



Royaume du Maroc
Ministère de la santé



Institut National d'Administration Sanitaire

Centre Collaborateur de l'OMS

Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique
Promotion (2006-2008)

**LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)
& LE CONTRÔLE SANITAIRE AUX FRONTIERES
AU MAROC**

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en
Administration Sanitaire et Santé Publique

Option : Santé publique

Elaboré par :
Dr. Saloua ABOUCHADI

-- Juillet 2008 --

RESUME

Le Règlement sanitaire international, principal instrument juridique guidant la prise en charge internationale des urgences de santé publique, a fait récemment l'objet d'une révision approfondie. Sa dernière version, le RSI (2005), adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2005, est entrée en vigueur le 15 juin 2007.

En vertu de ce Règlement, le Maroc, comme tous les autres Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, est appelé à évaluer ses capacités essentielles nécessaires à la notification, l'évaluation et la réaction rapide aux risques de santé publique et aux Urgences de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI) y compris au niveau des points d'entrées (ports, aéroports et postes frontières terrestres). Pour cela, il dispose d'un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur du RSI (2005).

C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude qui se propose de contribuer à l'évaluation des capacités requises au niveau des points d'entrée désignés par notre pays. Elle se fixe comme objectif d'analyser l'organisation et le fonctionnement des services de contrôle sanitaire aux frontières implantés au niveau des ports et des aéroports. Elle a été menée selon une approche qualitative basée sur l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces.

L'analyse des résultats a montré que notre système de santé répond en partie aux dispositions du RSI (2005) au niveau des points d'entrée notamment en matière d'organisation et de stratégies déjà mises en place dont la stratégie nationale de riposte contre la pandémie de grippe d'origine aviaire et la stratégie nationale de gestion des risques et de catastrophes.

Cependant, nous avons relevé certaines contraintes liées essentiellement à l'effectif insuffisant et le profil parfois inadapté des ressources humaines affectées au niveau des services de contrôle sanitaire aux frontières, l'insuffisance de moyens logistiques,

l'insuffisance des moyens de communication et enfin l'insuffisance de coordination et de collaboration avec certains intervenants appartenant à d'autres secteurs.

Afin de nourrir la réflexion concernant la réorganisation de ces services, nous avons proposé quelques recommandations et axes d'orientation dans les domaines touchant à l'actualisation et au renforcement du cadre juridique, au renforcement du partenariat avec les autres départements et secteurs, à la définition des contrôles de routine aux points d'entrée désignés, à la mise en place de dispositifs d'urgence efficaces pour faire face aux urgences de santé publique de portée internationale, à la valorisation des officiers de santé, à la planification du développement des ressources nécessaires et à la gestion de l'information et de la communication.

La mise en application des dispositions du RSI (2005) constitue un enjeu et un défi pour notre pays car elle requiert des moyens humains et financiers importants afin de pérenniser les activités entreprises. Un tel investissement se justifie car en dépend la santé et la sécurité de la population au niveau national et international.

Mots clés :

Règlement Sanitaire International (2005) - Contrôle Sanitaire aux Frontières - Points d'entrée - Ports – Aéroports - Capacités requises – Evaluation - Maroc.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE I : LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL | 3 |
| 1. QU'EST-CE QUE LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI) ? | 3 |
| 2. BREF APERÇU HISTORIQUE | 3 |
| 3. PROCESSUS DE REVISION DU RSI (2005) | 4 |
| 4. OBJET, PORTEE ET PRINCIPES DU RSI (2005) | 7 |
| 5. PRINCIPAUX CHANGEMENTS INTRODUIITS PAR LE RSI (2005) | 7 |
| 5.1. Concept « Urgence de santé publique de portée internationale » | 7 |
| 5.2. Nouvelles exigences en matière de notification | 8 |
| 5.3. Points focaux nationaux RSI et points de contact RSI à l'OMS | 9 |
| 5.4. Mesures recommandées par l'OMS pour faire face aux USPPi | 11 |
| 5.5. Renforcement des capacités nationales essentielles | 11 |
| 6. PRINCIPALES OBLIGATIONS DES ETATS PARTIES | 13 |
| 7. LE CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES : UN DOMAINE DE TRAVAIL POUR LA MISE EN ŒUVRE DU RSI (2005) | 15 |
| 7.1. Domaines de travail liés au RSI (2005) | 15 |
| 7.2. Dispositions du RSI (2005) relatives aux points d'entrée | 16 |
| CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE | 18 |
| CHAPITRE III : OBJECTIFS DE L'ETUDE | 20 |
| 1. OBJECTIF GENERAL | 20 |
| 2. OBJECTIFS SPECIFIQUES | 20 |
| CHAPITRE IV : METHODOLOGIE | 21 |
| 1. DONNEES COLLECTEES | 21 |
| 2. METHODES DE COLLECTE DES DONNEES | 22 |
| 2.1. Sources des données | 22 |
| 2.2. Instruments de collecte des données | 25 |
| 3. ANALYSE DES DONNEES | 26 |

| | |
|---|----|
| CHAPITRE V : RESULTATS | 28 |
| 1. ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU RSI (2005) AU MAROC | 28 |
| 2. DEGRE D'IMPLICATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU RSI (2005) | 31 |
| 3. DONNES GENERALES SUR LE CSF AU MAROC | 35 |
| 3.1. Missions du CSF | 35 |
| 3.2. Fondements législatifs et réglementaires actuels | 35 |
| 3.3. Organisation et fonctionnement du CSF | 36 |
| 4. ANALYSE DU CSF AU NIVEAU OPERATIONNEL | 40 |
| 4.1. Ressources disponibles | 40 |
| 4.1.1. Locaux | 40 |
| 4.1.2. Ressources humaines | 41 |
| 4.1.3. Ressources matérielles | 42 |
| 4.1.4. Moyens de transport | 43 |
| 4.2. Organisation et fonctionnement des SCSF | 43 |
| 4.3. Fonctions assurées par les SCSF | 44 |
| 4.3.1. Contrôle d'hygiène et de salubrité des sites portuaires/aéroportuaires | 44 |
| 4.3.2. Surveillance épidémiologique des passagers/équipage | 47 |
| 4.3.3. Surveillance sanitaire des aéronefs/navires | 48 |
| 4.3.4. Lutte contre les vecteurs, réservoirs de maladies et autres sources de contamination | 49 |
| 4.3.5. Contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs, marchandises & cercueils | 50 |
| 4.3.6. Information/Education | 51 |
| 4.3.7. Communication | 52 |
| 4.3.8. Gestion des évènements pouvant constituer une USPPI | 53 |
| 4.4. Relations des SCSF avec leur environnement | 54 |
| 4.4.1. Relations internes | 54 |
| 4.4.2. Relations externes | 55 |

| | |
|--|----|
| 5. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES & MENACES | 58 |
| 5.1. FORCES | 58 |
| 5.2. FAIBLESSES | 58 |
| 5.3. OPPORTUNITES | 59 |
| 5.4. MENACES | 60 |
| CHAPITRE VI : DISCUSSION | 61 |
| 1. SYNTHESE ET INTERPRETATION DES PRINCIPAUX RESULTATS | 61 |
| 2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE | 67 |
| 3. RECOMMANDATIONS | 69 |
| CONCLUSION | 75 |
| ANNEXES | 77 |

LISTE DES TABLEAUX & FIGURES

Liste des tableaux

| | |
|---|-----------|
| Tableau 1 : Sept actions stratégiques pour servir de guide à la mise en oeuvre du RSI (2005) | 15 |
| Tableau 2 : Situation du personnel des SCSF arrêtée en Juin 2008 | 39 |
| Tableau 3: Locaux des SCSF | 40 |
| Tableau 4: Liste des équipements disponibles | 42 |
| Tableau 5: Moyens de transport disponibles au niveau des points d'entrée | 43 |
| Tableau 6 : Liste des moyens de communication disponibles | 52 |

Liste des figures

| | |
|--|-----------|
| Figure 1: Illustration de la stratégie de l'OMS pour la sécurité sanitaire mondiale | 5 |
| Figure 2 : Historique du RSI | 6 |
| Figure 3: Le « point focal national RSI » : Institution responsable pour gérer les relations avec l'OMS | 10 |
| Figure 4: Principales capacités requises pour la mise en oeuvre du RSI (2005) | 12 |
| Figure 5 : Cadre d'Analyse Organisationnelle du contrôle sanitaire aux frontières au Maroc | 26 |
| Figure 6 : Cadre de référence pour l'analyse des SCSF | 27 |
| Figure 7 : Organigramme du CSF | 38 |

