

Nota Bene : La convention tripartite visée au chapitre IV, passée entre l'établissement, l'Etat et le Conseil général, porte sur les modalités de financement des établissements, notamment dans l'objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents.

Circulaire DGS/SD7A-DHOS/E4-DGAS/SD2 n° 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

NOR : SANP0530422C

Références :

Code de la santé publique dans sa première partie, livre III, titre deuxième relatif à la sécurité sanitaire des eaux et des aliments ;

Code de l'environnement ;

Loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 ;

Décret n° 2004-1331 du 1^{er} décembre 2004 modifiant la nomenclature des installations classées ;

Circulaire DHOS/E4/E2/DGAS/2C/DGS/SD7A n° 377 du 3 août 2004 relative aux matériels de prévention et de lutte contre les fortes chaleurs dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé ;

Circulaire DGS n° 97/311 du 24 avril 1997 relative à la surveillance et à la prévention de la légionellose ;

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif aux installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air soumises à autorisation au titre de la rubrique n° 2921 ;

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif aux prescriptions générales applicables aux installations classées pour la protection de l'environnement soumises à déclaration sous la rubrique n° 2921, installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air ;

Rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la gestion des risques liés aux légionelles, novembre 2001.

Texte modifié : circulaire DGS n° 98/771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en oeuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque des bâtiments recevant du public.

Annexes :

Fiche n° 1 : conception et maintenance des installations de distribution d'eau ;

Fiche n° 2 : surveillance de la température et des concentrations en légionelles dans l'eau des installations intérieures de production et de distribution ;

Fiche n° 3 : actions préconisées en fonction des concentrations en légionelles dans l'eau des installations intérieures de production et de distribution ;

Fiche n° 4 : règles de surveillance pour les autres installations à risque.

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution et diffusion]).

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit de réduire de 50 % l'incidence des cas de légionelloses d'ici à 2008. Cet objectif est applicable à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et en particulier aux établissements accueillant des personnes âgées, objet de la présente circulaire.

En conséquence, la présente circulaire a pour objectif d'attirer l'attention des gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées sur la nature et la gravité d'un risque lié aux légionelles en rapport avec l'eau distribuée aux points d'usage, sur leurs obligations en matière de sécurité sanitaire des eaux distribuées par le réseau intérieur des établissements. Elle en précise les modalités de

mise en oeuvre par les gestionnaires des établissements en ce qui concerne la surveillance de la qualité de l'eau vis-à-vis du risque lié aux légionelles.

La présente circulaire remplace, en ce qui concerne les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées, les recommandations de la partie II de la circulaire DGS n° 98/771 du 31 décembre 1998.

I. - LA LÉGIONELLOSE : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La légionellose est une infection respiratoire provoquée par la bactérie du genre *Legionella* qui se développe dans les milieux aquatiques naturels ou artificiels. Les sources de contamination le plus souvent incriminées sont les installations dont la température de l'eau est comprise entre 25 et 42 °C et qui produisent des aérosols. Selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), le nombre de cas déclarés en 2004 est de 1 202. La létalité est évaluée pour l'année 2004 à 14 % (138 décès parmi 1 013 cas dont l'évolution était connue). La fréquence des cas de légionellose déclarés est plus élevée chez les personnes âgées de plus de quatre-vingts ans que parmi les autres groupes d'âge de la population. Le nombre de cas de légionellose déclarés par année auprès de l'Institut de veille sanitaire dont l'exposition à risque est attribuable aux maisons de retraite est en augmentation depuis plusieurs années : 35 cas en 2002 (3 % du nombre total des cas déclarés en 2002), 45 cas en 2003 (4 % du nombre total des cas déclarés en 2003), 66 cas en 2004 (5 % du nombre total des cas déclaré en 2004).

Pour mémoire, tout cas de légionellose possible ou confirmé doit être signalé sans délai au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS, par le médecin qui en fait le diagnostic, le responsable du laboratoire d'analyses de biologie médicale ou du service de biologie (art. R. 3113-4 du code de la santé publique). Le médecin ou le responsable doit ensuite le notifier à l'aide d'une fiche à la DDASS (art. R. 3113-2 et R. 3113-3 du code de la santé publique).

II. - OBLIGATIONS JURIDIQUES INCOMBANT AUX GESTIONNAIRES DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'EAU LIVRÉE AU PUBLIC

Les obligations juridiques incombant aux gestionnaires d'établissements recevant du public (ERP) et notamment aux gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées ressortissent aux dispositions du code de la santé publique dans sa première partie, livre III, titre deuxième relatif à la sécurité sanitaire des eaux et des aliments.

Ces dispositions législatives en matière de surveillance de la qualité de l'eau au robinet livrée aux usagers dans les établissements recevant du public reposent notamment sur les articles L. 1321-1 et L. 1321-4 du code de la santé publique. L'article L. 1321-1 précise notamment que « toute personne qui offre au public de l'eau en vue de l'alimentation humaine, à titre onéreux ou gratuit et sous quelque forme que ce soit, y compris la glace alimentaire, est tenue de s'assurer que cette eau est propre à la consommation ». A cet égard, l'article L. 1321-4 prévoit notamment que « toute personne publique ou privée responsable d'une distribution [...] qu'il s'agisse de réseaux publics ou de réseaux intérieurs [...] est tenue de [...] prendre toutes mesures correctives nécessaires en vue d'assurer la qualité de l'eau, et en informer les consommateurs en cas de risque sanitaire ».

Ces dispositions législatives ont pour conséquence de soumettre les responsables des établissements recevant du public, parmi lesquels figurent les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées, notamment aux obligations de :

- fournir une « eau qui ne doit pas contenir un nombre ou une concentration de micro-organismes, de parasites ou de toutes autres substances constituant un danger potentiel pour la santé des personnes » (art. R. 1321-2 du code de la santé publique) ;
- surveiller la qualité de l'eau à l'aide « d'un examen régulier des installations ; un programme de tests ou d'analyses effectués sur des points déterminés en fonction des risques identifiés que peuvent présenter les installations » ; tenir « un fichier sanitaire recueillant l'ensemble des informations collectées à ce titre » (art. R. 1321-23 du code de la santé publique) ;
- tenir « à la disposition du préfet les résultats de la surveillance de la qualité des eaux ainsi que toute information en relation avec cette qualité » (art. R. 1321-25 du code de la santé publique) ;
- « afin de réduire ou d'éliminer le risque » [...] « prendre toute mesure technique appropriée pour modifier la nature ou la propriété des eaux avant qu'elles ne soient fournies. Cette obligation s'impose notamment, quelle que soit l'imputabilité, pour les locaux ou établissements où l'eau est fournie au public, tels que les écoles, les hôpitaux et les restaurants » (art. R. 1321-44 du code de la santé publique).

III. - DISPOSITIONS TECHNIQUES RELATIVES À LA GESTION DU RISQUE LIÉ À LA PROLIFÉRATION DES LÉGIONELLES DANS LES INSTALLATIONS À RISQUE

Les actions préventives ont pour but de limiter les conditions favorables à la survie et à la prolifération des légionelles dans les installations à risque et de limiter leur diffusion sous forme d'aérosols. Une installation à risque est une installation susceptible d'exposer des personnes à des aérosols d'eau contaminée inférieurs à cinq micromètres. Les installations suivantes sont concernées en priorité :

- réseaux d'eau chaude desservant les douches ou douchettes (alimentant les salles de bains, les salons de coiffure, etc.) ;
- humidificateurs, bacs à condensats utilisés dans les systèmes de chauffage et de climatisation.

Actuellement, les installations de production et de distribution d'eau chaude semblent être à l'origine du plus grand nombre de cas de légionellose dans les établissements recevant du public. Aussi, la présente circulaire développe-t-elle plus particulièrement les mesures de gestion des risques liés à ces installations. Pour limiter le développement des légionelles, il convient d'agir à trois niveaux :

- éviter la stagnation de l'eau et en assurer une bonne circulation ;
- lutter contre l'entartrage et la corrosion par une conception et un entretien adaptés à la qualité de l'eau et aux caractéristiques de l'installation ;
- maintenir l'eau à une température élevée dans les installations, depuis la production et tout au long des circuits de distribution et mitiger l'eau au plus près des points d'usage.

Les actions préventives visent :

- la conception des installations ;
- la maintenance et l'entretien ;
- la maîtrise de la température de l'eau.

La mise en oeuvre de ces actions limite voire supprime la nécessité de réaliser des interventions « curatives » ponctuelles sur le réseau telles que des chocs chlorés ou des chocs thermiques, lesquelles ne garantissent pas une réduction durable de la contamination. En outre, de telles mesures peuvent parfois avoir pour conséquences un déséquilibre de la flore microbienne et la dégradation des installations, favorisant ainsi la création de nouveaux gîtes favorables à la prolifération des légionelles.

Afin de limiter de tels risques, des recommandations sont incluses dans une série de fiches techniques, annexées à la présente circulaire :

La fiche 1 relative à la conception et à la maintenance des installations de distribution d'eau chaude sanitaire. Elle présente en outre des consignes relatives à la température de l'eau chaude à respecter pour le système de production d'eau chaude, le réseau de distribution et les points de puisage de l'eau.

Les fiches 2 et 3 concernent respectivement la surveillance des installations de distribution d'eau via le suivi de la température et des concentrations en légionelles et les actions préconisées en fonction des concentrations en légionelles. Les résultats d'analyses de légionelles représentent des indicateurs de l'efficacité des actions de prévention engagées. Toutefois, en raison de leur coût, des délais nécessaires à l'obtention de résultats et des incertitudes qui peuvent y être attachées, la seule réalisation d'analyses de légionelles ne constitue pas un moyen suffisant de surveillance des installations. La température est un indicateur indirect de la présence ou de l'absence de légionelles dans les réseaux de distribution d'eau qu'il est nécessaire de mesurer en divers points représentatifs des réseaux de distribution d'eau.

La fiche 4 définit des règles de surveillance pour les autres installations à risque.

IV. - MISE EN OEUVRE DE CES DISPOSITIONS TECHNIQUES

En application notamment de l'article R. 1321-23 du code de la santé publique, il est demandé aux gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux recevant des personnes âgées de concevoir, d'adopter et de mettre en oeuvre dans chaque établissement un programme de surveillance et de maintenance des installations qui inclura notamment :

1. La définition d'un protocole et d'un calendrier de surveillance des installations de production et de distribution d'eau et des autres installations à risque, comprenant pour chaque installation une surveillance de la température de l'eau et des concentrations en légionelles.
2. La définition d'un protocole et d'un calendrier d'entretien et de maintenance des installations de distribution d'eau intérieures aux établissements.
3. La mise en place d'un carnet sanitaire de surveillance de chaque installation à risque (réseau de

distribution d'eau, tours de refroidissement, etc.) dans lequel l'ensemble des opérations réalisées doivent être consignées : extensions de réseaux, opérations de maintenance, résultats des analyses de l'eau, relevés de température, volumes consommés en eau froide et en eau chaude, etc. Il convient de mettre constamment à jour les carnets sanitaires, d'exploiter régulièrement les données et de les tenir à disposition des autorités sanitaires et des personnes intervenant sur le réseau de distribution. Ce carnet sanitaire pourra être joint au document unique concernant l'hygiène et la sécurité au sein des établissements.

Le programme de surveillance et de maintenance des installations est placé en annexe de la convention tripartite de l'établissement lors sa signature ou de son renouvellement. Si la conclusion d'un avenant spécifique est inutile en dehors des cas de contamination de l'eau de l'établissement (*cf. infra*), toute modification de la convention peut être l'occasion d'inclure ce programme en annexe de la convention. Dans cette attente, ce programme fait partie intégrante du schéma de sécurité générale de l'établissement.

