace que la police générale
Insalubrité	Art L1331-26 et suivants du CSP	Préfet de Police ¹² sur rapport de la PP, du STH, de la DASS ¹³ ?	Maire de Paris et Préfet de Police ? si carence ?	Préfet de Paris ? Préfet de Police ?	La collectivité à l'initiative de la procédure.	Les textes particuliers stipulent que la police des meublés et garnis est exercée par le Préfet de Police, sans autre précision Si la police de l'insalubrité est exercée par le Préfet de Police dans ces cas – ce ne peut être qu' au nom de l'Etat. Situation peu claire en matière de travaux d'office et de relogement Situation juridique à éclaircir.
Saturnisme	Art L1334-1 et suivants du CSP	Etat/Préfet de Paris/DASS	Etat/ Préfet de Paris/ DULE	Etat/Préfet de Paris/ DULE	-	On note en la matière, pourtant connexe à l'insalubrité, l'adoption d'une solution différente : compétence Préfet de Paris/DDASS/DULE: pourquoi?

⁷ relogements dans le cadre de l'accord collectif 40% Etat – 40% Ville – 20% bailleurs et, au-delà, par l'Etat et la Ville au prorata de leurs capacités respectives calculées chaque année en fonction du nombre de logements de type HLM et assimilés adaptés aux relogements à réaliser - mis à leur disposition l'année précédente.

⁸ relative aux logements loués garnis ou meublés – ce qui est plus large que les "hôtels meublés"

⁹ Comme le RSD type, comporte un chapitre spécifique aux garnis et meublés

¹⁰ au nom de la commune

¹¹ au nom de la commune

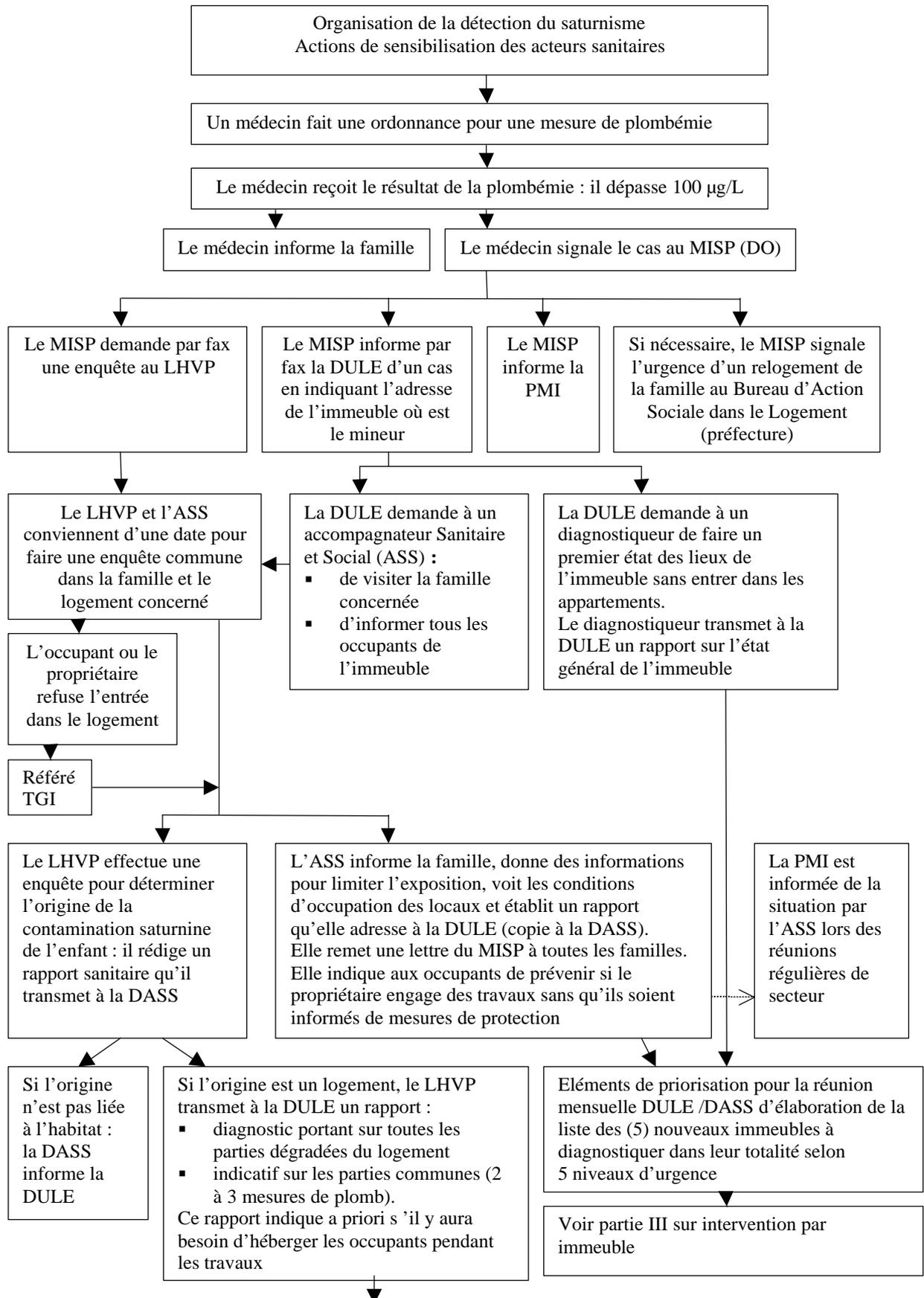
¹² si cette interprétation – traditionnelle à Paris- est exacte, le Préfet de Police agirait en cette matière au nom de l'Etat, avec toutes les conséquences de droit.

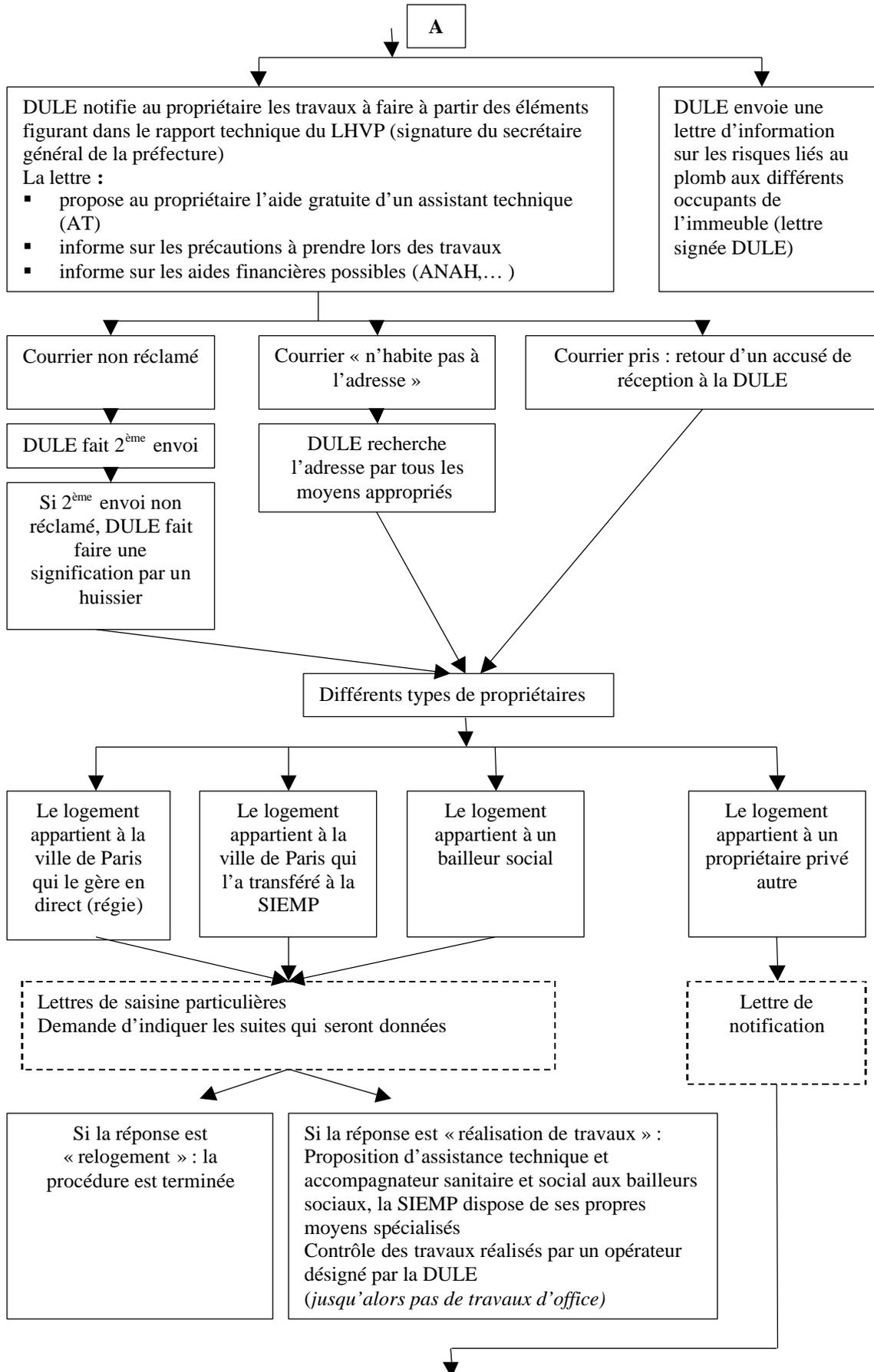
¹³ l'art L.1331-26 du CSP dispose que le rapport (au CDH) est effectué par la DDASS...alors que toutes les affaires relevant de la PP sont instruites par ses services propres...

