



EHESP

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Le nouveau Règlement sanitaire
international 2005 :
Quel impact sur la prévention sanitaire
de l'estuaire Nantes/Saint-Nazaire ?**

Le Rouge de Rusunan Marie-Paule

Remerciements

À tous les professionnels que j'ai rencontrés sur le terrain pour leur accueil, et sans qui ce travail n'aurait vu le jour,

À toutes les personnes des DDASS de Loire-Atlantique, Vendée et du Maine et Loire, de la DRASS Pays de la Loire et de la Zone Ouest qui m'ont fait découvrir la richesse de la santé publique,

À mes enfants Sébastien, Zoé et Lucas qui ont vécu avec joie, humour et dynamisme, l'arrivée bousculée dans le pays nantais,

À ma famille et mes amis, pour l'aide et le réconfort apportés par chacun tout au long de ce parcours.

Sommaire

Introduction	1
1 Le Règlement sanitaire international (2005) impose un nouveau standard de sécurité sanitaire à Nantes/Saint-Nazaire	5
1.1 Le Règlement sanitaire international (2005) innove pour lutter contre les nouvelles menaces sanitaires planétaires	5
1.1.1 L'instrument législatif s'adapte aux menaces nouvelles	5
1.1.2 La mise en œuvre des obligations sera progressive jusqu'à 2012	8
1.1.3 En département, la première échéance porte sur les points d'entrée maritime ...	12
1.2 Le concept de sécurité sanitaire et la culture du risque s'imposent désormais au trafic maritime	15
1.2.1 Les menaces sanitaires augmentent avec l'accroissement du trafic	15
1.2.2 Le concept de « sécurité sanitaire » s'étend et se complexifie	18
1.2.3 Les marins appréhendent mieux la culture du risque	23
2 Sous certaines conditions, le Règlement sanitaire international (2005) renforce la politique de prévention sanitaire à Nantes/Saint-Nazaire	28
2.1 L'estuaire industrialo portuaire est ressenti comme un panel de risques majeurs	28
2.1.1 Nantes/Saint-Nazaire est une entité économique ouverte sur l'international,	28
2.1.2 L'entité territoriale est soumise à de nombreux dispositifs sécuritaires	29
2.1.3 La perception du risque industriel prime sur les autres menaces	31
2.2 Le Règlement sanitaire international (2005) intervient dans une conjoncture marquée par de fortes évolutions	36
2.2.1 Malgré les risques, il y a peu d'attentes envers un nouveau dispositif législatif ...	36
2.2.2 La conjoncture en pleine métamorphose met l'accent sur l'importance du partenariat et de l'échange	39
2.2.3 L'obligation de renforcer les capacités de veille débutera dès 2009	40
3 Conclusion	45
4 Bibliographie	47
5 Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AESM : Agence Européenne de la Sécurité Maritime
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
BEAMER : Bureau d'Enquête sur les Evénements des mers
CCMM : Centre de Consultations Médicales Maritimes
CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
CNMATS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
CROSS : Centres Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage
DAM : Direction des Affaires Maritimes
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DICRIM : Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs
DMS : Déclarations Maritimes de Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIRE : Directions Régionales de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DSV : Direction des Services Vétérinaires
DUS : Département d'Urgence Sanitaire
EPIC : Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
HFD : Haut Fonctionnaire de Défense
HCFDC : Haut Comité Français pour la Défense Civile
INVS : Institut de Veille Sanitaire
ISPS : International Ship and Port Facility Security
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MoU : Memorandum of Understanding
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMI : Organisation Maritime Internationale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
ORS : Observatoire Régional de Santé
ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PAGUS : Plan d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires

PCS : Plan Communal de Sauvegarde

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SCMM : SAMU de Coordination Médicale Maritime

SDACR : Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire

TDM : Transport de Matières Dangereuses

USPPI : Urgence de Santé Publique à Risque de Propagation Internationale

Introduction

Un nouveau Règlement sanitaire international RSI (2005), élaboré par l'OMS, est entré en vigueur le 15 juin 2007 au niveau national. Des obligations sont mises en application sur le port de Nantes /Saint-Nazaire depuis début 2008.

À l'aube du XXI^e siècle, des crises sanitaires de grande ampleur ont profondément modifié la perception des menaces sanitaires.

« L'expérience des dernières décennies montre qu'aucun pays ne peut se mettre à l'abri des maladies et d'autres menaces de santé publique. Les pays sont devenus interdépendants et sont tous vulnérables face à la propagation rapide d'agents pathogènes ou toxiques et à leurs effets économiques, politiques et sociaux » déclare le Directeur Général de la Santé dans la circulaire du 19 décembre 2007 relative à la mise en application du nouveau RSI (2005).

Le règlement fixe un nouveau cadre d'engagements et de responsabilités pour les Etats membres et l'OMS. Son objectif est de limiter la propagation internationale des épidémies et des autres urgences de santé publique, moyennant le minimum d'entraves aux déplacements internationaux et à la vie économique des pays.

Il impose aux Etats membres de disposer dans les points d'entrée maritime désignés, de capacités spécifiques applicables en routine ou en cas d'Urgences de Santé Publique à risque de Propagation Internationale (USPPI).

De nouvelles missions d'inspection des navires sont ainsi applicables depuis le 15 décembre 2007, pour délivrer des certificats sanitaires, plus exigeants en matière d'hygiène et de salubrité, que les anciens certificats de dératisation précédemment en vigueur. Des capacités d'investigation et de gestion des alertes sanitaires doivent être développées d'ici 2009.

Le port de Nantes/St-Nazaire est l'un des trois points d'entrée maritime RSI (2005) désigné en première intention par l'Etat français. La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Loire-Atlantique est directement concernée.

Les missions d'inspection des navires à pavillon étranger ont démarré. Elles font l'objet d'un suivi et seront évaluées au niveau national qui envisage de les déléguer à terme à des organismes privées.

Les capacités de veille et l'alerte sont à développer. La question du cadre organisationnel dans lequel s'exercera cette nouvelle mission est entière.

Pour les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP), ce dispositif aura des conséquences sur la veille sanitaire, la gestion et la prévention des risques ainsi que sur la politique d'offre de soins. Il peut être l'opportunité de renforcer outre la prévention d'un événement exceptionnel à risque de propagation internationale, celle des autres menaces qui pèsent plus lourdement au quotidien sur l'estuaire.

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer, en quoi, et, sous quelles conditions, l'entrée en vigueur du nouvel RSI (2005) contribuera à influencer nos pratiques dans la veille et la gestion des alertes et à développer une politique de prévention sanitaire plus transversale et participative.

D'un point de vue méthodologique, le travail documentaire a principalement porté sur la législation internationale et nationale relative à la sécurité sanitaire maritime, sur le risque d'urgences de santé par point d'entrée maritime, et sur la culture du risque.

Nous avons participé à la première réunion du groupe de travail DDASS44 sur le RSI (2005) et à la réunion de la Zone Ouest sur le partage d'expériences des missions de contrôle dans les ports de la zone.

Nos investigations ont eu pour but d'identifier les circuits de prise en charge médicale des marins en escale à Nantes/Saint-Nazaire, et d'analyser, par une enquête de type qualitative, la perception et la hiérarchie du risque par point d'entrée maritime sur le port de Nantes /Saint-Nazaire.

Nous avons réalisé dix-sept entretiens : professionnels de santé en ville et à hôpital de Saint-Nazaire, MISP DDASS 44 et DRASS Pays de la Loire, MISP chargé de la prévention et de la gestion des crises DDASS 49, 53, 72, chargé de mission pour la gestion des risques ARH, responsables de la capitainerie et de la sécurité du port, représentant des agents consignataires, Directrice de la DDASS 44, Coordonateur zonal de la Zone Ouest, Ingénieur santé environnement DDASS 44.

Le recueil d'information a été centré sur la réalisation d'entretiens en face/face. Nous avons fait deux entretiens par téléphone, l'un en raison de l'éloignement géographique, l'autre pour cause de « conflit » d'agenda.

Ils ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien et enregistrés pour optimiser la bonne compréhension des informations recueillies.

Leur durée moyenne a été d'une heure, au minimum 40 minutes au plus deux heures. Il comportait plusieurs thématiques la présentation de l'enquêté, son ressenti sur les événements de grande ampleur éventuellement vécus dans le passé, sa perception du panorama et de la hiérarchie des risques sur le port, son niveau de connaissance sur le nouveau règlement et ses éventuelles attentes.

Les informations ont été discutées, de manière informelle autant que possible compte tenu des agendas chargés, avec les MISP, la directrice adjointe de la DDASS 44 et le Médecin Inspecteur Régional.

L'analyse a comporté un temps de synthèse à partir des notes et des enregistrements puis l'analyse verticale par thème.

Au décours des investigations, un « débriefing » a pu être réalisé avec le MISP en charge des établissements, pour partager les informations et envisager quelques pistes de préconisations.

1 Le Règlement sanitaire international (2005) impose un nouveau standard de sécurité sanitaire à Nantes/Saint-Nazaire

1.1 Le Règlement sanitaire international (2005) innove pour lutter contre les nouvelles menaces sanitaires planétaires

1.1.1 L'instrument législatif s'adapte aux menaces nouvelles

Le nouveau Règlement sanitaire international (2005) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), entré en vigueur le 15 juin 2007, a pour objectif d'éviter la propagation des Urgences de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI) en perturbant le moins possible les déplacements, les échanges commerciaux et la vie économique des pays.

Par USPPI s'entendent, outre les maladies émergentes ou récurrentes, les maladies d'origine alimentaire, les événements de nature chimique ou radio nucléaire qu'ils soient accidentels ou provoqués délibérément et les phénomènes environnementaux de cause ou d'origine inconnue.

Ce nouveau dispositif marque une étape majeure dans le développement de la sécurité sanitaire internationale. Pour la première fois, l'Organisation Mondiale de la Santé et les 192 Etats membres, ambitionnent de lutter contre la diversité des menaces sanitaires contemporaines.

Le dernier RSI (1969) ne visait plus que trois maladies infectieuses à déclaration obligatoire : choléra, peste et fièvre jaune. Cette liste limitée traduisait, en quelques sortes, les succès incontestables obtenus dans le domaine de la santé par les progrès de la science, de la médecine et l'amélioration des conditions de vie. L'éradication de la variole à l'échelle planétaire, en 1981, en est probablement l'événement le plus emblématique.

Pourtant les carences du RSI (1969) se sont révélées de plus en plus clairement à partir des années 1980. Une succession de crises sanitaires internationales a peu à peu dévoilé la vulnérabilité de notre monde moderne, devenu extrêmement mobile, interdépendant et interconnecté.

Aujourd'hui, une flambée épidémique, survenant en n'importe quel point du globe, peut venir s'installer dans n'importe quel autre lieu de la planète en quelques heures¹.

L'équilibre fragile entre le monde microbien et l'homme se voit en permanence modifié par l'impact de nos nouveaux modes de vie sur l'écosystème.

La population du globe est passée de 2,4 à 6 milliards d'habitants en un peu plus de 50 ans. Il avait fallu 10 000 générations humaines pour atteindre une population de 2 milliards d'habitants². Cette explosion démographique s'associe aux effets du réchauffement climatique, de l'urbanisation, de l'agriculture intensive et de l'utilisation massive de produits chimiques.

Depuis les années 1970, l'OMS rapporte la découverte d'au moins une nouvelle maladie émergente chaque année³. Nous sommes désormais confrontés aux effets sanitaires des maladies infectieuses émergentes, fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, fièvre du Nil occidental, virus Nipah, SRAS, menace de grippe aviaire chez l'homme, et au développement de maladies épidémiques récurrentes comme la tuberculose multi-résistante ou la poliomyélite.

Aux maladies infectieuses, s'ajoutent de nouvelles menaces comme les nouvelles maladies transmises par les aliments, la crise de l'anthrax en 2001 liée au terrorisme, l'accident nucléaire de Tchernobyl en 1986 ou la canicule de 2003, responsable de 35000 décès en Europe.

Dès 1990, la prise de conscience des nouveaux défis en matière de protection sanitaire a conduit l'Assemblée Mondiale de la Santé à demander une révision du RSI. En mai 2001, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA 54.14 « Sécurité sanitaire mondiale » dans laquelle l'OMS était priée d'aider ses Etats membres à renforcer leurs capacités, à détecter les menaces de maladies transmissibles et à réagir promptement en cas d'urgence⁴.

¹ Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIème siècle Organisation Mondiale de la Santé p 2

² Al Gore Urgence pour la planète

³ Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIème siècle Organisation Mondiale de la Santé

⁴ <http://www.who.int/csr/ihr/howtheywork/faq/fr/index.html#faq01> 08/07/08

Après plus de dix ans de travaux, le RSI (2005) fixe un cadre d'engagements et de responsabilités entre les 192 Etats membres et l'OMS.

La révision a transformé l'ancien RSI (1969) passif en un ensemble de règles proactives et de responsabilités bien définies fondé sur de nouveaux principes :

- Le principe de l'endiguement à la source prime sur le simple contrôle aux frontières. Cela suppose une action coordonnée ciblant une zone restreinte et impliquant le dépistage précoce du nouveau virus, une mobilisation rapide des ressources nécessaires et le respect des mesures prescrites par la population ciblée
- Le concept de menace pour la santé publique à risque de propagation internationale se substitue à la liste limitative des maladies à déclaration obligatoire
- La recherche de réponses adaptées remplace la préconisation d'une réponse préétablie⁵.

