Liberté • Égalité • Fraternité

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Direction Générale de la Santé
Sous-direction « Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation »

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé
La secrétaire d'Etat à la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des Agences Régionales de Santé
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et messieurs les préfets de département
Monsieur le préfet de police
(pour information)

INSTRUCTION N° DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale.

Validée par le CNP comité national de pilotage, le 13/07/2011– visa CNP n°2011-189

Date d'application : immédiate.
NOR : ETSP1129366J
Classement thématique : santé environnementale

Catégorie :
Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles

Résumé :
La présente instruction rappelle les missions dévolues aux Agences Régionales de Santé (ARS) dans la prise en compte des facteurs environnementaux sur la santé, ainsi que le cadre général dans lequel elles s'exercent : modes d'intervention et critères de priorisation des actions à mettre en œuvre s'agissant notamment des inspections, pour concourir à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Ces missions, relatives aux déterminants environnementaux de la santé, visent à améliorer la sécurité sanitaire des milieux de vie, à réduire les disparités régionales liées aux facteurs environnementaux, à favoriser des choix d'aménagements et d'équipements favorables à la santé, (aménagement du territoire, politique de la ville, contrats locaux de santé,…), à protéger les populations, à prévenir les accidents en informant les usagers et gestionnaires d'installations sur les risques liés à l'environnement et les moyens de les réduire, à anticiper les crises sanitaires liées à des facteurs environnementaux en recueillant et analysant les alertes et en se préparant à y répondre, ainsi qu'à apporter des réponses aux attentes du public dans les situations de risques sanitaires incertains.

Mots-clés : Agence régionale de santé (ARS), déterminant de la santé, santé environnement, santé publique, rapportage pour la Commission européenne, contrôle sanitaire, inspection, missions, accréditation.

Textes de référence :

- **Code de la santé publique :** Première partie : Protection générale de la santé, Livre III : Protection de la santé et environnement ; Troisième partie : Livre 1er Lutte contre les maladies transmissibles : Titre 1er : Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles Chapitre IV : Autres mesures de lutte (lutte anti-vectorielle, …), Chapitre V : Lutte contre la propagation internationale des maladies (contrôle sanitaire aux frontières) ;
- **Code de l'environnement, code général des collectivités territoriales, code de l'urbanisme, code de la consommation, … ;**
- **Règlement sanitaire international (2005) ;**
- **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique (parue au JO du 11 août 2004) ;
- **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires parue au JO du 22 juillet 2009 (loi HPST) ;
    1. Article L.1434-1 et L.1434-2 relatifs au projet régional de santé
    2. Article L.1434-5 et suivants relatifs au schéma régional de prévention
    3. Article L.1311-6 et L.1311-7 relatif au plan national santé et environnement (PNSE)

- **Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010** de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- **Décret n°2010-338 du 31 mars 2010** relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense, et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L.1435-1, L.1435-2 et L.1435-7 du CSP ;
- **Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010** tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- **Décret n° 2011-210 du 24 février 2011** tirant les conséquences de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans le code de l'environnement ;
- **Lettre circulaire du 27 janvier 2010** relative aux plans régionaux santé environnement de la deuxième génération (PRSE 2) ;
- **Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** entre le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la santé et des sports, et l'agence régionale de santé de … 2010-2013 - Projet de contrat type du 16 avril 2010 ;
- **Circulaires (Intérieur, Santé) du 24 mars 2010 et 24 septembre 2010** relative(s) aux relations entre les préfets et les agences régionales de santé (ARS) ;
- **Circulaire interministérielle du 16 octobre 2008** relative à la consultation sur le Plan national santé environnement 2009-2013 : mise en place de groupes de travail en santé environnement.

Pour mémoire :

- **Circulaire DGS/DAGPB n° 162 du 29 mars 2004** relative aux missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales en santé environnementale (abrogée) ;
- **Circulaire du 29 juillet 2004** relative aux missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales dans le domaine de la radioprotection.

Annexe : référentiel des missions des ARS en sante environnementale

Sommaire

I . Définition de la santé environnementale et enjeux de santé publique 4
I.1 Définition 4
I.2 Les enjeux de santé publique 4
I.2.1 Les principales origines des pathologies observées liées aux impacts des facteurs environnementaux 4
I.2.2 Les inégalités d'exposition de la population en santé environnementale 5
I.2.3 Une médiatisation constante autour de l'environnement et de son impact sur la santé 5
II . Champ d'intervention et objectifs des ARS en santé environnementale 6
II.1 Champ d'intervention 6
II.2 Objectifs 7
III . Les missions des ARS en santé environnementale 7
III.1.1 Les missions de veille, de surveillance, d'observation et d'alerte (veille et alerte) 7
III.1.2 Les missions d'instruction de dossiers (sécurité sanitaire) 8
III.1.3 Les missions de délivrance d'avis sanitaire (sécurité sanitaire) 8
III.1.4 Les missions de contrôle et d'inspection de l'application de la réglementation sanitaire (sécurité sanitaire) 9
III.1.5 Les missions de préparation des plans d'urgence en santé environnementale et de gestion des situations à risque (sécurité sanitaire) 9
III. 2 En matière de promotion de la santé 10
III.2.1 Les missions de prévention, d'information, de communication et d'éducation sanitaire 10
III.2.2 Les missions d'animation régionale ou territoriale 10
III.3 Les missions d'expertise et d'appui au niveau international, national ou local 11
IV . Outils et méthodes 11
IV.1 Modalités d'intervention 11
IV.2 La prise en compte de la santé environnementale au sein du projet régional de santé (PRS) 11
IV.3 Autres plans et acteurs 12
IV.4 Standardisation des outils de contrôle et d'inspection 12
IV.5 Les systèmes d'information en santé environnement (SISE) et leur gestion par les ARS 12
IV.6 Animation et soutien méthodologique par l'échelon national 13
IV.6.1 Le réseau métier « santé et milieu de vie » des ARS/DGS/SGM 13
IV.6.2 Un référentiel professionnel : le réseau d'échange en santé et environnement (RESE) 13
IV.6.3 Le pôle d'administration des données en santé environnement (PADSE) 13

ANNEXE : REFERENTIEL DES MISSIONS DES ARS EN SANTE ENVIRONNEMENTALE

PARTIE 1 : CADRES DE REFERENCE

ANNEXE 1 : Le cadre international
ANNEXE 2 : Chiffres repères d'impact sanitaire, coût pour la collectivité et objectifs à atteindre
ANNEXE 3 : Le Projet Régional de Santé (PRS)
ANNEXE 3 Bis : Les dispositifs locaux
ANNEXE 4 : Le plan régional santé environnement (PRSE2)
ANNEXE 5 : Décision administrative relevant de la compétence du Directeur général de l'ARS en santé environnementale
ANNEXE 6 : Décision administrative relevant de la compétence du préfet en santé environnementale
ANNEXE 7 : Production d'avis sanitaires basés sur l'évaluation des risques pour la santé

PARTIE 2 : FICHES THEMATIQUES EN SANTE ENVIRONNEMENTALE

Préambule

Dans le cadre de la définition des enjeux territoriaux et de la mise en œuvre à l'échelon régional et départemental des politiques de santé publique, la présente instruction a pour objet :

- de rappeler l'importance de la prise en compte des enjeux liés à la santé environnementale, domaine qui regroupe des déterminants de santé majeurs ;
- de préciser les objectifs généraux et le champ d'intervention des ARS en ce domaine ;
- d'actualiser les missions et modalités d'intervention des ARS en santé environnementale, d'assurer leur continuité et leur mise en cohérence dans le cadre des priorités nationales de santé ;
- de rappeler les outils et méthodes mis à disposition des ARS.

L'instruction propose de nouvelles modalités d'exercice des actions à conduire, à savoir un renforcement de la structuration du pilotage et de la mise en œuvre des priorités. Des clefs de priorisation sont fournies, s'agissant notamment de la détection de situations sanitaires préoccupantes, de l'inspection, de la programmation, de la gestion de systèmes d'information et de la mise en œuvre d'actions de prévention.

I . Définition de la santé environnementale et enjeux de santé publique

I.1 Définition

Selon la définition proposée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), *« la santé environnementale, comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».*

Il est admis dans le contexte international et national, que s'agissant de la santé environnementale, la notion d'environnement renvoie aux milieux de vie (domestique, naturel ou professionnel). Une approche courante écarte de la catégorie environnementale, ce qui relève de l'exposition volontaire et du comportement individuel, en revanche, elle inclut des thèmes tels que la prévention des risques liés à l'écoute de la musique amplifiée, l'activité physique ou encore la nutrition. C'est cette acception qui a été retenue par la Commission d'orientation du plan national santé-environnement dans son rapport de février 2004.

Vous trouverez en annexe 1, divers éléments sur le cadre international et européen relatif à la santé environnementale.

I.2 Les enjeux de santé publique

L'article L.1411-1 du code de la santé publique indique que la politique de santé publique concerne : « *[...] 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits ou de services susceptibles de l'altérer ;[…]* ».

Les caractéristiques de l'environnement des individus et groupes de population influent sur les comportements et les perceptions, ainsi que sur les niveaux d'exposition aux substances et situations dommageables pour la santé. L'environnement est, dans ce sens, un des déterminants de la santé des populations (les autres concernant les aspects génétique, les facteurs comportementaux et l'accès aux soins).

I.2.1 Les principales origines des pathologies observées liées aux impacts des facteurs environnementaux

L'exposition directe à des organismes microbiologiques ou à des agents pathogènes comme les bactéries, les parasites, les virus : Ces microorganismes sont responsables de grandes maladies infectieuses telles que légionelloses, salmonelloses, typhoïdes, hépatites, gastroentérites, parasitoses, toxi-infection collectives alimentaires, choléra…. La réduction des risques liés à cette exposition a été très importante depuis le 19e siècle. En effet, une des priorités de santé publique a été la lutte contre les maladies infectieuses jusqu'aux années 1960. En santé environnementale, cela s'est notamment traduit par des actions concernant la potabilité de l'eau et un assainissement

adéquat, dont il convient de maintenir les acquis, et des actions de communication et d'éducation sanitaire.

L'exposition directe à des substances chimiques (minérales et organiques) ou des particules diverses : Les pathologies en découlant sont de plus en plus nombreuses, augmentant parallèlement au processus de développement économique et industriel. Ces substances ou particules concernent l'ensemble des polluants atmosphériques, les métaux ou métalloïdes comme le plomb ou l'arsenic, les rayonnements ionisants, l'amiante, les pesticides et autres molécules de synthèse,... Les principaux types de pathologie en découlant sont :

- Les cancers, pathologies régulièrement associées à des facteurs environnementaux. Divers travaux d'expertise collective situent la part des cancers d'origine environnementale entre 10 à 30 % de l'ensemble ;
- Les intoxications telles le saturnisme et les intoxications au monoxyde de carbone ;
- Les maladies induites comme l'asthme, les pathologies respiratoires et cardiovasculaires.

L'exposition précoce (in utero) à certains produits chimiques, notamment aux perturbateurs endocriniens, peut avoir une incidence sur le déclenchement de pathologies chroniques comme le diabète et être à l'origine de malformations congénitales.

L'exposition indirecte à des agents pathogènes par divers vecteurs : Ces agents sont responsables de maladies vectorielles ou de zoonoses comme la dengue, le chikungunya, le paludisme, la leptospirose.

A titre d'exemple, des chiffres repères de morbidité et de mortalité liés aux déterminants environnementaux de la santé et qui, pour certains, peuvent être monétarisés, figurent en annexe 2, de même que les objectifs à atteindre à l'échelon national en matière de santé environnement et les indicateurs associés fixés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

I.2.2 Les inégalités d'exposition de la population en santé environnementale

Ces inégalités influent sur les expositions, ont des causes multiples et concernent :

- Les particularités « naturelles » des territoires comme la géologie, le relief, …Les conditions climatiques conditionnent le développement de vecteurs tel le moustique de la famille des *Aedes* pour la dengue, par exemple. La géologie, quant à elle, influence la qualité des ressources en eau potable, ou encore l'exposition au radon.
- L'aménagement du territoire et du tissu économique, par pression « anthropique » : densité de population, implantation d'industries, infrastructures routières, activités agricoles, assainissement, sont responsables de rejets divers dans le milieu (pollution des sols, des milieux aquatiques, pollution atmosphérique).
- Le contexte socio économique et culturel, le maillage des acteurs sur les territoires, leur histoire: par exemple, dans les départements et territoires d'outre-mer, des difficultés d'accès à l'eau et à l'assainissement peuvent encore être à l'origine de maladies hydriques.
- Les populations plus fragiles par leur constitution physique ou par leur situation sociale : les enfants et les personnes âgées sont considérés comme plus sensibles. Egalement, les publics les plus précaires ont généralement une qualité d'environnement moindre, souvent liée aux conditions d'habitation dont le rôle est aujourd'hui reconnu dans le développement des enfants.

L'environnement et les conditions de vie sont des déterminants des inégalités sociales de santé dont la réduction est l'un des principaux enjeux du projet régional de santé.

I.2.3 Une médiatisation constante autour de l'environnement et de son impact sur la santé

Une sensibilité et une inquiétude de la population toujours croissante est constatée vis-à-vis des risques liés à l'environnement, diverses recherches et publications scientifiques suggérant des effets de santé. De nombreuses associations de défense d'usagers, de l'environnement, de santé, de consommateurs se sont constituées et portent de plus en plus fréquemment ces problématiques sur le devant de la scène. Le développement de travaux de recherche et d'expertise en est notamment la résultante à l'échelon national, tandis qu'au niveau local, il s'agit de pouvoir répondre aux attentes du public et assurer un relais d'informations de manière transparente. Le contexte de risque possible mais incertain crée une obligation, sinon d'action de précaution, au moins de vigilance.

Plus globalement, il convient d'agir pour créer un environnement et des conditions de vie exerçant une influence positive sur la santé. Il s'agit de faire en sorte que les choix de santé deviennent des choix accessibles. Ainsi, un milieu de vie et un environnement bâti qui encouragent et permettent l'activité physique, les activités récréatives, la sécurité, l'interaction sociale, l'accessibilité et la mobilité favorisent la santé. Les travaux de l'OMS conduisent en la matière à mettre l'accent sur les milieux de vie considérés comme centraux à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé : écoles, milieux de travail, hôpitaux, villes et villages.

La santé environnementale couvre ainsi un champ très large, bien au delà du champ sanitaire *stricto sensu* et implique de multiples acteurs. Il est donc nécessaire d'en définir le périmètre au sein des ARS et ses priorités au titre de la déclinaison régionale de la politique nationale de santé. Elle s'inscrit dans une démarche globale de protection et de promotion de la santé de la population actuelle et des générations futures par la préservation et l'amélioration de l'environnement, y compris l'environnement intérieur. Ainsi, la santé environnementale doit être prise en compte, à la fois sous l'angle de la veille et de la sécurité sanitaires et de la promotion de la santé et être considérée de manière transverse à l'ensemble des activités de l'ARS pour s'inscrire fermement dans la lutte contre les inégalités territoriales.

II . Champ d'intervention et objectifs des ARS en santé environnementale

II.1 Champ d'intervention

Le champ d'intervention des ARS concerne tous les risques, tant biologiques que physiques, d'origine anthropique ou naturelle, au cours des activités domestiques, de travail ou de loisir. Il couvre notamment et de façon traditionnelle le logement et les autres environnements clos, certaines activités industrielles et de soins (déchets à risques infectieux), l'accès à une eau conforme pour l'ensemble des usages (eau du robinet, eaux conditionnées, eaux usées, eaux de loisirs …), à des aliments sains, à un air extérieur et intérieur de bonne qualité, mais aussi des sujets nouveaux et émergents, qui sont liés à certains produits chimiques reprotoxiques ou perturbateurs du système endocrinien, aux effets de la réutilisation des eaux usées traitées, aux ondes électromagnétiques, aux nanoparticules, au changement climatique.

Les activités des ARS dans le domaine de la « santé environnementale » relèvent de :

- La veille, l'observation, la sécurité sanitaire et l'alerte, qui incluent :
  - la surveillance des milieux ;
  - l'instruction de procédures administratives et la délivrance d'avis sanitaires visant à assurer la sécurité sanitaire et la prévention des risques dans les champs mentionnés ci-avant ;
  - l'inspection et le contrôle, dans le souci d'articuler les interventions de l'ARS avec les dispositions de l'article L.1435-7 qui précisent que le représentant de l'Etat dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'ARS, chargés des missions d'inspection ;
  - l'alerte, la préparation et la gestion de crise.

- La prévention et la promotion de la santé, qui comprennent notamment :
  - la planification et l'animation interministérielle territoriale ;
  - la communication, l'information et l'éducation à la santé.

Les attributions des ARS dans le champ de la santé environnementale, évoquées ci-après, s'exercent dans le cadre des dispositions des articles L.1435-1 et L.1435-2 du code de la santé publique qui prévoient que le préfet de département dispose, à tout moment, des moyens de l'ARS pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publique. En outre, en cas de risque sanitaire ou de trouble à l'ordre public, les services des ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du préfet.

Les protocoles départementaux entre le préfet et le Directeur général de l'ARS (DG ARS), peuvent, le cas échéant, préciser les modalités d'intervention des services de l'ARS pour le compte du préfet.

II.2 Objectifs

Les objectifs des ARS sont d'agir sur les facteurs environnementaux pour préserver et améliorer la santé. Ils visent donc :
En matière de veille, d'alerte et de sécurité sanitaires, à :

- connaître la qualité des milieux de vie (collecte des données permettant d'établir des diagnostics territoriaux par les systèmes de surveillance réglementaire ou par initiatives découlant de plans et programmes) ;
- évaluer les risques sanitaires ;
- améliorer la sécurité sanitaire des milieux de vie en établissant des dispositifs de sécurisation (procédure de protection des captages, inspections…) ;
- protéger les populations et les individus en proposant des mesures de réduction des risques et des disparités régionales liées aux facteurs environnementaux ;
- anticiper et se préparer à tout événement susceptible de déclencher une crise sanitaire liée à des facteurs environnementaux en recueillant et analysant les alertes et en se préparant à y répondre ;
- traiter les signaux et gérer les alertes, en liaison avec les préfets.

En matière de promotion de la santé, à :

- identifier et hiérarchiser les enjeux régionaux et territoriaux (locaux ou départementaux) à l'aide notamment des diagnostics cités ci-avant ;
- informer les usagers et gestionnaires d'installations sur les risques et les moyens de les réduire ;
- inciter et favoriser des choix d'aménagement et d'équipements favorables à la santé, notamment dans le cadre de la politique de la ville ou à travers les contrats locaux de santé ;
- créer des dynamiques de territoire sur les questions de santé environnementales avec des acteurs bien identifiés et informés.
- satisfaire aux attentes du public dans les situations de risques sanitaires incertains en particulier en répondant aux sollicitations d'information organisées, en participant, par exemple, aux commissions locales d'information ou de surveillance (CLIS) ou aux débats publics.

Les ARS contribuent par ailleurs à l'application des règlements et des directives de l'Union européenne ; certains d'entre eux faisant obligation de rapportage périodique à la Commission européenne réalisé et transmis par l'échelon national, les ARS sont en particulier chargées de fournir les éléments recueillis et analysés localement, notamment dans le domaine de la qualité des eaux destinées à la consommation et des eaux de baignade.

Le CPOM signé entre les ministres et les directeurs généraux d'ARS, mentionnés en référence, contractualisent ces enjeux.

III . Les missions des ARS en santé environnementale

Les missions des ARS dans le champ de la santé environnementale se déclinent comme suit à l'échelon régional ou local.

III.1 En matière de veille, d'alerte et de sécurité sanitaires

III.1.1 Les missions de veille, de surveillance, d'observation et d'alerte (veille et alerte)

Elles se fondent sur la collecte de données qui peuvent être environnementales ou sanitaires en lien avec une contamination de l'environnement, sur les évaluations des risques réalisées par les agences de sécurité sanitaire et sur la mise en œuvre de consignes de gestion édictées par la direction générale de la santé. Ces missions constituent un des socles de l'action des ARS en santé environnementale. Elles sont fortement encadrées par le code de la santé publique et déclinées dans les protocoles entre les ARS et les préfets. Par ailleurs, ces missions participent à certains schémas nationaux de surveillance (intoxications oxycarbonées) et de déclaration obligatoire (légionelloses, saturnisme, toxi-infections alimentaires collectives (TIAC).

S'agissant de la surveillance et de l'observation de l'environnement, on distinguera les données :

- issues de la mise en œuvre de systèmes de surveillance propres à l'ARS : il s'agit du « contrôle sanitaire ». Les ARS sont chargées d'assurer la collecte des données et de veiller à leur qualité ;
- issues du recueil de signalements ayant trait à des évènements qui sont portés à la connaissance de l'ARS ;
- dont la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information est assurée par d'autres départements ministériels : les ARS sont chargées de signer des partenariats afin d'avoir accès en tant que de besoin aux données nécessaires à leur action.

L'activité de contrôle sanitaire produit la majeure partie des données de surveillance dont dispose l'ARS en santé environnementale. Elle y engage sa responsabilité puisqu'il est stipulé dans le code de la santé publique que l'ARS exerce le contrôle sanitaire. Il se traduit principalement par un programme de prélèvements et d'analyses.

Au sein des ARS, les services doivent être en capacité d'analyser, d'interpréter les données et le cas échéant d'alerter et de proposer des mesures de gestion pour réduire les risques. Cette analyse implique un degré d'expertise adéquat et une connaissance du contexte environnemental et partenarial précise. L'échelon géographique d'exercice de ces missions doit être choisi en conséquence.

L'analyse de ces données, qu'elles soient issues des systèmes de surveillance pilotés par le niveau national ou de dispositifs spécifiques mis en place au niveau local, doit permettre :

- d'une part de détecter les signaux pouvant le cas échéant déclencher une alerte ;
- d'autre part de fournir les indicateurs nécessaires à la définition et au suivi des plans et programmes dans les champs de la santé et de l'environnement.

III.1.2 Les missions d'instruction de dossiers (sécurité sanitaire)

Elles relèvent des attributions des ARS soit dans le cadre de compétences propres du DG ARS, soit dans celui de la compétence du préfet de département en matière de santé environnementale. Ces missions sont détaillées dans les annexes 5 et 6.

Le préfet de département demeure, en particulier, dépositaire des compétences (régaliennes) relatives à l'exercice des prérogatives de puissance publique et juridiquement compétent pour prendre les décisions opposables, sauf exceptions.

Dans les cas, l'ARS assure pour le compte du préfet, l'expertise technique et la préparation des actes administratifs et peut, le cas échéant, bénéficier d'une délégation de signature de sa part. Vous vous assurerez que des réponses sont apportées aux demandes des préfets dans des délais compatibles avec les risques sanitaires et avec les contraintes qui s'imposent à eux.

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les principales instructions de dossiers de la compétence de l'ARS concernent :

- les autorisations de distribuer de l'eau destinée à la consommation humaine (autorisation des captages, des traitements, des installations diverses; dérogations à ces autorisations) ;
- la réutilisation d'eau de pluie pour des usages domestiques ;
- les profils des zones de baignades ;
- les dérogations à l'utilisation d'eau du réseau public pour les piscines ; la réutilisation des eaux usées ;
- les procédures d'insalubrité et de lutte contre le saturnisme.

III.1.3 Les missions de délivrance d'avis sanitaire (sécurité sanitaire)

En application des dispositions de l'article L.1435-1 du CSP, l'ARS : *« […] fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes et toutes décisions impliquant une évaluation des effets sur la santé ».* L'ARS est consultée par les autres autorités administratives sur les projets de décisions dans lesquelles celles-ci doivent prendre en compte les effets sur la santé d'activités, installations, travaux, équipements ou produits. Il convient en effet, chaque fois que des textes imposent l'évaluation des effets sur la santé préalablement à une décision administrative, que l'avis de l'ARS soit sollicité dans des conditions réglementaires, conditionnant la validité de la décision. Ces avis concernent notamment les évaluations des risques

sanitaires des études d'impact des installations classées et des infrastructures, les plans d'urbanisme, les schémas d'aménagement, les projets d'énergie renouvelable (éoliennes, installations photovoltaïques), les assainissements collectifs, les divers plans départementaux ou régionaux des déchets, de qualité de l'air, des transports. Une liste de ces procédures et des références réglementaires figurent en annexe 7.

Dans toute la mesure du possible, les protocoles conclus entre le DG de l'ARS et le préfet doivent clairement préciser, le périmètre de l'intervention de l'ARS et les champs sur lesquels elle peut être saisie.

III.1.4 Les missions de contrôle et d'inspection de l'application de la réglementation sanitaire (sécurité sanitaire)

Le contrôle de l'application de la réglementation sanitaire constitue une mission fondamentale et incompressible des ARS. En application de la loi HPST, l'ARS établit un programme de contrôle des règles d'hygiène, dont l'inspection constitue un volet. Les pouvoirs de contrôle sont détenus au titre du code de la santé publique, du code de l'environnement (bruit) et du code de la consommation (hygiène alimentaire).

Les objectifs des ARS en ce domaine ne se résument pas aux seuls indicateurs fixés à l'annexe 1 du CPOM, mais concernent également ceux figurant aux annexes 2 et 3 de ce contrat, ainsi que les activités réalisées par délégation du préfet (cf. annexe 5 et 6) et incluses dans le programme régional de contrôle des règles d'hygiène. Conformément aux dispositions de l'article L.1431-2 du code de la santé publique (CSP), vous prendrez en compte dans votre programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, les priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent.

Les domaines qui nécessitent des investigations prioritaires concernent notamment l'ensemble du contrôle sanitaire des eaux, qui ne doit pas se limiter à la mise en œuvre d'un programme d'analyses, les conditions de salubrité des logements, l'exposition à l'amiante et au radon, notamment dans les établissements concernés par la réglementation, l'exposition au plomb, les lieux diffusant de la musique amplifiée, les déchets d'activités de soins à risque infectieux, la maîtrise du risque lié aux légionelles dans les établissements recevant du public. Les ARS seront également amenées à participer à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI), notamment dans le contrôle et l'inspection des points d'entrée du territoire (ports et aéroports ouverts au trafic international) et des moyens de transport. Les modalités en seront précisées ultérieurement.

Il convient de distinguer les situations signalées à l'ARS et qui peuvent nécessiter un contrôle ponctuel de sa part, du contrôle programmé, qui peut être réalisé soit par l'ARS directement dans le champ concerné, soit par l'ARS dans le cadre d'un contrôle à vocation plus large que le champ de la santé environnementale, par exemple le contrôle des établissements de santé, soit en partage avec d'autres agences et services de l'Etat, habilités par le code de la santé publique à réaliser ce contrôle.

Par ailleurs, il est important de renforcer la programmation des missions de contrôle et d'inspection, de façon à ce que ces missions couvrent l'ensemble du champ dont l'ARS a la responsabilité. Cela passe par la réalisation d'actions de recensement des lieux et établissements assujettis à la réglementation, par la mise au point de plans de sondage, et par l'appel à des outils standardisés de contrôle et d'inspection (grilles, accréditation,…) et de suivi des procédures (systèmes d'information appropriés).

Par ailleurs, une circulaire annuelle précise, en fonction des besoins et de l'actualité, les champs prioritaires à privilégier au cours de l'année, aux fins notamment d'établissement de bilans nationaux thématiques homogènes.

III.1.5 Les missions de préparation des plans d'urgence en santé environnementale et de gestion des situations à risque (sécurité sanitaire)

L'ARS contribue sur le volet sanitaire à l'élaboration des plans de réponse aux urgences sous l'autorité du préfet, en application des dispositions de l'article L.1435-1 du code de la santé publique et du protocole entre l'ARS et le préfet ((participation à la préparation et, le cas échéant, à la mise

en œuvre des mesures de défense et de sécurité, plans de secours, …). L'ARS de zone assiste le préfet de zone dans ses missions de défense et de sécurité nationales et, dans ce cadre, anime et coordonne les ARS de la zone dans ce domaine.

En situation courante et non accidentelle, l'ARS doit proposer les mesures de gestion des situations de non conformité réglementaire, ainsi que celles permettant d'anticiper un risque collectif significatif (injonction et mise en demeure). A ce titre, elle assure l'évaluation des expositions des populations et apprécie le risque sanitaire.

En situation d'alerte ou de crise, notamment celle ayant pour origine un facteur environnemental, l'ARS contribue, sous l'autorité du préfet territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires environnementales et à la gestion des situations de crise sanitaire (dans une école, une industrie dont les rejets exposent potentiellement la population, etc.). Les modalités de cette contribution sont précisées dans le protocole mentionné à l'article R.1435-2 et R.1435-4 du code de la santé publique.

III. 2 En matière de promotion de la santé

III.2.1 Les missions de prévention, d'information, de communication et d'éducation sanitaire

La priorité doit être donnée à la transmission d'information du public et à l'interprétation faite des résultats des analyses du contrôle sanitaire.

Au-delà des travaux d'explicitation des réglementations auprès de professionnels et du public et de mise à disposition des résultats des contrôles sanitaires, la forte demande sociétale vis-à-vis des risques dans le domaine des déterminants environnementaux nécessite un renforcement de la communication. L'information en santé environnementale des professionnels de santé ainsi que du public est à poursuivre ou développer dans un esprit de transparence et de pédagogie.

En liaison avec les réseaux du Comité régional et des comités départementaux d'éducation pour la santé (CRES et CODES), une attention particulière visant à développer les actions d'éducation à la santé environnementale, dès le plus jeune âge, sera développée.

III.2.2 Les missions d'animation régionale ou territoriale

Elles consistent :

- à intégrer les thématiques de santé environnementale dans le périmètre des contrats locaux de santé, outils privilégiés de déclinaison du projet régional de santé (PRS) et de lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé ;
- à participer aux politiques interministérielles au niveau régional ou départemental. En santé environnementale, les principales d'entre elles ont trait à la gestion interministérielle des eaux (politique de protection des ressources utilisées pour des usages sanitaires, schéma d'alimentation et de sécurisation, assainissement), à la lutte contre l'habitat indigne, à la qualité de l'air extérieur et intérieur (participation à l'organe délibérant des associations de surveillance de la qualité de l'air, …), à l'urbanisme et l'aménagement du territoire, à l'élimination des déchets, à la sécurité sanitaire de l'alimentation.

Les ARS participent aux commissions départementales (politique d'aménagement du territoire, à l'élaboration des stratégies dans ces domaines, à la réalisation de travaux communs avec les services de l'Etat, et avec d'autres partenaires publics ou privés, à la participation aux missions interministérielles et pôles de compétences (missions interservices de l'eau - MISE, de l'alimentation dans le cadre du Plan national de contrôle (PNCOPA), en matière d'habitat indigne (pôle), de bruit (pôle)) selon les termes du protocole signé avec les préfets. Cette participation de l'ARS à certaines commissions administratives territoriales et à des programmes de travail communs avec d'autres services a pour objectifs de :

  - porter les enjeux de santé publique au sein des différentes politiques sectorielles ;
  - fournir une expertise sanitaire ;
  - garantir la cohérence et l'articulation avec les actions définies par l'ARS.
- à relayer l'action de l'ARS identifiée au sein du plan régional de santé auprès de ses principaux partenaires et sa mise en œuvre, notamment auprès des conférences de territoire ;

- à créer et entretenir des réseaux et des dynamiques partenariales. Les principaux acteurs sont les services communaux d'hygiène et de santé, les conseils généraux, les associations, les services de l'Etat.

Il importe que les ARS participent aux démarches de planification dans tous les domaines pouvant avoir des implications en termes de santé publique. Dans le domaine de l'eau, une coordination est assurée par l'ARS chargée de bassin hydrographique dont une instruction précisera les missions (instruction n°DGS/EA4/2011/X du XX 2011 relative aux missions des agences régionales de santé localisées dans les régions sièges des comités de bassin hydrographique, validée par le CNP le 1er juillet 2011 - Visa CNP 2011-176). Au vu des liens avec la stratégie nationale de développement durable (voir annexe 1), il est souhaité que les ARS participent aux instances de suivi des « agendas 21 » mis en œuvre par les collectivités dans la mesure où ceux-ci comportent très souvent des actions en santé environnementale.