LISTE DE ABREVIATIONS

- AMS : Assemblée Mondiale de la santé*
- ANP : Agence nationale des ports*
- CNRP: Centre national de radioprotection*
- CPE : Cellule Provinciale d'épidémiologie*
- CSF : Contrôle sanitaire aux frontières*
- DELM : Direction d'Epidémiologie et de lutte contre les maladies*
- DMT : Division des Maladies Transmissibles*
- FAO :Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture*
- IATA :Association Internationale de Transport Aérien*
- OACI : Organisation de l'Aviation Civile Internationale*
- OMC : Organisation Mondiale du Commerce*
- OMI : Organisation Maritime Internationale*
- OMS : Organisation mondiale de la santé*
- ONDA: Office national des aéroports*
- ORE : Observatoire régional d'épidémiologie*
- PCC : Poste de commandement central*
- RSI : Règlement sanitaire international*
- SCSF : Service de contrôle sanitaire aux frontières*
- SME : Service des maladies épidémiques*
- SRAS : Syndrome de détresse respiratoire aigue sévère*
- USPPI : Urgence de santé publique à portée internationale*

INTRODUCTION

Le Règlement sanitaire international (RSI), instrument juridique conçu pour assurer le maximum de protection contre la propagation internationale de maladies en évitant d'entraver le trafic international, a récemment fait l'objet d'une révision approfondie ^(1,2).

Fruit de négociations entre les Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le RSI révisé, appelé RSI (2005), est entré en vigueur le 15 juin 2007⁽³⁾. Il fixe des règles que les Etats doivent observer pour repérer et enrayer les flambées épidémiques, contient des dispositions et expose des procédures qui permettent à la communauté internationale d'agir en cas de risque ou d'urgence pour la santé publique. Son champ d'application s'étend désormais à toutes les Urgences de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI), qu'il s'agisse d'épidémies naturelles, accidentelles ou délibérées, d'accidents biochimiques ou radioactifs ⁽⁴⁾.

Le RSI (2005) adopte une nouvelle approche. En effet, pour la première fois, le RSI considère le développement des capacités nationales des systèmes de santé comme domaine clé pour faire face aux menaces qui peuvent compromettre la sécurité sanitaire internationale ^(5,6,7).

Les États Parties disposent d'un délai maximum de deux ans à compter de l'entrée en vigueur du Règlement (soit jusqu'en juin 2009) pour évaluer la capacité des structures et des ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions prévues par le RSI (2005) et élaborer des plans d'action nationaux et d'un délai maximum de cinq ans (soit jusqu'en juin 2012) pour exécuter ces plans d'action afin que les capacités requises soient en place et opérationnelles ⁽⁴⁾.

Ainsi, en vertu du RSI (2005), notre pays comme tous les Etats membres de l'OMS est appelé à évaluer puis à renforcer ses capacités essentielles nécessaires à la notification, l'évaluation et la réaction rapide aux risques de santé publique et aux USPPI.

L'atteinte de cet objectif reste tributaire non seulement du renforcement des systèmes nationaux de prévention, de surveillance, de lutte et d'action mais aussi du renforcement de la sécurité sanitaire en matière de voyages et de transport car la lutte contre la maladie au passage des frontières demeure un élément fondamental et incontournable du Règlement ^(5,8). Ceci impose l'organisation et le renforcement des structures du contrôle sanitaire aux frontières (CSF) compte tenu des nouvelles dispositions prévues par le RSI (2005).

Dans ce contexte et en contribution au travail d'évaluation des capacités nationales requises, exigé au niveau des points d'entrée, la présente étude a été commanditée par le Service des Maladies épidémiques (SME) relevant de la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM). Elle se propose de mener une analyse organisationnelle et fonctionnelle des services de contrôle sanitaire aux frontières (SCSF) implantés au niveau des différents points d'entrée du Maroc.

Mené en concertation avec des intervenants à différents niveaux du système de santé, ce travail est structuré en trois principales parties : la première fournit quelques indications générales sur le RSI ; la seconde partie présente l'état des lieux et les principales capacités existantes au niveau de certains SCSF et en dernier lieu, la partie discussion consacrée à l'interprétation des principaux résultats pour aboutir à la description de quelques perspectives d'amélioration pouvant permettre de répondre aux requêtes du RSI (2005) à satisfaire au niveau des points d'entrée.

CHAPITRE I : LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

1. QU'EST-CE QUE LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI) ?

Le RSI est un instrument de droit international, adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS), définissant les droits, obligations et procédures permettant de garantir la sécurité sanitaire internationale sans perturber inutilement les voyages et le commerce internationaux ^(9,10).

2. BREF APERÇU HISTORIQUE

La sécurité sanitaire constitue depuis longtemps un souci majeur pour l'humanité. Les épidémies de choléra qui ont dévasté l'Europe entre 1830 et 1847 ont servi de catalyseurs pour d'intenses activités diplomatiques en matière de maladies infectieuses ainsi que pour une vaste **collaboration internationale** dans le domaine de la santé publique. La première Conférence Sanitaire Internationale est alors organisée à Paris en 1851 ^(11,12).

Entre 1851 et 1900, huit conventions sur la propagation transfrontières des maladies infectieuses sont négociées et des organisations internationales sont créées pour appliquer ces conventions au début du XX^e siècle (Bureau sanitaire international USA, Office international d'hygiène publique EU et Bureau sanitaire Société des Nations Genève) ^(10,11).

En 1948, la Constitution de l'OMS entre en vigueur et le premier RSI est adopté par les Etats membres de cette organisation en 1951. Son objectif initial était d'aider à surveiller et combattre six maladies infectieuses graves: le choléra, la peste, la fièvre jaune, la variole, la fièvre récurrente et le typhus ⁽¹⁰⁾.

Ce premier RSI est remplacé en 1969 par un nouveau texte adopté par la 22^{ème} AMS au terme duquel, seuls le choléra, la peste et la fièvre jaune restaient à déclaration obligatoire ⁽¹³⁾.

En 1973, Le RSI (1969) subit quelques modifications par la 26^{ème} AMS notamment en ce qui concerne les dispositions relatives au choléra ⁽¹³⁾.

En 1981, la 34^{ème} AMS l'a de nouveau légèrement modifié compte tenu de l'éradication mondiale de la variole ⁽¹³⁾.

A partir des années 90, le monde assiste à la résurgence et l'extension géographique de quelques maladies infectieuses épidémiques anciennes tels le choléra au Pérou et la peste en Inde ainsi que l'émergence de nouveaux agents infectieux comme la fièvre hémorragique d'Ebola en République démocratique du Congo ⁽¹⁴⁾. Les Etats sont de plus en plus préoccupés par les menaces que représentent les conséquences sanitaires des conflits armés, les catastrophes naturelles technologiques et industrielles et le bioterrorisme ⁽¹²⁾.

De plus, l'augmentation du trafic et le développement du commerce internationaux font que les risques liés aux urgences de santé publique restent rarement contenus en deçà des frontières nationales ⁽¹¹⁾. Face à ces changements, la 48^{ème} AMS a appelé, en mai 1995, à une révision substantielle du RSI ⁽¹⁵⁾.