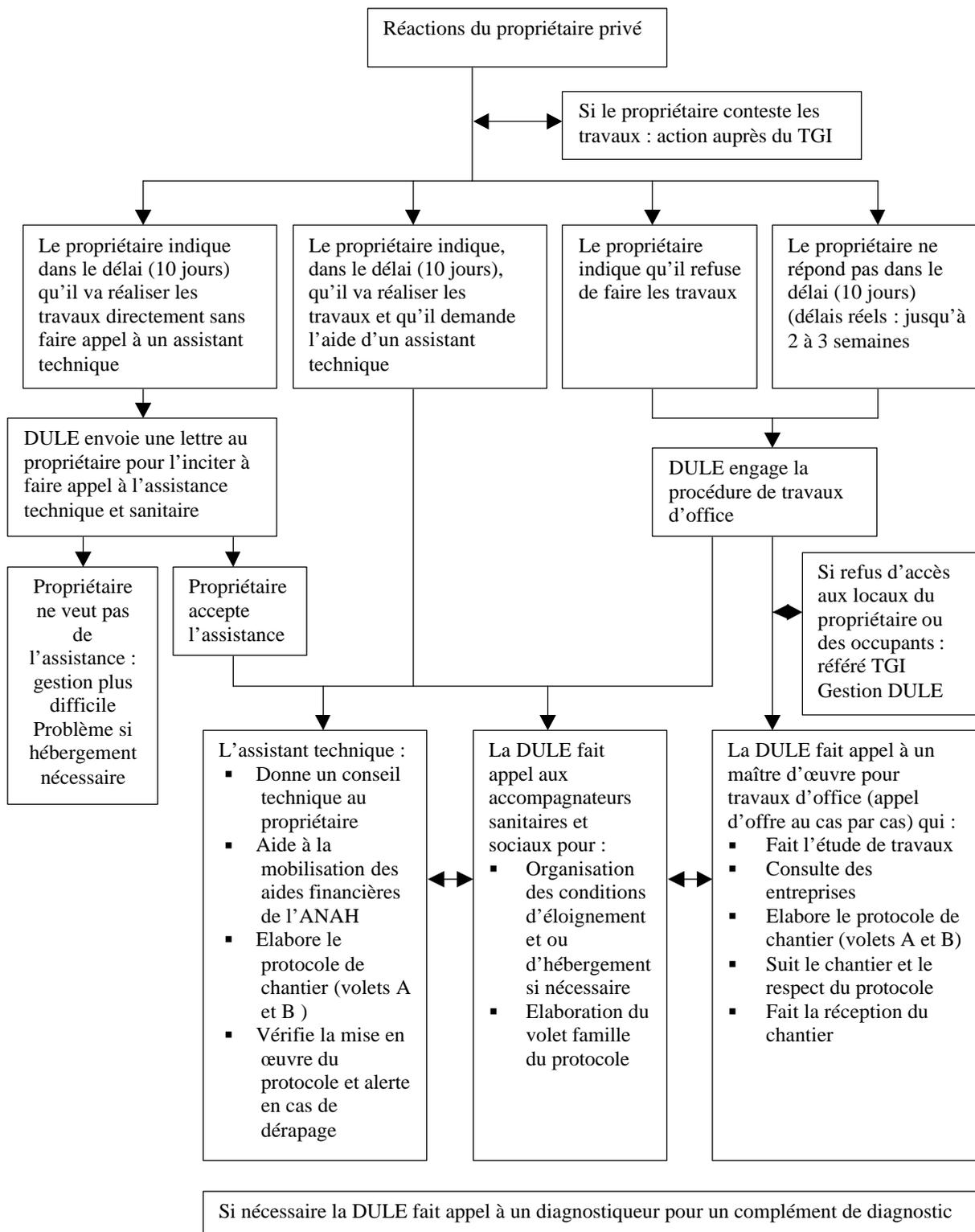
Annexe 9 – Organigramme de la mission saturnisme de la DULE

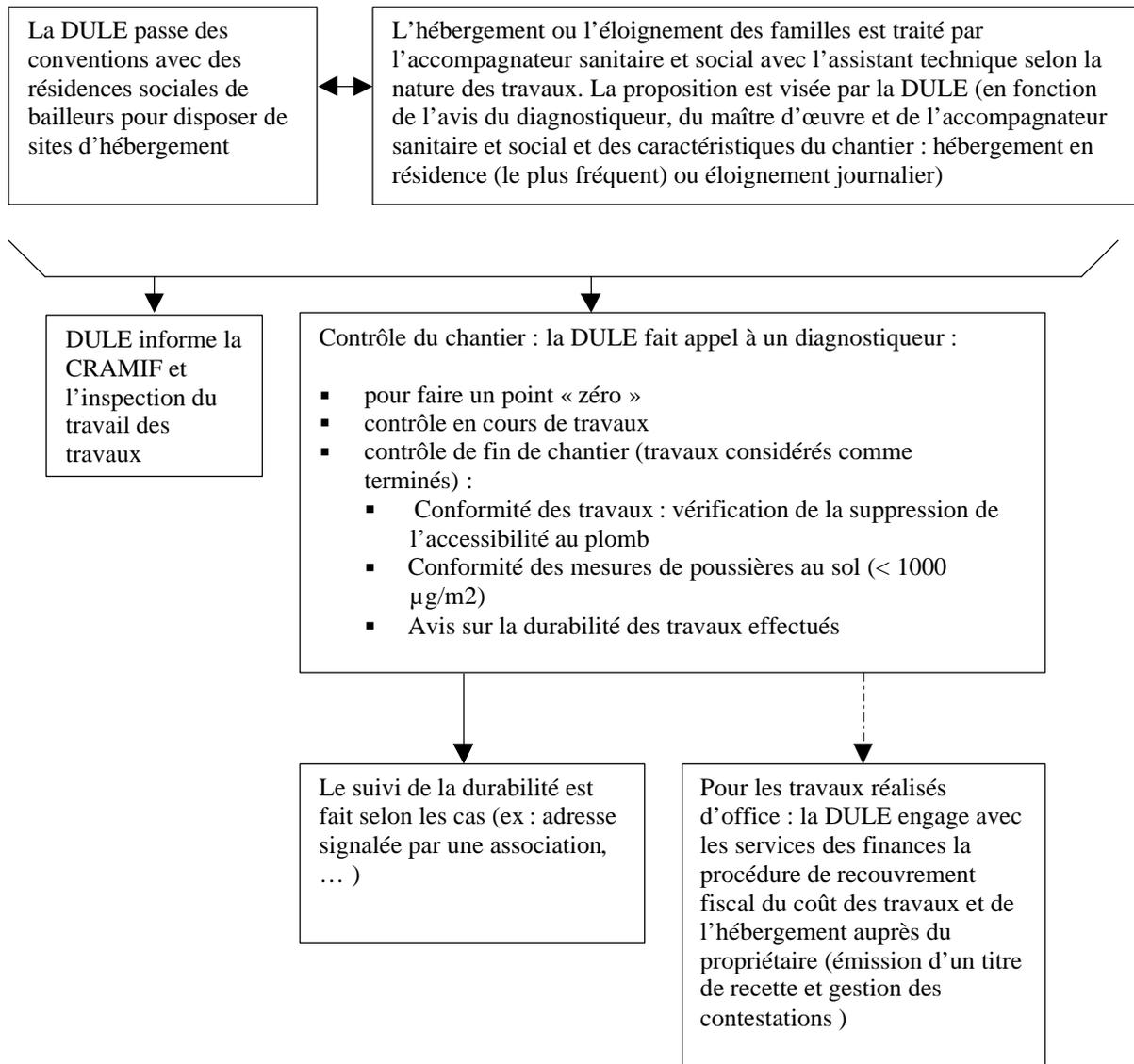
Annexe 10 – Logigramme des procédures suivies par la mission saturnisme de la DULE
(Fin 2003)