III.3 Les missions d'expertise et d'appui au niveau international, national ou local

Les missions et l'expertise développées par les ARS dans le champ de la santé environnementale doivent pouvoir apporter un appui à d'autres organismes dans certaines situations : opérations de jumelage ou processus internationaux auxquels le ministère participe, situations d'urgence sanitaire et humanitaire, groupes de travail ou missions spécialisées. Cette contribution est alors encadrée par une lettre de mission.

Un référentiel de missions constitué d'une description de cadres de référence et de fiches thématiques est joint en annexes.

IV . Outils et méthodes

IV.1 Modalités d'intervention

Les actions mises en œuvre par les ARS découleront d'une part de l'application des textes législatifs et réglementaires en matière de santé environnementale (ce volet constituant un socle d'activités conséquent) et d'autre part de la déclinaison de plans et de programmes à partir des enjeux identifiés sur le plan régional et national.

IV.2 La prise en compte de la santé environnementale au sein du projet régional de santé (PRS)

Le projet régional de santé (cf. annexe 3) définit les objectifs pluriannuels de l'ARS, ainsi que les actions pour les atteindre. Il définit la stratégie et les objectifs de la déclinaison régionale de la politique nationale de santé et se fonde sur un processus de priorisation et de programmation. L'environnement étant un fort déterminant de la santé, il est particulièrement nécessaire de veiller à inscrire la santé environnementale - mission de santé publique éminemment transversale, qui nécessite l'association de plusieurs professionnels des ARS - dans le plan stratégique régional de santé et dans l'ensemble des schémas sectoriels. Qu'il s'agisse de réduction des expositions, de dépistage ou d'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies, le champ de la santé environnementale doit être complètement intégré aux actions de prévention et de promotion de la santé menées par l'ARS, notamment au sein du schéma régional de prévention.
Au sein de ce projet seront identifiés les enjeux forts en santé environnementale et leur priorisation. Ces priorités seront élaborées selon une méthodologie qui devra tenir compte :

- de l'ampleur du risque (gravité, occurrence, niveaux d'exposition, extension géographique, acceptabilité). L'annexe de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, mentionne une méthode de définition des objectifs de santé publique et d'identification des actions à mener ainsi que les critères pour apprécier l'importance d'un problème de santé ;
    - du réseau des acteurs existants sur les territoires ;
    - des types de populations concernées par ce risque.

Le processus de démocratie sanitaire initié par la loi HPST mentionnée en référence, qui se caractérise notamment par la mise en place de conférences régionales de la santé et de l'autonomie et de conférences de territoires, devra tenir compte et traiter des problématiques de santé environnementale. Vous associerez les acteurs régionaux et locaux concernés et vous soumettrez ces enjeux de santé environnement à la concertation.

IV.3 Autres plans et acteurs

Par ailleurs, le projet régional de santé intégrera à part entière ou s'articulera avec le plan régional santé environnement (PRSE 2, cf. annexe 4) qui est une déclinaison à l'échelle régionale du plan national santé environnement. L'ARS a toute légitimité pour participer à l'animation de la politique régionale en santé environnementale en lien avec les engagements du Grenelle de l'environnement. Elle anime pour le compte du préfet de région le PRSE2, et participe à sa mise en œuvre.

De plus, les travaux en matière de santé environnementale étant fortement liés à divers plans de santé publique (nutrition cancer,…), l'ARS doit assurer la transversalité des actions conduites en son sein, mais aussi en externe notamment au travers d'une collaboration avec les villes du réseau « villes santé de l'OMS », les villes actives du programme national nutrition santé et les ateliers santé villes de la politique de la ville,…

Certaines de ces missions de santé environnementale sont, sur certains territoires, mises en œuvre pour le compte de l'Etat, par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS). L'ARS doit jouer un rôle d'animation de ces services, dans le cadre fixé par le préfet, en examinant leur action de relais dans la mise en œuvre des contrôles.

IV.4 Standardisation des outils de contrôle et d'inspection

La mise en place des ARS conduit à passer en revue les modes d'intervention au niveau local, et à rechercher une harmonisation des pratiques au niveau régional. La crédibilité des inspections et contrôles, la fiabilité et la reproductibilité des analyses et diagnostics professionnels et la sécurisation juridique des actes sont les principes directeurs de la définition d'un programme pluriannuel de contrôle et d'inspections qu'il conviendra d'établir sur les champs prioritaires de la région et en cohérence avec le cadre défini par l'échelon central. Les ARS devront travailler à définir des méthodes standardisées de mise en œuvre, les objectifs à atteindre et les compétences associées nécessaires.

A cet effet, un référent régional de contrôle et d'inspection peut, pour certaines thématiques, être désigné. Il travaillera en réseau avec le référent ministériel thématique national et les autres ARS, pour élaborer des grilles de contrôle et d'inspection, les tester, et diffuser les outils ainsi élaborés. Il revient aussi à l'ARS d'identifier les éventuelles mutualisations de compétences et de matériels à mettre en œuvre en fonction du contexte régional.

La démarche d'accréditation a prouvé sa vertu de dynamisation des efforts de formalisation des méthodes et de professionnalisation des inspections par des organismes de toutes tailles. S'agissant du champ de la santé environnementale, la direction générale de la santé s'est fixée pour objectif d'accompagner les ARS pour que 30 % d'entre-elles soient accréditées dans les 5 ans à venir pour certains contrôles, sur la base des éléments de la norme NF EN ISO/CEI 17020 relative aux « critères généraux pour le fonctionnement des différents types d'organismes procédant à l'inspection », en application de laquelle le Comité français d'accréditation (COFRAC) accrédite des organismes d'inspection dans divers domaines. Une démarche de ce type est en cours en matière d'inspection de l'habitat, à l'ARS Nord Pas de Calais (voir la page de l'intranet RESE consacrée à cette expérience :http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/habitat/accredit/ars5962.htm).

IV.5 Les systèmes d'information en santé environnement (SISE) et leur gestion par les ARS

Afin d'assurer une gestion efficace et pérenne des nombreuses données collectées ou recueillies au sein des ARS en matière de santé environnementale, des systèmes d'informations spécialisés ont été progressivement structurés. Les SISE bénéficient d'une antériorité par rapport à l'ensemble des systèmes d'information en santé et représentent encore une grande partie d'entre eux.
Ces systèmes d'information remplissent ou doivent remplir en particulier les rôles suivants :

- contribuer aux systèmes de surveillance et de veille, notamment au travers d'une capacité de diagnostic et d'analyse fine des signaux sanitaires et environnementaux, en fournissant en cas d'alerte, des informations opérationnelles pour la gestion ;
- accompagner le travail quotidien des ARS et faciliter les échanges interministériels pour les missions partagées ;
- permettre de programmer les inspections prioritaires, dresser des tableaux de bord, formaliser les obligations des opérateurs à l'appui des procédures ;

- accompagner un éventuel renforcement de la sous-traitance en matière de contrôle et la responsabilisation des collectivités territoriales pour l'exercice de leurs polices par un dispositif de rapportage permettant de suivre l'efficacité de ces transferts ;
- plus largement, permettre à tout opérateur intégré dans le dispositif de sécurité sanitaire environnementale (opérateurs de mesures, diagnostiqueurs, etc.) de disposer d'un guichet identifié et facile d'utilisation pour s'acquitter de ses obligations de rapportage ;
- garantir le rapportage auprès de la Commission européenne dans les délais compatibles avec les échéances communautaires.

Pour répondre de manière plus adaptée à certains de ces enjeux, la DGS s'est engagée dans un programme de développement et d'évolution d'applications nationales mises à disposition des ARS : les applications correspondant à chaque domaine d'intervention sont précisées dans les fiches thématiques. Ces travaux nécessitent une collaboration étroite avec les utilisateurs et les pôles d'expertise en formation, qui sera formalisée par les conventions de partenariat en cours d'élaboration.

Au sein des ARS, le niveau pertinent de gestion des SISE doit se situer au plus près du niveau exerçant la mission de surveillance, d'observation et de collecte des données colligées. Ces données proviennent en majeure partie du contrôle sanitaire des eaux, des données dont la transmission à l'ARS est obligatoire (saturnisme, intoxications au monoxyde de carbone, radon) et de divers signalements (habitat).

Il apparaît d'enjeu majeur pour les ARS, afin de faciliter l'exploitation des données dans un but de communication et de valorisation des actions vis-à-vis des différents publics et interlocuteurs ou utilisateurs :

- d'assurer la sécurité des bases de données et applications existantes (maintien, renforcement, mise en synergie avec d'autres systèmes d'information, utilisation de systèmes d'information géographique pour assurer une gestion appropriée des données) ;
- de participer au développement des nouvelles applications ;
- de prévoir une utilisation harmonisée de ces outils informatiques au sein de la région.

IV.6 Animation et soutien méthodologique par l'échelon national

IV.6.1 Le réseau métier « santé et milieu de vie » des ARS/DGS/SGM

Co-animé par la Direction générale de la santé (DGS) et le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGM), les objectifs de ce réseau sont de :

- co-élaborer la mise en œuvre des politiques et les stratégies relatives à la gestion des déterminants environnementaux de la santé publique ainsi que les priorités ;
- délivrer aux ARS des éléments d'actualité de l'échelon national ;
- co-piloter des travaux techniques (élaboration d'outils, lorsque cela s'avère nécessaire).

IV.6.2 Un référentiel professionnel : le réseau d'échange en santé et environnement (RESE)

Le RESE est un réseau de professionnels qui rassemblent et actualisent un socle de connaissances et de données indispensables à l'intervention en santé et environnement des ARS. Outre la mise à disposition des références réglementaires et techniques actualisées disponibles sur l'Intranet ministériel (http://rese.intranet.sante.gouv.fr/), il permet d'assurer une meilleure information sur les données internationales, de faciliter la recherche d'informations pertinentes, de mutualiser les réalisations des ARS et de mettre rapidement à disposition des éléments de pilotage des actions. Il est important que chaque ARS contribue à l'enrichissement de ce référentiel.

IV.6.3 Le pôle d'administration des données en santé environnement (PADSE)

Le PADSE gère les données de SISE-Eaux et contribue à l'élaboration des synthèses nationales relatives à l'eau potable. Il met régulièrement à disposition des ARS des données issues de SISE-Eaux dans le cadre du partenariat d'échanges de données et pour assurer la communication à différents publics et organismes des éléments contenus dans SISE-Eaux:

- l'état des prélèvements et analyses figurant dans la base nationale ;
- l'état de la remontée sur la base nationale des items de description de la protection des captages ;

- les requêtes de contrôle de qualité des données ;
- le bilan national des captages protégés par DUP ;
- le bilan national des indicateurs de contamination fécale.

Vous voudrez bien faire part, à la direction générale de la santé, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés rencontrées pour l'exercice de ces missions en santé environnementale.

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

signé

Emmanuelle WARGON

Le directeur général de la santé

signé

Dr Jean-Yves GRALL

ANNEXE : REFERENTIEL DES MISSIONS DES ARS EN SANTE ENVIRONNEMENTALE

PARTIE 1 : CADRES DE REFERENCE

ANNEXE 1 : Le cadre international

Rôle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Les réponses à apporter aux risques sanitaires les plus préoccupants revêtent une dimension internationale et il revient à l'OMS d'établir des références en matière d'environnement et de santé.

A l'initiative de la zone Europe de l'OMS, a été lancée en 1989 une série de conférences ministérielles. Lors de la cinquième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé en mars 2010, les ministres chargés de la santé et de l'environnement des 53 pays concernés se sont engagés à continuer et renforcer l'action sur les quatre objectifs prioritaires adoptés en 2004, à savoir :

-garantir la santé publique en améliorant l'accès à l'eau salubre et en assurant un assainissement adéquat ;

-lutter contre l'obésité et les traumatismes par des environnements sûrs, l'activité physique et une alimentation saine ;

-prévenir les maladies en améliorant la qualité de l'air intérieur et extérieur ;

-prévenir les maladies liées aux environnements chimiques, biologiques et physiques.

Cette conférence a été consacrée à l'évaluation des plans nationaux "santé et environnement" et à leurs avancées depuis 20 ans (sur la base d'indicateurs), aux inégalités de santé (socioéconomiques et selon les sexes,…), ainsi qu'aux plans d'actions en faveur de la santé des enfants[1]. Par ailleurs, de nouveaux objectifs ont été intégrés pour prendre en compte notamment les inégalités de santé, le changement climatique et les risques liés aux nouvelles technologies, et une nouvelle gouvernance, associant davantage les ministres (santé et environnement) au processus a été votée.

Le Plan national santé environnement est une déclinaison de ces objectifs et constitue une des réponses de la France à ces engagements internationaux. Le renforcement de liens par l'OMS (siège) entre les travaux menés par les six régions de l'OMS, permettrait de consolider un socle de connaissance encore peu étayé pour de nombreux risques sanitaires d'origine environnementale. Cet enjeu permettant d'anticiper des urgences sanitaires est régulièrement porté auprès des instances concernées. En effet, les risques environnementaux sont intégrés dans le champ d'application du Règlement Sanitaire International (2005), seul outil de l'OMS juridiquement contraignant pour les Etats signataires, afin de gérer les urgences sanitaires de portée internationale.

Le ministère chargé de la santé français a souhaité récemment rappeler l'importance des enjeux liant l'eau et la santé à travers la proposition d'une résolution adoptée lors de l'assemblée mondiale de la santé en mai 2011.

Rôle de l'Union européenne

La protection de la santé des personnes constitue l'un des quatre objectifs de la politique en matière d'environnement prévus dans le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne[2]. Un important corpus juridique contraignant et divers quant aux champs traités, a été développé depuis les années 1970, sur le principe de libre circulation des biens et des personnes, selon l'objectif de protection des travailleurs et conformément aux orientations de

[1] CEHAPE : Children's environment and health action plan for Europe.

[2] Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, Article 191, JOUE, C 183, 30.03.2010

la politique environnementale. Celui-ci s'applique à de nombreux domaines : sol, milieu marin, eau et assainissement, air, pesticides, environnement urbain, champs électromagnétiques, ressources naturelles et déchets,...

Des actions non contraignantes sont également élaborées, parmi lesquelles le plan pan-européen sur la santé, l'environnement et les transports, qui prévoit notamment des mesures en faveur des déplacements « doux et actifs », ainsi qu'une réduction de la pollution de l'air due aux moyens de transport.

La Commission européenne a adopté le 11 juin 2003 une Stratégie Communautaire en matière de santé et d'environnement, traduite le 9 juin 2004, en un Plan d'Action (2004-2010), qui vise notamment les maladies dites "environnementales", en cherchant à «mieux prévenir les altérations de la santé dues à ces risques ».

Si la DGS a en charge la transposition de certaines de ces directives, les ARS ont en charge leur mise en application, ce qui constitue une obligation d'action.

ANNEXE 2 : Chiffres repères d'impact sanitaire, coût pour la collectivité de pathologies environnementales et objectifs à atteindre

L'environnement est l'un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire.

Impact sur la santé des facteurs environnementaux

L'encadré suivant rappelle quelques chiffres illustrant l'impact sur la santé des facteurs environnementaux :

- 10 à 30% des cancers sont d'origine environnementale[3] ;
- le mélanome cutané se place au 9ème rang des cancers les plus fréquents en France ; 8255 nouveaux cas en 2010 et 1566 décès estimés en 2005, à la suite de l'exposition aux UV naturels et artificiels[4] dont environ 70 % dus à l'exposition solaire et 30% aux rayonnements artificiels ;
- 1200 à 1900 morts annuels par cancer sont dus à l'exposition au radon [5] ;
- 42 000 décès prématurés par an seraient liés à la pollution atmosphérique (particules fines $PM_{2,5}$ d'origine anthropique)[6] ;
- 10 à 15% de la population française serait allergique aux pollens ;
- 4400 enfants sont potentiellement concernés par le saturnisme[7] ;
- 5 à 10% des jeunes de moins de 25 ans souffrent d'une déficience de l'audition ;
- 5000 cas d'intoxication par le monoxyde de carbone ;
- les accidents de la vie courante sont la troisième cause de mortalité en France et provoquent 19 000 décès chaque année. Sur les 11 millions de personnes touchées annuellement par un accident de la vie courante, 4,5 millions ont recours aux urgences et plusieurs centaines de milliers sont hospitalisés [8] ;
- Environ 3000 décès par cancer liés à l'amiante par an (exposition professionnelle incluse) ;
- 1200 cas de légionellose environ sont actuellement notifiés chaque année[9]; les personnes ayant contracté une légionellose font généralement l'objet d'une hospitalisation de l'ordre de quelques jours à plusieurs semaines ou mois après un séjour en unité de soins intensifs ou service de réanimation. La gravité de cette maladie est illustrée par son taux de létalité (11% en 2009) et par l'évolution de la maladie signalée par de nombreux cas après l'hospitalisation, le plus souvent une fatigue chronique voire une dépression, et plus rarement des séquelles cérébrales voire une invalidité permanente. Toutes les tranches d'âge, essentiellement adultes, sont concernées ;
- 1124 foyers de toxi-infections alimentaires collectives ont été déclarés en 2008 correspondant à 12 549 malades dont 742 hospitalisés et 5 décédés ;
- en 2009, 328 cas de listérioses (contre 269 en 1999) ont fait l'objet d'une déclaration

[3] Cf : Rapport expertise collective AFSSET –INSERM : cancer et environnement Octobre 2008 p 1 à 889et avis émis en 2009. D'autres instances estiment ce % entre 10 et 30 : OMS, CIRC centre international de recherche contre le cancer.

[4] 'Institut national du cancer INCa Fiche prévention 2010, mesure 12 du plan cancer 2010.

[5] Catelinois O. et al. - Évaluation de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire BEH 2007.

[6] Cf. les documents du Clean air for Europe (CAFE) : Programme de la Commission européenne : http://ec.europa.eu/environment/archives/cafe/general/keydocs.htm.

[7] Voir supra expertise collective INSERM

[8] Données 2006, Institut de veille sanitaire

[9] Source Institut de veille sanitaire

obligatoire ;

- en 2009, 21 % des 1547 cas d'hépatite A étaient liés à la consommation de fruits de mer ;
- 31,9% des adultes de plus de 18 ans et 14,5% de cette population d'adultes, présente respectivement des signes de surpoids et d'obésité, phénomène qui s'accentue depuis une vingtaine d'années chez les adultes ;
- 10 % de la population guyanaise n'a pas accès à l'eau potable ;
- la dengue représente annuellement plusieurs dizaines de milliers de cas ;

des incertitudes sur l'impact de produits chimiques à faibles doses et sur de nouvelles technologies (expertise collective de l'INSERM sur reprotoxiques et perturbateurs endocriniens, expertise collective sur neurotoxiques et pesticides)

Coût pour la collectivité des pathologies d'origine environnementale

Le secteur de la santé fait traditionnellement référence aux calculs financiers relatifs aux dépenses d'assurance maladie. Le travail d'évaluation économique en santé environnementale, c'est-à-dire d'évaluation du coût global d'un ou des effets sur la santé est peu pratiqué. Les éléments ci après sont cependant illustratifs :
Saisie par le ministère chargé de la santé pour assurer la coordination d'une étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution (asthme et cancers), l'AFSSET indique dans son rapport[10] rendu en septembre 2007 que :

Asthme :
En extrapolant les dépenses estimées pour l'année 1999 à l'année 2006, et en estimant comprise entre 10 % et 35 % la part de l'asthme attribuable à l'environnement, le coût de traitement de l'asthme imputable à la pollution extérieure non biologique a été évalué à un montant compris entre 0,2 et 0,8 milliard d'euros pour l'année 2006.

Cancers et environnement :

Pour le cancer, sous l'hypothèse d'une fraction attribuable à l'environnement estimée entre 1 % et 5 %, le coût lié aux facteurs environnementaux a été évalué entre 0,1 et 0,5 milliard d'euros par an pour la prise en charge des soins, et entre 0,005 et 1,2 milliard d'euros pour la perte de production par an. Ces estimations sont à accueillir avec beaucoup de précaution du fait des approximations qui ont été faites. Néanmoins, elles donnent un ordre de grandeur des dépenses afférentes.

Produits chimiques

De plus, les études d'impact lors de la préparation du règlement REACH[11] faisaient état d'une diminution possible de 10 % des maladies causées par les substances chimiques (4 500 décès annuels par cancer), soit de 0,1 % de l'ensemble des maladies. La réduction des dépenses de santé induite par l'application de ce règlement est ainsi estimée à 50 milliards d'euros dans l'Union européenne sur 30 ans.

Pollution atmosphérique

Un autre exemple concerne la politique de lutte contre la pollution atmosphérique, responsable de plus de 42 000 décès prématurés en France par an et de 340 000 en Europe[12]. La stratégie en faveur de la pureté de l'air en vue de protéger la santé humaine et l'environnement proposée en 2005 par la Commission européenne[13] vise à réduire, de près de 40% d'ici 2020 par rapport aux chiffres de 2000, le nombre de décès prématurés provoqués chaque année par des maladies liées à la pollution atmosphérique (230 000 décès prématurés en 2020 contre 290 000 en l'absence de stratégie). Le paquet « climat et énergie» fixe les

[10] Etude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution - Illustration avec l'asthme et le cancer. Rapport AFSSET septembre2007

11 Le règlement REACH a pour objectif d'évaluer, 30 000 substances chimiques fabriquées ou importées dans l'Union européenne, mises sur le marché avant 1981, et ceci sur une période de 11 ans, et simultanément évalue en vue de leur substitution 1500 substances les plus dangereuses.

12 Cf. les documents du Clean air for Europe (CAFE) Programme de la Commission européenne : http://ec.europa.eu/environment/archives/cafe/general/keydocs.htm

[13] Commission européenne. Communication : La Commission propose une stratégie en faveur de la pureté de l'air en vue de protéger la santé humaine et l'environnement. Septembre 2005 http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/1170

objectifs suivants d'ici à 2020[14] : la réduction de 20% des émissions de gaz à effet de serre, l'augmentation de 20% de la part des énergies renouvelables et l'amélioration de 20% de l'efficacité énergétique. Ceci devrait permettre une réduction du coût lié à l'atteinte des objectifs de l'UE en matière de pollution de l'air de 8,5 milliards d'euros par an. Les économies dans les dépenses de santé pourraient représenter six fois ce montant, soit de l'ordre de 50 milliards d'euros. D'autres travaux évaluent les conséquences sanitaires de la pollution atmosphérique liées aux particules entre 276 et 790 milliards d'euros dans l'Union européenne[15], soit 3 à 10% du PIB. En retirant les coûts des investissements de la lutte contre cette pollution, les bénéfices économiques se chiffreraient entre 33 à 133 milliards d'euros en 20 ans.

Amiante

Pour mémoire, l'inaction pour l'amiante sera responsable d'ici 2025 d'une mortalité totale évaluée à 100 000 décès, associée à un coût de 1 million d'euros par vie humaine[16] soit un coût total de 100 milliards d'euros sur la période considérée.

2 - Obésité et nutrition

Selon le centre d'analyse stratégique[17], au niveau collectif, l'obésité représente des coûts considérables, et pourrait selon l'OMS, doubler d'ici à 2015 si le rythme actuel de progression de la prévalence se poursuit. En France, depuis la mise en œuvre du Programme national nutrition santé, la prévalence de l'obésité chez les enfants recule légèrement, mais 31,9% des français adultes de plus de 18 ans sont en surpoids et le taux de prévalence de l'obésité est de 14,5 % des adultes et pourrait atteindre selon un scénario tendanciel, 22% d'ici à 2025, soit plus d'une personne sur cinq [18](cf graphe ci après) Les seuls coûts médicaux directs dus à l'obésité et aux facteurs de risques associés se situeraient en 2002 dans une fourchette allant de 2,6 à 5,1 milliards d'euros[19].

[14] Agence européenne de l'environnement (European Environment Agency). Chaque inspiration compte – Qualité de l'air en Europe. Mars 2009. http://www.eea.europa.eu/fr/articles/chaque-inspiration-compte-qualite-de-lair-en-europe

15 Etude AEA Technology Environment, rapport de 2005 pour la Commission européenne.

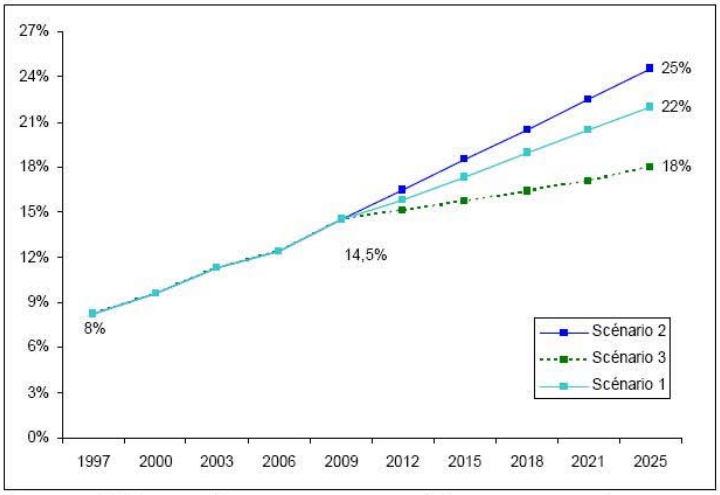
16 Note de veille du Centre d'analyse stratégique (CAS) n°125 page 3.

[17] Note de veille n°166 – mars 2010.

[18] Enquête Obépi 2009 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Enquête INSERM, TNS Healthcare, Roche.

[19] EmeryC., DinetJ., Lafuma A., Sermet c. Et al. (2007) , "Costs of obsity in France " Presse Médicale, 36, 832-840 : http://www.em-consulte.com/article/103325 .

Encadré 1. L'obésité, un problème d'ampleur à l'avenir



Sources : CAS, 2008, France 2025, groupe « Risques et protection », *actualisé à partir des données Obépi 2009*

Les scénarios proposés tiennent compte de l'inertie du phénomène à un horizon court d'une quinzaine d'années.

Selon le scénario 1, construit sur l'hypothèse d'une poursuite de la tendance observée en moyenne depuis 1997, le taux de prévalence de l'obésité atteindrait 22 % en 2025, soit plus d'une personne sur cinq.

En faisant l'hypothèse d'un rythme de croissance de la prévalence de l'obésité similaire à celui observé aux États-Unis au cours de la décennie 1990, le scénario 2 montre qu'un quart de la population française pourrait être obèse à cet horizon.

Le scénario 3 est volontariste : il suppose des politiques de prévention ambitieuses et plus efficaces que celles menées jusqu'ici. Il se traduirait par un très léger infléchissement de la tendance d'ici à 2025, pour atteindre un taux de prévalence de 18 %.

3 - Allergie aux pollens

Une estimation réalisée en région Rhône-Alpes[20], région française la plus infestée par l'ambroisie à feuilles d'armoise (*Ambrosia artemisiifolia* L.), plante envahissante originaire d'Amérique du nord au pollen très allergisant, chiffre à plus de 5,6 millions d'euros pour l'année 2008 les coûts en soins ambulatoires imputables à l'ambroisie (estimation *a minima* pour le seul régime général et ne tenant pas compte par exemple de la prescription de médicaments pour soigner l'asthme ou des passages aux urgences et hospitalisations pour complication).

4 – Accidents de la vie courante

Le coût des AcVC a été rarement étudié en France. Une étude de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) réalisée en 1997 auprès d'assurés sociaux de deux caisses primaires rendait compte d'une estimation moyenne des seuls coûts directs (plus coûts des arrêts de travail) entre 100 et 500 euros par accident et par an[21], soit pour 11 millions de personnes entre 1,1 et 5, 5 milliards d'euros par an. A l'étranger, des travaux plus nombreux ont montré que les dépenses liées aux AcVC pouvaient représenter jusqu'à 10 % des dépenses totales de santé ou 1 000 euros par accidenté.

[20] Observatoire régional de la santé (ORS) Rhône-Alpes. Vers un système d'information sur l'ambroisie en région Rhône-Alpes : analyse des données sanitaires, environnementales et bilan des actions de lutte menées en 2008. http://www.ors-rhone-alpes.org/publications.asp

[21] Garry F. Le coût des accidents de la vie courante à travers l'enquête CNAMTS 1997. Journées scientifiques de l'InVS, décembre 2001.

Liste d’objectifs et des indicateurs associés pour le domaine santé-environnement

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique mentionne certains objectifs à atteindre à l’échelon national en matière de santé environnement et les indicateurs associés.

Objectif 18 : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l : passer de 2% en 1996 à 1% en 2008	Nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l en population générale et dans les groupes à risque
Objectif 19 : Bâtiments publics : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l’Union européenne)	Cartographie des expositions au radon
Objectif 20 : Réduire l’exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)	Concentrations en particules (PM10 et PM2,5) et NOx dans l’air ambiant (mesurées par les stations urbaines des réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l’air ; la représentativité spatiale des stations de mesure doit être évaluée ; la surveillance des particules fines [PM2,5] doit être étendue et celle des particules ultrafines développée) Impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique urbaine
Objectif 21 : Réduire l’exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d’un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l’incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008	Emissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques
Objectif 22 : Qualité de l’eau : diminuer par deux d’ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides	Qualité de l’eau : indicateurs réglementaires européens : 2 paramètres microbiologiques, et ensemble des substances individualisées pour les pesticides (plus de 200 molécules recherchées)
Objectif 23 : Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO)	Nombre annuel de décès par intoxication au CO Nombre d’intoxications au CO signalées sur l’ensemble du territoire, dans les zones à risque majeur et en milieux domestique ou professionnel Nombre de personnes traitées à l’oxygène hyperbare en caisson ayant des antécédents d’intoxication au CO
Objectif 24 : Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (ministère de l’écologie, INRETS)	Distribution des niveaux d’exposition au bruit
Objectif 25 : Qualité de l’eau : réduire de 50 %	Nombre de nouveaux cas et de décès par

l’incidence des légionelloses	légionellose
Objectif 74 : Asthme : réduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)	Incidence des crises d’asthme nécessitant une hospitalisation complète ou partielle

ANNEXE 3 : Le Projet Régional de Santé (PRS)

Le projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS, ainsi que les mesures qui tendent à les atteindre (article L. 1434-1 du code de la santé publique). Il comprend un plan stratégique régional de santé, trois schémas d'organisation et des programmes d'action (article L.1434-2). Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis du préfet de région, des collectivités territoriales et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le plan stratégique est soumis au conseil de surveillance de l'ARS. Enfin, le schéma d'organisation médico-sociale (SROMS) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont soumis aux présidents des conseils généraux concernés, ainsi qu'aux commissions de coordination compétentes dans le domaine médico-social. Le PRS est révisé au moins tous les cinq ans.

Il convient :

- d'intégrer les facteurs de risque liés aux milieux de vie dans la déclinaison régionale de la politique nationale de santé, à la fois dans la prévention, la promotion mais également dans la sécurité des patients et les facteurs de risque liés aux conditions de vie en collectivité de populations vulnérables, du fait de leur âge, de leur état de santé, de leurs conditions sociales, de leur handicap ;
- de conforter les outils communs de recueil de données de surveillance et d'observation, et les outils d'information et de communication.

Le guide d'élaboration du PRS explicite 5 domaines et 5 axes stratégiques à prendre en compte. Il convient de définir les actions en santé et environnement qui doivent prioritairement y contribuer.

Par ailleurs, dans le SROS et le SROMS, il importe d'inscrire comme objectifs la prévention et la gestion des risques spécifiques aux activités et établissements de soins et d'hébergement des populations sensibles (légionelles, déchets solides et liquides à risques infectieux,…).

Il est nécessaire d'assurer une bonne prise en compte des déterminants environnementaux dans la prévention des pathologies ciblées dans le cadre du PRS (cancer, pathologies respiratoires notamment vis-à-vis des enfants), ainsi que dans les contrats locaux de santé, …

ANNEXE 3 Bis : Les dispositifs locaux

La thématique santé-environnement a vocation à être partie intégrante des contrats locaux de santé et des volets santé des contrats urbains de cohésion sociale, dont les programmes d'actions de santé portés par les ateliers santé ville. Elle renvoie par ailleurs aux dispositions prises au titre de la stratégie de développement durable dans ses composantes à la fois environnementales et sociales. Cette stratégie, déclinée par les agendas 21 locaux, comporte un axe sur la santé (défi n°7) et peut être mise à profit dans un objectif de réduction des inégalités de santé, au travers de ses différents volets.