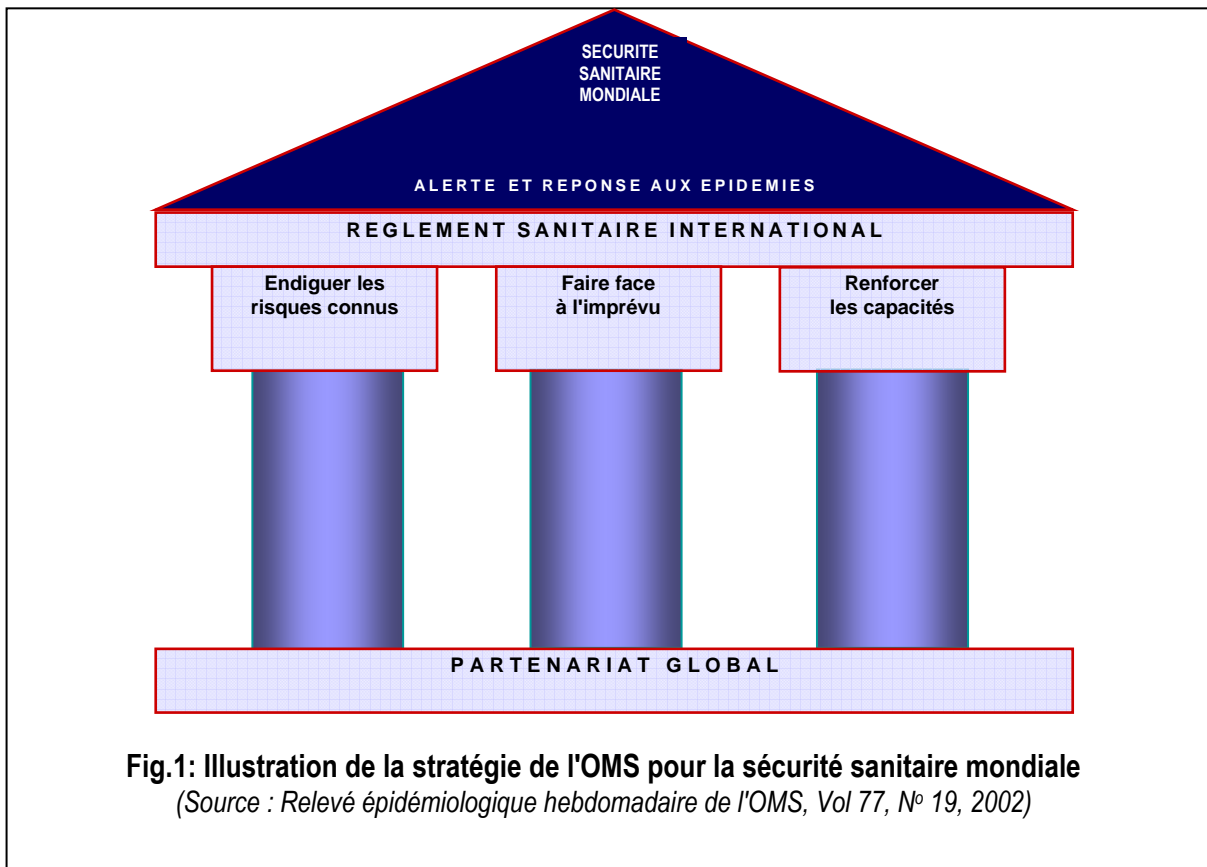
3. PROCESSUS DE REVISION DU RSI (2005)

Le processus de révision du RSI (2005) a été lancé à partir de 1995 ⁽¹⁶⁾. Après d'importants travaux préliminaires menés en consultation avec les Etats Membres et des organisations internationales (Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI), Organisation Mondiale du Commerce (OMC), Organisation Maritime Internationale (OMI), Association Internationale de Transport Aérien (IATA), Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), Codex Alimentarius), l'AMS adopte en mai 2001 la résolution intitulée **“Sécurité sanitaire mondiale: alerte et action en cas d'épidémie”**, dans laquelle l'OMS était priée d'aider ses Etats membres à renforcer leurs capacités à détecter les menaces de maladies transmissibles et à réagir rapidement en cas d'urgences ⁽¹⁷⁾.

Compte tenu de ce que la vulnérabilité à ces menaces est universelle, la sécurité sanitaire constitue un enjeu de santé publique dont l'amélioration exige une solidarité mondiale. Dans ce cadre, la stratégie de l'OMS lancée pour assurer la Sécurité Sanitaire Mondiale, est fondée sur un partenariat global et elle est menée sous l'égide du RSI (*figure 1*).

Cette stratégie repose sur trois piliers :

- Des programmes spécifiques de lutte contre les maladies épidémiques connues,
- Un réseau international d'alerte et d'action prêt à agir rapidement partout dans le monde lorsque survient une épidémie,
- Et un programme de renforcement des capacités nationales d'alerte et d'action en cas d'épidémie.



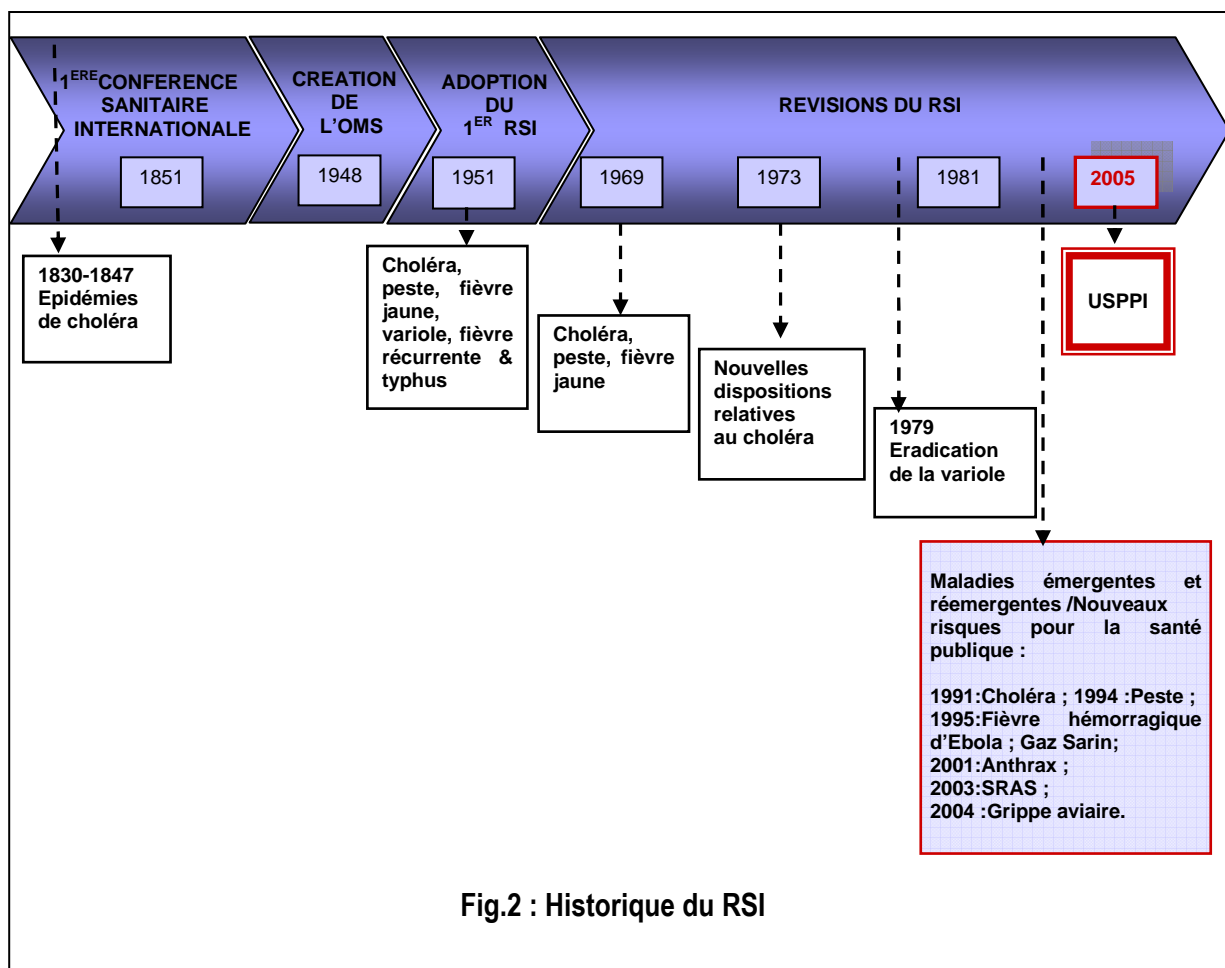
La survenue de la flambée du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 a représenté une véritable crise sanitaire, sociale, politique et économique majeure : 8422 cas, près de 800 personnes décédées, 30 pays touchés avec effondrement du trafic aérien et perte économique de 60 milliards US \$ dans le monde. Les Etats sont alors convaincus de la nécessité et de l'urgence de mettre en place une défense collective et coordonnée contre les nouvelles menaces pour la santé publique, donnant ainsi l'élan nécessaire pour mener à bien le

processus de révision du RSI ^(11,12). Ainsi, en Mai 2003, l'AMS a constitué un groupe de travail intergouvernemental (IGWG) qui s'est réuni à deux reprises (Novembre 2004 et Février/mai 2005) dans le but d'approuver un texte final à soumettre à l'AMS ⁽¹⁸⁾.

Le RSI (2005) est adopté le 23 mai 2005 lors de la 58^{ème} AMS, faisant suite à une dizaine d'années de travaux de révision ⁽³⁾.