Dans cet objectif, le dispositif apporte plusieurs innovations en termes d'obligations et d'organisations :

- Un arbre décisionnel permet d'évaluer et de notifier les événements
- Toute suspicion d'USPPI doit être notifiée à l'OMS par le Point Focal National disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7
- Les capacités nationales de veille et de lutte contre les USPPI doivent être renforcées ou maintenues, en ayant recours aux ressources existantes, comme les plans nationaux de préparation à une pandémie grippale
- Des capacités permanentes, décrites à l'annexe 1 B, sont requises pour traiter les périodes d'événements et les périodes de routine dans les aéroports internationaux, les ports et aux postes frontières désignés par les Etats parties pour prendre en charge des voyageurs ou des animaux affectés. En routine, elles impliquent l'accès à un service médical, à des moyens de transport pour les voyageurs malades, à du personnel pour l'inspection des navires mais aussi le respect des normes d'hygiène pour l'eau, l'élimination des déchets, la restauration. Face à une USPPI, elles imposent la prise en charge des voyageurs et /ou des animaux affectés, des capacités de quarantaine ou d'isolement, des mesures de décontamination des bagages, du fret et le contrôle des passagers.

⁵ <http://www.who/cds/epr/ihr/2007.1> p 11

Le RSI (2005) introduit donc la notion d'échanges bilatéraux immédiats entre un Etat membre et l'OMS. En cas d'USPPI, cette dernière a la capacité d'émettre des recommandations temporaires ou permanentes quant aux mesures de santé publique appropriées. Elles peuvent concerner les personnes, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les navires, les avions, les véhicules routiers, les marchandises et les colis postaux, même sans l'accord de l'Etat membre. La possibilité d'obtenir des avis techniques indépendants, comme la mise en œuvre d'un Comité d'Urgence, est également prévue.

En vertu de la Constitution OMS, tous les Etats membres sont automatiquement liés par le nouvel RSI (2005) à moins qu'ils aient expressément décidé de ne pas y participer dans les délais impartis.

L'OMS ne prévoit pas de pénalités en cas du non-respect des obligations, considérant la pression des pairs et de l'opinion publique comme suffisamment dissuasive.

1.1.2 La mise en œuvre des obligations sera progressive jusqu'à 2012

L'OMS a placé la mise en œuvre du RSI (2005) parmi les grandes priorités du plan 2008-2013.

Les objectifs sont ambitieux. L'OMS veut contribuer à réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles et les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits ainsi que leurs effets sociaux et économiques des pays. Cela demandera du temps, de la conviction et une volonté de changement à tous les niveaux.

Le plan d'action international prévoit plusieurs axes de travail :

- Encourager les partenariats mondiaux entre l'OMS, les différents Etats membres, et l'ensemble des secteurs concernés : santé, agriculture, voyages, commerce, éducation, défense
- Renforcer les systèmes nationaux et mondiaux d'alerte et d'action
- Consolider la sécurité en matière de voyages et de transport ainsi que la gestion des menaces spécifiques
- Respecter strictement les droits, les obligations et les procédures du nouveau

règlement

- Mettre en place des études et des mesures des progrès accomplis⁶.

L'Union Européenne soutient le déploiement du RSI (2005). La commission chargée de la santé et de la protection des consommateurs a apporté sa contribution dans le processus de révision.

En septembre 2006, le Commissaire Européen chargé de la santé appelait à une application anticipée du RSI (2005). « *Nous voulons maintenant que l'Union adopte une démarche prospective dans le contexte de l'application du RSI, au regard notamment du risque de pandémie de grippe. En collaborant avec les Etats membres, nous pouvons mieux protéger nos concitoyens des urgences sanitaires internationales et contribuer à assurer la proportionnalité des mesures prises à l'échelle mondiale face aux risques de santé publique* »⁷.

Pour les états membres, cinq ans sont prévus pour mettre en application la totalité des nouvelles obligations, mais certaines s'imposent déjà dans les politiques publiques nationales.

En France, le Décret n° 2007-1073 du 4 juillet 2007 relatif au Règlement sanitaire international (2005) a imposé sa mise en application au niveau national.

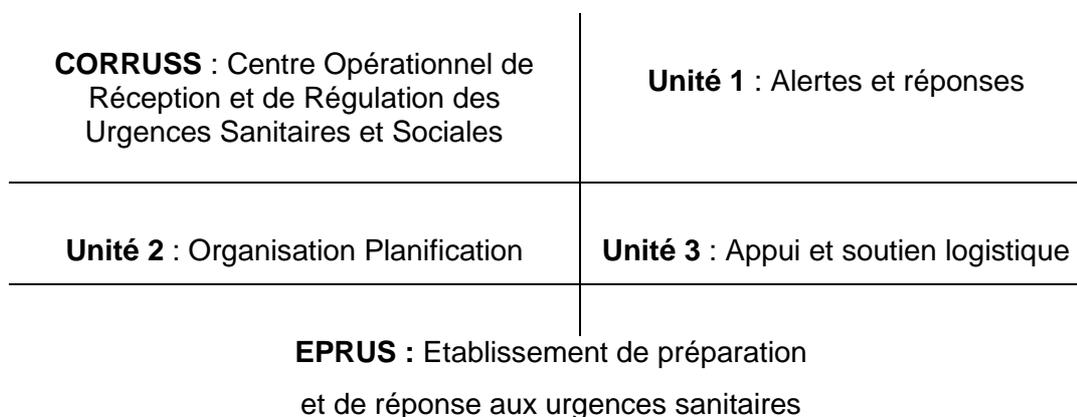
Au niveau central, la Direction Générale de la Santé (DGS) a mis en place un Point Focal National dès août 2006. Par l'arrêté du 11 mai 2007 (article 8) portant sur l'organisation de la Direction Générale de la Santé, le Département des Urgences Sanitaires (DUS) est actuellement désigné Point Focal National pour le RSI (2005). Le point focal national est l'interlocuteur unique de l'OMS pour la France, 24h/24, 7 jours sur 7. Le Département des Urgences Sanitaires est composé de 4 unités et dispose de l'EPRUS, créé par la loi 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur décret d'application 2007-1273 du 27 août 2007, pour la gestion

⁶ <http://www.who/cds/epr/ihr/2007.1>

⁷ <http://europa.eu/rapid/pressReleasesaction.do?reference=IP/06/1276> le 08/07/08

du corps de réserve sanitaire, l'acquisition de produits et services pour la protection de la population et un établissement pharmaceutique.

Schéma du Département des urgences sanitaires



Le Directeur Général de la Santé a réuni le premier comité de pilotage RSI (2005) en février 2007. Il est composé de différents partenaires interministériels et de services déconcentrés :

- Ministères de l'Agriculture, de l'Environnement et du Développement Durable, le Ministère de l'Intérieur, de l'Economie, des Transports,
- Directions des Affaires Maritimes et de l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins,
- DRASS Rhône-Alpes et Centre,
- DDASS de Seine-Saint-Denis, des Bouches-du-Rhône et de l'Oise
- DASS de Nouvelle-Calédonie

Dans les départements, la DDASS est l'instance opérationnelle du Ministère de la Santé conformément aux articles R.1421-1 à 6, R 3131-6 et 7 et R 3131-8, du Code de la Santé Publique.

- La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), sous l'autorité du préfet de département, est responsable dans le département de la lutte contre les endémies et les épidémies, de la protection sanitaire de l'environnement, du contrôle des règles d'hygiène, ainsi que de l'élaboration du plan blanc élargi.

Dans les niveaux intermédiaires, la zone, la DRASS, l'ARH, sont concernées par la mise en cohérence des dispositifs.

- Le recours à l'échelon de la zone de défense est exercé « *si la nature de la crise sanitaire le justifie et notamment en cas de risque ou d'accident nucléaire, radiologique, biologique ou chimique* ».
- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), sous l'autorité du préfet régional, est responsable de l'observation, de l'analyse des besoins, de la planification et la programmation ainsi que de l'allocation des ressources. Elle contribue à la sécurité sanitaire à travers l'élaboration du Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires (PRAGUS).
- L'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) intervient à travers l'élaboration du volet « Urgences » du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).
- Dans les plans grippe aviaire ou pandémie grippale, il est prévu que l'ARH et la DRASS contribuent à la réponse sanitaire à travers la Cellule Régionale d'Appui (CAR). Elle est activée par le préfet de région s'il le juge utile ou à la demande du préfet départemental. Cette cellule organise alors l'interface avec le dispositif de gestion de crise instauré au niveau zonal.

Veille et alerte peuvent être schématiquement représentées en quatre niveaux :

International	OMS	Union Européenne
National <ul style="list-style-type: none"> ➤ Premier Ministre (SGDN) ➤ Autres ministères et Directions 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Point Focal National DGS/DUS Ministère de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ InVS ➤ Agences de Sécurité Sanitaire
Zonal (7) Régional (22) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préfet 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DRASS ➤ ARH ➤ CIRE ➤ CCLIN 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DRIRE, ➤ Douanes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Préfet ➤ Autres services déconcentrés Départemental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DDASS 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SAMU ➤ Pompiers, ➤ Police, ➤ Gendarmerie

1.1.3 En département, la première échéance porte sur les points d'entrée maritime

La délivrance de nouveaux certificats sanitaires des navires, à compter du 15 décembre 2007, a été la première échéance à mettre en œuvre par les DDASS.

Auparavant, les navires effectuant des voyages internationaux et les ports les accueillant, devaient être exempts de vecteurs et détenir un certificat de dératisation ou d'exemption de dératisation. Les ports susceptibles de délivrer ces certificats figuraient sur une liste publiée au niveau international par l'OMS.

Peu de pays menaient en routine des inspections sanitaires poussées des navires effectuant des échanges internationaux. Depuis les années 1990, en France, la délivrance des certificats de dératisation avait été déléguée à la Direction des Douanes en vertu de l'article R 3115-3 code de la Santé Publique.

Les nouveaux certificats sanitaires dans le RSI (2005) couvrent un champ plus large en matière de santé et d'hygiène. Il a été considéré que les services douaniers n'avaient plus compétence à intervenir.

Les missions de contrôle des navires à pavillon international dans les ports désignés point d'entrée RSI (2005) ont donc été attribuées à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales pour les navires à pavillon international. Les Services de Santé des Gens de Mer ont été habilités pour effectuer les missions de contrôle sur les navires à pavillon français, conformément aux Art R3115-1 à 8 du code de la Santé Publique et à l'arrêté interministériel Santé / Transport du 29 novembre 2007.

Les modalités d'inspection pour la délivrance des certificats sanitaires des navires ont été décrites dans la circulaire n°DGS/DAGPB/2007/447 du 19 décembre 2007.

Deux types de certificats sont prévus :

- Le certificat d'exemption de contrôle sanitaire délivré si l'inspection du navire ne décèle pas d'anomalies
- Le certificat de contrôle sanitaire délivré si des signes d'infection ou de contamination sont décelés lors de l'inspection. Les anomalies constatées doivent être mentionnées ainsi que les mesures correctives demandées. L'exploitant peut

mettre les mesures en œuvre immédiatement ou les réaliser dans le port d'escale suivant.

Ils ont tous deux une validité de six mois, les certificats d'exemption pouvant donner lieu à prolongation.

Cette réglementation s'applique à tous les navires faisant un voyage international : navires avec passagers (bateaux de croisière ou ferries), cargos (pétroliers, céréaliers, porte-conteneurs..), bateaux de pêche, navires militaires, etc.

Les modalités d'inspection permettent d'insister sur le développement de l'hygiène à bord des navires, conformément à l'art. R 1421-6 de code de la santé publique⁸. Pour cela l'OMS a défini des critères précis d'analyses qui augmentent le niveau d'exigence par rapport aux conventions maritimes internationales de l'Organisation Maritime Internationale et de l'Organisation Internationale du travail actuellement en vigueur.

Cette nouvelle mission attribuée aux DDASS et au Service de Santé des gens de Mer a été présentée comme temporaire, dans l'attente de la mise en place d'une délégation au niveau national à des organismes privés.

Depuis le 15 décembre 2007, en France, trois ports sont désignés points « RSI (2005) » : Marseille, Nantes/Saint-Nazaire et le Havre. Il est prévu d'étendre la liste aux principaux ports des DOM, de Mayotte et à une dizaine de ports métropolitains supplémentaires. Brest, Cherbourg, Dunkerque, Calais, Rouen sont pressentis pour la zone Ouest.

Un guide méthodologique transitoire pour l'inspection des navires et la délivrance des nouveaux certificats est en ligne sur l'intranet du Ministère chargé de la santé. Il sera

⁸ Art.R.1421-6 du code de la santé publique :
"Sous l'autorité du préfet de département, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales est responsable de la mise en œuvre, dans le département, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies par les pouvoirs publics.....
A ce titre, ses missions comprennent notamment :

1° Dans le cadre de sa participation aux missions de l'Agence Régionale d'Hospitalisation définie à l'article L. 6115-1, la mise en œuvre des politiques d'intégration, d'insertion, de solidarité et de développement social ;

2° Les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, ainsi que la lutte contre les épidémies et endémies;

3° La protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiène ;
La tutelle et le contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux"

amené à évoluer en fonction de l'expérience acquise et des documents produits par l'OMS et les Etats.