1. Contrat local de santé (CLS)

Le CLS est une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 (HPST). Il est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi, caractérisé par un pilotage unifié de ses différentes composantes :

- Promotion de la santé et prévention, dont les problématiques de santé-environnement ;
- Soins ambulatoires et hospitaliers ;
- Accompagnement médico-social ;
- Au besoin veille et sécurité sanitaires.

Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux de santé. Il incarne une dimension intersectorielle de l'action régionale en santé dans le but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.) ;
- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le PRS en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs. Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, CRSA) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.) et vise un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

2. Atelier santé ville (ASV)

L'évolution des besoins en santé et la nécessité de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé et aux soins ont contribué à placer la santé au cœur du débat politique local. Aussi, la thématique santé portée par les ASV (circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 et circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n°2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV) constitue depuis 2006 le cinquième pilier de la politique de la ville et l'un des volets prioritaires des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS, 2006-2014) s'appliquant aux nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville. L'article L 1435-1 du CSP issu de la loi HPST précise que les ARS sont associées à l'élaboration et la mise en œuvre du volet santé des CUCS.

La politique de santé et la politique de la ville convergent donc aujourd'hui pour reconnaître la nécessité de prendre en compte de manière prioritaire la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines et de faire de la démarche des ASV l'une des déclinaisons territoriales des PRS. Cette démarche structurante développée depuis 2001 par les ASV a acquis une forte légitimité locale par l'élaboration partagée des projets locaux de santé visant la réduction des inégalités de santé dans les quartiers urbains sensibles, anticipant ainsi la démarche des futurs Contrats Locaux de Santé (CLS) prévus par la loi HPST.

3. Agendas 21 locaux[22]

[22] (Cf. site internet : http://observatoire-territoires-durables.org/spip.php?article1085)

Les contrats agenda 21 ont 5 finalités pour des projets territoriaux de développement durable selon le cadre de référence national :

1. Lutte contre le changement climatique et protection de l'atmosphère ;
2. Préservation de la biodiversité, protection des milieux et des ressources ;
3. Epanouissement de tous les êtres humains ;
4. Cohésion sociale et solidarité entre territoires et générations ;
5. Dynamique de développement suivant des modes de consommation et de production responsables.

Volet Santé de l'agenda 21

Indissociable du bien-être, la santé est également un enjeu intégrateur pour les territoires. Mener une politique de santé durable sur un territoire passe en premier lieu par la réduction des facteurs qui sont à l'origine d'inégalités sanitaires : inégalités d'accès aux soins, de conditions de vie et de travail. Il faut pour cela mieux connaître les conditions de vie et de travail de tous les habitants, et les besoins relatifs à la santé de chacun, connaissance qui suppose une participation de tous les acteurs : professionnels de santé et habitants, entreprises, bailleurs, fournisseurs de services doivent ensemble élaborer un plan d'action cohérent, dont chacun sera partie prenante. Il faut également former et informer les habitants et les acteurs sur l'ensemble des composantes qui contribuent à la santé. Enfin, offrir un cadre de vie agréable et sain complète bien sûr ces actions en faveur de la bonne santé des habitants.

Les modes d'action en ce sens sont multiples : décisions d'urbanisme, amélioration de la qualité des milieux (eau, air, sols), réduction des nuisances, aménagements sportifs, aménagement des temps de vie et de travail.

ANNEXE 4 : Le plan régional santé environnement (PRSE2)

4 – 1 : Le PNSE2

Deux axes thématiques prioritaires et concertés ont été retenus dans le second Plan National Santé et Environnement (PNSE2) : le premier axe concerne la « réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé » ; le second axe s'intéresse à la « réduction des inégalités environnementales et des surexpositions ». Plusieurs entrées sont prises en compte dans le second plan national à savoir :

-a) les inégalités géographiques liées à l'inhomogénéité des altérations (naturelles ou anthropiques) de l'environnement sur le territoire

-b) les inégalités liées au contexte socio-économique

-c) les inégalités de sensibilité aux facteurs environnementaux, en fonction de l'âge ou de l'état de santé

4 -2 L'élaboration du PRSE2

Le deuxième plan national doit faire l'objet d'une déclinaison régionale élaborée en étroite concertation avec l'ensemble des parties prenantes intervenant sur les questions de santé-environnement : la circulaire du 16 octobre 2008 précise la composition du Groupe Régional Santé –Environnement (GRSE), associé à son élaboration. Par ailleurs, la circulaire du 27 janvier 2010 détaille les priorités de ce plan régional pour les ARS, l'implication requise et l'intégration des préoccupations environnementales dans l'organisation des soins.

En étroite concertation avec le préfet, l'ARS a pour mission de s'assurer, s'il n'est pas encore adopté, qu'un projet de plan régional soit finalisé et puisse être arrêté par le préfet dans les meilleurs délais conformément aux dispositions de l'article R.1310-1 du code de la santé publique.

Le projet de PRSE2 doit être soumis à l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, prévue à l'article L.1432-4 du code de la santé publique. Celle-ci est tenue au préalable informée des travaux d'élaboration du PRSE2 et peut faire toute proposition pour y contribuer.

Pour les orientations qui concernent le champ propre de compétences de l'ARS, tel que défini aux articles L.1431-1 et L.1431-2 du code de la santé publique, le projet arrêté par le préfet de région reprendra les actions définies par le directeur général de l'ARS.

Le schéma de prévention prévu à l'article L.1434-5 du code de la santé publique intègre, pour celles qui relèvent de l'ARS, les dispositions du PRSE2, arrêté par le préfet de région.

4- 3 Le suivi de la mise en œuvre du plan

A l'échelon régional, le suivi de la mise en œuvre du plan est organisé, pour ce qui concerne leurs compétences respectives, par le préfet de région et le directeur général de l'agence régionale de santé, selon des modalités précisées par le PRSE2. La commission de coordination prévue à l'article L.1432-1 du code de la santé publique peut servir de cadre à ce suivi, notamment s'agissant des actions relevant de l'ARS.

Par ailleurs, à l'échelon régional, un état d'avancement des plans d'actions est présenté annuellement au groupe régional santé-environnement (GRSE) et à la CRSA. Une attention

particulière doit être portée à la communication de ces bilans dans la mesure où la double entrée du PRSE2, « santé » et « environnement », concerne deux aspects auxquels la population est particulièrement attachée et sensible.

Les orientations

1° Pour l'axe « réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, il convient :

a) de privilégier la réduction des expositions aux cancérigènes avérés que sont l'amiante (actions 10 et 41) et le radon (dans les régions concernées – action 40), et la lutte contre les légionelloses (action 30), notamment dans les établissements accueillant des populations sensibles (hôpitaux, établissements médico-sociaux) ;

b) d'apporter une expertise sanitaire aux actions de planification du ressort des collectivités territoriales visant à améliorer la qualité de l'air qui est l'un des principaux déterminants environnementaux avérés de la santé (action 13) ;

c) de développer des actions de formation des élus et des techniciens territoriaux en charge de la politique des transports sur l'intérêt du développement des mobilités douces pour réduire la pollution atmosphérique mais également pour favoriser l'activité physique (action 14). Cette action s'inscrit à l'interface du PNSE2 et du Programme national nutrition santé (PNNS), elle permet de mobiliser en particulier les villes ou les départements qui ont signé la charte « Ville active du PNNS », ainsi que les villes « EPODE » et les villes santé de l'OMS largement investies dans le domaine de la nutrition.

2° Pour l'axe « réduction des inégalités environnementales », plusieurs entrées sont prises en compte dans le PRSE2 :

a) <u>les inégalités géographiques liées à l'inhomogénéité des altérations (naturelles ou anthropiques) de l'environnement sur le territoire</u> : une priorité doit porter sur la restauration de la qualité de l'eau distribuée pour la consommation humaine et la protection des captages notamment des captages les plus menacés (actions 28 et 30) ;
En dehors de cette priorité commune à toutes les régions, cet axe du PNSE2 permettra de porter, les spécificités locales qui constituent un enjeu de santé publique et qui imposent une action concertée pour remédier aux situations préjudiciables à la santé des populations exposées.

b) <u>Les inégalités liées au contexte socio-économique</u> : le PNSE2 prévoit le renforcement du programme de résorption de l'habitat indigne, qui constitue une priorité gouvernementale (actions 25 à 27). L'efficacité de cette politique interministérielle passe par la mise en place de pôles de compétence regroupant tous les acteurs, notamment les CAF et par un repérage actif de l'habitat indigne. Une implication dans ce programme est indispensable. La lutte contre le saturnisme (action 17) reste dans ce cadre une priorité et le dépistage de cette pathologie doit être amélioré en s'appuyant sur le rapport de l'expertise opérationnelle réalisée conjointement par l'INSERM et l'InVS. Une articulation avec le PRAPS pourra faciliter cette action de dépistage.

c) <u>Les inégalités de sensibilité aux facteurs environnementaux, en fonction de l'âge ou de l'état de santé.</u> Deux priorités sont fixées : la santé des jeunes et la prévention des maladies asthmatiques et allergiques :

- En ce qui concerne la santé des jeunes, la lutte contre les atteintes auditives liées à l'écoute de musique amplifiée doit être renforcée (action 21). Par ailleurs, un accompagnement des actions menées sous l'égide du ministère chargé de l'écologie en matière d'amélioration de l'environnement intérieur et extérieur des bâtiments accueillant des enfants (crèches, écoles, établissements médico-sociaux) doit être mené : il s'agit des actions 9 (« Mieux gérer la qualité de l'air dans les bâtiments publics ») et 19 (« Réduire l'exposition dans les bâtiments accueillant des enfants »).
- Enfin, s'agissant de la prévention de l'asthme et des allergies, il convient de développer des actions de réduction des risques liés à l'exposition aux pollens et d'animer, dans les régions concernées, la politique de la lutte contre l'ambroisie (action 22).

Une mise en commun des données environnementales et sanitaires peut permettre d'identifier des populations soumises à des surexpositions ou à des risques spécifiques.

A l'échelon national, un bilan consolidé, reprenant les données régionales disponibles et l'ensemble des résultats intermédiaires des actions menées à l'échelon central, est planifié à mi parcours, avant la fin de l'année 2012. A cet échelon, le ministère chargé de la santé assure le pilotage direct ou interministériel de plusieurs des mesures du plan et est impliqué comme copilote des actions concernant

- l'information sur la qualité de l'air intérieur ;
- la réduction des expositions à l'amiante ;
- la réduction de l'exposition des enfants, des femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances les plus dangereuses ;
- la gestion des risques liés aux substances reprotoxiques et aux perturbateurs endocriniens ;
- le renforcement de la lutte contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus liés à l'écoute de musique amplifiée ;
- la prévention des allergies d'origine environnementale ;
- la protection des ressources en eau potable ;
- la maîtrise de la qualité sanitaire de l'eau distribuée ;
- la réhabilitation des zones contaminées outre mer (mercure en Guyane, …) ;
- l'amélioration du dispositif d'alerte face aux risques émergents ;
- le lancement d'une enquête de biosurveillance humaine ;
- l'organisation de l'information et de la concertation sur les ondes électromagnétiques ;
- l'amélioration de la connaissance des risques liés aux rejets de médicaments dans l'environnement ;
- la rationalisation des conditions d'expertise scientifique en appui aux décisions de politiques publiques.

ANNEXE 5 : Décisions administratives relevant de la compétence du Directeur général de l'ARS en santé environnementale

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

PREMIERE PARTIE : PROTECTION GENERALE DE LA SANTE	
Livre III : Protection de la santé et environnement	
Article	**Décision administrative relevant de la compétence du Directeur général de l'ARS**
Eaux potables	
L.1321-5	Contrôle sanitaire des eaux exercé par le Directeur général (DG) de l'ARS, personne responsable du marché.
L.1321-9	Transmission au préfet par le DG de l'ARS des résultats des analyses du contrôle sanitaire.
Salubrité des immeubles et des agglomérations	
L.1331-17	Enquête par le DG de l'ARS sur les conditions sanitaires de la commune et communication des résultats au préfet.
L.1331-26	Rapport motivé du DG de l'ARS au préfet lorsqu'un immeuble constitue un danger pour la santé des occupants ou des voisins.
Piscines et baignades	
L.1332-4	Rapport du DG de l'ARS au préfet en cas d'inobservation des dispositions prévues par la réglementation.
L.1332-5	L'évaluation de la qualité et le classement de l'eau de baignade sont effectués par le DG de l'ARS à partir des analyses réalisées [en application du présent chapitre], notamment au titre du contrôle sanitaire. Le DG de l'agence transmet les résultats du classement au représentant de l'Etat dans le département, qui les notifie à la personne responsable de l'eau et au maire.
L.1332-7	Détermination par décret du contrôle sanitaire exercé par l'ARS et transmission par le DG de l'ARS au préfet des renseignements fournis par la personne responsable d'une eau de baignade.
Lutte contre la présence de plomb ou d'amiante	
L.1334-1	Désignation par le DG de l'ARS du médecin de l'ARS, en cas de saturnisme. Convention entre le DG de l'ARS et le président du Conseil général. Information du préfet par le DG de l'ARS en cas de saturnisme. Enquête sur l'origine de l'intoxication par le DG de l'ARS. Réalisation d'un diagnostic par le DG de l'ARS portant sur les revêtements des immeubles. Le DG de l'ARS prend toutes mesures nécessaires à l'information des professionnels de santé concernés et des familles. Il incite ces dernières à adresser leurs enfants mineurs en consultation auprès d'un médecin. Il invite la personne dont dépend la source d'exposition au plomb identifiée par l'enquête, à prendre les mesures appropriées pour réduire ce risque. Le DG de l'ARS peut également faire réaliser ce diagnostic lorsqu'il a été directement informé du risque d'exposition. Le DG de l'ARS peut agréer des opérateurs pour réaliser les diagnostics et contrôles prévus [au présent chapitre].
L.1334-10	Les constats établis en application des articles L. 1334-8 et L. 1334-8-1 sont communiqués, à leur demande, au DG de l'ARS. L'auteur du constat transmet immédiatement une copie de ce document au DG de l'ARS, qui en informe le préfet.
L.1334-11	Sur proposition du DG de l'ARS, le préfet peut prescrire toutes mesures conservatoires.
L.1334-17	Détermination par décret en Conseil d'Etat des conditions dans lesquelles les organismes réalisant les repérages et les opérations de contrôle communiquent au DG de l'ARS, à sa demande, les informations nécessaires à l'exercice des missions prévues au 1° de l'article L. 1431-2 et à l'article L. 1435.
Plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement	
R.1310-1	Le préfet de région arrête les dispositions nécessaires à la mise en œuvre du plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement, après examen des propositions concertées du DG de l'ARS et du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement. Pour ce qui relève des compétences de l'ARS définies aux articles L. 1431-1 et L. 1431-2, le projet arrêté par le préfet de région reprend les actions définies par le DG de l'ARS.

Tatouage par effraction cutanée et perçage corporel	
R.1311-2	Les personnes qui mettent en œuvre les techniques citées à l'article R. 1311-1 déclarent cette activité auprès du DG de l'ARS compétent pour le lieu d'exercice de cette activité. La cessation de cette activité est déclarée auprès de la même autorité. Les modalités de ces déclarations sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.
R.1311-3	Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les catégories d'établissements et les organismes habilités par le DG de l'ARS à délivrer cette formation, ainsi que le contenu de celle-ci et les diplômes acceptés en équivalence.
Dispositions pénales	
R.1312-2	Les agents mentionnés à l'article R. 1312-1 sont habilités par arrêté nominatif des autorités suivantes : 2° Le DG de l'ARS pour les agents placés sous son autorité ;
Eaux potables	
R.1321-6	Désignation par le DG de l'ARS de l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique pour l'étude du dossier portant sur les disponibilités en eau, sur les mesures de protection à mettre en œuvre et sur la définition des périmètres de protection.
R.1321-7	Etablissement d'un rapport de synthèse par le DG de l'ARS.
R.1321-9	Etablissement d'un rapport du DG de l'ARS sur le fait que l'utilisation de l'eau ne constitue pas un danger pour la santé des personnes, à titre exceptionnel, en cas d'autorisation temporaire d'utilisation d'eau en vue de la consommation humaine.
R.1321-10	Le DG de l'ARS fait effectuer, aux frais du titulaire de l'autorisation et dans le délai de deux mois après avoir été saisi, des analyses de vérification de la qualité de l'eau produite.
R.1321-12	Proposition du DG de l'ARS de prendre un arrêté modificatif de l'arrêté d'autorisation, s'il estime que le maintien de certaines dispositions n'est plus justifié ou que des prescriptions complémentaires s'imposent afin d'assurer la sécurité sanitaire de l'eau distribuée.
R.1321-14	Agrément par le DG de l'ARS des hydrogéologues en matière d'hygiène publique pour émettre des avis.
R.1321-15	Le contrôle sanitaire est exercé par l'ARS. Les lieux de prélèvement sont déterminés par décision du DG de l'ARS.
R.1321-16	Le programme d'analyses des échantillons d'eau prélevés dans les installations de production et de distribution peut être modifié par le DG de l'ARS.
R.1321-17	Le DG de l'ARS peut, à son initiative ou à la demande du préfet, faire effectuer à la charge de la personne responsable de la production ou de la distribution d'eau des analyses complémentaires.
R.1321-18	Pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, le DG de l'ARS peut faire réaliser des analyses complémentaires, à la charge du ou des propriétaires, lorsque leurs installations de distribution peuvent être à l'origine d'une non-conformité aux limites de qualité.
R.1321-22	Le DG de l'ARS transmet au préfet et à la personne responsable de la production, de la distribution ou du conditionnement d'eau, les résultats des analyses, avec ses observations.
R.1321-24	Les résultats des analyses de surveillance sont transmis au minimum une fois par mois au DG de l'ARS qui les communique au préfet avec ses observations.
R.1321-25	La personne responsable de la production ou de la distribution d'eau tient à la disposition du DG de l'ARS les résultats de la surveillance de la qualité des eaux ainsi que toute information en relation avec cette qualité. Elle porte à sa connaissance tout incident pouvant avoir des conséquences pour la santé publique. La personne responsable de la production ou de la distribution d'eau adresse chaque année au DG de l'ARS, pour les installations de production et les unités de distribution d'eau desservant une population de plus de 3 500 habitants, un bilan de fonctionnement du système de production et de distribution, comprenant notamment le programme de surveillance défini à l'article R. 1321-23 et les travaux réalisés et indique, pour l'année suivante, les éventuelles modifications apportées à ce programme de surveillance. Le DG de l'ARS transmet ce bilan au préfet avec ses observations.
R.1321-26	Le DG de l'ARS transmet l'information au préfet territorialement compétent en cas de non respect des limites de qualité.
R.1321-27	Le DG de l'ARS transmet l'information au préfet territorialement compétent lorsque des mesures correctives nécessaires ont été prises afin de rétablir la qualité de l'eau.
R.1321-28	Lorsque les références de qualité ne sont pas satisfaites et que le préfet, sur le rapport du DG de l'ARS, estime que la distribution présente un risque pour la santé des personnes, il demande à la personne responsable de la production ou de la distribution d'eau de prendre des mesures correctives pour rétablir la qualité des eaux. Elle informe le maire et le DG de l'ARS, qui

	transmet cette information au préfet territorialement compétent de l'application effective des mesures prises.
R.1321-29	Rapport du DG de l'ARS, lorsqu'il estime, que la distribution de l'eau constitue un risque pour la santé des personnes. Il demande à la personne responsable de la production ou de la distribution d'eau, en tenant compte des risques que leur ferait courir une interruption de la distribution ou une restriction dans l'utilisation des eaux destinées à la consommation humaine, de restreindre, voire d'interrompre la distribution ou de prendre toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé des personnes. La personne responsable de la production ou de la distribution d'eau informe le maire et le DG de l'ARS, qui transmet cette information au préfet territorialement compétent de l'application effective des mesures prises.
R.1321-31	Rapport du DG de l'ARS en cas de demande de dérogation aux limites de qualité. Le rapport du DG de l'ARS établit que l'utilisation de l'eau ne constitue pas un danger potentiel pour la santé des personnes.
R.1321-32	Rapport du DG de l'ARS en cas de première demande de dérogation.
R.1321-33	Rapport du DG de l'ARS en cas de deuxième demande de dérogation.
R.1321-35	A l'issue de chaque période dérogatoire, communication par le DG de l'ARS au préfet avec ses observations du bilan de situation portant sur les travaux engagés et sur les résultats du programme de surveillance et de contrôle mis en œuvre pendant la durée de la dérogation.
R.1321-36	Elaboration de conseils par le DG de l'ARS aux groupes de population spécifiques pour lesquels la dérogation pourrait présenter un risque particulier.
R.1321-40	Vérification par le DG de l'ARS que la décision n'aura pas de conséquences contraires à la santé des personnes, en cas de dérogation aux limites de qualité pour des circonstances exceptionnelles.
R.1321-47	Le préfet veille néanmoins à ce que des mesures appropriées soient prises pour réduire ou éliminer ce risque en s'assurant avec le concours du DG de l'ARS que : -les propriétaires des installations mentionnées au 3° de l'article R. 1321-43 sont informés des mesures correctives éventuelles qu'ils pourraient prendre ; -les consommateurs concernés sont dûment informés et conseillés au sujet d'éventuelles mesures correctives supplémentaires qu'ils devraient prendre.
R.1321-56	Le DG de l'ARS est tenu informé par la personne responsable de la production ou de la distribution d'eau des opérations de désinfection réalisées en cours d'exploitation sur les réseaux et installations.
D.1321-103	Les données relatives à la qualité de l'eau distribuée comprennent notamment : -les résultats de l'analyse des prélèvements prévus aux articles R. 1321-15 à R. 1321-22 et leur interprétation sanitaire faite par le DG de l'ARS ; -les synthèses commentées que peut établir le DG de l'ARS, sous la forme de bilans sanitaires de la situation pour une période déterminée.
D.1321-104	une note de synthèse annuelle du DG de l'ARS sur les données relatives à la qualité des eaux distribuées, transmise par le préfet, est publiée par le maire au recueil des actes administratifs prévu à l'article R. 2121-10 du code général des collectivités territoriales, dans les communes de 3 500 habitants et plus.
Eaux minérales naturelles	
R.1322-5	Désignation par le DG de l'ARS de l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique pour l'étude du dossier.
R.1322-6	Etablissement d'un rapport de synthèse par le DG de l'ARS, sur la demande d'exploitation d'une source d'eau minérale naturelle.
R.1322-7	L'Académie nationale de médecine se prononce dans le délai de quatre mois à compter de la réception du dossier. Le ministre chargé de la santé transmet immédiatement son avis au préfet et au DG de l'ARS.
R.1322-14	Proposition du DG de l'ARS de prendre un arrêté modificatif de l'arrêté d'autorisation, s'il estime que le maintien de certaines dispositions n'est plus justifié ou que des prescriptions complémentaires s'imposent afin d'assurer la sécurité sanitaire de l'eau distribuée.
R.1322-17	Désignation par le DG de l'ARS de l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique pour l'étude du dossier de demande d'assignation d'un périmètre de protection.
R.1322-20	Le préfet confie au DG de l'ARS l'établissement d'un rapport de synthèse sur la demande et sur les résultats de l'enquête, accompagné de propositions motivées sur la suite à donner à la demande, et les soumet pour avis au conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques des départements concernés.

R.1322-24	Etablissement d'un rapport de synthèse par le DG de l'ARS sur la demande d'autorisation préalable de travaux dans le périmètre de protection.
R.1322-25	Désignation par le DG de l'ARS de l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique consulté sur les risques d'altération ou de diminution de la source.
R.1322-30	L'exploitant transmet au DG de l'ARS un bilan synthétique annuel comprenant notamment un tableau des résultats d'analyses ainsi que toute information sur la qualité de l'eau minérale naturelle et sur le fonctionnement du système d'exploitation, notamment la surveillance, les travaux et les dysfonctionnements. Il indique également les modifications des procédures de surveillance, mentionnées à l'article R. 1322-29, prévues pour l'année suivante. Le DG transmet ce rapport au préfet avec ses observations.
R.1322-40	Le contrôle sanitaire est exercé par le DG de l'ARS.
R.1322-41	Les lieux de prélèvement des échantillons sont déterminés par décision du DG de l'ARS.
R.1322-42	Proposition du DG de l'ARS au préfet pour des analyses supplémentaires.
R.1322-44	Les résultats de ces analyses de surveillance sont transmis au DG de l'ARS qui les communique au préfet avec ses observations.
R.1322-44-1	L'exploitant porte immédiatement à la connaissance du DG de l'ARS, qui en informe aussitôt le préfe, tout incident pouvant avoir des conséquences pour la santé publique.
R.1322-44-2	La vérification de la qualité de l'eau réalisée par l'ARS, dans le cadre des dispositions prévues à l'article R. 1322-40, comporte un programme d'analyse du contrôle sanitaire de l'eau minérale naturelle.
R.1322-44-4	Les laboratoires agréés adressent les résultats des analyses auxquelles ils procèdent au DG de l'ARS et à l'exploitant. Le DG de l'ARS transmet au préfet une synthèse de ces résultats.
R.1322-44-6	Lorsque les limites de qualité de l'eau minérale naturelle fixées par l'arrêté ne sont pas respectées, l'exploitant est tenu : 1° D'en informer immédiatement le DG de l'ARS qui transmet l'information au préfet ; 4° D'informer le DG de l'ARS des mesures prises pour supprimer la cause du dépassement des limites de qualité. Le DG transmet ces informations au préfet avec ses observations.
R.1322-44-8	Rapport du DG de l'ARS lorsque l'exploitation ou l'usage de l'eau constitue un danger pour la santé des personnes.
R.1322-51	A l'issue de la saison des eaux, l'exploitant d'un établissement d'eaux minérales transmet au DG de l'ARS un état indiquant le nombre des personnes qui ont fréquenté l'établissement, ainsi que les renseignements statistiques. Cet état est adressé par le DG de l'ARS au préfet et au ministre chargé de la santé.
Piscines et Baignades	
D.1332-4	Toute utilisation d'eau d'une autre origine doit faire l'objet d'une autorisation prise par arrêté préfectoral sur proposition du DG de l'ARS après avis du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques.
D.1332-13	Le préfet, sur le rapport du DG de l'ARS, peut interdire ou limiter l'utilisation de l'établissement ou de la partie concernée de celui-ci.
D.1332-18	La liste des eaux de baignade ainsi que toute modification de cette liste par rapport à l'année précédente, accompagnée de sa motivation, les informations mentionnées à l'article D. 1332-17 ainsi que la synthèse des observations du public sont communiquées par la commune au préfet et au DG de l'ARS au plus tard le 31 janvier de chaque année.
D.1332-21	Le maire transmet au DG de l'ARS l'ensemble des profils et des documents de synthèse relatifs aux eaux de baignade de sa commune, élaborés par les personnes responsables d'eaux de baignade. Le DG de l'ARS peut demander communication de toute autre information nécessaire, notamment en cas de risque de pollution particulier.
D.1332-22	Les mises à jour et les révisions des profils, prévues au présent article sont transmises au maire et au DG de l'ARS.
D.1332-23	La personne responsable de l'eau de baignade transmet le programme de surveillance et la localisation des points de prélèvements au maire, afin qu'il en informe le DG de l'ARS, au moins deux mois avant le début de la saison balnéaire.
D.1332-24	Les résultats sont transmis par le laboratoire à la personne responsable de l'eau de baignade, au maire et au DG de l'ARS dans les plus brefs délais. Les prélèvements peuvent également être réalisés par les agents de l'ARS.
D.1332-25	La personne responsable d'une eau de baignade informe le maire et le DG de l'ARS dès qu'elle a connaissance de situations ayant ou pouvant avoir une incidence négative sur la qualité d'une eau de baignade et sur la santé des baigneurs. Elle transmet au maire et au DG de l'ARS des informations générales sur les conditions susceptibles de conduire à une pollution à court terme.

	La personne responsable de l'eau de baignade signale également, dans les meilleurs délais, au maire et au DG de l'ARS toute situation anormale. Le DG de l'ARS transmet au préfet les informations qu'il reçoit en application du présent article, accompagnées de ses observations.
D.1332-27	A l'issue de chaque saison balnéaire, le DG de l'ARS évalue la qualité de chaque eau de baignade sur la base de l'ensemble des données relatives à la qualité de l'eau recueillies pendant la saison balnéaire de l'année en cours et les trois saisons balnéaires précédentes. A la suite de l'évaluation de la qualité de chaque eau de baignade et en considérant les mesures de gestion prises au cours de la période concernée, le DG de l'ARS classe les eaux de baignade comme étant, selon le cas, de qualité : " insuffisante ", " suffisante ", " bonne " ou " excellente ".
D.1332-28	La personne responsable d'une eau de baignade prend les mesures appropriées, réalistes et proportionnées pour que l'eau de baignade soit au moins de qualité suffisante et porte l'ensemble de ces mesures à la connaissance du DG de l'ARS.
D.1332-29	La personne responsable d'une eau de baignade classée comme étant de qualité " insuffisante " est tenue : b) De transmettre au maire et au DG de l'ARS les informations sur les sources de pollution et les mesures prises en vue de prévenir l'exposition des baigneurs à la pollution et d'éviter, réduire et éliminer les sources de pollution ;
D.1332-30	La personne responsable d'une eau de baignade informe le maire de la décision de fermeture de son site de baignade ainsi que de la durée et des motifs de cette décision. Ce dernier les communique au préfet aux fins de modification de la liste des eaux de baignade prévue à l'article D. 1332-17, ainsi qu'au DG de l'ARS.
D.1332-31	Le DG de l'ARS transmet au préfet les informations qu'il reçoit en application de ces articles, accompagnées de ses observations.
D.1332-33	Le DG de l'ARS diffuse les informations prévues à l'article D. 1332-32 ainsi que les informations suivantes par les moyens de communication et les technologies appropriés, y compris l'internet, si nécessaire en plusieurs langues : -la liste recensant les eaux de baignade du département mentionnée à l'article D. 1332-19, qui doit être disponible chaque année avant le début de la saison balnéaire ; -le classement de chaque eau de baignade au cours des trois dernières années, son profil et les résultats des prélèvements, analyses et contrôles prévus à l'article D. 1332-23 ; -les informations prévues aux articles D. 1332-25 et D. 1332-2932. Le DG de l'ARS veille à une diffusion, dans les meilleurs délais, de toute mise à jour des informations énumérées au présent article.
D.1332-36	Le contrôle exercé par le DG de l'ARS, qui en informe le préfet, comprend notamment : 1° La vérification de la réalisation de la surveillance de l'eau de baignade, conformément au programme de surveillance ; 2° L'interprétation sanitaire des résultats d'analyses ; 3° La vérification que les mesures de gestion adéquates sont prises par la personne responsable de l'eau de baignade et le maire, notamment l'interdiction de baignade et l'information du public ; 4° La prescription, si nécessaire, de la réalisation de prélèvements et d'analyses complémentaires, en cas de pollution ou de risque sanitaire ; 5° L'inspection des eaux de baignade, y compris la réalisation de prélèvements et d'analyses de contrôle selon les méthodes fixées par l'arrêté prévu à l'article D. 1332-24.
D.1332-38	Le DG de l'ARS adresse chaque année avant le 15 octobre au ministre chargé de la santé, aux fins de rapport à la Commission européenne, les résultats de la surveillance, l'évaluation de la qualité des eaux de baignade de son ressort ainsi qu'une description des mesures de gestion qui ont été prises.
Rayonnements ionisants	
L.1333-3	Les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'Autorité de sûreté nucléaire et au directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice de l'application de l'article L. 5212-2. Le DG de l'ARS informe le représentant de l'Etat territorialement compétent dans les conditions prévues à l'article L. 1435-1 ».
L.1333-17	Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 qui n'ont pas la qualité d'inspecteur de la radioprotection et les agents mentionnés à l'article L. 1435-7 peuvent procéder, dans les conditions fixées au chapitre Ier du titre II du livre IV de la présente partie, au contrôle de

	l'application des dispositions de l'article L. 1333-10 relatives à la protection contre le risque d'exposition au radon. Ils informent l'Autorité de sûreté nucléaire des résultats de leurs contrôles.
R.1333-91	Pour apprécier la situation et son évolution à long terme et mettre en place les mesures énoncées à l'article R. 1333-90, le préfet bénéficie des moyens d'évaluation mis à sa disposition par les départements ministériels compétents et les organismes d'expertise placés sous leur tutelle, par l'agence régionale de santé et par l'Autorité de sûreté nucléaire. Ceux-ci lui fournissent toutes informations et avis utiles, notamment les informations concernant la répartition dans le temps et dans l'espace des substances radioactives dispersées et les expositions aux rayonnements ionisants en résultant pour les populations et les personnes susceptibles d'intervenir.
R.1333-109	Dans le cas d'exposition de patients aux rayonnements ionisants à des fins médicales, les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de ces patients, ayant connaissance d'un incident ou d'un accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'Autorité de sûreté nucléaire et au directeur de l'agence régionale de santé territorialement compétente. Le DG de l'ARS en informe immédiatement le préfet dans les conditions prévues à l'article L. 1435-1.
R.1333-110	L'article R. 1333-110 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque la perte ou le vol concerne un établissement de santé ou un organisme responsable d'un service de santé, la déclaration doit en outre être adressée au DG de l'ARS. »
R.1333-96	Cette recommandation est adressée par le chef d'établissement à l'inspecteur du travail, à l'Autorité de sûreté nucléaire, au préfet et, pour les établissements de santé et les organismes responsables de services de santé, au DG de l'ARS. Le chef d'établissement précise les mesures qu'il compte prendre pour remédier à cette non-conformité.
Lutte contre la présence de plomb ou d'amiante et contre les nuisances sonores	
R.1334-2	Le médecin ayant reçu le signalement d'un cas de saturnisme chez une personne mineure communique au DG de l'ARS, les informations nécessaires permettant de procéder à l'enquête environnementale prévue à l'article L. 1334-1.
R.1334-9	L'agrément mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1334-1 pour les activités de diagnostic et de contrôle est délivré par le DG de l'ARS, au vu des compétences du demandeur en matière d'utilisation des appareils de mesure du plomb dans les revêtements et de techniques de prélèvement des écailles et poussières.
R.1334-10	Lorsque l'auteur du constat transmet une copie du constat au DG de l'ARS en application de l'article L. 1334-10, il en informe le propriétaire, le syndicat des copropriétaires ou l'exploitant du local d'hébergement.
Déchets	
R.1335-13	Les personnes mentionnées à l'article R. 1335-2 tiennent à la disposition des agents de contrôle compétents, notamment des agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7, la convention et les documents de suivi mentionnés aux articles R. 1335-3 et R. 1335-4.
Lutte antivectorielle	
R.3114-9	Descriptions des mesures susceptibles d'être prises en application de l'article L.3114-5, dont certaines relèvent directement de l'ARS

CODE DE L'ENVIRONNEMENT

Livre Ier : Dispositions communes	
Titre II : Information et participation des citoyens	
Chapitre II : Evaluation environnementale	
Article	**Décision administrative relevant de la compétence du Directeur général de l'ARS**
L.122-3 R. 122-1-1	« Pour l'élaboration de leur avis, ces autorités consultent en outre le ministre chargé de la santé dans les cas mentionnés aux I et II ou le directeur général de l'agence régionale de santé, dans les cas mentionnés au III. La consultation est réputée réalisée en l'absence de réponse dans le délai d'un mois à compter de la réception par le ministre ou l'agence de la demande de l'autorité compétente en matière d'environnement ; en cas d'urgence, cette autorité peut réduire ce délai sans que celui-ci puisse être inférieur à 10 jours ouvrés. »
R. 122-19	« V. - Lorsque les aménagements qui font l'objet des plans, schémas, programmes et documents de planification cités au I sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé, les autorités compétentes en matière d'environnement consultent le ministre chargé de la santé dans les cas mentionnés aux 1° du II ou le directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.