I Identification d'un cas de saturnisme chez un enfant mineur



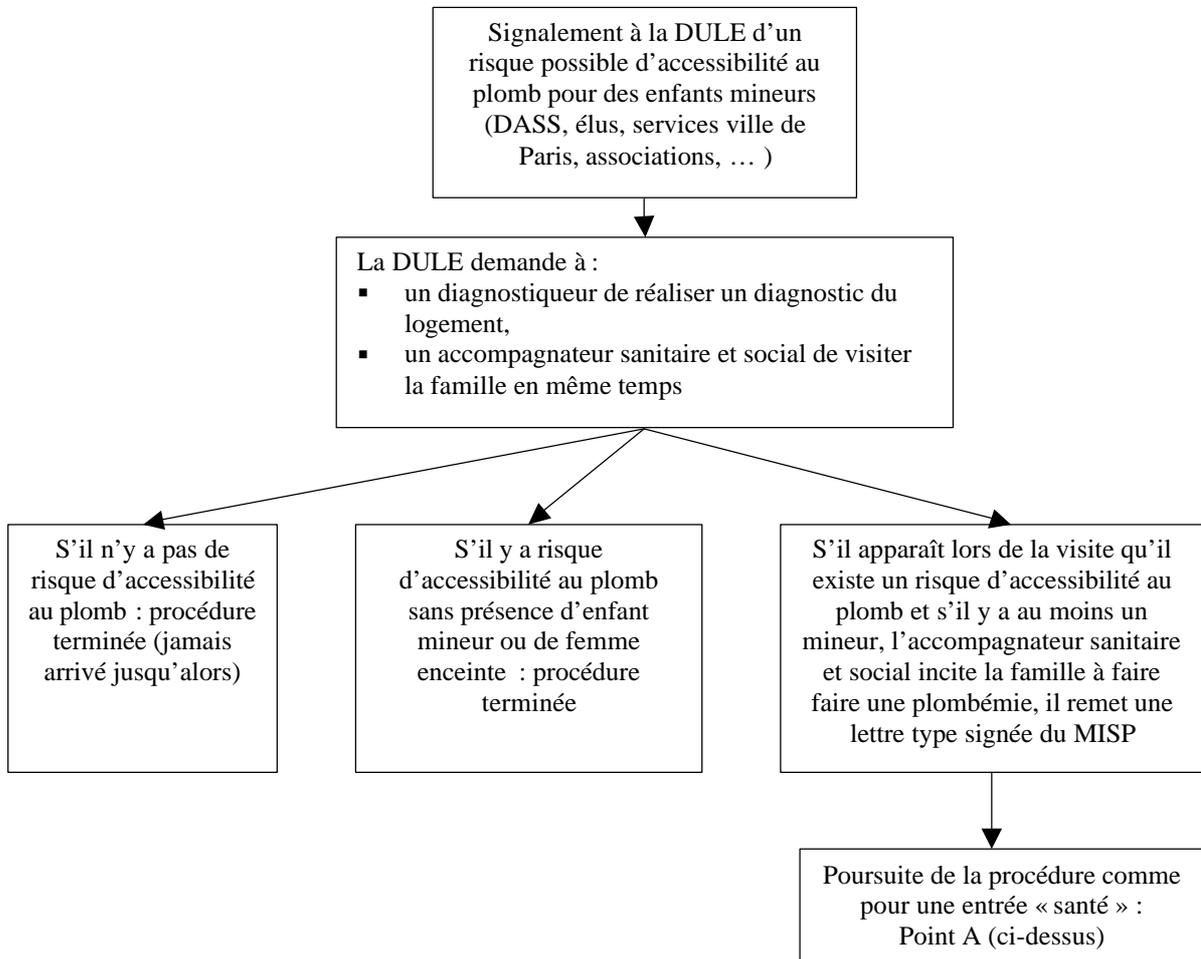




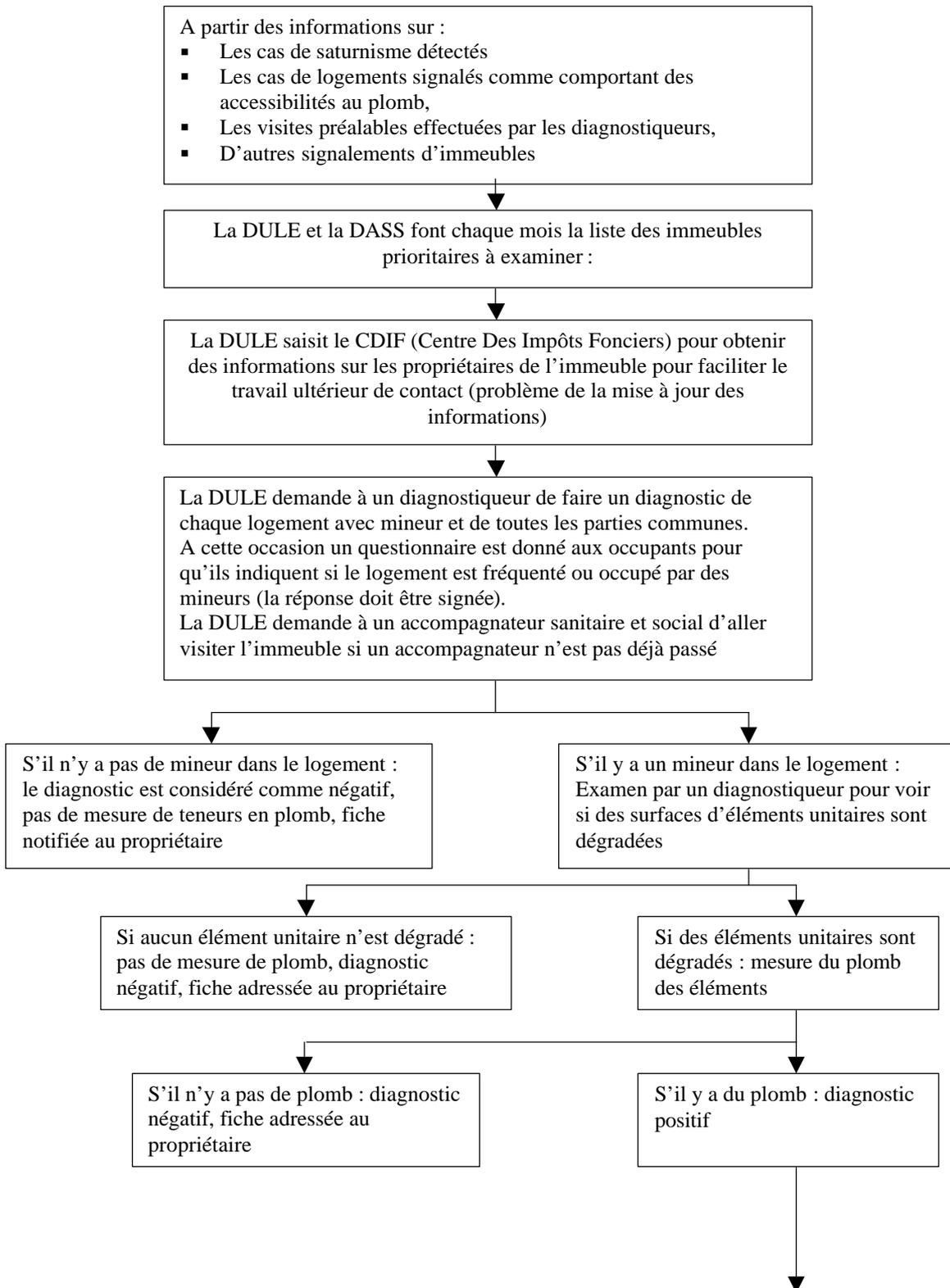


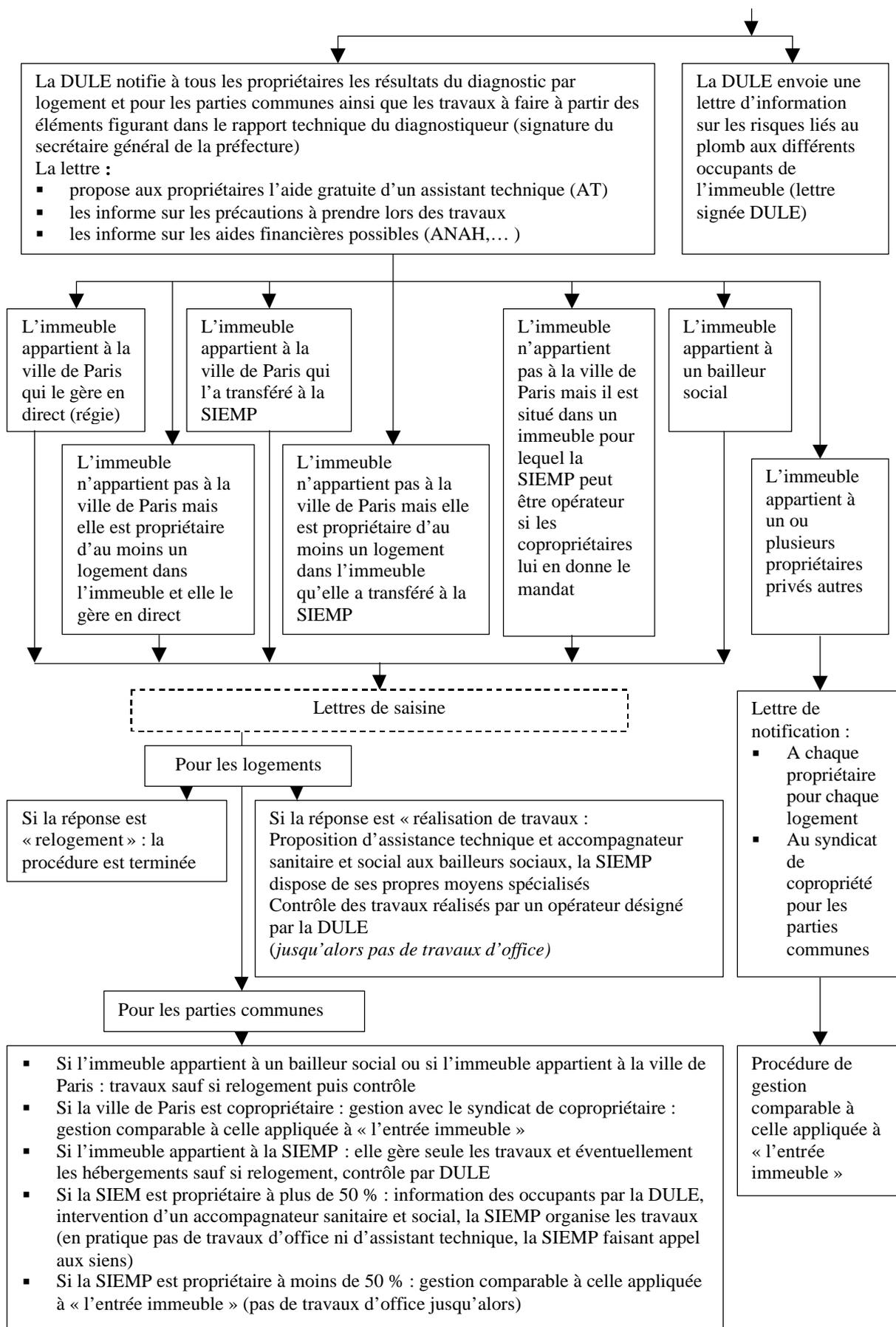
II Signalement d'un risque plomb par l'entrée bâtiment

II 1 cas d'un signalement sur un logement



II 2 Cas d'une approche par immeuble





Annexe 11 – Durée de l'enquête environnementale selon le niveau de plombémie

Durée de l'enquête environnementale selon le niveau de plombémie

Année	Classe de plombémie	Nombre de cas	Durée minimale en jours	Durée moyenne en jours	Durée maximale en jours
2002	II	125	0	52	147
	III	29	13	44	122
	IV	14	13	40	65
	V	2	12	13	13
	Tous les cas	170	0	49	147
2003	II	75	14	48	112
	III	21	5	41	95
	IV	5	4	27	36
	V	2	0	4	7
	Tous les cas	103	0	45	112
2002 et 2003	II	200	0	50	147
	III	50	5	43	122
	IV	19	4	37	65
	V	4	0	8	13
	Tous les cas	273	0	47	147

(Données DASS-LHVP / Tableau IGAS)

Annexe 12 – Durée de l'ensemble de la procédure

Durée de l'ensemble de la procédure (201 dossiers – 2002 – 2003)

Durée de l'ensemble de la procédure (en jours) (Date de prélèvement de sang – date considérée de fin de procédure)		Situation finale des enfants				Ensemble des cas
		Expulsion ou évacuation	Déménagement	Relogement	Travaux palliatifs terminés dans le logement	
Durée minimale	2002	-3 ¹⁴	101	55	2	-3
	2003	27	23	14	47	14
	2002 et 2003	-3	23	14	2	-3
Durée moyenne	2002	230	320	281	289	282
