

# **DIAGNOSTIC DES PRATIQUES PHYTOSANITAIRES**

**Nom de la commune** : .....

**Élu en charge du diagnostic** : .....

## **DESCRIPTIF DE LA COMMUNE**

**Nombre d'habitants** : .....

**Superficie de la commune** : .....

**Superficie des bourgs centre (ha ou m<sup>2</sup>)** : .....

**Superficie des espaces verts (ha ou m<sup>2</sup>)** : .....

**Superficie des espaces traités (ha ou m<sup>2</sup>)** : .....

**Exutoires principaux des eaux pluviales** : .....

## **ORGANISATION DU SERVICE ESPACES VERTS**

**Mode d'organisation du service** :

Régie

Régie + prestations ponctuelles      → Régie ....%      Prestataires ....%

Prestation généralisée

### **Régie**

Quel est le nombre d'agents affectés : ..... Estimation temps de tous les agents consacré / an : .....

Agents responsables des traitements phytosanitaires (Noms - coordonnées) : .....

Les agents applicateurs de produits phytosanitaires de la commune sont-ils certifiés (Certiphyto) ?

OUI       NON

La commune intervient elle en tant que prestataire pour l'entretien de certains lieux dont elle n'est pas propriétaire (hôpitaux, maisons de retraite, collèges, lycées, etc.) ?

OUI, lesquels : .....

NON

Appliquer-vous les arrêtés du 12/09/2006 et du 27/06/2011, dispositions relatives à l'interdiction ou à la restriction d'utilisation de produits phytosanitaire au voisinage des points d'eau ou de lieux fréquentés par le public ?

OUI       NON

### **Prestation** :

Quels sont vos prestataires ? (Noms, coordonnées) : .....

Votre prestataire de services est-il agréé pour l'utilisation de produits phytosanitaires

OUI       NON

Quelles zones sont soumises à la prestation ? .....



**ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELS (EPI)**

**Les agents concernés portent-ils systématiquement des EPI pendant la préparation des traitements ?**  
 OUI       NON

**Les agents concernés portent-ils systématiquement des EPI pendant le traitement ?**  
 OUI       NON

**Les agents concernés portent-ils systématiquement des EPI pendant la phase de nettoyage du matériel après traitement ?**  
 OUI       NON

**De quels EPI disposez-vous ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gants de catégorie 3 | <input type="checkbox"/> Masque à cartouche A2P3 |
| <input type="checkbox"/> Combinaison          | <input type="checkbox"/> Lunettes                |
| <input type="checkbox"/> Bottes               | <input type="checkbox"/> Autre : .....           |

**Les EPI sont-ils systématiquement lavés après chaque utilisation ?**     OUI  NON

**Où les EPI sont-ils rangés ?**

- Dans un vestiaire       Autre : .....

**Avez-vous eu connaissance de cas de maux de tête, de nausée, d'irritation/allergie ou de vertige suite à un traitement ?**

- OUI       NON       Autre symptômes : .....

**MATÉRIEL D'APPLICATION**

**Lorsque vous procédez à l'inventaire de votre matériel, il est nécessaire de tenir un tableau pour chaque matériel utilisé sur la commune, le saviez-vous ?**

- OUI       NON

**De quel type de matériel disposez-vous ?** (Matériel de pulvérisation à pression préalable (à dos), à pression entretenue (à dos), autre appareil à dos, différents types d'appareil tracté, les régulations, les volumes, etc.)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Faites-vous une révision de ces appareils ?     OUI       NON  
 Faites-vous l'étalonnage de ces appareils ?     OUI       NON

↳ Si oui qui révisé, qui étalonne ? .....

à quel fréquence ? .....

consignez-vous ces informations dans un registre ?     OUI       NON

## LOCALISATION DES TRAITEMENTS

Types de zones à traiter	Type de traitement					Nombre de passages / an
	Herbicides foliaires	Herbicides anti germinatifs	Insecticides	Fongicides	Autres	
Trottoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caniveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fossés de voirie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espaces verts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Serres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terrains de sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cimetières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemins ruraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aires de jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Avez-vous répertorié les zones où le traitement peut présenter des risques ?

Pour le public :  OUI  NON

Pour l'environnement :  OUI  NON

- Ecole
- Jardin public
- Piétons sous les arbres
- Autres zones fréquentées par le public

- Surfaces imperméables,
- Proximité eau (bassins, rivières, égouts, fossés)
- Surfaces en pente

### Prenez-vous en compte ces zones à risques lors des traitements ?

OUI

NON

↳ De quelle manière ?

- Produits différents
- Pas de traitement chimique
- Autre.....

↳ Préciser pourquoi :

.....  
 .....  
 .....

## LES PRODUITS UTILISÉS

Qui effectue les achats ? .....

Nombre de commandes / an : .....

### Connaissez-vous le budget attribué aux produits phytosanitaires ?

OUI ..... €/an

NON

Fournisseurs (nombre - noms) :

.....  
 .....

### Quels sont les critères de choix des produits commandés ? (3 réponses maximum)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prix                            | <input type="checkbox"/> Toxicité           |
| <input type="checkbox"/> Efficacité                      | <input type="checkbox"/> Prix               |
| <input type="checkbox"/> Sélectivité                     | <input type="checkbox"/> Conseil du vendeur |
| <input type="checkbox"/> Facilité d'emploi               | <input type="checkbox"/> Habitude           |
| <input type="checkbox"/> Préservation de l'environnement | <input type="checkbox"/> Autre : .....      |

**Produits : pour l'année en cours**

Nom du produit	stock	Quantité achetée	Quantité utilisée

**PRATIQUES DE TRAITEMENT**

**La décision de traiter**

**Quels sont les choix qui orientent la décision de traitement ?**

- Traitement systématique suivant un calendrier ?  OUI  NON
- Traitement sur appel des administrés ?  OUI  NON
- Traitement pour l'aspect esthétique ?  OUI  NON
- Traitement en fonction de la présence de maladies ou parasites ?  OUI  NON
- Autres : .....