	La consultation est réputée réalisée en l'absence de réponse dans le délai d'un mois à compter de la réception par le ministre ou l'agence de la demande de l'autorité compétente ; en cas d'urgence, cette autorité peut réduire ce délai sans que celui-ci puisse être inférieur à 10 jours ouvrés. »
Chapitre V : Autres modes d'information	
D. 125-30	Concernant la composition du Comité local d'information et de concertation, il est prévu que : « IX. - Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant siège au comité. »
Livre II : Milieux physiques	
Titre Ier : Eau et milieux aquatiques	
Chapitre IV: Activités, installations et usage	
L.214-3 R. 214-10	L'article L. 214-3 est relatif à la protection des eaux et milieux aquatiques (régime d'autorisation). Le dossier de demande d'exploiter une installation, un ouvrage, des travaux ou une activité soumise à autorisation est communiqué pour avis « 6° Au directeur général de chacune des agences régionales de santé concernées. ». L'avis est réputé favorable s'il n'intervient pas dans un délai de quarante-cinq jours à compter de la transmission du dossier.
Titre II : Air et atmosphère	
Chapitre Ier : Surveillance de la qualité de l'air et information du public	
R. 221-4	Les organismes agréés de surveillance de la qualité de l'air mentionnés à l'article L. 221-3 informent la population sur la qualité de l'air constatée et prévisible dans leur zone de compétence, et diffusent éventuellement les recommandations sanitaires établies par le ministre chargé de la santé ou l'ARS.
R. 221-10	Dans le collège Etat de l'organe délibérant de l'organisme de surveillance de la qualité de l'air, doit siéger un représentant de l'ARS.
Livre V : Prévention des pollutions, des risques et des nuisances	
Titre Ier : Installations classées pour la protection de l'environnement	
Chapitre II : Installations soumises à autorisation, à enregistrement ou à déclaration	
L.512-2 R. 512-21	« Dès qu'il a saisi le président du tribunal administratif conformément à l'article R. 512-14, le préfet communique, pour avis, un exemplaire de la demande d'autorisation aux services déconcentrés de l'Etat (…), à l'agence régionale de santé (…) »
Chapitre V : Dispositions particulières à certaines installations	
R. 515-4-1	Après l'article R. 515-4, il est inséré un article R. 515-4-1 ainsi rédigé : Art. R. 515-4-1. - Pour l'examen des dispositions du schéma départemental des carrières susceptibles d'avoir un impact sur les mesures de protection de la santé de la population, notamment pour l'examen des parties du rapport mentionnées aux 4° et 6° du II de l'article R. 515-2, le DG de l'ARS ou son représentant siège à la commission [départementale de la nature, des paysages et des sites] avec voix consultative.
R. 515-17	Le préfet communique un exemplaire de la demande de prolongation de l'autorisation de stockage de déchets dangereux à l'ARS.
Livre V : Prévention des pollutions, des risques et des nuisances	
Titre IV : Déchets	
Chapitre II : Dispositions particulières à la gestion durable des matières et des déchets radioactifs	
R. 542-25	Le comité local d'information et de suivi prévu par l'article L. 542-13 comprend notamment le DG de l'ARS ou son représentant.
Titre VII : Prévention des nuisances sonores	
Chapitre I : Lutte contre le bruit	

L. 571-18	Les agents mentionnés au L. 1312-1 du code de la santé publique (agents de l'agence régionale de santé) sont chargés de procéder à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions relatives aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée ainsi qu'aux règles relatives à la lutte contre les bruits de voisinage.

CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

DEUXIEME PARTIE : LA COMMUNE	
LIVRE II : ADMINISTRATION ET SERVICES COMMUNAUX	
TITRE Ier : POLICE	
CHAPITRE III : Pouvoirs de police portant sur des objets particuliers	
Article	**Décision administrative relevant de la compétence du Directeur général de l'ARS**
R. 2213-1-3	« L'Institut national de la santé et de la recherche médicale est chargé de gérer la base constituée de l'ensemble des informations figurant sur les volets médicaux des certificats de décès qui lui sont transmis. (…) Les données à caractère personnel de cette base sont accessibles, dans des conditions préservant la protection des données : (…) Aux agents de l'agence régionale de santé désignés à cet effet par le directeur général ».
R. 2213-1-4	« (…) L'officier d'état civil conserve un exemplaire du volet administratif certificat de décès et transmet dans des conditions permettant de garantir la confidentialité et la protection des données : (…) 2° A l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, par l'intermédiaire de l'agence régionale de santé, dans le ressort de laquelle le décès a eu lieu, le volet médical clos, ainsi qu'un bulletin comprenant les informations mentionnées au 1°, à l'exclusion du nom et du prénom de la personne décédée. »
TITRE II : SERVICES COMMUNAUX	
CHAPITRE III : Cimetières et opérations funéraires	
D. 2223-109	(…) L'attestation de conformité de l'installation de crémation est délivrée au gestionnaire du crématorium par le DG de l'ARS pour une durée de six ans, au vu de ce rapport de visite. Le ou les fours de crémation font l'objet d'un contrôle tous les deux ans par un bureau de contrôle agréé par le ministre chargé de la santé. (...) Les résultats de ce contrôle sont adressés au directeur général de l'ARS (…) »
QUATRIEME PARTIE : LA REGION	
LIVRE IV : RÉGIONS À STATUT PARTICULIER ET COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE CORSE	
TITRE II : LA COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE CORSE	
CHAPITRE II : Organisation	
R. 4422-33	« Sont, en tant que de besoin, mis à disposition du président du conseil exécutif, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 4422-43 : (…) 3° Les parties de services de l'agence régionale de santé participant à l'instruction des demandes de classement touristique. »

ANNEXE 6 : Décisions administratives relevant de la compétence du préfet en santé environnementale

Code de la santé publique

PREMIERE PARTIE : PROTECTION GENERALE DE LA SANTE	
Livre III : Protection de la santé et environnement	
Article	**Décision administrative relevant de la compétence du préfet**
L.1311-4	Décision prescrivant, en cas d'urgence, l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règles générales d'hygiène prévues au chapitre Ier du livre III de la première partie (décret en Conseil d'Etat pris en application des dispositions de l'article L.1311-1 ou de celles du règlement sanitaire départemental qui demeurent en vigueur, notamment en matière d'habitat).
Eaux potables	
L.1321-2	Détermination des périmètres de protection dans l'acte portant déclaration d'utilité publique des travaux de prélèvement d'eau destinée à l'alimentation des collectivités humaines. Interdiction ou réglementation de certaines installations ou activités à l'intérieur des périmètres de protection lorsqu'elles sont susceptibles de nuire à la qualité des eaux.
L.1321-2-1	Déclaration d'utilité publique de périmètres de protection, à la demande de propriétaires privés, autour de points d'eau ne relevant pas d'une délégation de service public.
L.1321-4 II	Injonction au propriétaire ou à l'occupant de prendre toute mesure pour faire cesser le risque constaté du fait d'une installation d'eau intérieure à l'habitation, non conforme aux règles d'hygiène.
L.1321-5	Demande d'analyses complémentaires à celles du contrôle sanitaire des eaux *exercé par le DG de l'ARS.*
L.1321-7 I R.1321-6 R. 1321-7 I R.1321-8	Autorisation d'utilisation d'eau destinée à la consommation humaine (après avis d'un hydrogéologue agréé *par le DG de l'ARS,* puis avis du CODERST saisi d'un rapport *établi par le DG de l'ARS* et d'un projet d'arrêté motivé). La décision indique la localisation des captages, les conditions d'exploitation, les mesures de protection y compris les périmètres, les produits et procédés de traitement, la mise en œuvre de la surveillance.
L.1321-9	Communication régulière aux maires des données *(transmises par le DG ARS)* relatives à la qualité de l'eau distribuée.
R.1321-7 II	Transmission du dossier au ministre en cas de risque ou de situation exceptionnels.
R.1321-9	Autorisation temporaire en cas de situations exceptionnelles (*rapport du DG de l'ARS sur l'absence de danger*) ; définition des modalités de suivi.

Article	**Décision administrative relevant de la compétence du préfet**
R.1321-10	Autorisation de mise en service de la distribution d'eau au public *sur la base des analyses d'eau demandées par le DG de l'ARS.*
R. 1321-11	Décision à la suite de la déclaration d'un projet de modification (arrêté modificatif ou révision de l'autorisation initiale).
R1321-12	Arrêtés modificatifs des décisions d'autorisation *sur proposition du DG de l'ARS.* Le cas échéant, prescription préalable motivée de la production de bilans de fonctionnements supplémentaires.
R1321-16	Modification possible du programme d'analyses du contrôle sanitaire *exercé par le DG de l'ARS.*
R1321-18	Demande d'analyses complémentaires en cas de non conformités des eaux.
R.1321-22	Mise à disposition des maires, des présidents d'établissements publics de coopération intercommunale et des syndicats mixtes des résultats des analyses réalisées dans le cadre du contrôle sanitaire effectué par l'ARS.
R1321-23	Communication au DGS de l'ARS de l'étude de vulnérabilité des installations de production et de distribution d'eau de plus de 10 000 habitants établie par la personne responsable.

R.1321-24	Définition, après avis du CODERST, des conditions de prise en compte de la surveillance assurée par la personne responsable de la production ou de la distribution de l'eau.
R.1321-28	Demande à la personne responsable de prendre les mesures correctives nécessaires pour rétablir la qualité de l'eau lorsque la distribution de l'eau présente un risque pour la santé des personnes *sur le rapport du DG de l'ARS.*
R1321-29	Restriction de consommation ou interruption de consommation *sur le rapport du DG de l'ARS.*
R.1321-31 à 36	Dérogation aux limites de qualité portant sur les paramètres chimiques sous certaines conditions, *sur rapport du DG de l'ARS* et fixation du délai imparti pour corriger la situation.
R.1321-40	Dérogation aux limites de qualité en cas d'inondations ou de catastrophes naturelles, *après vérification par l'ARS de l'absence de conséquence contraires à la santé.*
R. 1321-47	Demande au DG de l'ARS de limiter les risques de non conformités des eaux.
R.1321-56	Demande de réduction de la fréquence de vidange, de nettoyage, de rinçage et de désinfection des réservoirs d'eau potable.
R.1321-57	Demande de dérogation d'alimenter des réseaux intérieurs d'eau destinée à la consommation humaine par une eau issue d'une ressource non autorisée au titre de l'article L.1321-7.
D.1321-104	Transmission aux maires des notes de synthèses annuelles du DG-ARS sur les données relatives à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.
Eaux conditionnées	
R. 1321-96	Autorisation d'importation d'eaux conditionnées *sur proposition du DG de l'ARS.*
Eaux minérales naturelles	
L.1322-1 R.1322-6 R.1322-8	Reconnaissance et autorisation d'exploiter une source d'eau minérale naturelle, de conditionner l'eau, de l'utiliser à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal et de la distribuer en buvette publique (avis d'un hydrogéologue agréé, du CODERST *à partir d'un rapport établi par le DG de l'ARS* et, pour l'utilisation thérapeutique, de l'Académie de médecine). L'arrêté indique notamment les conditions d'exploitation, les mesures de protection, y compris les périmètres sanitaires, les produits et procédés de traitement, les modalités de surveillance.
Article	**Décision administrative relevant de la compétence du préfet**
L.1322-3 R.1322-17 et 18	Déclaration d'intérêt public d'une source d'eau minérale naturelle et détermination de son périmètre de protection *sur rapport du DG de l'ARS.*
L.1322-4	Autorisation de sondages ou de travaux souterrains dans le périmètre de protection d'une source d'eau minérale naturelle.
L1322-5	Interdiction de travaux si le résultat est d'altérer ou de diminuer une source d'eau minérale naturelle.
L.1322-6	Suspension provisoire de travaux ou d'activités de nature à altérer une source d'eau minérale naturelle
L.1322-10	Autorisation d'occupation d'un terrain compris dans un périmètre de protection pour l'exécution de travaux.
R.1322-9	Autorisation de distribuer l'eau au public après vérification de sa qualité. (*rapport du DG de l'ARS*).
R. 1322-12	Décision à la suite de la déclaration d'un projet de modification (arrêté modificatif ou révision de l'autorisation initiale).
R. 1322-13	Arrêté accordant une autorisation provisoire.
R.1322-14	Arrêtés modificatifs de l'autorisation ; décisions motivées prescrivant préalablement des bilans de fonctionnement supplémentaires.
R. 1322-24	Consulte le CODERST *sur la base d'un rapport du DG de l'ARS.*
R.1322-44-8	Lorsque la qualité de l'eau n'est pas respectée, le préfet demande à l'exploitant de prendre toute mesure pour protéger la santé des personnes ou interrompre l'exploitation, sur la base *d'un rapport du DG de l'ARS.*
R. 1322-44-18 et 21	Autorisation d'importation d'eaux minérales naturelles *sur proposition du DG de l'ARS.*
Salubrité des immeubles et des agglomérations	
L.1331-1	Approbation de l'arrêté du maire accordant des prolongations de délais ou des exonérations à l'obligation de raccordement des immeubles aux réseaux publics de collecte (assainissement).
L.1331-1-1	Agrément des entreprises de vidange.

Habitat insalubre	
L 1331-22	Lorsqu'un local par nature impropre à l'habitation est mis à disposition aux fins d'habitation, le préfet met en demeure la personne qui a mis ces locaux à disposition de faire cesser l'occupation d'un local par nature.
L 1331-23	Lorsque des locaux sont sur occupés du fait du logeur, le préfet met en demeure le logeur de faire cesser la sur occupation.
L 1331-24	Lorsque des locaux sont dangereux en raison de l'utilisation qui en est faite, le préfet, après avis du CODERST, enjoint la personne qui a mis ces locaux à disposition, de réaliser des travaux et/ou d'interdire à l'habitation. Exécution d'office en cas de carence.
L 1331-25	Le préfet, après avis du CODERST déclare l'insalubrité de locaux à l'intérieur d'un périmètre qu'il définit.

Article	**Décision administrative relevant de la compétence du préfet**
L.1331-26, L.1331-26-1	Mise en demeure de faire cesser un danger lié à un habitat insalubre. Exécution d'office des mesures prescrites non exécutées.
L1331-27 à L.1331-30	Si le CODERST (*au vu du rapport du DG ARS*) conclut à l'impossibilité de remédier à l'insalubrité, le préfet prononce l'interdiction définitive d'habiter. Prescription des mesures adéquate lorsque le CODERST conclut à la possibilité de remédier Lorsqu'il a été remédié, prononciation de la fin de l'état d'insalubrité et mainlevée de l'interdiction d'habiter.
Piscines et baignades	
L1332-4	Interdiction d'une piscine ou d'une baignade lorsque les conditions d'aménagement ou de fonctionnement portent atteinte à la santé. Mise en demeure de satisfaire aux prescriptions prévues aux articles L.1332-1, L.1332-3, L.1332-7 et L.1332-8.
L.1332-5	Notification des résultats du classement à la personne responsable de l'eau et au maire.
D.1332-4	Autorisation d'utiliser pour une piscine une eau autre que celle du réseau de distribution publique, *sur proposition du DG de l'ARS.*
D.1332-12	Arrêté préfectoral fixant la nature et la fréquence des analyses de surveillance.
D.1332-13	Interdiction ou limitation d'utilisation d'un établissement lorsque les normes ne sont pas respectées, *sur rapport du DG de l'ARS.*
D. 1332-16	Mise en demeure du maire n'ayant pas respecté les modalités de recensement.
D.1332-18	Reconduction de la liste des eaux de baignades de la saison précédente en l'absence de transmission actualisée par la commune.
D.1332-21	Demande de communication de toutes informations nécessaires en cas de risque de pollution.
Plomb	
L.1334-1	Le représentant de l'Etat peut demander au directeur de service communal d'hygiène et de santé (SCHS), une enquête environnementale et une intervention quand un risque d'exposition est porté à sa connaissance : prescription de faire réaliser un diagnostic.
R.1334-3	Signalement de risque d'exposition transmis au préfet.
R. 1334-6	Injonction de travaux de retrait ou de recouvrement de plomb.
R. 1334-7	Le préfet fait établir un état des frais de réalisation des travaux –. Hébergement des occupants.

Article	**Décision administrative relevant de la compétence du préfet**

L.1334-4 L.1334-8-1 L.1334-10 et 11 R. 1334-13	Agrément des opérateurs pour réaliser les travaux (*pour les diagnostics,* l'*agrément relèvera du DG ARS*). Saisine du président du tribunal de grande instance (TGI), en cas de refus d'accès aux locaux pour les enquêtes, diagnostics, contrôles et travaux. Prescription au propriétaire bénéficiant de subventions de travaux pour sortie d'insalubrité de réaliser un constat de risque d'exposition au plomb dans les immeubles construits avant le 1er janvier 1949. Prescription de mesures conservatoires si des travaux entraînent un risque d'exposition au plomb pour les occupants d'un immeuble ou la population environnante.
Amiante	
L.1334-15 L.1334-16	Prescription au propriétaire ou à l'exploitant, en cas de présence d'amiante, de mettre en œuvre les mesures nécessaires ou de réaliser un expertise visant à déterminer les mesures nécessaires ou vérifier que les mesures prises sont adaptées. En cas d'urgence, faire réaliser aux frais du propriétaire ou de l'exploitant les repérages, diagnostics ou expertise prévus, et fixer un délai pour la réalisation de mesures conservatoires. Faire réaliser ces dernières d'office, si elles ne sont pas prises à l'expiration du délai.
R . 1334-19	Prorogations de délais des travaux de désamiantage.
Pollution atmosphérique et déchets	
L.1335-2-2	Interdire l'utilisation d'un système d'aéroréfrigération ne relevant pas de la législation sur les installations classées si les conditions d'aménagement ou de fonctionnement sont susceptibles d'entraîner un risque pour la santé publique.
Rayonnements non ionisants	
L.1333-21	Prescription de mesures de champs électromagnétiques par le préfet.
Lutte anti-vectorielle	
L.3114-5 R.3114_9	La définition des mesures de lutte nécessaires relève de la compétence de l'Etat.

CODE DE L'ENVIRONNEMENT

Livre V : Prévention des pollutions, des risques et des nuisances	
Titre VII : Prévention des nuisances sonores	
Chapitre I : Lutte contre le bruit	
R. 571-30	Le préfet, et à Paris le préfet de police, est l'autorité compétente visée à l'article L. 571-17 pour prendre les mesures administratives qui y sont prévues en cas d'infraction aux dispositions relatives aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée (articles R. 571-25 à R. 571-30 et R. 571-96 du code de l'environnement).

CODE DE LA CONSOMMATION

Livre II : Conformité et sécurité des produits et services	
Titre Ier : Conformité	
Chapitre V : Pouvoirs d'enquête	
L215-1	I.-Sont qualifiés pour procéder dans l'exercice de leurs fonctions à la recherche et à la constatation des infractions au présent livre : 4° Les agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique ayant

	la qualité de médecin ou de pharmacien ; 10° Les agents mentionnés à l'article L. 1312-1 du code de la santé publique.
L 215-2	Les agents des ARS sont également habilités à rechercher et à constater, dans les conditions prévues au présent livre, les infractions : 1° Aux dispositions réglementaires prises en application du II de l'article L. 231-1, des articles L. 231-5, L. 231-6, L. 236-1, L. 236-2 et L. 236-4 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception de celles relatives à la production primaire et de celles relatives aux abattoirs ; 2° Aux dispositions des règlements ci-dessous et des règlements communautaires qui les modifieraient ou seraient pris pour leur application : - règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 modifié établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires ; - règlement (CE) n° 852/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, à l'exception des dispositions applicables à la production primaire et aux abattoirs ; - règlement (CE) n° 853/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 modifié fixant les règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées alimentaires d'origine animale, à l'exception des dispositions applicables à la production primaire et aux abattoirs ; - règlement (CE) n° 882/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 modifié relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux à l'exception des dispositions applicables à la production primaire et aux abattoirs ; - règlement (CE) n° 183/2005 du Parlement européen et du Conseil du 12 janvier 2005 établissant des exigences en matière d'hygiène des aliments pour animaux à l'exception des dispositions applicables à la production primaire.
L218-1	Les agents mentionnés à l'article L. 215-1 peuvent pénétrer dans les lieux utilisés à des fins professionnelles et dans les lieux d'exécution d'une prestation de service, en présence de l'occupant des lieux ou de son représentant, pour y prélever des échantillons et recueillir auprès du professionnel, qui est tenu de les fournir, tous les éléments d'information permettant de déterminer les caractéristiques des produits ou des services ou d'apprécier le caractère dangereux ou non d'un produit ou d'un service. Les agents mentionnés au I de l'article L. 215-1 peuvent pénétrer dans ces lieux entre 8 heures et 20 heures et, en dehors de ces heures, lorsque sont en cours à l'intérieur des activités de production, de fabrication, de transformation, de conditionnement, de transport ou de commercialisation. Lorsque ces lieux sont à la fois à usage professionnel et à usage d'habitation, ces contrôles ne peuvent être effectués que de 8 heures à 20 heures et avec l'autorisation du juge des libertés et de la détention si l'occupant s'y oppose.
L218-1-1	Les agents mentionnés à l'article L. 215-1 sont habilités à procéder au contrôle de l'application des règlements mentionnés à l'article L. 215-2, dans les conditions prévues à cet article ; ils disposent à cet effet des pouvoirs d'enquête mentionnés à l'article L. 218-1.

ANNEXE 7 : Production d'avis sanitaires basés sur l'évaluation des risques pour la santé

Pour rappel : selon les dispositions de l'article L.1435-1 du code de la santé publique : « **Elle [l'ARS] fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.** ». Ces avis sont émis soit réglementairement, soit sur demande du gestionnaire. Les principales procédures impliquant réglementairement un avis de l'ARS sont les suivantes :

Avis de l'ARS dans le cadre de l'instruction administrative d'un dossier impliquant une étude d'impact ou une notice d'impact.	Article R. 122-1-1 du code de l'environnement : *« Pour l'élaboration de leur avis, ces autorités consultent en outre le ministre chargé de la santé dans les cas mentionnés aux I et II ou le directeur général de l'agence régionale de santé dans les cas mentionnés au III. La consultation est réputée réalisée en l'absence de réponse dans le délai d'un mois à compter de la réception par le ministre ou l'agence de la demande de l'autorité compétente en matière d'environnement ; en cas d'urgence, cette autorité peut réduire ce délai sans que celui-ci puisse être inférieur à dix jours ouvrés. »* Article R. 214-10 du code de l'environnement : *« Le dossier est également communiqué pour avis : […] 6° Au directeur général de chacune des agences régionales de santé concernées. L'avis est réputé favorable s'il n'intervient pas dans un délai de quarante-cinq jours à compter de la transmission du dossier. »*
Contribution à l'avis de l'autorité environnementale.	Article R. 121-15 du code de l'urbanisme : *« Dès réception des documents qui lui sont soumis, l'autorité environnementale consulte le ministre chargé de la santé pour les documents mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R. 121-14 ou le directeur général de l'agence régionale de santé pour les autres documents. Cette consultation est réputée réalisée en l'absence de réponse du directeur général de cette agence dans le délai d'un mois à compter de la réception par l'agence de la demande de l'autorité environnementale. En cas d'urgence, cette autorité peut réduire ce délai sans que celui-ci puisse être inférieur à dix jours ouvrés. «* Article R. 122-19 du code de l'environnement : *« V. - Lorsque les aménagements qui font l'objet des plans, schémas, programmes et documents de planification cités au I sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé, les autorités compétentes en matière d'environnement consultent le ministre chargé de la santé dans les cas mentionnés au 1° du II ou le directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas. La consultation est réputée réalisée en l'absence de réponse dans le délai d'un mois à compter de la réception par le ministre ou l'agence de la demande de l'autorité compétente ; en cas d'urgence, cette autorité peut réduire ce délai sans que celui-ci puisse être inférieur à dix jours ouvrés. »*

Ces avis concernent par exemple :
-les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) : carrières, dépôts, sites et sols pollués, … et les aménagements par exemple : infrastructures routières, ports, gazoducs, lignes électriques, antennes relais, éoliennes, installations de stockage de déchets inertes ;

-les études d’impact des projets déposés au titre de la loi sur l’eau dans les zones à enjeux sanitaires, les schémas directeurs d’aménagement et des gestion des eaux (SDAGE), les schémas d’aménagement et des gestion des eaux (SAGE), les contrats de rivière, les principes de gestion sanitaire des zones conchylicoles et des zones de pêche à pied de loisirs, la réutilisation des eaux usées à des fins agronomiques, susceptibles de conduire à des expositions de la population, les projets de station d’épuration d’eaux résiduaires, l’assainissement non collectif en zone sensible, … ;

-les schémas de cohérence territoriaux (SCOT), les plans locaux d’urbanisme (PLU) ou les cartes communales,... ;

-les plans départementaux relatifs à l’élimination des déchets ménagers et assimilés, le plan régional d’élimination des déchets dangereux, le plan régional des déchets de soins à risques infectieux, les déchets radioactifs, le plan ou schéma de la qualité de l’air du climat de l’air ou de l’énergie, …

PARTIE 2 : FICHES THEMATIQUES EN SANTE ENVIRONNEMENTALE

Les fiches ci-après rappellent par domaine d'action, **les orientations nationales et la justification sanitaire de l'action,** ainsi que **les bases législatives et réglementaires de l'activité.** Elles décrivent les **missions régaliennes et prioritaires**, les missions d'animation de l'action régionale, les missions d'instruction pour le compte du préfet le cas échéant, **les missions de prévention, de promotion de la santé, les missions de surveillance et d'observation, les missions de contrôle et d'inspection et les missions de gestion des situations à risque**. Elles sont assorties des indicateurs concernés du CPOM et mentionnent les enquêtes périodiques prévisibles.

L'implication des ARS doit être importante dans les domaines où :
-les engagements nationaux sont forts (rapportage périodique national ou pour la Commission européenne avec un risque de contentieux) ;
-il existe un système informatisé de recueil de données ;
-sont mentionnés des objectifs à atteindre et des indicateurs du CPOM.

Habitat

-Prévention du risque amiante

-Prévention du risque radon

-Lutte contre l'habitat insalubre

-Exposition au plomb- saturnisme

-Qualité de l'air intérieur

-Prévention des intoxications oxycarbonées

-Prévention des risques auditifs

Eaux

- Protection de la ressource en eau pour la production d'eau potable

- Eau du robinet –Alimentation en eau potable

- Prévention de la légionellose

- Eaux conditionnées

- Eaux thermales

- Eaux de baignade

- Eaux de piscine

- Usages domestiques d'eau non potable

- Eaux usées

- Systèmes d'information sur les eaux

Alimentation / nutrition

-Sécurité sanitaire des aliments

-Nutrition - Programme national nutrition santé – Plan obésité

Environnement extérieur

-Impact lié aux activités humaines présentes et futures

-Qualité de l'air extérieur

-Rayonnements non ionisants

-Déchets d'activités de soins à risques infectieux

-Impact sanitaire des installations nucléaires de base

-Sites contaminés par des substances radioactives

-Lutte anti-vectorielle

Règlement sanitaire international

-Mise en œuvre des dispositions du règlement sanitaire international

Fiche mission ARS

Domaine « santé – milieu de vie »

Prévention du risque amiante

Orientations nationales

Objectif national :

Prévenir et réduire les risques sanitaires liés à l'amiante dans les établissements recevant du public (ERP) et contrôler la mise en œuvre de la réglementation.

Justification sanitaire :

Les fibres d'amiante lorsqu'elles sont inhalées sont, compte tenu de leurs dimensions, de leur forme et de leur persistance, très difficiles à éliminer par l'organisme. Les études ont démontré que leur accumulation dans l'organisme était responsable de l'apparition de pathologies graves, notamment pulmonaires : des fibroses (asbestose), des plaques pleurales, des cancers broncho-pulmonaires et de la plèvre (mésothéliome). Le délai d'apparition de ces maladies est généralement très long (en moyenne 35 ans). En 1977, le Centre International de Recherche sur le Cancer a classé toutes les variétés d'amiante dans la catégorie 1 (cancérogènes avérés). Si le décret relatif à l'interdiction de l'amiante est entré en vigueur le 1er janvier 1997, de nombreux produits et matériaux contenant de l'amiante ont été utilisés dans le bâtiment et sont toujours en place aujourd'hui. Ainsi, de nombreuses personnes sont susceptibles d'être exposées à l'amiante dans les bâtiments et lorsque les matériaux et produits en place se dégradent, créant un risque par inhalation de fibres.

