

---

**Médecin Inspecteur Santé Publique**  
**Promotion : 2007-2008**  
**Date du Jury : Septembre 2008**

---

**APPLICATION DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI), AU NIVEAU DU  
DEPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE (94) ET DE SON AEROPORT INTERNATIONAL**

---

**Sylvie RENARD-DUBOIS**

---

# Remerciements

---

à

-Alice Sarradet, médecin inspecteur de santé publique de la DDASS du Val de Marne et Bruno Morel, médecin inspecteur de santé publique de la CIRE Rhône-alpes qui m'ont aidée dans ce travail,

-l'ensemble des personnes rencontrées pour leur disponibilité et la qualité des échanges sur leurs expériences,

-mes collègues de la DDASS 94 qui m'ont soutenue lors de cette démarche,

et ma famille toujours présente.. .....

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE CONTEXTE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Le RSI (2005).....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Historique.....	5
1.1.2 Ses nouveautés.....	6
1.1.3 Ses implications réglementaires .....	7
1.1.4 Les points d'entrée désignés.....	8
1.1.5 L'échéancier.....	10
<b>1.2 Le Contrôle sanitaire aux frontières .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Ses applications réglementaires en France .....	10
1.2.2 Ses limites actuelles.....	11
<b>1.3 Le département du Val-de-Marne .....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Présentation du département .....	11
1.3.2 La Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) du Val-de-Marne et son implication au niveau d'Orly.....	12
1.3.3 L'aéroport international d'Orly.....	13
<b>2 ETAT DES LIEUX DES CAPACITES EXISTANTES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU RSI EN FRANCE .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Méthodologie de recueil des informations .....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Au niveau national, mise en place d'un comité de pilotage pour la mise en application du RSI .....	15
2.1.2 Des questionnaires en vue de la mise en place du RSI.....	15
2.1.3 Participation aux réunions concernant le RSI .....	17
2.1.4 Entretiens avec différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre du RSI	17
<b>2.2 Bilan des capacités existantes au niveau national .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 En matière de surveillance et d'actions .....	18
<b>2.3 Bilan des capacités existantes au niveau du département du Val-de-Marne .....</b>	<b>21</b>
2.3.1 Analyse locale du questionnaire au CTRI de l'Île-de-France .....	21
2.3.2 La gestion des crises dans le département.....	24

2.3.3 Orly point d'entrée désigné ? .....	24
<b>3 LA MISE EN CONFORMITE AUX EXIGENCES DU RSI .....</b>	<b>31</b>
3.1 Désignation du point focal national.....	31
3.2 Choix des points d'entrée internationaux.....	32
3.3 En matière de veille et d'alerte au niveau de la DDASS du 94 .....	33
3.3.1 Incertitudes actuelles .....	33
3.3.2 Des missions nouvelles à effectif constant.....	34
3.3.3 La place du médecin inspecteur de santé publique.....	35
3.4 En matière de capacités permanentes ou temporaires de l'aéroport d'Orly	35
3.4.1 L'organisation pratique.....	35
3.4.2 Les moyens .....	36
3.4.3 La problématique de son service médical d'urgence.....	37
<b>4 RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>39</b>
4.1 Recommandations à court terme pour Orly.....	39
4.1.1 Un guide d'inspection des aéronefs .....	39
4.1.2 Un correspondant MISP identifié sur l'aéroport d'Orly .....	41
4.2 Recommandations à moyen terme pour Orly .....	42
4.2.1 Un protocole d'intervention des services en application du RSI .....	42
4.2.2 Des séances de formation et d'information .....	43
4.3 Recommandations à long terme dépassant le seul cadre d'Orly .....	45
4.3.1 Vers un partage et une externalisation de certaines missions d'inspection .....	45
4.3.2 Pour une meilleure vision des missions des services déconcentrés et de la veille sanitaire.....	46
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
BQA	Bulletin quotidien des alertes
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CNR	Centre national de référence
COD	Centre opérationnel départemental
COGIC	Centre opérationnel de gestion interministérielle de crise
COFIL	Comité de pilotage
CORRUS	Centre Opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CSF	Contrôle sanitaire aux frontières
CSI	Convention sanitaire internationale
CTRI	Comité technique régional et interdépartemental
DCSSA	Direction centrale du service de santé des armées
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDSC	Direction de la défense et de la sécurité civile
DDSV	Direction départementale des services vétérinaires
DESP	Département d'épidémiologie et de santé publique
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGS	Direction générale de la santé
DUS	Département des urgences sanitaires
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DOM	Département d'outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRIRE	Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement
ECDC	European centre for diseases control
ETP	Equivalent temps plein
GTA	Gendarmerie des transports aériens
IDSP	Infirmière de santé publique

IES	Ingénieur du génie sanitaire
IGS	Ingénieur du génie sanitaire
InVS	Institut de veille sanitaire
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PAF	Police aux frontières
PIF	Poste d'inspection frontalier
PRAGSUS	Plan régional d'alertes et de gestion des situations d'urgence sanitaire
RGPB	Révision générale des politiques publiques
RSI	Règlement sanitaire international
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TIAC	Toxi-infections alimentaires collectives
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale

## Introduction

La migration humaine a toujours été le principal moyen de transmission des maladies infectieuses. Les voyages de plus en plus nombreux, de plus en plus rapides sur des distances plus longues ont accru leur progression. Environ 1.6 milliards de personnes prennent l'avion chaque année et sont susceptibles d'être les vecteurs d'agents infectieux habituellement détectés, mais aussi des agents émergents ou réurgents.

L'évolution du monde actuel avec ses changements de mode de vie, ses conflits armés entraînant des déplacements de population, ses perturbations climatiques ainsi que le développement de nouvelles technologies exposent les populations à de nouvelles menaces sanitaires. Aux maladies infectieuses réurgentes ou d'apparition récente, s'ajoutent les phénomènes environnementaux tel que les tsunamis et les phénomènes industriels retentissant sur la santé publique comme l'accident de Tchernobyl. La menace des impacts sanitaires du bioterrorisme connu depuis l'antiquité est réapparue, depuis les attentats du 11 septembre 2001.<sup>1</sup>

Les Etats se sont interrogés sur leurs capacités à détecter précocement tout signal susceptible de repérer un événement pouvant avoir un impact sur la santé humaine afin de pouvoir limiter celui-ci et sa diffusion. Ils ont mis en place progressivement des coopérations visant à limiter la propagation de ces maladies en prévoyant de limiter les mouvements de personnes ou de marchandises tout en développant la surveillance des signaux et la gestion des alertes. Des réseaux de surveillance internationaux se sont développés pour favoriser la circulation de l'information. Cependant, il était nécessaire d'établir des règles communes, harmonisant les différentes réponses adoptées pour lutter contre les menaces sanitaires<sup>23</sup>.

Sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1951, les Etats membres ont adopté un ensemble de réglementations communes dit règlement sanitaire international (RSI), visant à limiter la propagation de maladies infectieuses sans entraver le liberté du commerce international. Celui-ci a évolué au fil des années. Depuis le 15 juin 2007, un nouveau règlement sanitaire (RSI 2005) s'applique à l'ensemble des Etats membres. La France dispose d'un solide réseau de surveillance, de gestion des alertes et de contrôles sanitaires aux frontières. Cependant, la mise en œuvre de nouvelles

---

<sup>1</sup> *Are there new and old ways to track infectious diseases hazards and outbreaks ? JC. Desenclos Eurosurveillance vol 11 Issues 10-12 Oct-Dec 2006 : 206-7*

<sup>2</sup> *Alertes sanitaires : l'OMS revoit le règlement. J.B Brunet Le concours médical.2005.127 ; 22 : 1172-1174*

<sup>3</sup> *Rapport sur la santé dans le monde 2007 : Un avenir plus sûr - la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle. Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT.2007 72 p*

recommandations et le développement de certaines capacités du RSI à tous les échelons administratifs de notre pays, nécessitent la rédaction de nouvelles règles juridiques, la mise en place de protocoles de collaboration entre les services intervenant dans le domaine, ainsi que la formation de leurs agents<sup>45</sup>.

Pour le futur médecin inspecteur de santé publique (MISP) que je suis, cette réflexion entre complètement dans mon champ de compétence. Je suis actuellement stagiaire dans le département du Val-de-Marne. Ce département est pleinement concerné par l'impact local de ce nouveau règlement puisque se situe sur son territoire l'aéroport international d'Orly qui devrait vraisemblablement être désigné comme point d'entrée international au titre du RSI.

Ce travail a donc pour objectif d'établir :

En quoi l'aéroport d'Orly présente-t-il les capacités de surveillance des alertes et de gestion des urgences, telles que définies dans le RSI pour un point d'entrée international ?

Le dispositif mis en place par la DDASS 94 et ses partenaires permet-il de répondre aux exigences du RSI ?

Quelles sont les pistes à proposer et développer et à la DDASS 94, principal acteur de cette mise en œuvre ?

Les nouvelles particularités et exigences du RSI seront présentées en soulignant ces spécificités. Je tracerai un état des lieux des capacités existantes pour la mise en œuvre du RSI, au niveau national et au niveau départemental. Je les comparerai aux données d'une enquête nationale sur la veille et l'alerte.

J'exposerai les capacités actuelles de l'aéroport d'Orly au regard des directives du bureau de l'OMS de Lyon en charge de la problématique.

La mise en conformité des exigences du RSI sera détaillée avec la désignation du point focal national, le choix des points d'entrée, les incertitudes en matière de veille sanitaire liées à la mise en place des agences régionales de santé et la révision globale des politiques publiques.

---

<sup>4</sup> *Le nouveau règlement sanitaire international : vers plus d'efficacité pour combattre les épidémies* D. Thierry. *Revue de droit sanitaire et social* 2007/05-06 ; vol 3 : 447-457

<sup>5</sup> 15 juin 2007 : entrée en application du nouveau Règlement sanitaire international. *Éditorial*. G Brucker, D. Houssin .*BEH* : 24/12 juin 2007 : 205-207



A partir d'éléments recueillis lors d'entretiens et de participation à des groupes de travail, je m'efforcerai de dégager un certain nombre de recommandations pour la mise en application du RSI au niveau de l'aéroport d'Orly.

# 1 LE CONTEXTE

## 1.1 Le RSI (2005)

### 1.1.1 Historique

La première trace d'une action visant à protéger les populations contre l'apparition de maladies infectieuses remonte à 1377, année où la République de Venise a édicté une législation instituant une quarantaine à l'égard des navires. Au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle les deux épidémies de choléra en 1830 et 1848, ont poussé les pays occidentaux à réfléchir à la mise en œuvre de principes visant à limiter la propagation de ce fléau par le biais des diplomates. La première Conférence Sanitaire Internationale (CSI) s'est tenu à Paris en 1851. A partir de cette période pas moins de 8 CSI ont été négociées : en 1892 une CSI sur le choléra, en 1897 une CSI sur la peste. Force était de constater que ces conventions étaient rarement respectées. Il est donc apparu nécessaire de mettre en place des institutions internationales chargées de les mettre en application. En 1902, a été créé le Bureau sanitaire international à Washington (USA) devenu maintenant l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). L'Office international d'hygiène publique a vu le jour en 1907, son secrétariat permanent se trouvait à Paris. Enfin le bureau sanitaire de la Société des Nations est constitué à Genève en 1919. Ces différents organismes coexistent en toute indépendance, chacun oeuvrant dans son domaine respectif.

L'entrée en vigueur, le 7 avril 1948 de la Constitution de l'OMS, présage une harmonisation des différentes CSI. En 1951, l'OMS adoptait les règles sanitaires internationales devenues en 1969 le règlement sanitaire international visant à limiter la propagation de 6 maladies infectieuses transmissibles considérées comme des fléaux en matière de santé publique (Variole, Fièvre jaune, Peste, Choléra, fièvre récurrente et typhus) tout en veillant à ne pas pénaliser la libre circulation et le commerce international<sup>6</sup>. Ce règlement a ensuite été modifié lors de la diminution de fréquence de certaines maladies surveillées : ainsi la version de 1969 supprime le typhus et la fièvre récurrente des objectifs de surveillance. Un règlement additionnel de 1973, supprime l'obligation du certificat international de vaccination contre le choléra et enfin en 1981 celle de la variole après son éradication<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> *Santé publique et commerce. Comparaison des rôles de 3 organisations internationales. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 1999.74 ; 25 : 193-201*

<sup>7</sup> *Organisation mondiale de la santé, Règlement sanitaire international (1969), troisième édition annotée, 1983 <http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html>. Dernière consultation 15 janvier 2006*

D'importants bouleversements géopolitiques ainsi que l'émergence et la résurgence de certaines maladies infectieuses, ont conduit l'OMS à lancer de nouveaux travaux. Ceux-ci dix ans plus tard, ont conduit à l'adoption en 2005, par la 58<sup>ème</sup> assemblée mondiale de la santé, d'un nouveau règlement sanitaire international<sup>8</sup>. Celui-ci a été mis en œuvre le 15 juin 2007 au niveau des Etats Membres, avec la nécessité d'être totalement opérationnel en 2012.

### 1.1.2 Ses nouveautés

L'irruption du risque bioterroriste, l'épidémie de syndromes respiratoires aigus sévères (SRAS) en 2003 ont souligné l'inadaptation du RSI en vigueur. Un règlement reposant uniquement sur la base d'une liste de maladies peut se révéler obsolète très rapidement. Du RSI de 1969 au RSI de 2005, on assiste à un changement majeur de paradigme<sup>9</sup>.

- Du contrôle aux frontières à l'endiguement à la source :

Le RSI (2005) définit les capacités de base en santé publique qu'un Etat doit élaborer, renforcer et maintenir à chaque échelon territorial pour pouvoir détecter, notifier et combattre les risques et les urgences potentielles de santé publique de portée internationale. Des capacités spécifiques sont requises pour la mise en œuvre aux points d'entrée du territoire désignés par les Etats membres (certains aéroports internationaux et ports, certains postes frontières, voire certaines gares ferroviaires) de mesures comme la désinsectisation, l'hygiène des moyens de transports et la capacité de prise en charge des voyageurs ou animaux affectés. Pour accroître la réactivité, en cas d'événement sanitaire grave inhabituel, il est désigné un point focal national interlocuteur privilégié 24H/24 de l'OMS dans chaque Etat membre.

- D'une liste de maladies à toutes les menaces pour la santé publique. :

Le champ d'application du nouveau RSI couvre à présent toute urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) : maladies infectieuses existantes, émergentes ou résurgentes, ainsi que les situations d'urgence sanitaire liées à des phénomènes environnementaux, industriels ou terroristes (y compris les événements dont les causes ou l'origine sont inconnues). Un instrument de décision proposé en annexe de ce règlement (annexe 1) permet d'évaluer s'il s'agit ou non d'une USPPI. De plus, il est

---

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé, 58<sup>ème</sup> assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA58.3 : révision du règlement sanitaire international (2005) 23 mai 2005.

[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf). Dernière consultation le 15 juin 2007

<sup>9</sup> Implementing the international Health regulations (2005) in Europe. G. Rodier et al. *Eurosurveillance* vol 11 Issues 10-12 Oct-Dec 2006 : 208-11

spécifié que doit être notifié tout cas de variole, poliomyélite due à un virus sauvage, grippe humaine causée par un nouveau sous-type, et syndrome respiratoire aigu sévère.

- De mesures préétablies à une réponse adaptée :

La possibilité d'échanges précoces entre un Etat membre et l'OMS et celle d'émettre des recommandations temporaires ou permanentes, même sans l'accord d'un Etat membre, suite à la consultation du collège d'experts internationaux de l'OMS permet une meilleure réactivité. De même, il existe la possibilité pour un Etat membre tiers ou pour un organisme non gouvernemental de signaler à l'OMS sa connaissance d'une USPPi dans un pays en difficulté pour détecter ou notifier l'événement<sup>10</sup>.