Les gestionnaires des établissements où des installations à risque présentent des contaminations de l'eau dépassant l'objectif cible de 10^3 UFC/L en *Legionella pneumophila* devront mettre en oeuvre un plan d'action visant à prévenir les risques liés aux proliférations de légionelles. Pour les établissements devant passer une convention tripartite, l'adoption d'un tel plan devra figurer parmi les mesures prioritaires à mettre en oeuvre dans le cadre des conventions tripartites ou faire l'objet d'un avenant à ladite convention. Ce plan d'action aura pour objectif la mise en conformité de la qualité de l'eau ; il comprendra outre les mesures précitées :

1. Une expertise des installations de distribution d'eau.
2. La définition, le cas échéant, d'une planification de travaux de réfection des installations de distribution d'eau afin de supprimer les défauts de conception. La mise en oeuvre de ces travaux devra se faire progressivement selon une planification et un programme à établir tenant compte des priorités identifiées dans chaque établissement.

Enfin, conformément à l'article R. 1321-25 du code de la santé publique, le gestionnaire de l'établissement mettra à la disposition du préfet, les résultats de la surveillance de la qualité des eaux et toute information en relation avec la qualité de l'eau distribuée ; il portera à la connaissance du préfet tout incident pouvant avoir des conséquences pour la santé publique.

* *

Vous diffuserez cette circulaire à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées de votre département ainsi qu'aux présidents des conseils généraux. Nous vous demandons en outre d'organiser en lien avec le conseil général la tenue de réunions d'information et de sensibilisation des gestionnaires des établissements concernés sur le contenu de la présente circulaire, afin de leur permettre de prendre la mesure de l'enjeu sanitaire, de leur responsabilité juridique au titre de la sécurité sanitaire de l'eau distribuée et des recommandations techniques à mettre en oeuvre.

Vous contribuerez par ailleurs au suivi de l'efficacité du dispositif. Des enquêtes d'impact seront réalisées dans ce but à partir de 2006 dont la méthodologie et les modalités vous seront précisées ultérieurement. D'ores et déjà, il vous est demandé de faire parvenir à la DGS avant la fin 2005, par l'intermédiaire des DRASS qui en feront une synthèse, un bilan des réunions que vous aurez organisées (date, nombre d'établissements participants, questions soulevées) et du nombre d'établissements qui auront fait l'objet en 2005 d'un contrôle d'inspection de la sécurité sanitaire de l'eau distribuée vis-à-vis du risque lié aux légionelles. Ces actions devront être poursuivies au delà de 2005.

Nous vous demandons de nous faire part, sous le présent timbre, des difficultés éventuelles rencontrées dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :
*Le directeur de l'hospitalisation
 et de l'organisation des soins,*
 J. Castex

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
 Pr D. Houssin

*Le directeur général
 de l'action sociale,*
 J.-J. Trégoat

SOMMAIRE DES FICHES

Fiche 1 - Conception et maintenance des installations de distribution d'eau.

Fiche 2 - Surveillance de la température et des concentrations en légionelles dans l'eau des installations intérieures de production et de distribution.

Fiche 3 - Actions préconisées en fonction des concentrations en légionelles dans l'eau des installations intérieures de production et de distribution.

Fiche 4 - Règles de surveillance pour les autres installations à risque.

FICHE 1

**Conception et maintenance
des installations de distribution d'eau**

La circulaire DGS n° 97/311 du 24 avril 1997 relative à la surveillance et à la prévention de la légionellose précise les mesures à mettre en oeuvre dans ce cadre pour les installations à risque. La présente fiche complète les dispositions de cette circulaire en ce qui concerne les installations de distribution d'eau.

Rappel : les légionelles prolifèrent dans les installations de production ou de distribution d'eau lorsque la température est comprise entre 25 et 43 °C, lorsque l'eau stagne et en présence de dépôts de tartre, de résidus métalliques comme le fer et le zinc, de certains matériaux tels que le caoutchouc ou le silicone et d'autres micro-organismes des milieux aquatiques, comme les cyanobactéries ou les amibes libres. Pour plus d'information sur l'état des connaissances relatives à l'évaluation des risques liés aux légionelles, vous voudrez bien vous référer au rapport du CSHPF cité en référence.

Compte tenu de la faible production d'aérosols lors de l'utilisation normale de l'eau à un robinet, les dispositions préventives et les modalités de surveillance des installations préconisées par le présent document doivent être menées prioritairement dans les bâtiments pourvus de douches, douchettes ou toute autre installation ou équipement raccordés sur les réseaux intérieurs de distribution d'eau chaude sanitaire ou d'eau froide susceptibles de générer des aérosols.

D'une manière générale, pour limiter le développement des légionelles, il est nécessaire d'agir à trois niveaux :

- éviter la stagnation de l'eau et en assurer une bonne circulation ;
- lutter contre l'entartrage et la corrosion par une conception et un entretien adapté à la qualité de l'eau et aux caractéristiques de l'installation ;
- maîtriser la température de l'eau dans les installations, depuis la production et tout au long des circuits de distribution.

Dans les bâtiments existants, des travaux de réfection peuvent s'avérer nécessaires afin de supprimer les défauts de conception. Il sera nécessaire de réaliser au préalable une expertise des installations de distribution d'eau internes aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Lorsque les installations à risque présentent des contaminations de l'eau dépassant l'objectif cible de 10^3 UFC/L en *Legionella pneumophila*, les gestionnaires des établissements devront mettre en oeuvre un plan d'action visant à prévenir les risques liés aux proliférations de légionelles qui inclut une expertise des installations de distribution d'eau. Cette expertise comportera notamment :

- le relevé d'un plan et d'un descriptif des réseaux (tracé, système de production d'eau chaude, structure du réseau de distribution, état des canalisations, matériaux constitutifs, mode de circulation de l'eau, appareils de traitement de l'eau, températures de l'eau en différents points, vannes, etc.) ;
- un recensement des points critiques des installations de distribution de l'eau, c'est-à-dire les points susceptibles d'engendrer une prolifération des légionelles, à savoir :
 - les zones où l'eau stagne ou circule mal (mauvais équilibrage du réseau, retour de boucle d'eau chaude sanitaire mal dimensionné, ballons, réservoirs, bras morts, etc.) ;
 - les points d'usage peu utilisés ou utilisés très irrégulièrement (douches, douchettes des salons de coiffure, etc.) ;
 - les zones où la température de l'eau chaude est (ou est susceptible) de descendre en dessous de 50 °C (absence d'éléments de protection anti-retour adaptés, retour d'eau froide dans le réseau d'eau chaude, cordons chauffants défectueux, etc.) ;
 - les zones susceptibles d'être pour d'autres raisons que celles énoncées précédemment particulièrement

contaminées (vétusté des installations, corrosion, etc).

- une évaluation de l'état de contamination des installations de distribution de l'eau.

Toutes les informations concernant la gestion de l'eau dans l'établissement doivent être consignées dans un carnet sanitaire constamment maintenu à jour, comportant notamment :

- les plans des réseaux actualisés ;
- la liste des travaux de modification, de rénovation ou d'extension des installations de distribution d'eau ;
- les opérations de maintenance et d'entretien réalisées ;
- les traitements de lutte contre le tartre et la corrosion réalisés ;
- les traitements de désinfection réalisés ;
- les résultats d'analyses concernant l'évolution de la qualité de l'eau ;
- les relevés de températures ;
- les volumes consommés (eau froide/eau chaude).

La température de l'eau est un facteur important conditionnant la survie et la prolifération des légionelles dans les réseaux d'eau. Si ces germes sont capables de survivre plusieurs mois à des températures basses (moins de 25 °C), leur viabilité est réduite à partir de 50 °C. La zone de température comprise entre 20 °C et 50 °C doit être réduite au maximum dans les réseaux collectifs d'eau chaude pour limiter leur présence. Le respect de consignes de températures en différents points des installations de distribution d'eau chaude sanitaire constitue un moyen de prévention efficace pour limiter leur prolifération. Un bon équilibrage du réseau peut permettre d'atteindre ces températures.

Les réseaux d'eau froide intérieurs peuvent être colonisés si les canalisations sont anormalement réchauffées soit par contact avec le réseau d'eau chaude, soit en raison d'une température élevée des locaux, soit par arrivée d'eau chaude dans l'eau froide au niveau de mitigeurs d'eau. Il convient donc de veiller à ce que la température de l'eau froide n'augmente pas au-dessus de 20 °C et à ce que les canalisations d'eau froide et d'eau chaude soient calorifugées séparément.

Diverses recommandations sont précisées dans les tableaux ci-après concernant notamment la conception, la maintenance et l'entretien, les consignes de température à respecter.

Tableau n° 1 : Caractéristiques des installations de distribution d'eau chaude sanitaire

DISPOSITIF TECHNIQUE concerné	CONCEPTION/AJOUT/suppression d'équipement	ENTRETIEN/FRÉQUENCE	ACTIONS SPÉCIFIQUES relatives à la température de l'eau
Système de production d'eau chaude sanitaire. Pour les installations neuves, la production instantanée d'eau chaude sanitaire est la plus appropriée			
Mode de production d'eau chaude sanitaire à partir d'un échangeur à plaques		<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle annuel du disconnecteur sur l'alimentation en eau du réseau primaire. - Vérification périodique de l'étanchéité des joints de l'échangeur. - Lutte contre le tartre et la corrosion. La lutte contre l'entartrage nécessitera, dans bien des cas, le recours à des adoucisseurs qui, mal entretenus, peuvent favoriser la prolifération bactérienne. Les conditions d'emploi des résines échangeuses d'ions sont précisées dans les circulaires DGS/PGE/1.D n° 1136 du 23 juillet 1985 et n° 862 du 27 mai 1987. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réglage de l'échangeur à plaques de manière à délivrer en permanence une eau à une température supérieure à 50° C en tout point du réseau de distribution. - Il est nécessaire de connaître la qualité de l'eau afin de prendre en compte les risques liés à l'entartrage ou à la corrosion du dispositif de production d'eau chaude sanitaire.

<p>Mode de production d'eau chaude sanitaire à partir d'un ballon d'eau chaude (électrique, gaz ou autre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajouter, en cas d'absence d'une vanne, une vanne de purge 1/4 de tour au point bas du ballon. - Mettre en place sur l'évacuation des eaux de vidange une rupture de charge par surverse avant le raccordement au réseau d'eaux usées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyage, détartrage, et désinfection au moins une fois par an (la conception du ballon doit prévoir ces opérations : présence de trou d'homme d'au moins 50 centimètres de diamètre pour les ballons supérieurs à 1 000 litres). - Ouverture complète de la vanne de vidange toutes les semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> - La température de l'eau à la sortie du ballon doit être en permanence supérieure à 55° C. - Élévation quotidienne de la température du ballon au-delà de 60° C.
<p>Réservoir de stockage d'eau chaude (peut être préchauffée à partir d'un système de récupération d'énergie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le concept de récupération d'énergie doit être réétudié pour prendre en compte le risque lié aux légionelles. - Préférer les dispositifs par échanges thermiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien périodique : nettoyage, détartrage, et désinfection au moins une fois par an. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suppression de tous les réservoirs de stockage d'eau préchauffés ou non à une température inférieure à 55° C. Ils favorisent le développement bactérien.
<p>Réseau de distribution d'eau chaude sanitaire pour les installations neuves ou faisant l'objet d'une restructuration, un retour de boucle pour l'eau chaude sanitaire doit être prévu. Le mitigeage de l'eau doit être réalisé le plus près possible du point d'usage.</p>			
<p>Le réseau de distribution d'eau chaude sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer et identifier les réseaux par un plan de récolement. Les actualiser à chaque modification du réseau. - Remplacer les canalisations en mauvais état. <p>Les opérations de rénovation devront avoir pour but la simplification du réseau et la réduction du maillage (boucles courtes).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier et supprimer tous les bras morts. - Assurer une bonne circulation de l'eau. - Calorifuger séparément le réseau d'eau chaude sanitaire et le réseau d'eau froide. - Mettre en place un système de suivi de la température pour contrôler l'évolution de la température de l'eau en différents points de l'établissement. - Le diamètre des canalisations doit prendre en considération les besoins d'écoulement permettant d'assurer une température suffisante en tout point du réseau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'évolution de la corrosion ou de l'entartrage des canalisations d'eau chaude (fréquence annuelle). Il est recommandé de mettre en place des manchettes démontables de contrôle de même nature que le réseau. - Analyse et interprétation périodiques des températures de l'eau distribuée afin de corriger rapidement les dysfonctionnements éventuels du réseau d'eau chaude sanitaire. Comparaison des résultats des données acquises par rapport aux valeurs seuils hautes et basses préalablement définies. - Tenir à jour et archiver l'information. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour prévenir le risque de prolifération des légionelles il est souhaitable de maintenir l'eau chaude sanitaire à une température supérieure à 50° C en permanence en tous points du réseau. - Le réseau d'eau mitigée ne doit plus distribuer de l'eau à une température inférieure à 50° C.
<p>Si le réseau est bouclé :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il est fortement recommandé de prévoir dès la conception un retour de boucle pour l'eau chaude sanitaire. Les organes de réglage devront fonctionner dans leur plage normale de fonctionnement. - La distance entre les points de puisage et le réseau bouclé doit être réduite au minimum. - Attention : le redimensionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification périodique du débit des pompes de recirculation. - Vérification de l'équilibrage du réseau par mesure des débits circulant dans chacune des boucles. 	<ul style="list-style-type: none"> - La température en retour de boucle doit être en permanence supérieure à 50° C. - L'interprétation périodique des courbes de température permet d'ajuster manuellement ou automatiquement le débit des pompes de recirculation