	2003	42	202	118	213	173
	2002 et 2003	209	265	240	270	254
Durée maximale	2002	533	481	600	622	622
	2003	56	344	225	412	412
	2002 et 2003	533	481	600	622	622
Nombre de cas	2002	16	9	50	74	149
	2003	2	8	17	25	52
	2002 et 2003	18	17	67	99	201
		9 %	8,5 %	33,3 %	49,2%	

Données DASS-LHVP-DULE / Tableau IGAS

¹⁴ Les valeurs négatives correspondent à des décisions prises en fait avant que la notification n'ait été faite par le préfet.

Annexe 13 – Durée de l'ensemble de la procédure en fonction du niveau initial de plombémie

Durée de l'ensemble de la procédure en fonction du niveau initial de plombémie
(201 dossiers – 2002 et 2003)

Durée de l'ensemble de la procédure (en jours) (Date de prélèvement de sang – date considérée de fin de procédure)	Situation finale des enfants				Ensemble des cas
	Expulsion ou évacuation	Déménagement	Relogement	Travaux palliatifs terminés dans le logement	

Durée moyenne en jours					
Classe II	161	289	234	275	251
Classe III	378	244	260	265	275
Classe IV		127	332	219	243
Classe V			160		160
Total	209	265	240	270	254

Nombre de cas					
Classe II	14	13	52	71	150
Classe III	4	2	8	23	37
Classe IV		2	4	5	11
Classe V			3		3
Total	18	17	67	99	201

Données DASS-LHVP-DULE / tableau IGAS

Annexe 14 – Cas des immeubles les plus difficiles à gérer à Paris en 2001-2003

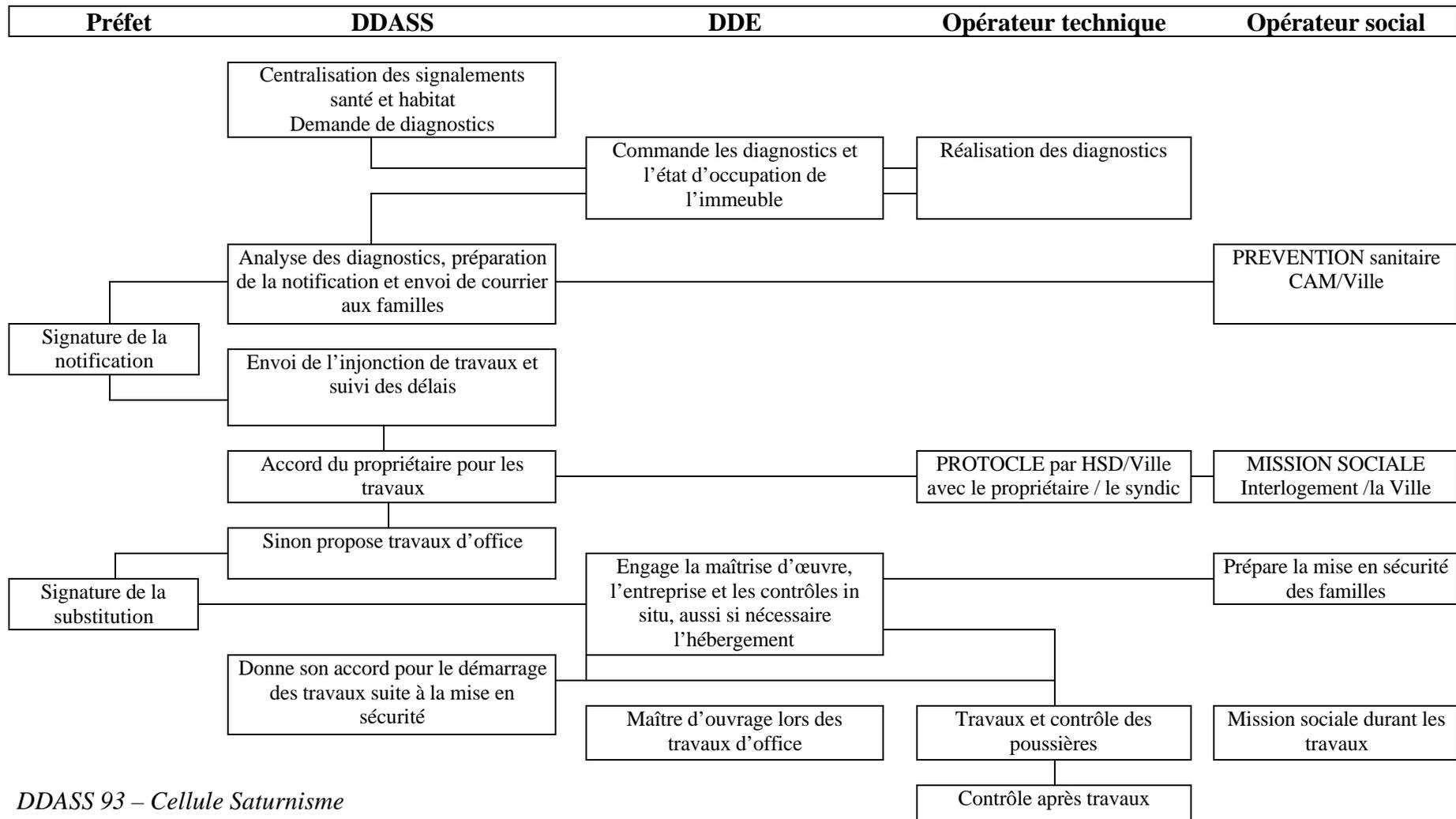
Cas des immeubles les plus difficiles à gérer à Paris en 2001-2003