Ceci permettra d'éviter à l'avenir des situations telles que celle de la Chine qui a dissimulé le début de l'épidémie de SRAS<sup>11</sup>.

### 1.1.3 Ses implications réglementaires

Selon l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958, « les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ». Ainsi, les normes internationales, incluant le droit dérivé des organisations internationales dont la France est membre, ont une valeur supérieure à celle de la loi et s'imposent à l'ensemble des textes législatifs préexistants et à venir, à condition que ces normes internationales aient été ratifiées ou approuvées. En conséquence, le RSI a fait l'objet d'un décret de publication du 4 juillet 2007. Lors de son intégration au code de santé publique, il deviendra un document juridique contraignant qui s'imposera en France. Certaines dispositions imposeront le recours à de nouvelles dispositions juridiques :

- la publication du RSI au sein du code de la santé publique,
- l'application du RSI aux collectivités d'outre-mer,
- les critères de désignation des points d'entrée, ainsi que des arrêtés les désignant en précisant leurs obligations,
- l'habilitation d'effectuer des contrôles sanitaires à compétence supra-départementale, par des agents qui ne seraient pas forcément des agents de la DDASS. Une régionalisation du fait des faibles effectifs des agents de l'Etat habilités, est possible, voire une délégation de missions,

---

<sup>10</sup> *Les principales nouveautés du règlement sanitaire international (RSI)*. M. Bâville, S. Renard-Dubois, S. Veyrat, B. Faliu BEH24/12 juin 2007 : 206

<sup>11</sup> *Atouts et limites de la communication dans la gestion d'une crise mondiale. A propos du SRAS (expérience en Seine Saint-Denis)*. C Guichard mémoire d'ENSP Médecin inspecteur de santé publique 2003

- l'obligation faite aux compagnies aériennes de prévenir les passagers d'une menace sanitaire dans le pays de destination et des mesures à prendre,
- la modification à apporter au texte régissant les maladies à déclaration obligatoire pour y intégrer la notion d'événement sanitaire inhabituel,
- un cadre juridique à construire pour permettre de faire figurer exceptionnellement la quarantaine ou l'isolement des malades et la vaccination ciblées comme condition d'entrée, ainsi que l'obligation de traçabilité des passagers,
- la définition des modalités de fixation d'un tarif unique notamment en matière de délivrance d'un certificat de contrôle sanitaire des navires.

Les dispositions qui devront respecter les règles classiques de répartition des compétences entre loi et règlement, sont en cours d'évaluation. Les mesures de santé publique figureront vraisemblablement dans la future loi Patients Santé Territoire qui sera présentée au parlement dans les mois qui viennent.

#### **1.1.4 Les points d'entrée désignés**

##### **A) Définitions**

Un point d'entrée s'entend selon le RSI<sup>12</sup> comme « un point de passage pour l'entrée ou la sortie internationale des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée et à la sortie. » Les articles 19 à 22 sont spécifiquement consacrés aux points d'entrée. L'article 20 précise que « les Etats Parties désignent les aéroports et les ports qui doivent acquérir et maintenir les capacités prévues à l'annexe 1 ».

##### **B) Capacités à développer**

Selon le préambule de l'annexe 1 B du RSI, les Etats membres doivent se doter des capacités pour assurer les activités de surveillance, de déclaration, de notification et d'actions et spécifiquement pour les points d'entrée.

1. « En permanence, la capacité :

a) 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 rapide des voyageurs malades et de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;

---

<sup>12</sup> RSI 2005 Op.cit

- 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 ;
- 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 de vecteurs 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 ;
- 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 ».

Au niveau de ces points d'entrée, devra s'exercer tout particulièrement le contrôle sanitaire aux frontières.

### **1.1.5 L'échéancier**

Conformément aux décisions de la cinquante-huitième assemblée mondiale le nouveau règlement sanitaire international est entré en vigueur le 15 juin 2007. Dès cette date, les Etats parties avaient à déterminer et faire connaître à l'OMS leur point focal national. Les Etats membres devaient également désigner les points d'entrée répondant ou susceptibles de répondre aux capacités requises dans l'annexe 1.B du RSI, à charge pour l'OMS de publier et mettre à jour régulièrement la liste des points d'entrées désignés. L'utilisation de l'arbre de décision qui vise à évaluer et à notifier un événement susceptible de devenir une USPPI, devait être favorisée dans chaque pays.

Les Etats Membres doivent fournir à l'OMS un état des lieux exhaustif des capacités et structures et ressources nationales pour satisfaire aux besoins exprimés dans l'annexe 1 en juin 2009. Au terme de cette évaluation, les Etats doivent fournir un plan d'action afin de répondre aux exigences du RSI et de mise en conformité juridique et ceci dans un délai maximal de 5 ans, soit en 2012. A titre exceptionnel, un délai supplémentaire de 2 ans pourra être accordé sur présentation d'un nouveau plan d'action, ce délai pouvant être reconduit par le directeur général de l'OMS, la situation de cet état sera alors examiné chaque année.

## **1.2 Le Contrôle sanitaire aux frontières**

### **1.2.1 Ses applications réglementaires en France**

Le contrôle sanitaire aux frontières (CSF) a pour objet la prévention de la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles conformément aux dispositions des articles *L 3115-1*, *L 3116-5* et *R 3115-1* à *R 3116-19* du Code de la Santé Publique (CSP). L'objectif est de mettre en œuvre les dispositions du RSI de façon ciblée, en fonction du contexte local<sup>13</sup>.

Selon les termes de l'article *L 3115.1* du CSP : «Le CSF est régi, sur le territoire de la République Française, par les dispositions des règlements sanitaires pris par l'OMS, des arrangements internationaux et des lois et règlements nationaux intervenus ou à intervenir en cette matière ».

---

<sup>13</sup> *Etude de faisabilité d'un contrôle sanitaire aux frontières à l'aéroport de Beauvais-Tillé. Cadre institutionnel et réglementaire. Evaluation du risque d'importation et de propagation de maladies infectieuses en France. Analyse d'expériences françaises et étrangères. Proposition d'une organisation générale pour l'aéroport de Beauvais-Tillé. C. BOULET-DESBAREAU mémoire d'ENSP Ingénieur du génie sanitaire 2002*

L'article. L. 3116-3 du CSP stipule : « Ont qualité pour constater les infractions en matière de contrôle sanitaire aux frontières, les médecins inspecteurs de santé publique, les médecins, les officiers, gardes et agents chargés du contrôle sanitaire aux frontières, habilités et assermentés dans les conditions fixées par Décret en Conseil d'Etat. Les procès-verbaux dressés par ces agents font foi jusqu'à preuve du contraire. [Ancien article L53] ».

L'organisation et le fonctionnement du contrôle sanitaire aux frontières étaient précisés dans le décret n° 89-555 du 8 août 1989 qui est maintenant codifié dans le code de la santé publique, dans sa partie réglementaire (art R 3115-1 et suivants). Il y est stipulé que «Les missions du CSF sont, sous l'autorité du préfet du département, assurées par des agents des DDASS». En cas de nécessité, le préfet peut agréer des agents des Douanes, de la Police de l'Air et des Frontières, pour apporter leur concours au CSF. Ces agents doivent être assermentés.

Le préfet peut, le cas échéant, habiliter tout organisme public ou privé pour effectuer, sous le contrôle des agents mentionnés aux articles R. 3115-2 et R. 3115-3, des missions relevant du règlement sanitaire international.

### **1.2.2 Ses limites actuelles**

Depuis la fin des années 1980, on assiste à une diminution du nombre des agents des DDASS en charge du contrôle sanitaire aux frontières tant au niveau des aéroports que des ports. Ces derniers ont été redéployés vers d'autres missions comme le contrôle de l'habitat insalubre. Les effectifs actuels permettent donc d'assurer les missions de routine de façon modeste.

Actuellement ces effectifs ne peuvent garantir un fonctionnement à H 24, ni une crise de longue durée, car le cadre statutaire ne prévoit pas cette situation. Or les particularités techniques liées aux fonctionnements des sites aéroportuaires nécessitent que ces missions soient confiées à des agents spécifiquement formés et habilités à cette fin<sup>14</sup>.

## **1.3 Le département du Val-de-Marne**

### **1.3.1 Présentation du département**

Le département du Val-de-Marne a été créé le premier janvier 1968 à partir de la partie sud-est de l'ancien département de la Seine et d'une petite portion de celui de Seine et – Oise. Le Val-de-Marne fait partie de l'Île-de-France, région qui compte 11 millions

---

<sup>14</sup> *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. A. Bonnin mémoire ENSP Ingénieur du Génie Sanitaire 2005-2006*



d'habitants et zone d'importante migration temporaire ou permanente. Sur un territoire de 245 km<sup>2</sup> il est limitrophe des départements de la Seine–Saint-Denis au nord-est, de Seine-et-Marne à l'est, de l'Essonne au sud, des Hauts-de-Seine à l'ouest et de Paris au nord-ouest.

Ce département est très urbanisé près de Paris, mais conserve quelques rares espaces agricoles au sud-est, sur le versant du plateau de la Brie. En 2005, ce département comptait 1 279 000 habitants répartis sur 47 communes dans trois arrondissements<sup>15</sup>.

La santé est un secteur de pointe dans le département avec une concentration de centres hospitaliers et de recherche de renom. On compte dans le département trois territoires de santé dont un le 91-1 situé autour de Villeneuve-Saint-Georges, empiète sur une partie de l'Essonne. Les deux autres territoires de santé sont respectivement le 94-1 autour de Créteil avec 17 établissements de santé et une offre sanitaire bien développée et le 94-2 autour d'Ivry–Villejuif avec 14 établissements répartis essentiellement au Nord du Département. Ainsi, le maillage des services d'urgence, la permanence des soins et le déclenchement des plans blancs, permettent la prise en charge d'un afflux de patients éventuel.

### **1.3.2 La Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) du Val-de-Marne et son implication au niveau d'Orly**

La DDASS 94 est chargée de mettre en œuvre les politiques sanitaires et sociales sous l'autorité du préfet de département. Située à Créteil, comprenant 110 équivalents temps plein (ETP). Son action s'exerce autour de deux pôles essentiels : le pôle santé et le pôle social.

Au sein du pôle santé, deux entités sont concernés par le RSI, le service des actions de santé publique qui contribue à la surveillance de l'état sanitaire de la population, de l'épidémiologie, de la morbidité et le service santé environnement qui assure la protection du milieu de vie, le contrôle de la qualité des eaux, la lutte contre le saturnisme, l'insalubrité, les nuisances sonores, la légionellose. En outre il exerce le contrôle sanitaire de routine aux frontières, prépare la gestion des alertes épidémiques et des crises par la rédaction de plans spécifiques.

---

<sup>15</sup> *Insee estimation localisée de population.*

[http://www.insee.fr/insee\\_regions/idf/zooms/chif\\_cles/fregdep/fdep94.htm](http://www.insee.fr/insee_regions/idf/zooms/chif_cles/fregdep/fdep94.htm). Dernière consultation le 15 avril 2008

### 1.3.3 L'aéroport international d'Orly

#### A) Présentation

L'aéroport Paris-Orly, couramment dénommé « aéroport d'Orly » est un aéroport francilien situé à quatorze kilomètres au sud de Paris. Il s'agit de la deuxième plate-forme aéroportuaire de France après l'aéroport Paris Charles de Gaulle, et le dixième aéroport européen. Sur une surface de 1540 hectares, il est divisé en deux aéro-gares principales : l'aéro-gare Ouest (quatre halls) dans laquelle travaillent 5 400 personnes et l'aéro-gare Sud dans laquelle travaillent 3600 personnes et dispose de trois pistes. L'aéroport compte aussi une aéro-gare de fret, et une zone d'entretien. Depuis 1968, il est soumis à un couvre-feu entre 23h30 et 6h.

Il est géré par la société Aéroports de Paris (ADP), deuxième groupe aéroportuaire européen en termes de chiffre d'affaires aéroportuaire et 1er groupe européen pour le fret et le courrier. Cette société possède 6 677 ha en Ile-de-France où elle exploite principalement 3 aéroports : Paris Charles de Gaulle, Paris-Orly, Paris-Le Bourget.

L'aéroport d'Orly est essentiellement utilisé pour les vols nationaux, européens, et les vols à destination du Sénégal, Guyane, Bangladesh, Sri Lanka, Cuba, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Algérie, Egypte, Madagascar, Syrie, Turquie, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Ile Maurice, République Dominicaine, Saint Martin, Iran, Mali, Maroc, Mauritanie. Par son transit, il est susceptible d'introduire sur le territoire métropolitain de nouvelles pathologies comme la grippe aviaire et le chikungunya, soit par l'intermédiaire de passagers infectés ou par l'implantation de vecteurs dans des zones jusqu'alors indemnes.

#### B) Trafic aéroportuaire

Pour l'année 2007, 26,4 millions de voyageurs y ont transité contre 25,6 en 2006. Près de 10 millions proviennent du trafic international avec 233 000 mouvements d'avion. Cette même année, la hausse du trafic international a atteint 6,3%.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> *Rapport d'activité d'ADP 2007*

<http://www.aeroportsdeparis.fr/Adp/Resourcess/66fb03c8-59f4-40e9-a6fc-a788afcc72c8-adpddr2007280408.pdf>. Dernière consultation le 30 mai 2008

## **2 ETAT DES LIEUX DES CAPACITES EXISTANTES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU RSI EN FRANCE**

### **2.1 Méthodologie de recueil des informations**

#### **2.1.1 Au niveau national, mise en place d'un comité de pilotage pour la mise en application du RSI**

Le Directeur Général de la Santé a été missionné le 26 janvier 2007 par le Ministre chargé de la santé pour conduire les travaux nécessaires à la mise en place des mesures prévues par le RSI (2005) sur le territoire national.

Le 14 février 2007 un comité de pilotage (COFIL), est devenu le lieu d'orientation et d'organisation des travaux à mener pour l'acquisition des capacités citées dans le RSI. Un dispositif alliant performance et simplicité devra permettre la mise en œuvre du RSI sur le territoire national. Afin de traiter tous les champs du RSI, les directions centrales des différents ministères concernés (intérieur, défense, transports, agriculture, finance) le composent. Y sont également représentés les agences sanitaires, les services déconcentrés ayant sur leur territoire des ports ou aéroports afin d'assurer l'opérationnalité des travaux. Les représentants des Comités Techniques Régionaux et Interdépartementaux (CTRI), chefs de file en matière de veille et sécurité sanitaire, ayant déjà ou devant intégrer le volet alertes et gestion des situations d'urgence sanitaire (PRAGUS) à leur plan régional de santé publique<sup>17</sup> sont également représentés.

Deux groupes de travail issus du COFIL ont été créés, l'un est chargé de la réflexion sur les principales capacités requises pour la surveillance et l'action (annexe I A du RSI), l'autre est chargé de la réflexion sur les capacités requises aux points d'entrée (annexe IB).

#### **2.1.2 Des questionnaires en vue de la mise en place du RSI**

##### **A) Organisation des services ministériels**

Le groupe de travail chargé de l'état des lieux en matière de surveillance et de l'action a interrogé l'ensemble des membres des services interministériels sur les dernières alertes gérées susceptibles de rentrer dans le cadre d'une USPPI.