	des pompes de recirculation peut se traduire par un décrochage de biofilm et d'éléments de corrosion.		et éventuellement de rééquilibrer le réseau.
Si le réseau n'est pas bouclé :	<ul style="list-style-type: none"> - Étudier la faisabilité de la mise en oeuvre d'un bouclage de l'eau chaude sanitaire. - En l'attente de la réalisation de ces travaux, il convient de prendre des mesures provisoires pour assurer le maintien de la température de l'eau par un cordon chauffant électrique placé autour de la canalisation d'eau chaude. Il est indispensable d'être très vigilant sur la qualité et les performances du cordon chauffant électrique, en cas de réseau non bouclé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture régulière des robinets de puisage d'eau chaude recommandée pour compenser la chute de température liée à l'absence de bouclage. 	
Les points d'usage de l'eau			
Points d'usage de l'eau	<p>Il est préférable de supprimer les points d'eau très peu ou jamais utilisés. Le mitigeage de l'eau doit se faire au plus près possible du point d'usage. Il est recommandé d'installer des flexibles de douche à la place des pommeaux fixes afin de limiter les aérosols. Il est conseillé de remplacer les mousseurs par des brise-jet, moins sujets à l'entartrage. Pour prévenir le risque de brûlures tous les points d'usage, en particulier les douches, doivent être équipés de mélangeurs avec limiteur de température ou de mitigeurs thermostatiques. Pour les mitigeurs, prévoir des clapets anti-retour au plus près du point d'usage.</p>	<p>Contrôle annuel du bon fonctionnement des vannes, clapets, mitigeurs... Entretien des appareils de robinetterie (têtes de robinets, flexibles et pommeaux de douches) : détartrage, désinfection, etc. Remplacement des accessoires de robinetterie usagés ou en mauvais état (y compris tous les joints). Si l'établissement est équipé de mitigeur, des procédures de nettoyage doivent être mises en oeuvre. Purges régulières des points d'eau, après leur nettoyage et désinfection, des chambres inoccupées (par exemple, tous les jours pendant 5 minutes pour une chambre située entre 2 chambres occupées) et tout particulièrement avant l'arrivée d'un nouvel occupant et purges de points d'eau commun utilisés irrégulièrement (salons de coiffure, douches communes, etc.). Purges particulières des canalisations situées au dernier étage des bâtiments, dans le cas où elles ne bénéficient pas de bouclage. Entretien des mitigeurs : démontage et détartrage de la chambre de mélange et remplacement de la cartouche de réglage.</p>	<p>La température de l'eau délivrée au point de puisage doit être inférieure à 50° C pour éviter le risque de brûlure. Il est recommandé de préciser, avec un pictogramme à proximité du point d'usage de l'eau, la température réelle de l'eau chaude. Avant la prise de douches, il est recommandé de faire couler au sol l'eau jusqu'à stabilisation de la température (15 secondes minimum).</p>

FICHE 2

Surveillance de la température et des concentrations en légionelles dans l'eau des installations intérieures de production et de distribution

Une stratégie de surveillance doit être mise en place dans le but d'évaluer le bon état de la qualité de l'eau distribuée aux points d'usage dans l'établissement. Le code de la santé publique fait obligation aux personnes responsables de la distribution d'eau de surveiller la qualité des eaux destinées à la consommation humaine (art. R. 1321-2, R. 1321-23 et R. 1321-25 du code de la santé publique). Cette surveillance inclut notamment :

- un examen régulier des installations de production et de distribution ;
- un programme de tests ou d'analyses effectués sur des points de production et d'usage déterminés en fonction des risques identifiés que peuvent présenter les installations ;
- la tenue d'un carnet sanitaire recueillant l'ensemble des informations collectées à ce titre pour chaque

installation. L'ensemble des carnets sanitaires est rassemblé dans un fichier sanitaire tenu à jour par le responsable de l'établissement.

Les résultats obtenus dans le cadre de la surveillance de ces indicateurs doivent faire l'objet d'une interprétation et, si nécessaire, entraîner la mise en oeuvre d'actions correctives (cf. fiches n° 1 et n° 3).

Le choix des points de contrôle et la périodicité des prélèvements ne peuvent être définis une fois pour toutes. Ils dépendent en effet des résultats analytiques observés, de l'usage qui est fait des installations, de l'exposition et des facteurs de risque des personnes résidant dans l'établissement, ainsi que des difficultés éventuellement rencontrées pour traiter les épisodes de contamination du réseau.

La stratégie d'échantillonnage, en vue de l'analyse de légionelles, doit être adaptée à l'objectif poursuivi : diagnostic du réseau, mise en évidence de dysfonctionnements, connaissance des expositions, etc.

La fréquence de surveillance ne pourra être inférieure à un prélèvement annuel pour recherche des *Legionella pneumophila*. Elle devra être pratiquée, selon la norme NF T90-431, sur chaque réseau de distribution d'eau chaude sanitaire, au niveau des points suivants :

- au point de mise en distribution (à défaut, le point d'usage le plus près du ballon) ;
- les points d'usage les plus défavorisés : point où la perte de charge est la plus importante (1 ou 2 échantillons) ;
- 2 ou 3 points d'usage représentatifs ;
- sur le retour de la boucle la plus éloignée.

Le prélèvement devra être systématiquement accompagné d'une mesure de la température de l'eau dont le résultat devra être mentionné sur le bordereau d'envoi de l'échantillon. Ces prélèvements devront être réalisés par une personne formée aux techniques de prélèvements et les conditions de transport et de stockage d'échantillon prévues par la norme NF T90-431 devront impérativement être respectées.

Pour les prélèvements effectués aux points d'usage lors des prélèvements de routine, il est recommandé de :

- faire les prélèvements à un moment de la journée où les installations sont exploitées dans des conditions normales, par exemple en milieu de journée ;
- choisir des points d'usage couramment utilisés ;
- réaliser le prélèvement sur le premier litre d'eau obtenu (« premier jet »).

Les résultats des analyses de légionelles dans l'eau chaude sanitaire peuvent être influencés par de nombreux facteurs, notamment par le moment choisi pour effectuer les prélèvements :

- le résultat de l'analyse d'un prélèvement d'eau réalisé quelques jours après un choc chloré ou thermique est uniquement représentatif de l'efficacité ponctuelle de la procédure de désinfection. La recolonisation d'un réseau peut intervenir dans les trois à quatre semaines suivant le traitement ;
- l'heure de l'échantillonnage au point de puisage est aussi un facteur déterminant : le matin avant soutirage d'eau, les résultats obtenus correspondent à la stagnation de la nuit alors qu'en milieu de matinée, ils correspondent à un tirage abondant. Les concentrations varient de même selon que le prélèvement est réalisé au premier jet ou après écoulement de l'eau.

Dans le cadre de l'autosurveillance de la qualité de l'eau qui incombe au responsable de l'établissement, il est vivement recommandé de s'adresser aux trois catégories de laboratoires ci-après :

- laboratoires agréés par le ministre chargé de la santé pour le contrôle sanitaire de la qualité des eaux minérales naturelles ;
- laboratoires agréés par le ministre chargé de la santé pour le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine qui réalisent les analyses de légionelles ;
- laboratoires accrédités par le COFRAC pour le paramètre légionelles.

Dans tous les cas, si l'établissement ne s'adresse pas à l'une des catégories de laboratoires décrite ci-dessus, il est fortement conseillé au gestionnaire de l'établissement de s'assurer que le laboratoire répond aux exigences minimales suivantes : le laboratoire utilise la norme NF T90-431, il participe à des réseaux d'intercalibration conformes à la norme ISO 43 et dispose d'une expérience significative dans le domaine des analyses de la qualité des eaux.

FICHE 3

Actions préconisées en fonction des concentrations en légionelles dans l'eau des installations intérieures de production et de distribution

Dans le tableau ci-après figurent différents types d'actions préconisées en fonction des concentrations observées en *Legionella pneumophila* (Cf. articles R. 1321-29 et 30 du code de la santé publique). Ces préconisations doivent être adaptées à chaque situation. Elles doivent être mises en oeuvre non seulement sur les secteurs contaminés mais sur tous ceux qui sont susceptibles de l'être, dès lors qu'une analyse effectuée à l'un des points représentatifs égale ou dépasse 10^3 UFC *Legionella pneumophila*/litre d'eau. Les actions doivent être appliquées jusqu'au retour à des niveaux de contamination inférieurs à 10^3 UFC *Legionella pneumophila*/litre d'eau.

Tableau n° 1 : Actions préconisées en fonction des concentrations en *Legionella pneumophila* dans l'eau des installations de distribution aux points d'usage

L'objectif cible est de maintenir la concentration en légionelles à un niveau inférieur à 10^3 UFC <i>Legionella pneumophila</i> /litre d'eau	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien régulièrement les réseaux et les équipements ; - Surveiller régulièrement les paramètres physiques (température de l'eau...) et microbiologiques.
Le fait d'atteindre 10^3 UFC <i>Legionella pneumophila</i> /litre d'eau doit déclencher l'alerte et la mise en place progressive des mesures suivantes	<p style="text-align: center;">1. Mesures de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer sans délai l'ensemble des personnels en charge de la gestion de l'eau et des services d'hébergement concernés ; - Rechercher l'origine des écarts avec les résultats des analyses antérieures et rechercher les causes de la prolifération de légionelles ; <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'étendue de la contamination du réseau ; - Mettre en oeuvre les mesures nécessaires à la maîtrise de la concentration en légionelles : détartrage, purge, réglage de la température, travaux, etc. ; - Renforcer la surveillance de la qualité de l'eau (paramètres physiques et microbiologiques). <p style="text-align: center;">2. Selon l'importance de la prolifération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en oeuvre les actions curatives nécessaires : nettoyage et désinfection (1), purge, montée en température, etc. ; - Fournir une information adaptée aux personnes âgées et à leurs familles (cf. article R. 1321-30 du code de la santé publique) ; - En fonction de l'analyse bénéfice/risque faite au cas par cas, supprimer les usages à risque (bains bouillonnants, douches...) et mettre en oeuvre des moyens permettant de limiter l'exposition aux aérosols (lavage au gant, bain, etc.) ; - Evaluer l'efficacité des mesures mises en oeuvre par une surveillance adaptée à l'importance de la contamination. <p>3) Le cas échéant, adopter un plan d'action visant à prévenir les risques liés aux proliférations de légionelles (cf. p. 4 de la présente circulaire).</p>
(1) L'exploitant s'assurera que le produit utilisé pour le nettoyage ou la désinfection des réservoirs et des canalisations est agréé par le ministère en charge de la santé. La distribution de l'eau n'est pas autorisée pendant l'opération de nettoyage et de désinfection.	

FICHE 4

Règles de surveillance d'autres installations à risque**I. - AUTRES INSTALLATIONS À RISQUE
DANS L'ETABLISSEMENT**

Des recommandations générales de prévention contre la prolifération de légionelles dans les systèmes de climatisation à batteries, les bains à remous ou les bains à jets figurent dans la circulaire DGS n° 97/311 du 24 avril 1997 et il convient de s'y conformer.