Sur décision ministérielle, la délivrance des certificats ne donne pas lieu à perception de frais dans l'immédiat. Certains pays européens les délivrent moyennant un coût à la charge des navires, 1400 euros en Angleterre, environ 300 euros aux Pays-Bas.

Les modalités d'informations des professionnels au niveau des autorités portuaires, les gestionnaires de plate-forme portuaire, les agents maritimes ainsi que l'ensemble des services de l'Etat concerné ont été laissées à l'appréciation de chaque préfet de département.

En février 2008, deux événements de santé publique, survenus à bord de bateaux navigants sur le territoire maritime national, ont amené le Directeur Général de la Santé à préciser, l'organisation relative à la veille, l'alerte et la sécurité sanitaire dans le domaine du trafic maritime.

L'organisation de l'aide médicale en mer sur le pays, repose sur le Centre de Consultations Médicales Maritimes (CCMM), qui est une unité fonctionnelle du SAMU de Toulouse. Il décide de la conduite à tenir en fonction de l'accessibilité du navire.

Selon les cas, une évacuation sanitaire ou l'intervention d'une équipe médicale du SMUR peuvent être décidées. Cette action est alors coordonnée par les Centres Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage (CROSS) et les Samu de Coordination Médicale Maritime (SCMM) sous la responsabilité du préfet maritime.

Elle met en exergue l'importance de la démarche de partenariat et de l'implication de tous les acteurs :

- Le niveau départemental (DDASS) pour déceler au plus tôt toute urgence potentielle de santé publique à risque de propagation internationale,
- Le niveau régional pour intégrer les partenaires maritimes dans le PRAGUS et dans le volet urgence du SROS
- Le niveau zonal en cas de débordement des moyens départementaux
- Les préfetures maritimes pour l'interface terre/mer. Les compétences cumulées de trois préfets maritimes couvrent le littoral maritime. Ils ont autorité en cas de problème médical sur un navire en mer, pour organiser l'aide médicalisée d'urgence.

1.2 Le concept de sécurité sanitaire et la culture du risque s'imposent désormais au trafic maritime

1.2.1 Les menaces sanitaires augmentent avec l'accroissement du trafic

« Santé et mobilité ont toujours été solidaires. Mais les liens entre mobilité et santé n'ont jamais été aussi étroits dans notre village planétaire » J-M AMAT-ROZE Université de la Sorbonne, Paris.

Le rôle du transport maritime dans la diffusion des maladies infectieuses est identifié depuis bien longtemps.

Au Moyen-âge, Gênes et Venise contrôlaient les voyageurs, refusaient de laisser entrer dans leur port des bateaux venant de lieux infestés par la peste. Le principe de la mise en quarantaine a été établi à cette époque⁹. Les flambées de pestes sont toujours d'actualité et le maintien de la vigilance sur les navires se justifie. En 1994, une flambée épidémique s'est produite dans cinq Etats de l'Inde, avec près de 700 cas suspects et 56 décès notifiés à l'OMS¹⁰.

Dans l'Histoire, le transport maritime a également été incriminé dans la propagation de la grippe espagnole en 1918. Le plan gouvernemental du Ministère de la Santé concernant la lutte contre la menace de la pandémie grippale comporte à juste titre des recommandations à l'égard du transport maritime.

En 2003, l'épidémie de SRAS a fait craindre un risque de pandémie générale. La transmission directe de la maladie sans vecteur, l'absence d'affinité géographique particulière, la durée d'incubation à bas bruit de plus d'une semaine, le taux de mortalité élevé, environ 10%, réunissaient toutes les conditions d'une propagation facile et le risque de millions de victimes. Le risque de propagation, par voie maritime, a fait l'objet de mesures de prévention dans les zones portuaires.

⁹ D. Tabuteau, 2007, « Sécurité sanitaire et droit de la santé », Revue de Droit Sanitaire et Social, n°5, p. 824

¹⁰ Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIème siècle Organisation Mondiale de la Santé p 3

Plus récemment il a été démontré que l'introduction en Europe d'*Aedes albopictus*, un des vecteurs du Chikungunya, est due au trafic international des véhicules et de certaines marchandises par navires.

En 2000, 10 millions de personnes ont participé à des croisières, un doublement est attendu, à l'horizon 2010¹¹.

Près de 90% du commerce international est actuellement réalisé par les routes maritimes. C'est aujourd'hui 7,4 milliards de tonnes en 2006 contre 550 millions en 1950. Un navire de commerce touche les ports français toutes les six minutes¹². Cette tendance est amenée à se poursuivre avec la concrétisation des « autoroutes de la mer » en remplacement des poids lourds qui sillonnent les routes d'Europe.

Dans le domaine international, la marine marchande emploie environ 1,2 million d'hommes d'équipage. La majorité des marins sont actuellement recrutés dans les pays en voie de développement, nombre d'entre eux sont philippins¹³.

Une étude OMS rapporte plus de 100 épidémies en relation avec les transports maritimes depuis 1970¹⁴. Ces données sont probablement sous-estimées. De nombreuses flambées épidémiques n'étant ni notifiées ni détectées.

Les principales maladies associées aux transports maritimes, dans cette étude, sont les affections gastro-intestinales et la maladie des légionnaires. La circulaire DGS-DUS/DAGPB n°2007-447 du 19 décembre 2007, relative à la délivrance des certificats sanitaires sur les navires, confirme le peu d'informations sur l'incidence des infections chez les marins travaillant sur les cargos. Toutefois, des inspections conduites en 2000 ont révélé, pour 9,2% des navires cargos, des déficiences au niveau des denrées alimentaires et de la restauration. Par ailleurs des études sérologiques de marins travaillant sur les cargos ont également montré qu'une forte proportion d'entre eux avait des anticorps contre *Legionella pneumophila*.

Il importe néanmoins de rester vigilant sur les risques d'autres maladies véhiculées

¹¹ Circulaire DGS-DUS/DAGPB n°2007-447 du 19 décembre 2007

¹² Le monde mardi 24 juin. Etats, armateur et assureurs face à l'insécurité maritime. Dossier page 2. Marie-Béatrice Baudet et Jean-Pierre Stroobants

¹³ ibidem

¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé. Sustainable Development and Healthy Environments. Sanitation on Ships. Compendium of outbreaks of foodborne and waterborne disease and legionnaires'disease associated with ships, 1970-200. WHO/SDE/WSH/01.4

notamment par des insectes ou des rongeurs.

L'accidentologie et ses conséquences potentielles pour le milieu marin et les populations font l'objet d'une veille accrue depuis une dizaine d'années. Les navires marchands sont de plus en plus rapides et nombreux. Ils transportent des tonnages croissants de substances dangereuses. Ces facteurs associés aux conditions de navigation parfois non prévisibles, comme les objets immergés, modifient les habitudes et les repères de navigation et augmentent le risque d'accident.

Le bureau d'enquêtes sur les événements de mer (*BEAMER*), créé par décret le 16 décembre 1997, a publié en 2007 le bilan de 10 ans de suivi.

Les accidents graves, c'est-à-dire ayant entraîné une perte de vie humaine, une perte totale de navire ou une pollution majeure, ont tendance à diminuer, mais restent encore très importants. En 2007, 125 accidents graves ont été rapportés, soit une moyenne de deux par semaine.

Les principales causes en sont l'abordage et l'échouement du navire, l'incendie ou l'explosion de la cargaison d'origine accidentelle ou par acte malveillant¹⁵.

Depuis les attentats de 2001, la menace de relations entre actes de pirateries et organisations terroristes est une préoccupation majeure pour les Etats avec en corollaire le renforcement des contraintes sécuritaires. Les actes de piraterie n'ont jamais eu de cesse, mais on note qu'ils augmentent d'années en années (370 attaques en 2002, 460 en 2003)¹⁶.

La piraterie se pratique désormais à grande échelle dans certaines parties du monde. Les eaux asiatiques sont les plus dangereuses avec 121 attentats signalés en 2003.

L'affaire du Ponant, yacht français de luxe attaqué au large des côtes somaliennes, l'a rappelé en avril 2008.

Les pollutions accidentelles par échouage de l'Erika ou du Prestige ont libéré respectivement 50 000 et 40 000 tonnes de fioul brut ont indigné les populations et fait la Une des journaux.

¹⁵ <http://www.beamer-France.org/rapports/rapports.htm> 28/06/08

¹⁶ <http://www.afcan.org/index.html> le 28/08/2008

Début 2008, les fuites de pétrole brut dans la Loire lors du déchargement d'un pétrolier à quai a rappelé la prégnance de cette menace environnementale. Plus inquiétantes, les quantités de polluants rejetés lors d'opérations sauvages de délestage en mer sembleraient très supérieures à celles qu'occasionnent les pollutions accidentelles.

Le milieu maritime est aussi un milieu dangereux pour les marins, en mer comme à quai. Les taux d'accidents et de mortalité sont les plus élevés du monde du travail. Le milieu parfois hostile de la mer se conjugue avec l'impossibilité d'accès rapide au médecin ou à l'hôpital.

L'accidentologie individuelle liée aux métiers de la mer est très supérieure aux taux des métiers à terre. Le Bureau de la Santé et de la Sécurité Maritime est une sous direction de la Direction des Affaires Maritimes. Un rapport de 2004 montre que¹⁷ :

- L'indice d'accidents des marins évalué à 120/1000 est très supérieur à celui des métiers terrestres (41/1000) estimé par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
- Il est supérieur à celui des métiers de bâtiment (92/1000) pourtant considéré comme les plus dangereux au niveau terrestre
- L'écart est encore plus grand en ce qui concerne l'indice de mortalité qui est de 78/100 000 contre 3/100 000 pour les données CNMATS.

De nombreux facteurs contribuent à générer des menaces sanitaires dont la gravité potentielle pour la santé des marins et de la population justifie l'application d'une politique sanitaire préventive adaptée aux particularités, à la complexité et aux nouveaux enjeux économiques du transport maritime.

1.2.2 Le concept de « sécurité sanitaire » s'étend et se complexifie

Sur un plan politique et sociologique, les drames sanitaires de la fin du XXe siècle ont amplifié les débats politiques sur le thème de la sécurité sanitaire. De ce fait, le concept de sécurité sanitaire, s'impose aujourd'hui avec force dans toutes les politiques publiques des pays développés.

¹⁷http://www.mer.gouv.fr/article.php3?id_article=7995&var_recherche=Bureau+de+la+sant%E9+de+s+gens+de+la+mer

La notion de « sécurité sanitaire » est évoquée pour la première fois en France lors des débats parlementaires sur la loi du 4 janvier 1993 relative à la réforme de la transfusion sanguine suite à la crise du sang contaminé.

Le concept s'est désormais élargi à « la protection contre l'ensemble des risques sanitaires auxquels l'homme est confronté dans le système de santé, mais également en matière d'alimentation ou d'environnement »¹⁸.

L'impératif de sécurité sanitaire a conduit la France à s'engager dans une réflexion institutionnelle sur la réduction des risques et à se doter d'outils nouveaux. Les fonctions d'évaluation et de maîtrise du risque ont été séparées pour éviter les conflits d'intérêt. Des agences d'expertise ont été créées pour les fonctions d'évaluation :

- l'Institut de Veille Sanitaire pour la Veille (INVS),
- l'Agence Française de Sécurité des Aliments (AFSA),
- l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS),
- l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET).

D'autres structures concourent en soutien aux démarches d'évaluation sur des problématiques plus spécifiques.

Sur le plan juridique, entre 1993 et 2004, D. Tabuteau rappelle que le législateur est intervenu à neuf reprises sur les préoccupations de sécurité sanitaire en élaborant plusieurs textes de lois¹⁹. En 2007, une nouvelle loi, n°2007-294 du 5 mars 2007, relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur a été adoptée²¹.

Les missions de police sanitaire ont été remises au premier plan alors qu'elles étaient en sommeil depuis le début du XX^{ème} siècle. À l'époque, le développement de la médecine

¹⁸ D. Tabuteau, Les Contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1998-2006), Orphys, 2006, p.17

¹⁹ Loi n°93-5 4 janvier 1993 relative à la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine et de médicaments. Loi n°94-654 du 29 juillet 1994, relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Loi n° 98-535 du 1 juillet 1998, relative au renforcement de la veille et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé

²¹ D. Tabuteau, 2007, « Sécurité sanitaire et droit de la santé », Revue de Droit Sanitaire et Social, n°5, p. 836

curative, l'édification d'un système hospitalier dense et l'extension de la médecine de ville primaient sur les missions préventives.