---

<sup>17</sup> *Compte rendu de la réunion du comité de pilotage du 14 février 2007*

La gestion du SRAS, la prévention de l'implantation en France d'une épizootie de virus aviaire H5N1, l'épidémie de Chikungunya avec le risque d'importation du virus là où le moustique vecteur existe, ou encore le syndrome hémolytique et urémique par contamination d'un germe E.coli O 157 dans des steaks hachés, montrent que les mesures de gestion relèvent de la responsabilité de diverses institutions, et non uniquement de l'administration sanitaire. Chaque organisation a ensuite décrit son organisation en matière de gestion des alertes. Le ministère de la santé a présenté son organisation territoriale.

#### B) Au niveau du département du Val de Marne

Afin de mieux appréhender l'organisation de tous les échelons territoriaux en matière de surveillance, des circuits des alertes et de la gestion des urgences, un questionnaire intitulé « Etat des lieux des capacités et organisations pour la veille et l'alerte des différents échelons du Ministère chargé de la santé » a été élaboré par les représentants des services déconcentrés du groupe de travail n°1.

Ce questionnaire comprenait 41 questions dont certaines avec plusieurs items. Les 26 premières concernaient le niveau départemental. Chaque DDASS qui composait la région, devait les compléter. Un premier volet concernait l'organisation de la veille et de l'alerte, un second les modes de communication intra et inter-service et le dernier volet concernait les mesures de gestion et la possibilité d'en accroître les capacités en cas d'urgence sanitaire. Six questions concernaient les fonctions de la CIRE et son mode de communication. Les dernières questions concernaient le rôle de la DRASS, dans le dispositif de veille et d'alerte, notamment la formalisation d'une structure de type cellule régionale d'appui, précisant son rôle, sa composition et son mode de mobilisation.

De façon à faciliter les réponses, les questions posées étaient binaires. Cet outil a été adressé par le DGS, à l'ensemble des DRASS pour être complété par les CTRI pour le 22 juin 2007.

#### C) En matière de capacités présentes au niveau des points d'entrée potentiels

Le groupe de travail chargé de la réflexion sur les capacités requises aux points d'entrée (annexe IB), avait pour objectif de dresser l'état des lieux de l'organisation des missions du RSI aux points d'entrée du territoire potentiels : contrôle sanitaire aux frontières (CSF) en routine, missions en cas d'alerte sanitaire afin d'identifier les capacités à développer pour répondre aux exigences du nouveau RSI (annexe I B du RSI).

Dans un premier temps, les DDASS ayant un point d'entrée sur le territoire ont été interrogées sur les différentes organisations existantes. Des agents des services

déconcentrés, travaillant sur des missions de contrôle sanitaire aux frontières (CSF) ou ayant une expérience en la matière, ont été sollicités pour faire des présentations des actions conduites et des difficultés rencontrées, sources de propositions d'amélioration et de discussions.

### **2.1.3 Participation aux réunions concernant le RSI**

Médecin contractuel à la DGS, j'ai pu suivre deux réunions préparatoires sur le RSI entre les différents partenaires européens au Luxembourg en 2003 et 2004. Le champ d'action de ce règlement n'était pas encore fixé et il est apparu que certains partenaires voulaient y insérer une liste déterminée de pathologies.

Travaillant ensuite au sein du département des urgences sanitaires, j'ai assuré le suivi du groupe de travail au sein du COPIL sur la surveillance et l'action. J'ai participé à la saisie et l'analyse des questionnaires envoyés aux CTRI pour l'ensemble des services déconcentrés.

Une fois devenue MISP stagiaire à la DDASS du Val de Marne, j'ai choisi comme mémoire de fin d'études la mise en place du RSI au niveau de l'aéroport d'Orly. Ce choix me permet donc de suivre ce règlement de sa mise en chantier jusqu'à sa mise en œuvre opérationnelle. Au sein de la DDASS, j'ai assisté dès que je le pouvais aux réunions ayant trait à cet aéroport. J'ai également participé en qualité de représentante de la DDASS du Val-de-Marne au groupe de travail sur les aéroports et au COPIL du 16 juin dernier.

### **2.1.4 Entretiens avec différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre du RSI**

Afin de compléter au mieux mes connaissances dans le domaine et pour pouvoir émettre des recommandations cohérentes et pertinentes, j'ai rencontré plus d'une quinzaine d'acteurs concernés et les ai interrogés à partir d'une grille d'entretien (annexe 2). J'ai pu analyser leurs réponses et différentes suggestions afin de nourrir ma réflexion et me suis aperçue de leur cohérence et homogénéité. Le recours à des outils réglementaires est apparu nécessaire pour mettre en place certaines capacités jusqu'alors inexistantes.

La rencontre avec le bureau de l'OMS m'a permis de m'apercevoir que le niveau de préparation des autres Etats membres était à peu près identique à celui de notre pays, voire moins avancé. Le projet de cahier des charges que devrait remplir un point d'entrée international m'a permis de compléter le premier état des lieux de l'aéroport d'Orly effectué en 2007 par le groupe de travail du COPIL en charge du sujet. Le bureau de Lyon a pu, par mes remarques, tester la faisabilité de leur outil qui n'avait pas encore été utilisé au niveau d'une plateforme aéroportuaire.

## 2.2 Bilan des capacités existantes au niveau national

### 2.2.1 En matière de surveillance et d'actions

L'Administration Sanitaire et Sociale, chargée des politiques de santé, de l'organisation des soins, de la gestion de la réponse aux alertes et aux grandes menaces sanitaires, et l'Institut de Veille Sanitaire, chargé de la veille, de l'évaluation des risques et de l'alerte en santé humaine, sont au cœur du dispositif. Cependant, il existe en France une pluralité d'administrations ou d'agences participant dans leurs champs de compétences respectifs à la sécurité sanitaire nationale.<sup>18</sup>

#### A) Pour les différents intervenants interministériels

Chaque institution présente un système bien rodé de surveillance et de gestion des alertes qui peuvent avoir un impact sanitaire. Les échelons territoriaux en charge de la gestion peuvent différer selon les institutions présentes. La remontée des informations se fait essentiellement au niveau départemental, avec validation des signaux et qualification en alerte

Le Préfet du département qui active si nécessaire un Centre opérationnel départemental (COD), est le point de convergence et de coordination de l'ensemble des informations sur les événements sanitaires et les premières mesures de gestion. Des échanges plus ou moins formels s'établissent entre les différents services à chaque échelon territorial. L'ensemble de ces organisations est qualifié de structure en tuyaux d'orgue.

Lorsque l'alerte évolue en crise et déborde les capacités de réponse locale, ou intéresse plusieurs départements ou régions, la coordination de la gestion avec mobilisation des moyens se fait ensuite au niveau du préfet de zone de défense.

L'administration centrale intervient en soutien local, pour fournir des recommandations de gestion, en coordination de différentes institutions nationales, ou pour une harmonisation de la communication nationale, parfois pour décider de mesures restrictives graves, ou mobiliser des moyens supplémentaires.

Les échanges entre les services et entre les institutions fonctionnent, mais demandent à être formalisés, voire protocolisés pour une mise en œuvre de mesures et de réponses adaptées selon le RSI avec le minimum d'entrave au trafic international et de restriction des libertés.

---

<sup>18</sup> *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France. Girard JF. et al Paris ; Ministère de la santé et des solidarités ;2006 ;100 pages. Documentation française*

## B) Pour les différents échelons territoriaux du ministère en charge de la santé

L'organisation de l'alerte sanitaire est régie la loi de 1998 et la loi du 9 août 2004 qui définit un système d'alerte à deux niveaux : un niveau périphérique représenté par les services de l'Etat dans les départements, un niveau central géré par l'InVS.

Cette dernière loi instaure dans le cadre de la réalisation des plans régionaux de santé publique, un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire afin d'améliorer le signalement et le traitement des alertes sanitaires en précisant la place et le rôle des divers intervenants ainsi que les partenariats existants ou à développer.<sup>19</sup>

Pour rendre optimale la veille sanitaire au niveau départemental, l'InVS a proposé<sup>20</sup>, une organisation de type cellule de veille et d'alerte sanitaire et des principes de fonctionnement. La cellule de veille sanitaire est chargée de recevoir les signaux sanitaires de correspondants sur le terrain, de procéder à leur vérification, de réaliser les investigations nécessaires, d'évaluer leur impact. Elle recommande ensuite les mesures de gestion appropriées. Eventuellement, elle transmet les informations vérifiées aux partenaires concernés (internes ou externes), pour gestion ou aide à l'évaluation.

Selon la nature de l'alerte, la gestion est locale, avec ou sans transmission au Préfet. La CIRE, l'InVS et la DGS seront informés, soit en raison du caractère réglementé du signalement, ou du caractère particulier de l'alerte, pour évaluation, information ou aide à la gestion.

Au niveau Régional et interrégional sur le territoire national, les seize Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) interviennent en appui méthodologique aux départements pour l'analyse et l'investigation des signaux ou l'évaluation quantitative des risques sanitaires, et exercent des activités de surveillance (surveillance non spécifique, surveillance CO, surveillance de pathologies spécifiques). L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) s'assure, en lien avec la DDASS, la DRASS et la CIRE, de la mise en place d'un système de veille et d'alerte en coordination avec l'InVS, pour les événements qui émanent des établissements de santé ou de l'organisation des soins.

En situation d'urgence et/ou de crise, le niveau régional (DRASS, ARH et CIRE) peut-être amené à s'organiser sous forme d'une cellule d'appui aux DDASS, de mutualisation des moyens, d'expertise et de rétro-information. L'activité de cette cellule sera modulée en

---

<sup>19</sup> (article L3110-6 du CSP ).

<sup>20</sup> : *L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation. Rapport d'un groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire. Mai 2005* : <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/index.html>. Dernière consultation le 10 octobre 2007

fonction de la nature, de l'ampleur et de la gravité de la crise : appui technique ou humain, expertise, coordination de l'offre de soins et interface avec le dispositif de gestion de crise instauré au niveau zonal dans les crises nationales de grande ampleur impliquant plusieurs régions.

Au niveau National, l'InVS reçoit des signaux provenant d'une base territoriale plus large que celui des DDASS et des CIRE incluant notamment les agences nationales, les centres nationaux de référence (CNR), les réseaux de surveillance basés sur de nombreux professionnels de santé (cliniciens et microbiologistes). L'InVS reçoit également des signaux internationaux des instituts de santé publique européens (l'ECDC) notamment et en provenance de la veille internationale qu'il assure. L'InVS les évalue et diffuse ensuite les informations via le bulletin quotidien des alertes (BQA), adressé aux autorités sanitaires et partenaires de l'alerte, aux réseaux européens et internationaux. Il émet des recommandations de mesures appropriées pour prévenir ou atténuer l'impact des menaces, contribuant ainsi à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

A la DGS, le département des urgences sanitaires assure le pilotage opérationnel ou la coordination de la réponse aux situations d'urgence ou de crise sanitaires lorsque celles-ci dépassent les possibilités de gestion locale, assure l'interface avec les autres structures de gestion de crises ministérielles et organise la réponse ministérielle pour prévenir ou réduire les conséquences sanitaires et sociales des situations d'urgence ou de crise.

### C) En matière de capacités présentes au niveau des points d'entrée potentiels

Il est constaté de manière globale qu'aucun point d'entrée international potentiel (aérien, maritime ou terrestre) du territoire ne répond actuellement à tous les items de l'annexe 1B .

De nombreuses disparités existent entre les points d'entrée ; les acteurs concernés, publics et privés, sont multiples et enfin les sites concernés sont complexes (zones à accès réservé, etc.).

Les difficultés identifiées sont essentiellement liées à l'existence de très nombreux points d'entrée internationaux en métropole. On déplore parfois l'absence de missions de contrôle sanitaire (personnels insuffisants, ou non formés, problème d'habilitation, etc.) ; la disparité des protocoles d'intervention des services, l'absence de locaux spécifiques pour la prise en charge des passagers, des animaux et la mise en quarantaine, la



problématique de la gestion des documents sanitaires, l'absence de définition des sanctions possibles.<sup>21</sup>

## **2.3 Bilan des capacités existantes au niveau du département du Val-de-Marne**

### **2.3.1 Analyse locale du questionnaire au CTRI de l'Île-de-France**

Les réponses au questionnaire envoyé au CTRI, ont été réceptionnées par le DUS durant l'été 2007, les données y ont été saisies sur un tableau Excel. Le représentant de la CIRE Rhône-Alpes, membre du groupe de travail en a assuré l'analyse sur le logiciel EPI-INFO. Les résultats ont été présentés lors du comité de pilotage national du 27 novembre 2007.<sup>22</sup>

#### **A) Le dispositif de surveillance de la DDASS 94**

La DDASS bénéficie d'un point d'entrée unique des signalements sanitaires et d'un lieu de convergence de ces signalements avec permanence de la réception des appels et des messages électroniques, sans qu'il y ait pour autant un numéro de téléphone dédié ni l'utilisation d'une messagerie électronique dédiée aux alertes.

La fonction de veille et d'alerte est réalisée au sein d'une cellule qui est composée de 3, 5 ETP : 1,25 temps de médecin inspecteur de santé publique (MISP), 0,80 d'infirmière de santé publique (IDESP), 0,1 d'ingénieur d'études sanitaires (IES), 0,5 de technicien sanitaire et de secrétaire. Il est à noter que ces chiffres peuvent considérablement varier en fonction du nombre des professionnels présents dans la DDASS. Le nombre des MISP est passé dans les quatre dernières années de 6 à 1 pour être actuellement de 4. Le temps MISP consacré à la veille est donc éminemment variable.

Cette cellule dispose d'accès à différentes sources de données départementales, notamment celles du SAMU via le serveur de l'ARH, celles de la fréquentation des urgences, celles des décès ainsi qu'au système d'information du ministère de l'intérieur SYNERGI.

Le partage de l'information de la cellule vers les autres services de la DDASS se fait au cas par cas. Un protocole de définition des signaux environnementaux à impact sanitaire est utilisé pour déterminer les signaux réceptionnés par le service santé environnement devant être transmis à la cellule de veille.

---

<sup>21</sup> réunion du 27 juin 2007

<sup>22</sup> Compte-rendu de la réunion du comité de pilotage du 27 novembre 2007

La CIRE n'est informée pas informée systématiquement, seulement lorsque leur expertise est jugée nécessaire.

La communication vers le préfet se fait avec l'accord hiérarchique du DDASS et il n'existe pas de protocole de communication avec les autres services départementaux excepté pour la gestion de toxi-infections alimentaires collectives avec la DDSV. Un téléphone satellite permet la communication en mode dégradé.

Une valise d'astreinte avec des fiches réflexes permet de mettre en place les mesures de gestion des alertes. Il n'existe pas de grille permettant la qualification d'un signal d'urgence sanitaire, cependant les niveaux de gestion des alertes sont connus et leur transmission se fait alors systématiquement vers le niveau central. En cas d'alerte, la cellule de veille peut être renforcée par des agents de la DDASS.

La validation des signaux peut bénéficier de l'expertise de la CIRE qui dispose d'une messagerie d'alerte. La coordination DRASS, ARH et CIRE ainsi que la cellule d'appui régionale sont des dispositifs prévus dans le plan canicule. Cependant, la cellule d'appui ne dispose pas de personnel dédié et ne pourrait être mobilisée en dehors des heures ouvrées qu'en nombre restreint. Elle ne dispose d'ailleurs pas de protocole d'organisation pour des montées en charge lors d'alertes sanitaires.

La validation de ces réponses s'est faite lors de mon stage. En 2008, la cellule de veille sanitaire a vu ses effectifs augmentés par l'arrivée d'une infirmière qui consacre 80% de son temps à cette activité. En revanche, le temps de MISP s'est réduit car seuls 4 postes sur 6 étaient pourvus.