Par ailleurs, les installations décoratives de type fontaine, bassins décoratifs à jets situés à l'intérieur de locaux, recyclant l'eau et produisant des aérosols doivent faire l'objet de traitements et de contrôles adaptés, de manière à maintenir les concentrations en légionelles à des taux inférieurs au seuil de détection.

Les humidificateurs à ruissellement et à pulvérisation d'eau sous pression, utilisés dans les installations de traitement d'air, sont à proscrire. Afin d'éviter tout développement de microorganismes, il est particulièrement

recommandé d'utiliser des systèmes humidificateurs à vapeur.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent utiliser de préférence des brumisateurs individuels et prioritairement ceux qui sont pré-conditionnés et vendus couramment dans le commerce. Dans les cas exceptionnels où des équipements de brumisation d'eau raccordés au réseau seraient utilisés, il convient de vérifier que ces installations sont alimentées par une eau contrôlée de température inférieure à 20° C et dont les résultats des analyses de détection de légionelles sont inférieurs à 250 UFC/L (conformément aux prescriptions de la circulaire du 3 août 2004 relative aux matériels de prévention et de lutte contre les fortes chaleurs dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées). Ces équipements de brumisation doivent se conformer aux préconisations fournies par le constructeur. En tout état de cause, une maintenance adaptée devra être mise en oeuvre comprenant des purges du réseau avant usage et après toute intervention sur le réseau, une vidange complète des installations en cas d'arrêt prolongé de l'équipement de brumisation, un nettoyage régulier, un nettoyage (détartrage, désinfection) avant toute remise en eau suivant un arrêt prolongé, une vérification de l'évacuation des bassins de collecte des eaux, un changement des filtres, etc.

Il est nécessaire de mettre en place un carnet sanitaire dans lequel l'ensemble des opérations réalisées sur ces équipements sont consignées (exploitation, maintenance et entretien des installations, modalités et résultats de la surveillance de la qualité de l'eau).

II. - TOURS AÉRORÉFRIGÉRANTES HUMIDES

Les tours aéroréfrigérantes humides (TAR) utilisées dans le cadre de la climatisation sont des installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air qui relèvent de la législation des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE). Le contrôle de l'application de cette réglementation est assuré par l'inspection des installations classées sous l'autorité du préfet (direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement, DRIRE).

Les installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air font l'objet de la rubrique 2921 de la nomenclature des installations classées créée par décret du 1^{er} décembre 2004. Les prescriptions générales applicables aux installations soumises à déclaration ou autorisation sous cette rubrique sont précisées dans les arrêtés ministériels du 13 décembre 2004, publiés au *Journal officiel* du 31 décembre 2004. Les gestionnaires des établissements devront prendre attache auprès de la DRIRE afin de se mettre en conformité avec cette réglementation.

Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4 n° 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

NOR : SANPO530248C

Références :

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (annexe : rapport d'objectifs de santé publique) ;

Code de la santé publique : articles L. 1321-4 et L. 1324-1 A ; articles R. 1321-1 et suivants ; articles R. 711-1-11 à 14 ; articles R. 11-2 et R. 11-3 ;

Circulaire DHOS/E4/E2/DGAS/2C/DGS/7A n° 377 du 3 août 2004 relative aux matériels de prévention et de lutte contre les fortes chaleurs dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

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, annexe I : « Environnement extérieur (qualité de l'air intérieur) » ;

Circulaire DGS/E2/DGS/SD5C/2003/591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins

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 ;

Circulaire DGS n° 97-311 du 24 avril 1997 relative à la surveillance et à la prévention de la légionellose ;

Circulaire DGS/PGE/1 D n° 1248 du 2 juillet 1990 relative à la protection sanitaire des réseaux de distribution d'eau destinée à la consommation humaine ;

Circulaire DGS n° 593 du 10 avril 1987 et le *Bulletin officiel* n° 87-14 bis, Guide technique n° 1 ; « Guide technique sur l'eau dans les établissements de santé », ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005 (disponible sur le site internet du ministère : www.sante.gouv.fr) ;

Guide CSTB : « Réseaux d'eau destinée à la consommation humaine à l'intérieur des bâtiments, guide technique de conception et de mise en oeuvre » édition 2004 ;

« Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé - Air, eaux et surfaces », CTIN 2002 ;

Guide des bonnes pratiques d'inspection DRASS-DDASS (IGAS) - juin 2002 ;

« 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales », CTIN 1999 ;

Guide des « bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux », ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998 et 1999.

Annexes :

Annexe I : référentiel d'inspection de la gestion du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé ;

Annexe II : tableau de synthèse des inspections effectuées au cours de l'année écoulée par département (ou région).

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [(pour attribution)] ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [(pour attribution)] ;

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information).

La présente circulaire a pour but de proposer aux services déconcentrés (DRASS et DDASS) un référentiel d'inspection (cf. annexe I) des mesures de prévention des légionelloses mises en oeuvre par les établissements de santé. Ce référentiel est destiné à permettre à ces services d'inspecter, ainsi que le prévoit le Plan national santé environnement (PNSE) 2004-2008, chaque année de 2005 à 2008, 10 % des établissements de santé dans chaque département.

Cette action a pour but de contribuer à l'objectif de réduction de l'incidence des cas de légionellose nosocomiale qui représentent 9 % des cas de légionellose déclarés en 2003 (source INVS). En effet, la

progression annuelle du nombre de cas déclarés de légionellose nosocomiale s'est stabilisée depuis peu d'années et des efforts sont observés dans un grand nombre d'établissements pour mieux maîtriser les risques liés aux légionelles. Toutefois, une réduction substantielle de cette incidence doit pouvoir être atteinte dans tous les établissements de santé par une application rigoureuse des normes législatives et réglementaires et des recommandations de bonne pratique existantes.

La réduction de l'incidence des cas de légionellose nosocomiale s'inscrit dans la perspective plus large de l'objectif de réduction de l'incidence de 50 % de légionellose à l'horizon de 2008 défini par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JO du 11 août 2004) et repris dans le Plan national santé environnement (PNSE) 2004-2008.

1. Objectifs et modalités de mise en oeuvre des inspections

L'inspection veillera à évaluer l'adéquation, la cohérence et l'efficacité des stratégies et des actions des établissements de santé eu égard aux objectifs de réduction de l'incidence des cas de légionellose nosocomiale. Elle vérifiera le respect des normes juridiques et des recommandations de bonne pratique visées en référence. L'inspection s'attachera particulièrement à vérifier :

- les dispositions générales de prévention du risque lié aux légionelles ;
- la prise en compte des risques liés aux légionelles dans les activités de soins ;
- la conformité microbiologique de la qualité de l'eau du réseau de distribution intérieure aux normes juridiques et aux recommandations de bonne pratique existantes vis-à-vis du risque lié aux légionelles ;
- la prise en compte des risques de l'ensemble des installations à risque de disséminations d'aérosols autres que les points d'usage de l'eau de distribution intérieure aux immeubles composant l'établissement.

En outre, l'inspection constituera un moment privilégié pour :

- évaluer l'état d'avancement des actions engagées par l'établissement depuis l'enquête nationale (2003) d'évaluation de l'impact de la 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 ;
- recenser les difficultés et les attentes de l'établissement dans le cadre de la gestion du risque lié aux légionelles.

Il vous est demandé d'établir avec la collaboration des Missions régionales d'inspection et de contrôle (MRIICE) un programme annuel d'inspections des établissements de santé en conformité avec les objectifs définis par la Directive nationale d'orientation (DNO). L'organisation et la mise en oeuvre des inspections se conformeront aux dispositions énoncées dans le guide des bonnes pratiques d'inspection DRASS-DDASS (2002).

Vous hiérarchiserez la liste des établissements devant être inspectés prioritairement chaque année dans votre département en fonction du degré estimé de risque lié aux légionelles dans chaque établissement de santé. Pour cela, vous pourrez vous appuyer notamment sur les données que vous avez recueillies et analysées auprès des établissements au cours de l'enquête nationale (2003). Vous porterez en priorité l'attention sur les établissements n'ayant pas répondu de façon satisfaisante au questionnaire d'enquête (non-réponse à l'enquête, questionnaire non validé, réponses incohérentes ou incomplètes). L'estimation du degré de risque prendra en compte notamment les critères suivants :

- 1.1. L'organisation des stratégies de prévention du risque lié aux légionelles dans l'établissement de santé :
 - la conception et l'observance du programme de prévention des légionelloses de l'établissement ;
 - le niveau d'information et de formation des personnels hospitaliers.
- 1.2. Les données épidémiologiques et d'activité hospitalière :
 - l'évolution de l'incidence des cas de légionellose nosocomiale déclarés au cours de la période récente (cas probable ou certain) ;
 - la vulnérabilité des populations accueillies (patients à haut risque, personnes âgées, etc.) ;
 - la nature des services susceptibles d'accueillir des personnes vulnérables (pneumologie, chirurgie et transplantation d'organe, etc.).

1.3. Les données environnementales :

- l'identification des installations à risque de dissémination d'aérosols contaminés ;
- le niveau et la fréquence des contaminations par des légionelles des réseaux d'eau chaude sanitaire ou d'autres installations à risque ;
- une conception ou un entretien défailant des installations à risque (réseau d'eau chaude, etc.).

Dans tous les cas, la liste des établissements devant être inspectés en priorité prendra en compte le contexte local.

2. Le référentiel d'inspection

Conformément aux objectifs de l'inspection énoncés ci-dessus, le référentiel d'inspection inclut les axes suivants :

- les caractéristiques de l'établissement de santé ;
- la mise en oeuvre des dispositions générales de prévention du risque de légionelles ;
- la légionellose et les données épidémiologiques recueillies dans l'établissement ;
- la prise en compte des risques liés aux légionelles dans les activités de soins ;
- les installations de production et de distribution d'eau chaude ;
- les tours aéroréfrigérantes ;
- les autres installations à risque.

La terminologie, les concepts et l'organisation des questions fournies dans la grille ci-jointe trouvent leur origine pour une large part dans les fiches annexées à la circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002-243 du 22 avril 2002. Les questions prennent aussi en compte les recommandations issues de la circulaire DHOS/E4/E2/DGAS/2C/DGS/7A n° 377 du 3 août 2004 relative aux matériels de prévention et de lutte contre les fortes chaleurs dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

L'inspection environnementale portera sur l'ensemble des installations à risque identifiées dans l'établissement qui relèvent du champ de compétence du ministère de la santé (réseau d'eau chaude sanitaire, brumisateur, etc). Les actions mises en oeuvre par les établissements inspectés doivent répondre aux normes législatives et réglementaires parmi lesquelles figurent celles relatives à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine :

- fournir une « eau qui ne doit pas contenir un nombre ou une concentration de micro-organismes (incluant les légionelles), de parasites ou de toutes autres substances constituant un danger potentiel pour la santé des personnes » (art. R. 1321-2 du code de la santé publique) ;
- surveiller en permanence la qualité des eaux distribuées, incluant un examen régulier des installations, un programme de tests ou d'analyses effectués sur des points déterminés en fonction des risques identifiés que peuvent présenter les installations et la tenue d'un fichier sanitaire recueillant l'ensemble des données recueillies à ce titre (R. 1321-23 et R. 1321-25 du code de la santé publique) ;
- réaliser, concevoir et entretenir les installations de distribution d'eau de manière à empêcher l'introduction ou l'accumulation de micro-organismes, de parasites ou de substances constituant un danger potentiel pour la santé des personnes (art. R. 1321-49 du code de la santé publique) ;
- informer les consommateurs en cas de risque sanitaire (art. R. 1321-4 du code de la santé publique).

Je vous rappelle enfin que conformément à l'article L. 1324-1 A du code de la santé publique, l'établissement, en tant que distributeur au public, d'eau destinée à la consommation humaine, peut être mis en demeure pour tout manquement à ses obligations découlant de l'article L. 1321-4 du code de la santé publique et des règlements pris en son application.