En réponse aux événements survenus dans le passé, de nombreux dispositifs de prévention et de réponse aux urgences ont vu le jour :

- Plan blanc élargi (Art.R3131-6 à 7 du code de la Santé Publique) recense à l'échelon départemental l'ensemble des personnes, biens et services susceptibles d'être mobilisés pour une crise sanitaire grave en particulier les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux)
- Plan canicule
- Plan grippe aviaire
- Plan Régional de Santé Publique (PRSP) (Art L1411-11 du Code de la Santé Publique) comporte un ensemble coordonné de programmes, notamment un programme de prévention des risques liés à l'environnement et au travail
- Plan d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires (PAGUS) qui est un des volets du PRSP

Le concept apparaît aujourd'hui source de questionnement au vu de sa tendance tentaculaire. *« Si l'on a du mal à s'y repérer dans ce dédale de la sécurité sanitaire, c'est probablement en partie à cause de l'impression que l'on consacre des efforts démesurés pour lutter contre de faibles risques et que l'on en tolère de plus considérables..... »* propose M. Hirsch.

La question de l'articulation, de l'évaluation et de la viabilité des systèmes sur le long terme se pose aujourd'hui cruellement sur le terrain qui se trouve au plus près confronté à la complexité.

La nécessité de veiller à mettre en cohérence les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) réalisés par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et les Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR) réalisés par les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) a été préconisée par circulaire interministérielle n°DHOS/O1/DDSC/BSIS/2 007/457 du 31 décembre 2007.

Le Haut Comité Français pour la Défense Civile (HCFDF) considère que « la multiplicité et la prégnance des menaces et des risques nouveaux font qu'un pays développé ne peut plus s'offrir le luxe ni économique, ni social, ni politique de l'impréparation aux

événements exceptionnels et du non-renforcement de la sécurité et de la prévention face aux menaces et risques les plus graves ».

Pour autant, face à l'ampleur des menaces, il considère que « l'Etat ne peut anticiper et proposer des solutions sans l'implication citoyenne. C'est pourquoi il propose d'adopter une politique de confiance dans le sens civique des citoyens en diffusant largement l'information élémentaire nécessaire à l'acquisition de réflexes conservatoires »²².

La politique de prévention et d'information était timorée dans le domaine du risque car il est difficile d'éduquer sans affoler et d'allier transparence, exhaustivité et intelligibilité pour le plus grand nombre. Les Premières Rencontres Nationales du Risque Public ont eu lieu, le 3 juin 2008 au Palais des Congrès à Paris. Parrainées par une vingtaine d'organismes publics et privés, elles montrent que le virage est pris. Le Directeur de la Santé et le Délégué Interministériel à la Lutte contre la Grippe Aviaire participaient à la conférence inaugurale²³.

Dans le domaine marin, l'apparition du concept sécuritaire est plus récente.

Depuis toujours, les ports ont eu une faible réglementation en matière de sécurité. Tout était fait au contraire pour assurer la libre circulation des biens et des services.

Les événements dramatiques du 11 septembre 2001 ont servi de catalyseur pour changer de paradigme et l'on constate aujourd'hui la montée en puissance d'un cadre juridique sécuritaire extrêmement complexe.

Sur le plan international, L'Organisation Maritime Internationale (OMI) et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sont, depuis de longues dates, les instances de référence en standard maritime. Les normes définies sous forme de conventions ou de directives, sont reprises a minima ou plus par chaque Etat pour sa propre flotte, la Direction des Affaires Maritimes (DAM) pour la France.

Les événements du 11 septembre 2001 ont abouti à la création du nouveau Code ISPS (International Ship and Port Facility Security) par l'OMI le 12 décembre 2002. Son but est

²² Haut comité français pour la défense civile – Rapport Défense Civile 2008. p. 10

²³ www.risquepublic.com : site Internet visité le 10/07/08

de prévenir les actes illicites contre les navires, les personnes transportées, les équipages et les installations portuaires accueillant ces navires. Il impose donc aux navires et aux zones portuaires de mettre en place des plans de sécurité.

La politique maritime européenne se construit depuis 2002, date de la création de l'Agence Européenne de la Sécurité Maritime (AESM) qui siège depuis 2006 à Lisbonne. Elle préfigure selon certains l'embryon d'une future Garde Côtière Européenne.

Le code ISPS a été transcrit dans le droit européen. Le règlement de la Communauté européenne n°34/2008 a établi les procédures révisées pour la mise en place d'une équipe internationale d'inspection des installations portuaires pour l'Europe²⁴.

En France, la Direction des Affaires Maritimes est attachée au Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable. Outre ses actions propres, elle participe aux travaux préparatoires de ces standards avec l'OMI, l'OIT.

Elle coopère également avec le Mémoire d'entente de Paris (MoU de Paris) qui a harmonisé les normes pour le contrôle des navires étrangers en escale.

Elle approuve les plans de sécurité imposés par le nouveau code ISPS, après avis du Haut Fonctionnaire de Défense (HFD).

Le plan Vigipirate est un dispositif de sécurité français, créé en 1978, destiné à prévenir les menaces ou à réagir aux actions terroristes. Sa dernière révision date de 2003. Ce plan prévoit que les Directeurs de port établissent un plan de Sécurité portuaire qui se décline au niveau local par des installations de contrôles d'accès et des procédures autorisant les personnes à pénétrer sur les terminaux.

Si le monde de la mer a longtemps fonctionné avec une réglementation peu contraignante, cette ère semble désormais de l'histoire ancienne

1.2.3 Les marins appréhendent mieux la culture du risque

Parallèlement au développement des dispositifs sanitaires régaliens, la perception du risque et son acceptabilité par l'usager se sont considérablement modifiées ces dernières années.

Cette évolution de la culture du risque dans nos sociétés a fait l'objet de nombreuses réflexions. L'ouvrage récent d'Yves Métayer et de Laurence Hirsch « Premiers pas dans le management des risques » présente de façon simple la notion de risque en faisant référence aux nombreux ouvrages parus antérieurement.

Le chapitre qui suit s'appuie sur leur travail et sur le dossier documentaire « Culture et la Gestion de Crise » réalisé par Christian Regouby (Société Public Formation) pour les DDASS et la DRASS de la région des Pays de la Loire.

Le risque et la vie sont indissociables : « *Qui ne risque rien n'a rien* ». L'existence de ce proverbe est attestée depuis le XV^e siècle.

Le risque est présent dans toute activité humaine, pourtant il apparaît que l'usager désormais mieux informé est devenu plus exigeant en matière de prévention des risques et de sécurité.

La mondialisation a rendu notre planète plus petite. Nous sommes maintenant conscients des catastrophes qui se produisent à travers le monde et des conséquences économiques, financières ou de santé publique en tout lieu et rapidement. L'amplification d'Internet, la judiciarisation de la société, la médiatisation de la justice, la complexité technologique et les frontières éthiques du progrès scientifique sont autant de facteurs qui contribuent à modifier l'acceptation des risques.

Le risque n'est pas seulement une donnée objective, c'est aussi une construction sociale. Dès lors, son acceptabilité n'est pas uniforme et ne se trouve pas toujours corrélée à l'intensité réelle du risque. Par exemple les accidents de la route, les accidents domestiques ou les accidents du travail font plus de victimes que les catastrophes aériennes, industrielles ou chimiques. Les premiers sont en revanche mieux acceptés

²⁴ www.emsa.europa.eu

socialement. L'opinion publique n'est pas sensible au risque en lui-même, mais est très sensible à la perception du risque.

Un risque est davantage acceptable lorsqu'il est choisi et non subi, surtout quand l'individu a le sentiment de pouvoir y échapper, en mettant en œuvre un mécanisme de dénégarion qui s'appuie sur l'affirmation d'une capacité individuelle à maîtriser ce risque.

Deux dimensions sont au cœur de la perception du risque :

- La dimension technique fondée sur le registre de l'expertise, du risque calculé, de la faisabilité, de la réalité
- La dimension humaine fondée sur le registre de la perception, du risque ressenti, de l'acceptabilité de la réalité du perçu.

Mais les jugements et les comportements exprimés en situation de risque, sont davantage déterminés par des réactions émotionnelles que par des estimations fondées sur l'analyse.

Il n'y a risque que s'il y a « menace » et « cible ». La façon la plus simple et la plus efficace d'éliminer un risque ou de minorer ses effets serait de soustraire la cible.

L'évaluation des menaces est aujourd'hui rendue de plus en plus difficile du fait de la complexité de nos systèmes. Une menace mal connue peut générer un risque estimé acceptable tant qu'aucune cible n'a été touchée. Le même risque devient inacceptable dès l'instant où l'événement s'est produit : « *plus jamais ça* ».

Comme on ne peut traiter tous les risques simultanément, il est nécessaire de faire des choix. Logiquement, seront traités en priorité, les risques dont la criticité apparaît la plus grande, compte tenu de sa gravité potentielle et de sa probabilité de survenue. La démarche de gestion des risques va reposer sur leur connaissance, l'élimination de certains, la prévention et la protection à prendre de manière inéluctable.

Cette hiérarchie des risques est utile, mais pas aussi simple qu'il n'y paraît. La décision de lancer la navette Challenger, contre les recommandations des ingénieurs a été prise dans une logique de gestion des risques. L'explosion quelques minutes après le décollage

concrétise bien la complexité des paramètres qui aboutissent à une décision parfois absurde pour employer le titre du livre de Christian Morel.²⁵

M. Hirsch, responsable des décisions sur la sécurité alimentaire au moment de la crise de la vache folle, insiste sur l'importance et la difficulté de l'évaluation multifactorielle des risques : « *Il ne faut pas se contenter d'un classement fondé sur le nombre constaté de morts ou de malades, sinon on néglige toute une série de risques aux effets différés, pas forcément les moindres. Il est trompeur de faire un classement sans prendre en compte les coûts déjà engagés pour les maîtriser, sinon les efforts supplémentaires seront vains ou démesurés. Il faut distinguer les risques subis et les risques choisis, la manière de lutter contre les uns et contre les autres n'est pas la même. Il ne faut pas mépriser les risques perçus, même lorsqu'il y a un écart avec les risques réels : sinon les peurs demeurent entières* »²⁶

Pour faire face au mieux à la complexité de notre monde, les décideurs ont peu à peu intégré la dimension citoyenne.

*" Nous pensons qu'il faut associer au principe de précaution le principe de confrontation dans les processus d'aide à la décision.... Plutôt que de chercher un consensus entre experts, le processus d'aide à la décision doit avoir pour projet de construire collectivement avec les citoyens la problématique et la recherche de solutions à des problèmes de santé publique "*²⁷

L'information des populations, inscrite dans la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004, est au plus près des citoyens dans le Plan de Secours Communal. Cette démarche a bousculé la culture représentative de certains élus. Pour beaucoup, la communication grand public vis-à-vis des situations d'urgence apparaît anxiogène et le silence plus rassurant.

L'exemple des 24 communes de Nantes métropole, qui ont réalisé de façon mutualisée le Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs (DICRIM), apparaît pionnier et unique dans son approche intercommunale. Cette politique des collectivités pourrait

²⁵ MOREL C., 2004, *Les décisions absurdes* p 33

²⁶ HIRSCH M., 2002, *Ces peurs qui nous gouvernent*, 295 p.

²⁷ CASSOU B., SCHIFF M., et al., 1998, *Qui décide de notre santé ? Le citoyen face aux experts*

être un atout pour les services des affaires sanitaires et sociales impliqués dans les politiques de prévention sanitaire sur les territoires à risque comme le port de Nantes/Saint-Nazaire.

La culture du risque, dans **le milieu maritime**, a fait l'objet d'études en particulier auprès des marins pêcheurs qui ont le taux d'accidentologie le plus important du milieu du travail.

Beaucoup de marins perçoivent le danger différemment des terriens. « Nous ne pouvons pas changer la condition humaine, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles les hommes travaillent » J Reason²⁸.

Les attitudes sociales, les filtres culturels, les croyances et les valeurs très prégnantes chez les marins jouent un rôle important dans la perception des menaces de la mer et dans la façon dont ils y réagissent. Pourtant il n'y a pas de raison que dans ce monde très particulier les comportements ne puissent évoluer.

L. Guillet (Université de Bretagne Sud) et D. JECADEN (Président de la Société Française de Médecine maritime) ont présenté des données intéressantes sur la perception du risque par les marins lors du colloque international organisé par l'Institut Maritime de Prévention en octobre 2006. La perception des risques a été évaluée chez les marins et les professionnels à terre.

Si les facteurs humains sont à l'origine de 40 à 80% des accidents, ce n'est que la face émergée de l'iceberg. Cette proportion est à mettre en parallèle avec la face immergée, difficile à évaluer, dans lesquelles le facteur humain a produit un comportement adapté empêchant la survenue d'un accident.

L'analyse de cette étude nous permet d'exposer que :

- Les marins connaissent parfaitement les risques encourus
- Qu'ils ne présentent pas le profil psychologique de conduites à risque
- Qu'ils présentent néanmoins une propension plus importante à la transgression des règles compatibles avec les stratégies collectives de défense.

²⁸ Guillet Laurent, Colloque international Ergomare 2006

Il est reconnu que les professionnels exposés à des dangers importants ont recours à des mécanismes de défense de l'ordre du déni, de la banalisation ou de la minimisation du risque. Ces mécanismes correspondent à des stratégies collectives destinées à les protéger contre la souffrance psychique.

Les risques qui s'imposent au marin présentent un caractère souvent collectif. L'intériorisation du sentiment de peur est une forme de stratégie collective de défense contre la peur.