## B) Une comparaison avec le reste de la métropole

A partir des réponses de 78 DDASS métropolitaines issues de 18 régions, soit un taux de réponse de 82%, on peut constater qu'en juin 2007, 19 DDASS sur 78 (24%) déclarent ne pas avoir de cellule de veille sanitaire, ni d'organisation analogue.

Parmi les 59 DDASS bénéficiant d'une cellule de veille et d'alerte, les signaux n'arrivent dans un seul point d'entrée que dans 29% des cas (17/59). Lorsque ce point d'entrée unique n'existe pas, 14 DDASS sur 41<sup>23</sup> (34%) n'ont pas non plus de point de convergence des signaux. Le partage systématique des signaux entre services se fait dans 38 DDASS sur 59 (64%).

Seules 14 des 74 DDASS (19 %) disposent d'un numéro de téléphone dédié. Si la permanence des appels téléphoniques et de la messagerie est tout à fait satisfaisante pour 73 des 75 DDASS, elle reste un point faible pour 97% des 75 d'entre elles notamment à l'heure du déjeuner. De même, la permanence téléphonique en dehors des

---

<sup>23</sup> La variation des effectifs correspond à des données manquantes.

jours ouvrés est systématiquement assurée permettant ainsi la mise en œuvre de mesures de gestion, mais cela n'est pas le cas pour la messagerie électronique.

Certaines cellules de veille sanitaire (11/59) ne disposent pas de personnel dédié. La médiane du personnel dédié lorsqu'il existe est de 1 ETP, avec une médiane de 0,4 ETP MISP, 0,5 IDSP et 0,4 Temps ingénieur.

76 des 78 DDASS répondantes (97%) disposent de procédures standardisées des alertes, en revanche seules 20 d'entre elles bénéficient d'une grille d'aide à la décision.

Les CIRE assurent une fonction d'appui aux DDASS sauf dans une région. Enfin 8 régions sur 18 ne disposent pas d'une organisation de type cellule d'appui régionale aux DDASS. Lorsque celle-ci est disponible, elle assure la coordination de l'expertise, celle des structures régionales, et la synthèse des données départementales.

Cette enquête est une enquête déclarative à un temps donné avec toutes les limites que l'on connaît. Le caractère binaire de certaines questions a parfois induit des difficultés de compréhension, notamment en matière d'organisation de la cellule de veille sanitaire. On peut constater une grande diversité des moyens et des organisations tant au niveau départemental qu'au niveau régional. L'idéal qui voudrait qu'il existe un MISP et un ingénieur ou au minimum chacun d'eux à mi-temps appuyé d'une infirmière ou d'un technicien sanitaire, selon le rapport de l'InVS<sup>24</sup> est bien loin d'être atteint dans les structures départementales comme régionales. La réception des signaux et leur convergence au sein des structures sont loin d'être assurées. La permanence de leur réception pendant les heures de déjeuner doit être renforcée. Si des procédures de gestion des alertes sanitaires sont disponibles, la diffusion d'une grille d'aide à la décision pour qualifier un signal d'urgence sanitaire, devrait être faite par l'InVS ou le point focal national dans le cadre de la formation aux nouvelles exigences du RSI (2005).

La comparaison de ces données nationales à celle du Val-de-Marne, montre que la DDASS 94 dispose d'une cellule de veille sanitaire bien pourvue en personnel cependant la mobilité importante des MISP qui y ont travaillé durant les 4 dernières années est certainement un obstacle à sa pérennité et à la mise en place de réseaux permettant des remontées précoces de signaux. Il est à souligner que son organisation repose sur des circuits de transmission de l'information entre services bien identifiés, ainsi que d'une bonne connaissance des procédures et des niveaux de gestion. Le renforcement par la cellule d'appui régional risque d'être pénalisé par l'absence de personnes qui lui sont dédiées et le problème de leur mobilisation en dehors des heures ouvrées.

La structure en place en matière de veille et d'alerte, permettrait donc d'envisager de répondre aux besoins de routine d'un point d'entrée internationale. Le renforcement des

---

<sup>24</sup> *L'alerte sanitaire en France. OP. cit*

structures lors de suspicion d'USPPI devrait faire l'objet de protocoles spécifiques inter-services.

### **2.3.2 La gestion des crises dans le département**

La rédaction et la mise à jour des plans de secours sont coordonnées par la préfecture du département et/ou le préfet de zone et doivent faire l'objet d'exercices réguliers.

Ces plans décrivent l'organisation à adopter en cas de crise : déclenchement du plan, principaux acteurs et décideurs, dispositif opérationnel, fiches réflexes. La plupart des phénomènes naturels ou d'origine bioterroriste peuvent avoir des impacts sur l'aéroport ou se déclencher à partir d'un événement d'origine aéroportuaire (passager malade, accident aérien, terrorisme,...). L'ensemble des plans doivent pouvoir se décliner dans ou à partir de l'aéroport (plan ORSEC, plan rouge, vigipirate, NRBC...).

Par exemple, le plan blanc élargi qui décrit l'organisation des structures sanitaires en cas d'afflux de victimes quelle qu'en soit l'origine a identifié un accident aérien comme risque potentiel et la carte des zones survolées par les avions à partir d'Orly y figurent.

### **2.3.3 Orly point d'entrée désigné ?**

A) Les différents services de l'Etat intervenant au niveau de l'aéroport d'Orly en routine

#### *Le service des douanes*

La douane exerce trois missions principales :

- une mission fiscale,
- une mission économique en contrôlant les flux commerciaux avec 3 objectifs : la fluidité, la sécurité, la qualité.
- une mission de protection de la sécurité et de la santé publique.

Les agents des services des douanes peuvent être habilités en cas de besoin par le préfet pour remplir des missions relatives au contrôle sanitaire aux frontières en application du code de la santé publique. Il s'agit à ce jour de contrôles documentaires pour l'essentiel et parfois aussi de délivrance ou collecte de documents sanitaires comme la récupération de fiches de traçabilité en cas d'alerte épidémique à bord d'un avion. Environ une fois par mois, les techniciens de la DDASS effectuent en présence des douaniers seuls habilités à contrôler les bagages des passagers, une inspection sanitaire des bagages des passagers débarquant à Orly. Les denrées alimentaires de type viande, poissons ou laitage sont saisis et détruits.

#### *La police aux frontières (PAF)*

En France, la police aux frontières est chargée de contrôler et de faire respecter la législation en matière d'immigration. Ses principales missions sont les suivantes :

- la lutte contre l'immigration irrégulière,
- les contrôles transfrontaliers,
- la sécurité générale des ports et aéroports.

Elle dispose pour ce faire d'un important maillage territorial et de coopérations européennes transfrontalières.

#### *La Gendarmerie des transports aériens (GTA)*

Implantée sur les grands aéroports de métropole et d'outre-mer, elle exerce principalement son activité sur les zones réservées (zones interdites au public) où elle assure la sûreté du transport aérien. Il s'agit :

- d'assurer l'intégrité des aéronefs, des équipages, des passagers comme du fret ;
- d'assurer la protection des installations aéronautiques servant à la navigation aérienne et à la bonne exécution des opérations de l'aviation civile ;
- de s'opposer à tout acte illicite tel que la prise d'otage ou le détournement d'aéronef par des individus armés.

Elle exerce sur tout le territoire national un rôle de police aéronautique conformément au code de l'aviation civile. Lors d'événements particuliers, l'entrée en zone réservée et le guidage sur piste sont réalisés sous le contrôle de la GTA qui peut être amenée à mettre des dispositifs de sécurité autour des aéronefs.

#### *Le Poste d'inspection frontalier (PIF) – Services vétérinaires*

Le marché unique a déplacé les frontières sanitaires aux limites de la Communauté et instauré des points de contrôle obligatoires à l'entrée sur le territoire agréés par la Commission et placés sous la responsabilité d'un vétérinaire officiel. Leurs missions comprennent :

- l'information réglementaire et pratique des importateurs et des transitaires sur les conditions sanitaires d'introduction sur le territoire communautaire, d'animaux et de denrées animales ou (d'origine animale) en provenance de pays tiers.
- le contrôle sanitaire vétérinaire à l'importation, des animaux vivants et des denrées animales ou (d'origine animale) en provenance directe des pays tiers, au premier point d'entrée sur le territoire de la CEE.

A Orly, il est situé en zone de fret où il dispose des équipements nécessaires à l'inspection sanitaire des lots, mais ne dispose pas de lieux pour garder les animaux vivants.

## B) Le contrôle sanitaire aux frontières à Orly

Le décret du 23 juin 1989 détermine l'organisation et le fonctionnement du Contrôle Sanitaire aux Frontières en Ile-de-France. Son article premier précise que le service du Contrôle Sanitaire aux Frontières situé sur l'aéroport d'Orly est placé sous la responsabilité du préfet du département du Val-de-Marne.

Ce contrôle s'articule autour de 5 missions principales :

- la surveillance épidémiologique des passagers,
- le contrôle sanitaire des aéronefs,
- le maintien et le contrôle des sites aéroportuaires en matière d'hygiène,
- l'information et l'éducation des passagers, des équipages et du personnel de l'aéroport d'Orly
- la gestion des situations d'alerte.

Dans le cadre des missions de CSF<sup>25</sup>, un protocole inter-services a été élaboré pour l'aéroport d'Orly, signé dans une première version le 14 avril 2003 et dans sa deuxième version le 16 mars 2004. Ce protocole d'accord a pour objet de préciser les différentes compétences et champs d'intervention des agents de la DDASS, de la Direction Régionale des Douanes, du Service Médical d'Urgence (SMU) de l'aéroport, du Service d'aide médicale urgente (SAMU) 94, de la police aux frontières (PAF) et de la gendarmerie des transports aériens (GTA), ainsi que les procédures à appliquer pour l'exercice des missions du contrôle sanitaire aux frontières en cas d'alerte épidémiologique.

Pour un souci de cohérence entre les aéroports de Paris, celui-ci est fondé sur la base d'un protocole d'accord signé le 23 novembre 2001 en Seine Saint-Denis pour l'aéroport Paris-Charles de Gaulle à Roissy.

## C) L'évaluation des capacités existantes au regard du RSI

Le projet de cahier des charges qui serait utilisé pour évaluer les capacités des points d'entrée désignés reprend point par point les exigences décrites dans l'annexe I B et décrit les missions d'inspections s'y référant.

En résumé, on peut constater qu'en routine :

- Sur le plan des capacités médicales, ADP assure cette mission. Le personnel qui compose le service médical d'urgence (SMU) ainsi que le matériel mis à disposition, répondent aux capacités requises. Cependant aucune inspection par

---

<sup>25</sup> *Contrôle sanitaire aux frontières de l'aéroport d'Orly Val de Marne (version 2 : 22 mars 2004)*

les services de la DDASS, n'a été menée du fait du caractère privé de cette structure. Cela aurait pu être le cas si ce service médical dépendait d'un établissement de santé.

- Sur le plan de l'inspection des avions, celles-ci ne sont actuellement pas réalisées par des agents de la DDASS, mais réalisées par autocontrôle du transporteur.
- Sur le plan de l'hygiène des services utilisés, celle-ci est vérifiée pour les structures qui dépendent d'ADP dans le cadre de ses autocontrôles. La DDASS se consacre au contrôle de l'hygiène des services de restauration privée, mais ses contrôles devraient être plus nombreux notamment en période de forte affluence. Les fournisseurs des repas servis à bord, sont inspectés par les services vétérinaires au niveau de la production mais pas au niveau des transporteurs. Un important plan de contrôle de la qualité des eaux de la plateforme est faite par collaboration entre ADP et la DDASS. Ce plan devrait être étendu aux sociétés assurant l'avitaillement et le transport aérien. En effet, le contrôle est assuré jusqu'aux girafes lieu d'approvisionnement des camions-citernes. La DDASS n'assure pas pour l'instant, l'inspection de l'élimination des déchets.
- Sur le plan de la désinsectisation, les contrôles sont assurés par les agents du contrôle sanitaire aux frontières au niveau des aéronefs. En 2007 le contrôle de la désinsectisation a été faite pour près de 400 avions. Compte tenu de la situation géographique, le haut conseil en santé publique, section des maladies transmissibles, a déclaré la désinsectisation autour de l'aéroport d'Orly inutile dans le cadre du plan de lutte contre le chikungunya et la dengue.

En période d'urgence en santé publique :

- Un protocole interservice mentionné plus haut a été signé mais il demande à être réactualisé. Un groupe de travail interministériel<sup>26</sup> propose un modèle qui devra être adapté aux caractéristiques de chaque aéroport. La gestion du SRAS, a permis d'appréhender la gestion d'une crise par la collaboration entre les agents de l'Etat et le personnel technique du gestionnaire de la plateforme et des transporteurs.
- La prise en charge des voyageurs est assurée dans le cadre du plan particulier d'intervention du service médical, me confirment les responsables du SMU de Roissy et d'Orly, tout nouveau plan doit y être intégré. Aucune disposition n'est prévue pour la prise en charge des animaux. Seul un local existe au niveau de Roissy mais se pose le problème du transport de ces animaux entre Orly et Roissy.
- Des tentes gardées et transportées par le SMU sont susceptibles d'être utilisées sur le tarmac pour assurer la prise en charge des passagers contacts. Pour l'instant, un dispositif législatif est nécessaire pour assurer la mise en quarantaine de certains passagers. Celle-ci pourrait bénéficier de la capacité des hôtels aux alentours.
- Une seule société privée en France est utilisée pour assurer la désinfection et décontamination des avions<sup>27</sup>. Une situation d'urgence pourrait dépasser les capacités techniques et humaines de cette société. La prise en charge des bagages et autres s'avérera plus problématique et devra être envisagée dans le cadre d'un futur plan. Une réflexion avait été menée pour celle des colis postaux au moment du problème de la circulation de spore de charbon après les événements de septembre 2001.
- Le contrôle des passagers est uniquement assuré par la PAF. Pour certaines destinations, le transporteur assure, au moment de la remise de la carte d'embarquement, le contrôle du carnet de vaccinations.
- La mise à disposition d'équipements de protection individuelle pour le personnel intervenant, a été prévue dans le cadre du plan contre la grippe aviaire. Des sets de protection individuelle pour le personnel navigant peuvent être disposés dans les deux heures, à bord des avions d'Air France, car ils sont déjà positionnés au

---

<sup>26</sup> *Groupe de travail sur les aéroports du 17 avril 2008*

<sup>27</sup> *Guide de salubrité et d'hygiène dans les avions OMS 1987 (en cours de réactualisation)*



niveau des escales. De plus, on trouve des masques chirurgicaux et des gants non stériles dans les kits de premier secours présents sur leurs aéronefs. Les informations concernant les autres transporteurs notamment étrangers ne sont pas disponibles.

### 3 LA MISE EN CONFORMITE AUX EXIGENCES DU RSI

#### 3.1 Désignation du point focal national

##### A) Définition

Dans le RSI (2005)<sup>28</sup>, la définition du point focal national « s'entend du centre national désigné par chaque Etat partie qui doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS aux fins du présent règlement ».

En conséquence, le point focal est le lieu permanent (7 jours sur 7 et 24 heures sur 24) de l'échange d'informations entre les autorités sanitaires qui le désignent et l'OMS.

Ce point focal doit être en mesure de communiquer rapidement avec les différentes instances nationales concernées et avec l'OMS. De plus, les Etats membres doivent adapter leurs systèmes de surveillance nationaux afin que le point focal soit en mesure de transmettre sous 24 heures à l'OMS les informations sur la survenue d'événements de portée internationale, portée évaluée en fonction d'un algorithme de décision qui est annexée au RSI.