En fonction des conclusions de l'inspection, une nouvelle visite dans l'établissement de santé pourra être programmée pour vérifier la prise en compte effective des mesures que vous aurez demandées le cas échéant au responsable de l'établissement.

Le contrôle des tours aéroréfrigérantes humides (TAR) relève de la compétence des services d'inspection des installations classées. Les questions relatives à la bonne gestion des TAR doivent donc se limiter à la vérification de l'accessibilité et de la disponibilité des informations relatives à la surveillance de ces installations et à la vérification d'une bonne coordination entre les services, comme

défini par la circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002-243 du 22 avril 2002. Cependant, il vous est suggéré d'informer les services déconcentrés du ministère chargé de l'environnement, de la programmation de vos inspections antérieurement aux visites des établissements de santé comportant des TAR, afin que ces services puissent, le cas échéant, inspecter conjointement dans le même temps les installations relevant de leurs attributions.

Il vous est suggéré d'adresser à l'établissement de santé le questionnaire ci-joint préalablement à la visite d'inspection.

Vous voudrez bien faire parvenir à la DGS, bureau SD7A, et à la DHOS, bureau E 4, avant le 1^{er} novembre 2005, puis avant le 1^{er} novembre de chaque année jusqu'en 2008, sous couvert de la DRASS, une synthèse régionale des inspections effectuées au cours de l'année écoulée par département (cf. annexe II), en indiquant :

- le nombre d'établissements de santé nouvellement inspectés dans l'année écoulée (n'ayant pas fait l'objet d'une inspection au cours des quatre dernières années) dans chaque département, suivant la nomenclature des catégories d'établissement ;
- le nombre total d'établissements de santé suivant la nomenclature des catégories d'établissement ;
- le pourcentage régional d'établissements de santé nouvellement inspectés suivant la nomenclature des catégories d'établissement.

Pour le ministre et par délégation :
*Le directeur de l'hospitalisation
 et de l'organisation des soins,*
 J. Castex

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
 Pr D. Houssin

ANNEXES

ANNEXE I. - GRILLE D'INSPECTION DE LA GESTION DU RISQUE LIÉ AUX LÉGIONELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ANNEXE II. - TABLEAU DE SYNTHÈSE DES INSPECTIONS EFFECTUÉES AU COURS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE PAR DÉPARTEMENT (OU RÉGION)

ANNEXE I

GRILLE D'INSPECTION DE LA GESTION DU RISQUE LIÉ AUX LÉGIONELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. - CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
 - 1.1. *Identification*
 - 1.2. *Fonctionnement*
2. - MISE EN OEUVRE DES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE PRÉVENTION DU RISQUE LIÉ AUX LÉGIONELLES
3. - LÉGIONELLOSE
 - 3.1. *Surveillance de la légionellose*
 - 3.2. *Conduite à tenir en cas de légionellose*
4. - PRISE EN COMPTE DES RISQUES LIÉS AUX LÉGIONELLES DANS LES ACTIVITÉS DE SOINS
 - 4.1. *Services accueillant régulièrement des patients à haut risque*
 - 4.2. *Accueil des patients à haut risque dans les services n'accueillant pas régulièrement des patients à haut risque*
5. - INSTALLATION DE PRODUCTION ET DE DISTRIBUTION D'EAU CHAUDE
 - 5.1. *Carnet sanitaire*

- 5.2. *Plans du réseau d'eau*
 - 5.3. *Conception du réseau d'eau chaude*
 - 5.4. *Expertise des installations de distribution de l'eau et programme d'amélioration du réseau de distribution d'eau*
 - 5.5. *Maintenance et entretien*
 - 5.6. *Traitement curatif de désinfection de l'eau de distribution*
 - 5.7. *Surveillance de la qualité de l'eau distribuée dans le réseau d'eau*
 - 5.7.1. Surveillance de la température
 - 5.7.2. Surveillance de la contamination en Legionella dans le réseau d'eau chaude
 - 5.7.3. Autres paramètres
 - 5.7.4. Interprétation des résultats analytiques et stratégies d'intervention
 - 5.7.5. Bilan de la surveillance analytique exercée au cours des deux dernières années
 - 6. - TOURS AÉRORÉFRIGÉRANTES
 - 7. - AUTRES INSTALLATIONS À RISQUE
 - 8. - REMARQUES
- ANNEXE : TEXTES DE RÉFÉRENCE

1. - CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

1.1. *Identification*

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

N° FINESS établissement :

Type de l'établissement :

Etablissement public Etablissement privé PSPH

Etablissement privé non PSPH

Un coordinateur chargé de la prévention des risques liés aux légionelles a-t-il été désigné dans l'établissement ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Nom :

Fonction :

Contact :

Autres intervenants chargés de la prévention des risques liés aux légionelles :

Direction :

Nom :

Fonction :

Contact :

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) :

Nom :

Fonction :

Contact :

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) :

Nom :

Fonction :

Contact :

Autres :

Nom :

Fonction :

Contact :

Date de l'inspection :

Si la mise en application n'est pas prévue, précisez les raisons.

Dans les autres cas, avez-vous adopté ou actualisé un programme d'action de lutte contre les légionelles englobant l'ensemble de l'établissement de santé ?

Oui Non (Si oui, joindre le document support)

Si oui, ce programme d'action a été établi en concertation avec :

CLIN

EOHH

Les services techniques

Autres, précisez :

SI OUI, CE PROGRAMME D'ACTION comprend-il ? (cochez)	OUI	NON	PARTIELLEMENT
Une expertise des installations de distribution d'eau			
Une planification de travaux de réfection des installations de distribution d'eau, si nécessaire			
Un protocole et un calendrier de surveillance des installations de distribution d'eau (comprenant un suivi de la température de l'eau et des concentrations en légionelles)			
Un protocole d'entretien et de maintenance des installations de distribution d'eau			
La mise en place d'un carnet sanitaire pour chaque installation à risque (1)			
un protocole de mesures préventives destinées aux services accueillant des patients à haut risque			
Des consignes d'intervention lors de la survenue d'un cas de légionellose nosocomiale			
Des consignes d'intervention lors de la mise en évidence de fortes concentrations en légionelles des installations à risque			
(1) : une installation à risque est une installation susceptible d'exposer des personnes à des aérosols d'eau contaminée, inférieurs à 5 M.			

Avez-vous identifié et défini les rôles et les missions de chaque intervenant chargé de participer à la mise en oeuvre du programme d'action ?

Oui

Non

Partiellement

Les personnels de l'établissement de santé ont-ils été sensibilisés aux risques sanitaires lié aux légionelles ?

Oui

Non

Partiellement

Si oui ou partiellement, précisez pour chaque catégorie de personnel le nombre de jours de formation et/ou d'information consacrés en 2004 aux risques liés aux légionelles :

Personnel soignant

Personnel technique

Personnel administratif

Autres, précisez :

Les personnels de l'établissement de santé ont-ils été sensibilisés par la mise en oeuvre du programme d'action ?

Oui Non
Partiellement

3. - LÉGIONELLOSE

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 :

Chapitre II-III

Conduite à tenir devant un cas de légionellose nosocomiale

Fiche n° 8

Signalement et notification des légionelloses

3.1. Surveillance de la légionellose

Dans quel cas le personnel médical recherche-t-il une légionellose (existe-t-il une recherche active et/ou systématique dans les services) ?

Précisez la méthode de recherche utilisée :

Recherche de l'antigène soluble urinaire

Sérologie

Mise en culture (avant traitement)

Immunofluorescence directe

Autres :

Précisez la méthode la plus fréquemment utilisée :

3.2. Conduite à tenir en cas de légionellose

Indiquez le nombre de cas déclarés de légionelloses nosocomiales probables contractés dans votre établissement et les services concernés depuis 2001 :

en 2001 : en 2002 :

en 2003 : en 2004 :

Indiquez le nombre de cas déclarés de légionelloses nosocomiales certains contractés dans votre établissement et les services concernés depuis 2001 :

en 2001 : en 2002 :

en 2003 : en 2004 :

Une mise en culture d'un prélèvement biologique (broncho-pulmonaire) est-elle systématique en cas de légionellose ?

Oui

Non

Si oui, la souche est-elle systématiquement adressée au Centre national de référence des légionelles (CNR leg) pour typage ?

Oui

Non

Existe-t-il un protocole écrit des mesures d'intervention lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomiale (probable ou certain) survenant dans votre établissement ? (Si oui, joindre le document)

Oui

Non

En cours

Si oui ou en cours, a-t-il été réalisé en collaboration avec le CLIN ?

Oui

Non

Si oui ou en cours, précisez les mesures du protocole :

Déclaration du cas à la DDASS

Déclaration du cas au CLIN

Information de l'EOHH

Recherche d'autres cas de légionellose confirmés ou possibles

Enquête environnementale dans l'établissement

Surveillance clinique de tous les patients hospitalisés susceptibles d'avoir été exposés

Information des patients

Information du personnel médical

Mesures de réduction des expositions des patients :

Précisez :

Autres :

Avez-vous identifié une ou des sources de contamination liées à des cas de légionelloses nosocomiales (probables ou certains) déclarés dans votre établissement dans les quatre années précédentes ?

Oui

Non

Si oui, indiquez, dans le tableau ci-dessous, pour chaque source de contamination identifiée, le nombre et l'année de survenue des cas de légionelloses nosocomiales associés :

SOURCE DE CONTAMINATION identifiée	ANNÉE	NOMBRE DE CAS de légionellose associé à l'installation/an
Réseaux d'eau chaude (douches, lavabos...)		
Tours aérorefrigérantes		
Bains à remous et douches à jets		
Centrale de traitement de l'air avec humidificateur		
Mésusage lors de l'utilisation de dispositifs médicaux de traitement respiratoire		
Autres, précisez		

4. - PRISE EN COMPTE DES RISQUES LIÉS AUX LÉGIONELLES DANS LES ACTIVITÉS DE SOINS

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 :

Chapitre II-I

Qualité des eaux utilisées dans les activités de soins - Procédures de rinçage des dispositifs médicaux et fiche n° 7 : recommandations spécifiques pour les patients à haut risque

Circulaire du DHOS E4/E2/DGAS2C/DGS/7A n° 377 du 3 août 2004 :

Chapitre I^{er}

Brumisateurs d'eau et précautions d'utilisation

Avez-vous identifié des soins à risque utilisant des dispositifs médicaux destinés à l'appareil respiratoire (aérosolthérapie, canule de trachéotomie, brumisateur d'eau individuel...) ?

Si oui, précisez lesquels et les procédures associées (utilisation d'eau stérile, matériel à usage unique...) :

Évaluez-vous systématiquement, pour toute personne hospitalisée, le niveau de risque de contracter une légionellose ?

- Oui
- Non

L'identification des patients à haut risque repose-t-elle sur la définition de la circulaire du 22 avril 2002 (cf. note 1) ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

4.1. Services accueillant régulièrement des patients à haut risque

Avez-vous identifié des services accueillant régulièrement des patients à haut risque vis-à-vis de la légionellose ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez les services concernés et les critères retenus pour les identifier :

Pour chaque service identifié remplir les questions ci-dessous :

Existe-t-il un protocole de lutte contre la légionellose dans ces services ?

- Oui
- Non

(Si oui, joindre le document)

Si oui, a-t-il été élaboré en liaison avec :

- Le CLIN
- L'équipe opérationnelle d'hygiène

Si oui, est-il facilement accessible pour le personnel concerné ?

- Oui
- Non

Si oui, est-il utilisé par le personnel ?

Toujours Parfois Jamais

Ce protocole comporte-t-il les mesures suivantes :

- protocole de surveillance de concentration en légionelles des points d'usage à risque (douche...)

- Oui
- Non

(Si oui, joindre le document)

- installation de microfiltres terminaux sur les points d'usage à risque du réseau de distribution d'eau.

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Caractéristiques :

Modalités d'entretien :

Fréquence de renouvellement :

- des procédures alternatives aux douches (lavages au gant, bains...)

- Oui
- Non

- dispositif de production autonome et instantanée d'eau chaude

- Oui
- Non

- protocole spécifique d'entretien et de maintenance du réseau de distribution de l'eau (purges des points d'eau...)