En mai 2006, la 59^{ème} AMS invite les Etats Membres de l'OMS à appliquer une année plus tôt et sur une base volontaire certaines dispositions du texte révisé pour faire face à la menace de grippe pandémique ⁽¹⁹⁾. Le RSI (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007.

Le schéma ci après synthétise l'historique du RSI.



4. OBJET, PORTEE ET PRINCIPES DU RSI (2005)

L'objet et la portée du RSI (2005) consistent *"à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux"* (Article 2 du RSI (2005)).

Cette action est menée dans le respect d'autres règles de droit international et accords internationaux; le Règlement doit être mis en oeuvre *"en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales"* et en étant guidé par *"le souci de son application universelle en vue de protéger l'ensemble de la population mondiale de la propagation internationale des maladies"* (Article 3 du RSI (2005)).

5. PRINCIPAUX CHANGEMENTS INTRODUIITS PAR LE RSI (2005)

Les changements introduits par le RSI (2005) ont pour objectif de pallier aux limites du RSI (1969) ^(20,21), liées principalement à sa portée étroite, à sa dépendance à l'égard de la déclaration officielle des pays et enfin à l'absence d'un mécanisme formel coordonné internationalement pour contenir la propagation internationale des maladies.

5.1. Concept « Urgence de santé publique de portée internationale »

Avec le RSI (2005), on étend la portée de la défense collective de trois maladies à déclaration obligatoire à tous les types d'urgences pouvant avoir des répercussions sanitaires internationales (flambées de pathologies émergentes, de maladies à tendance épidémique, de maladies d'origine alimentaire, événements de nature chimique ou radio nucléaire, accidentels ou provoqués délibérément) ⁽¹⁰⁾.

Une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) est définie comme étant un événement de santé publique extraordinaire dont il est déterminé, par des procédures particulières qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres Etats en raison du risque de propagation internationale de maladies et qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ⁽⁴⁾.

5.2. Nouvelles exigences en matière de notification

Une innovation fondamentale du RSI (2005) est l'obligation pour tous les pays au moment où se produit un événement de santé publique qui peut constituer une USPPI, d'interagir activement et collectivement avec l'OMS pour partager les informations, évaluer les risques, recommander et mettre en oeuvre des mesures de santé publique ^(10,21).

Le RSI (2005) exige des Etats qu'ils notifient à l'OMS tous les événements pouvant constituer une USPPI en tenant compte du contexte dans lequel ils se produisent et au plus tard 24 heures après les avoir évalués à l'aide d'un instrument de décision (*Annexe 1*). Cet instrument fixe quatre critères pour la notification: Gravité des répercussions de l'événement de santé publique, événement inattendu ou inhabituel, risque de propagation internationale et risque de restriction aux voyages ou aux échanges internationaux ⁽⁴⁾.

Aux termes du RSI (2005), la présence d'un cas d'une de ces quatre maladies ⁽²²⁾ doit être systématiquement notifiée à l'OMS:

- ▶▶ Variole,
- ▶▶ Poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage,
- ▶▶ Grippe humaine causée par un nouveau sous-type,
- ▶▶ SRAS.

Les autres événements pouvant constituer une USPPI devraient toujours être évalués à l'aide de l'instrument de décision sus présenté et ne seront notifiés que s'ils correspondent aux critères qui y sont indiqués.

Dans le cas où les États Parties ne sont pas en mesure de parvenir à une décision certaine à l'aide de cet instrument de décision, ils peuvent entamer des consultations **confidentielles** avec l'OMS et solliciter ses conseils sur l'évaluation de l'événement et les mesures sanitaires à prendre. La confidentialité et l'assurance d'une collaboration technique en temps utile devraient créer un climat incitant davantage les Etats Membres à contacter l'OMS lorsqu'ils soupçonnent une USPPI ⁽²²⁾.

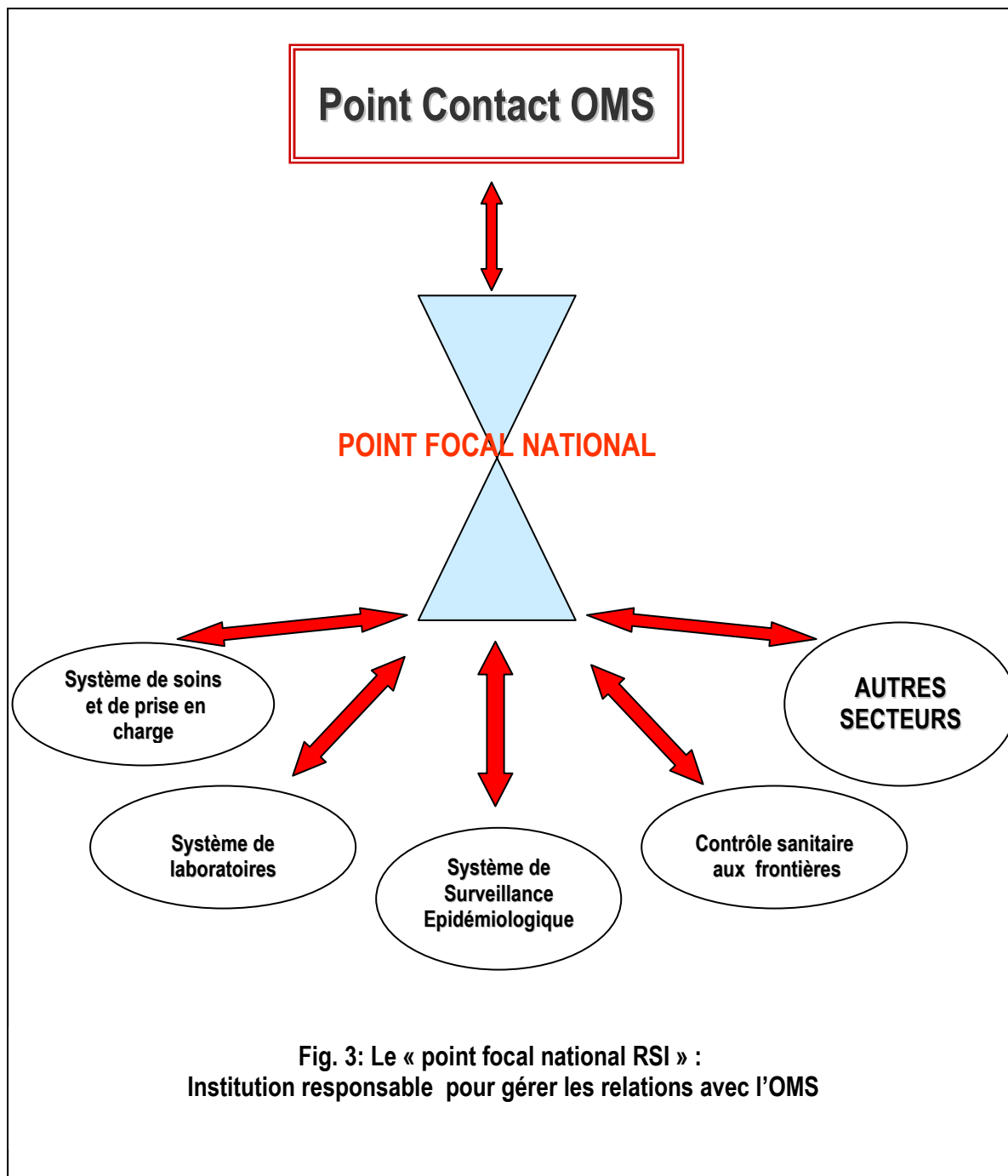
L'OMS a également pour obligation de chercher à vérifier les rapports non officiels relatifs à des événements susceptibles d'avoir des implications internationales. Les États Parties sont tenus, aux termes du RSI (2005), de répondre et de réagir en temps opportun aux demandes de vérification de l'OMS et aussi de l'informer des données établissant l'existence de risques pour la santé publique en dehors de leur territoire pouvant être à l'origine de la propagation internationale de maladies ⁽²²⁾. Ceci permettra une communication adéquate et précoce avec l'OMS afin que celle-ci assure une collaboration technique appropriée pour prévenir efficacement de telles urgences ou pour enrayer les flambées épidémiques, ainsi que pour informer, dans certaines circonstances précises, d'autres États sur les risques de santé publique encourus lorsque des mesures sont nécessaires de leur part.