Situation et actions conduites dans les principaux immeubles pour lesquels la durée d'intervention administrative a été supérieure à un an entre 2001 et 2003 et dans lesquels plusieurs cas de saturnisme ont été détectés					
Immeuble	Arrond.	Nombre cas	Statut de l'immeuble	Etat	Actions
N° 298	19 ^{ème}	5	Immeuble privé ; propriétaire à faibles moyens	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité. Péril.	Expropriation engagée pour réhabilitation en logements sociaux. Procédure de relogement des familles en cours.
N° 406	19 ^{ème}	5	Immeuble de la ville de Paris	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Pendant plusieurs mois, mise en œuvre d'une procédure d'expulsion sans réalisation de travaux palliatifs ni de relogement Décision récente de relogement dans des logements relais de la SIEMP. Immeuble vide depuis fin 2003.
N° 466	3 ^{ème}	5	Immeuble acheté par un bailleur social	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Procédure de relogement pratiquement terminée.
N° 97	10 ^{ème}	4	Immeuble privé en indivision	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Refus de travaux par les propriétaires. 5 ^{ème} phase de travaux d'office depuis 2000, re dégradation régulière. Tentative infructueuse de rachat par bailleur social. Nouveau cas de saturnisme signalé en décembre 2003.
N° 202	18 ^{ème}	4	Immeuble appartenant à un bailleur social	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Relogement sans travaux palliatifs. Immeuble vide fin 2003. Projet de démolition et de construction de logements sociaux.
N° 242	10 ^{ème}	4	Immeuble privé	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Travaux d'office effectués dans le logement où des cas de saturnisme ont été détectés. Procédure d'expropriation dans le cadre d'une action de réhabilitation d'habitat insalubre. Arrêté attaqué par le propriétaire qui a gagné. Travaux d'office prévus en mars 2004 dans les logements avec accessibilité au plomb et dans les parties communes.
N° 304	19 ^{ème}	4	Immeuble de la ville de Paris	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Immeuble évacué en 2003.
N° 380	19 ^{ème}	4	Copropriété privée	Immeuble déclaré insalubre remédiable depuis plusieurs années.	Travaux palliatifs engagés en octobre 2003 et bloqués suite à l'arrêt dû à des chutes de matériaux dans un escalier. Discussion entre administrations et responsable de l'immeuble pour la reprise du chantier. Reprise de la procédure d'insalubrité (irréremédiable).

N° 401	17 ^{ème}	4	Immeuble acquis par un bailleur social	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité	Immeuble vidé par expulsion pour faire des logements sociaux.
N° 30	17 ^{ème}	3	Immeuble appartenant à un bailleur social	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Refus du bailleur social de faire des travaux dans l'attente du relogement ou de l'expulsion des occupants. Travaux palliatifs finalement réalisés au printemps 2003 avec assistance technique. Nouveau cas de saturnisme détecté fin 2003 ; enquête en cours.
N° 196	19 ^{ème}	3	Hôtel meublé	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité. Péril.	Tentative de faire réaliser des travaux palliatifs début 2003 mais refus des occupants. Procédure d'expropriation engagée au titre d'une insalubrité irrémédiable.
N° 390	18 ^{ème}	3	Copropriété privée	Pas d'insalubrité notable.	3 cas de saturnisme dans une fratrie. Longue durée de la procédure due au refus de l'exécution des travaux palliatifs par les occupants. Nécessité d'une intervention auprès du tribunal de grande instance. Travaux réalisés.
N° 36	19 ^{ème}	2	Mono propriété privée	Insalubrité. Péril.	Procédure de longue durée : fin de gestion d'une action engagée selon les démarches antérieures qui ne prévoyaient qu'une intervention globale sur tout l'immeuble. Travaux réalisés. Immeuble inscrit dans l'OAHD.
N° 51	19 ^{ème}	2	Propriété de la ville de Paris	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Refus de travaux dans l'attente de l'expulsion des occupants. Changement récent de position. Travaux palliatifs terminés. Engagement de relogement en 2004.
N° 132	19 ^{ème}	2	Propriété de la ville de Paris sauf un appartement	Squat de tout l'immeuble. Insalubrité.	Refus de travaux dans l'attente de l'expulsion des occupants. Changement récent de position. Travaux palliatifs terminés. Engagement de relogement en 2004.
N° 134	20 ^{ème}	2	Immeuble confié à la SIEMP	Insalubrité.	Procédure de longue durée : fin de gestion d'une action engagée selon les démarches antérieures qui ne prévoyaient qu'une intervention globale sur tout l'immeuble. Régularisation par la SIEMP.
N° 160	9 ^{ème}	2	Immeuble privé	Insalubrité.	Procédure de longue durée : fin de gestion d'une action engagée selon les démarches antérieures qui ne prévoyaient qu'une intervention globale sur tout l'immeuble.
N° 379	19 ^{ème}	2	Copropriété privée	Insalubrité.	Difficultés administratives de gestion du dossier. Un bailleur n'a pas accepté de relogement. Travaux palliatifs doivent être faits prochainement.
N° 438	19 ^{ème}	2	Copropriété privée	Pas d'insalubrité notable.	Problèmes de gestion du dossier. Travaux terminés.

Annexe 15 – Logigramme des procédures suivies en Seine-Saint-Denis

Application de la loi concernant la lutte contre le saturnisme en Seine-Saint-Denis

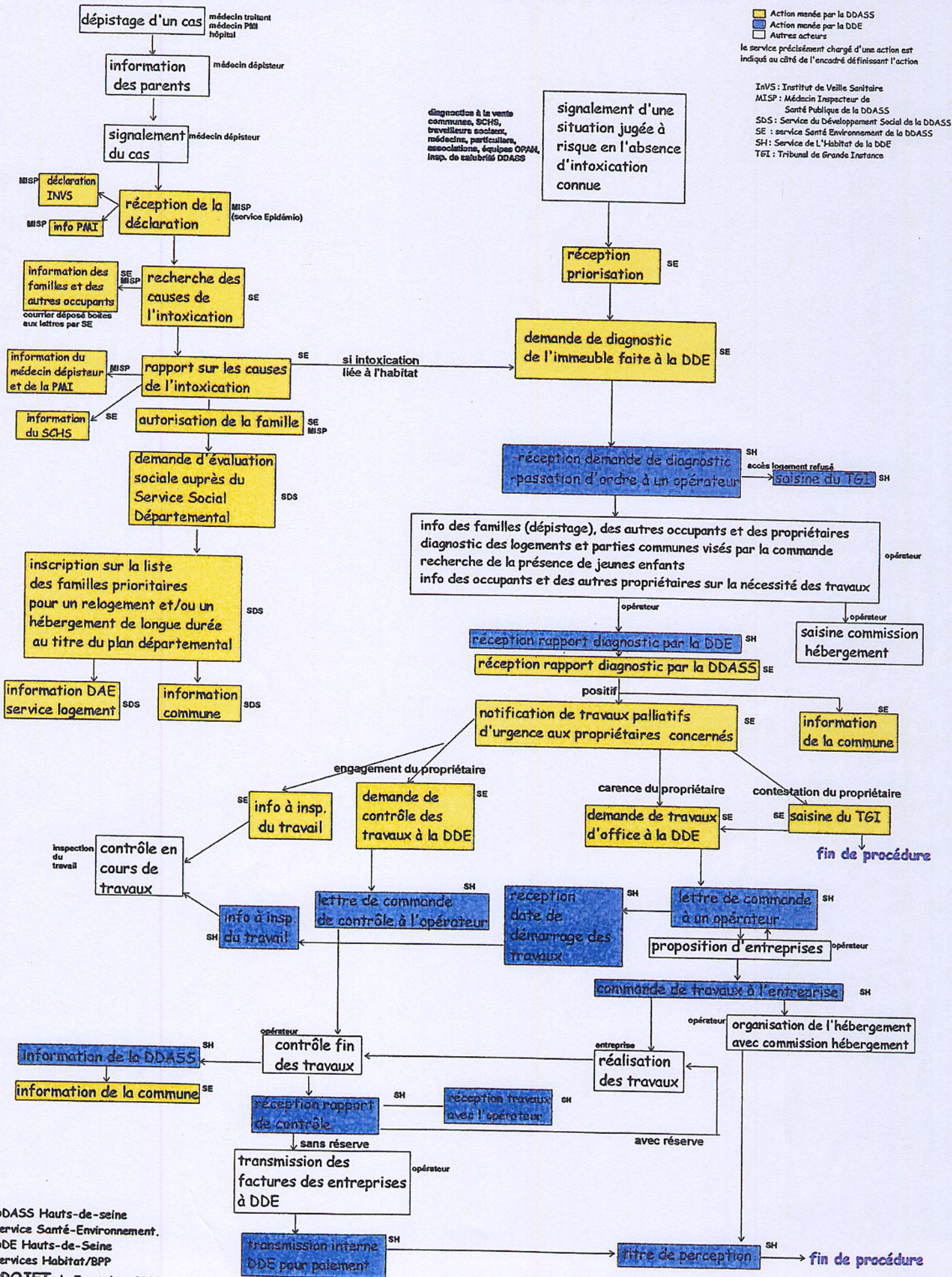


DDASS 93 – Cellule Saturnisme

Annexe 16 – Logigramme des procédures suivies en Hauts-de-Seine

ACTIONS ET ACTEURS DES MESURES D'URGENCE CONTRE LE SATURNISME DANS LES HAUTS DE SEINE

conformément aux Articles L. 1334-1 à L.1334-4 du Code de la Santé Publique "Mesures d'urgence contre le saturnisme"