D'après le rapport d'activité 2008 du programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), il s'avère que globalement, sur l'ensemble de la période 1998-2006, le nombre moyen annuel de cas incidents de mésothéliome peut être estimé entre 535 et 645 chez les hommes et 152 à 210 chez les femmes. Les estimations sont complexes en raison de la multiplicité des facteurs de risques de cancer du poumon. Les estimations publiées par l'Institut de veille sanitaire, en 2003, chiffrent à un peu plus de 2200 les cancers du poumon attribuables à une exposition professionnelle à l'amiante chez l'homme en 1999.

L'incidence conjuguée des mésothéliomes et des cancers du poumon attribuables à l'amiante va augmenter au cours des années à venir, compte tenu du délai de latence (30 à 40 ans) entre l'exposition et l'apparition de la maladie, pour des personnes exposées jusqu'en 1997, date de l'interdiction généralisée de l'amiante. Les simulations faites dans les années 1990 estimaient la mortalité totale due à l'amiante à 100 000 décès d'ici à 2025.

Base législative et réglementaire :

Code de la santé publique :

- partie législative, livre 3, titre 3, chapitre IV, articles L.1334-12-1 à L.1334-17 ;
- partie réglementaire, livre 3, titre 3, chapitre IV, section 2 « exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis », articles R. 1334-14 à R. 1334-29, R. 1337-2 à R. 1337-5 et annexe 13-9.

Le dossier technique amiante (DTA) permet d'assurer le suivi des matériaux et produits contenant de l'amiante dans les bâtiments dont le permis de construire a été délivré avant 1997, et d'intégrer le risque dans la gestion courante du bâtiment (repérage, surveillance, travaux, information, etc.). Ce document doit être régulièrement actualisé par le propriétaire et mis à disposition.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Se référer au protocole Préfet/ARS

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Assurer l'information des propriétaires sur leurs obligations et sur l'utilité des DTA, en identifiant et en mobilisant les relais permettant une bonne diffusion de l'information.

Missions de surveillance et d'observation

Domaine non concerné

Missions de contrôle et d'inspection

- Disposer d'un bilan des contrôles déjà réalisés, que ce soit par les ARS ou par d'autres services ou opérateurs de l'Etat ;
- Participer aux travaux nationaux d'élaboration d'outils standardisés de contrôle et d'inspection ;
- Définir et conduire un programme de contrôle et d'inspection pluriannuel en fonction des résultats du bilan régional des contrôles déjà réalisés. L'objectif de ces programmes est de disposer d'une évaluation quantitative et qualitative de l'application de la réglementation ;
- Assurer des inspections non programmées en réponse à des signalements de situation potentiellement à risque pour la population environnante, quelle que soit la nature de l'établissement. Ces inspections, lorsqu'elles concernent des arrêts de chantiers, seront réalisées conjointement avec l'inspection du travail ;
- Lorsque les inspections sont menées dans un établissement recevant du public, pour un risque sanitaire autre que l'amiante (radon, légionelles, bruit…), le contrôle portera également sur l'amiante.

Gestion des situations à risque

- Mise en œuvre des procédures administratives et judiciaires adaptées aux situations rencontrées.

Indicateurs	Enquêtes périodiques prévisibles
Bilan régional • **Indicateur quantitatif** : • Pourcentage par catégorie d'établissements recevant du public (ERP) recensés contrôlés ou inspectés dans le cadre de la prévention des risques d'exposition à l'amiante annuellement ; • Pourcentage d'établissements sanitaires et médico-sociaux contrôlés ou inspectés annuellement ; • **Indicateur qualitatif** : • Distribution statistique des établissements par catégorie d'ERP en fonction de leur niveau d'application de la réglementation ; • Distribution statistique des établissements sanitaires et médico-sociaux en fonction de leur niveau d'application de la réglementation.	Eléments à transmettre annuellement à la DGS : • Nombre total de bâtiments contrôlés, nombre de DTA réalisés par rapport au nombre d'immeubles bâtis contrôlés, nombre de procès verbaux éventuellement dressés, éléments de description des résultats des inspections ; • Nombre et types de signalements gérés ; • Bilan pluriannuel régional en réponse à la demande de la DGS. (ajustement de la programmation pluriannuelle des inspections en fonction des résultats).

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Prévention du risque radon

Orientations nationales

Objectif national :
Réduire les risques sanitaires liés à la présence de radon dans les immeubles bâtis.

Justification sanitaire :
Le radon, gaz radioactif d'origine naturelle, se forme par désintégration des atomes issus de l'uranium présent dans certaines roches. Il migre ensuite à travers le sol et est susceptible de s'accumuler plus ou moins dans l'air intérieur des bâtiments, en fonction de certains paramètres comme le degré de confinement du bâtiment, la ventilation existante, … Les concentrations en radon peuvent être très élevées dans les espaces intérieurs où l'homme passe en moyenne 90% de son temps.

Le radon est un agent cancérogène humain certain. Selon les évaluations de risque publiées en 2007 par l'Institut de veille sanitaire (InVS), entre 1.200 et 2.900 décès par cancer du poumon seraient attribuables chaque année à l'exposition domestique au radon (soit entre 5 % et 12 % des décès par cancer du poumon en France). Ainsi, pour la population française, l'exposition au radon constitue, avec l'exposition médicale, la première source d'exposition aux rayonnements ionisants et le polluant de l'air intérieur dont l'impact sanitaire – hors tabac – est de loin le plus important.

Base législative et réglementaire :
- Article L. 1333-10 du code de la santé publique et articles R. 1333-15 et suivants.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Se référer au protocole Préfet/ARS

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Sensibiliser le public, les élus, les professionnels sur les risques sanitaires liés au radon, sur les nouveaux dispositifs réglementaires et sur les facteurs susceptibles d'affecter la qualité de l'air intérieur ;
- *Informer les exploitants des établissements recevant du public visés par la réglementation et situés dans les zones prioritaires pour la mesure du radon, de leurs obligations réglementaires vis à vis du radon.*

Missions de surveillance et d'observation

Domaine non concerné

Missions de contrôle et d'inspection

- Organiser des contrôles et /ou inspections dans les quatre types d'établissements visés par la réglementation situés dans les zones géographiques prioritaires (contrôles/inspections programmées et contrôle/ inspections réalisées en réponse à des signalements de dépassement de seuils sans réponse de l'établissement sur les mesures de gestion mises en œuvre).

Gestion des situations à risque

- *Suivre et faire réaliser les travaux de remédiation nécessaires quand les niveaux d'actions réglementaires sont dépassés.*

Indicateurs concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
- Pourcentage annuel d'établissements recevant du public (ERP), ayant fait l'objet d'une surveillance de l'activité volumique en radon et nombre de ces ERP dont les concentrations en radon dépassent le seuil réglementaire.	-

Fiche mission ARS

Domaine « santé – milieu de vie »

Lutte contre l'habitat insalubre

Orientations nationales

Objectif national :
Réduire la population vivant dans un habitat insalubre et réduire la morbidité liée aux facteurs de risques de l'habitat. Cet objectif participe à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Justification sanitaire :
On estime en France aujourd'hui que 600 000 logements occupés à titre de résidence principale, et relevant du parc privé, sont indignes. De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par des désordres présents dans l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires (asthme, allergies) et humidité, maladies infectieuses favorisées par des équipements sanitaires insuffisants, accidents domestiques accrus,…

La lutte conte l'habitat indigne est une priorité de l'Etat, rappelée par le Premier ministre dans sa lettre circulaire du 22 février 2008. L'objectif principal est de traiter 20 000 logements par an, et de réduire l'exposition au plomb des enfants et des femmes en âge de procréer. Cette politique s'inscrit dans plusieurs programmes interministériels de travail : le Plan national santé-environnement 2, le Plan national d'actions pour l'inclusion sociale, et le Plan de cohésion sociale, et plus récemment dans le plan d'actions contre les marchands de sommeil et le plan d'actions pour l'hébergement des sans-abri.
Les procédures permettant de déclarer les logements insalubres, et de mettre en œuvre les mesures de surveillance et d'intervention d'urgence pour supprimer l'exposition au plomb des enfants relèvent du code de la santé publique. Pour répondre à l'enjeu principal de traiter 20 000 logements par an, il est indispensable d'augmenter significativement le nombre logements déclarés insalubres.

Base législative et réglementaire :

- Articles L.1311-4, L .1331-22, L.1331-23, L. 1331-24, L.1331-25, L. 1331-26 à L.1331-31 du code de la santé publique (CSP).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Dans le cadre du protocole Préfet – ARS, les agents de l'ARS préparent toute ou partie des arrêtés prévus en application des articles L.1311-4 et L.1331-22 à L.1331-26-1 et suivants. Se référer à ces protocoles.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- *Sensibiliser et former les personnels des mairies aux règles d'hygiène, afin de les inciter à prendre les arrêtés qui relèvent de leurs pouvoirs de police ;*
- *Identifier les acteurs susceptibles d'être à l'origine de signalements de situations à risque et les associer dans le réseau des acteurs de la lutte contre l'habitat indigne ;*
- *Veiller à l'intégration des actions de repérage et de traitement de l'habitat insalubre dans les projets locaux de santé ;*
- *Identifier et construire un réseau d'acteurs en mesure d'assurer la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques.*

Missions de surveillance et d'observation

- *Exploiter le système de suivi de procédures du système informatisé « @riane-BPH » ;*
- *Participer à la mise en place de l'observatoire nominatif régionalisé du traitement de l'habitat indigne (ORTHI), à partir du système informatisé « @riane-BPH » ;*
- *A partir des données du parc privé potentiellement indigne, participer à la priorisation des territoires devant faire l'objet de repérage ciblé, ou favoriser le développement d'études de repérage terrain de l'habitat indigne.*

Missions de contrôle et d'inspection

- *Vérifier la salubrité des habitations et des agglomérations, par des évaluations sanitaires sur site, conformément aux dispositions des articles L.1311-4, L.1331-22, L.1331-23, L..1331-24, L.1331-25, L. 1331-26 à L.1331-31 et L.1311-2, L.1311-4 du CSP ;*
- *Développer les démarches d'assurance de la qualité pour le déroulement des inspections ;*
- *Harmoniser les pratiques d'intervention avec les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS).*

Gestion des situations à risque

- *Définir un plan d'actions qui traduise les axes d'intervention de l'ARS dans la structuration du réseau d'acteurs de la loi sur l'habitat indigne (LHI), le déploiement d'@riane-BPH, l'intégration de l'habitat indigne dans les contrats locaux de santé ;*
- *Prendre les mesures de lutte contre l'insalubrité des habitations et des agglomérations, conformément aux dispositions des articles L.1311-4, L.1331-22, L.1331-23, L.1331-24, L.1331-25, L.1331-26 à L.1331-31 et L.1311-2, L.1311-4 du CSP ;*
- *Instruire, sur demande de la préfecture, les dossiers dans le cadre de contentieux sur les procédures préparées par l'ARS ;*
- *Participer aux :*
  - ✓ *Commissions constituées dans le cadre du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD), pour ce qui concerne la lutte contre l'habitat indigne et les autres conséquences sur la santé des conditions de logement ;*
  - ✓ *Comité technique départemental résorption habitat insalubre (CTD-RHI) ;*
  - ✓ *Pôle local de lutte contre l'habitat indigne (PLHI).*

Indicateurs concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateur CPOM contractuel : • Nombre annuel de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure au titre du CSP.	Une enquête annuelle sur l'activité des services (ARS, SCHS, DREAL-direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement) en matière de lutte contre l'habitat indigne est réalisée depuis 2004.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Exposition au plomb - saturnisme

Orientations nationales

Objectif national :
Connaître et réduire les expositions au plomb. Cet objectif participe à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. (*Action 17 du PNSE 2* : Réduire l'exposition des enfants et des femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances les plus dangereuses).

Justification sanitaire :
Les effets délétères du plomb sont connus depuis l'antiquité. Ils apparaissent, en fonction du niveau de plombémie, au niveau du système nerveux, des reins, du sang, ou du système hépatique. Les enfants sont les plus susceptibles à l'exposition au plomb. L'habitat dégradé antérieur à 1949 est désigné comme occasionnant un nombre important de cas de saturnisme – notamment infantile. L'enquête de prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans en France en 2008-2009, réalisée par l'Institut de veille sanitaire, montre une baisse significative de la prévalence du saturnisme en France, qui reste néanmoins élevée (4.400 cas en France métropolitaine). De plus, les imprégnations saturnines à des niveaux inférieurs au seuil de définition du saturnisme sont l'objet de préoccupations quant à leurs effets sur le développement neuro-psychologique des enfants (impact sur le quotient intellectuel). C'est pourquoi la prévention des situations d'exposition au plomb est une priorité : ces situations couvrent notamment les travaux de rénovation (y compris le bricolage), l'utilisation d'objet contenant du plomb, l'utilisation de médicaments et cosmétiques traditionnels, l'exposition par les sites et sols pollués au plomb, l'action auprès de population particulièrement exposée (gens du voyage, roms, …).

Base législative et réglementaire :
- Articles. L.1334-1 à 12 du code de la santé publique
- Articles. R.1334-1 à 13 du code de la santé publique

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Se référer au Protocole Préfet/ARS

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Mobiliser des relais pour informer les particuliers sur les obligations des propriétaires et sur l'utilité des constats des risques d'exposition au plomb (CREP) ;
- Mobiliser des relais pour informer les professionnels immobiliers sur la réalisation, la transmission des CREP et sur leur responsabilité juridique ;
- Mettre en œuvre des campagnes de dépistage ciblé.

Missions de surveillance et d'observation

- Saisir les CREP transmis par les opérateurs dans le système informatique @riane-habitat ou Saturnins (si cette application est utilisée) ;
- Participer au fonctionnement du système national de surveillance du saturnisme infantile.

Missions de contrôle et d'inspection

- Vérifier par des visites sur site les signalements correspondant à des risques d'exposition au plomb en présence d'enfants.

Gestion des situations à risque

- Mettre en œuvre les mesures d'urgence à la suite des cas de saturnisme déclarés ;
- Traiter en priorité les CREP mettant en évidence du plomb dans des revêtements dégradés lorsque des enfants sont présents, ou pour une situation d'insalubrité manifeste, soit en raison de l'état particulièrement dégradé de l'immeuble et connu de l'ARS, soit en raison de la localisation de l'immeuble concerné (opération programmée d'amélioration de l'habitat OPAH, zones identifiées, zones de précarité issues des bases de données sociales locales,…).

Indicateurs concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateur CPOM : • L'indicateur annuel relatif à l'insalubrité du CPOM intègre les locaux faisant l'objet d'une procédure d'urgence au titre de l'article L.1334-1 et L.1334-2.	• Enquête nationale annuelle relative à la lutte contre l'habitat indigne et à la lutte contre le saturnisme.

Domaine « santé – milieu de vie »

Qualité de l'air intérieur

Orientations nationales

Objectif national :
Réduire les risques sanitaires liés à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments. Le PNSE 2 prévoit des mesures destinées à mieux connaître et limiter les sources de pollution à l'intérieur des bâtiments (action 7), à construire sainement par la limitation des sources dans le bâti et la maîtrise des installations d'aération, de ventilation et de climatisation (action 8), à mieux gérer la qualité de l'air intérieur dans les lieux publics (action 9). De plus, l'action 23 du PNSE 2 vise à développer la profession de conseillers en environnement intérieur***.***

Justification sanitaire :
La qualité de l'air à l'intérieur des locaux est un sujet de préoccupation croissante pour nos concitoyens.

En 2001, les pouvoirs publics ont confié au Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) le soin de mettre en place, avec un large réseau de partenaires, l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) dont l'objectif est de fournir les données nécessaires à l'évaluation et à la gestion des risques liés à la qualité de l'air intérieur. L'OQAI a ainsi publié des données sur la qualité de l'air intérieur (QAI) dans les logements, sur la base desquelles une politique de la qualité de l'air intérieur en France se met en place. Parmi les résultats de l'enquête OQAI, il est à noter que 40% des logements enquêtés présentaient au moins un problème de qualité. Des études similaires sont en cours dans d'autres milieux de vie (bureaux, écoles,…).

La pollution de l'air intérieur peut occasionner une aggravation des maladies respiratoires chroniques ou aiguës, des allergies voire des crises d'asthme. 30% des personnes nées après 1980 sont cliniquement allergiques. La prévalence des maladies allergiques a doublé entre 1980 et 2000.

La qualité de l'air à l'intérieur des logements est le résultat de nombreux facteurs. L'un des paramètres les plus importants est le comportement de l'occupant : il faut donc qu'il soit informé. Or les résultats du baromètre santé environnement 2007 réalisé par l'INPES, montrent que parmi les différents sujets environnementaux, la pollution de l'air intérieur est l'un des sujets sur lesquels la population se sent la moins bien informée. Dans ce baromètre réalisé avant la campagne d'information de l'INPES de 2007, 49% s'estimaient « plutôt bien » informés, tandis 41 % se déclarent « plutôt mal » informés et 10% n'en avaient jamais entendu parler.

Base législative et réglementaire :
- Article L.1335-1 du code de la santé publique (CSP).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Domaine non concerné

Missions de prévention et de promotion de la santé

- *Encourager la création de postes de conseillers médicaux en environnement intérieur, en veillant à leur rattachement aux parcours de santé, et, lorsque celles-ci existent, aux consultations d'éducation thérapeutique. Les conseillers médicaux en environnement intérieur interviennent au domicile de patients souffrant d'asthme ou d'allergie afin d'identifier les facteurs environnementaux qui contribuent au déclenchement de crises ou à leur aggravation ;*
- *Relayer les campagnes nationales de prévention.*

Missions de surveillance et d'observation

Domaine non concerné

Missions de contrôle et d'inspection

-

Gestion des situations à risque

- *Définir et mettre en œuvre une stratégie de gestion des plaintes ;*
- *Participer à la gestion des situations de risque sanitaire révélées par les campagnes nationales de meures, notamment :*
    - ✓ *phase expérimentale de la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les écoles et crèches qui s'est déroulée et se déroulera durant les périodes scolaires 2009-2010 et 2010 – 2011 ;*
    - ✓ *étude du ministère chargé du développement durable relative au repérage des sites accueillants des enfants et des adolescents construits sur d'anciens sites industriels et donc potentiellement pollués. Environ 2 000 établissements répartis sur toute la France sont concernés.*

Indicateurs concernés	Enquêtes périodiques prévisibles

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Prévention des intoxications oxycarbonées

Orientations nationales

Objectif national :
Réduire le nombre d'épisodes d'intoxications oxycarbonées et le nombre de décès associés.

Justification sanitaire :
En France, chaque année, environ 5 000 personnes sont victimes d'une intoxication au monoxyde de carbone (CO) : 1 000 d'entre elles doivent être hospitalisées, ces accidents pouvant laisser des séquelles à vie ; 100 en décèdent. Une prédominance des intoxications a été observée pendant la période de chauffe (environ 82 % de janvier à mars et d'octobre à décembre). Parmi ces épisodes, 1 126 surviennent de manière accidentelle dans l'habitat (2 642 personnes exposées). Les principales sources d'intoxications accidentelles au CO sont la chaudière (44,2%), le chauffe-eau (11,7%) et le poêle/radiateur (7,5%). 10,5% des logements où est survenu une intoxication ont été jugés dans un état dégradé.

Base législative et réglementaire :
- Circulaire interministérielle DGS/7C/2004/540 du 16 novembre 2004 modifiée relative à la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone et aux mesures à mettre en œuvre ;
- Article L.1311-4 du code de la santé publique (CSP).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- *Se référer au protocole Préfet/ARS.*

Missions de prévention et de promotion de la santé

- *Relais d'information dans le cadre des campagnes nationales ;*
- *Relais des informations en cas de situation à risque particulier (grand froid, risque de coupure de courant,…) ;*
- *Mobilisation des acteurs sur l'importance du signalement des cas ;*
- *Mises en œuvre de campagnes de sensibilisation ciblées.*

Missions de surveillance et d'observation

- Renseignement des données du système de surveillance des intoxications dans l'application informatique « SIROCO » ;
- Animation d'un groupe de travail régional.

Missions de contrôle et d'inspection

Domaine non concerné

Gestion des situations à risque

En fonction de l'organisation locale :
- *Réalisation des enquêtes médicales en cas de signalement d'intoxication (peut également être réalisé par les centres anti-poison et de toxicovigilance (CAP-TV) ;*
- *Réalisation des enquêtes environnementales en cas de signalement d'intoxication (peut également être réalisé par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) ou le laboratoire central de la préfecture de police de paris (LCPP) ;*
- *En cas de danger grave et imminent (du fait de la non-réalisation des mesures préconisées à la suite de l'enquête environnementale, antécédents d'intoxications graves ou mortelles, par exemple), préparation pour le compte du préfet d'une procédure d'urgence au titre de l'article L 1311-4 du CSP.*

Indicateurs concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateurs non contractuels : • Nombre total de cas annuel (y compris les décès) par intoxication au CO (hors incendies et suicides) ; • % des cas d'intoxication au monoxyde de carbone ayant fait l'objet d'une enquête.	Exploitation annuelle des données via Sirocco

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Prévention des risques auditifs

Orientations nationales

Objectif national :
Prévenir les risques auditifs liés à l'exposition à des niveaux sonores élevés, en particulier chez la population jeune. Le Plan National Santé Environnement 2 prévoit, dans son action 21, de renforcer la lutte contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus liés à l'écoute de la musique amplifiée.

Justification sanitaire :
L'exposition brève à un son trop fort (musique, pétard, perceuse, tir …), peut générer une lésion de l'oreille qui constitue un traumatisme sonore aigu (TSA). Les TSA peuvent affecter l'audition de façon définitive, en provoquant une surdité partielle ou totale, des acouphènes (bruits parasites) ou de l'hyperacousie. Les expositions de longue durée peuvent également avoir des impacts sur l'audition.

Certaines populations, comme les jeunes, sont particulièrement exposées à des niveaux sonores élevés du fait de leurs comportements. D'après l'Anses, chez les jeunes de moins de 25 ans, l'exposition au bruit (concerts, discothèques, baladeurs,…), semble être la cause majeure de déficits auditifs. D'après le baromètre santé environnement réalisé par l'INPES en 2007, plus de huit jeunes sur dix (81,1 %) déclarent avoir été au moins une fois exposés à un volume sonore élevé lors d'un concert, en discothèque, ou encore en jouant de la musique au cours des douze derniers mois. On évalue à environ 1 400, le nombre de traumatismes sonores aigus par an en France, dont plus de la moitié serait attribuables à une exposition aux musiques amplifiées. De plus, selon un avis rendu public en octobre 2008, le comité scientifique des risques émergents et nouveaux de la commission européenne estime qu'entre 5 et 10% des utilisateurs de baladeurs risquent des pertes auditives irréversibles, soit 6 millions de personnes en France.

La réglementation relative aux lieux musicaux prévoit en particulier des dispositions pour limiter le niveau sonore dans les lieux musicaux et protéger ainsi l'audition du public. Malgré cette obligation, une étude récente réalisée en Ile-de-France dans 25 discothèques montre que 40% des établissements étudiés dépassent encore le niveau sonore maximum autorisé.

Base législative et réglementaire :
- Loi n° 92-1444 du 31 décembre 1992 relative à la lutte contre le bruit : code de l'environnement, articles L.571-1 à L..571-26 ;
- Code de l'environnement, R 571-25 à R.571-30 : prescriptions applicables aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée, à l'exclusion des salles dont l'activité est réservée à l'enseignement de la musique et de la danse ;
- Arrêté du 15 décembre 1998 pris en application des articles R.571-25 à R.571-30 du code de l'environnement relatif aux prescriptions applicables aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée, à l'exclusion des salles dont l'activité est réservée à l'enseignement de la musique et de la danse.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Se référer au protocole préfet/ARS.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation et de prévention des risques liés aux expositions à haut niveau sonore (musique amplifiée notamment), en particulier chez les jeunes. Exemple : établissements scolaires, festivals de musique en plein air, … ;
- Définir et mettre en œuvre une stratégie de formation des différents acteurs chargés de la lutte contre le bruit (par exemple : agents des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), de la protection de la santé (par exemple : infirmières scolaires) et des professionnels dont l'activité implique la diffusion de musique de niveau sonore élevé ;
- Répondre aux demandes d'information et de connaissances concernant les risques pour la santé liés au bruit et la réglementation sur la lutte contre bruit auprès des maires, du public et des professionnels ;
- Participer au pôle de compétence bruit quand il existe ;
- Privilégier une stratégie de désengagement progressif des ARS du traitement des bruits de voisinage qui relève de

la compétence du maire en s'assurant et en garantissant, par des actions de formation le cas échéant, que cette mission peut être assurée par les collectivités locales ;
- Se référer à la fiche « Impact liés aux activités humaines passées, présentes et futures » pour les avis sanitaires relatifs aux activités bruyantes et aux documents de planification et d'urbanisme.

Missions de surveillance et d'observation

- Recenser à l'échelon régional les établissements diffusant de la musique amplifiée au titre de l'article R.571-25 du code de l'environnement et leurs situations au regard des dispositions du code de l'environnement ;
- Assurer la maintenance annuelle du parc sonométrique de l'ARS et mettre à jour les informations associées dans l'application informatique « Gest@bruit ».

Missions de contrôle et d'inspection

Définir et conduire un programme de contrôle et d'inspection des établissements diffusant à titre habituel de la musique amplifiée au sens de l'article R. 571-25, en :

- vérifiant la réalisation de l'étude d'impact des nuisances sonores et sa conformité ;
- réalisant le cas échéant une inspection sur site afin de vérifier le respect des dispositions de la réglementation ;
- engageant les sanctions administratives ou pénales qui s'imposent.

L'application nationale @RIANE ERP, actuellement en cours d'élaboration, permettra à terme de centraliser les données relatives aux contrôles et inspections dans les établissements diffusant de la musique amplifiée. Dans l'attente de sa finalisation, le recensement de ces établissements est néanmoins nécessaire pour réaliser des actions de contrôle/inspection.

Gestion des situations à risque

- A la suite à des plaintes du public d'un l'établissement diffusant de la musique amplifiée (dues à un trouble de l'audition ou non) ou du voisinage, mettre en œuvre un contrôle/inspection de cet établissement.

Indicateurs	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateurs non contractuels CPOM : • Nombre annuel d'actions de sensibilisation aux risques auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée dans les établissements scolaires • Nombre annuel de contrôles/inspections réalisés dans les établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée.	Enquête nationale réalisée tous les 2 ans.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Protection de la ressource en eau
utilisée pour la production d'eau potable

Orientations nationales

Objectif national :
Assurer la protection des ressources en eau utilisées pour la production d'eau potable.

Justification sanitaire :
Les eaux destinées à la consommation humaine ne doivent pas constituer un danger pour la santé des consommateurs et doivent notamment respecter, de ce fait, des exigences de qualité. A cet effet, et compte tenu de la nature ou de la qualité de l'eau brute, un traitement s'avère très souvent nécessaire. Afin de réduire le degré de traitement nécessaire à la production d'eau potable voire, dans certains cas, de poursuivre la distribution de l'eau brute sans traitement, il convient de prévenir la détérioration de sa qualité, et, pour cela, assurer la protection des ressources en eau destinée à la consommation humaine actuelles et futures.

Références législatives et réglementaires :

- Articles L.1321-2 et R. 1321-13 du Code de la santé publique (CSP) ;
- Articles L.1324-1 A et B et L. 1324-3 du CSP ;
- Articles R.1321-7 et R.1321-42 du CSP.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Instruire la procédure de déclaration d'utilité publique (DUP) des périmètres de protection des captages (PPC) concomitamment avec la procédure d'autorisation de distribuer l'eau ;
Instruire les demandes de dérogations aux limites de qualité des eaux brutes.

Missions de prévention et de promotion de la santé

Participer à la définition de la politique de l'eau en collaboration avec l'ARS de bassin hydrographique et, le cas échéant, contribuer à l'élaboration d'un schéma départemental d'alimentation en eau ;
Participer au recensement des ressources stratégiques pour l'alimentation en eau potable et contribuer à définir les mesures d'incitation à leur protection ;
Faire prendre en compte la préservation des ressources actuelles et futures en eau dans la politique d'aménagement et les documents d'urbanisme ;
Communiquer sur l'état d'avancement de la protection des captages et sensibiliser les collectivités retardataires dans la mise en place des périmètres de protection ;
Tenir à jour le système d'information géographique (SIG) sur les périmètres de protection des captages (en cours de construction).

Missions de surveillance et d'observation

Instruire la procédure d'agrément des hydrogéologues agréés et animer ce réseau d'experts ;
Organiser et piloter le contrôle sanitaire sur les eaux brutes utilisées pour la production d'eau potable.

Missions de contrôle et d'inspection

Inspecter les captages afin de s'assurer du respect des prescriptions fixées par les arrêtés de déclaration d'utilité publique (DUP) des PPC ainsi que d'autres dispositions générales de sécurité sanitaire des installations.

Gestion des situations à risque

Mettre en œuvre des sanctions administratives ou pénales en cas d'absence de mise en place de PPC, de non-respect des dispositions de l'arrêté de DUP des PPC ou de risque avéré pour la production d'eau potable ;
Assurer une information des consommateurs et des utilisateurs de puits privés, en lien avec les maires, en cas de pollutions de la ressource.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
	Bilan annuel de l'avancement de la protection des captages (en nombre de captages et pourcentage de population desservie) ; *Bilan du nombre d'inspections par an.*

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Alimentation en eau potable

Orientations nationales

Objectif national :
Améliorer de manière continue la qualité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, prévenir les risques sanitaires et gérer les risques sanitaires liés aux situations de non conformité.

Justification sanitaire :
Dans les pays développés, les graves épidémies d'origine hydrique ont disparu grâce à l'ensemble des mesures d'hygiène publique prises depuis plus d'un siècle. Néanmoins ce constat ne doit pas porter à l'immobilisme, voire à diminuer la vigilance en matière de prévention. Le moindre relâchement peut conduire à des contaminations entraînant le développement d'épidémies ou d'altérations de santé. En outre, des risques émergents attribuables à l'eau sont à prendre en compte (légionelles, cyanotoxines, perturbateurs endocriniens,...).

En 2009, certaines unités de distribution délivrent encore des eaux non conformes. Par exemple, 3,2% de la population ont été alimentés par de l'eau du réseau public ayant été au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques et 3% de la population ont été alimentés par de l'eau du réseau public ponctuellement non conforme pour le paramètre pesticides.

De plus, certains matériaux en contact avec l'eau sont susceptibles de dégrader la qualité des eaux. Si les effets du plomb sur la santé sont bien connus, il convient de rester attentif aux apports éventuels d'autres métaux ou de substances provenant des matériaux plastiques (chlorure de vinyle, acrylamide, …).

Il convient donc d'améliorer durablement la qualité sanitaire des eaux distribuées afin de protéger la santé des personnes.

Base législative et réglementaire :
La législation et la réglementation relatives aux eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles sont inscrites, principalement, dans :

- le code de la santé publique et ses arrêtés d'application :
  - articles L. 1321-1 à L.1321-10 et L.1324-1 à L.1324-4 ;
  - articles R.1321-1 à R.1321-63 et R.1324-1 à R.1324-6 ;
  - articles D.1321-103 à D.1321-105.
- les directives européennes :
  - directive 98/83/CE du Conseil du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ;
  - directive 2000/60/CE du parlement européen et du conseil du 23 octobre 2000 établissant un cadre pour une politique communautaire dans le domaine de l'eau.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Instruire les demandes d'autorisation pour la production et la distribution d'eau potable, y compris dans les industries agro-alimentaires ;
- Instruire les demandes de dérogation des dépassements de limite de qualité ;
- Instruire les demandes de prise en compte dans le contrôle sanitaire des résultats de la surveillance assurée par la personne responsable de la production et de la distribution de l'eau (PRPDE).

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Effectuer la synthèse annuelle des données relatives à la qualité des eaux distribuées pour les communes de plus de 3 500 habitants ;
- Communiquer aux partenaires (Comité départemental d'évaluation des risques sanitaires et technologiques : CODERST, ...) les résultats des synthèses de la qualité des eaux distribuées et les tendances évolutives ;
- Assurer une information des consommateurs (info-facture, risques sanitaires, ...) ;
- Recevoir et exploiter les bilans de fonctionnement des systèmes de production et de distribution de l'eau desservant plus de 3 500 habitants fournis par les PRPDE ;
- Inciter les collectivités à évaluer la vulnérabilité des installations vis-à-vis de la malveillance et mettre en place des

mesures visant à la réduire (en priorité les unités de distribution d'eau (UDI) qui desservent plus de 10 000 habitants) ;
- Inciter les collectivités à s'inscrire dans une démarche qualité (analyse des risques,…) ;
- Définir et mettre en œuvre une stratégie de gestion, interne au service, des situations critiques ;
- Contribuer à la mise à jour des plans de secours spécialisés.