Les auteurs concluent que les systèmes individuels de protection ne sont probablement pas les éléments à privilégier en priorité dans le monde maritime. Ils recommandent de favoriser les techniques visant à réduire le risque collectif donc la sécurité des navires.

Le modèle de J.Reason, utilisé pour identifier les leviers d'analyse et de maîtrise des risques dans les systèmes complexes peut apporter des leviers pour la sécurité en mer :

- Les protections, susceptibles d'atténuer les conséquences d'une activité à risque,
- L'identification des activités à risques,
- Les conditions préalables, stress, fatigue, méthodes de travail (facteurs souvent identifiés chez les marins),
- La structure de gestion (aspects de formation et de maintenance...),
- L'environnement des décideurs (réglementation, propriétaire, conception, fabricants, syndicats ...).

Dans le cadre des formations à la « culture et à la gestion du risque » C. Regouby de la société Public Formation, rappelle l'importance de la communication : *« L'essentiel n'est pas ce que l'on veut dire mais ce que l'autre retient. Par rapport à la teneur du message qui a voulu être émis, le récepteur ne reçoit en moyenne que 10% de l'information seulement. Ce qui donne du sens à ce qui est dit est la façon dont le récepteur perçoit la réalité ».*

Nous pensons que pour développer la culture du risque dans le monde maritime, la communication mérite d'apporter une attention toute particulière aux valeurs culturelles et aux croyances ancestrales des marins comme la fatalité en mer.

La culture du risque qui se développe dans le domaine maritime reste une priorité de santé publique pour les marins et à travers eux pour les populations. Pour progresser, elle devra prendre en compte non seulement les leviers proposés par le modèle de J. Reason, mais aussi les aspects culturels de la réalité perçue dans ce monde particulier.

2 Sous certaines conditions, le Règlement sanitaire international (2005) renforce la politique de prévention sanitaire à Nantes/Saint-Nazaire

2.1 L'estuaire industrielo portuaire est ressenti comme un panel de risques majeurs

2.1.1 Nantes/Saint-Nazaire est une entité économique ouverte sur l'international,

Le port autonome de Nantes/Saint-Nazaire, créé en 1966, est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) chargé d'exploiter, de gérer et de promouvoir les installations portuaires le long de l'estuaire de la Loire.

De Nantes à Saint-Nazaire en passant par les sites intermédiaires de Donges et Montoir-de-Bretagne, la zone portuaire s'étend sur 66 kilomètres et comporte 1300 hectares de terminaux, dont le premier terminal méthanier européen. Port d'estuaire, il comporte des contraintes hydrologiques lourdes d'accessibilité du fait des hauteurs de marnage qui peuvent atteindre 5 à 6 mètres.

Nantes/ Saint-Nazaire est le plus grand port de la façade atlantique et le quatrième port français en tonnage. C'est surtout un port d'importation énergétique pour le gaz et les hydrocarbures. Des lignes régulières permettent la desserte des cinq continents. Le rapport d'activité est consultable sur le site Internet www.nantes.port.fr.

Plus de 3000 navires marchands à pavillon français et internationaux y font escale chaque année. Cinq à quinze marins constituent l'équipage moyen d'un navire marchand, on peut donc estimer que 40 000 marins étrangers y font escale chaque année. Sept cents personnes salariées du port exercent les missions administratives, la navigation (130 marins) et la manutention verticale (grutiers). La manutention horizontale est effectuée par les dockers salariés d'entreprises privées. L'activité logistique génère plus de 26 000 emplois sur la région.

Les quatre sites sont dédiés à des activités spécifiques :

- Saint-Nazaire comporte des installations dédiées à l'importation de fruits et d'aliments du bétail, à l'exportation de céréales, d'huile, de viande et de produits conditionnés à froid.
- Montoir-de-Bretagne, à la fois portuaire et industriel, comporte le terminal charbonnier pour la centrale thermique EDF de Cordemais, le terminal méthanier pour l'importation de gaz naturel liquéfié mais aussi du transit de produits chimiques, alimentaires, d'engrais, de multi vrac et de conteneur, un terminal roulier pour les voitures, remorques, camions et les ensembles destinés à l'industrie aéronautique.
- Donges permet l'importation de pétrole brut pour l'alimentation de la deuxième raffinerie du groupe Total, un poste spécifique est connecté à un oléoduc pour l'importation de produits raffinés.
- En amont, Nantes comporte un quai pour l'accueil des paquebots de croisières, des terminaux céréaliers, d'engrais, de sucre, de produits métallurgiques et forestier, un terminal roulier, un terminal sablier. Un quai pour les paquebots de croisière très peu fréquenté (5 bateaux en escale en 2007)
- Un port de plaisance à Nantes et Saint/Nazaire

Le port est une entité économique dans un environnement international très concurrentiel qui fonctionne 24 heures sur 24 avec 30% de l'activité concentrée le week-end. La durée moyenne des escales est de 36 heures avec des extrêmes de 6 heures. Le développement et les investissements sont décidés par l'Etat en coopération avec la région et les collectivités territoriales.

La réforme à venir des ports autonomes vise à renforcer encore sa compétitivité avec une volonté affichée de développement durable.

2.1.2 L'entité territoriale est soumise à de nombreux dispositifs sécuritaires

La sécurité sanitaire de Nantes/Saint-Nazaire, classé en zone SEVESO en raison des sites industriels présents et de la nature des matières transportées, répond à de nombreuses réglementations, mises en place par de multiples organisations sous l'autorité du préfet.

Au niveau des installations portuaires, un Chef de Service Sécurité est responsable de la sécurité professionnelle, de l'élaboration des risques et des systèmes d'évaluation des risques en matière de sécurité. Ses principaux interlocuteurs sont l'Inspection du Travail Maritime, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, les SDIS, la Direction des Affaires Maritimes. Le port a développé la mise en sûreté des installations portuaires, notamment des terminaux rouliers et des conteneurs conformément aux obligations du code ISPS.

Le risque terroriste est traité sous le format de la sûreté par le commandant de port adjoint.

Trois sites industriels, stockage d'hydrocarbure et d'huile de soja, fabrication de tourteaux soja, colza, tournesol et huile brute raffinée, usine d'engrais font l'objet d'un Plan Particulier d'intervention (PPI) en raison des risques d'incendie, d'explosion et de toxicité qu'ils comportent.

Conformément au décret n°2005-1156 du 13 septembre 2005 relatif au plan communal de sauvegarde et pris pour application de l'article 13 de la loi n°204-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile, les communes ont élaboré un Plan Communal de Sauvegarde (PCS) accessible sur leurs sites Internet conformément à la loi. Cinq risques majeurs sont susceptibles de toucher le territoire : inondation marine, tempête, mouvement de terrain, risque industriel et risque lié au transport de matières dangereuses (TDM).

Sous l'action du préfet, conformément à la circulaire du ministère de l'intérieur de janvier 2006, un groupe de veille a mis en place le plan de continuité en cas de pandémie grippale. Le stockage des masques et le nécessaire pour la protection du personnel est en place ainsi que des consignes par rapport à la découverte d'oiseaux morts.

En plus de la réglementation sur les navires, régie par l'OMI et l'OIT, depuis début 2008, la DDASS a mis en place une procédure permettant de concilier les exigences des missions de contrôle des navires à pavillon international pour la délivrance des certificats sanitaires. La capacité d'intervention pour le contrôle des navires étrangers, repose sur 3 personnes du service Santé Environnement. La formation aux inspections a été réalisée par le service de santé des gens de mer.

La délivrance des certificats est effectuée du lundi au vendredi, la demande devant être faite dans un délai de 7 jours minimum. Un agent maritime, ou le cas échéant un

interprète, à la charge des agents maritimes, est obligatoirement présent pour s'affranchir des écueils liés à la langue et pour des raisons de sécurité.

Le premier contrôle a été effectué le 15 janvier 2008. Au début une moyenne de deux contrôles par semaine était effectuée. Progressivement cette cadence s'amenuise. Environ vingt contrôles auront été effectués en six mois. Marseille, qui a un trafic plus dense en a réalisé environ cinquante sur la même période. Il semble que les commandants de bord privilégient certains pays moins exigeants ou plus complaisants. Une harmonisation des pratiques, tout au moins au sein des pays de l'Union Européenne, serait souhaitable.

Le Service de Santé des Gens de Mer a évoqué l'écart entre le niveau d'exigences imposées par le RSI (2005) en matière d'hygiène à bord des navires et les règles de l'OMI et de l'OIT qui font référence dans le monde maritime. Se pose la question de la hiérarchie des normes au sein des instances de l'ONU qu'il sera important de lever afin de répondre aux éventuelles objections que nous serions amenés à rencontrer sur le terrain.

2.1.3 La perception du risque industriel prime sur les autres menaces

Dans la hiérarchie des risques perçus, notre enquête montre que **le risque industriel est perçu comme la principale menace** sur le territoire industrielo portuaire Nantes/Saint-Nazaire. La concentration des sites industriels sur le territoire est un fait et les accidents de grande ampleur survenus dans le passé marquent encore les mémoires :

- Marées noires causées par les naufrages de l'Erika en 1999 et du Prestige en 2002
- Fuites de pétrole lors des opérations de pompage sur le site Total en 2008
- Incendie d'usine en 1987, source d'un nuage toxique ayant nécessité l'évacuation de 35 000 personnes à Nantes
- Conséquences sanitaires de l'amiante sur les chantiers navals.

En deuxième position, vient l'accidentologie à quai comme en mer :

- Effondrement de la passerelle du Queen Mary 2 en 2003 ayant provoqué la mort de 15 personnes
- Noyades par chute à la mer
- Accidents routiers sur les quais

- Blessures liées aux opérations de manutention....

Le quotidien portuaire est le domaine de l'accidentologie. Tous les critères de risques sont réunis « *bord de l'eau, travail en hauteur, sécurité routière, sources radioactives. Le déchargement d'un navire active une ruche de personnels au sol et de personnels roulants sur un tarmac type aéroport, mais avec des règles beaucoup plus floues* » signale un responsable sécurité.

Il précise que des causes structurelles rendent en effet difficiles les mesures de préventions :

- Pas de pilotage unique des personnels à quai, qui compte des corps de métiers multiples dépendant d'organisations différentes
- Mouvements d'agents liés à l'escale proprement dite, montée de personnel à bord et descente éventuelle à quai de membres d'équipage
- Dangers de la nature et du traitement des cargaisons sous contrôle de la capitainerie.

Les mesures de protection sur les quais se sont progressivement renforcées. Cependant « *Le déchargement des cargaisons en vrac est source de menaces car il souille les quais qui n'ont pas le temps d'être nettoyés avant l'opération suivante* ». Les procédures restent au-dessous de celles qui sont développées dans les aéroports mais leur transposition au milieu portuaire est difficile pour plusieurs raisons :

- Taille des quais
- Absence de personnel dédié à un seul quai du fait d'une activité insuffisante
- Hétérogénéité des activités
- Contraintes horaires.

Le risque individuel toxique bien qu'exceptionnel s'ajoute à la liste précédente. Le cas de marins ou de dockers trouvés décédés par anoxie dans les cales de navires a été rapporté plusieurs fois. Un marin avait été trouvé mort dans une cale de charbon pourtant jugé non toxique. Le risque d'anoxie est connu lorsque des opérations de fumigation sont effectuées sur des marchandises alimentaires. La capitainerie peut alors exiger de l'armateur l'évaluation de la concentration en oxygène, avant d'autoriser le personnel à descendre. La fermentation naturelle de produits alimentaires peut provoquer les mêmes menaces. Dans ce cas, il ne semble pas exister de support législatif pour imposer des mesures préventives. Cette question pose problème aux responsables de la sécurité. Elle

mériterait d'être traitée avec l'aide des services de santé de l'Etat en vue de la révision de la réglementation.

La nature de la cargaison relève de la sécurité. Les matières dangereuses ont un système de traçabilité très strict, suivi par les officiers de port responsables des matières dangereuses. Mais « *on peut trouver de tout dans les conteneurs, matières non déclarées, vecteurs, même des passagers clandestins... .* ». Ils ne sont pas toujours ouverts à quai, mais sur d'autres sites parfois très éloignés. Certains pays, comme les Etats-Unis, recommandent d'équiper les ports de portiques capables de scanner tous les conteneurs au moment du déchargement. Ce débat dépasse le cadre de ce mémoire.

Le risque sanitaire transmis par les navires arrive en dernière position. Il est perçu comme minime, voire nul, « *peut-être à tort ?* » s'interrogent certains.

Depuis que la délivrance des anciens certificats de dératisation avait été déléguée au service des douanes, les agents de la DASS interviennent sur demande de la capitainerie en cas d'événements sanitaires graves. Les demandes, bien que rarissimes, sont ainsi rapportées :

- *«Le traitement d'une suspicion de légionellose ayant nécessité la prise en charge par le SMUR, impliquant des négociations avec le capitaine et l'armateur qui ne pouvaient rester à quai, des recommandations sur les mesures de protection à prendre pour l'équipage resté à bord et l'organisation de l'accueil sanitaire à l'escale suivante.*
- *Rapatriement pour cause de paludisme.*
- *Décès d'un marin».*

Le Service de Santé des Gens de Mer effectue entre 2000 et 2200 visites annuelles de marins travaillant sur des navires à pavillon français. Environ 25% d'entre eux effectuent de la navigation internationale. En 18 ans d'expérience professionnelle, il rapporte cinq cas de paludisme importé, une suspicion de lèpre et un cas de tuberculose viscérale. « *Si le risque existe, il est limité sur les cargos comparé à celui observé sur les paquebots de croisière* ». Il estime que :

- Les marins sont désormais mieux suivis, les normes d'hygiène à bord des cargos et la formation à ces normes ont beaucoup progressé. Le risque de transmission par le vecteur humain apparaît minime. En effet, les temps d'escales, imposées par la compétitivité du trafic maritime, sont de plus en plus courts. Le plus souvent les marins ne descendent pas du navire et repartent dès que la cargaison est

déchargée. Le confinement est par ailleurs limité, comparé aux paquebots qui transportent parfois plusieurs milliers de personnes.