5.3. Points focaux nationaux RSI et points de contact RSI à l'OMS

L'importante nouveauté du RSI (2005) réside dans le fait que, les notifications et autres communications urgentes des États parties relatives au RSI doivent être transmises par les points focaux nationaux RSI aux points de contact RSI à l'OMS, disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept ^(2,22). Ceci ne peut que faciliter l'échange d'informations entre l'OMS et ses États Membres.

Le point focal national RSI (PFN) est responsable d'une part de diffuser, auprès des secteurs compétents, les informations de l'OMS sur les risques et mesures à prendre et d'autre part, de rassembler et d'évaluer les informations communiquées par ces secteurs ⁽²³⁾ (*figure 3*).

Le réseau des PFN permettra à tout moment, par une procédure rapide et efficace, de communiquer à l'OMS tout risque de propagation de maladies infectieuses.



5.4. Mesures recommandées par l'OMS pour faire face aux USPPI

Le RSI (2005) établit également les procédures à suivre en cas d'USPPI ^(9,10). Seul le Directeur général de l'OMS est habilité à déterminer l'existence d'une telle situation, mais uniquement après avoir consulté un comité d'urgence composé d'experts du RSI, avant de formuler des recommandations temporaires pour l'application des mesures de santé appropriées pour prévenir la propagation internationale de maladies et entraver le moins possible le trafic international. Des recommandations permanentes peuvent également être formulées en cas de risques spécifiques durables pour la santé publique et sont destinées à être mises en œuvre de manière systématique ou périodique ⁽⁴⁾.

5.5. Renforcement des capacités nationales essentielles

Pour la première fois, le RSI demande aux pays d'évaluer et de renforcer leurs capacités nationales de santé publique essentielles pour la surveillance et la riposte en ayant recours aux ressources nationales existantes ^(5,7).

Aujourd'hui, la sécurité sanitaire de tous les pays dépend de la capacité de chacun d'eux d'agir efficacement et de contribuer à la sécurité de tous les autres. Pour cela, il est nécessaire de disposer de systèmes nationaux de santé solides, capables de maintenir une surveillance active des maladies et des événements de santé publique, de mener des investigations rapides de ces événements, d'évaluer les risques pour la santé publique, de partager les informations, et de mettre en œuvre des mesures de lutte adéquates pour garantir une meilleure sécurité sanitaire aux niveaux national et international (*figure 4*).



Fig.4: Principales capacités requises pour la mise en oeuvre du RSI (2005) ^a

^a Annexes I A et I B, pp53-55 du RSI (2005).

En conclusion, le RSI (2005) représente un changement majeur lorsque nous le comparons au RSI (1969). En effet, il a non seulement été actualisé et adapté pour élargir la couverture des maladies et tenir compte des progrès techniques (biotechnologie, systèmes de surveillance, technologies de l'information) mais aussi, il a introduit de nouveaux concepts transformant ainsi l'ancien Règlement passif en un ensemble de règles proactives avec des procédures et des responsabilités bien définies entre l'OMS et les Etats Parties, destinées à soutenir le système mondial d'alerte et d'intervention pour répondre aux problèmes de santé publique internationaux du XXI^e siècle.

6. PRINCIPALES OBLIGATIONS DES ETATS PARTIES

Le RSI (2005) définit plusieurs nouvelles obligations pour les Etats Parties qui sont tenus de ^(3,24,25):

- ▶▶ Nommer une institution responsable dite « point focal national RSI » pour gérer les relations avec l'OMS en cas d'évènement de santé publique pouvant avoir une portée internationale.
- ▶▶ Renforcer et maintenir les capacités nécessaires pour détecter, notifier certains événements représentant un risque de santé publique ou susceptibles de constituer une USPPI et y répondre rapidement.
- ▶▶ Etablir un mécanisme de coordination et de réponse aux épidémies pour valider les informations, évaluer les risques et organiser la réponse. Cette coordination devra inclure tous les secteurs concernés (forces de police, services vétérinaires, transport, commerce, tourisme).
- ▶▶ Répondre aux demandes de vérification des informations relatives à des événements pouvant constituer une USPPI.

- ▶▶ Evaluer les événements sanitaires se produisant sur leur territoire à l'aide de l'instrument de décision et notifier à l'OMS dans les 24 heures tous ceux qui pourraient constituer une USPPI.
- ▶▶ Assurer les services et les activités d'inspection et de contrôle systématiques dans les aéroports internationaux, les ports et aux postes frontières pour éviter la propagation internationale des maladies.
- ▶▶ Mettre en oeuvre les mesures appropriées recommandées par l'OMS.
- ▶▶ Collaborer avec les autres Etats Parties et avec l'OMS à la mise en oeuvre du RSI (2005).
- ▶▶ Respecter les délais prévus par le RSI (2005). En effet, les Etats Parties sont tenus de respecter les dispositions en matière de capacités de base au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur du Règlement. Le calendrier suivant a été approuvé :
 - Dès le 15 juin 2007, les Etats Parties ont deux ans pour évaluer leurs structures et leurs ressources nationales et élaborer des plans nationaux d'action ;
 - Dès le 15 juin 2009, les Etats Parties ont trois ans pour que les capacités requises soient présentes et opérationnelles.

La responsabilité de la mise en oeuvre du RSI (2005) incombe à l'OMS et à tous les Etats liés par le Règlement. Chaque Etat, par l'intermédiaire de tous ses secteurs, ministères, niveaux et fonctionnaires, est responsable de l'application du RSI (2005) sur le plan national. L'OMS collaborera avec les Etats pour les aider à mettre le Règlement en application.

Bien que le RSI (2005) ne prévoit pas de mécanismes de contrainte en tant que tel pour les Etats qui ne respecteront pas ses dispositions, les conséquences potentielles de ce non respect constituent en elles-mêmes un outil puissant de dissuasion. Les meilleures incitations au respect de ces dispositions sont probablement la "pression des pairs" et l'opinion publique. Les conséquences du non respect des dispositions peuvent notamment être une image internationale ternie, une morbidité/mortalité accrue dans les populations touchées, des restrictions unilatérales aux voyages et aux échanges commerciaux, des perturbations économiques et sociales, ainsi que l'indignation publique.

7. LE CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES : UN DOMAINE DE TRAVAIL POUR LA MISE EN ŒUVRE DU RSI (2005)

7.1. Domaines de travail liés au RSI (2005)

En temps que cadre légal transversal, la mise en oeuvre du RSI (2005) fait intégralement partie de la stratégie générale de l'OMS ^a. A cet effet, sept domaines d'activité sont identifiés pour guider la mise en oeuvre du RSI (2005) ^(5,26) comme le montre le tableau 1 ci après.

Tableau 1 : Sept actions stratégiques pour servir de guide à la mise en oeuvre du RSI (2005)

(Source:OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2007: La sécurité sanitaire internationale au XXI^{ème} siècle, un avenir plus sûr)

| | Actions stratégiques | Objectifs |
|--|---|---|
| PARTENARIAT MONDIAL | | |
| 1 | Encourager les partenaires mondiaux | L'OMS, tous les pays et secteurs intéressés (par exemple la santé, l'agriculture, les transports, le commerce, l'éducation et la défense) sont au courant de la nouvelle réglementation et collaborent pour apporter le meilleur soutien technique possible et, le cas échéant, mobiliser les ressources nécessaires en vue de l'application effective du RSI (2005). |
| RENFORCER LES CAPACITES NATIONALES | | |
| 2 | Renforcer les systèmes nationaux de surveillance et de prévention des maladies, ainsi que les moyens de lutte et d'intervention | Chaque pays évalue ses ressources nationales en matière de surveillance et d'intervention et élabore des plans nationaux d'action afin de respecter et de mettre en oeuvre les prescriptions du RSI (2005), permettant ainsi de détecter rapidement les risques de propagation internationale des maladies et d'y faire face sans délai. |
| 3 | Renforcer la sécurité sanitaire pendant les voyages et les transports | La mise en place, dans tous les pays, de mesures et de moyens d'intervention efficaces et permanents en matière de santé publique dans un certain nombre d'aéroports, de ports et de postes frontières permet de réduire au minimum le risque de propagation internationale des maladies. |
| PREVENIR LES URGENCES INTERNATIONALES DE SANTE PUBLIQUE ET Y FAIRE FACE | | |
| 4 | Renforcer les systèmes mondiaux d'alerte et d'intervention de l'OMS | Action coordonnée efficace conduite en temps voulu face aux risques menaçant la santé publique internationale ou aux urgences de santé publique de portée internationale. |
| 5 | Renforcer la gestion de certains risques particuliers | Gestion systématique, aux niveaux national et international, des risques qui constituent une menace notoire pour la sécurité sanitaire, tels que la grippe, la méningite, la fièvre jaune, le SRAS, la poliomyélite, la contamination des denrées alimentaires ainsi que les substances chimiques et radioactives. |
| QUESTIONS JURIDIQUES ET SUIVI | | |
| 6 | Appuyer les droits, obligations et les procédures | Les nouveaux mécanismes juridiques exposés dans le Règlement sont intégralement mis en place et confirmés : l'ensemble des professions qui sont parties prenantes à la mise en oeuvre du RSI (2005) saisissent parfaitement quels sont les nouveaux droits, obligations et procédures qui figurent dans le règlement et y apportent leur appui. |
| 7 | Effectuer des études et suivre les progrès réalisés | Des indicateurs sont définis et régulièrement recueillis afin de suivre et d'évaluer le degré d'application du RSI (2005) aux niveaux nationale et internationale. Le Secrétariat de l'OMS rend compte des progrès accomplis à l'Assemblée mondiale de la Santé. Des études spéciales sont proposées afin de faciliter et d'améliorer l'application du Règlement. |