Missions de surveillance et d'observation

- *Organiser et piloter le contrôle sanitaire des eaux en lien avec le(s) laboratoire(s) agréé(s) (modalités de prélèvements et d'analyses d'eau, adaptation du programme de contrôle en cas de risque de pollution …) ;*
- *Suivre la qualité des eaux distribuées en prenant en compte les données de l'autosurveillance exercée par l'exploitant ;*
- Disposer d'un inventaire, tenu à jour, de l'approvisionnement en eau potable (captages, stations de traitement, unités de distribution,…) ;
- Renseigner et exploiter la base de données informatisée « SISE-EAUX », selon les référentiels nationaux et les items prioritaires ;
- Développer avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) une vigilance relative aux maladies d'origine hydrique (recueil des épisodes de gastroentérites, légionelloses, …) et les enquêtes environnementales visant à déterminer l'origine des contaminations dans l'eau ;
- Participer aux campagnes nationales de mesures de substances émergentes pilotées par la DGS en lien notamment avec le laboratoire d'hydrologie de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de environnement et du travail (Anses) ;
- Assurer les missions d'ARS de bassin hydrographique pour les ARS concernées.

Missions de contrôle et d'inspection

- Piloter l'appel d'offre pour retenir le(s) laboratoire(s) agréé(s) chargé(s) du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine ;
- Contrôler l'exécution du marché relatif au contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine ;
- Développer l'inspection des systèmes d'approvisionnement en eau (surtout les plus vulnérables) ;
- Détecter, par interprétation des données recueillies, les événements singuliers et les amorces de dérives (limites et références de qualité) et quantifier les risques en s'appuyant sur la démarche d'évaluation des risques sanitaires.

Gestion des situations à risque

- Inciter les collectivités au remplacement des branchements publics en plomb ;
- Définir et mettre en œuvre, en concertation avec les partenaires et décideurs locaux, une stratégie d'action en vue de réduire les situations de non-conformité ;
- Veiller, en cas d'anomalies pouvant induire des conséquences sanitaires, à la mise en œuvre des enquêtes et des mesures correctives par les distributeurs ;
- Gérer les situations de non-conformité ;
- Proposer au préfet de prendre toute mesure nécessaire pour protéger la santé des personnes, si la distribution de l'eau constitue un risque pour la santé des personnes ;
- Appliquer les sanctions administratives et pénales prévues par le code de la santé publique.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité.	▪ Participer à l'élaboration des rapports triennaux pour la Commission européenne sur la qualité des eaux ; ▪ Effectuer régulièrement une synthèse régionale ou départementale de la qualité des eaux distribuées, prioritairement envers les paramètres du contrôle sanitaire et mettre en évidence les évolutions pluriannuelles.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Prévention de la légionellose

Orientations nationales

Objectif national :
Réduire le nombre de cas de légionellose.

Justification sanitaire :
La légionellose est une pneumopathie sévère, mais non contagieuse. En France, le taux de décès atteint 11,7% en 2010. Les cas de légionellose notifiés correspondent souvent à des personnes hospitalisées en réanimation ou en unité de soins intensifs après avoir contracté la maladie ; la guérison nécessite un traitement antibiotique et est obtenue parfois après plusieurs semaines. Il peut s'ensuivre, plus rarement, des séquelles cérébrales.

La légionellose est, depuis 1987, une maladie à déclaration obligatoire (DO) auprès des Agences régionales de santé (ARS). Plus de 1200 cas de légionellose sont notifiés chaque année (1540 cas en 2010), ce qui place la France au 1er rang des pays européens concernés. L'évolution annuelle des cas de légionellose en France est tributaire notamment de la qualité du système de surveillance et d'autres facteurs anthropiques, tels que le grand nombre d'installations qui présentent potentiellement des risques.

Base législative et réglementaire :
- **Code de la santé publique, notamment les articles L. 1321-4, R. 1321-1 à R. 1321-61 et L. 1324-1 ;**
- **Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire ;**
- **Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public ;**
- **Instruction DGS/EA4/2011/119 du 30 mars 2011 relative au suivi des cas de légionellose dans le cadre d'une étude épidémiologique multicentrique**
- **Circulaire DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010 relative aux missions des ARS dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire ;**
- **Circulaire DGS/EA4/2010/289 du 27 juillet 2010 relative à la prévention des risques infectieux et notamment de la légionellose dans les bains à remous (spas) à usage collectif et recevant du public ;**
- **Note de service DGS/EA4/2009/281 du 9 septembre 2009 relative aux investigations à mener lors de la survenue d'un ou plusieurs cas de légionellose à proximité de certains centres nucléaires de production d'électricité (CNPE) ;**
- **Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées ;**
- **Circulaire DHOS/EA/DGS/SD7A/2005/417 du 9 septembre 2005 relative au guide technique de l'eau dans les établissements de santé ;**
- **Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/2005/286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé ;**
- **Circulaire DGS n°2002/273 du 2 mai 2002 relative à la diffusion du rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la gestion du risque lié aux légionelles ;**
- **Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n°2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé.**

Missions de prévention et de promotion de la santé

Sensibiliser les professionnels de santé au diagnostic de légionellose, selon les protocoles en vigueur, lors d'une prise en charge de pneumopathie nosocomiale ou communautaire ;
Communiquer vers le grand public sur la légionellose et les risques liés aux légionelles, notamment en direction des particuliers confrontés à la survenue d'un cas de légionellose ou à des restrictions d'usage de l'eau ;
Contribuer à l'information des établissements recevant du public sur les mesures de prévention du risque lié aux légionelles ; cette action concerne notamment :
- *les établissements qui accueillent des populations vulnérables : établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées, établissements thermaux ;*

- *les établissements hôteliers (hôtels et résidences de tourisme et campings), la fréquentation de ces ERP étant reliée à la survenue de plus de 12% des cas de légionellose chaque année.*

Missions de surveillance et d'observation

Assurer le suivi épidémiologique des cas de légionellose dans la région et à l'échelle des territoires ;
Identifier rapidement les groupements de cas de légionellose au sein des territoires et procéder à l'alerte ;
Connaître, en lien avec les services en charge de l'inspection des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) et des préfectures, la répartition sur le territoire des installations de dispersion d'eau dans un flux d'air (tours aéroréfrigérantes : TAR) ;
Mettre en œuvre les dispositions prévues dans l'étude épidémiologique multicentrique autour des Centrales nucléaires de production d'énergie (CNPE) ;
Programmer et assurer le contrôle sanitaire réglementaire des eaux minérales naturelles (EMN) dans les établissements thermaux.

Missions de contrôle et d'inspection

Poursuivre le programme d'inspection sur la gestion du risque lié aux légionelles, notamment dans les établissements de santé ;
Contrôler la mise en œuvre des dispositions réglementaires (arrêté du 1er février 2010) dans les établissements recevant du public (ERP), notamment dans les hôtels de tourisme et campings, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, et les spas dont la fréquentation est reliée à la survenue de cas de légionellose ;
Associer les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) à ces missions de contrôle sur les territoires correspondants.

Gestion des situations à risque

Assurer la gestion des alertes et participer, en tant que de besoin, à la coordination de la gestion avec les services de l'Etat (préfectures, DREAL, DD(CS)PP, STIIIC service technique interdépartemental d'inspection des installations classées de la préfecture de police de Paris , etc.). Sur la base du guide de la Direction générale de la santé (DGS), procéder à l'investigation et à la gestion de :
- chaque cas de légionellose déclaré : cela concerne notamment le recensement des expositions environnementales du cas ; en fonction de l'analyse de la situation, compléter l'enquête environnementale par une enquête in-situ ;
- chaque groupement de cas de légionellose identifié : cela porte notamment sur la recherche des sources potentielles de contamination, la suppression de l'exposition, l'analyse des données épidémiologiques, la communication vers le grand public et l'élaboration d'un bilan de gestion de l'alerte. Ces missions sont réalisées en lien avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), les services en charge de l'inspection des ICPE (DREAL notamment), la préfecture de département, la CIRE et, selon les situations, l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) et les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS).

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
	Bilan des inspections réalisées.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Eaux conditionnées
(eau minérale naturelle, eau de source et eau rendue potable par traitements)

Orientations nationales

Objectif national :

Assurer la sécurité sanitaire des eaux conditionnées produites sur le territoire national et importées en France.

Justification sanitaire :

La consommation des eaux conditionnées est préconisée en cas d'accident ou de pollution sur les réseaux de distribution publique d'eau, et certaines conviennent à l'alimentation des nourrissons. Les eaux minérales naturelles et les eaux de source conditionnées ne peuvent pas faire l'objet d'un traitement de désinfection. Elles doivent donc présentées un haut niveau de qualité, et il convient de maintenir voire d'améliorer durablement la qualité sanitaire de ces eaux afin de protéger la santé des personnes.

Base législative et réglementaire :

- Décret n° 2007-49 du 11 janvier 2007 relatif à la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine ;
- Code de la santé publique : articles L.1321-1 à L..1321-10, L.1322-1 à 13, L.1324-1 à L..1324-4, R.1321-1à R.1321-63, R.1321-69 à R.1321-95, R.1321-96, R.1321-97, R.1322-1 à 44-23, R.1324-1 à R. 1324-6 ;
- Arrêté du 20 juin 2007 relatif à la constitution du dossier de demande d'autorisation d'exploiter une eau de source ou une eau rendue potable par traitements à des fins de conditionnement ;
- Arrêté du 4 mai 2007 relatif à l'importation des eaux conditionnées ;
- Arrêté du 14 mars 2007 relatif aux critères de qualité des eaux conditionnées, aux traitements et mentions d'étiquetage particuliers des eaux minérales naturelles et de source conditionnées ainsi que de l'eau minérale naturelle distribuée en buvette publique ;
- Arrêté du 5 mars 2007 relatif à la constitution du dossier de demande d'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale naturelle pour le conditionnement, l'utilisation à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal ou la distribution en buvette publique ;
- Arrêté du 26 février 2007 relatif à la constitution des dossiers de demande de déclaration d'intérêt public d'une source d'eau minérale naturelle, d'assignation d'un périmètre de protection et de travaux dans le périmètre de protection ;
- Arrêté du 19 juin 2000 modifiant l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif au contrôle des sources d'eaux minérales ;
- Arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif à l'analyse des sources d'eaux minérales (modifié par arrêtés du 12 décembre 1950, du 12 avril 1955, du 16 mai 1989, du 20 juillet 1992 et du 19 juin 2000) ;
- Circulaire interministérielle DGCCRF/DGS/D2/EA4/2010/298 du 30 juillet 2010 relative à la réglementation applicable aux publicités dans le secteur des eaux destinées à la consommation humaine ;
- Note de service DGS/EA4/2010/200 du 15 juin 2010 relative à l'enquête sur l'activité des ARS en matière d'inspection et de contrôle des eaux conditionnées pour l'année 2009 (PNCOPA 2009 : plan national de contrôle officiel pluriannuel des denrées alimentaires) ;
- Circulaire DGS/SD7A/2001/70 du 6 février 2001 relative à la saisie dans le logiciel SISE-Eaux des résultats du contrôle sanitaire des eaux conditionnées (eaux minérales naturelles, eaux de source et eaux rendues potables par traitement) et des établissements thermaux ;
- Circulaire DGS/EA4 no 2008-30 du 31 janvier 2008 relative à la sécurité sanitaire des eaux minérales naturelles.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Instruire les demandes d'autorisation d'exploiter une eau minérale naturelle, une eau de source et une eau rendue potable par traitements à des fins de conditionnement ;
- Instruire les demandes de modification de l'arrêté préfectoral d'autorisation d'exploiter l'eau ;
- Instruire les demandes de déclaration d'intérêt public d'une source d'eau minérale naturelle et d'assignation d'un périmètre de protection (avant transmission du dossier au ministère chargé de la santé, la décision sur le dossier étant statuée par décret en Conseil d'Etat) ;
- Instruire les demandes de travaux dans le périmètre de protection ;

- Instruire les demandes d'importation des eaux conditionnées.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Encourager la mise en place d'une démarche d'assurance de la qualité dans les établissements de conditionnement d'eau ;

Missions de surveillance et d'observation

- Etablir les modalités de mise à disposition des données de la surveillance mise en œuvre par l'exploitant.
- Recevoir et exploiter les bilans synthétiques annuels des établissements de conditionnement requis par l'article R.1322-30 ;
- Organiser et piloter le contrôle sanitaire des eaux conditionnées et intégrer les résultats d'analyses dans la base de données informatisée « SISE-Eaux » ;
- Adapter le contrôle sanitaire en cas d'évolution ou de dysfonctionnement.

Missions de contrôle et d'inspection

- Inspecter les usines de conditionnement afin de vérifier leur conformité avec les dispositions du code de la santé publique ;
- Mettre en œuvre des sanctions administratives ou pénales en cas de non-respect des dispositions prévues dans le code de la santé publique.

Gestion des situations à risque

- Gérer les situations de non conformités en concertation avec l'exploitant : destruction des lots non libérés, procédure de retrait, procédure de rappel ;
- Proposer au préfet de prendre toute mesure nécessaire pour protéger la santé des personnes ou d'interrompre l'exploitation, si l'exploitation ou l'usage de l'eau constitue un danger pour la santé des personnes, en application des dispositions de l'article R.1322-44-8 du code de la santé publique.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
/	Participer à l'enquête annuelle PNCOPA (Plan national de contrôle pluriannuel) afin de répondre aux obligations européennes.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Eaux thermales

Orientations nationales

Objectif national :
Assurer la sécurité des curistes à travers les différents usages de l'eau thermale.

Justification sanitaire :
Plus d'une centaine d'établissements reçoivent 500 000 curistes par an, dont une grande majorité de personnes âgées de plus de 50 ans. La pratique de soins thermaux peut induire des risques pour la santé compte tenu de la fragilité des curistes et de leur exposition à de l'eau minérale qui pourrait être contaminée (ingestion, soin en contact avec les muqueuses oculaires et respiratoire, soins externes…). L'objectif est d'assurer la sécurité sanitaire de l'eau minérale naturelle utilisée à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal.

Base législative et réglementaire :

- Décret n° 2007-49 du 11 janvier 2007 relatif à la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine
- Code de la santé publique : articles L.1322-1 à 13, L.1324-1 à L.1324-4, R.1322-1 à 44-23, R.1324-1 à R. 1324-6 ;
- Arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif à l'analyse des sources d'eaux minérales (modifié par arrêtés du 12 décembre 1950, du 12 avril 1955, du 16 mai 1989, du 20 juillet 1992 et du 19 juin 2000) ;
- Arrêté du 19 juin 2000 modifiant l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif au contrôle des sources d'eaux minérales ;
- Arrêté du 26 février 2007 relatif à la constitution des dossiers de demande de déclaration d'intérêt public d'une source d'eau minérale naturelle, d'assignation d'un périmètre de protection et de travaux dans le périmètre de protection ;
- Arrêté du 27 février 2007 relatif aux traitements de l'eau minérale naturelle utilisée à des fins thérapeutiques dans les établissements thermaux ;
- Arrêté du 5 mars 2007 relatif à la constitution du dossier de demande d'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale naturelle pour le conditionnement, l'utilisation à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal ou la distribution en buvette publique ;
- Arrêté du 14 mars 2007 relatif aux critères de qualité des eaux conditionnées, aux traitements et mentions d'étiquetage particuliers des eaux minérales naturelles et de source conditionnées ainsi que de l'eau minérale naturelle distribuée en buvette publique ;
- Circulaire DGS/VS4/2000/336 du 19 juin 2000 relative à la gestion du risque microbien lié à l'eau minérale dans les établissements thermaux *(modifiée par circulaire du 29 novembre 2001)* ;
- Circulaire DGS/SD7A/2001/70 du 6 février 2001 relative à la saisie dans le logiciel SISE-Eaux des résultats du contrôle sanitaire des eaux conditionnées (eaux minérales naturelles, eaux de source et eaux rendues potables par traitement) et des établissements thermaux ;
- Circulaire DGS/SD7A/2001/575 du 29 novembre 2001 relative à l'enquête sur le bilan de la mise en œuvre de l'arrêté du 19 juin 2000 modifiant l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif au contrôle des sources d'eaux minérales ;
- Circulaire DGS/SD7A/2006/323 du 19 juillet 2006 relative à une enquête sur la mise en œuvre dans les établissements thermaux des dispositions de l'arrêté du 19 juin 2000 modifiant l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif au contrôle des sources d'eaux minérales naturelles ;
- Circulaire DGS/EA4 no 2008-30 du 31 janvier 2008 relative à la sécurité sanitaire des eaux minérales naturelles.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Instruire les demandes d'autorisation d'exploiter une eau minérale naturelle à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal ;
- Instruire les demandes de modification de l'arrêté préfectoral d'autorisation d'exploiter l'eau ;
- Instruire les demandes de déclaration d'intérêt public d'une source d'eau minérale naturelle et d'assignation d'un périmètre de protection (avant transmission du dossier au ministère chargé de la santé, la décision sur le dossier étant statuée par décret en Conseil d'Etat) ;
- Instruire les demandes de travaux dans le périmètre de protection.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Encourager la mise en place d'une démarche qualité via des bonnes pratiques sanitaires et une certification dans les établissements thermaux.

Missions de surveillance et d'observation

- Etablir les modalités de mise à disposition des données de la surveillance mise en œuvre par l'exploitant ;
- Recevoir et exploiter les bilans synthétiques annuels des établissements thermaux requis par l'article R.1322-30 ;
- Organiser et piloter le contrôle sanitaire des eaux thermales et intégrer les résultats d'analyses dans la base de données informatisée « SISE-Eaux » ;
- Adapter le contrôle sanitaire en cas d'évolution ou de dysfonctionnement.

Missions de contrôle et d'inspection

- Vérifier la bonne information des curistes sur les caractéristiques de l'eau minérale naturelle utilisée à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal (par voie d'affichage) ;
- Inspecter les établissements thermaux afin de vérifier leur conformité avec les dispositions du code de la santé publique.

Gestion des situations à risque

- Gérer les situations de non conformités en concertation avec l'exploitant ;
- Proposer au préfet de prendre toute mesure nécessaire pour protéger la santé des personnes ou d'interrompre l'exploitation, si l'exploitation ou l'usage de l'eau constitue un danger pour la santé des personnes, en application de l'article R.1322-44-8.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
/	Bilan périodique de la qualité des eaux minérales naturelles utilisées à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Baignades (en eau libre et artificielles)

Orientations nationales

Objectif national :
Améliorer de manière continue la qualité sanitaire des eaux de baignade, diminuer les risques toxi-infectieux liés à la baignade et protéger la santé des baigneurs.

Justification sanitaire :
Parmi les dangers associés à l'utilisation des eaux récréatives en général, on distingue les dangers physiques (noyade, blessure, etc.), les dangers liés au soleil et à la température de l'air et de l'eau (insolations, coups de soleil, hydrocutions, etc.), les dangers liés à la qualité des eaux (agents microbiologiques et agents chimiques) et les dangers liés aux organismes aquatiques potentiellement dangereux (organismes vecteurs, insectes piqueurs ou non piqueurs, organismes venimeux) (OMS, 2003).
Les dangers sanitaires identifiés sont les micro-organismes pathogènes apportés par les baigneurs (porteurs sains, malades, enfants), mais aussi via les déchets fécaux et autres pollutions émises lors de l'activité de baignade, les toxines de microalgues et de cyanobactéries, dont la prolifération est amplifiée par l'apport de nutriments (azote, phosphore, etc.), les intrants microbiens de l'environnement via les ruissellements d'eau souillée, l'intrusion d'animaux, etc. et dans une moindre mesure les intrants chimiques de l'environnement, en raison de leur dilution et hors situation particulière de pollution ponctuelle.
La revue de la littérature concernant les critères microbiologiques et les niveaux de référence permettant d'apprécier la qualité des eaux de baignade, met en exergue le risque de survenue de troubles gastro-intestinaux en lien avec la présence de germes indicateurs que sont les entérocoques intestinaux et les *Escherichia coli*. Par ailleurs, les cyanotoxines peuvent être, par ingestion, contact avec la peau ou inhalation (aérosol) à l'origine de conjonctivites, d'irritations de la peau.
On relève également des risques liés à la présence de cyanobactéries et de la microalgue ostreopsis ovata dans les eaux de baignade. D'autres germes, moins fréquents, peuvent engendrer des infections majeures (leptospirose, méningoencéphalites amibiennes par exemple) nécessitant des interventions d'urgence.

Base législative et réglementaire :
Directive 2006/7/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 février 2006 concernant la gestion de la qualité des eaux de baignade et abrogeant la directive 76/160/CEE ;
Articles L.1332-1 à L.1332-9 du code de la santé publique ;
Article L.1337-1 du code de la santé publique ;
Articles D.1332-14 à D.1332-42 du code de la santé publique ;
Articles A.322-4 à A.322-7 du code du sport ;
Annexe III-7 du code du sport ;
Décret n° 2008-990 du 18 septembre 2008 relatif à la gestion de la qualité des eaux de baignade et des piscines ;
Arrêté du 23 septembre 2008 relatif aux règles de traitement des échantillons et aux méthodes de référence pour les analyses d'eau dans le cadre de la surveillance de la qualité des eaux de baignade ;
Arrêté du 22 septembre 2008 relatif à la fréquence d'échantillonnage et aux modalités d'évaluation de la qualité et de classement des eaux de baignade.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Recensement des eaux de baignade :
Mettre en demeure les maires des communes de satisfaire aux obligations relatives au recensement des eaux de baignade le cas échéant. ;
Recenser les eaux de baignade sur la base des réponses des communes concernées ;
Transmettre la liste des eaux de baignades recensées au préfet coordonateur de bassin à des fins d'inscription au registre des zones protégées, ainsi qu'au ministre chargé de la santé à des fins de rapportage auprès de la Commission européenne.

Déclaration des baignades aménagées :
Recevoir et exploiter les dossiers de déclaration relatifs à l'aménagement d'une baignade.

Profils d'eaux de baignade :
Recevoir les profils et les documents de synthèse relatifs aux eaux de baignade et leur mise à jour, élaborés par les personnes responsables d'eaux de baignade, transmis par les communes concernées ;
Transmettre aux maires et aux personnes responsables des eaux de baignades concernées, les éventuelles observations

sur les dates de saison balnéaire, les profils, la surveillance mise en œuvre par la personne responsable de l'eau de baignade et les raisons de fermeture des baignades de qualité classée « insuffisante ».

Missions de prévention et de promotion de la santé

*Elaborer des documents destinés à l'information du public ou des gestionnaires d'eaux de baignade concernant les risques sanitaires liés à la baignade, en mentionnant le cas échéant des risques particuliers, par exemple: en cas de prolifération de cyanobactéries, d'algues vertes, d'*ostreopsis ovata*.*

Présenter, à l'issue de chaque saison balnéaire, un bilan départemental de la qualité des eaux de baignade devant le comité départemental d'évaluation des risques sanitaires et technologiques (CODERST).

Missions de surveillance et d'observation

Organiser et piloter le contrôle sanitaire des eaux de baignade en lien avec le(s) laboratoire(s) agréé(s) (modalités de prélèvements et d'analyses d'eau à effectuer pendant la saison balnéaire, adaptation du programme de contrôle en cas de risque de pollution) ;

A l'issue de chaque saison balnéaire, évaluer la qualité des eaux de baignade et établir leur classement selon les différentes catégories prévues réglementairement ;

Transmettre la liste des eaux de baignade susceptibles d'être classées en qualité insuffisante à l'agence de l'eau concernée, afin que les travaux pour supprimer les risques de pollution puissent être financés en priorité.

Missions de contrôle et d'inspection

Mettre en demeure les maires concernés au titre des dispositions de l'article L.1332-4 du code de la santé publique ;

Piloter l'appel d'offre pour retenir le laboratoire agréé chargé du contrôle sanitaire des eaux de baignade ;

Contrôler les eaux de baignade au titre de l'article D.1332-36 du code de la santé publique (vérification de la surveillance mise en place par la personne responsable de l'eau de baignade, interprétation sanitaire des résultats d'analyses, vérification des mesures de gestion, réalisation de prélèvements et d'analyses complémentaires, le cas échéant, en cas de pollution ou de risque sanitaire, inspection des eaux de baignade).

Gestion des situations à risque

Proposer au préfet d'interdire la baignade en application de l'article L.1332-4, en cas d'atteinte à la santé ou à la sécurité des baigneurs, ou à l'hygiène ou la salubrité publique.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
	Participer au rapportage annuel de la qualité des eaux de baignade auprès de la Commission européenne.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Piscines

Orientations nationales

Objectif national :
Prévenir les risques sanitaires liés aux activités récréatives en piscine non réservée à l'usage personnel d'une famille.

Justification sanitaire :
La revue de la littérature scientifique montre que l'incidence de certaines pathologies peut être reliée à l'activité de baignade en piscine. Les infections cutanées (mycoses, dermatoses virales ou bactériennes, verrues plantaires) sont les plus fréquentes, suivies des affections de la sphère ORL (otites, angines, rhinites, conjonctivites), des troubles intestinaux (gastro-entérites) et, dans une moindre mesure, des affections pulmonaires. De rares cas de méningites et d'hépatites virales ont également été recensés (AFSSET, 2010).
L'eau, les surfaces, le sol et l'air ambiant des piscines peuvent être des lieux de contamination microbiologique (bactéries, virus, protozoaires et champignons microscopiques). Une partie de celle-ci est d'origine environnementale, mais sa principale source provient des baigneurs, lesquels libèrent naturellement dans l'eau de nombreux germes, parfois pathogènes, par l'intermédiaire de la peau, des phanères ou des sécrétions (fèces, urine, sueur, etc.). Les voies d'exposition concernent principalement l'ingestion d'eau, le contact cutané et, dans une moindre mesure, la voie respiratoire (AFSSET, 2010).
Concernant les trichloramines, l'exposition augmenterait la fréquence et majorerait la gravité des maladies respiratoires (asthme, bronchites) et de l'eczéma chez les professionnels et les enfants (en particulier avant l'âge de deux ans) fréquentant régulièrement les piscines chlorées, justifiant la mise en place de mesures particulières pour ces deux populations (AFSSET, 2010). D'autres composés chimiques, les sous produits de désinfection (organohalogénés volatils), présents dans l'eau ou dans l'air des piscines, peuvent présenter un risque sanitaire.

Base législative et réglementaire :
Articles L.1332-1, L.1332-4, L.1332-5, L.1332-8 et L.1332-9 du code de la santé publique ;
Article L.1337-1 du code de la santé publique ;
Articles D.1332-1 à D.1332-13 du code de la santé publique ;
Article D.1332-1 :
« Les normes définies dans la présente section s'appliquent aux piscines autres que celles réservées à l'usage personnel d'une famille. Une piscine est un établissement ou une partie d'établissement qui comporte un ou plusieurs bassins artificiels utilisés pour les activités de bain ou de natation. Les piscines thermales et les piscines des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de suite et de réadaptation, d'usage exclusivement médical, ne sont pas soumises aux dispositions de la présente section » ;
Annexe 13-6 du code de la santé publique ;
Articles A.322-4 à A.322-7 du code du sport ;
Annexe III-7 du code du sport ;
Arrêté du 7 avril 1981 fixant les dispositions techniques applicables aux piscines (modifié par l'arrêté du 28 septembre 1989 et l'arrêté du 18 janvier 2002).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Recevoir et exploiter les dossiers de déclaration des piscines recevant du public ;
Instruire les demandes d'autorisation d'utilisation d'une autre eau que celle du réseau public ;
Préparer l'arrêté préfectoral en application des dispositions de l'article D.1332-12 du code de la santé publique.

Missions de prévention et de promotion de la santé

Informer le public et les gestionnaires de piscines concernant les risques sanitaires liés aux piscines, en mettant en avant les règles d'hygiène devant être respectées par le public et les autres moyens permettant de réduire les risques sanitaires : agencement des locaux, nettoyage et entretien des locaux, traitement de l'eau, gestion de la qualité de l'air.

Missions de surveillance et d'observation

Organiser et piloter le contrôle sanitaire des eaux de piscines recevant du public en lien avec le(s) laboratoire(s) agréé(s) (modalités de prélèvements et d'analyses d'eau, adaptation du programme de contrôle en cas de risque de pollution).

Missions de contrôle et d'inspection

Piloter l'appel d'offre pour retenir le laboratoire agréé chargé du contrôle sanitaire des eaux de piscines ;
Inspecter régulièrement les piscines recevant du public, en priorité celles dont l'eau présente des non conformités ou faisant l'objet de plaintes d'usagers.

Gestion des situations à risque

Proposer au préfet d'interdire ou de limiter l'utilisation de l'établissement ou de la partie concernée en cas de risques sanitaires

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
-	-

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Usages domestiques d'eau non potable

Orientations nationales

Objectif national :
Prévenir les risques sanitaires liés aux usages domestiques d'eau non potable.

Justification sanitaire :
L'utilisation d'une ressource en eau autre que celle distribuée par le réseau public (eau issue de puits, de forages domestiques ou de sources et eaux de pluie récupérées) peut présenter des risques sanitaires pour la population.
Ces eaux sont non potables car elles sont contaminées microbiologiquement et chimiquement. Elles ne respectent donc pas les limites de qualité fixées par le code de la santé publique pour les eaux destinées à la consommation humaine. L'usage d'une eau non potable à l'intérieur de l'habitat nécessite la coexistence d'un réseau d'eau non potable avec le réseau public de distribution d'eau potable. La connexion entre ces deux réseaux peut contribuer à polluer le réseau intérieur d'eau potable et, par retour d'eau, le réseau public. En effet, les expériences de double réseaux ont montré, tant en France qu'à l'étranger, que la séparation totale de réseaux ne peut être assurée à long terme dès lors qu'un double réseau existe dans l'habitat.

Base législative et réglementaire :
- Directive 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, notamment ses articles 2 et 3 ;
- Code de la santé publique, notamment ses articles L.1321-1, R.1321-1 et R.1321-57 ;
- Décret n° 2008-652 du 2 juillet 2008 relatif à la déclaration des dispositifs de prélèvement, puits ou forages réalisés à des fins d'usage domestique de l'eau et à leur contrôle ainsi qu'à celui des installations privatives de distribution d'eau potable, et ses textes d'applications ;
- Arrêté du 21 août 2008 relatif à la récupération des eaux de pluie et à leur usage à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments ;
- Arrêté du 17 décembre 2008 fixant les éléments à fournir dans le cadre de la déclaration en mairie de tout prélèvement, puits ou forage réalisés à des fins d'usage domestique de l'eau ;
- Arrêté du 17 décembre 2008 relatif au contrôle des installations privatives de distribution d'eau potable, des ouvrages de prélèvement, puits et forages et des ouvrages de récupération des eaux de pluie ;
- Arrêté du 15 janvier 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Base de données - Déclaration des puits et forages domestiques » ;
- Circulaire interministérielle n°DGS/SDEA4/DGALN/DEB/DGCL/2009/388 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre du contrôle des ouvrages de prélèvement, puits et forages, des ouvrages de récupération des eaux de pluie ainsi que des installations privatives de distribution d'eau potable en application de l'arrêté du 17 décembre 2008.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Instruire les demandes de dérogation au titre de l'article R.1321-57 du code de la santé publique.

Missions de prévention et de promotion de la santé

Informer les utilisateurs de puits privés en cas de pollution de la ressource en eau utilisée, en lien avec les maires concernés ;
Informer les utilisateurs d'eau non potable sur les risques sanitaires que présente cette utilisation.

Missions de surveillance et d'observation

Recenser les incidents sanitaires associés à des usages domestiques d'eau non potable, directement signalés à l'ARS ou via les services publics d'eau potable.

Missions de contrôle et d'inspection

Constater les infractions en application de l'article L.1324-4 du code de la santé publique ;
Lors des inspections des établissements de santé, vérifier l'absence d'usages domestiques d'eau non potable, en particulier d'eau de pluie (en application de l'arrêté du 21 août 2008 précité).