Annexe 17 – Enquête sur les suites données aux ERAP dans 24 départements

Enquête sur les suites données aux ERAP dans 24 départements

La mission a souhaité replacer les actions conduites dans les trois départements d'Ile-de-France dans le cadre national. Des informations statistiques figurent dans les bilans annuels dressés par la DGS et la DGUHC sur l'activité des services. En 2002, des arrêtés préfectoraux définissant un zonage rendant obligatoire la réalisation d'ERAP existaient dans une soixantaine de départements. Dans ces départements, près de 58 000 ERAP ont été transmis à l'administration en 2002. A la réception de ces documents, 12 départements ont réalisé ou fait réaliser 520 diagnostics (418 en logement et 102 en partie communes).

Toutefois, les bilans annuels ne précisent pas le détail des actions conduites vis-à-vis des ERAP ni l'évolution éventuelle des stratégies. En coordination avec la DGS, la mission a mené une enquête légère auprès de départements recevant chacun plus de 1000 ERAP par an et/ou ayant engagé des diagnostics suite à la réception d'ERAP.

Les principaux résultats de l'enquête sont les suivants :

Les 24 DDASS sollicitées ont répondu. Dans ces départements, 48 858 ERAP ont été envoyés à l'administration en 2002 soit près de 85 % des ERAP reçus en France ; la quasi-totalité des diagnostics réalisés à la suite d'ERAP l'ont été dans ces départements.

Réception des ERAP

Les ERAP sont transmis dans la majorité des cas aux DDASS. Dans un département, une répartition est faite entre la DDASS et les services communaux d'hygiène et de santé. Dans deux départements, une sous-traitance a été mise en place. (tableau 1)

Tableau 1
Répartition des services destinataires des ERAP – 24 départements – 2002

Services recevant les ERAP	Nombre de départements
DDASS	17
DDE	3
DDASS SCHS	1
Préfecture DDASS DDE	1
DDASS DDE organisme extérieur	1
DDE (à partir de 2004 Pact Arim)	1
Total	24

Données enquête IGAS

Dans 19 départements, les ERAP sont enregistrés dans un fichier informatisé par le service les recevant. Dans un département, l'enregistrement n'est fait que si l'ERAP montre une accessibilité du plomb par des peintures présentes sur les murs, les fenêtres ou des plinthes. L'outil informatique utilisé est très variable selon les départements.

Examen des ERAP

Deux départements déclarent ne pas examiner les ERAP reçus. Selon les départements, l'examen est fait :

- systématiquement,

- pour les ERAP indiquant un pourcentage assez important de mesures supérieures aux limites de qualité (dans plusieurs départements : 20 % par référence aux conclusions d'un groupe de travail DGS / DGUHC tenu en 2002),
- pour les ERAP indiquant la présence d'enfants dans les locaux,
- selon d'autres critères.

L'examen porte en général sur la conformité aux recommandations administratives notamment au guide méthodologique diffusé par les ministères.

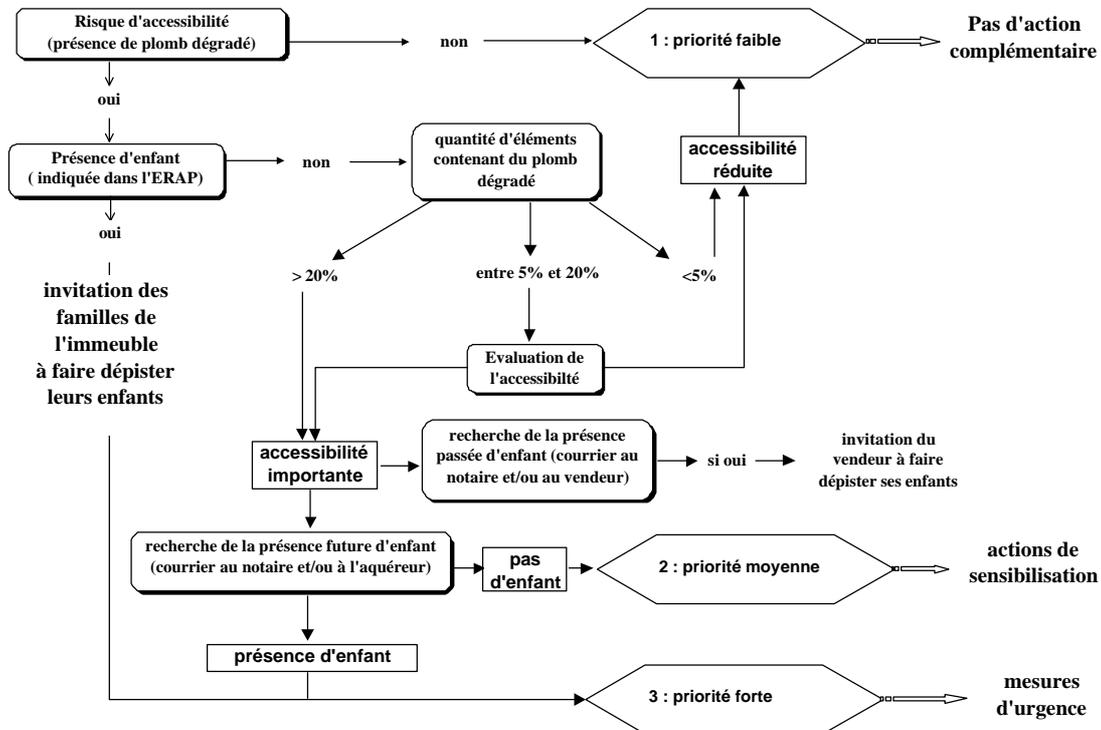
Dans plusieurs départements, une procédure a été définie en fonction du niveau de risque d'accessibilité au plomb résultant de la lecture de l'ERAP. A titre d'exemple, figurent ci-après les procédures retenues respectivement dans le département de la Loire (tableau 2) et dans celui de l'Ain (figure 1) mais d'autres définitions de niveaux de risques ont été élaborées.

Tableau 2
Procédures de gestion des ERAP en fonction des classes de risque dans le département de la Loire

Classe de risque	1	2	3
Etat du logement	Eléments dégradés très peu nombreux : 1 ou 2 éléments intérieurs peu accessibles ou 2 ou 3 éléments extérieurs	Nombre d'éléments dégradés supérieur à 2 à l'intérieur ou supérieur à 3 en extérieur, mais surface globale dégradée <10% et/ou concentration <3mg/cm ²	Nombreux éléments dégradés dans plus de 50% des pièces du logement, surfaces dégradées >10% et/ou concentration >3mg/cm ²
Exemple	2 ou 3 volets, ou 1 porte de garage, ou rampe d'escalier ou 1 porte d'entrée	3 portes et 2 fenêtres en intérieur, dans des pièces occupées, ou tous les volets extérieurs, ou faible surface dégradée dans 2 ou 3 pièces, ou concentration entre 1 et 3mg/cm ² dans plusieurs pièces	50% des fenêtres et portes d'un logement, ou 15mg/cm ² sur 4 ou 5 murs dans des pièces occupées (chambre, cuisine, salon...) et sur des plinthes, ou dégradation sur surface importante
Risque	Risque 1 = risque minime voire négligeable	Risque 2 = risque moyen, peut toutefois être important si un enfant a un comportement aggravant (pica)	Risque 3 = risque important , l'enfant est en contact avec du plomb un peu partout dans le logement
Suite donnée	Faire <i>lettre risque 1</i> : simple information de l'acquéreur, pas de recherche si enfants, pas d'obligation de travaux, pas d'opérateur agréé Priorité +	Priorité ++ : Recherche si présence d'enfants (<i>lettre risque 2 ou 3</i>) Si oui, envoyer opérateur agréé et notifier travaux ; suivre pour contrôle	Priorité +++ : à traiter rapidement Recherche si présence d'enfants (<i>lettre risque 2 ou 3</i>) Si oui, envoyer opérateur agréé, notifier travaux et suivre pour contrôle en étant vigilant sur les délais

Source : DDASS de la Loire

Figure 2
Procédures de gestion des ERAP dans le département de l'Ain



Source : DDASS de l'Ain

Transmission des ERAP

Seuls 5 départements transmettent une liste des ERAP reçus aux communes concernées ou seulement aux services communaux d'hygiène et de santé, la transmission a lieu une fois par an ou par trimestre, sur support papier ou sous forme informatique. Un département ne transmet une information que sur les ERAP concernant des logements dans lesquels vivent des enfants de moins de 12 ans. Par ailleurs, une DDASS envoie aux communes l'indication du nombre d'ERAP reçus pour 10 000 habitants.