^a Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme, Genève, OMS, 2007

7.2. Dispositions du RSI (2005) relatives aux points d'entrée

Le renforcement de la sécurité sanitaire en matière de voyages et de transport est l'un des domaines clés dans la lutte contre la propagation internationale des maladies ⁽⁵⁾. C'est pour cela que plusieurs dispositions mises à jour du RSI (2005) s'appliquent aux ports, aéroports et postes frontières terrestres désignés, afin de garantir des mesures de santé publique efficaces et permanentes et une capacité de réaction face aux USPPI ^(3,7,27).

7.2.1. Désignation des points d'entrée

Les États Parties sont tenus de désigner les ports et les aéroports internationaux ainsi que les postes frontières terrestres qui doivent acquérir les capacités indispensables à l'application des mesures de santé publique requises pour faire face à différents risques pour la santé publique.

7.2.2. Evaluation des capacités requises (Annexe 2)

Certaines capacités minimales obligatoires sont énoncées pour les points d'entrée internationaux désignés par les pays. Ces capacités comprennent :

- ▶▶ L'accès à des services médicaux appropriés (disposant de moyens diagnostiques),
- ▶▶ Le transport des voyageurs malades,
- ▶▶ Un personnel qualifié pour l'inspection des navires, des aéronefs et autres moyens de transport,
- ▶▶ L'hygiène des services,
- ▶▶ Des plans et des installations pour appliquer les mesures d'urgence telle que la mise en quarantaine.

7.2.3. Documents sanitaires nouveaux et actualisés

Le RSI (2005) prévoit l'utilisation immédiate d'une série de documents sanitaires nouveaux ou révisés aux points d'entrée. Il s'agit de:

» *Les certificats sanitaires de navire*

Dans le RSI (2005), le certificat de dératisation et le certificat d'exemption de la dératisation, sont remplacés par un certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire et un certificat de contrôle sanitaire de navire qui couvrent un éventail plus large de risques pour la santé publique à bord des navires de mer (*Annexe 3*).

» *La Déclaration maritime de santé*

La déclaration maritime de santé a été actualisée pour tenir compte du champ d'application plus large du RSI (2005) ainsi que des normes techniques et des terminologies actuellement adoptées (*Annexe 4*).

» *La partie relative aux questions sanitaires de la déclaration générale d'aéronef*

Il s'agit d'un document qui fait partie de la déclaration générale d'aéronef promulguée par l'OACI qui est une agence du système des Nations Unies. Cette déclaration générale d'aéronef est entrée en vigueur le 15 Juillet 2007(*Annexe 5*).

» *Le certificat international de vaccination ou certificat attestant l'administration d'une prophylaxie*

Ce certificat remplace le certificat international de vaccination ou de revaccination contre la fièvre jaune.

La fièvre jaune reste la seule maladie expressément désignée par le RSI (2005) pour laquelle une preuve de vaccination ou de prophylaxie peut être exigée des voyageurs comme condition d'entrée dans un Etat.

Aux termes du RSI (2005), chaque Etat doit désigner au moins un centre de vaccination contre la fièvre jaune mais il n'est plus tenu de limiter la délivrance des certificats de vaccination contre la fièvre jaune à un tel centre désigné officiellement. Le vaccin contre la fièvre jaune utilisé doit être approuvé par l'OMS. Celle-ci ne tient plus de liste de centres de vaccination préposés à l'administration du vaccin contre la fièvre jaune et à la délivrance de certificats internationaux de vaccination ou de revaccination contre la fièvre jaune.

CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE

Le RSI (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007 et l'OMS soulève le souci de l'insuffisance de préparation des pays pour la mise en application des dispositions de ce règlement ^(11,12).

Le Maroc, par sa situation géographique et son ouverture sur l'ensemble des pays du monde, est accessible par différentes voies terrestres, maritimes et aériennes. Il est de ce fait, confronté à différentes menaces pour la santé publique qui risquent d'entrer ou de sortir du pays. Ce risque est d'autant plus important avec la croissance des voyages internationaux et du commerce extérieur observée au cours de ces dernières années. En effet, en 2005, le secteur aéroportuaire au Maroc, a enregistré près de 7 125 250 passagers pour le trafic international^a. Le secteur portuaire a également connu un trafic important de passagers avec 4 155 000 entrées et 2 031 295 sorties^b.

Le Maroc est également un centre dynamique du commerce international. Il a enregistré en 2005, un volume global de commerce extérieur de près de 26 milliards d'Euros avec des exportations se chiffrant à 9,2 milliards d'Euros et des importations à 16,76 milliards d'Euros. Ces entrées et sorties de marchandises sont réparties en 55842,69 tonnes pour le fret aérien et 67515 KT pour le trafic commercial portuaire^c.

Par ailleurs, la "Vision 2010" du secteur du tourisme qui ambitionne atteindre le nombre de 15,6 millions de passagers aériens internationaux par an ^d ainsi que la politique de développement du commerce extérieur^e, impliquent une série d'enjeux en matière de sécurité

^a Ministère de l'Équipement et du Transport. Le secteur aéroportuaire en chiffres 2005 <http://www.mtpnet.gov.ma/MET_New/Fr/MenuHautPrincipal/statistiques/Aeroportuaire.htm> et <www.onda.ma/onda/fr>

^b Ministère de l'Équipement et du Transport. Secteur portuaire en chiffres 2005 <http://www.mtpnet.gov.ma/MET_New/Fr/MenuHautPrincipal/statistiques/portuaire.htm>

^c Le point du commerce extérieur <www.mce.gov.ma/flash_info/Article-12-07.pdf>

^d Ministère de l'Équipement et du Transport. Libéralisation du secteur aérien <http://www.equipementtransport.gov.ma/MET_New/fr/MenuServices/Dossiers/Réformes/Libéralisation+du+secteur+aérien.htm>

^e Ministère du commerce extérieur. Politique de développement du commerce extérieur <www.mce.gov.ma>

sanitaire aussi bien nationale qu'internationale compte tenu du contexte épidémiologique mondial actuel.

Des mesures systématiques de santé publique appliquées au niveau des points d'entrée sont susceptibles de prévenir la propagation des risques de santé publique ce qui rend le CSF un domaine de travail important pour la mise en œuvre du RSI (2005) ⁽⁵⁾.

Le SME, entité administrative qui gère le dossier du RSI (2005) sous l'égide de la chefferie de la Division des Maladies Transmissibles (DMT), a commandité cette étude dans le cadre de l'évaluation et du renforcement des capacités temporaires et permanentes au niveau des SCSF.

Le Maroc, comme tous les Etats membres est tenu de respecter les délais fixés pour évaluer ses structures et ses ressources nationales existantes puis élaborer un plan d'action national afin de satisfaire aux prescriptions du RSI (2005) d'ici 2012.

C'est pour cela que, le Ministère de la Santé, par le biais de la DELM a prévu en 2008, l'évaluation des capacités nationales requises pour la mise en application des dispositions de ce règlement et l'élaboration d'ici 2009 d'un plan national pour le renforcement de ces capacités. La présente étude se propose de s'inscrire dans ce contexte.

CHAPITRE III : OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. OBJECTIF GENERAL

Contribuer à l'évaluation des capacités nationales requises pour la mise en œuvre du RSI (2005) au niveau des points d'entrée au Maroc (ports, aéroports et postes frontières terrestres).