(Si oui, joindre le document)

Oui Non

- traitement spécifique de l'eau

Oui Non

Si oui, précisez :

- information des patients à haut risque

Oui Non

- autres, précisez :

Avez-vous défini un protocole d'actions en cas de contamination de l'eau par des légionelles ?

Oui Non

(Si oui, joindre le document)

Précisez en fonction de la concentration en légionelles la nature des interventions (préventives, curatives et informatives) consécutives à la mise en évidence d'une contamination de l'eau par des légionelles :

Existe-il un contrôle de l'efficacité des mesures ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Bilan de l'ensemble des résultats de la surveillance analytique exercée au cours des deux dernières années, figurant dans les carnets sanitaires des installations :

PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES au cours de l'année n-1	DANS LES SERVICES RECEVANT régulièrement des patients à haut risque
Nombre total de prélèvements	
Nombre total de points de prélèvements différents surveillés	
Nombre d'analyses positives (3) de Legionella pneumophila (précisez le cas échéant la concentration correspondante et si possible le sérotype)	
(3) Concentrations supérieures au seuil de détection de la norme NF T90-431. (Ne mentionner que les résultats analytiques obtenus selon la norme NF T90-431.)	
PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES au cours de l'année n	DANS LES SERVICES RECEVANT régulièrement des patients à haut risque
Nombre total de prélèvements	
Nombre total de points de prélèvements différents surveillés	
Nombre d'analyses positives (4) de Legionella pneumophila (précisez le cas échéant la concentration correspondante et si possible le sérotype)	
(4) Concentrations supérieures au seuil de détection de la norme NF T90-431. (Ne mentionner que les résultats analytiques obtenus selon la norme NF T90-431.)	

En présence d'une contamination de l'eau par les légionelles, quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en oeuvre du protocole d'actions ?

4.2. *Accueil des patients à haut risque dans les services n'accueillant pas régulièrement des patients à haut risque*

Dans les services n'accueillant pas régulièrement des patients à haut risque de contracter une légionellose, évaluez-vous systématiquement le risque pour chaque personne hospitalisée ?

Oui Non

Si oui, précisez les services concernés et les critères retenus pour les identifier :

Existe-t-il un protocole préventif du risque légionelles pour la prise en charge des patients à haut risque lorsqu'il n'est pas possible d'identifier des services pour leur accueil ?

Oui

(Si oui, joindre le document)

Si oui, a-t-il été élaboré en liaison avec le CLIN ?

Oui Non

Si oui, est-il à disposition de tous les services ?

Oui Non

Si oui, est-il utilisé par le personnel ?

Toujours Parfois Jamais

Ce protocole comporte-t-il les mesures suivantes ?

- protocole de surveillance de concentration en légionelles des points d'usage à risque (douche...)

Oui Non

(Si oui, joindre le document)

- installation de microfiltres terminaux sur les points d'usage à risque du réseau de distribution d'eau)

Oui Non

Si oui, précisez :

Caractéristiques :

Modalités d'entretien :

Fréquence de renouvellement :

- des procédures alternatives aux douches (lavages au gant, bains...)

Oui Non

- protocole spécifique d'entretien et de maintenance du réseau de distribution de l'eau (purges des points d'eau...)

Oui Non

(Si oui, joindre le document)

- information des patients à haut risque)

Oui Non

- autres, précisez :

5. INSTALLATION DE PRODUCTION ET DE DISTRIBUTION D'EAU CHAUDE

L'alimentation en eau de l'établissement est-elle raccordée :

Au réseau public

A une ressource privée, s'agit-il de ? Puits Forage

Autres :

La production d'eau chaude est-elle :

Production extérieure à l'établissement

Centralisée

Répartie entre plusieurs sites de production, nombre de sites.

Pour chaque réseau individualisé de production d'eau chaude, veuillez remplir les questions ci-dessous (de 5.1 à 5.7).

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 :

Fiche n° 1
Conception et maintenance des installations
de distribution d'eau

Fiche n° 2
Nettoyage et désinfection dans les installations intérieures
d'eau chaude sanitaire
5.1. *Carnet sanitaire*

Les informations concernant la surveillance de la qualité et de l'entretien du réseau d'eau sont-elles consignées, régulièrement, dans un document tenu à jour (carnet sanitaire) ? (Si oui, joindre une photocopie du document ou mettre à disposition de l'inspecteur le document)

Oui Non

Si oui, ce carnet comprend-il :

- les plans actualisés du réseau

Oui Non

- la liste des travaux effectués (modification, rénovation...)

Oui Non

- les opérations de maintenance et d'entretien réalisées

Oui Non

- les traitements de détartrage et de lutte contre la corrosion

Oui Non

- les traitements de désinfection

Oui Non

- les résultats des analyses de surveillance de la qualité de l'eau

Oui Non

- les relevés de température

Oui Non

- les volumes consommés (eau chaude / eau froide)

Oui Non

5.2. Plans du réseau d'eau

Existe-t-il des plans ou un schéma de principe du réseau d'eau ? (Joindre le plan)

Non

Oui, en totalité

Oui, partiellement

Oui, uniquement concernant les services accueillant régulièrement des patients à haut risque

Ces plans sont-ils régulièrement tenus à jour ?

Oui Non

Quelle est la date de la dernière mise à jour ?

5.3. Conception du réseau d'eau chaude

Dates de construction et/ou de modification majeure du réseau :

Quelle est la nature des matériaux constitutifs du réseau de distribution d'eau ?

Cuivre

PVC

Acier inoxydable

Acier galvanisé

Fonte

Plomb

Autres :

Précisez le mode de production d'eau chaude et sa date d'installation :

Production instantanée (stockage en aval inférieur à 400 litres) :

Chauffe-eau instantané

Echangeur à plaques ou tubulaire

Autre :

Production semi-instantanée (stockage en aval supérieur ou égal à 400 litres)

Production par accumulation (ballons d'eau chaude)

Quelle est la température de l'eau en sortie de production d'eau chaude sanitaire ?

Concernant le circuit de distribution, existe-t-il :

- un bouclage du réseau d'eau chaude ?

Non Partiel Oui Nombre de boucles :

- des cordons chauffants ?

Oui Non

Si oui, à quelle température maintienne(nt)-il(s) le réseau ?

- des mitigeurs ?

Oui

Non

Si oui, à quel niveau :

Aux points d'usage

En aval de la production, précisez la température en aval du mitigeur :

Autres :

Existe-t-il des traitements associés ?

- adoucissement

Oui

Non

- filtration

Oui

Non

- filmogène

Oui

Non

- traitement de désinfection

Oui

Non

- autres :

Le réseau est-il équipé de manchettes témoins pour suivre son état de corrosion ?

Oui Non

Les points d'usages sont-ils protégés par des ensembles de protection ?

Oui Non

Si oui, l'ensemble des protections :

- fait-il l'objet d'une maintenance régulière ?

Oui Non

- a-t-il fait l'objet d'une étude de risque spécifique afin de valider sa nature ?

Oui Non

Les piquages du réseau d'eau chaude sur le réseau d'eau froide sont-ils protégés par des ensembles de protection ?

Oui Non

Si oui, l'ensemble des protections :

- fait-il l'objet d'une maintenance régulière ?

Oui Non

- a-t-il fait l'objet d'une étude de risque spécifique afin de valider sa nature ?

Oui Non

Les piquages du réseau technique sur le réseau d'eau chaude sanitaire sont-ils protégés par des ensembles de protection ?

Oui Non

Si oui, l'ensemble des protections :

- fait-il l'objet d'une maintenance régulière ?

Oui Non

- a-t-il fait l'objet d'une étude de risque spécifique afin de valider sa nature ?

Oui Non

5.4. *Expertise des installations de distribution de l'eau et programme d'amélioration du réseau de distribution d'eau*

Avez-vous déjà réalisé un diagnostic du réseau d'eau ?

Oui

Non

Si non, un diagnostic est-il prévu ?

Oui précisez l'année :

Non

Si oui, le diagnostic concerne : (joindre le rapport d'expertise)

Réseau d'eau chaude

Date :

Réseau d'eau froide

Date :

Autres :

Date :

Si oui, ce diagnostic a-t-il été réalisé :

Par le service technique de l'établissement de santé

Par une société sous traitante, précisez le nom de la société :

Autre :

Avez-vous identifié les points critiques des réseaux d'eau vis-à-vis du risque « légionelles » (risques de stagnation, bras morts...) ? oui non

Si oui, précisez (nature, localisation...) :

Y a-t-il eu des préconisations de travaux d'amélioration structurelle des réseaux (production et/ou distribution) ? oui non

Si oui, précisez (nature, localisation, priorisations...) :

Un programme d'amélioration, avec des échéanciers d'application, du réseau de distribution d'eau est-il envisagé ou mis en oeuvre ?

Envisagé Mis en oeuvre Non effectué

SI OUI, COMPREND-IL les mesures suivantes ? (cochez)	PRÉVU	EN COURS	EFFECTUÉ
Elimination des bras morts			
Modification de la production d'eau chaude			
Création de purges sur réseau ou sur ballon(s)			
Equiperment du réseau afin de réaliser un traitement en continu			
Equiperment du réseau afin de réaliser des traitement curatifs			
Modification des matériaux constitutifs du réseau			
Bouclage du réseau			
Calorifugeage du réseau d'eau chaude (séparé de l'eau froide)			
Equilibrage du réseau d'eau chaude			
Mise en place de cordons chauffants pour atteindre une température permanente supérieure à 50° C			
Autres, précisez			

5.5. Maintenance et entretien

Qui effectue la maintenance et/ou l'entretien des installations d'eau ?

Le service technique de l'établissement de santé

Une société sous-traitante, précisez le nom de la société :

Existe-t-il dans l'établissement de santé des protocoles écrits de maintenance et d'entretien du réseau d'eau ?

Oui Non (Si oui, joindre les documents)

La maintenance concerne :

Les équipements de production d'eau chaude (ballons, échangeurs à plaque, etc.)

Les annexes (vannes, adoucisseurs, dégazeurs, etc.)

Les réseaux d'eau froide

Les réseaux d'eau chaude

Les équipements périphériques (pompes de douche, flexibles, etc.)

Autres :

La maintenance et l'entretien du système de production comprend :

Purges (ballon,...)

- fréquence

Désinfection

- fréquence

- produit actif utilisé

Détartrage

- fréquence

- produit actif utilisé

La maintenance et l'entretien au niveau du réseau d'eau comprend :

Equilibrage du réseau

Temps d'obtention de l'eau chaude

Purges

Points bas de colonnes montantes

Fréquence

Points d'usage

Fréquence

Détartrage

Fréquence

Produit actif utilisé

Désinfection

Traitement chimique continu (consommation de l'eau aux points d'usage autorisée pendant le traitement)

Produit actif utilisé :

Dose employée à l'injection (mg/l) :

Temps de contact :

Concentration résiduelle (mg/l) :

Lieux des contrôles

Points d'usage

Retour de boucle

Autre :

Carnet de suivi des traitements : Oui Non

Traitement ponctuel par choc chimique (consommation de l'eau aux points d'usages non autorisée pendant le traitement)

Produit actif utilisé :

Dose employée à l'injection (mg/l) :

Temps de contact :

Concentration résiduelle (mg/l) :

Lieux des contrôles

Points d'usage

Retour de boucle

Autre :

Carnet de suivi des traitements : Oui Non

Traitement préventif thermique

Température en sortie de production (° C) :

Température au niveau des robinets (° C) :

Durée :

Fréquence :

Mesures déployées pour éviter les brûlures :

Durant l'exécution du traitement, prévoyez-vous dans les services d'hospitalisation et les autres locaux :

Une restriction des usages de l'eau (hors désinfection chimique en traitement continu)

Une information auprès du personnel des services concernés

Une information auprès des patients

Les opérations de désinfection sont-elles mises en oeuvre systématiquement après des travaux sur le réseau ?

Oui Non

L'efficacité des opérations de désinfection est-elle contrôlée ?