**Réalisez-vous une protection intégrée** (utilisation des mesures les plus appropriées pour limiter développement d'une population de d'organismes « nuisibles » et ainsi réduire l'utilisation de produit phytosanitaire) ?

OUI  NON

**Traitez-vous en fonction de seuils de nuisibilité ?**  OUI  NON

↳ Pour quelles espèces et pour quels hôtes (exemples : pucerons du tilleul, acariens du tilleul, tigre du platane,...) ?.....

**Réalisez-vous des comptages d'insectes ?**  OUI  NON

**Avant le traitement**

**Comment déterminez-vous la quantité de bouillie à préparer** (à partir du volume de la cuve, de mesures, de plan, ...)?

.....

**A quel endroit la bouillie est-elle préparée** (dans le local de stockage, à l'extérieur, aire bétonnée avec ou sans récupération, ...)? **Y a-t-il des risques de fuites vers le milieu ?**

.....

**D'où provient l'eau que vous utilisez pour préparer la bouillie** (réseau public d'eau potable, bouche incendie, puits, ...)?

.....

**La source d'approvisionnement en eau est-elle protégée ?**  OUI  NON

↳ si oui, Par quel système (cuve intermédiaire, clapet anti-retour, potence, ...)?

.....

Comment déterminez-vous la dose à appliquer ? .....

.....

Réalisez-vous un étalonnage des pulvérisateurs ?  OUI  NON

Procédez-vous à des mélanges de produits ? (Lesquels ?)

.....

.....

Ajoutez-vous des adjuvants ?

.....

Installez-vous un balisage pour la protection du public ?  OUI  NON

### Pendant le traitement

Prise en compte des prévisions de la météo ?  OUI  NON

- Vent  OUI  NON
- Température  OUI  NON
- Hygrométrie (humidité de l'air)  OUI  NON

### Après le traitement

#### Déchets

En général, vous reste-t-il des reliquats de bouillie après traitement ?  OUI  NON

↳ Comment éliminez-vous ces fonds de cuve (épandage sur surface traitée, sur autre surface, autour des bâtiments, égout eaux usées, égout pluvial, fossé, dispositif de traitement...) ? .....

.....

Combien d'emballages vides produisez-vous chaque année ? .....

Rincez-vous les emballages vides ? Comment ? .....

.....

Comment éliminez-vous les emballages (brûlage, avec les ordures ménagères, déchetterie, collecte spécifique, fournisseurs, ...) ?

.....

Avez-vous des produits ou restes que vous n'utilisez pas d'une année sur l'autre ?

OUI Nombre par an : .....  NON

Comment éliminez-vous ces produits (brûlage, avec les ordures ménagères, déchetterie, collecte spécifique, fournisseurs, ...) ? .....

.....

### Entretien matériel

Comment et où procédez-vous au nettoyage de votre matériel (local de stockage, cours, voiries, aire bétonnée avec ou sans récupération, ...) ? .....

.....

**Que faites-vous de l'eau de rinçage** (épandage sur surface traitée, sur autre surface, autour des bâtiments, égout eaux usées, égout pluvial, fossé...) ? .....

### Enregistrement des pratiques

**Est-ce que les traitements phytosanitaires sont enregistrés dans un cahier ?**

OUI

NON

↳ **Pour quels objectifs ?**

↳ **Préciser pourquoi :**

### Pratique alternative

**Avez-vous déjà utilisé des techniques alternatives?**

OUI (cf questions suivantes)

NON

↳ **Préciser pourquoi :**

**Utilisez-vous des méthodes mécaniques alternatives de désherbage ?**  OUI  NON

Type de matériel (rotofil, tondeuse, giro broyeur, brosse mécanique,

...) .....

**Utilisez-vous des méthodes thermiques alternatives de désherbage ?**  OUI  NON

Type de matériel

**Utilisez-vous des méthodes de désherbage vapeur ?**  OUI  NON

Type de matériel

**Utilisez-vous les méthodes alternatives suivantes en extérieur ?**  OUI  NON

Préciser (paillage, plantes couvre-sol, trottoirs enherbés, lutte biologique, plantations plurispécifiques,...)

**Utilisez-vous les méthodes alternatives suivantes en serre ?**  OUI  NON

Préciser (lutte biologique, lutte intégrée,...) .....

**Est-ce que vous réalisez des piégeages d'insectes ?**  OUI  NON

### Formation - Information

**Avez-vous les fiches sécurité des produits que vous utilisez ?**  OUI  NON

**Avez-vous de l'information sur l'évolution de la réglementation ?**  OUI  NON

**Ressentez-vous des besoins en terme de formation / information ?**

OUI  NON

- ↳
- diagnostic (reconnaissance des maladies, des ravageurs et des adventices)
  - risque environnemental
  - risque sanitaire
  - pratique alternatives aux produits phytosanitaires

- réglementation
- réglage et entretien des appareils
- autre.....

**Sous quelle forme** (plaquette, réunions d'information, journées pratiques, formation ...)?

.....

**Nous vous remercions de votre participation**