Gestion des situations à risque	
Vérifier la mise en place des actions correctives par les maîtres d'ouvrage en cas de pollution de réseau par retour d'eau portée à la connaissance des ARS	
Indicateurs CPOM concernés	**Enquêtes périodiques prévisibles**

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Eaux usées

Orientations nationales

Objectif national :
Prévenir les risques sanitaires liés aux rejets d'eaux usées en amont d'usages sanitaires.

Justification sanitaire :
Il s'agit de prévenir les épidémies d'origine hydrique en évitant que les microorganismes d'origine fécale contenus dans les eaux usées ne contaminent des eaux utilisées pour des usages sanitaires (eaux destinées à la production d'eau potable, eaux de baignade …) ou des denrées alimentaires (conchyliculture, pêche à pied …).
Il s'agit également de protéger les travailleurs, usagers, riverains et consommateurs de produits dans le cas de la réutilisation des eaux usées traitées pour l'irrigation, de prévenir les risques sanitaires liés à l'épandage agricole de boues de stations d'épuration, et de protéger les personnes du risque d'exposition à une contamination fécale dans le cadre de l'assainissement non collectif.

Base législative et réglementaire :
- Code de la santé publique : articles L.1331-1 à L.1331-16, L.1337-2, R.1331-1, R.1331-1 à R.1331-3 et R.1337-1.
- Code de l'environnement : articles R.211-22 à R.211-47
- Code général des collectivités territoriales : articles L.2224-7 à L.2224-12-5 et R.2224-6 à R.2224-21

- **Assainissement collectif :**

- Arrêté du 22 juin 2007 relatif à la collecte, au transport et au traitement des eaux usées des agglomérations d'assainissement ainsi qu'à la surveillance de leur fonctionnement et de leur efficacité, et aux dispositifs d'assainissement non collectif recevant une charge brute de pollution organique supérieure à 1,2 kg/j de DBO_5 ;.
- Circulaire du 15 février 2008 relative aux instructions pour l'application de l'arrêté interministériel du 22 juin 2007 relatif à la collecte, au transport, au traitement des eaux usées des agglomérations d'assainissement ainsi qu'à la surveillance de leur fonctionnement et de leur efficacité et aux dispositifs d'assainissement non collectif, recevant une charge brute de pollution organique supérieure à 1,2 kg/j de DBO_5.

- **Assainissement non collectif :**

- Arrêté du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;
- Arrêté du 7 septembre 2009 relatif aux modalités de l'exécution de la mission de contrôle des installations d'assainissement non collectif ;
- Arrêté du 7 septembre 2009 fixant les prescriptions techniques applicables aux installations d'assainissement non collectif recevant une charge brute de pollution organique inférieure ou égale à 1,2 kg/j de DBO_5.

- **Réutilisation des eaux usées traitées :**

- Arrêté du 2 août 2010 relatif à l'utilisation d'eaux issues du traitement d'épuration des eaux résiduaires urbaines pour l'irrigation de cultures ou d'espaces verts.

- **Epandage des boues de stations d'épuration :**

- Arrêté du 8 janvier 1998 fixant les prescriptions techniques applicables aux épandages de boues sur les sols agricoles pris en application du décret n° 97-1133 du 8 décembre 1997 relatif à l'épandage des boues issues du traitement des eaux usées.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Donner un avis sanitaire sur les demandes d'autorisation des rejets d'assainissement collectif et de plans d'épandage de boues de stations d'épuration ;
Donner un avis sanitaire sur les projets d'infiltration des eaux usées traitées, sur la base de l'avis d'un hydrogéologue agréé ;
Instruire, pour le compte du préfet, les demandes d'autorisation de réutilisation d'eaux usées traitées pour l'irrigation ;
Donner un avis sanitaire sur les Schémas directeurs d'aménagement et des gestion des eaux (SDAGE), schémas d'aménagement et de gestion des eaux (SAGE locaux), plan local d'urbanisme (PLU) et schémas d'assainissement, notamment pour que dans ces documents soient pris en compte les enjeux sanitaires (captage destinée à la production d'eau potable, lieux de baignades, etc.) ;
Proposer au préfet de saisir l'Anses sur un projet d'assainissement (art R.1331-1), lorsque des usages sensibles existent en aval du rejet.

Missions de prévention et de promotion de la santé

Sans objet.

Missions de surveillance et d'observation

Connaître les installations d'assainissement collectif et non collectif susceptibles d'affecter un usage sanitaire sensible situé en aval (prise d'eau potable, baignades, zone conchylicole ou pêche à pied, etc.) et recevoir les dépassements des valeurs limites des rejets de stations d'épuration de la part des services de police de l'eau.

Missions de contrôle et d'inspection

Etre le référent en ce qui concerne la détermination des risques sanitaires des installations d'assainissement collectif et d'assainissement non collectif. En particulier, être le référent des services publics d'assainissement non collectif pour les risques sanitaires liés à l'assainissement ;
Contrôler l'application des servitudes relatives à l'assainissement prévues par les périmètres de protection ;
Contrôler l'application des arrêtés d'autorisation de réutilisation des eaux usées traitées pour l'irrigation.

Gestion des situations à risque

Connaître les modalités de transmission des informations entre l'exploitant de station d'épuration et les responsables concernés des usages en aval, en cas de rejets non-conformes susceptibles d'avoir un impact sanitaire sur les usages sensibles situés à l'aval.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Sans objet.	

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Systèmes d'Information sur les eaux

Orientations nationales

Objectif national :
Rendre opérationnel pour les ARS un outil permettant la détection des non conformités des eaux et d'assurer le contrôle sanitaire ainsi que pour l'échelon central, le rapportage à la Commission européenne.

Justification sanitaire :
Les systèmes d'information sur les eaux permettent aux ARS de connaître les usages sanitaires sensibles et leur fonctionnement, de disposer de moyens de pilotage et d'aide à la décision, notamment en cas de non conformités, d'informer le public et les parties prenantes sur la qualité des eaux et d'échanger des données avec les autres acteurs de l'eau sur la base de méthodes de traitement de l'information standardisée (normes et référentiels) ;
Les systèmes d'information sur les eaux permettent à la DGS de produire les rapports pour la Commission européenne, dans le respect des échéanciers communautaires et les bilans nationaux et aux agences d'expertise sanitaire de connaître les niveaux d'exposition de la population, dans leur démarche d'évaluation des risques sanitaires.

Base législative et réglementaire :
- **Directive du Conseil du 23 décembre 1991** visant à la standardisation et à la rationalisation des rapports relatifs à la mise en œuvre de certaines directives concernant l'environnement (91/692/CEE) ;
- **Directive 98/83/CE du Conseil du 3 novembre 1998** relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et notamment son article 13 ;
- **Directive 2006/7/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 février 2006** concernant la gestion de la qualité des eaux de baignade et abrogeant la directive 76/160/CEE et notamment ses articles 12 et 13 ;
- **Règlement n° 882/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004** relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux et notamment son article 44 ;
- **Circulaire DGS/EA4/MSI/2010/80 du 3 mars 2010** relative à la définition du rôle des structures de support du système d'information en santé - environnement sur les eaux (SISE-eaux) et aux modalités transitoires d'assistance aux utilisateurs et de maintenance ;
- **Instruction DGS/EA4/2010/140 du 19 avril 2010** relative au programme d'amélioration de la qualité des données des systèmes d'information en santé-environnement sur les eaux d'alimentation (SISE-Eaux) et les eaux de baignade (SISE-Baignades) pour l'année 2010.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Sans objet.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- *Informer le public sur la qualité des eaux en éditant régulièrement les documents prévus par l'infocentre « SISE-eaux »;*
- *Fournir régulièrement les données utiles aux différents acteurs de l'eau dans le cadre d'une convention d'échanges de données.*

Missions de surveillance et d'observation

- *Recueillir les interrogations et les besoins fonctionnels des utilisateurs relatifs aux évolutions des systèmes d'information sur les eaux en vue de les transmettre à la DGS ;*
- *Participer aux groupes de travail mis en place par la DGS sur les systèmes d'information sur l'eau à toutes les phases du projet, de la conception au déploiement ;*
- *Former les utilisateurs des systèmes d'information aux évolutions des systèmes d'information ;*
- *Participer au plan de recette fonctionnelle des systèmes d'information mis en œuvre par le ministère de la santé en participant à la phase de conception des tests et en testant les nouvelles fonctionnalités ;*
- *Recueillir les anomalies et les demandes d'évolution et les transmettre à la DGS via l'application « MANTIS » ;*
- *Mettre à jour régulièrement les contours des périmètres de protection et des unités de distribution sous le format du*

système d'information géographique : SIG (projet en cours) ;

- *Déployer localement les applications (serveur et postes utilisateurs).*

Missions de contrôle et d'inspection

- *Intégrer dans les systèmes d'information tous les résultats d'analyses, quel que soit le motif du prélèvement, et les valider à mesure que les résultats sont portés à la connaissance des ARS, et au plus tard dans les sept jours qui suivent la date de réception des résultats du laboratoire agréé ;*
- *Mettre à jour les différents objets dans les systèmes d'information au fur et à mesure de leur évolution en respectant les consignes de modélisation ;*
- *Contrôler régulièrement la qualité des données en utilisant les requêtes de contrôle développées par le pôle d'administration des données sur l'eau (PADSE) pour repérer les données erronées et corriger les anomalies.*

Gestion des situations à risque

- **Mettre en œuvre les actions correctives afin d'améliorer la qualité des données contenues dans les systèmes d'information en respectant les priorités définies au niveau national.**

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
	Requêtes trimestrielles du PADSE pôle d'administration des données sur l'eau, mises en ligne sur l'intranet en santé et environnement « RESE ».

Domaine « santé – milieu de vie »

Sécurité sanitaire des aliments

Orientations nationales

Objectif national :
Assurer la protection de la population vis-à-vis des risques sanitaires liés aux denrées alimentaires.

Justification sanitaire :
Les exigences prioritaires exprimées de plus en plus fortement par les consommateurs français concernant la sécurité sanitaire de leur alimentation et sa qualité ont conduit à remanier et à renforcer le dispositif relatif à la mission de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments.
A titre d'exemples :

- le nombre de toxi-infections alimentaires collectives déclarées en 2008 correspond à 1124 foyers correspondant à 12 549 malades dont 742 hospitalisés et 5 décès. 10% des foyers sont survenus en restauration scolaire (2570 malades), 9 % en institut médico-sociaux (1858 cas) et 27 % en restauration commerciale (2570 cas). A noter que 71% des Toxi-infections collectives(TIAC) à salmonelles (les plus fréquentes) sont survenus dans le cadre de repas familiaux. *Bacillus cereus* et C*lostridium perfringens* sont surtout rencontrés en restauration collective (commerciale et sociale); les virus entériques sont essentiellement rencontrés en restauration familiale et dans les institutions médico-sociales (EHPAD, établissements d'hospitalisation pour personnes âgées,…). Malgré l'augmentation constante du nombre de TIAC déclarées depuis 1990, leur répartition selon le lieu de consommation de l'aliment contaminé est relativement stable dans le temps. On note cependant une diminution de la proportion des foyers survenus en restauration scolaire (23 % en 1990,10 % depuis 2005) ; en revanche, la proportion des foyers survenant en restauration commerciale a augmenté depuis 2003. La proportion de foyers familiaux déclarés est restée stable au fil des années autour de 30 % des foyers déclarés ;
- en 2009, 328 cas de listérioses (contre 269 en 1999) ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire dont 50 cas de forme materno-néonatale avec un taux de létalité de 32 % et 278 cas de forme non materno-néonatale (personnes âgées et personnes immunodéprimées particulièrement touchées) avec un taux de létalité de 24 % ;
- depuis 1990, six épidémies d'hépatite A ont été imputées à la consommation de coquillages. Cinq épidémies sont survenues dans des départements littoraux dont deux dans la zone d'élevage conchylicole de la Baie de Paimpol en 1999 et 2007. En 2009, 21 % des 1547 cas d'hépatite A étaient liés à la consommation de fruits de mer ;
- de mi-septembre à mi-octobre 2010, 14 cas d'intoxications liées à la consommation d'amanite phalloïdes ont été recensés par les centres antipoison auxquels se sont ajoutés 10 cas graves d'intoxication à d'autres champignons avec des conséquences graves sur la santé (troubles digestifs sévères, atteintes du foie ayant pu nécessiter une greffe).

L'identification des dangers, l'évaluation de l'exposition des consommateurs à ces dangers et la connaissance des caractéristiques de la consommation alimentaire doivent être renforcées par le biais du développement de compétences locales dans des domaines tels que la microbiologie, la toxicologie, l'épidémiologie, la nutrition, la santé animale ainsi que la méthodologie HACCP, préconisée pour la mise en place des procédures de maîtrise des risques dans les industries agroalimentaires.

L'opération interministérielle de vacances (OIV) a pour objet de renforcement des contrôles en période estivale, notamment contrôles des eaux de baignades, contrôles des gisements de coquillages pour la pêche à pied de loisir et contrôles des règles d'hygiène dans les structures d'accueil des vacanciers (camping, camps de vacance) et restaurants, marchés et commerces situés en zone touristique.

Depuis quelques années, l'accumulation de PCB dans les poissons et dans les sédiments est avérée et la question de leur impact sanitaire se pose chez les consommateurs de poissons. La plupart des PCB sont des cancérogènes probables, des perturbateurs endocriniens et/ou des inducteurs enzymatiques susceptibles de perturber le métabolisme.

Base législative et réglementaire :
Règlement (CE) n° 882/2004 du 29 avril 2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et les dispositions relatives la santé animale et au bien être des animaux ;
Règlement (CE) n° 854/2004 du 29 avril 2004 modifié fixant les règles spécifiques d'organisation des contrôles officiels concernant les produits d'origine animale destinés à la consommation humaine ;
Décision de la Commission du 21 mai 2007 établissant les lignes directrices pour aider les Etats membres à élaborer le plan de contrôle national pluriannuel intégré unique prévu par le règlement (CE) n° 882/2004 du Parlement européen et du Conseil ;
Code de la Santé publique : articles L..1312-1, L.1324-1 et L.1324-2, 1421-4, L.1434-1,1431-2, 1435-1 ;
Code de la consommation : articles L.215-1, L..215-2, 218-1, 218-1-1 ;
Décret n°90-618 du 11 juillet 1990 modifié relatif à l'exercice de la pêche maritime de loisir ;

Décret n°99-1163 du 21 décembre 1999 modifié relatif à la pêche maritime de loisir ;
Arrêté du 21 mai 1999 relatif au classement de salubrité et à la surveillance des zones de production et des zones de « reparcage » des coquillages vivants ;
Circulaire interministérielle n° 0632 du 10 juillet 2008 relative à la réglementation concernant la gestion sanitaire des zones de production de mollusques bivalves vivants pour les toxines lipophiles ;
Note de service DGS/EA3/2007/255 du 22 juin 2007 relative au plan national de contrôle officiel pluriannuel des denrées alimentaires (PNCOPA) ;
Note de service DGS/SD7D/2007/86 du 1er mars 2007 relative au protocole du 29 décembre 2006 de coopération DGAL/DGCCRF/DGS dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire ;
Note de service interministérielle n°DGS/EA3/DGAL/SDQPV/2008/333 du 07 novembre 2008 relative au transfert de compétences en matière de contrôle officiel des cressonnières ;
Circulaire interministérielle n° 0632 du 10 juillet 2008 relative à la réglementation concernant la gestion sanitaire des zones de production de mollusques bivalves vivants pour les toxines lipophiles ;

Plan national d'actions sur les polychlorobiphényles (PCB), février 2008 ;
Avis de l'ANSES sur les PCB et mesure de gestion à mettre en œuvre dans les bassins ;
Projet de circulaire relative à la surveillance sanitaire des gisements naturels de coquillages fréquentés pour des activités de pêche à pied de loisir (en préparation) ;
Projet de circulaire relative aux modalités de mise en œuvre par les préfets des mesures de gestion dans le cadre du Plan national d'actions sur les polychlorobiphényles (PCB) (en préparation).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Les ARS peuvent avoir des services de contrôle (cf. article L.1435-1 du code de la santé publique qui mentionne « les services de l'agence »). Les ARS établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L.1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L.1434-1 (projet régional de santé) et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent, de l'article L.1431-2 du code de la santé publique. Les ARS, dans ce cadre, sont chargées des contrôles des règles d'hygiène à titre principal.

Il appartient au préfet de département d'adopter les mesures de gestion relatives à la commercialisation et à la consommation de poisson contaminés. Il règlemente par arrêté l'exercice de la pêche à pied de loisir hors ou sur les zones de production lorsque celles-ci sont contaminées. L'ARS est responsable de la rédaction de l'arrêté lorsque seule une pêche de loisir est pratiquée sur les sites visés par l'interdiction.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Information et communication sur certains risques alimentaires vers les consommateurs, certaines populations sensibles et les professionnels de santé.

Missions de surveillance et d'observation

Les agents des ARS alertent le public sur certains risques alimentaires notamment en ce qui concerne certaines populations sensibles et informent les professionnels de santé :

- Mission de surveillance des gisements de coquillages pour la pêche à pied de loisir. Prélèvements de coquillages sur un ou plusieurs points jugés représentatifs de la qualité de la zone considérée et analyses microbiologique (recherche de *E. coli*), chimique (dosage des contaminants plomb, cadmium, mercure) et recherche d'espèces phytoplanctoniques toxinogène dans les eaux (pendant les périodes à risque) pour chaque groupe de coquillages (groupe 1 : gastéropodes, échinodermes et tuniciers ; groupe 2 : bivalves fouisseurs ; groupe 3 : bivalves non fouisseurs) ;
- Dans les zones de production conchylicoles, la surveillance sanitaire des coquillages récoltés à titre récréatif relevant d'un autre groupe que celui ou ceux relevant de la pêche ou de la production professionnelle devra faire l'objet d'un suivi si la fréquentation du gisement par les pêcheurs de loisirs est significative. Les modalités de la surveillance sont identiques à celles appliquées aux sites de pêche de loisir situés hors zone de production.

Missions de contrôle et d'inspection

En matière de contrôle de l'hygiène alimentaire, les agents des ARS détiennent des pouvoirs au titre du code de la consommation (livre II Conformité et sécurité des produits et des services, articles L.215-1 et L.215-2) tant en matière de police judiciaire que de police administrative (L.218-1 et .L218-1-1). Ils sont habilités à rechercher et constater des infractions aux dispositions réglementaires prises en application du II de l'article L. 231-1, des articles L.231-5, L.231-6, L.236-1, L.236-2 et L.236-4 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception de celles relatives à la production primaires et celles relatives aux abattoirs, aux dispositions des règlements communautaires du paquet hygiène. Ils sont compétents pour veiller au suivi des gisements naturels de coquillages de pêche à pied de loisir :

- Inspection des règles d'hygiène alimentaire dans le cadre du Plan National de Contrôle Officiel Pluriannuel (PNCOPA) : Contrôle de l'application des dispositions du « Paquet Hygiène », dans les établissements de remise directe et les établissements de restauration collective, dans le secteur médico-social et sanitaire selon la répartition des compétences indiquée dans le protocole interministériel DGAL/DGCCRF/DGS de coopération dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments du 29 décembre 2006 ;

- Opération interministérielle vacance, dispositif de contrôles renforcés piloté par le ministère de l'économie, des finances et l'industrie, réalisée chaque année entre le 1er juillet et le 31 août. Actions de plusieurs services de l'Etat coordonnées par le préfet localement (police, gendarmerie, douanes et des droits indirects, DDCSPP, ARS, DDCS (missions Jeunesse et Sports), DDTM (missions des Affaires maritimes) ;
- Suivi des gisements naturels de coquillages de pêche à pied de loisir.

Gestion des situations à risque

- Gestion des TIAC et autres maladies à déclaration obligatoire, investigations en lien avec l'InVS et la Direction départementale de la protection des populations (DDPP) ;
- *Suspension temporaire ou définitive de la pêche de loisir ou réévaluation la qualité sanitaire du gisement naturel.*

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
	Enquêtes annuelles sur l'activité de contrôle et d'inspection au titre du PNCOPA et sur le bilan de l'opération interministérielle vacances (OIV).

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Nutrition
Programme national nutrition santé – Plan obésité

Orientations nationales

Objectif national :
Le Programme national nutrition santé (PNNS), initié en 2001 et prolongé en 2006 puis en 2011, a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un des déterminants de santé qu'est la nutrition. Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs servant de support aux actions. Il a permis la mobilisation de nombreux acteurs. Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition.
Le Président de la République a souhaité la formalisation d'un plan obésité (PO), pour la France pour la période 2011-2013, avec pour objectif de renforcer les actions de prévention en mobilisant les acteurs concernés, d'améliorer la prise en charge des patients et l'organisation des soins et de répondre à la croissance du nombre de sujets gravement atteints.

Justification sanitaire :
L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé. Les avancées de la recherche ont précisé le rôle que jouent l'inadéquation des apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardio-vasculaires, qui représentent plus de 55% des 550.000 décès annuels en France. Des facteurs nutritionnels sont aussi impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis du diabète, de l'obésité, de l'ostéoporose ou de diverses déficiences.

Par ailleurs, l'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières années a concerné particulièrement les populations défavorisées et les formes graves. Les conséquences sur la santé sont dominées par le diabète et l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les atteintes articulaires sources de handicaps et certains cancers. L'obésité retentit également sur la qualité de vie, elle est à l'origine de stigmatisation et de discrimination. C'est une source d'inégalité sociale de santé. L'obésité est considérée par de nombreux experts comme une maladie de la transition économique et nutritionnelle. Elle est liée à l'évolution des modes de vie (alimentation, activité), à des facteurs environnementaux et économiques, sur un fond de prédisposition biologique, aggravée par de nombreux facteurs (médicamenteux, hormonaux etc.)

Base législative et réglementaire :
Le Parlement a introduit en 2010 (loi n°2010-873), une disposition législative sur le programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé : article L.3231-1 du code de la santé publique.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Missions de prévention et de promotion de la santé

Le dialogue permanent nécessaire entre le niveau national et le niveau régional dans le cadre de la mise en œuvre des deux plans PNNS et Plan obésité nécessite une structuration des interlocuteurs dans un souci de cohérence nationale et d'adaptation aux conditions régionales. Les correspondants PNNS/PO des ARS, auront à animer et à coordonner la mise en cohérence de ces deux plans avec les programmes d'autres ministères, notamment le plan national pour l'alimentation présenté par le ministre chargé de l'alimentation dont une déclinaison régionale est précisée dans une circulaire en date du 15 mars 2010. Celle ci prévoit d'associer les ARS à la gouvernance locale des plans d'action régionaux, comme membre des comités régionaux pour l'alimentation.

- Assurer, par l'intermédiaire du correspondant PNNS et PO de l'ARS, le lien direct et permanent avec la coordination nationale du PNNS, assurée par la Direction générale de la santé ;
- Etre en charge de l'animation de la déclinaison du PNNS et du PO à l'échelon régional ;
- Assurer la mobilisation et la coordination des acteurs régionaux ;
- Représenter l'ARS au comité régional pour l'alimentation mis en place par la Direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt (DRAAF).

Missions de surveillance et d'observation

- Contribuer à l'élaboration de la déclinaison régionale de ces études afin de disposer de données fiables d'évolution de la situation ;
- Suivre les indicateurs d'obésité et de surpoids indiqués dans le CPOM.

Missions de contrôle et d'inspection

Gestion des situations à risque

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Prévalence de l'obésité déterminée à partir de l'indice de masse corporelle (poids en kg/taille² en m²), analysée selon les références reconnues par le Programme national nutrition santé et le Plan obésité (annuel CPOM et triennal).	Enquête triennale menée par la DREES en milieu scolaire.

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Impact liés aux activités humaines passées, présentes et futures

Orientations nationales

Objectif national :
Mieux connaître et réduire l'impact sanitaire des activités humaines passées, présentes ou futures en fonctionnement normal ou dégradé, sensibiliser et informer les maîtres d'œuvre et les populations riveraines de ces activités.
Plans nationaux
Plan national santé environnement 2.
Le 2ème Plan National Santé Environnement 2009-2013 prévoit dans le cadre de son action 19, l'identification des établissements recevant des populations sensibles sur des sites potentiellement pollués en raison d'une activité passée. Les établissements concernés sont les crèches, les écoles maternelles et élémentaires, les établissements hébergeant des enfants handicapés, les collèges et lycées, ainsi que les établissements de formation professionnelle des jeunes du secteur public ou privé. Les aires de jeux et espaces verts attenants sont également concernés. Afin de connaître l'état réel des sols sur lesquels ces établissements sont implantés, des diagnostics doivent être menés au sein de chacun d'entre eux.
Plan particules (paru en juillet 2010).

Justification sanitaire : on dénombre en France plus de 10 000 usines polluantes, plus de 200 000 sites et sols potentiellement pollués, le trafic automobile augmente chaque année de 2,5 %, environ 2000 accidents industriels ont lieu chaque année. Une grande variété d'activités urbaines, industrielles et agricoles sont ainsi sources d'émissions potentiellement dangereuses pour la santé, de bruit et d'odeurs, susceptibles d'atteindre et d'affecter certaines personnes, notamment les plus fragiles. Si d'importants progrès ont été globalement enregistrés dans la réduction des pollutions liées aux activités humaines, l'amélioration des connaissances scientifiques, l'acceptabilité moindre des risques par la population, l'existence de situations locales particulièrement dégradées (site et sols pollués, usine polluante, …), et la probabilité même faible de survenue d'accidents majeurs sur des installations industrielles classées nécessitent de mieux prendre en compte, connaître et réduire les impacts sanitaires liés aux activités humaines et de planifier les actions de protection de la population. La diffusion d'une culture de santé publique auprès de la population, des professionnels concernés et des services de l'Etat participe à cet objectif.

Base législative et réglementaire :

- L'article L. 1435-1 alinéa 8 du code de la santé publique prévoit que l'agence régionale de santé « fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine » ;
- L'article 43 de la loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'Environnement dispose que l'inventaire des sites potentiellement pollués en raison d'une activité passée et son croisement avec l'inventaire des lieux d'accueil des populations sensibles seront achevés en 2010, afin d'identifier les actions prioritaires ;
- La circulaire interministérielle du 4 mai 2010 relative aux diagnostics des sols dans les lieux accueillant les enfants et les adolescents, précise les modalités de programmation et de réalisation des opérations de diagnostics, ainsi que les missions des acteurs concernés, dont les ARS et les CIRE s'agissant des établissements classifiés en catégorie C.

La démarche de diagnostics est décrite dans le guide ADEME/BRGM/INERIS/InVS de gestion des résultats des diagnostics.
Le rôle des ARS et des CIRE est précisé dans le guide DGS/InVS de gestion sanitaire.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- *Elaborer des avis dans le cadre des évaluations des risques sanitaires, d'une part, des dossiers sites et sols pollués et, d'autre part, des études d'impact exigées par la réglementation (Installations classées pour l'environnement, sols pollués, installations nucléaires de base, Installations ouvrages travaux aménagements, infrastructures de transport, …) comme contribution à l'avis de l'autorité environnementale ou sur sollicitation du préfet ;*
- *Dans le cadre de la consultation par les préfets, élaborer des avis prenant en compte spécifiquement le bruit et son impact sanitaire lors de demandes d'autorisation d'ouverture d'activités bruyantes (ball-trap, stands de tirs, …) et lors des procédures d'homologation des circuits de sports mécaniques ;*
- *Les avis de l'ARS relatifs au bruit des installations non classées devront s'appuyer sur les dispositions des articles R. 1334-32 et R. 1334-33 du code de la santé publique. Lors des avis sanitaires relatifs au bruit, les situations de multi expositions ainsi que les valeurs de référence existantes, notamment celles définies par l'Organisation Mondiale de la Santé, devront être prises en compte.*

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Informer le public et sensibiliser les bureaux d'études et les professionnels concernés aux méthodes d'évaluation des risques, aux études épidémiologiques et aux impacts sanitaires liés aux activités humaines ;
- Participer aux différentes commissions locales d'information et de surveillance (CLIS), commissions locales d'information et de concertation (CLIC), secrétariat permanent pour la prévention des pollutions industrielles (S3PI), de façon ponctuelle pour expliciter des choix de surveillance environnementale, les résultats de cette surveillance ou valider ou discuter des données d'ordre sanitaire ;
- Participer à la mise en place, à la réalisation et au suivi d'études de zone et des actions de gestion associées ;

En cas de crise sanitaire :

- veiller à la prise en compte des facteurs psychosociaux, à la bonne information de la population et des professionnels de santé sur les risques liés à cette crise ;
- Faire prendre en compte les aspects sanitaires, et notamment la problématique du bruit et l'encouragement aux modes de déplacement durables, sains et actifs (marche à pied, vélo…), dans la politique d'aménagement en participant de manière ciblée à la planification territoriale (Plans locaux d'urbanisme, certificat d'urbanisme, permis de construire,…) et thématique (schéma régional climat, air , énergie (SRCAE), plan départemental d'élimination des déchets des ménages et assimilés (PDEDMA),…).

Missions de surveillance et d'observation

- Renseigner la base de données « SISE-ERSEI » et faire des exploitations locales.

Missions de contrôle et d'inspection

Gestion des situations à risque

- *Participer à la définition et la mise en œuvre (plans, exercices) d'une stratégie de gestion des accidents ou crises liés à des contaminations chimiques, biologiques ou radiologiques, introduits volontairement ou non dans l'environnement. Lors de crises sanitaires, veiller à la bonne prise en compte des risques aigus mais également chroniques ou retardés en s'appuyant sur les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) et les centres de toxico vigilance ;*
- *Participer à la préparation et l'organisation des situations post-accidentelles, en lien avec les CIRE ;*
- *Organiser en cas de crise et le cas échéant, la mise en œuvre du suivi médical ou du dépistage de la population surexposée.*

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Qualité de l'air extérieur

Orientations nationales

Objectif national :
Prévenir et réduire l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé, à court, moyen et long termes.

Plans nationaux
Plan national santé environnement 2 (en particulier la fiche 1 « Plan particules » dont action 4 et les actions 5, 14, 22, 32) et Plan particules (paru en juillet 2010).
Le PNSE 2 s'est fixé notamment comme objectif de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé. Parmi les principales actions du PNSE 2 concernant cet objectif, figurent la réduction des émissions de particules dans l'air (fiche 1 du PNSE 2 et Plan Particules, en lien avec le non respect de valeurs réglementaires sur les particules dans plusieurs zones françaises à l'origine d'un précontentieux de la Commission européenne), la réduction des émissions dans l'air de six substances jugées particulièrement importantes au vu de leur toxicité et de l'exposition de la population (action 5), et le développement des modes de transport respectueux de la santé (action 14). L'autre grand objectif du PNSE 2 est la réduction des inégalités environnementales, en particulier en identifiant et gérant les zones géographiques pour lesquelles on observe une surexposition à des substances toxiques (action 32). En matière de qualité de l'air extérieur, le PNSE 2 vise également la prévention des allergies dues aux agents véhiculés par l'air tels que les pollens (action 22).