Oui Non

Si oui, précisez la nature du protocole de contrôle :

La maintenance et l'entretien des éléments de robinetterie comprend :

Soutirages réguliers sur les robinets des chambres d'hospitalisation temporairement ou durablement inoccupées

Détartrage

fréquence :

Nettoyage

fréquence :

Désinfection

fréquence et produit actif utilisé :

Changement des joints, flexibles, pommes de douche

Fréquence et critères de remplacement :

Autres :

5.6. *Traitement curatif de désinfection de l'eau de distribution*

Avez-vous défini un protocole de traitement curatif de désinfection en cas de contamination ?

Oui Non

Quel type de traitement curatif de désinfection réalisez-vous ?

Choc chimique

produit actif utilisé :

Dose employée (mg/l) :

Temps de contact :

Choc thermique

température en sortie de production (° C) :

Température au niveau des robinets (° C) :

Durée :

Mesures déployées pour éviter les brûlures :

Durant l'exécution du traitement, prévoyez-vous dans les services d'hospitalisation et les autres locaux :
 Une restriction des usages de l'eau
 Une information auprès du personnel des services concernés
 Une information auprès des patients
 L'efficacité de ces opérations est-elle contrôlée ?
 Oui Non
 Si oui, précisez la nature du protocole de contrôle :

*5.7. Surveillance de la qualité de l'eau
 distribuée dans le réseau d'eau*

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 :

Fiche n° 3

Suivi de la température et des légionelles, modalités d'interprétation des résultats dans les réseaux d'eau destinés à la consommation humaine

Fiche n° 6

Modalités de prélèvements pour la recherche de légionelles et laboratoires compétents pour les analyses de légionelles dans l'eau

5.7.1. Surveillance de la température

Surveillez-vous la température de l'ensemble du réseau ?
 Du réseau d'eau chaude
 Oui Non
 Du réseau d'eau froide
 Oui Non
 Les points de contrôle de la température sur le réseau d'eau chaude sont relevés :
 A la sortie de production
 Préciser la fréquence :
 Continu
 1 fois/jour
 1 fois/semaine
 1 fois/mois
 Autre :
 Au retour des boucles les plus défavorisées
 Préciser la fréquence :
 Continu
 1 fois/jour
 1 fois/semaine
 1 fois/mois
 Autre :
 Au collecteur retour

Préciser la fréquence :

Continu

1 fois/jour

1 fois/semaine

1 fois/mois

Autre :

Aux points d'usage

Préciser la fréquence :

Continu

1 fois/jour

1 fois/semaine

1 fois/mois

Autre :

Autres :

Préciser la fréquence :

Continu

1 fois/jour

1 fois/semaine

1 fois/mois

Autre :

La température est-elle maintenue en permanence au-delà de 50 °C en tout point du réseau d'eau chaude ?

oui

non

Non mesurée

La température est-elle maintenue en permanence en dessous de 20 °C en tout point du réseau d'eau froide ?

oui

non

Non mesurée

5.7.2. Surveillance de la contamination en *Legionella* dans le réseau d'eau chaude :

Avez-vous instauré un protocole de surveillance du risque de contamination du réseau d'eau par les légionelles définissant le lieu, la fréquence et le protocole de prélèvement ?

Oui

Non

Partiellement

Cette surveillance fait-elle l'objet d'un protocole écrit ?

Oui

Non

(Si oui, joindre le document)

A-t-il été établi en collaboration :

Avec le CLIN ?

Avec l'EOHH ?

Autres :

La surveillance porte-t-elle sur :

Legionella sp. seule

Legionella sp. et *Legionella pneumophila*

Legionella sp. et *Legionella pneumophila* jusqu'au sérotypage

Précisez la localisation, la fréquence des campagnes de prélèvement, et le nombre de points de prélèvement :

Sortie des dispositifs de production d'eau chaude :

Fréquence :

Nombre de points de prélèvement :

Sortie des dispositifs de stockage :

Fréquence :

Nombre de points de prélèvement :

Retour de boucle :

Fréquence :

Nombre de points de prélèvement :

Aux points techniques (vannes de sortie, partie basse de ballon...) :

Fréquence :

Nombre de points de prélèvement :

Aux points d'usage (robinets, pommes de douche) :

Fréquence :

Nombre de points de prélèvement :

Autres :

Fréquence :

Nombre de points de prélèvement :

Qui effectue les prélèvements d'eau ?

Service technique de l'établissement de santé

Laboratoire de l'établissement

Une société sous-traitante, précisez le nom de la société :

Autre :

Existe-t-il un protocole pour les prélèvements d'eau ?

Oui

Non

(Si oui, joindre le document)

Quel laboratoire réalise les analyses de légionelles ?

Le laboratoire de l'établissement de santé

Un autre laboratoire, précisez le nom du laboratoire :

Précisez si le laboratoire :

Utilise la méthode analytique définie par la norme NFT 90-431

Participe au réseau d'inter-calibration ISO 43

Est agréé par le ministère de la santé pour le contrôle sanitaire des eaux

Est certifié COFRAC pour le paramètre légionelle du programme 100-2

5.7.3. Autres paramètres

Quels sont les autres paramètres retenus dans la surveillance de la qualité de l'eau distribuée dans le réseau d'eau :

Recherche des germes totaux dans l'eau

Concentration en désinfectant, en cas de traitement continu de désinfection de l'eau

Paramètres physico-chimiques (pH, TH...)

Autres :

5.7.4. Interprétation des résultats analytiques et stratégies d'intervention

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 :

Fiche n° 4

Actions préconisées en fonction des concentrations en légionelles
dans les installations de distribution d'eau

Avez-vous défini un protocole d'actions en cas de contamination de l'eau par des légionelles ?

Oui Non (Si oui, joindre le document).

Précisez en fonction de la concentration en légionelles la nature des interventions (préventives, curatives et informatives) consécutives à la mise en évidence d'une contamination de l'eau par des légionelles :

Existe-il un contrôle de l'efficacité des mesures ?

oui non

Si oui, précisez :

5.7.5. Bilan de l'ensemble des résultats de la surveillance analytique exercée au cours des deux dernières années, figurant dans les carnets sanitaires des installations :

PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES au cours de l'année n-1	SUR L'ENSEMBLE DU RÉSEAU
Nombre total de prélèvements	
Nombre total de points de prélèvements différents surveillés	
Nombre d'analyses positives (5) 10^3 UFC / L de Legionella pneumophila (précisez le cas échéant le sérotype)	
Nombre d'analyses 10^3 UFC / L de Legionella pneumophila (précisez le cas échéant le sérotype)	
(5) : Concentrations supérieures au seuil de détection de la norme NF T90-431 (ne mentionner que les résultats analytiques obtenus selon la norme NF T90-431)	
PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES au cours de l'année n	SUR L'ENSEMBLE DU RÉSEAU
Nombre total de prélèvements	
Nombre total de points de prélèvements différents surveillés	
Nombre d'analyses positives (6) 10^3 UFC/L de Legionella pneumophila (précisez le cas échéant le sérotype)	
Nombre d'analyses 10^3 UFC/L de Legionella pneumophila (précisez le cas échéant le sérotype)	
(6) : Concentrations supérieures au seuil de détection de la norme NF T90-431 (ne mentionner que les résultats analytiques obtenus selon la norme NF T90-431)	

En présence d'une contamination de l'eau par des légionelles, quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en oeuvre du protocole d'actions ?

6. TOURS AEROREFRIGERANTES

Y a-t-il des tours aérorefrigerantes dans le périmètre de l'établissement ?

Oui Non

Si oui, précisez le nombre d'installations :

Pour chacune des tours identifiées dans l'enceinte de l'établissement de santé, remplir les questions ci-dessous :

Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002-243 du 22/04/2002, relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé, chapitre III : Modalités de mise en oeuvre des

dispositions par les établissements de santé fiche n° 9.

Les acteurs et leurs responsabilités

Le contrôle des TAR relève de la compétence des services d'inspection des installations classées. Il importe de prendre en compte dans l'évaluation des risques liés aux légionelles dans l'établissement, les risques liés aux TAR dont les règles d'encadrement sont définies par les arrêtés suivants :

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif aux prescriptions générales applicables aux installations classées pour la protection de l'environnement soumises à déclaration sous la rubrique n° 2921 Installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air.

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif aux installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air soumises à autorisation au titre de la rubrique n° 2921.

De quel type d'installation s'agit-il ?

Tour aéroréfrigérante humide avec :

Circuit de refroidissement de type fermé.

Circuit de refroidissement de type ouvert.

Tour aéroréfrigérante sèche.

Tour hybride sec/humide.

L'installation est soumise à un arrêté de :

Déclaration

Autorisation

N'est pas régularisée

L'installation a-t-elle déjà fait l'objet d'une inspection par les services d'inspection des installations classées ?

Oui Non

Si oui, indiquez la date de l'inspection :

L'installation a-t-elle fait l'objet de préconisations particulières par l'inspection des installations classées ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Les informations concernant la gestion de l'eau alimentant l'installation (comprenant notamment les résultats analytiques des indicateurs de la qualité de l'eau) sont-elles consignées, régulièrement, dans un carnet sanitaire ? (Si oui, joindre une photocopie du document ou mettre à disposition de l'inspecteur le document.)

Oui Non

Existe-t-il des procédures écrites d'intervention (curatives et informatives) en cas de contamination de la TAR par les légionelles en fonction des résultats analytiques ? (Si oui, joindre les documents.)

Oui Non

Les acteurs suivants sont-ils informés des résultats d'analyse en cas de *Legionella sp.* impossible à quantifier en raison de la présence d'une flore interférente ?

La DDASS

Les services d'inspection des installations classées

La Préfecture

Le CLIN de l'établissement

Le service clinique concerné

Autres, précisez :

Les services suivants sont-ils informés des résultats d'analyse en cas de concentration en *Legionella sp.* supérieure ou égale à 10^3 UFC/L et inférieure à 10^5 UFC/L ?

La DDASS

Les services d'inspection des installations classées

La Préfecture

Le CLIN de l'établissement

Le service clinique concerné

Autres, précisez :

Les services suivants sont-ils informés des résultats d'analyse en cas *Legionella sp.* supérieure ou égale à 10^5 UFC/L ?

La DDASS

Les services d'inspection des installations classées

La Préfecture

Le CLIN de l'établissement

Le service clinique concerné

Autres, précisez :

Bilan de l'ensemble des résultats de la surveillance analytique exercée au cours des deux dernières années figurant dans les carnets sanitaires des installations :

PRÉLÈVEMENTS et analyses au cours de l'année n - 1	ÉCHANTILLON prélevé dans le réseau d'eau	ÉCHANTILLON d'eau représentatif de l'eau pulvérisée
Nombre total de prélèvements		
Nombre d'analyses positives (1) $< 10^3$ UFC/L		
Nombre d'analyses 10^3 UFC/L et 10^5 UFC/L (précisez le cas échéant l'espèce et le sérotype)		
Nombre d'analyses 10^5 UFC/L (précisez le cas échéant l'espèce et le sérotype)		
(1) Concentrations supérieures au seuil de détection de la norme NF T90-431.		

(Ne mentionner que les résultats analytiques obtenus selon la norme NF T90-431.)

PRÉLÈVEMENTS et analyses au cours de l'année n	ECHANTILLON prélevé dans le réseau d'eau	ECHANTILLON d'eau représentatif de l'eau pulvérisée
Nombre total de prélèvements		
Nombre d'analyses positives (1) 10^3 UFC/L		
Nombre d'analyses 10^3 UFC/L et à 10^5 UFC/L (précisez le cas échéant l'espèce et le sérotype)		
Nombre d'analyses 10^5 UFC/L (précisez le cas échéant l'espèce et le sérotype)		
(1) Concentrations supérieures au seuil de détection de la norme NF T90-431.		

(Ne mentionner que les résultats analytiques obtenus selon la norme NF T90-431.)

7. AUTRES INSTALLATIONS À RISQUE :

Avez-vous identifié dans l'établissement d'autres catégories d'installations à risque (précisez le ou les critères retenus pour leur identification) (cf. note 2) ?