La transmission à la PMI se faisait dans 10 départements en 2003 et va commencer en 2004 dans un autre département. Ces envois se font à fréquences variables (trimestrielle, annuelle), sur support papier ou informatique, pour tous les ERAP ou pour une sélection.

Des envois complémentaires sont faits, selon les départements :

- aux acquéreurs de logements ayant un ERAP positif pour leurs communiquer des documents d'information portant notamment sur les risques ou sur les aides de l'ANAH (5 départements),
- à la DDE et à l'ANAH (2 départements),
- aux médecins de santé scolaires deux fois par an (1 département).

Une DDASS indique que lorsqu'elle transmet une liste d'ERAP, elle attire l'attention sur les aspects suivants :

- « il ne s'agit pas d'une liste exhaustive (très loin de là) des logements de la commune ou du département présentant un risque d'accessibilité au plomb,
- cette liste est en constante évolution,
- les ERAP constituant cette liste sont établis lors de ventes, ce qui constitue un biais : elle n'est pas représentative (uniquement) de l'ancienneté du parc de logements de la commune mais beaucoup de l'activité immobilière,
- cette liste ne permet pas (actuellement) de prendre en compte des logements en location (qui n'ont pas fait l'objet de vente depuis 2001), pourtant les personnes à risques sont le plus souvent en location. »

Cartographie

7 DDASS ont réalisé des cartographies des ERAP. Une DDASS va arrêter la cartographie en 2004 car les informations apparaissent très dispersées et ne sont pas exploitables. Une DDASS va commencer la cartographie en 2004.

Diagnostics

Dans 14 départements, des diagnostics sont faits suite à des ERAP positifs mais en nombre en général limité. Les critères diffèrent selon les départements mais se retrouvent le plus souvent : la présence d'un enfant de moins de 12 ans et la location de l'appartement ou le classement de risque établi lors de l'examen de l'ERAP. Dans un département, est pris en compte la présence d'une femme enceinte dans le logement ; dans un autre une action est conduite vis-à-vis des lieux accueillant des enfants tels les crèches. Un département prévoit de faire des diagnostics en 2004.

Dans 9 départements, les services ont fait des notifications de travaux aux propriétaires mais en nombre en général limité. Dans plusieurs départements, la DDASS envoie un courrier aux occupants pour inciter la famille à faire faire des plombémies aux enfants mais il est difficile de connaître les suites qui sont données réellement.

Cas de saturnisme détectés

Seule la DDASS de la Loire indique qu'un nouveau cas de saturnisme a été détecté à partir des ERAP.

Qualité des ERAP

Dans 19 départements, des études ont été faites sur la qualité des ERAP ; elles portent le plus souvent sur les méthodes d'analyse utilisées, le nombre de mesures effectuées, la rédaction et le contenu du rapport par référence à la circulaire du 16 janvier 2001 ou au guide méthodologique publié par les ministères ou en suivant la démarche retenue dans des études effectuées antérieurement dans certains départements ou au niveau de la région. Des services ont aussi établi leur propre grille d'évaluation. Des DDASS ont cherché à identifier les opérateurs pour lesquels elles ne recevaient jamais d'ERAP positifs.

Suite à ces études, des DDASS ont réuni ou contacté les opérateurs produisant des ERAP posant des problèmes ou leur ont adressé des courriers. Une information a souvent été faite des notaires et des signalements ont été adressés au procureur dans un département. Plusieurs DDASS indiquent une amélioration progressive de la qualité des ERAP.

Un département insiste sur la nécessité de faire des rappels réguliers auprès des opérateurs compte tenu des dérives constatées.

Une DDASS indique qu'après avoir constaté des ERAP de qualité insuffisante, elle avait retourné les documents aux opérateurs pour compléments. Elle attire l'attention sur le fait que cette procédure est délicate dans la mesure où la vente est souvent déjà passée et que cela peut occasionner des problèmes entre le vendeur et l'acquéreur. Toutefois, cette démarche a contribué à une amélioration des ERAP.

Une DDASS souligne que le temps passé à étudier ces dossiers est important et que toute demande de complément ou tout refus engendre une masse supplémentaire de travail d'où, à certains moments, une tendance à accepter des dossiers « limites » en qualité.

Des DDASS précisent que des notaires estiment qu'il n'est pas de leur compétence d'apprécier la qualité des ERAP fournis.

Commentaires généraux sur les ERAP

Presque toutes les DDASS ont formulé des commentaires libres sur les ERAP, ils peuvent être regroupés ainsi :

Information : les ERAP présentent un intérêt pour apprécier le risque d'accessibilité au plomb d'un immeuble ou d'une partie d'immeuble. Les situations de risque sont très variables d'un logement à l'autre. Malgré des efforts faits, les ERAP restent relativement difficiles à lire pour l'acquéreur et ce d'autant plus que très souvent il ne découvre cette pièce qu'au moment de la signature de l'acte de vente. Des acquéreurs peuvent ensuite réagir fortement lors de la prise de connaissance du diagnostic qui peut révéler des travaux importants. Des DDASS considèrent que les risques les plus élevés de voir survenir des cas de saturnisme, dans le contexte local, résultent des travaux de rénovation entrepris sans précaution. Des ERAP positifs poussent à la réalisation de travaux, des efforts importants d'informations doivent donc être faits. Toutefois, l'expérience montre dans un département où la DDASS a adressé plus de 1700 courriers d'information dans lesquels de plus il était rappelé la possibilité de bénéficier d'aides de l'ANAH, que seule une vingtaine de personnes ont demandé des informations particulières.

Une DDASS estime que l'ensemble des informations recueillies au travers des ERAP serait d'un grand intérêt pour un observatoire départemental de l'habitat indigne.

Efficacité sanitaire : pour la plupart des DDASS, l'efficacité de la procédure ERAP est faible pour découvrir des cas de saturnisme : de nombreux dossiers transmis ne portent que sur des situations d'accessibilité à faibles risques :

- dans un département sur 2000 dossiers, les services ont eu du mal à en trouver 19 pour lesquels il semblait utile d'engager une procédure de diagnostics,
- dans un autre département un faible pourcentage de dossiers reçus, de l'ordre de 3 %, sont classés en niveau 3 de risque selon la démarche instaurée localement,

- dans un département de caractère rural, la DDASS constate que nombreux des ERAP positifs sont souvent dus aux couches de peintures anti-rouille des ferrures de volets ou des grilles de jardin.

Des services regrettent qu'en pratique il n'y ait pas d'ERAP pour les locaux recevant des enfants ou des handicapés.

Mobilisation de moyens administratifs : les DDASS insistent sur le fait que la procédure est lourde et « consomme » beaucoup d'énergie sans que des moyens supplémentaires aient été affectés. Plusieurs considèrent qu'elles manquent d'outils informatiques efficaces permettant un enregistrement facile des ERAP. Il ne suffit pas d'enregistrer les ERAP reçus ; dans la mesure où il existe des risques sanitaires, c'est l'ensemble de la procédure qui doit être conduite. Des contentieux sont possibles si les procédures prévues ne sont pas réalisées. Des DDASS considèrent qu'actuellement, trop d'ERAP restent sans suite administrative. Pour des services, la difficulté principale est de déterminer ce que signifie réellement pour l'intervention des services de l'Etat, l'alinéa de l'article L.1334-5 du code de la santé publique qui prévoit que lorsque l'ERAP révèle une accessibilité au plomb, le vendeur en informe le préfet qui met en œuvre en tant que de besoin les dispositions prévues aux articles L.1334-2 à 4.

Pour une DDASS, « si l'exploitation individuelle des ERAP est utopiste, par contre, la récupération des données informatisées produites par les opérateurs permettrait de :

- Assainir le marché des ERAP sur lequel interviennent des sociétés peu sérieuses,
- Produire des statistiques très utiles pour mettre en évidence des secteurs sensibles nécessitant des actions spécifiques des pouvoirs publics,
- Produire une liste des logements à problème à l'ANAH, la CAF ... »

Hiérarchisation : de nombreux services considèrent qu'il convient de hiérarchiser les cas par un classement tenant compte des risques. Les démarches retenues varient selon les départements ce qui crée une hétérogénéité administrative. De nombreux services soulignent l'intérêt d'une grille pour évaluer la dangerosité des situations et prioriser les actions. Dans les critères de hiérarchisation, figurent fréquemment les conditions d'occupations et notamment la présence d'enfants mineurs. Or au moment où est réalisé l'ERAP, les conditions d'occupations futures du logement ne sont pas connues, de plus le dossier n'indique pas les nouvelles coordonnées du vendeur ni le nom des occupants. Les services ont donc des difficultés pour informer ces personnes des risques passés ou des risques encourus pour le futur. De même, la connaissance de l'état général du bâtiment et notamment des problèmes éventuels d'humidité, manque pour pouvoir mieux hiérarchiser les situations.