Justification sanitaire :
Des études épidémiologiques de grande ampleur ont mis en évidence l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique d'origine chimique. Cet impact continue à être évalué notamment via des projets de recherche et des programmes de surveillance tel le programme de surveillance air et santé (Psas), mis en place depuis 1997 par l'InVS dans neuf villes françaises. Concernant les effets à court terme de la pollution atmosphérique, ces travaux ont montré qu'il existait des liens entre une augmentation de cette pollution et une augmentation de la mortalité, une augmentation des hospitalisations ou des passages aux urgences pour causes respiratoires et cardio-vasculaires. Concernant les effets de l'exposition à long terme à cette pollution, les études sont moins nombreuses à l'heure actuelle mais tendent à montrer des augmentations du risque de développer un cancer du poumon ou une maladie cardio-pulmonaire (infarctus du myocarde, broncho-pneumopathie chronique obstructive ou BPCO, asthme…), soit des effets *a priori* plus importants que ceux d'une exposition à court terme. Les populations dites "à risque" vis-à-vis de l'exposition à cette pollution sont les enfants, les personnes âgées et les personnes présentant une pathologie chronique cardio-vasculaire ou respiratoire (asthme, BPCO,…). Selon des travaux menés pour la Commission européenne, la pollution due aux particules fines (particules de taille inférieure à 2,5 µm ou PM2.5) présente en Europe engendre une augmentation des affections respiratoires et causerait environ 350 000 décès prématurés chaque année dont 42 000 en France, ce qui correspondait à une perte moyenne d'espérance de vie de 8,2 mois. L'ozone serait responsable de l'ordre de 21 400 décès prématurés par an en Europe. A l'inverse, des études récentes montrent qu'une amélioration de la qualité de l'air entraîne des bénéfices sanitaires : ainsi à une diminution de 10 µg/m^3 des niveaux de particules fines aux Etats-Unis entre le début des années 80 et le début des années 2000, est associé un gain moyen de plus de 7 mois d'espérance de vie. Dernièrement, le projet européen APHEKOM (Améliorer les connaissances et la communication sur la pollution de l'air et la santé en Europe), mené dans 25 grandes villes européennes et coordonné par l'InVS, a montré que l'espérance de vie pourrait augmenter jusqu'à 22 mois pour les personnes âgées de 30 ans et plus, si les niveaux moyens annuels de particules fines PM2,5 étaient ramenés au seuil de 10 µg/m^3, valeur guide préconisée par l'OMS. Les résultats d'APHEKOM montrent également qu'habiter à proximité du trafic routier est un facteur majorant dans le développement de pathologies chroniques (asthme de l'enfant,...).

Les crématoriums constituent une source de pollution de l'air par divers agents toxiques et notamment les particules, les oxydes d'azote, le monoxyde de carbone, le mercure, les dioxines-furanes, les composés organiques volatils, le dioxyde de soufre et l'acide chlorhydrique.

Outre des polluants chimiques, l'air extérieur comprend des agents biologiques tels que les pollens et les moisissures pouvant jouer un rôle important dans le déclenchement et l'aggravation d'affections respiratoires d'origine allergique. La prévalence de la rhinite pollinique a triplé en 25 ans dans la population française : elle est désormais d'environ 20% chez les adultes et de 10 à 30% chez les enfants et adolescents en fonction des classes d'âge. Les pathologies allergiques d'origine pollinique sont, de plus, influencées par divers facteurs tels que le tabagisme, la pollution chimique de l'air, la pollution de l'air intérieur, des allergènes alimentaires,…

Base législative et réglementaire :
Directive 2004/107/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 décembre 2004 concernant l'arsenic, le cadmium, le mercure, le nickel et les hydrocarbures aromatiques polycycliques dans l'air ambiant ;
Directive 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe ;

Code de la santé publique : article L.1335-1 ;
Code de l'environnement : titre II du livre I et titre II du livre II ;
Code général des collectivités territoriales : titre II du livre II ;
Décret n°2010-1250 du 21 octobre 2010 relatif à la qualité de l'air ;
Décret n°2010-1268 du 22 octobre 2010 relatif à la régionalisation des organismes agréés de surveillance de la qualité de l'air ;
Projet de décret pris pour application de l'article 68 de la loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement relatif aux schémas régionaux du climat, de l'air et de l'énergie (en cours) ;
Projet de décret portant réforme des études d'impact des projets de travaux, d'ouvrages ou d'aménagements (en cours) ;
et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans le code de l'environnement (en cours) ;
Arrêté du 28 janvier 2010 relatif à la hauteur de la cheminée des crématoriums et aux quantités maximales de polluants contenus dans les gaz rejetés à l'atmosphère ;
Arrêté du 21 octobre 2010 relatif aux modalités de surveillance de la qualité de l'air et à l'information du public ;
Projet d'arrêté relatif au déclenchement des procédures préfectorales lors d'épisodes de pollution et au document simplifié mentionné à l'article R. 222-13-1 du code de l'environnement (en cours) ;
Projet d'arrêté relatif aux recommandations sanitaires lors d'épisodes de pollution (à venir).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

• Délivrance par le directeur général de l'agence régionale de santé au gestionnaire d'un crématorium, de l'attestation de conformité de l'installation de crémation, pour une durée de six ans et au vu du rapport de la visite de conformité réalisée par un bureau de contrôle agréé par le ministre chargé de la santé ;
• Les résultats du contrôle du ou des appareils de crémation, portant sur la conformité aux dispositions de l'article D. 2223-104, sur le respect des prescriptions applicables aux rejets gazeux fixées à l'article D. 2223-105 et sur les dispositifs de sécurité, sont adressés au directeur général de l'agence régionale de santé qui a délivré l'attestation de conformité ;
• Lors de la mise en service d'un nouvel appareil de crémation, une campagne de mesures permettant de vérifier le respect des prescriptions des articles D.2223-104 et D.2223-105 doit être effectuée dans les trois mois suivant la mise en service de l'installation. Les résultats sont communiqués, dans les trois mois, au directeur général de l'agence régionale de santé qui a délivré l'attestation de conformité.

Missions de prévention et de promotion de la santé

• Le ministre chargé de la santé ou l'agence régionale de santé établissent les recommandations sanitaires relatives à la qualité de l'air, destinées au grand public en vue de protéger la population et notamment les personnes fragiles ;
• Informer le grand public, les professionnels de santé et les autres parties prenantes, des risques pour la santé associés aux pollens et aux moisissures, des dates de démarrage des saisons polliniques et des comptes polliniques, et du risque allergique associé aux différents agents ;
• Informer les professionnels de santé, les collectivités locales, les professionnels du monde agricole, les gestionnaires de voies de transports et le grand public, des niveaux d'infestation de l'ambroisie dans la région, de ses effets sur la santé, des moyens de prévention et de lutte contre cette espèce exotique envahissante ;
• Encourager le développement des modes de transports sains et actifs tels que la marche et le vélo ("mobilités douces").

Missions de surveillance et d'observation

• Un représentant de l'agence régionale de santé siège dans le même collège que les représentants des services de l'Etat et de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie, au sein de l'organe délibérant de l'organisme de surveillance de la qualité de l'air agréé de la région ;
• Participer à l'élaboration d'un état des lieux de la région dans les domaines couverts par le schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie, et aux perspectives de son évolution aux horizons 2020 et 2050, en particulier dans le domaine de l'évaluation des effets de la qualité de l'air sur la santé ;
• Disposer et exploiter les résultats de la surveillance de la qualité de l'air (pollutions chimique et biologique) par les réseaux de surveillance afin d'évaluer l'exposition de la population ;
• S'impliquer dans la réalisation des études d'impact sanitaire de la pollution atmosphérique (EIS-PA) ;
• Participer ou mettre en place un réseau de surveillance des effets sur la santé des pathologies liées à la qualité de l'air adapté au contexte local, et générées aussi par les pollens et les allergènes ;
• Surveiller l'introduction et la présence sur le territoire régional d'espèces végétales allergisantes en particulier l'ambroisie et la berce du Caucase.

Missions de contrôle et d'inspection

• L'agence régionale de santé veille au respect de la conformité des crématoriums, auxquels elle a délivré l'attestation de conformité (cf. ci-dessus), lors de la réalisation des contrôles effectués sur les crématoriums (contrôles effectués tous les deux ans sur le ou les appareils de crémations et contrôles effectués lors de la mise en service d'un nouvel appareil de crémation, et portant sur les dispositions prévus à l'article D.2223-109 du code général des collectivités territoriales).

Gestion des situations à risque	
• Dégager les priorités régionales en santé publique, et les traduire dans : *- les actions de planification et de suivi des Plans de protection de l'atmosphère (PPA), Plans de déplacement urbain (PDU) et schémas régionaux du climat, de l'air et de l'énergie (SRCAE),* *- les orientations des réseaux de surveillance de la qualité de l'air (conseils d'administration des Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA), …) ;* *• Participer à l'élaboration des procédures d'information et de recommandation à réduire les émissions, et d'alerte, et s'assurer de la bonne diffusion des messages sanitaires associés en cas de pics de pollution ;* *• Participer à la gestion des alertes sur la pollution de l'air extérieur.*	
Indicateurs CPOM concernés	**Enquêtes périodiques prévisibles**
-	-

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Rayonnements non ionisants

Orientations nationales

Objectif national :
Informer le public des risques liés aux champs électromagnétiques, en particulier ceux émis par les installations électriques de basse fréquence et les installations de télécommunication et de radiodiffusion.

Justification sanitaire : L'exposition à des champs électromagnétiques (de 0 Hz à 300 GHz) est susceptible d'entraîner des effets sanitaires suite à une exposition aiguë de forte intensité. Des valeurs limites d'expositions ont été fixées par la réglementation afin de prévenir ces effets.

S'agissant des radiofréquences, lorsque l'on se situe à des niveaux d'exposition aux radiofréquences inférieurs aux valeurs limites d'exposition, les expertises scientifiques les plus récentes concluent que l'analyse des données scientifiques disponibles ne montrent pas d'effets sanitaires à court terme ni à long terme. Dans le cas des téléphones mobiles les données actuellement disponibles ne montrent pas d'effets à court terme. Toutefois, quelques interrogations subsistent sur la possibilité d'effets à long terme, liés à l'utilisation de téléphones mobiles, pour des utilisateurs intensifs même si aucun mécanisme biologique explicatif n'a été identifié à ce jour.

En ce qui concerne les extrêmement basses fréquences, aux niveaux d'exposition rencontrés en population générale, et notamment à la fréquence du réseau électrique (50 Hz), aucun effet sanitaire n'est actuellement considéré comme causalement établi. Néanmoins, la littérature épidémiologique portant sur la leucémie chez l'enfant montre une association statistique avec l'exposition aux champs d'extrêmement basse fréquence (EBF), pour une exposition moyennée sur 24 heures à des champs magnétiques supérieurs à 0,3 - 0,4 µT. Sur la base des résultats de ces études épidémiologiques, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé en 2002 les EBF comme « cancérogènes possibles pour l'homme » (2B). En effet, il n'y a pas d'explication biologique à ce phénomène qui, de plus, n'est pas corroboré par les expérimentations animales.

Base législative et réglementaire :
- Recommandation européenne du 12 juillet 1999 relative à l'exposition du public aux champs électromagnétiques ;
- Décret n°2002-775 du 3 mai 2002 relatif aux valeurs limites d'exposition du public émis par les équipements utilisés dans les réseaux de télécommunication ou par les installations radioélectriques ;
- Arrêté du 8 octobre 2003 fixant des spécifications techniques applicables aux équipements terminaux radioélectriques
- Arrêté du 8 octobre 2003 relatif à l'information des consommateurs sur les équipements terminaux radioélectriques ;
- Article 42 de la loi 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement ;
- Articles 183 et 184 de la loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement ;
- Circulaire interministérielle du 16 octobre 2001 relative à l'implantation des antennes relais de radiotéléphonie mobile ;
- Arrêté du 17 mai 2001 fixant les conditions techniques auxquelles doivent satisfaire les distributions d'énergie électrique (art. 12 bis) ;
- Articles L.96-1, L.34-9-1, L.33-1, L.43 du code des postes et des communications électroniques ;
- Article L..1333-21 du code de la santé publique.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Les ARS doivent participer aux instances locales de concertation mises en place par les préfets en application de la circulaire du 16 octobre 2001.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Les ARS participent à l'information du public et des élus locaux, en s'appuyant sur des documents de synthèse réalisés au plan national et régulièrement mis à jour. A ce titre, un portail interministériel www.radiofrequences.gouv.fr a été ouvert en juillet 2010. En cas de situations conflictuelles ou d'interrogations du public en matière de radiofréquences, les ARS sont susceptibles de faire appel à l'expertise de l'ANFR pour réaliser des mesures.

Missions de surveillance et d’observation	
Missions de contrôle et d’inspection	
Gestion des situations à risque	
Indicateurs CPOM concernés	**Enquêtes périodiques prévisibles**

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

Orientations nationales

Objectif national :
Assurer une gestion optimale des déchets de soins à risque infectieux afin de limiter les risques pour la santé qu'ils présentent, et notamment prévenir et limiter les risques d'accidents liés aux déchets de soins piquants coupants, générés par les professionnels de santé et les patients en auto traitement .

Justification sanitaire :
Les déchets d'activités de soins peuvent présenter divers risques infectieux importants à réduire pour protéger les personnes qu'ils sont susceptibles de contaminer ; il s'agit notamment des patients, des personnels de soins et des agents chargés de l'élimination des déchets. A titre d'exemple, on recense de 1998 à 2004, 6037 accidents avec exposition au sang (faisant l'objet d'une déclaration obligatoire au titre des accidents de travail) dont 13 à 25 % de ces accidents surviennent lors de l'élimination de déchets piquants ou coupants dans les collecteurs de déchets, c'est à dire de 785 à 1510 accidents. A cet effet, une gestion rigoureuse de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques est indispensable.

Base législative et réglementaire :
Loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux ;
Code de la santé publique (articles R1335-1 à R1335-14) ;
Ordonnance de coordination, instaurant notamment l'art. L1435-1 du CSP et demandant aux ARS de fournir aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine ;
Décret de coordination, modifiant notamment l'art. R1335-13 du CSP ;
Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques ;
Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques ;
Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et pièces anatomiques d'origine humaine ;
Protocoles préfets/ARS., instaurés par l'art. R1435-2-1 du CSP (créé par le décret de coordination).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Instruction des dossiers relatifs aux appareils de prétraitement par désinfection de DASRI ne relevant pas des ICPE, installations classées pour la protection de l'environnement (rubrique 2790) ;
Gestion des déclarations des centres de regroupement ne relevant pas des ICPE (rubrique 2718).

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Participer à l'élaboration du volet « DASRI » du plan régional d'élimination des déchets dangereux (PREDD) ;
- Sensibiliser les syndicats, ordres professionnels et les collectivités locales à la bonne élimination des DASRI diffus (professionnels de santé libéraux - PLS et patients en auto traitement - PAT) ;
- Accompagner la mise en œuvre de la réglementation sur l'élimination des DASRI diffus des PAT.

Missions de surveillance et d'observation

- Participer au suivi de la mise en œuvre et à jour des recommandations du PREDD, dans le cadre du comité de suivi ;
- S'assurer de la cohérence des actions de l'Etat et des acteurs de l'élimination des DASRI vis-à-vis du PREDD et gérer les dysfonctionnements.

Missions de contrôle et d'inspection

- Elaborer et conduire un programme d'inspection sanitaire de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques

infectieux et des pièces anatomiques, en incluant les DASRI diffus des PLS et autres producteurs diffus (tatoueurs, …).

Gestion des situations à risque

- *Etablir une procédure de gestion des plaintes ou signalements de gisement sauvage de DASRI ;*
- *Gestion des DASRI dans le cadre du plan « pandémie grippale ».*

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateurs annuel d'activités : • Nombre d'inspections réalisées ; • Nombre de non conformités ; • Suivre l'évolution des indicateurs d'état du PREDD.	

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Impact sanitaire des installations nucléaires de base (INB)

Orientations nationales

Objectif national :
Evaluer le risque sanitaire lié aux INB pour les populations vivant à proximité.

Justification sanitaire :
Si le risque lié à l'impact des INB, en fonctionnement normal, relève du domaine de l'impact des faibles doses des rayonnements ionisants, le mode de gestion des installations fait qu'il n'existe pas actuellement d'étude intégrant géographiquement les différentes sources d'exposition. Obtenir une vision globale et régionale de l'exposition de la population est un des enjeux répondant au souci de la réglementation de limiter et d'optimiser l'impact radiologique.

Base législative et réglementaire :

Loi 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire ;

Ordonnance de coordination, instaurant notamment l'art. L1435-1 du CSP et demandant aux ARS de fournir aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine ;
Décret n° 2007-1557 du 2 novembre 2007 relatif aux INB et au contrôle en matière de sûreté nucléaire, du transport de substances radioactives. Ce décret abroge le décret du 11 décembre 1963 et le décret n° 95-540 du 4 mai 1995 et instaure une procédure d'autorisation spécifique pour les INB, le dossier de demande d'autorisation contient une étude d'impact sur l'environnement et la santé ;

Décret 2011-210 du 24 février 2011 tirant les conséquences de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans le code de l'environnement.

N.B. : dans les missions des ARS concernant l'impact des INB, il convient de prendre en compte la convention entre l'ASN et la DGS du 20 août 2008, en cours de révision, ainsi que les textes accompagnant la création des ARS : Protocoles préfets/ARS., instaurés par l'art. R1435-2-1 du CSP (créé par le décret de coordination).

Documents techniques :

Guide d'examen pour l'étude d'impact radiologique d'une INB, IRSN Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire(2002).

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Les ARS n'ont pas de mission d'instruction de dossiers INB. Ces dossiers sont gérés directement au niveau national par la mission de sûreté nucléaire et de radioprotection (MSNR). Elles peuvent en revanche être saisies pour avis par le préfet, dans le cadre de l'instruction de ces dossiers.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- En collaboration avec l'autorité de sûreté nucléaire (ASN), faire l'analyse de l'évaluation sanitaire des études d'impact ou des études d'évaluation des risques exigées par la réglementation (INB) et donner un avis sur le programme de surveillance ;
- Participer à la présentation des dossiers en CODERST (comité départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques) ;
- Participer aux différentes commissions locales d'information (CLI), pour expliciter les choix de surveillance environnementale, les résultats de cette surveillance et valider ou discuter les données d'ordre sanitaire.

Missions de surveillance et d'observation

- En liaison avec l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), disposer de données de recensement des entreprises utilisant des sources radioactives ;
- Disposer et exploiter les informations fournies par le réseau national de surveillance radiologique de l'environnement et

par les programmes de surveillance radiologique des eaux de consommation humaine afin d'évaluer globalement l'exposition de la population aux rayonnements ionisants ;

- Rassembler les informations disponibles sur les indicateurs de santé (CIRE, Observatoire régional de santé : ORS, registres, statistiques de mortalité) à l'échelle du département et des zones d'activité à risques ;
- Disposer des informations concernant les résultats de la surveillance des INB (transmises par l'exploitant) et de celles concernant les événements significatifs (transmission par la division territoriale de l'ASN).

Missions de contrôle et d'inspection

- Toutes les missions de contrôle et d'inspection relèvent de la responsabilité de l'ASN.

Gestion des situations à risque

- Participer à la gestion des risques liés aux urgences radiologiques et aux situations d'expositions post-accidentelles liées aux INB ;
- Se former aux méthodes d'évaluation des risques, à la radioprotection.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
• Indicateur d'état : Nombre d'INB et d'entreprises utilisatrices de rayonnements ionisants (RI) ; • Indicateur annuel d'activité : Nombre d'avis émis par la DDASS sur des études d'impact (entreprise utilisatrice de RI) dont le nombre d'avis défavorables ;	

Fiche mission ARS
Domaine « santé – milieu de vie »

Sites contaminés par des substances radioactives

Orientations nationales

Objectif national :
Identifier et réduire l'impact sanitaire des sites potentiellement contaminés par des substances radioactives, et gérer l'information des populations riveraines.

Justification sanitaire :

- L'expérience acquise à l'occasion de la gestion de sites contaminés, montre que les doses reçues peuvent parfois approcher voire dépasser 1 mSv par an et nécessiter la mise en œuvre de mesures correctives à court et long terme (en particulier de réduction de la contamination.

Base législative et réglementaire :

- Articles R1333-75 à R1333-88 et R1333-89 à R1333-93 du code de la santé publique (CSP) ;
- Loi n° 2006-739 du 28 juin 2006 de programme relative à la gestion durable des matières et déchets radioactifs qui confie, dans son article 14, à l'Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (ANDRA) la charge d'assurer la collecte, le transport et la prise en charge de déchets radioactifs et la remise en état de sites de pollution radioactive sur demande et aux frais de leurs responsables ou sur réquisition publique lorsque les responsables de ces déchets ou de ces sites sont défaillants ;
- Circulaire interministérielle DGS/SDEA1/DGEC/DGPR/ASN no 2008-349 du 17 novembre 2008 relative à la prise en charge de certains déchets radioactifs et de sites de pollution radioactive. Missions d'intérêt général de l'ANDRA

N.B. : dans les missions des ARS concernant l'impact des INB, il convient de prendre en compte la convention entre l'ASN (autorité de sureté nucléaire) et la DGS du 20 août 2008, en cours de révision, ainsi que les textes accompagnant la création des ARS :

- Ordonnance de coordination, instaurant notamment l'art. L1435-1 du CSP et demandant aux ARS de fournir aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine ;
- Décret de coordination, modifiant notamment l'art. R1333-91 du code de la santé publique.
- Protocoles préfets/ARS., instaurés par l'art. R1435-2-1 du CSP (créé par le décret de coordination).

Document technique :
Guide méthodologique relatif à la « Gestion des sites potentiellement pollués par des substances radioactives » de 2011 ».

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Les ARS n'ont pas de mission d'instruction de dossiers relatifs aux sols radio contaminés. Ces dossiers sont gérés localement par la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), avec l'appui technique de l'ASN, lorsque les sites relèvent de la réglementation des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPË). Dans le cas des sites relevant du CSP, l'ASN intervient directement en appui du préfet.
- L'ARS peut intervenir pour avis sur sollicitation du préfet (article R 1333-91 du CSP).

Missions de prévention et de promotion de la santé

Identifier et réduire l'impact sanitaire des sites potentiellement contaminés par des substances radioactives, informer les populations riveraines :

- En liaison avec l'ASN et la DREAL, recenser les sites susceptibles d'être contaminés ;
- Se former à l'évaluation et à la gestion des risques radiologiques ;
- Participer à l'information de la population résidant à proximité d'un site contaminé par des substances radioactives sur les impacts sanitaires et sur l'éventuel intérêt de mener des études épidémiologiques ;
- Faire prendre en compte les aspects sanitaires dans la politique d'aménagement en participant de manière ciblée à la planification territoriale (Plans locaux d'urbanisme, …).

Missions de surveillance et d'observation

- Participer à l'évaluation des impacts dosimétriques ainsi qu'aux suivis sanitaires des milieux et de la population, s'il y a lieu, et faire notamment l'analyse des évaluations simplifiées et détaillées des risques.

Missions de contrôle et d'inspection

Gestion des situations à risque

- Informer les populations sur les éventuels risques sanitaires et les actions de prévention ;
- Suivre ou diligenter toute étude de veille sanitaire autour de sites présentant des pollutions radioactives ainsi que des études épidémiologiques permettant d'évaluer les conséquences des expositions sur la santé des populations riveraines ;
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures de protection de la population (définition des objectifs sanitaires de réhabilitation des sites contaminés) ;
- Participer, en lien avec l'ASN et le cas échéant la DREAL, à la définition des actions de gestion des sites présentant des pollutions radioactives.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateurs d'activité • Nombre de sites pollués par des substances radioactives susceptibles de générer un impact sanitaire et environnemental et population correspondante exposée ; • Nombre de sites contaminés ayant nécessité la mise en œuvre de mesures de protection de la population.	

Fiche mission ARS

Domaine « santé – milieu de vie »

Lutte Anti-Vectorielle

Orientations nationales

Objectif national :
Anticiper et réduire l'impact sanitaire lié aux maladies vectorielles.

Justification sanitaire :
Chaque année en Guyane, entre 4500 et 5000 cas de paludisme sont recensés. L'épidémie de dengue qui a sévi aux Antilles en 2009, à l'origine de plus de 86 000 cas et 22 décès, ou l'épidémie de Chikungunya qui a touché la Réunion en 2006, causant plus de 250 décès et impactant de façon durable l'activité économique et touristique, démontrent le tribut important que ces pathologies d'origine vectorielle font payer à la santé publique, l'activité économique ou la crédibilité de l'action publique. Ces pathologies figurent également parmi la liste des maladies à déclaration obligatoire.
Par ailleurs, ces pathologies vectorielles ne sont, d'une part, pas l'exclusivité des départements d'outre -mer, puisque le moustique vecteur de la dengue ou du Chikungunya *aedes albopictus,* est désormais présent dans les départements de la frange méditerranéenne et poursuit sa progression vers le nord. D'autre part, la liste des pathologies vectorielles n'est pas limitée à celles mentionnées précédemment, puisqu'elle inclut également la leishmaniose, transmise par le phlébotome et présent dans de nombreuses régions métropolitaines, la maladie de Lyme, transmise par la tique ou encore la Fièvre de West Nile, etc.

La réponse aux épidémies d'origine vectorielle est complexe et impose une importante coordination des acteurs, qui revient légitimement aux Agences Régionales de Santé en relation avec leurs partenaires. Cette réponse se traduit non seulement en termes de surveillance épidémiologique et entomologique ou d'actions de lutte anti-vectorielle, mais également d'adaptation du système de santé, de mobilisation communautaire en relation avec les collectivités et les acteurs de proximité ou d'actions de communication auprès du grand public. Les Plans de Surveillance d'Alerte et de Gestion des Epidémies (PSAGE) de dengue, mis en œuvre dans les DOM peuvent constituer des supports à l'organisation de cette réponse coordonnée.

Base législative et réglementaire :
- Code de la Santé Publique : articles L.3114-5 et 3811-7 et articles R.3114-9 ;
- Code Général des collectivités territoriales : article L.2213-29 ;
- Loi n° 2004-809 du 13 aout 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;
- Loi n° 1964-1246 du 13 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques ;
- Adaptation attendue en 2011 du code de la santé publique pour intégrer les évolutions relatives à la gouvernance de la Lutte anti-vectorielle.

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

- Préparation des arrêtés portant autorisation pour les personnels de lutte anti-vectorielle et de démoustication de pénétrer sur les propriétés publiques et privées, dans le cadre de leur mission.

Missions de prévention et de promotion de la santé

- Education sanitaire de la population notamment sur :
- la prévention des gîtes larvaires,
- les moyens de protection,
- la prévention des formes graves,
- ou les populations sensibles ;

- Actions de sensibilisation des professionnels, notamment sur :
- la prise en charge ou la détection des formes graves,
- la réduction des gîtes à vecteurs, en particulier les déchets, les stockages de pneus ou les véhicules hors d'usage.

Missions de surveillance et d'observation

- En relation avec les Cellule d'épidémiologie (CIRE) de l'Institut de veille sanitaire, surveillance épidémiologique des cas : animation de la surveillance, adaptation de celle-ci, réalisations d'enquêtes épidémiologiques autour des cas ;
- En relation avec les services de Lutte Anti-vectorielle, suivi des enquêtes entomologiques, des actions de lutte anti-vectorielle ;
- En relation avec les services désignés, suivi entomologique de l'extension des zones de présence des vecteurs.

Missions de contrôle et d'inspection

- Développer un programme annuel de suivi de l'extension des vecteurs, en particulier au niveau des points d'entrée sur le territoire :

Gestion des situations à risque

- Préparation en relation avec les partenaires des stratégies de réponses aux épidémies d'origine vectorielle ;
- Coordination, sous l'autorité du préfet, de la stratégie de réponse : adaptation de la prise en charge sanitaire, renforcements de surveillance épidémiologique, de la surveillance entomologique, des actions de luttes anti-vectorielle, de la mobilisation communautaire, des actions de communication ciblées et du grand public ;
- Information des autorités sanitaires nationales et des régions limitrophes.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateurs annuels non contractuels : -Nombre de séances d'actions éducatives, sensibilisation et formations en matière de lutte anti-vectorielle (DOM, régions : PACA, Corse, Languedoc-Roussillon) ; -% de réponses aux demandes de démoustication (DOM - TOM) ; -Nombre d'évaluations entomologiques effectuées (DOM - TOM) ; % de cas d'arboviroses enquêtés (DOM - TOM) ; % de cas de paludisme enquêtés (DOM - TOM).	Eléments à transmettre annuellement à la DGS : - pour toutes les ARS : -% de cas de maladies à déclaration obligatoire d'origine vectorielle enquêtés. - pour les ARS mentionnés dans l'arrêté ministériel : - % de gites positifs à *aedes albopictus ;* - Elaboration d'un plan de surveillance et de réponse aux pathologies d'origine vectorielle.

Fiche mission ARS

Domaine « santé – milieu de vie »

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) de 2005

Orientations nationales

Objectif national :
Prévenir et réduire les risques sanitaires liés aux voyages internationaux.

Justification sanitaire :
L'accroissement démographique, le peuplement de territoires jusque-là inhabités, l'urbanisation rapide, l'agriculture intensive, la dégradation de l'environnement et l'utilisation inappropriée des produits anti-infectieux bouleversent probablement l'équilibre du monde microbien. Chaque année, une nouvelle maladie fait son apparition, ce qui ne s'était pas vu dans l'histoire. Par ailleurs, avec plus de 2 milliards de passagers transportés chaque année par les compagnies aériennes, les possibilités de dissémination internationale rapide des agents infectieux et de leurs vecteurs sont beaucoup plus importantes. L'ampleur de ces menaces est beaucoup plus grande dans un monde caractérisé par une forte mobilité, l'interdépendance économique et l'interconnexion électronique. S'écartant sensiblement de la politique suivie par le passé, le RSI (2005) vise une gestion préventive du risque, s'appuyant sur à la détection précoce des événements, notamment dans les aéroports et ports, et leur maîtrise à la source – avant qu'ils ne constituent une menace de portée internationale.

Dans ce cadre, les Etats Parties, dont la France, doivent développer les capacités fixées à l'annexe 1 du RSI, avant le 15 juin 2012, dont certaines doivent être applicables dans les principaux ports et aéroports ouverts au trafic international. Il est ainsi nécessaire d'évaluer la mise en œuvre des capacités de réponse aux urgences de santé publique mentionnées à l'article L.3115-1 du code de la santé publique dans les points d'entrée du territoire concernés. Par ailleurs, parmi les obligations applicables aux moyens de transport effectuant des voyages internationaux, figure celle d'être exempt de vecteurs. Les Etats Parties doivent être en mesure de mettre en place des programmes de contrôle de la désinsectisation des aéronefs dès lors que ceux-ci proviennent d'une zone à risque.

Base législative et réglementaire :
- Code de la santé publique :
  - partie législative, 3ème partie, livre 1, titre 1, chapitre V articles L.3115-1 et suivants
  - partie réglementaire, 3ème partie, livre 1, titre 1, chapitre V articles R.3115-1 et suivants

Missions d'instruction de dossiers administratifs pour le compte du préfet

Domaine non concerné

Missions de prévention et de promotion de la santé

Domaine non concerné

Missions de surveillance et d'observation

- Développer un programme de surveillance et de lutte contre les vecteurs autour des points d'entrée désignés par voie réglementaire.

Missions de contrôle et d'inspection

- Vérifier l'atteinte ou le développement des capacités des points d'entrée requises par le RSI (2005), comprenant notamment la vérification de l'hygiène générale des installations recevant du public et le contrôle de la qualité de l'eau distribuée ;
- Développer un programme annuel de contrôle de la désinsectisation des aéronefs par sondage couvrant l'ensemble des compagnies aériennes dont les appareils effectuent des liaisons régulières avec les zones à risque vectoriel définies réglementairement.

Le déroulement des inspections feront l'objet d'une instruction spécifique qui comprendra également des éléments sur l'inspection sanitaire des navires dans le cadre du RSI (2005).

Gestion des situations à risque

- Gestion, en lien avec la cellule de veille et d'alerte chargée de la réception des signaux sanitaires, des signalements de situations à risques se produisant à bord des moyens de transport, notamment à partir de l'analyse des documents sanitaires prévus par le RSI (2005) et pouvant évoquer un risque pour la santé publique : déclaration maritime de santé (DMS) et certificat sanitaire du navire (CSN) dans le cas des navires et partie sanitaire de la déclaration générale de l'aéronef (DGA) dans le cas des aéronefs ;
- Préparation, sous l'autorité de la cellule de veille et d'alerte, d'un plan d'intervention pour les urgences de santé publique dans les ports et aéroports dont la liste est fixée par voie réglementaire ;
- Mise en œuvre, sous l'autorité du préfet, du plan d'intervention pour les urgences de santé publique en cas d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) déclarée par l'OMS.

Indicateurs CPOM concernés	Enquêtes périodiques prévisibles
Indicateur non contractuel : Domaine non concerné.	Eléments à transmettre annuellement à la DGS • Nombre total de navires ou d'aéronefs contrôlés, éléments de description des résultats d'inspection, nombre de procès verbaux éventuellement dressés ; • Nombre et type de signalements reçus ; • Avancée des capacités dans les points d'entrée du territoire,…