Compte tenu du champ large du RSI, le point focal national en France doit être le point de convergence des alertes sanitaires, et être également en mesure de communiquer rapidement aussi bien avec les différentes agences de sécurité sanitaire ayant des fonctions de surveillance ou d'expertise (notifications des alertes), qu'avec les ministères chargés de la réponse (informations sur les mesures prises à l'échelle nationale et recommandations ou demandes d'informations provenant de l'OMS), qu'avec l'OMS.

##### B) Le Point Focal National (PFN)

Le 24 avril 2006 dans sa résolution A59-4, l'OMS a adopté une résolution appelant à l'application anticipée volontaire de certaines dispositions du RSI liées à la grippe pandémique<sup>29</sup>. Le 26 août 2006, le Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), dispositif centralisé de réception et de gestion des alertes par le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative situé au niveau du département des urgences sanitaires<sup>30</sup> de la DGS est

---

<sup>28</sup> RSI 2005. Op.cit

<sup>29</sup> WHA59.2 : Application du règlement sanitaire international (26 mai 2006)  
<http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html> . Dernière consultation le 15 juin 2007

<sup>30</sup> Décret n°2007-840 du 11 mai 2007 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère chargé de la Santé et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)

désigné comme point focal national en France. Le CORRUS est en lien étroit avec le Centre opérationnel de gestion interministérielle de crise (COGIC). Destinataire d'alertes sanitaires européennes ou internationales, le CORRUS reçoit également des alertes provenant de différentes directions d'administrations centrales : Directions générales de l'agriculture (DGAL) ou de la répression des fraudes, Direction de la défense et de la sécurité civile (DDSC), etc., d'agences de sécurité sanitaire : notamment l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou l'Agence de sûreté nucléaire (ASN), et majoritairement d'alertes émises par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Cet institut a été conforté par la Loi de santé publique du 9 août 2004 dans son rôle de « vigie » et d'alerte du Ministère chargé de la santé sur tout événement ayant ou susceptible d'avoir un impact sanitaire d'ampleur importante.

Le point focal national est dans un circuit simplifié le récepteur d'alertes internationales provenant de l'OMS à l'attention de laquelle il peut émettre des alertes. Il est également l'interlocuteur des services déconcentrés sur l'ensemble du territoire et des collectivités territoriales d'Outre-mer. Du fait de la présence française dans les 4 régions de l'OMS, des contacts seront également établis par les services de l'Etat, qui agiraient en tant que point focaux associés, avec les différents bureaux régionaux de l'OMS, du fait de leur proximité géographique.

### **3.2 Choix des points d'entrée internationaux**

En France métropolitaine et ultra marine, les points d'entrée répondant à la définition du RSI<sup>31</sup> sont nombreux, au niveau terrestre, maritime, ferroviaire et aéroportuaire. La problématique des points d'entrée est particulièrement complexe dans le domaine aérien car tous les aéroports peuvent être concernés par le trafic international selon l'arrêté du 20 avril 1998 portant ouverture des aérodromes au trafic aérien international.

Les critères de désignation pourraient être : l'importance du flux international, la présence de personnels de la DDASS, un contexte sanitaire particulier, et une répartition géographique homogène. Par conséquent, certains ports ou aéroports ne pourront échapper à la désignation comme points d'entrée car ils concentrent des flux internationaux majeurs avec généralement une présence établie de services de l'Etat ou en raison d'une position géographique « exposée » en particulier pour l'Outre-mer, où des points d'entrée sont nécessaires au niveau de chaque DOM<sup>32</sup>.

D'autres souhaiteront être point d'entrée pour des critères économiques, car cette désignation serait susceptible d'augmenter leurs flux internationaux. Pour l'heure, la

---

<sup>31</sup> RSI 2005. *Op.cit*

<sup>32</sup> *Mémoire A. Bonnin. Op. cit*

France n'a pas encore officiellement désigné ses points d'entrée. Une mission conjointe de l'inspection de l'action sociale, de l'inspection générale de l'administration de l'inspection générale des finances et du conseil général des ponts et chaussées et de l'alimentation devrait être mandatée afin de procéder une évaluation des capacités existantes aux points d'entrée, des modalités financières nécessaires à la mise à niveau et enfin proposer une liste de points d'entrée.<sup>33</sup>

Les aéroports Paris-Charles de Gaulle à Roissy et Paris-Orly sont les deux premiers aéroports français avec 86,4 millions de passagers en 2007 dont 79,9% de passagers internationaux, devant les aéroports de Nice-Côte d'Azur (10,4 millions de passagers), de Lyon –Saint Exupéry (7,3 millions de passagers) et de Marseille-Provence (6,9 millions de passagers)<sup>34</sup>. Roissy et Orly pourraient être les premiers points d'entrée aéroportuaires désignés sur le territoire métropolitain, comme le serait également chaque aéroport des DOM-TOM.

### **3.3 En matière de veille et d'alerte au niveau de la DDASS du 94**

Pour disposer d'un dispositif opérationnel réactif et adapté, allant de la détection d'un signal jusqu'aux actions spécifiques de santé publique à conduire en cas d'USPPI, le dispositif d'alerte du RSI doit s'inscrire dans le circuit existant des alertes sanitaires.

#### **3.3.1 Incertitudes actuelles**

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) en 2010 qui s'inscrit dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), vise à supprimer le cloisonnement entre l'hôpital, les soins de veille et le médico-social. Cette réforme a pour objectif de continuer à garantir la qualité des soins prodigués sur l'ensemble des territoires dans le contexte d'une population vieillissante.

Les ARS mettront fin à l'éparpillement des structures territoriales de l'Etat, pôle santé et médico-social des DDASS et DRASS, les agences régionales d'hospitalisation, les unions régionales des caisses d'assurance maladie, les missions régionales de santé, les groupements régionaux de santé publique et une partie des services régionaux des trois régimes d'assurance maladie. Cette réforme a également pour objectif d'améliorer l'efficacité du système de santé afin d'assurer sa viabilité financière.<sup>3536</sup>

---

<sup>33</sup> *Compte rendu de la réunion du comité de pilotage du 16 juin 2008.*

<sup>34</sup> *Rapport ADP 2007. Op.cit*

<sup>35</sup> *Rapport sur la création des agences régionales de santé. P. Ritter Janvier 2008.*

L'ARS aura des missions assez étendues selon le dernier conseil de modernisation<sup>37</sup>:

- l'offre de soins
- la mise en place des politiques de santé publique,
- les missions de sécurité sanitaire
- Les missions de santé environnement.

Ces deux dernières missions devront s'articuler avec le rôle du préfet de département responsable de la gestion des crises notamment sanitaires mais aussi responsable du CSF au niveau de l'aéroport d'Orly. La mise en place de cette vaste réforme s'accompagnera nécessairement d'une période d'incertitudes pour l'ensemble des corps techniques affectés à ces tâches.

### **3.3.2 Des missions nouvelles à effectif constant.**

La RGPP, vaste démarche de modernisation, poursuit trois objectifs :

- l'amélioration de la qualité des services,
- le retour à l'équilibre des finances publiques d'ici 2010 à 2012
- la valorisation du travail des fonctionnaires.

La réduction du déficit ne s'obtiendra que par une meilleure maîtrise des dépenses et par une diminution des effectifs de la fonction publique. Le contexte n'est donc absolument pas favorable à une demande d'augmentation des effectifs pour assurer les obligations du nouveau RSI. Une telle demande au niveau national initiée par le Direction générale de la santé avait été refusée au deuxième semestre 2007.

Au niveau de la DDASS 94, l'impact du RSI « en routine » nécessiterait deux jours de présence de techniciens sanitaires sur l'aéroport au lieu d'un jour actuellement, pour les missions d'inspection. Les missions de planification, de formation et d'information exigeraient également un temps de présence renforcé. Au total, un Ingénieur d'études sanitaires et un technicien sanitaire supplémentaires seraient nécessaires selon le

---

*[http : //www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS\\_\\_Rapport\\_Ritter\\_2.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS__Rapport_Ritter_2.pdf), Dernière consultation 26 mai 2008*

<sup>36</sup> *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé. Y Bur 6 Février 2008. [http : //www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/10697pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/10697pdf). Dernière consultation 26 mai 2008*

<sup>37</sup> *Révision générale des politiques publiques*

*Dossier du 3ème conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin 2008.*

*[http : //www.rgpp.modernisation.gouv.fr/uploads/media/pdf\\_compp3\\_complet5.pdf](http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/uploads/media/pdf_compp3_complet5.pdf), dernière consultation le 2 juillet 2008*

département santé-environnement, pour une application du RSI en dehors des périodes de crise.

En l'absence de renfort supplémentaire, il faut envisager l'opportunité de maintenir certaines tâches des agents du service, jugées moins prioritaires par rapport à d'autres.

La régionalisation des agents en charge du CSF habilités, qui interviendraient sur l'aéroport de Roissy et d'Orly, pourrait permettre ainsi une optimisation des moyens humains. Cependant, la complexité des plateformes aéroportuaires nécessiterait un temps d'apprentissage des agents amenés à intervenir à Roissy et à Orly.

### **3.3.3 La place du médecin inspecteur de santé publique**

Cette réflexion entre pleinement dans le champ de compétence du médecin inspecteur de santé publique (MISP). En effet celui-ci est la cheville ouvrière de la cellule de veille sanitaire même si peu de départements disposent d'un MISP consacrant l'ensemble de son temps à cette activité. En étroite collaboration avec le service santé-environnement destinataire des alertes d'origine environnementale et plus spécifiquement chargé du contrôle sanitaire aux frontières, le médecin inspecteur contribue ainsi à assurer le contrôle et la garantie de la sécurité sanitaire (art L3 116-3 du CSP). La circulaire du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique le réaffirme.

## **3.4 En matière de capacités permanentes ou temporaires de l'aéroport d'Orly**

Les entrevues menées avec différents représentants de la DDASS, des services de la douane, d'ADP, d'Air France permettent de constater que l'aéroport d'Orly présentait avant même l'application du nouveau RSI la plupart des capacités requises qui doivent cependant parfois être renforcées, ou créés *de novo*.

### **3.4.1 L'organisation pratique**

Une des exigences (annexe 1 A) du RSI demande à ce que les signaux susceptibles de se transformer en USPPPI soient rapidement transmis au premier niveau de surveillance de l'Etat. En France, il est représenté par la cellule de veille et d'alerte de la DDASS, qui confirme et assure la mise en place des premières mesures de gestion. Le protocole signé à Orly précise que cela doit être fait en premier lieu par les professionnels de santé informés.

Ceci n'est pas toujours le cas comme le prouve la survenue d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) le 29 février dernier, à bord d'un avion revenant de Fort de France. 30 passagers ont été contaminés pendant le vol sur les 301 exposés. Des fiches de traçabilité ont été distribuées aux passagers malades (30 sur 301 passagers) puis

récupérées une fois remplies par les douanes. Ils ont également récupéré un échantillon des aliments et les ont confiés aux services vétérinaires pour analyse. Trois passagers en raison d'une persistance de leur symptomatologie ont consulté le service médical d'urgence (SMU) de l'aéroport déjà prévenu de la survenue de cette TIAC. La cellule de veille sanitaire de la DDASS a été prévenue secondairement par les services vétérinaires. Elle a donc demandé la notification de déclaration obligatoire de TIAC auprès du SMU mais n'a pu récupérer la déclaration générale de vol sur laquelle aurait dû être mentionnée la TIAC. La mise dans le circuit d'information tardive de la DDASS ne l'a pas empêché de mener son enquête, de diligenter une inspection via le MISP de Martinique auprès du fournisseur de repas.

Cet exemple pratique, démontre la nécessité de disposer d'un animateur de réseau en la personne d'un MISP chargé de la veille sanitaire, celui-ci doit disposer d'un temps suffisant pour créer et faire vivre ce réseau. En outre, il est nécessaire devant le renouvellement et la multiplicité des partenaires du circuit de veille et d'alerte, de pouvoir régulièrement leur rappeler le circuit d'information face à une alerte épidémique.

### **3.4.2 Les moyens**

Les réponses au questionnaire élaboré par le bureau de Lyon de l'OMS et les entrevues effectuées, démontrent que l'ensemble des services de l'Etat ainsi qu'un service médical présent 24 h sur 24 sont bien présents sur la plateforme d'Orly. Ceci n'est pas toujours le cas sur les autres aéroports susceptibles de recevoir des vols internationaux.

A Orly, une coopération étroite est établie entre le service médical d'urgence de l'aéroport et le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) du 94, qui intervient pour toute urgence vitale, la brigade des sapeurs pompiers (BDSP) intervenant pour les prompts secours.

Une réunion à la DDASS du 94 menée avec le pôle qualité de l'exploitation d'ADP, confirme que la surveillance de l'hygiène des services fournis par l'exploitant de la plateforme est effectué. La qualité de l'eau est par ailleurs contrôlée par la DDASS. Le contrôle de l'hygiène de la restauration privée est à Orly du ressort de la DDASS et non des services vétérinaires. De fait ce contrôle est moins fréquent que le contrôle de la désinsectisation des aéronefs.

Les transporteurs rencontrés confirment que chaque prestataire amené à intervenir à bord d'un avion (nettoyage, fourniture des repas) effectue un autocontrôle avant le décollage. Un coordonnateur de vol vérifie ensuite tous les éléments techniques nécessaires au départ, les kits de secours et la trousse médicale en font partie. Lors des contrôles sanitaires auxquelles j'ai pu participer, j'ai constaté qu'une vérification par l'équipage était de nouveau effectuée.

Les moyens techniques et humains sont donc présents au niveau de l'aéroport d'Orly pour assurer une partie des obligations demandées par le RSI. Une collaboration encore plus étroite doit se faire entre les services de l'Etat et des partenaires privés. Un protocole de collaboration avec l'ensemble des acteurs du système, doit être formalisé pour une mise en place effective du RSI.

La montée en charge du dispositif doit être très soigneusement envisagée, son efficacité sera testée par la réalisation d'exercice.

### **3.4.3 La problématique de son service médical d'urgence.**

ADP est devenu une société anonyme par la loi n°2005-357 du 20 avril 2005 relative aux aéroports, qui modernise le cadre juridique de l'exploitation des grands aéroports français par un large recours à la privatisation, et plus spécifiquement par le décret n°2005-828 du 20 juillet 2005. Du fait de son statut de droit privé, elle exprime depuis son souhait de ne plus assurer elle-même les activités médicales d'urgence sur les deux plateformes de Roissy et d'Orly. ADP souhaite une clarification du rôle de chacun sans se dégager ni de ses responsabilités ni de ses engagements financiers. Selon l'article 18 du cahier des charges du décret ci-dessus, ADP doit assurer un service médical d'urgence.

Des discussions sont en cours sous l'égide des deux préfets de département et plusieurs hypothèses sont envisageables.

- la mise en place d'une convention entre ADP et un centre hospitalier qui mettrait à disposition une équipe médicale sur place en lieu et place du service médical d'urgence actuel avec une régulation faite par le SAMU 94 ou
- le maintien actuel du service médical d'ADP, avec la désignation en son sein d'un médecin correspondant SAMU, qui dépendrait de cette structure. Ce praticien aurait pour mission de conditionner ou de stabiliser le patient avant l'arrivée sur les lieux du SAMU, en fonction de la décision prise par la régulation.

Cette incertitude sur le devenir de la structure s'est accompagnée d'un changement au niveau de la direction médicale d'ADP. LA DDASS pour l'instant n'a pas encore de visibilité sur son éventuel futur interlocuteur médical.