- Le risque de toxi-infection alimentaire, décrit comme l'un des principaux sur les bateaux de croisière, apparaît faible sur les navires marchands. L'organisation en quart a un effet protecteur, les marins prennent leur repas à horaires décalés : « *si un groupe est malade, les autres se méfient* ».
- Les menaces par transmission vectorielle apparaissent également réduites du fait du standard de qualité des navires qui font escale à Nantes/Saint-Nazaire. Il s'agit surtout de lignes régulières et les navires répondent aux standards internationaux en matière d'hygiène et de sécurité. Sur ce point, l'avis est unanime « *En dix ans, j'ai constaté moins de cinq bateaux en dessous des normes* », « *L'état des bateaux s'est considérablement amélioré ces dix dernières années.* ». Les navires ne répondant pas aux normes sont répertoriés sur les bases internationales afin de vérifier qu'ils mettent en œuvre les préconisations demandées. Dans les cas les plus graves, il peut y avoir « bannissement » avec interdiction d'accès au port. Une « black List » est partagée au niveau international. Petit à petit ils disparaissent, ou tout au moins, ne font plus escale dans les grands ports européens. La question du risque de transmission vectorielle par certaines marchandises comme les bois exotiques, déchargés et laissés à l'air libre sur les quais est néanmoins soulevée.

Pour autant les demandes médicales sont fréquentes sur les navires en escale

- Les agents consignataires sont missionnés par les armateurs pour répondre aux besoins des marins en escale. Ils sont les premiers à monter à bord après le pilote du port. Pendant l'escale, ils sont responsables juridiquement par délégation de l'armateur et apparaissent au plus près des marins, même si les temps d'escales, de plus en plus courts, réduisent les moments de convivialité. Ils n'ont pas le sentiment de prendre de risque pour leur santé, en montant à bord des bateaux, sauf peut-être une fois : « *tout le monde était malade sur ce bateau* », mais il n'y a pas eu d'investigation. L'épisode du SRAS les avait néanmoins questionnés. Ils comprenaient mal le fondement des mesures de protection. Des masques leur avaient été fournis, pour se protéger avant de monter à bord. Mais rien n'avait été transmis aux agents de manutention. Il n'en avait pas compris les raisons et n'avaient pas pris le temps de se renseigner.

En première ligne pour évaluer le nombre et la gravité des demandes médicales, ils déclarent avoir des demandes de soins, médicaux ou dentaires, plusieurs par semaine. Avec le référent médical à bord, le plus souvent le commandant, ils prennent les rendez-vous, organisent le transport, le plus souvent par taxi, et l'orientation vers les soins de ville ou l'hôpital.

Au final, nous constatons que se sont essentiellement les marins malades qui descendent à quai.

- Les Urgences de l'Hôpital de Saint-Nazaire et le SMUR que nous avons rencontrés, prennent en charge des marins étrangers amenés régulièrement par les agents consignataires. Ces consultations sont perçues comme souvent « marquantes » du fait des problèmes linguistiques, de la découverte de pathologies « exotiques » et de la disponibilité qu'elles demandent en cas de déplacement à bord du navire. Ils citent avoir diagnostiqué des cas de lèpre et de paludisme. Les causes traumatiques sont néanmoins les motifs d'appel les plus fréquents. Bien que « marquantes », ces demandes de soins ne sont pas vécues comme problématiques. Rien à voir avec les difficultés liées à l'encombrement fréquent du service par des habitants du quartier qui ont pris le réflexe de venir même pour un rien.
- En médecine ambulatoire, les consignataires s'appuient sur un réseau informel de médecins généralistes et de dentistes parlant anglais. L'un des médecins rencontrés, avait plus de vingt ans d'exercices sur Saint-Nazaire. Ils nous rapportent que les motifs de consultations relèvent surtout de la « bobologie », les traumatismes les plus graves étant adressés directement aux urgences. Un nombre important de maladies sexuellement transmissibles sont constatées. Les pathologies « exotiques » sont plus rares, ils ont le souvenir d'un cas de paludisme. Ils se disent frappés par l'importance des demandes de rapatriement. Les marins semblent souffrir de troubles psychologiques, en rapport avec les périodes de navigation parfois longues sans descente à terre pendant les escales. Le plus souvent les consultations ont lieu au cabinet, les médecins ne pouvant se déplacer.

La situation de passagers clandestins découverts à bord a été évoquée, mais apparaît actuellement exceptionnelle. Il y a quelques années, ils étaient nombreux à prendre tous les risques. Certains étaient retrouvés décédés à l'arrivée.

Si nous constatons que l'espace portuaire comporte un panel de risques majeurs ressentis collectivement, la menace par entrée maritime est peu ou pas perçue.

- Il n'y a pas le souvenir d'Urgence Sanitaire à Risque de Propagation Internationale
- Dans la hiérarchie des risques, d'autres menaces sanitaires sont plus présentes comme les risques industriels, l'accidentologie à quai et en mer, l'encombrement des urgences.

Le circuit de recours aux soins repose sur un petit réseau de professionnels. Quelques points d'amélioration évoqués lors de nos entretiens, peuvent aisément trouver des éléments de réponse :

- Faire appel au centre de régulation du SAMU en cas de doute sur l'orientation des malades
- Faire appel à la structure mobile « SOS médecins » en cas de besoin d'une consultation à bord du navire
- Diffuser l'arbre décisionnel d'évaluation et de lutte contre les USPPI aux médecins susceptibles d'intervenir auprès des marins (Centre 15 de régulation, réseau de médecins de ville, SOS médecins, urgentistes...)
- Former le pilote du bord, premier à monter à bord, la vigie de la capitainerie responsable de l'accueil administratif, et les consignataires sur les signes d'alerte à rechercher et à notifier à la DDASS.

2.2 Le Règlement sanitaire international (2005) intervient dans une conjoncture marquée par de fortes évolutions

2.2.1 Malgré les risques, il y a peu d'attentes envers un nouveau dispositif législatif

Les nouvelles menaces par entrée maritime sont peu, ou pas, perçues par les personnes que nous avons rencontrées. Tout logiquement, elles ont globalement peu d'attente envers un nouveau dispositif réglementaire.

« Lorsque des événements sanitaires de grande ampleur ont eu lieu, ils ont été gérés ».

L'émergence d'un nouveau dispositif, dont le sigle a pris une connotation désuète et peu valorisante, ne soulève pas l'enthousiasme. Il peut être vécu, comme un retour

en arrière « *J'ai l'impression de revivre mes débuts de carrière, on était très présent dans le contrôle sanitaire aux frontières, depuis nous l'avons délégué aux douanes* ».

Les conséquences opérationnelles de la profusion de dispositifs de sécurité sanitaire sont fortement évoquées, et un regard critique est porté sur la complexité des pratiques :

- « *On agit par couche conduisant à la sédimentarisation* »
- « *Quel que soit l'événement d'un point de vue sanitaire, il y aura toujours mobilisation du personnel soignant, sur occupation des établissements, confinement, évacuation de population, distribution de produit X à une population Y, que l'on adaptera à la taille de l'échantillon et à la nature du produit.* »
- « *De Paris, on nous a imposé de développer une culture de gestion de crise, peut-être que l'on est passé d'un extrême à l'autre, on a plein de plans spécifiques, il faut arriver au plan générique* ».

Les événements passés ont montré que le débordement des systèmes de soins est un facteur dans la survenue de la crise. Ce risque est accentué en cas de panique de la population :

- « *La grève des médecins libéraux est la principale crise vécue, j'y ai laissé ma santé* »
- « *Pour moi une crise sanitaire c'est quand les hôpitaux sont pleins* »
- « *À Toulouse lorsque cela à exploser, les gens sont partis partout, les urgences ont été débordées et cela on ne le prévoit pas assez* »
- « *Il faut des personnes formées capables de rassurer les gens, nous les administratifs on ne sait pas faire cela, les hospitaliers sont occupés à autre chose* ».

Le (RSI) 2005 imposera, d'ici 2012, d'évaluer notre offre de soins pour être en capacité de répondre aux demandes médicales liées au trafic maritime international en routine, et, en cas d'événement. Cette évaluation devra tenir compte des pics démographiques marqués en période estivale par l'afflux des touristes.

La complexité de la prévention est accrue par le nombre important d'acteurs impliqués dans l'élaboration des différents dispositifs :

- Le SDACR relève de la compétence du SDIS
- Le SROS de l'ARH
- Le PRAGUS de la DRASS

- Les plans blancs élargis de la DDASS
- Les PPI de la DRIRE
- Le DDRM de la préfecture départementale
- Le DICRIM et le PCS relèvent des mairies.

L'établissement de partenariat et l'exploitation des plans existants, comme le plan pandémie grippal, sont recommandés par l'OMS pour mettre en application le RSI (2005). Dans cette logique, nous préconisons de partager rapidement l'arbre décisionnel d'évaluation et de lutte contre les USPPI, avec les acteurs cités ci-dessus.

Pourtant, les partenaires sollicitent davantage d'échanges et de coopération avec les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales. À cet effet, ils proposent de développer quelques actions concrètes :

- Afficher les coordonnées de la DDASS sur le livret d'accueil du port
- Avoir des points réguliers d'informations sur les menaces sanitaires et les précautions à prendre qu'ils pourront communiquer aux marins et aux agents de manutentions montant à bord
- Consulter les systèmes d'information de la capitainerie qui enregistrent les routes de navigations des navires
- Contribuer à la formation des médecins sur les spécificités de la médecine navale et tropicale

Ces propositions sont de bon augure et témoignent de l'intérêt des autorités portuaires pour les questions de santé.

Dès les années 2000, certains MISP disent avoir perçu «des signaux frémissants diffusés auprès des services Santé Environnement qui montraient que des problèmes considérés comme anciens pouvaient menacer le port et l'aéroport.... ».

Il nous apparaît que les menaces contemporaines liées au trafic maritime est peu connu. La justification du RSI (2005) devra donc prendre davantage de sens pour être mobilisateur.

2.2.2 La conjoncture en pleine métamorphose met l'accent sur l'importance du partenariat et de l'échange

Le RSI (2005) entre en vigueur dans un contexte de réorganisation globale qui touche le monde de la santé publique et le monde portuaire.

La conjoncture est marquée par de nombreux changements qui peuvent avoir des impacts forts dans le domaine de la prévention sanitaire. On peut citer :

- La réforme des services déconcentrés de l'Etat en matière de santé avec la création des Agences Régionales de Santé
- La mutualisation de la veille sanitaire au niveau régional
- La réforme des ports avec la transformation des ports autonomes en Grand Port Maritime
- La réforme hospitalière avec l'entrée de la T2A
- La création de la cité sanitaire de Saint-Nazaire à l'horizon 2012
- La réforme générale et la modernisation des politiques publiques
- L'entrée en vigueur du nouvel ORSEC terrestre et à court terme du nouvel ORSEC maritime, affichant la volonté d'appréhender les situations de façon plus dynamique
- La nomination d'un coordinateur sanitaire zonal.

Dans ce contexte de métamorphose, la mise en œuvre du RSI (2005), à moyen constant, s'annonce comme un véritable défi.

La nouvelle conjoncture peut néanmoins lever des barrières structurelles et/ou comportementales et faciliter le développement d'une politique de prévention sanitaire différente prenant mieux en compte les nouvelles menaces pointées par les données internationales et les particularités du territoire industrialo portuaire.

Un proverbe suédois dit *"Quand la mer est tranquille, chaque bateau a un bon capitaine"*.

L'organisation sanitaire a permis jusqu'à présent de faire face aux événements. Mais sommes nous dans les meilleures conditions pour faire face aux menaces émergentes ?

Comment faire accepter de nouvelles obligations au service des urgences pour un risque hypothétique quand le service des urgences est en situation d'engorgement permanent ?

Nous constatons que l'entrée en vigueur du RSI (2005) s'accompagne de la mise en place d'une nouvelle organisation au niveau central avec la création du DUS. La nomination du Conseiller Sanitaire Zonal et le projet de mutualisation de la veille sanitaire sont également les prémices d'une réorganisation de la veille et de la prévention sanitaire aux niveaux infranationaux.

L'implication de tous les échelons des services déconcentrés départementaux, régionaux, zonaux apparaît essentielle pour assurer la cohérence de ce projet dont les implications dépassent celles de la simple délivrance des certificats de dératisation de la version antérieure. Une condition préalable sera de partager une vision commune du niveau de protection à développer au vu des nouvelles données dont on dispose. La mise en place complète des obligations d'ici 2012 laisse du temps pour évaluer ses conditions de faisabilité.