Oui Non

Si oui, précisez les installations identifiées :

Balnéothérapie, bains à remous ou à jets Nombre :

Centrale de traitement de l'air avec humidificateur Nombre :

Fontaine décorative Nombre :

Brumisateur d'eau collectif Nombre :

Autres dispositifs et appareils raccordés au réseau d'eau chaude ou mitigée pouvant générer des aérosols (indiquez le nombre correspondant) :

Pour chaque installation à risque identifié, remplir les questions ci-dessous :

Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002-243 du 22/04/2002, relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé :

Chapitre III

Modalités de mise en oeuvre des dispositions par les établissements de santé fiche n° 5 : règles de surveillance et niveaux d'intervention en fonction des concentrations en *Legionella* dans les autres installations à risque

Circulaire DHOS E4/E2/DGAS2C/DGS/7A n° 377 du 3 août 2004 :

Chapitre I^{er}

Brumisateurs d'eau et précaution d'utilisation

Avez-vous effectué un diagnostic des facteurs de risque de développement des légionelles dans ces installations ?

Oui Non

Si oui, précisez les résultats et les mesures d'amélioration envisagées :

Les informations concernant la gestion de l'eau alimentant l'installation sont-elles consignées, régulièrement, dans un dossier tenu à jour (carnet sanitaire) ? (Si oui, joindre le document.)

Oui Non

Avez-vous mis en place un programme d'entretien et de maintenance de ces installations ? (Si oui, joindre le document.)

Oui Non

Avez-vous mis en place un programme de surveillance analytique avec recherche de légionelles ? (Si oui, joindre le document.)

Oui Non

Quels paramètres surveillez-vous ?

Legionella sp.

Legionella pneumophila

Température de l'eau

Recherche des germes totaux dans l'eau

Concentration en désinfectant, en cas de traitement continu de désinfection de l'eau

Paramètres physico-chimiques (pH, TH...)

Autres :

Avez vous établi un niveau cible de concentration en légionelles à ne pas dépasser ?

Non

Oui, précisez :

Existe-t-il une procédure écrite d'intervention en cas de dépassement de ce seuil ? (Si oui, joindre le document.)

Oui Non

Précisez, en fonction de la concentration en légionelles, la nature des interventions (préventives, curatives et informatives) consécutives à la mise en évidence d'une contamination de l'installation des légionelles :

Existe-il un contrôle de l'efficacité de ces mesures ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Avez vous déjà mis en oeuvre l'une ou plusieurs de ces mesures ?

Oui Non

Si oui, précisez la date et la concentration en légionelles observées :

Si oui, quelles sont les difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre de ces actions ?

8. - REMARQUES

Selon vous, quels sont les points forts de votre lutte contre les légionelles ?

Selon vous, quels sont les points faibles de votre lutte contre les légionelles ?

Remarques complémentaires :

ANNEXE : TEXTES DE RÉFÉRENCE

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (annexe : rapport d'objectifs de santé publique).

Code de la santé publique : articles L. 1321-4 et L. 1324-1 A ; articles R. 1321-1 et suivants ; articles R. 711-1-11 à 14 ; articles R. 11-2 et R. 11-3.

Circulaire DHOS/E4/E2/DGAS/2C/DGS/7A n° 377 du 3 août 2004 relative aux matériels de prévention et de lutte contre les fortes chaleurs dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

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, annexe I : « Environnement extérieur (qualité de l'air intérieur) ».

Circulaire DGS/E2/DGS/SD5C/2003/591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins.

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.

Circulaire DGS n° 97/311 du 24 avril 1997 relative à la surveillance et à la prévention de la légionellose.

Circulaire DGS/PGE/1D n° 1248 du 2 juillet 1990 relative à la protection sanitaire des réseaux de distribution d'eau destinée à la consommation humaine.

Circulaire DGS n° 593 du 10 avril 1987 et le *Bulletin officiel* n° 87-14 bis - Guide technique n° 1.

« Guide technique sur l'eau dans les établissements de santé », ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005 (disponible sur le site Internet du ministère : www.sante.gouv.fr).

Guide CSTB : « Réseaux d'eau destinée à la consommation humaine à l'intérieur des bâtiments, guide technique de conception et de mise en oeuvre », édition 2004.

« Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé - Air, eaux et surfaces », CTIN, 2002.

Guide des bonnes pratiques d'inspection DRASS-DDASS (IGAS), juin 2002.

« 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales », CTIN, 1999.

Guide des « Bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux », ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998 et 1999.

ANNEXE II
TABLEAU DE SYNTHÈSE DES INSPECTIONS EFFECTUÉES
AU COURS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE PAR DÉPARTEMENT (OU RÉGION)

Année :

Département (ou région) :

CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS de santé nouvellement inspectés dans l'année écoulée	NOMBRE TOTAL D'ÉTABLISSEMENTS de santé	POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS de santé nouvellement inspectés dans l'année écoulée
Centres hospitaliers régionaux			
Centres hospitaliers			
Centres de lutte contre le cancer			
Hôpitaux locaux			
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie			
Etablissements de soins de suite et de réadaptation			
Etablissements de soins de courte durée			
Etablissements de soins de longue durée			

NOTE (S) :

(1) Les patients dits « patients à haut risque » sont les immunodéprimés sévères et particulièrement les immunodéprimés après transplantation ou greffe d'organe et les immunodéprimés par corticothérapie prolongée (0,5 mg/kg de prednisone pendant plus de 5 jours) ou récente et à haute dose (c'est à dire supérieure à 5 mg/kg de prednisone pendant plus de 5 jours).

(2) Une installation à risque est une installation susceptible d'exposer des personnes à des aérosols d'eau contaminée, inférieurs à 5 µm.

EXTRAIT 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

NOR : SASX0822640L

- TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE
 - CHAPITRE IER : CREATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

Article 116 En savoir plus sur cet article...

I. — L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis », sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : «, ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés ».

II. — Après le 3° de l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'Etat. »

III. — L'article L. 221-3 du même code est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat. » ;

2° Au dix-neuvième alinéa, les mots : « douzième », « treizième » et « dix-neuvième » sont remplacés respectivement par les mots : « treizième », « quatorzième » et « vingtième ».

IV. — Les dispositions prévues au II entrent en vigueur à l'échéance des mandats en cours des membres des conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

V. — L'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes. »

VI. — Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils des caisses primaires appelées à fusionner au 1er janvier 2010 expire le 31 décembre 2009.

Article 117

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 182-2-1, il est inséré un article L. 182-2-1-1 ainsi rédigé :

« Art.L. 182-2-1-1.-I. — Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

« Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.

« Il détermine également les conditions :

« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. — Le contrat d'objectifs est conclu pour une période minimale de quatre ans.

« Le contrat et, le cas échéant, les avenants qui le modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article LO 111-9. » ;

2° L'article L. 182-2-3 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les orientations du contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1. » ;

b) A la première phrase du dernier alinéa, les références : « au 3° et au 4° » sont remplacées par les références : « aux 3°, 4° et 7° » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°. » ;

3° L'article L. 182-2-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Négocie le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 ; »

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le président et le directeur général signent le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1. »

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III

« AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

« Chapitre Ier

« Missions et compétences
des agences régionales de santé

« Art.L. 1431-1.-Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« — des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;
« — des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« — des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« Art.L. 1431-2.-Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« A ce titre :

« a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles 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 et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

« d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« A ce titre :

« a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité ;

« d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« f) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« g) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« h) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

« Art.L. 1431-3.-Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« Art.L. 1431-4.-Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat, sauf disposition contraire.

« Organisation et fonctionnement
des agences régionales de santé

« Section 1

« Organisation des agences

« Art.L. 1432-1.-Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

« 1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« — dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« — dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

« Sous-section 1

« Directeur général

« Art.L. 1432-2.-Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.

« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

« Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.

« Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre 1er de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

« Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il peut déléguer sa signature.

« Sous-section 2

« Conseil de surveillance

« Art.L. 1432-3.-I. — Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :

« 1° De représentants de l'Etat ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.]

- « Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.
- « Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.
- « Il approuve le compte financier.
- « Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.
- « Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.
- « II. — Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :
 - « 1° A plus d'un titre ;
 - « 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
 - « 3° S'il est salarié de l'agence ;
 - « 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;
 - « 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;
 - « 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.
- « Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.
- « Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.
- « III. — Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« Sous-section 3

« Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

- « Art.L. 1432-4.-La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.
- « L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement.
- « La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.
- « Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.
- « Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.
- « Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

« Section 2

« Régime financier des agences

- « Art.L. 1432-5.-Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.
- « Art.L. 1432-6.-Les ressources de l'agence sont constituées par :
 - « 1° Une subvention de l'Etat ;
 - « 2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;
 - « 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;
 - « 4° Des ressources propres, dons et legs ;
 - « 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.
- « Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.
- « Art.L. 1432-7.-L'agence est dotée d'un comptable public.
- « Art.L. 1432-8.-L'Etat peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'Etat ou les agences régionales de santé.

« Section 3

« Personnel des agences

« Art.L. 1432-9.-Le personnel de l'agence comprend :

« 1° Des fonctionnaires ;

« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

« 4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

« Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.

« Art.L. 1432-10.-Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« Art.L. 1432-11.-Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au second alinéa du même article peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat en application de l'article L. 2321-1 du même code. Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat en application de l'article L. 4111-2 du même code.

« Les dispositions du chapitre III du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du même code sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du même code, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et, pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives, du livre IV de la deuxième partie du même code.

« Art.L. 1432-12.-Les modalités d'application de la présente section, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-11, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Chapitre III

« Coordination des agences régionales de santé

« Art.L. 1433-1.-Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

« Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

« Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

« Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

« Art.L. 1433-2.-Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

« Art.L. 1433-3.-Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

« Planification régionale
de la politique de santé

« Section 1

« Projet régional de santé

« Art.L. 1434-1.-Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« Art.L. 1434-2.-Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« Art.L. 1434-3.-Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'Etat dans la région.

« Art.L. 1434-4.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de la présente section.

« Sous-section 1

« Schéma régional de prévention

« Art.L. 1434-5.-Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« Art.L. 1434-6.-Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.

« Sous-section 2

« Schéma régional d'organisation des soins

« Art.L. 1434-7.-Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

« Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Art.L. 1434-9.-Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
 « 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
 « 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« Art.L. 1434-10.-Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« Art.L. 1434-11.-Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Sous-section 3

« Schéma régional d'organisation médico-sociale

« Art.L. 1434-12.-Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« Art.L. 1434-13.-Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

« Section 2

« Programme pluriannuel régional de gestion du risque

« Art.L. 1434-14.-Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque.

« Art.L. 1434-15.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application de la présente section.

« Section 3

« Territoires de santé et conférences de territoire

« Art.L. 1434-16.-L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« Art.L. 1434-17.-Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

« Chapitre V

« Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé

« Section 1

« Veille, sécurité et polices sanitaires

« Art.L. 1435-1.-Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'Etat territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Les services de l'agence et les services de l'Etat mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

« Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1.

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

« Elle 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.

« Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'Etat dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en cas d'absence ou d'empêchement, à des agents placés sous son autorité.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

« Art.L. 1435-2.-Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

« Section 2

« Contractualisation avec les offreurs de services de santé

« Art.L. 1435-3.-L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art.L. 1435-4.-L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

« Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.

« L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art.L. 1435-5.-L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont

l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

« Section 3

« Accès aux données de santé

« Art.L. 1435-6.-L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmission des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.

« Les agents de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

« Avant le 1er janvier 2011, la Commission nationale de l'informatique et des libertés présente au Parlement un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les agences régionales de santé.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente de l'Etat pour le compte des agences régionales de santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

« Section 4

« Inspections et contrôles

« Art.L. 1435-7.-Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'Etat, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'Etat dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

Article 119

L'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase, les mots : « et celui des organismes locaux » sont remplacés par les mots : «, celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé » ;

2° A la seconde phrase, les mots : « ou par les organismes locaux » sont remplacés par les mots : «, les organismes locaux ou les agences régionales de santé ».

Article 120

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6121-6 est abrogé ;

2° Après la référence : « L. 6321-1 », la fin du second alinéa de l'article L. 6147-9 est supprimée.

Article 121

Les deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

« Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. »

Article 122 En savoir plus sur cet article...

Avant le 15 septembre 2010, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par région et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.