A partir des données recueillies au cours des dernières années, une DDASS s'interroge sur la réduction de l'étendue de la zone à risque prévue dans l'arrêté.

Qualité des opérateurs : des DDASS regrettent qu'il n'existe pas une sorte d'agrément des opérateurs comportant une formation car même si, pour des DDASS, la qualité des ERAP s'est améliorée au cours du temps, tous ne sont pas de bonne qualité et le suivi des opérateurs est très consommateur de temps pour les services. La concurrence entre opérateurs sur ce nouveau marché a fait baisser les prix des ERAP mais, pour certains responsables de service, au détriment du temps passé dans l'inspection de chaque logement ; dans ces conditions tout le plomb accessible n'est peut être pas identifié.

Commentaires généraux sur les futurs CREP

Le questionnaire abordait le cas de futurs « CREP » qui figurent dans le projet de loi relatif à la santé publique et qui devraient se substituer aux ERAP : le constat de risque d'exposition au plomb « CREP » qui présente un repérage des revêtements contenant du plomb et, le cas échéant, qui dresse un relevé sommaire des facteurs de dégradations du bâti, devra être joint en cas de vente d'immeuble à usage d'habitation construit avant 1949 ou (dans 4 ans) à tout nouveau contrat de location d'un immeuble affecté à l'habitation et construit avant 1949.

Les commentaires des DDASS portent essentiellement sur les points suivants :

- Cette mesure apparaît utile en termes de santé publique et devrait assurer une protection plus large des populations,
- Parmi les populations les plus à risques, figurent des familles en situation marginales vivant dans des locaux sans signature de contrat de location,
- La charge de travail des services risque encore d'augmenter, il est indispensable que soient définies des conditions d'applications des textes permettant une action sanitaire efficace,
- La compétence des opérateurs qui réaliseront les CREP devra être réelle et devrait être vérifiée. Comme pour l'amiante, les intervenants devraient avoir suivi une formation adaptée et satisfait à un certain nombre de conditions qui démontrent leur bonne connaissance du problème,
- Les facteurs de dégradation doivent être définis,
- Les services devront disposer d'outils informatiques adaptés et validés.

Annexe 18 – Récapitulation des propositions

Récapitulation des propositions

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ASPECTS SANITAIRES

Renforcer le dépistage en s'appuyant sur les résultats d'une enquête de prévalence du saturnisme infantile

1. Réaliser une enquête de prévalence du saturnisme chez les enfants de moins de six ans
2. Capitaliser les expériences de terrain
3. Dans les secteurs où la fréquentation des consultations de PMI est moins massive qu'à Paris, envisager d'autres filières de prescripteurs en faisant appel aux services de proximité
4. Formaliser la communication entre professionnels d'horizons différents par des outils, des procédures et des échanges fréquents
5. Versant santé, diffuser très largement auprès de tous ces professionnels les recommandations récentes de la conférence de consensus
6. Versant habitat, alerter les prescripteurs de ces secteurs et renforcer leur vigilance en leur faisant partager la notion de « zones d'intervention sanitaire prioritaire »

Améliorer la prise en charge des enfants intoxiqués

7. Renforcer les objectifs du carnet de santé de l'enfant en tant qu'outil de prévention et de liaison entre médecins
8. Assurer la gratuité de la première plombémie ainsi que celle des contrôles permettant le suivi biologique
9. Soumettre les laboratoires effectuant les plombémies à des critères de qualité
10. Généraliser le recours à des opérateurs sociaux en collaboration avec des personnes relais pour informer les familles et obtenir leur adhésion aux différentes étapes du dispositif

Renforcer la surveillance épidémiologique du saturnisme infantile

11. Améliorer le dispositif de déclaration obligatoire par le prescripteur (DO)
12. Optimiser la surveillance par le Système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI)

Approfondir les connaissances sur les conséquences à moyen terme du saturnisme infantile

13. Mener des études de suivi à moyen terme d'enfants intoxiqués dans la petite enfance ou en prénatal
14. Evaluer l'efficacité à moyen terme des diverses mesures de prise en charge médicale et environnementale du saturnisme chez l'enfant

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ASPECTS LIÉS A L'HABITAT

Fiabiliser la procédure propre au saturnisme

1. Apporter une réponse adaptée aux cas où la pérennité des travaux palliatifs est conditionnée par des interventions à portée plus large que le seul objet plomb
2. Apporter les moyens juridiques de faire évacuer, lorsque c'est nécessaire, des locaux présentant une accessibilité au plomb
3. Assurer la compatibilité des règles d'utilisation des crédits de fonctionnement alloués pour la lutte contre l'insalubrité et le saturnisme avec l'urgence de santé
4. Adapter les moyens en personnel pour la conduite de la procédure des travaux palliatifs.

Mieux intégrer la lutte contre le saturnisme dans la lutte contre l'habitat indigne

Par une étroite coordination entre les procédures

5. Aller jusqu'au bout dans la mise en relation avec le risque plomb des procédures pouvant constituer des viviers privilégiés pour la détection de ce risque
6. Identifier, dès l'amont, les cas les plus difficiles et les suivre étroitement
7. S'assurer localement de la mise en place des processus, des organisations et des moyens capables de répondre y compris à ces cas difficiles

Par la réponse aux dysfonctionnement propres à chaque procédure

8. Rendre effective la procédure d'exécution d'office pour la sortie d'insalubrité remédiable
9. Mieux fonder les choix du classement de l'insalubrité entre le remédiable et le non remédiable
10. Reconsidérer à l'occasion de la décentralisation la spécificité du régime parisien en matière d'insalubrité
11. Approfondir la question des hôtels meublés
12. S'assurer que les processus opérationnels, orientés d'abord vers la résorption de stocks connus, réservent aussi une place pour des flux à venir non encore connus
13. Mettre l'accent pour l'avenir sur la prévention de l'insalubrité générale
14. Développer le patrimoine d'accueil hors HLM dédié notamment au saturnisme et à la lutte contre l'insalubrité, et prioriser sur cet enjeu l'attribution de logements sociaux ordinaires en même temps qu'accroître le parc social notamment de grands logements.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONDUITE DE L'ACTION

Renforcer le système d'information

1. Créer des tableaux de bord en vue d'une exploitation partagée des informations et d'une aide au pilotage des actions
2. Exploiter et valoriser les informations fournies par les ERAP (Etats de risque d'accessibilité au plomb) et les futurs CREP (Constat de risques d'exposition au plomb)

Développer, dans les services centraux et locaux, une culture de l'action répondant à l'obligation d'atteindre le but et fondée sur la construction raisonnée de stratégies

3. Renforcer l'appui déjà important des services centraux et du pôle national de lutte contre l'habitat indigne
4. Au plan local, intégrer pleinement le caractère impératif de la réponse à l'exigence de santé publique, et valoriser le rôle du chef de projet

Sigles

Sigle	Signification
ADIL	Agence Départementale d'Information sur le logement
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
APUR	Atelier Parisien d'Urbanisme
CASU	Commission d'Action Sociale d'Urgence
CCH	Code de la Construction et de l'Habitat
CEBTP	Centre Expérimental du Bâtiment et des Travaux Publics
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIVI	Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions
CPA	Convention Publique d'Aménagement
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CSP	Code de Santé publique
CSTB	Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (de Paris)
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DLH	Direction du Logement et de l'Habitat (ville de Paris)
DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France
DREIF	Direction Régionale de l'Équipement d'Ile-de-France
DULE	Direction de l'Urbanisme, du Logement et de l'Équipement (Préfecture de Paris)
EHI	Eradication de l'habitat Indigne
ERP	Etablissement Recevant du Public
ERAP	Etat des Risques d'Accessibilité au Plomb
ETP	Équivalent Temps Plein
FNAL	Fond National d'Aide au Logement
FSL	Fond de Solidarité pour le Logement
HAD	Hospitalisation à domicile
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LHVP	Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MOUS	Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale
MOUS insalubrité	Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale - insalubrité
OAHD	Opération d'Amélioration de l'Habitat Dégradé
OMS	Opérateur Médico-Social
OPAH	Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
OPPBTP	Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PLH	Programme Local de l'Habitat
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNAI	Plan National d'Action pour l'Inclusion
PLH	Périmètre Local de l'Habitat
PRI	Périmètre de Restauration Immobilière

PRU	Prêt de Renouvellement Urbain
RHI	Résorption de l'Habitat Insalubre
RSD	Règlement Sanitaire Départemental
SADI	Service d'Administration des Immeubles (Ville de Paris)
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SIEMP	Société Immobilière d'Economie Mixte de la Ville de Paris
SNSSI	Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile
SRU (loi)	Loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain du 13 décembre 2000
SSSILF	Système de Surveillance du Saturnisme Infantile en Ile-de-France
STH	Service Technique de l'Habitat de la Ville de Paris