2.2.3 L'obligation de renforcer les capacités de veille débutera dès 2009

Le renforcement des capacités de veille est une obligation réglementaire à courte échéance. En 2009 nous devrons disposer de capacités de veille pour évaluer les menaces par entrée maritime sur le port de Nantes/Saint-Nazaire.

C'est aussi, une nécessité médicale, car peu de données sont disponibles dans la littérature. En termes d'organisation, il nous faudra avoir des éléments plus objectifs pour évaluer les réels besoins et mesurer l'adéquation de nos capacités de prise en charge en situation de routine et en cas d'événement grave.

Les systèmes de surveillance dont nous disposons sont dans l'incapacité de détecter un risque sanitaire débarquant d'un bateau : « *autant aller chercher une aiguille dans une botte de foin* » mais nous pouvons nous appuyer sur nos partenaires.

Nos partenaires disposent d'outils dont nous pouvons optimiser l'exploitation.

- Le centre hospitalier de Saint-Nazaire est intéressant pour la veille sanitaire, car il dispose de deux ans d'utilisation de la base OSCOUR ce qui en fait un centre pionnier. La base enregistre les passages aux urgences et donne des informations

sur le diagnostic et le code postal de résidence habituelle du patient. Une première analyse sera faite prochainement par la CIRE et l'ORS.

- La structure « SOS médecin » a établi un partenariat avec l'INVS qui permet d'exploiter leurs systèmes de surveillance.
- Le réseau des médecins sentinelles pourrait peut-être cibler davantage le réseau des professionnels de santé développé par les agents consignataires.
- Une procédure d'alerte protégeant les consignataires et le pilote du port pourrait être instaurée. Premiers à monter à bord, ils sont les premiers exposés.
- L'analyse des Déclarations Maritimes de Santé nous apparaît peu fiable. Cette pratique est tombée en désuétude et n'est plus demandée par les capitaineries. Les documents sont remplis le plus souvent par le commandant de bord. Il nous a été rapporté que n'étant pas à l'aise avec les règles déontologiques liées au secret médical, ils préfèrent souvent ne rien mettre. Le recueil et l'analyse des données nécessiteraient la mise en place d'une structure consommatrice de moyens dont nous ne disposons pas. L'intérêt et la faisabilité de cette procédure mériteront d'être débattus.
- La base de données du service de santé des gens de mer qui enregistre toutes les pathologies des marins navigants sur pavillon français offre une autre source d'alerte.
- Les situations anormales qui seraient décelées lors des missions d'inspection pour la délivrance des certificats sanitaires.
- La base de la capitainerie qui permet d'identifier les bateaux provenant de régions à risque épidémiologique est un outil de prévention intéressant.

Nous constatons que des sources existent pour activer une veille s'appuyant sur les partenaires et prévoyons d'en évaluer les modalités dans une démarche transversale.

Une politique de communication informant sur l'entrée en vigueur du RSI (2005) au port de Nantes / Saint-Nazaire nous apparaît utile pour asseoir sa légitimité auprès des nombreux acteurs concernés. Toutes les personnes rencontrées ne connaissaient pas cette nouvelle réglementation.

L'articulation avec certains dispositifs se met en place

- Sur initiative du coordonnateur zonal, une réflexion sur les modalités d'articulation des nouveaux dispositifs ORSEC terrestre et maritime a débuté.
- La structuration des SMUR maritime est en cours pour évaluer et harmoniser les pratiques. L'arc atlantique dispose de deux SMUR maritimes l'un à Brest, l'autre à Bayonne. Nous pensons que la question d'un troisième SMUR maritime sur le port de Nantes/Saint-Nazaire désigné point RSI (2005) mérite d'être évaluée.

Un programme de formation sur les nouvelles menaces sanitaires par porte d'entrée maritime pour sensibiliser largement et augmenter les compétences de chacun nous apparaît essentiel.

Il pourrait être conçu de façon pluridisciplinaire avec des modules communs et des modules spécifiques adaptés aux problématiques de chacun pour

- Donner du sens à sa mise en application
- Prendre en compte l'expérience tout en permettant d'intégrer les nouveaux schémas
- Développer la synergie et les partenariats
- Construire un réseau de veille pragmatique et dynamique adapté aux circuits existants
- Développer la culture du risque par porte d'entrée maritime, en s'appuyant sur l'exemple plus prégnant de la menace de pandémie grippale.

La question de la participation des citoyens est de plus en plus actuelle.

- Les communes de la région industrialo portuaire ont initié une politique d'informations sur les risques industriels et environnementaux. Nous considérons qu'il sera important de les sensibiliser à ces nouvelles menaces liées au trafic maritime international et de coopérer, avec elles, pour continuer à sensibiliser et à former la population aux bons réflexes en matière de sécurité sanitaire.

La mise en œuvre du RSI (2005) ne fait que commencer et se poursuivra jusqu'en 2012, échéance fixée aux Etats membres, l'application de la totalité des obligations.

Nous avons constaté qu'en raison des contraintes économiques, les escales sont de plus en plus courtes. Désormais, les marins descendent peu à terre, sauf lorsqu'ils sont malades.

Nos investigations permettent de mieux comprendre le circuit de soins piloté par les agents consignataires qui s'appuient sur un petit réseau de médecins généralistes et sur l'hôpital. Nous avons constaté que les demandes de soins sont fréquentes et parfois graves. Les problèmes infectieux ne sont pas le premier motif d'appel mais les données sur l'émergence de maladies nouvelles, imposent de prendre cette menace au sérieux.

Le pilote du port et les agents consignataires, premiers à monter à bord sont les plus exposés.

Nous avons perçu des freins à la mobilisation des acteurs, peu au fait des données scientifiques actuelles, et plus sensibles à d'autres risques présents sur le secteur mais aussi de l'intérêt manifesté par les professionnels portuaires pour développer des actions plus coopératives.

3 Conclusion

« Un avenir plus sûr » tel est le titre du rapport sur la santé dans le monde 2007 de l'OMS. C'est dans cet objectif, qu'a été adopté le nouveau Règlement sanitaire international (2005). Satisfaire aux dispositions du RSI (2005) est une entreprise qui demandera du temps, de la conviction et une volonté de changement, déclarait l'OMS à son entrée en vigueur.

Cette déclaration reflète au mieux le défi que pointe sa déclinaison sur le port de Nantes/Saint-Nazaire, et la mise en œuvre de capacités de veille renforcées à l'horizon 2009.

Le présent rapport a présenté les résultats d'une enquête sur le terrain qui a ciblé les professionnels de santé, les autorités portuaires et les agents représentant juridiquement les marins navigants sur pavillon étranger lorsqu'ils sont en escale. Ce travail, loin d'être exhaustif dresse un panorama de la perception et de la hiérarchie des risques, des modalités de prise en charge des marins malades sur le port de Nantes/Saint-Nazaire, de l'intérêt et des attentes vis-à-vis du RSI (2005).

Les menaces par points d'entrée ne sont pas ou peu connues et se trouvent mises en concurrence avec d'autres menaces situées de façon prioritaire dans la hiérarchie des risques au regard de leur probabilité de survenue et/ou de leur gravité.

Nous plaçons pour le renforcement de la veille et la structuration du circuit de prise en charge des demandes médicales des marins en escale qui permettra d'enrichir les données épidémiologiques, particulièrement pauvres sur ce sujet.

Certains pays, comme l'Angleterre dispose d'un service de contrôle sanitaire dans les ports. Sans recommander ce modèle, les limites d'un désinvestissement des affaires sanitaires et sociales sur un territoire économique tourné vers l'international qui cumule un panel de risques pour les populations et le milieu marin, apparaissent indéniables.

Il nous apparaît important de coordonner une politique sanitaire RSI (2005) qui prendra en considération la globalité des menaces du territoire industrialo portuaire.

Le RSI (2005) offre sans aucun doute l'opportunité de s'engager dans cette voie. Il s'agira avant tout de développer la capacité d'investigation, de circulation de l'information et de conviction en s'appuyant sur les partenaires dans une optique pragmatique et dynamique.

4 Bibliographie

ARTICLES et REVUES

BRUCKER G., 2007 « 15 juin 2007 : entrée en application du nouveau Règlement sanitaire international. Editorial », Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, n°24, pp.205-207

TABUTEAU D., 2007, « *Sécurité sanitaire et droit de la santé* », Revue de Droit Sanitaire et Social, n°5, pp.823-842

BAVILLE M., 2007 « Les principales nouveautés du Règlement sanitaire international », Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, n°24, pp.206

FORMENTY P., 2006, « *Les pathogènes émergents, la veille internationale et le Règlement sanitaire international (2005)* », Médecine et maladies infectieuses, n°36, pp. 9-15

OUVRAGES OU MONOGRAPHIES

CASSOU B., SCHIFF M., et al., 1998, ***Qui décide de notre santé ? Le citoyen face aux experts***, Mesnil-sur-l'Estrée : Syros, 262 p.

GAUDIN J-P., 2007, ***La démocratie participative***, Paris : Armand Colin, 125 p

GILBERT C., 2007, ***Les crises sanitaires de grande ampleur : un nouveau défi ?***, Saint Denis La Plaine : La Documentation française, 64 p.

GORE A., 2007, ***Urgence Planète Terre***, Courtry : Alphée. Jean-Paul Bertrand, 387 p.

HIRSCH M., 2002, ***Ces peurs qui nous gouvernent***, Mayenne : Albin Michel, 295 p.

METAYER Y., 2007, ***Premiers pas dans le management des risques***, St-Just-La-Pendue : Afnor, 135 p.

MOREL C., 2004, *Les décisions absurdes*, Mesnil-sur-l'Estrée : Folio essais, 371p

MORIN E., 2007, *Où va le monde ?*, Condé-sur-Noireau : L'Herne, 108 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2007, *Rapport sur la santé dans le monde 2007 : un avenir plus sûr. La sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*, Copenhague : OMS, 72 p.

TABUTEAU D., 2006, *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris : Ophrys, 420 p.

CONGRÈS et CONFÉRENCES

Mann J., Gruskin S., Bertrand D., Santé Publique et Droits de l'Homme, 8 et 9 novembre 1996, Paris, Bayeux : Espace Éthique, 1997, 108 p.

MEMOIRE et THESE

BONNIN A., 2006, « *Première approche comparée des risques d'introduction et de propagation en France métropolitaine de maladies infectieuses et d'organismes nuisibles via les ports et les aéroports* ». Thèse de fin d'étude Ingénieur du Génie Sanitaire, 57p

LOI, DÉCRET, CIRCULAIRE

Décret n°2007-1073 du 4 juillet 2007 relatif au Règlement sanitaire international (2005) adopté par le cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005. Journal officiel, n°156 du 7 juillet 2007, 11570-11 597

Loi n° 2007-294 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. Journal officiel, n°55 du 6 mars 2007, 4224-4233

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ /DEPARTEMENT DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE / DIRECTION DES AFFAIRES GÉNÉRALES DES POLITIQUES PUBLIQUES. Circulaire n°2007-447 du 19 décembre 2007 relative, d'une part, à l'arrêt de la délivrance et à la caducité des certificats de dératisation et d'exemption de dératisation des navires et, d'autre part, à l'organisation de la délivrance des nouveaux certificats de contrôle sanitaire ou d'exemption de contrôle sanitaire des navires, en application du Règlement sanitaire international (2005) de l'OMS.