L'annexe IB du RSI, impose outre le cabinet médical et son équipement, la présence de locaux séparés pour l'entretien avec les voyageurs et pour l'isolement des patients malades. Il serait nécessaire de disposer de locaux supplémentaires car ceux du service médical pourraient s'avérer insuffisant. Ils pourraient être également utilisés pour le stockage des fiches de traçabilité des passagers contacts.



## 4 RECOMMANDATIONS

### 4.1 Recommandations à court terme pour Orly

En tant que MISP stagiaire du Val-de-Marne, j'ai eu accès aux documents déjà existant sur l'aéroport du service santé environnement et j'ai eu la possibilité de participer aux réunions interministérielles qui ont eu lieu cette année sur le RSI. De plus, des documents parfois préliminaires m'ont été transmis par le bureau de l'OMS. Ceux-ci m'ont permis de constater que certains outils pourraient être utiles à la DDASS pour réaliser les missions nouvelles qui lui ont été imparties en matière d'inspection.

#### 4.1.1 Un guide d'inspection des aéronefs

##### A) Réalisation

J'ai pu disposer d'une version préliminaire d'un guide d'inspection des navires réalisé par le groupe de travail II « sur les capacités aux points d'entrée »<sup>38</sup>, d'un guide réalisé par l'agence nationale de surveillance de la santé brésilienne<sup>39</sup>. Ces deux documents m'ont permis de bâtir un guide spécifique aux avions.

Dans une première partie, celui-ci rappelle brièvement le contexte : nouveau RSI (2005), capacités exigées au niveau des points d'entrée internationaux. Dans une deuxième partie, la première étape d'entretien avec le commandant de bord permet d'expliquer que le CSF va désormais s'intéresser non seulement à la désinsectisation de l'avion mais également aux conditions d'hygiène à bord de l'avion.

Une grille d'inspection est ensuite proposée (annexe 3). Une première grille comprenait l'ensemble des items : le contrôle de la désinsectisation, le contrôle du niveau d'hygiène de l'avion et enfin la vérification du matériel médical disponible à bord.

##### B) Etude de la faisabilité

Deux journées de contrôle sanitaire aux frontières m'ont permis de tester le document. Les avions venant de zones considérées à risque de maladies vectorielles (Antilles, Guyane, Réunion et Afrique) arrivent à Orly entre 6h et 9h la plupart du temps. Le temps imparti pour l'inspection est très court, car un avion stationne entre 2 et 4 h sur la piste avant de repartir vers une autre destination, un retard entraîne des coûts de stationnement non négligeables. Dans cette matinée huit avions ont pu être contrôlés

---

<sup>38</sup> *Guide technique pour la délivrance des certificats de contrôle sanitaire et d'exemption de contrôle sanitaire des navires 1<sup>ère</sup> version de décembre 2007*

<sup>39</sup> *Resolution-RDCN2, January 8<sup>th</sup>, 2003-National Health Surveillance Agency*  
[http://www.anvisa.gov.br/eng/legis/resol/02\\_03rdc\\_e.pdf](http://www.anvisa.gov.br/eng/legis/resol/02_03rdc_e.pdf). Consulté le 6 juin 2008.

sans aucune anomalie constatée. Le nombre de contrôle est plus important habituellement, le test de la grille a retardé les opérations.

Le contrôle de la désinsectisation avec remise de la déclaration générale de vol comportant les stickers des aérosols d'insecticides utilisés en cabine et en soute, et la remise des bombes d'aérosols vide, s'effectue en empêchant la descente des passagers et l'ouverture des soutes jusqu'à la vérification des données, est une opération qui s'effectue en moins d'un quart d'heure une fois dans l'avion.

Pendant cette phase, il est impossible de vérifier l'hygiène de l'avion car les voyageurs prêts à sortir empêchent la visite de l'aéronef. De plus, la durée du vol et le nombre de voyageurs font que les conditions de propreté à bord sont considérablement altérées<sup>40</sup>.

Les commandants de bord d'Air France interrogés ne disposent pas dans leurs documents de bord du certificat de maintenance des filtres de climatisation, ni de certificat de potabilité de l'eau du bord seul un commandant de bord d'Air Sénégal disposait de ce dernier.

Le bureau de maintenance de Corsair interrogé retrouve dans ses documents de maintenance, un changement hebdomadaire des filtres des toilettes et offices et une vérification complète de la climatisation tous les 18 mois, ainsi qu'une désinfection complète du circuit de l'eau tous les 2400 heures de vol. Le certificat de potabilité devrait être fourni par ADP, mais celui-ci n'effectue pas les contrôles au-delà des points de remplissage des camions citernes

La vérification de la présence et de l'intégrité des kits de secours, de la trousse médicale d'urgence ne peut être faite qu'en présence de l'équipage, aucune des 4 compagnies inspectées ne disposait pour son équipage de matériel de protection.

La grille d'inspection a pu être vérifiée dans son intégralité sauf pour la désinsectisation, sur un avion avant de décoller. L'opération à bord dure près d'une demi-heure, certaines opérations ne pouvant être faites qu'en présence de l'équipage qui n'arrive que peu de temps avant les passagers.

En résumé, une nouvelle grille est créée distinguant les différentes opérations susceptibles d'être effectuées soit à l'atterrissage soit au décollage. Les vérifications au moment du décollage ne pourraient se faire qu'en milieu de matinée après l'arrivée des principaux vols sélectionnés et ne pourraient guère être réalisés plus de deux fois par matinée.

---

<sup>40</sup> *Guide de salubrité et d'hygiène OMS. Op. cit*

#### 4.1.2 Un correspondant MISP identifié sur l'aéroport d'Orly

Divers entretiens menés dans le cadre de ce travail confirme le bien-fondé de ce correspondant. En lien étroit avec le service santé-environnement en charge du CSF, le médecin inspecteur de santé publique rentre complètement dans ses missions de veille et de maintien de la sécurité sanitaire.

« En routine », il serait :

- le partenaire privilégié du SMU de la plateforme, qu'il sensibilisera à la notification à la cellule de veille et d'alertes de tout événement relevant de maladies à déclaration obligatoire, mais aussi de tout signal susceptible d'évoluer en USPPi ;
- Il devrait également procéder à l'inspection régulière de cette structure et des véhicules dont elle dispose ainsi que du centre de vaccinations internationales de l'aéroport. Une telle inspection n'a pour l'instant jamais été pratiquée du fait du statut particulier du SMU qui n'a pas un statut d'établissement de santé ;
- Cheville ouvrière de l'adaptation du plan de gestion des alertes épidémiques il veillerait à leur bonne coordination avec les autres plans existants ;
- Il organiserait la formation des agents de l'Etat puis procéderait en lien avec les agents habilités au CSF à l'information des différents partenaires aux exigences du nouvel RSI., il participerait, si nécessaire, au contrôle sanitaire aux frontières avec le contrôle de l'hygiène des structures.

En période de gestion de crise, comme cela a été le cas lors du SRAS :

- il viendrait en soutien des équipes médicales sur place pour l'orientation d'éventuels passagers malades, le suivi des disponibilités hospitalières, la traçabilité des passagers contacts ;
- il participerait à l'information des passagers à destination ou en provenance de pays à risque ;
- il assurerait la liaison avec le point focal national en contact étroit avec les services préfectoraux afin d'assurer la mise en place des mesures de gestion adaptées aux réalités du terrain.

L'arrivée en septembre de deux nouveaux MISP à la DDASS du Val-de-Marne, va permettre d'avoir un effectif médical complet. Le MISP en charge des plans de secours, travaillant en 2ème position sur la veille sanitaire pourrait devenir le correspondant médical de l'aéroport d'Orly, en charge du RSI au sein de la DDASS. Il s'identifierait comme tel auprès des responsables et autres partenaires de la plateforme aéroportuaire.

Dans l'avenir, dans le cadre de la mutualisation, un seul MISP au sein de l'ARS devrait être le référent pour le RSI et les deux aéroports de Roissy et d'Orly car les problématiques rencontrés sont les mêmes.

## **4.2 Recommandations à moyen terme pour Orly**

### **4.2.1 Un protocole d'intervention des services en application du RSI**

Le groupe de travail du mois d'avril sur les aéroports <sup>41</sup>auquel je participais au titre de MISP stagiaire de la DDASS 94, a mis au point une maquette d'un protocole interservices pour la mise en œuvre du nouveau règlement. Cette maquette permettra ainsi à chaque aéroport point d'entrée de l'adapter en fonction de ses spécificités : nombre de personnes travaillant sur la plateforme, nombre d'entreprises y intervenant, le nombre de passagers, le nombre de mouvements des avions commerciaux, et enfin la géographie particulière de la plateforme.

Les mesures de veille renforcée lors de certains évènements sanitaires (ex : plan départemental de lutte contre la présence du moustique *Aedes albopictus*, épidémies de dengue), ainsi que le protocole d'urgence de prise en charge d'un ou de plusieurs passagers malades, mais aussi d'animaux malades, sont détaillées. Un plan de communication doit également être mis en place sous la responsabilité d'une personne nommée par le préfet seul habilité à communiquer pendant ces périodes de crise. La communication aux différents stades doit être prévue ainsi que sa montée en puissance qui peut entraîner la mise en place d'une plateforme téléphonique pour répondre aux différentes questions.

Il est indiqué par ailleurs que le préfet représentant de l'Etat compétent sur la plateforme aéroportuaire désigne un responsable du suivi et de la mise en œuvre opérationnelle du plan d'intervention interservices. Ce coordonnateur réunit périodiquement un comité composé des différents partenaires de la plateforme, dont la mission sera de veiller à la mise en œuvre des différentes mesures du plan et de maintenir un même niveau d'information sur la plateforme. En cas d'alerte, ce comité devient une cellule de crise qui peut voir sa composition élargie à d'autres partenaires en cas de besoin

Certains items du protocole signé pour l'aéroport d'Orly en 2004<sup>42</sup> avec les principaux intervenants, sont retrouvés dans ce document, ce qui facilitera son adaptation aux données du Val-de-Marne. De plus, une mission interservices existe dans le domaine

---

<sup>41</sup> *Compte réunion du 17 avril 2008. Op.cit*

<sup>42</sup> *Rapport sur le CSF dans le Val-de-Marne ; Op.cit*

alimentaire, dont on peut s'inspirer pour la mise en place du comité. Néanmoins, l'expérience montre qu'en dehors des périodes de crise la tenue de réunions régulières est difficile à assurer dans le temps.

Cependant l'absence de correspondant médical clairement identifié au SMU ainsi que l'incertitude autour de l'avenir de cette structure font que la mise en place du comité et du protocole est décalée dans le temps. Pour l'heure, les services du préfet ont clairement indiqué qu'ils entendaient mener directement les discussions et feront appel ensuite aux services de la DDASS.

#### **4.2.2 Des séances de formation et d'information**

##### **A) Une formation nécessaire**

Le RSI par rapport aux règlements antérieurs entraîne de véritables changements notamment pour ce qui concerne l'élargissement de la surveillance à toute USPP. L'arbre de décision (annexe 1) doit être expliqué, testé au regard des anciennes alertes survenues sur la plateforme mais aussi dans le département, compris et assimilé. Dès lors, il fera partie de l'analyse de chaque signal. En matière de gestion, il sera nécessaire de bien appréhender à quel niveau peut se gérer l'alerte. Ce message est déjà largement relayé par l'InVS<sup>43</sup>.

En ce qui concerne, les capacités requises par l'annexe II B, en dehors des exigences matérielles, l'inspection et le contrôle occupent une large place sous une organisation multiforme :

- inspection des capacités médicales,
- inspection des conditions d'hygiène générale des services utilisés,
- contrôle de la qualité de l'alimentation,
- contrôle de la qualité de l'eau,
- contrôle de la désinsectisation.

Les agents actuellement habilités au CSF, doivent bénéficier d'une formation leur permettant d'accomplir ces missions dans leur globalité.

Le bureau de l'OMS de Lyon doit en principe proposer des réunions de formation au regard d'un premier bilan d'une année de fonctionnement de ces nouvelles règles. Bien entendu, l'ensemble des responsables sanitaires des Etats membres ne pourra bénéficier de ces formations. Une ou deux personnes par Etat pourraient bénéficier de celles-ci, chargées à elles de les diffuser par cercle concentrique.

---

<sup>43</sup> J.C Desenclos. Op..cit

L'école des hautes études en santé publique a d'ores et déjà organisé une telle formation pour les agents chargés des contrôles des navires au printemps dernier avec l'aide d'agents du point focal national et du service des gens de mer. Cette formation revêtait un caractère d'urgence car l'absence de certificat de contrôle sanitaire des navires d'exemption de contrôle sanitaire ou de prolongation d'exemption empêche un navire de pénétrer ou de sortir d'un port. Ces documents sanitaires remplacent les anciens certificats de dératisation (RSI 1969) jusqu'alors délivrés par les services des douanes.

#### B) Des séances d'information indispensables.

Les nouvelles contraintes qui pèsent désormais sur les exploitants des plateformes aéroportuaires ainsi que sur les transporteurs, seront d'autant mieux acceptées qu'elles seront comprises. Lors de l'application de la nouvelle grille d'inspection à bord des avions décrite plus haut, des contrôles plus approfondis et les délais en découlant étaient d'autant plus acceptés par l'équipage et le commandant de bord qu'elles étaient accompagnées d'un rapide résumé sur le RSI et ses exigences.

Des séances d'information régulières devraient être organisées par le MISP référent RSI notamment auprès des médecins des compagnies aériennes et des chefs d'escale afin qu'ils soient sensibilisés et qu'ils sensibilisent à leur tour l'équipage au remplissage du paragraphe « santé » de la déclaration générale de vol en cas de problème médical susceptible de transmission. La récupération de ce formulaire se ferait par le chef d'escale lors de l'atterrissage. Ce dernier prendrait l'habitude de faxer ce document à la cellule de veille sanitaire de la DDASS ou de l'ARS dans le futur, ou le remettrait aux agents en charge du CSF présents, dès lors que le paragraphe « santé » de cette déclaration serait complétée.

En période de crise sanitaire, des séances d'information organisées par le personnel de la DDASS, permettraient de relayer les informations transmises par le point focal national, de connaître les mesures de gestion adoptées et de rassurer les personnels intervenant sur la plateforme.

Ces séances d'information seront relayées par des affichettes en plusieurs langues, à destination des passagers qui seront apposées à des endroits stratégiques de l'aéroport. Une information active pourrait compléter le dispositif avec une distribution d'un document au moment de la remise de la carte d'embarquement pour les voyageurs en partance ou juste après le débarquement. Ce dispositif a été largement utilisé au moment de la crise du SRAS.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> *Mémoire de C. Guichard. Op.cit*

## 4.3 Recommandations à long terme dépassant le seul cadre d'Orly

### 4.3.1 Vers un partage et une externalisation de certaines missions d'inspection

L'inspection jusqu'alors menée supportée par les seuls services de la DDASS, est essentiellement tournée vers le contrôle de la désinsectisation des avions et de façon peu régulière le contrôle de la qualité d'hygiène de la restauration proposée au public sur l'aérogare<sup>45</sup>.

La mise en œuvre du règlement sanitaire international ne peut être supportée par le seul ministère en charge de la santé compte tenu de ses multiples implications. Cela a été souligné lors de la réunion du comité de pilotage interministériel du 16 juin dernier<sup>46</sup>.

Il a donc été proposé que les missions d'inspection en routine se répartissent de la façon suivante :

*En ce qui concerne l'hygiène des avions :*

- le contrôle documentaire serait effectué par l'exploitant de la plateforme. Selon la DGA, cette situation risque de générer des problèmes en raison du caractère privé de l'exploitant de la plateforme d'Orly et de Roissy.
- le contrôle de la désinsectisation serait effectué par les douanes ou la GTA, tous deux présents sur le tarmac

*En ce qui concerne l'hygiène de la plateforme :*

- L'inspection de la partie fréquentée par le public serait assurée par les services de la DDASS,
- L'inspection de la restauration serait assurée par les services vétérinaires ou de l'ARS.
- L'inspection de la partie sous fret serait sous le contrôle des douanes.