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- ④ Procéder à une analyse organisationnelle et fonctionnelle des SCSF:
 - Décrire les structures du CSF.
 - Identifier les différents intervenants au niveau du CSF (Effectif, profils, rôles).
 - Décrire les ressources matérielles, logistiques et financières disponibles.
 - Décrire les relations fonctionnelles de ces services avec les autres entités impliquées.

- ④ Identifier les Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du CSF.

- ④ Proposer des recommandations pour l'élaboration d'un plan de réorganisation des SCSF en vue de répondre aux nouvelles exigences du RSI (2005).

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée en étroite collaboration avec l'équipe du SME relevant de la DELM, dans le cadre d'un processus de planification stratégique menée selon une perspective d'intégration entre l'organisation et son environnement ^(28,29,30)(Annexe 6).

L'analyse de l'organisation et de l'environnement du CSF au Maroc, se fixe pour objectif de mettre en évidence les facteurs internes et externes pouvant aider ou entraver la mise en application des nouvelles dispositions du RSI (2005) relatives au CSF.

1. DONNEES COLLECTEES

Les principaux points à examiner au cours de cette étude ont été fixés en commun accord avec les commanditaires de l'étude. Notre préoccupation était de répondre aux besoins en matière d'information les plus pertinents pour les décideurs, afin de leur permettre de prendre une décision éclairée pour élaborer un plan d'action national de renforcement des SCSF. Pour cela, nous avons utilisé le cadre d'évaluation organisationnelle connu sous le nom de *Cadre Universalis / CDRI* ^(31,32) (Annexe 7), qui nous a guidé pour déterminer les questions à poser. Ces questions ont concerné les aspects suivants :

» La motivation organisationnelle

- ✦ Préciser les missions assignées aux SCSF.
- ✦ Identifier les mesures incitatives existantes au profit du personnel.

» La capacité organisationnelle

- ✦ Structure : Décrire la gouvernance (cadre législatif, processus de prise de décision, lien avec l'extérieur) et le fonctionnement (rôles et responsabilités, mécanismes de coordination au niveau provincial et national en tant que système) dans le cadre du CSF.
- ✦ Ressources humaines : Préciser les effectifs, les compétences, la formation, les rôles et responsabilités du personnel travaillant dans le CSF.

- ✦ Infrastructure opérationnelle : Répertoire le matériel et les équipements disponibles au niveau des SCSF et préciser le type de système d'information utilisé.
- ✦ Analyser les processus organisationnels.
- ✦ Décrire les liens avec les partenaires internes et externes.

▶▶ **Le contexte de la mise en application du RSI (2005)**

- ✦ Déterminer le cadre réglementaire et législatif organisant le CSF au niveau national.
- ✦ Identifier les principaux intervenants concernés par la mise en œuvre du RSI (2005) et leurs rôles : Système de santé (Laboratoires, Observatoires régionaux de santé ORE, Hôpitaux) et autres secteurs (Transport, Tourisme, Agriculture, Douane, Police).

2. METHODES DE COLLECTE DES DONNEES

2.1. Sources des données

- ▶▶ *Site web de l'OMS* : La consultation régulière de ce site, tout au long de l'avancement de l'étude, a permis d'accéder aux documents proposés par l'OMS pour guider la mise en œuvre du RSI (2005) et de cadrer les différentes rubriques du travail mené compte tenu des actualités sur l'évaluation des capacités requises au niveau des points d'entrée.
- ▶▶ *Bases de données bibliographiques* à la recherche des documents produits sur le RSI (2005) et sur le contrôle sanitaire aux frontières entre 2005 et 2008, en langues française et anglaise. Il s'agit de deux bases de données :
 - ✦ Base de données Santé Publique (BDSP) produite par l'Ecole Nationale de Santé Publique (Rennes, France).
 - ✦ Base de données Pubmed produite par le National Center for biotechnology information (NCBI).
- ▶▶ *Documents fournis par l'équipe du SME* (Compte rendu de réunions et de séminaires, ateliers de formation, fiches techniques et rapports d'activités).
- ▶▶ *Base de données de la Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC)* : à la recherche des textes législatifs et réglementaires.

►► *Personnes ressources au niveau du Ministère de la santé, Délégations préfectorales, OMS, Ministère de l'équipement et du transport et l'Office National des Aéroports (ONDA)* dans le but de compléter les informations concernant le CSF et de renforcer la validité des conclusions tirées (*Annexe 8*).

►► *Observation directe sur le terrain :*

Le but des visites au niveau des SCSF était de documenter la situation du CSF et de compléter les renseignements déjà obtenus, par de nouvelles données du terrain moyennant l'observation directe et les entretiens avec des personnes du terrain.

✦ **Choix des sites** : Il a été principalement dicté par l'importance du trafic international enregistré au niveau de ces points d'entrée par rapport au niveau national.

(1) Les aéroports ^a:

→ *L'aéroport Mohamed V de Casablanca* : L'importance de son trafic international est à l'origine de ses particularités. Il est placé au premier rang au niveau national et au niveau du Maghreb.

→ *L'aéroport Ibn Battouta de Tanger* : Il est considéré comme la principale plate-forme de la zone nord. Il occupe un rang important (4^{ème}) parmi les aéroports du Royaume. Il sera amené à connaître une affluence considérable due non seulement à l'évolution de l'activité touristique prévue pour l'échéance 2010, mais également aux mouvements générés par la réalisation de grands projets en cours d'édification dans la région à savoir le port Tanger méditerranéen (Tanger Méd.) et les zones franches.

→ *L'aéroport de Rabat-Salé* : Avec 260 932 passagers et 1237 tonnes de Fret enregistrés en 2007, cet aéroport est classé 7^{ème} parmi les aéroports du royaume. Il est le chantier d'un important projet d'extension au terme duquel sa capacité d'accueil annuelle passera de 700 000 actuellement à 1 750 000 passagers.

^a Ministère de l'Équipement et du Transport. *Le secteur aéroportuaire en chiffres 2005*
<http://www.mtpnet.gov.ma/MET_New/Fr/MenuHautPrincipal/statistiques/Aeroportuaire.htm>
<www.onda.ma/onda/fr.>

(2) Les ports ^b:

✈ *Le port de Casablanca* : Avec 54% du trafic portuaire national, il est le premier port du Maroc et le quatrième d'Afrique. Il traite chaque année plus de 20 millions de tonnes de marchandises et 500 000 conteneurs.

✈ *Le port de Tanger* : Il est le premier port du royaume à traiter les passagers et le premier port marocain spécialisé dans le Trafic de Transport International Routier (TIR).

✦ **Déroulement des visites**

Les visites ont été organisées après accord des responsables au niveau du Ministère de l'Équipement et du Transport, informés préalablement par écrit puis autorisation par le délégué du Ministère de la Santé dont relève le SCSF visité.

Une durée d'une journée a été consacrée pour chaque site. Un rendez vous était fixé au préalable par contact téléphonique avec chacun des responsables des SCSF.

Au début de chaque visite, nous procédions à une présentation détaillée des objectifs de l'étude. Le recueil des données s'est fait sur la base d'une grille d'analyse préconçue, remplie au fur et à mesure en se basant sur les entretiens avec les responsables des SCSF, la consultation des supports d'information (Rapports d'activités, tableaux de bord) et l'observation directe.

▶▶ *Participation à la réunion inter pays pour les responsables de l'élaboration des politiques, les décideurs et le personnel technique consacrée à la grippe pandémique humaine (préparation et endiguement) organisée par l'OMS/ EMRO à Rabat, du 12 au 16 Mai 2008* : l'occasion m'a été donnée d'assister à la présentation «*IRH (2005) : Concepts and determinants of International Health Security*» exposée par Dr. John JABBOUR, Epidémiologiste Senior & point focal RSI au bureau régional de

^b Ministère de l'Équipement et du Transport. Patrimoine portuaire au Maroc. <http://www.mtpnet.gov.ma/MET_New/Fr/MenuHautPrincipal/Programmesetprojets/Patrimoine+portuaire.htm>

l’OMS pour la méditerranée orientale (EMRO, Caire). Un entretien a eu lieu avec Dr John JABBOUR pour éclairer certains aspects de l’évaluation des capacités requises aux points d’entrée.