SITES INTERNET

AGENCE EUROPEENNE DE SECURITE MARITIME [visité le 11/07/2008], disponible sur Internet : <http://www.emsa.europa.eu>

BUREAU D'ENQUETE SUR LES EVENEMENTS DE LA MER. « Rapport sur dix ans de suivi »[visité le 28/06/2008], disponible sur Internet : <http://www.beamer-france.org>

COLLOQUE INTERNATIONAL SECURITE ET CONDITION DE TRAVAIL A BORD DES NAVIRES DE PECHE, 5 à 7 octobre 2006, Lorient. [visité le 6/07/2008], disponible sur Internet : <http://www.ergomare.ovh.org>

DIRECTION DES AFFAIRES MARITIMES <http://www.mer.gouv.fr>

HAUT COMITE FRANÇAIS POUR LA DEFENSE CIVILE. Rapport Défense Civile 2008. « Constats et propositions pour une vision globale de la sécurité ». [visité le 17/07/2008], disponible sur Internet : <http://www.hcfdc.org>

ORGANISATION MARITIME INTERNATIONALE. [visité le 10/07/2008], disponible sur Internet : <http://www.imo.org>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Questions souvent posées sur le Règlement sanitaire international [visité le 9/06/2008], disponible sur Internet : <http://www.who.int/whr/2007/fr>

PORT ATLANTIQUE NANTES/SAINT-NAZAIRE. www.nantes.port.fr

PUBLIC RISK MANAGMENT ORGANISATION, « *Premières rencontres nationales du risque public* », 3 juin 2008, Paris. [visité le 8/07/2008], disponible sur Internet : <http://www.risquepublic.com>

5 Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel du RSI (2005) pour les Urgences de Santé Publique à Risque de Propagation Internationale (USPPI)

ANNEXE 3 : Capacités requises pour les ports désignés (annexe A1B du RSI 2005)

ANNEXE 4 : Déclaration Maritime de Santé

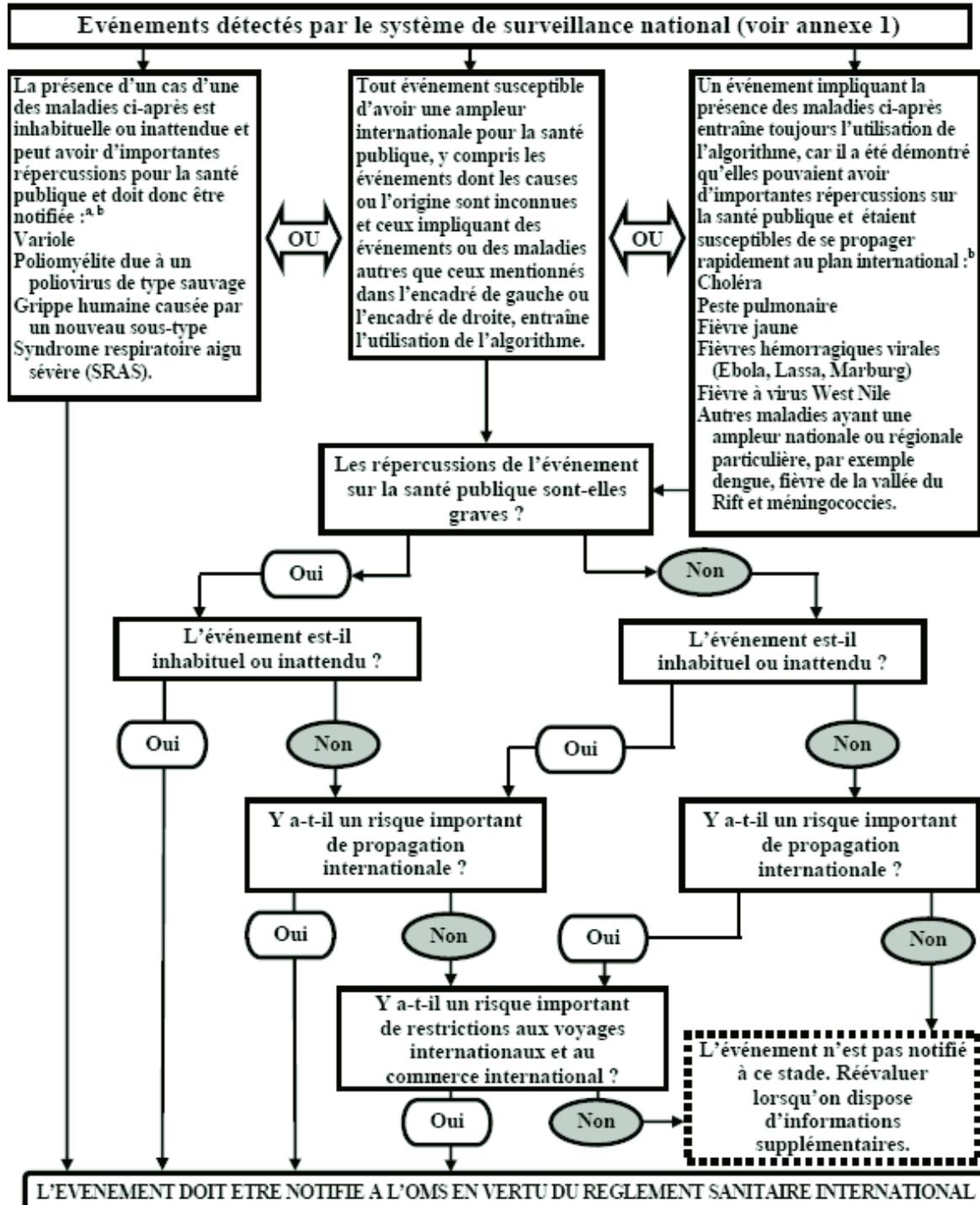
ANNEXE 5 : Guide d'entretien

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

1. BACHER J.	Médecin Inspecteur de Santé Publique DDASS 44
2. BERANGER C.	Chef du Service Urgences Centre Hospitalier Régional St-Nazaire
3. BERTOT P.	Médecin Généraliste Saint-Nazaire
4. BOULE JP	Médecin Inspecteur de Santé Publique Cellule de Prévention et de Gestion des Crises DDASS 49 -53- 72
5. BREUILLE P.	Médecin Service de Santé des Gens de la Mer des Pays de Loire
6. COURONNE J.	Médecin Généraliste Saint-Nazaire
7. DECOURTY D.	Chef du Service Sécurité du Port
8. DUVAUT C.	Médecin chargé de mission ARH pays de la Loire
9. FELTGEN J.	Président du Syndicat des Agents et Consignataires de Navires de la Basse-Loire
10. HUBERT B.	Responsable CIRE Pays de la Loire
11. LORENZI J.	Conseiller Sanitaire Zonal Zone PACA
12. PONGE A.	Médecin Inspecteur de Santé Publique DDASS 44
13. PRAT M.	Médecin Inspecteur de Santé Publique DRASS Pays de la Loire
14. ROBERT T.	Capitainerie du Port Autonome - Responsable Matières Dangereuses
15. SADIR A.	Ingénieur Services Santé Environnement DDASS 44
16. TAILLANDIER N.	Directrice DDASS 44
17. VAN DER LINDE C.	Coordonateur zonal ZONE OUEST

ANNEXE 2

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'ÉVALUER ET DE NOTIFIER LES ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE



^a Selon les définitions de cas de l'OMS.

^b Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.

ANNEXE 3

B. PRINCIPALES CAPACITES REQUISES DES AEROPORTS, PORTS ET POSTES-FRONTIERES DESIGNES

1. En permanence

La capacité :

- a) i) d'assurer l'accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques situés de façon à permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades ; et
 - ii) de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;
- 52 CINQUANTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
- b) de mettre à disposition le matériel voulu et le personnel approprié pour permettre le transport des voyageurs malades vers un service médical approprié ;
 - c) de fournir les services d'un personnel qualifié pour l'inspection des moyens de transport ;
 - d) d'assurer l'hygiène des services utilisés par les voyageurs au point d'entrée, y compris l'approvisionnement en eau potable, les établissements de restauration, les services de restauration à bord et les toilettes publiques, ainsi que celle des services d'évacuation des déchets solides et liquides et des autres zones potentiellement à risque, en conduisant, au besoin, des programmes d'inspection ; et
 - e) de mettre en place dans la mesure où cela est possible dans la pratique un programme conduit par du personnel qualifié pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci.

2. Pour faire face aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale

La capacité :

- a) d'organiser une action appropriée en établissant et en maintenant un plan d'intervention pour les urgences de santé publique, y compris la désignation d'un coordonnateur et de responsables pour les points d'entrée et les organismes et services de santé publique et autres qui sont concernés ;
- b) d'assurer l'examen et la prise en charge des voyageurs ou des animaux affectés en passant des accords avec les services médicaux et vétérinaires locaux pour permettre leur isolement et leur traitement et fournir les autres services d'appui éventuellement nécessaires ;
- c) de prévoir un espace approprié, séparé des autres voyageurs, pour les entretiens avec les personnes suspectes ou affectées ;
- d) d'assurer l'examen et, si nécessaire, la mise en quarantaine des voyageurs suspects, de préférence dans des installations éloignées du point d'entrée ;
- e) d'appliquer les mesures recommandées pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, y compris, si nécessaire, dans des lieux spécialement affectés et équipés à cette fin ;
- f) de soumettre les voyageurs à l'arrivée et au départ à des contrôles d'entrée et de sortie ; et
- g) d'assurer l'accès à des équipements spéciaux et à du personnel qualifié convenablement protégé, pour permettre le transfert des voyageurs pouvant être porteurs d'une source d'infection ou de contamination.

ANNEXE 4 : MODELE OMS DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

A remplir par les capitaines des navires en provenance de ports étrangers et à présenter aux autorités compétentes.

Présentée au port de Date

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure

Numéro d'immatriculation/OMI..... en provenance de à destination de

(Nationalité) (Pavillon du navire) Nom du capitaine

Jauge brute (navire).....

Jauge (bateau de navigation intérieure)

Certificat valable de contrôle/d'exemption de contrôle sanitaire à bord ? oui non

Délivré à Date

Nouvelle inspection requise ? oui non

Le navire/bateau s'est-il rendu dans une zone affectée telle que définie par l'OMS ? oui non

Nom du port et date de la visite

Liste des escales depuis le début du voyage (avec indication des dates de départ) ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours :

.....

Si l'autorité compétente du port d'arrivée en fait la demande, liste des membres de l'équipage, passagers ou autres personnes qui ont embarqué sur le navire/bateau depuis le début du voyage international ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours, et nom de tous les ports/pays visités au cours de cette période (ajouter les noms dans le tableau ci-après) :

1) Nom embarqué à : 1) 2) 3)

2) Nom embarqué à : 1) 2) 3)

3) Nom embarqué à : 1) 2) 3)

.....

Effectif de l'équipage

Nombre de passagers à bord

Questions de santé

1) Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? oui non

Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après. Nombre total de décès.....

2) Y a-t-il à bord, ou y a-t-il eu au cours du voyage international, des cas suspects de maladie de caractère infectieux ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.

3) Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre escompté ? oui non Quel a été le nombre de malades ?.....

4) Y a-t-il actuellement des malades à bord ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.

5) Un médecin a-t-il été consulté ? oui non Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau ci-après.

6) Avez-vous connaissance de l'existence à bord d'une affection susceptible d'être à l'origine d'une infection ou de la propagation d'une maladie ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.

7) Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination, par ex.) ont-elles été prises à bord ? oui non Si oui, préciser lesquelles, le lieu et la date.....

8) Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? oui non Si oui, où sont-ils montés à bord (à votre connaissance) ?

9) Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ? oui non

Note : En l'absence d'un médecin, le capitaine doit considérer les symptômes suivants comme des signes faisant présumer l'existence d'une maladie de caractère infectieux :

a) fièvre, persistant plusieurs jours, accompagnée de : i) prostration ; ii) diminution de la conscience ; iii) hypertrophie ganglionnaire ; iv) ictère ; v) toux ou difficultés respiratoires ; vi) saignements inhabituels ; ou vii) paralysie.

b) fièvre, ou absence de fièvre, accompagnée de : i) érythème ou éruption cutanée aigus ; ii) forts vomissements (non provoqués par le mal de mer) ; iii) diarrhée sévère ; ou iv) convulsions récurrentes.

Je déclare que les renseignements et réponses figurant dans la présente déclaration de santé (y compris le tableau) sont, à ma connaissance, exacts et conformes à la vérité.

Signé.....

Capitaine

Contresigné.....

Médecin de bord (s'il y a lieu)

Date

PIECE JOINTE AU MODELE DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

Nom	Classe ou fonctions à bord	Age	Sexe	Nationalité	Port et date d'embarquement	Nature de la maladie	Date d'apparition des symptômes	Signalée au médecin du port ?	Issue*	Médicaments ou autres traitements administrés au patient	Observations

* Indiquer : 1) si la personne s'est rétablie, si elle est encore malade ou si elle est décédée ; et 2) si la personne est encore à bord, si elle a été évacuée (donner le nom du port ou de l'aéroport), ou si son corps a été immergé.

ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN

Le but de ce travail est d'appréhender au niveau de la région du Port de Saint-Nazaire le point de vue, l'expérience et/ou la connaissance de personnalités impliquées dans la prévention, le contrôle ou la gestion de crises sanitaires à risque de propagation. Nous interviewerons des professionnels de santé, de la santé publique et de l'espace portuaire.

Le travail s'inscrit dans le cadre du mémoire d'un Médecin Inspecteur de Santé Publique de l'Ecole des hautes Etudes de Santé Publique

Présentation de l'enquête

Nous allons parler de la sécurité sanitaire, mais dans un premier temps est-ce que vous souhaiteriez vous présenter ? *(responsabilités actuelles, formation et expériences professionnelles.)*

Le port de Nantes/Saint-Nazaire

C'est quoi les particularités de la situation du Port ? *(contexte local, données chiffrées, éléments qualitatifs du port)*

La sécurité sanitaire

S'il fallait parler des risques dans la région du port de Nantes /Saint-Nazaire ? Avez-vous le souvenir d'événements concrets ? *(c'est quoi ? Quelle représentation des risques ? Quelles situations vécues ?)*

- ✓ Plus précisément c'est quoi les risques sanitaires sur un bateau ?
- ✓ Si fallait choisir c'est quoi les trois plus grands risques sur le port ?

Actions de prévention

S'il fallait faire un panorama des mesures de prévention des risques sur le port avant le nouvel RSI ? *(Comment ces différentes mesures sont déroulées ? ... Est-ce que c'est uniquement avec les partenaires ?.....Est ce que c'est jusqu'à la population ?)*

- ✓ En quoi le nouvel RSI va changer la situation ?
- ✓ Quelles seraient selon vous les besoins ou conditions favorables à sa mise en place ?
- ✓ Quelles seraient selon vous les actions à mettre en place en priorité ?
- ✓ Quelles seraient vos attentes vis à vis des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de l'état ?