*En ce qui concerne la prise en charge des bagages et marchandises :*

- l'inspection se ferait par les douanes, y compris la vérification des certificats de santé des animaux domestiques.

---

<sup>45</sup> Rapport sur le CSF dans le Val-de-Marne ; Op.cit

<sup>46</sup> Réunion du 16 juin 2008. Op. cit

- la prise en charge des animaux se fera par le PIF dépendant des services vétérinaires.

*En ce qui concerne la prise en charge des passagers :*

- Au départ, le contrôle documentaire (contrôle des certificats de vaccination fièvre jaune) se ferait par les compagnies aériennes.
- A l'arrivée, ce contrôle se ferait par la PAF avec recueil éventuel de fiches de traçabilité des passagers et remise le cas échéant d'affichettes d'information.

Toute anomalie sanitaire particulière entraînerait l'intervention des agents du Ministère de la santé

Cette solution paraît intéressante mais elle ne rencontrera pas forcément l'aval des directions et ministères concernés. Tous ces services sont soumis également à la RGPP et doivent se recentrer vers leur cœur de métier à l'instar des douanes qui n'exercent plus depuis le 15 juin 2007 le contrôle sanitaire des navires. Ces propositions devraient être soumises à l'arbitrage du premier ministre, sur proposition du point focal national.

En cas de refus, il pourrait être envisagé de recourir à un prestataire extérieur dont le choix pourrait se faire au niveau national. Les services déconcentrés en charge de chaque point d'entrée devraient rédiger un cahier des charges spécifiques aux particularités de celui-ci et au tissu local avoisinant. Ils assureraient un travail de formation des agents du prestataire et enfin devraient effectuer des contrôles de la qualité de ces prestations.

Le coût de ces services serait répercuté sur la base d'un tarif unique sur les utilisateurs.

#### **4.3.2 Pour une meilleure vision des missions des services déconcentrés et de la veille sanitaire**

La gestion de la prophylaxie au cours d'une méningite à méningocoque m'a conduite à contacter des médecins de ville. J'ai pu constater que les missions de la DDASS n'étaient pas connues, notamment le rôle de la cellule de veille et d'alerte. Or selon l'article L 1413-15 du code de la santé publique, chaque professionnel de santé informé d'une menace imminente pour la santé de la population ou de toute situation dans laquelle il existe une présomption sérieuse de menace sanitaire grave doit en avertir le préfet de département et plus concrètement la cellule de veille sanitaire.

Un important travail d'information doit donc être mené vis-à-vis des professionnels de santé de ville et hospitaliers au travers de formations continues, colloques, mais aussi vers les futurs médecins. L'intervention d'un MISP ou d'un pharmacien inspecteur lors d'un cours de santé publique en faculté de médecine ou de pharmacie, pourrait permettre



de présenter les missions des services déconcentrés du ministère en charge de la santé aux futurs professionnels.

Un premier contact en ce sens avait été pris avec le responsable de la chaire en santé publique de la faculté de médecine de Créteil et avait reçu son agrément. Cependant l'incertitude du périmètre exact de l'ARS avait amené à surseoir à l'entrevue avec l'assesseur en charge de la pédagogie qui constituait la prochaine étape de mise en place de l'intervention d'un MISP lors d'un cours auprès des étudiants en dernière année de formation.

Après la mise en place des agences de santé, une désorganisation des réseaux locaux de surveillance pourrait se voir celle-ci qui devrait être rapidement combattue par divers moyens :

- des interventions des MISP en charge de la veille sanitaire dans les facultés de médecine, les infirmières de santé publique pourraient également le faire auprès des instituts de formation en soins infirmiers. Un point particulier sur le RSI serait développé pour les régions et départements disposant d'un point d'entrée international. ;
- La mise en place d'un numéro de téléphone unique pour la métropole à l'attention des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, qui en indiquant leur numéro de département sur le clavier téléphonique, seraient directement mis en contact avec la cellule de veille et d'alerte de l'ARS dont ils dépendent ;
- une communication dans les médias spécialisés, relayée dans les bulletins des Ordres devrait expliquer l'importante réforme des services déconcentrés et son impact sur la sécurité sanitaire rappeler la liste des maladies à déclaration obligatoire, les modalités de notification et signalement, ainsi que le numéro de téléphone unique.

## Conclusion

Fruit d'un extraordinaire consensus mondial, le RSI (2005) renforce les défenses collectives contre les risques nombreux et variés pour la santé publique à l'heure de la mondialisation et qui sont susceptibles de se propager rapidement avec le développement des voyages et du commerce.

Le RSI (2005), qui est fermement ancré dans l'expérience pratique, élargit la portée du Règlement de 1969 pour couvrir les maladies existantes, nouvelles et réémergentes, y compris les urgences provoquées par des agents pathogènes non infectieux. Il assure une collecte rapide des informations.

Les nouvelles procédures de notification visent à accélérer le flux d'informations opportunes et précises adressées à l'OMS au sujet d'urgences potentielles de santé publique de portée internationale. En tant qu'autorité neutre disposant de compétences et de ressources techniques indispensables ainsi que d'un vaste réseau de communication, l'OMS est en mesure d'évaluer l'information. Au fur et à mesure de l'évolution des événements, cette organisation recommandera des mesures de gestion adaptées et graduées, elle facilitera la coordination internationale, et fournira si besoin une assistance technique.

En France, le règlement sanitaire international ne modifie pas l'organisation de la veille et de l'alerte sanitaire. Véritable opportunité, il contribue à améliorer la coopération et la mutualisation des moyens de surveillance, de détection des alertes concernant la santé publique et à organiser les circuits de communication et d'information. Il réaffirme la nécessité de la permanence, de la concertation et de la réactivité du dispositif dans un contexte de restructuration importante du tissu administratif.

Au niveau local et plus spécifiquement du Val de Marne, ce règlement renforce la culture du signalement déjà mise en place. Cependant, il nécessite un déplacement de certaines missions au sein de la DDASS, pour répondre à certaines exigences.

L'aéroport d'Orly, futur point d'entrée international, présente un certain nombre de capacités requises « en routine » notamment au niveau de la prise en charge médicale de ses passagers, du niveau d'hygiène de ses installations, des avions utilisés, et du programme de lutte contre les vecteurs. S'il existe des dispositifs d'intervention des services en cas d'urgence ou d'alerte, un protocole spécifique pour la gestion de l'urgence sanitaire de portée internationale, doit être formalisé sous l'égide du préfet de département.

La révision générale des politiques publiques et la mise en place des agences régionales de santé peuvent encore évoluer au gré de futures décisions politiques. Néanmoins cette

période est propice à la mise en place de nouvelles organisations et structures inenvisageables en d'autres temps. La mutualisation, le rapprochement de certaines structures départementales le partage de tâches représentent une formidable opportunité pour ce sujet d'actualité passionnant, qu'est la mise en œuvre du règlement sanitaire internationale (2005), qui doit être en mesure d'entrer pleinement en application, à l'échéance de l'année 2012.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages et guides

- *Organisation mondiale de la santé, Règlement sanitaire international (1969), troisième édition annotée, 1983.*  
[Http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html](http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html). Dernière consultation 15 janvier 2006.
- *Guide de salubrité et d'hygiène dans les avions OMS 1987 (en cours de réactualisation)*
- *Contrôle sanitaire aux frontières de l'aéroport d'Orly Val de Marne (version 2 ; 22 mars 2004)*
- *Resolution-RDCN<sup>2</sup>, January 8<sup>th</sup>, 2003-National Health Surveillance agency*  
[http://www.anvisa.gov.br/eng/legis/resol/02\\_03rdc\\_e.pdf](http://www.anvisa.gov.br/eng/legis/resol/02_03rdc_e.pdf). Consulté le 6 juin 2008
- *Organisation mondiale de la santé, 58<sup>ème</sup> assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA58.3 : révision du règlement sanitaire international (2005) 23 mai 2005*  
[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf). Dernière consultation le 15 juin 2007
- *WHA59.2 : Application du règlement sanitaire international (26 mai 2006)*  
<http://www.who.int/csr/ihr/en/index.html>. Dernière consultation le 15 juin 2007.
- *Guide technique pour la délivrance des certificats de contrôle sanitaire et d'exemption de contrôle sanitaire des navires 1ère version de décembre 2007- Département des urgences sanitaires. Direction Générale de la Santé*

## Rapports et études

- *L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation. Rapport d'un groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire. Mai 2005 :*  
<http://www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/index.html>. Dernière consultation 10 octobre 2007
- *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France. Girard JF. et al Paris ; Ministère de la santé et des solidarités ; 2006 ; 100 pages. Documentation française.*
- *Rapport sur la santé dans le monde 2007 : Un avenir plus sûr - la sécurité sanitaire mondiale au XXI<sup>e</sup> siècle.*  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT.2007 72p
- *Rapport d'activité d'ADP 2007*

<http://www.aeroportsdeparis.fr/Adp/Resources/66fb03c8-59f4-40e9-a6fc-a788afcc72c8-adpddr2007280408.pdf>. Dernière consultation le 30 mai 2007

- *Rapport sur la création des agences régionales de santé. P. Ritter Janvier 2008.*  
[http : //www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS\\_ \\_Rapport\\_Ritter\\_2.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_ _Rapport_Ritter_2.pdf),  
Dernière consultation 26 mai 2008
- *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé. Y Bur 6 Février 2008.*  
[http : //www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/10697pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/10697pdf). Dernière consultation 26 mai 2008
- *Révision générale des politiques publiques*  
Dossier du 3<sup>ème</sup> conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin 2008.  
[www.rgpp.modernisation.gouv.fr/uploads/media/pdf\\_compp3\\_complet5.pdf](http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/uploads/media/pdf_compp3_complet5.pdf), dernière consultation le 2 juillet 2008.
- *Insee estimation localisée de population.*  
[Http://www.insee.fr/insee\\_regions/idf/zooms/chif\\_cles/fregdep/fdep94.htm](http://www.insee.fr/insee_regions/idf/zooms/chif_cles/fregdep/fdep94.htm). Dernière consultation le 15 avril 2008.

## **Thèses et mémoires imprimés**

- *Etude de faisabilité d'un contrôle sanitaire aux frontières à l'aéroport de Beauvais-Tillé. Cadre institutionnel et réglementaire. Evaluation du risque d'importation et de propagation de maladies infectieuses en France. Analyse d'expériences françaises et étrangères. Proposition d'une organisation générale pour l'aéroport de Beauvais-Tillé. C. BOULET-DESBAREAU mémoire d'ENSP Ingénieur du génie sanitaire 2002.*
- *Atouts et limites de la communication dans la gestion d'une crise mondiale. A propos du SRAS (expérience en Seine Saint-Denis). C Guichard mémoire d'ENSP Médecin inspecteur de santé publique 2003.*
- *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. A. Bonnin mémoire ENSP Ingénieur du Génie Sanitaire 2005-2006*

## **Articles de périodiques**

- *Santé publique et commerce. Comparaison des rôles de 3 organisations internationales.*  
*Relevé épidémiologique hebdomadaire. 1999.74 ; 25 :193-201*
- *Alertes sanitaires : l'OMS revoit le règlement. J.B Brunet Le concours médical. 2005.127 ; 22 : 1172-1174*
- *Are there new and old ways to track infectious diseases hazards and outbreaks ?*  
*JC. Desenclos Eurosurveillance vol 11 Issues 10-12 Oct-Dec 2006 : 206-7*
- *Implementing the international Health regulations (2005) in Europe. G. Rodier et al*  
*Eurosurveillance vol 11 Issues 10-12 Oct-Dec 2006 :208-11*
- *Le nouveau règlement sanitaire international : vers plus d'efficacité pour combattre les épidémies*  
*D.Thierry. Revue de droit sanitaire et social 2007/05-06 ; vol3 : 447-457*
- *Les principales nouveautés du règlement sanitaire international (RSI). M. Bâville, S. Renard-Dubois, S. Veyrat, B. Faliu*  
*BEH : 24/12 juin 2007 : 206.*
- *15 juin 2007 : entrée en application du nouveau Règlement sanitaire international.*  
*Éditorial. G Brucker, D. Houssin*  
*BEH : 24/12 juin 2007 :205-207*

## **Compte rendus de réunions**

- Comité de pilotage interministériel pour la mise en œuvre du règlement sanitaire international : réunions des 14 février, 27 juin et 27 novembre 2007 ; 16 juin 2008.
- Groupe de travail sur les aéroports 17 avril 2008

## **Quelques sites web consultés**

<http://rese.intranet.sante.gouv.fr>

<http://www.icao.int>

<http://www.iata.int>

<http://www.who.int/csr/ihr/rescentreJune2007/fr/index.html>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Instrument de décision permettant d'évaluer et de notifier les événements qui peuvent constituer une urgence sanitaire de portée internationale

Annexe 2 : Récapitulatif des entretiens et trame entretien

Annexe 3 : Guide technique pour le contrôle sanitaire des aéronefs V2

---

## Annexe 1

---

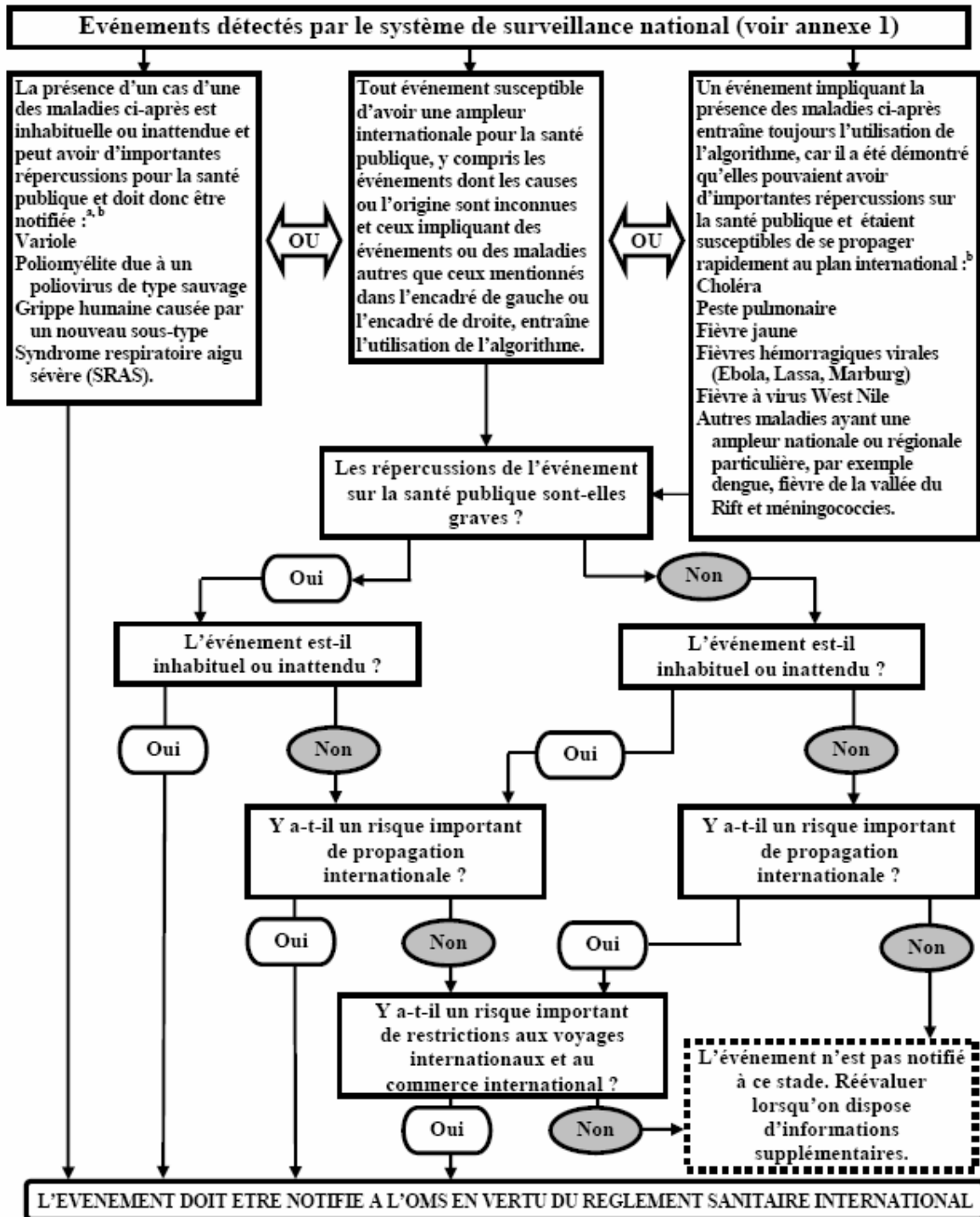
Instrument de décision permettant d'évaluer et de notifier les événements qui peuvent constituer une urgence sanitaire de portée internationale<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> *Annexe 2 du RSI (2005) Op.cit*



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



<sup>a</sup> Selon les définitions de cas de l'OMS.

<sup>b</sup> Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.

---

## **Annexe 2**

---

Récapitulatif des entretiens et trame de l'entretien

A partir de cette trame, certaines questions ont été développées ou retirées selon la personne interrogée. J'ai fait le choix de ce support d'entretien pour démarrer l'entretien ou de la relancer.

CONTEXTE de mon travail :

- Travail dans le cadre d'un mémoire professionnel de médecin inspecteur de santé publique
- Présentation de la problématique : La mise en place du nouveau règlement sanitaire international en France ;
- Une problématique ciblée : sa mise en application au niveau de l'aéroport d'Orly point d'entrée désigné.

PRESENTATION de la personne interrogée : Fonction, implication par rapport au sujet.

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU RSI selon notre interlocuteur :

- Qu'en connaît-il ? et depuis quand en entend-t-il parler?
- Rappel des principaux changements de ce nouveau règlement et des capacités exigées (si nécessaire)

ETAT DES LIEUX

- En quoi, votre structure répond-elle aux capacités exigées par le nouveau RSI ?
- Quelles sont les exigences auxquelles ne peut répondre votre structure ?
- Pensez-vous que l'aéroport d'Orly, le département du Val de Marne et enfin que la France présentent actuellement les capacités exigées du RSI ?

IMPACTS

- Que va modifier pour votre structure la mise en œuvre du RSI en France et plus exactement au niveau de l'aéroport d'Orly? Préciser

Organisationnel : Impacts sur votre organisation de travail ?

Sur la charge de travail ? effectif constant, augmentation des effectifs ? quelle estimation budgétaire

ACTIONS

- Que mettre en place pour la mise en œuvre effective du RSI ?  
A court, moyen et long terme ?

QUEL POINT COMPLEMENTAIRE SOUHAITEZ-VOUS DEVELOPPER SUR LE SUJET ?

## Noms

### DDASS 94

Docteur Alice Sarradet

Flore Taurine

Christian Goudier

Véronique Sabatini

### DDASS 93

Docteur Catherine Guichard

### Direction Générale de la santé

Docteur Jacques Raimondeau

Docteur Stéphane Veyrat

Marie Bâville

Thierry Paux

### Cabinet du ministre en charge de la santé

Docteur Sylvain Lerasle

### Bureau de l'OMS de Lyon

Docteur Daniel Menucci

Docteur Gwenaël Rodier

### Aéroports de Paris

Docteur Michel Clérel

Docteur Philippe Bargain

### Personnes rencontrées lors d'une réunion à la DDASS 94

Jean-Claude Suquet chef de pôle laboratoire

Jean-Christophe Dehautt pôle qualité de l'exploitation

### Air France

Docteur Patrick Rodriguez

Docteur Vincent Feuillie

### Corsair

Equipe de maintenance aéroport d'Orly

## Qualité

MISP responsable de la veille sanitaire

Ingénieur des études sanitaires-  
responsable du CSF et du RSI

Technicien sanitaire, chargé du CSF à Orly

Technicien sanitaire, chargé du CSF à Orly

MISP DDASS 93,

Référent médical à l'aéroport de Roissy

MISP chef de bureau appui aux services  
déconcentrés

MISP chef unité alertes DUS -PFN

IGS secrétaire groupe de travail points  
d'entrée-DUS

IGS-responsable suivi RSI-DUS

MISP conseiller technique pôle sécurité  
sanitaire

Fonctionnaire technique transports points  
d'entrées du programme RSI

Responsable du programme de coordination  
du RSI

responsable médical- SMU ADP

Responsable SMU Roissy

Qualité de l'exploitation ADP

Responsable de la section contrôles  
sanitaires

Médecin conseil DP.MC

Médecin de santé au travail

Rencontrée lors du CSF

---

## **Annexe 3**

---

Guide technique pour le contrôle sanitaire des aéronefs V2



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction départementale des  
affaires sanitaires et sociales  
du Val de Marne

GUIDE TECHNIQUE POUR LE CONTRÔLE SANITAIRE  
DES AÉRONEFS

**2<sup>ème</sup> version**

Mise en œuvre du règlement sanitaire international 2005

JUIN 2008

## I Contexte - sommaire

Le nouveau Règlement sanitaire international (RSI – 2005) a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) le 23 mai 2005. Ce document est accessible en six langues dont le français sur le site de l'OMS à l'adresse suivante : [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf).

Ce RSI (2005) vise à assurer le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies, moyennant le minimum d'entraves au trafic international, et avec la prise de mesures de santé publique proportionnées et coordonnées entre les pays.

Entré en vigueur depuis le 15 juin 2007, et publié en droit français par décret du Ministère des affaires étrangères (MAE) paru au journal de la République française du 9 juillet 2007, le RSI (2005) s'impose à l'Etat français comme aux 191 autres Etats membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi qu'à l'OMS avec ses obligations.

Ces obligations couvrent différents secteurs et ont des échéances de mise en œuvre variables, selon qu'il s'agit :

- de la **capacité du Point focal national** (art.4 du RSI) situé au sein du Département des urgences sanitaires de la Direction générale de la santé à être opérationnel 24h/24 et 7 jours sur 7 pour être l'interlocuteur de l'OMS, s'appuyer sur un circuit de veille et d'alerte opérationnel et pouvoir assurer ses obligations (art. 6 à 12) de notification, de consultation, de communication, de réponse aux demandes de vérifications, et de retransmission d'informations, de recommandations, de signalements d'évènement constituant une urgence de santé publique (USPPI) de l'OMS vers les points d'entrée désignés, services et partenaires concernés (échéance immédiate ; finalisation en 2008).
- de la capacité de notre dispositif de sécurité sanitaire comportant la veille, l'investigation, l'alerte et la réponse aux alertes et urgences sanitaires ou à impact sanitaire, à détecter, notifier et réagir à tout évènement sanitaire de portée possiblement internationale (art 5 et 13 et annexe 2 du RSI) survenant en tout point de notre territoire et en particulier aux points d'entrée désignés (échéance juin 2009 pour l'évaluation des besoins à satisfaire et au plus tard au 14 juin 2012 pour disposer des pleines capacités).
- de la désignation à l'OMS de points d'entrée (art. 19 à 22) du territoire (liste évolutive possible) pour le trafic international (aérien, maritime, ou terrestre), qui devront disposer des capacités ad hoc non seulement pour conduire en routine les missions de contrôle sanitaire mais aussi pour la prise en charge d'USPPI potentielles ou avérées (art. 23 à 39 et annexe 1B du RSI) (échéance de désignation au 15 décembre 2007 ; échéance pour disposer de la totalité des capacités avant le 14 juin 2012).

En conclusion du RSI (1969) au RSI 2005 : un changement majeur de paradigme :

- Du contrôle aux frontières à l'endiguement à la source
- D'une liste de maladies à toutes les menaces pour la santé publique
- De mesures préétablies à une réponse adaptée

## II. 1 Principales capacités requises des aéroports, ports et postes frontières désignés Selon l'annexe IB du RSI

### **En permanence**

- a) 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 de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;
- 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 de vecteurs 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.
- h) d'être en mesure d'assurer selon les termes de l'annexe 7, le contrôle des certificats de vaccination contre la fièvre jaune pour les départements d'outre mer.

Le contrôle sanitaire aux frontières d'un aéroport a pour objet la prévention de la propagation par voie aérienne des maladies transmissibles conformément aux articles *L3115-1, L3116-3, L3116-5* du CSP et notamment la mise en place du règlement sanitaire international.

Il s'articule entre 4 missions principales

1. surveillance épidémiologique des passagers
2. surveillance sanitaire des aéronefs
3. information et éducation des passagers, des équipages et du personnel de l'aéroport
4. maintien et le contrôle de l'hygiène des sites aéroportuaires.



## II – 2 Guide d'inspection sanitaire d'un aéronef

### Étape 1 : entretien avec le commandant de bord ou le chef de cabine et revue des procédures et documents de bord

Cette inspection se fait dans le cadre du règlement international qui a pour objectif de limiter la propagation de toute maladie ou autre événement sanitaire avec le minimum d'entrave au trafic international

Il s'agit d'un texte supranational qui a été approuvé en 2005 par l'OMS et les 192 Etats membres qui la compose. Rendu opposable en droit français par le décret du 9 juillet 2007.

Il s'agit de lui expliquer rapidement en quoi le RSI a été modifié en 2005. Depuis les derniers changements de 1981, le règlement s'attachait à prévenir la propagation de trois maladies : la fièvre jaune, la peste et le choléra.

Désormais le règlement s'attache à prévenir toute événement sanitaire susceptible de devenir une urgence sanitaire de portée internationale quel qu'en soit la nature et d'en limiter son extension internationale.

Les règles de surveillance ont été renforcées afin de détecter précocement tout signal susceptible d'évoluer en urgence sanitaire et d'en référer aux autorités sanitaires locales.

#### Documents souhaités :

- Déclaration générale de vol
- Certificat de désinsectisation : remise des bombes de désinsectisation, ou du certificat de rémanence
- Certificat de contrôle de la qualité de l'eau potable
- Certificat de changement des filtres à air.

### Étape 2: Inspection de l'aéronef au départ ou à l'arrivée.

L'inspection s'efforcera de ne pas gêner le service et aura pour objet de s'assurer :

1. De la présence de passagers malades à bord en vérifiant la déclaration générale de bord (paragraphe sanitaire) (**débarquement**)
2. De la désinsectisation effective de la cabine et des soutes selon les procédures habituelles (**débarquement**)
3. De la possibilité pour eux de recevoir des soins appropriés : présence d'une trousse de premier secours, et de la trousse médicale d'urgence. (*Règlement 8/2008 Annexe à l'arrêté du 12 mai 1997 relatif aux conditions techniques d'exploitation d'avion OPS 1.745, OPS 1.755*)
4. De la possibilité pour l'équipage de prendre en charge un passager malade sans être contaminé
5. De la qualité de l'hygiène à bord (*article 22 du RSI 2005 paragraphe b*): pour avion en partance
  - Hygiène alimentaire : état des offices de l'aéronef /conservation des plateaux repas/ élimination des déchets alimentaires/ conservation de repas-tests
  - Hygiène de la cabine : changement des appuis-têtes/ des couvertures/
  - Hygiène des toilettes/eau courante/ présence de papiers/fonctionnement de la chasse d'eau

De la qualité de l'air ambiant : changement du filtre (*article 22 du RSI 2005 paragraphe c*):

DEBARQUEMENT      INSPECTEUR :

GRILLE D'INSPECTION D'AVION

DATE :

Compagnie :   /

Nationalité

Heure d'arrivée :

Type d'avion :

Numéro de vol

Vol civil

Vol militaire

Vol privé

Provenance

Pays

Ville

Aéroport

INSPECTION SANITAIRE

Objectif de l'inspection :

Inspection programmée   
cocher

Inspection sur plainte

Vérification mesures correctrices

Equipage débarquant :  
nombre

Passagers débarquant:

Passagers en transit :

Documents présentés :

Déclaration générale de vol

-Déclaration de santé complétée  en clair \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-Remise des aérosols de désinsectisation de la cabine

-Vérification des stickers collés sur la déclaration générale de vol oui  ; non

- Avant débarquement des passagers oui  ; non
- Après débarquement des passagers oui  ; non

-Récupération de l'aérosol de désinsectisation

- Soute arrière oui  ; non
- Soute avant oui  ; non

Observations :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documents remis par la compagnie

-Certificat de désinsectisation par rémanence oui  ; non  , sans objet

- Certificat de contrôle de la qualité de l'eau potable oui  ; non  , sans objet

- Certificat de changement des filtres à air oui  ; non  , sans objet

Observations :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INSPECTION SANITAIRE DES BAGAGES

(Vérifié)  (Non vérifié)

Présence de poissons oui  ; non  dans (nombre de bagages) \_\_\_\_\_ ; quantité \_\_\_\_\_ Kg

Présence de viande oui  ; non  dans (nombre de bagages) \_\_\_\_\_ ; quantité \_\_\_\_\_ Kg

Présence de laitages oui  ; non  dans (nombre de bagages) \_\_\_\_\_ ; quantité \_\_\_\_\_ Kg

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EMBARQUEMENT INSPECTEUR :

GRILLE D'INSPECTION D'AVION

DATE :

Compagnie :

Nationalité

Type d'avion :

Numéro de vol

Vol civil

Vol militaire

Vol privé

Destination

Pays

Ville

Aéroport

INSPECTION SANITAIRE

Objectif de l'inspection :

Inspection programmée

Inspection sur plainte

Vérification mesures correctrices

cocher

Equipage embarquant :  
nombre

Passagers embarquants:

Passagers en transit :

Documents présentés :

-Certificat de contrôle de la qualité de l'eau potable

-Certificat de changement des filtres à air

Vérifié (V) Non Vérifié (NV) Satisfaisant (S) Non Satisfaisant (NS)

MATERIEL MEDICAL A BORD

Kits de premiers secours : contrôlés, scellés

(V)  (NV)  (S)  (NS)  observations : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_

Trousse médicale d'urgence: trousse étanche, scellée

(V)  (NV)  (S)  (NS)  observations : \_\_\_\_\_

Matériel de protection équipage Gants/masques/SHA/

(V)  (NV)  (S)  (NS)  observations : \_\_\_\_\_

HYGIENE DES OFFICES

Etat des surfaces/Armoire de conservation des plateaux/ /Repas tests

(V)  (NV)  (S)  (NS)  observations : \_\_\_\_\_

Recommandations : A nettoyer , à désinfecter , à décontaminer

HYGIENE DE LA CABINE

Sol /Etat des appuis-têtes/Couvertures emballées/

(V)  (NV)  (S)  (NS)  observations : \_\_\_\_\_

Recommandations : A nettoyer , à désinfecter , à décontaminer

HYGIENE DES TOILETTES

Eau courante/ présence de papier toilettes/absence de souillures

(V)  (NV)  (S)  (NS)  observations : \_\_\_\_\_

Recommandations : A nettoyer , à désinfecter , à décontaminer