2.2. Instruments de collecte des données

» Entrevues:

Nous avons pu réaliser au total 25 entretiens (*Annexe 8*). Ces entrevues ont été menées à l’aide d’un guide d’entretien fixant des axes de discussion différents en fonction du profil de la personne interviewée (*Annexe 9*). Les principaux axes de discussions se rapportaient essentiellement aux relations avec les partenaires, les contraintes observées, les besoins, les propositions et recommandations pour le renforcement du CSF. La durée par entretien variait entre un minimum de 20 minutes et un maximum de deux heures. Les entretiens se sont déroulés dans les bureaux des interviewés. Le recueil des données se faisait par moi-même, par prise de notes.

» Grille d’analyse :

Avant d’élaborer la grille d’analyse, nous avons déterminé un cadre de référence pour le SCSF sur la base :

➤ Des documents recommandés par l’OMS :

- ➊ Annexe I B du RSI (2005) (*Annexe 2*).
- ➋ Guides d’hygiène et de salubrité (Transports aériens et navires).
- ➌ RSI (2005) : Domaines pour la mise en œuvre du règlement (Juin 2007).
- ➍ Compte rendu des réunions de groupe de travail informel des transports pour élaborer des lignes directrices pour l’application du RSI (2005) aux points d’entrée ^(a,b) (*Annexe 10*).

^a WHO. Meeting of the Informal Transportation Working Groups to develop guidance for implementation of IHR (2005) at points of entry, WHO hosted by ICAO Montréal, Canada April 26th to 28th 2006 <www.who.int/csr/ihr/IHRtransport2006_04_26t.pdf>

^b WHO. Second Meeting of the Informal Transportation Working Group to develop guidance for implementation of IHR (2005) at points of entry, British Columbia Institute of Technology Vancouver, Canada, 29 November – 1 December 2006 <www.who.int/csr/ihr/Vancouver%20report2.pdf>

- ✦ Des résultats de l'atelier de réflexion sur la révision du système d'information des SCSF, organisé par la DELM, entre le 22 et 24 janvier 2007 à Rabat, au profit des responsables des SCSF.

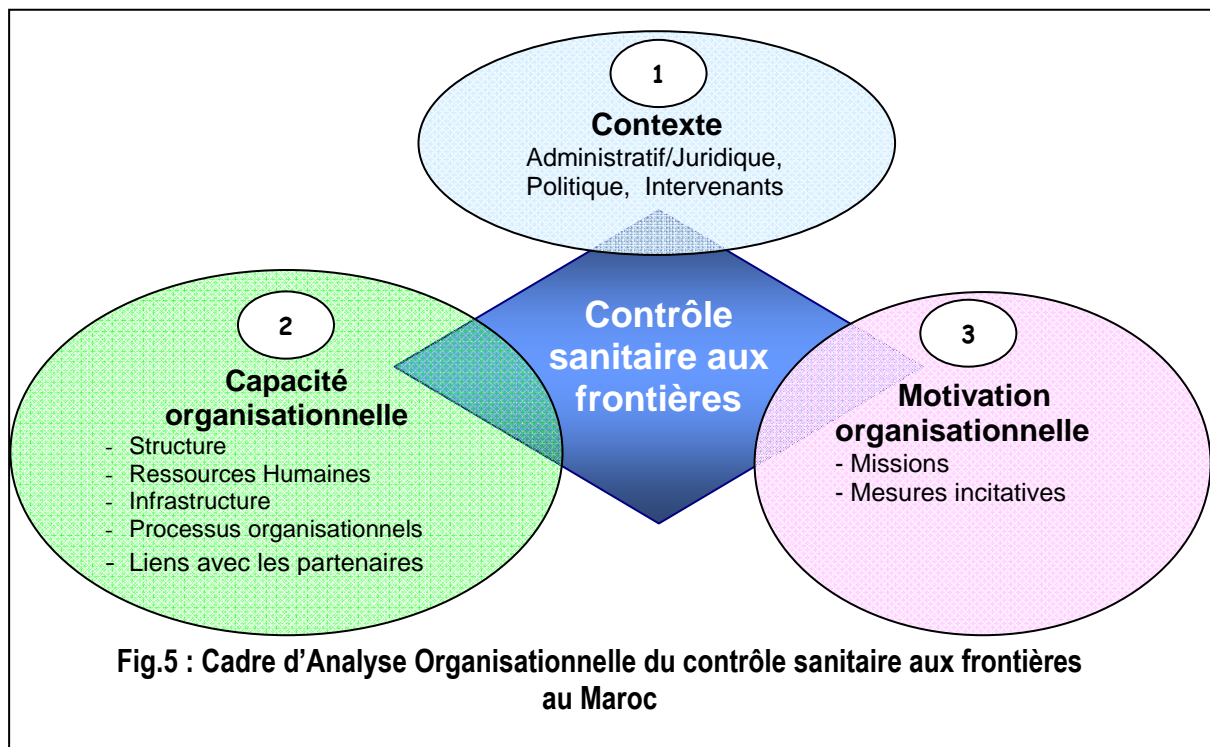
Une réunion avec les responsables du CSF au niveau du SME a permis de valider le cadre de référence (figure 5).

Les rubriques de la grille d'analyse ont alors été déterminées à partir de ce cadre de référence. Pour chaque rubrique, les questions retenues ont été fixées de manière à obtenir des renseignements suffisants pour pouvoir analyser la situation des SCSF (Annexe 11).

3. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse qualitative des données recueillies a été effectuée en deux étapes :

- » La première étape a consisté en une analyse organisationnelle du CSF selon les trois dimensions représentées dans le cadre d'analyse ci dessous:



» Ensuite, nous avons effectué une analyse des ressources et des potentiels actuels des SCSF en utilisant le cadre de référence qui suit:



Pour analyser les SCSF, nous avons réalisé dans un premier temps une analyse verticale de chaque SCSF avant de passer à une analyse horizontale compte tenu des thèmes fixés par le cadre de référence ci-dessus pour pouvoir synthétiser les résultats obtenus.

CHAPITRE V : RESULTATS

Le CSF au Maroc, s'intègre au sein de la politique nationale de santé publique et s'exerce principalement dans le contexte de la prévention de la transmission des maladies à travers les frontières nationales en veillant à l'application de la réglementation sanitaire internationale et des dispositions réglementaires nationales en matière de police sanitaire aux frontières.

Dans ce chapitre, nous allons aborder les résultats obtenus dans le cadre de notre étude, lesquels résultats seront précédés par une description de l'Etat d'avancement de la préparation nationale à la mise en œuvre des dispositions du RSI (2005).

1. ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU RSI (2005) AU MAROC

Depuis 2006, le Ministère de la Santé ne cesse d'entreprendre et de développer de nombreux axes et mesures relatifs à l'application des dispositions du RSI (2005) considérés comme pertinents pour faire face à la menace de pandémie de grippe. De ce fait, le Maroc a progressé dans la mise en œuvre de plusieurs aspects du RSI (2005) en réalisant plusieurs activités dont les plus importantes sont:

1.1.Consultation OMS effectuée entre le 18 et 23 juin 2006 avec comme termes de références la discussion avec les responsables du Ministère de la Santé des dispositions juridiques et technico-administratives nécessaires à la mise en œuvre du RSI (2005).

1.2. Tenue de deux réunions d'information sur les dispositions du RSI (2005) en présence d'un consultant OMS

- ▶▶ Le 21 juin 2006 : au profit des membres du Poste de Commandement Central (PCC) de la lutte contre la grippe aviaire ;
- ▶▶ Le 22 juin 2006 : pour les représentants des différents départements ministériels et institutions impliqués directement ou indirectement dans la mise en application dudit règlement dont l'intérieur, la défense, l'environnement, le transport, le centre national de

radioprotection (CNRP), l'Office National des Aéroports, l'Agence Nationale des ports et le Bureau de l'OMS au Maroc.

1.3. Désignation du Point Focal National (PFN) RSI

La DELM, Direction centrale du Ministère de la Santé, a été désignée en juin 2006 PFN (RSI) avec comme mission d'analyser les risques pour la santé publique au niveau national et de préparer et coordonner les mesures de riposte en cas d'USPPI. Le PFN est à même de communiquer avec l'OMS 24h/24 et 7 jours/7 par différents moyens : Téléphones, fax et Internet. Les coordonnées complètes du responsable du PFN (Le Directeur de la DELM) ainsi que de ses collaborateurs (Le Chef de la DMT et le Chef de SME) ont été adressées à l'OMS.

Des mesures sont en cours, afin d'établir des voies de communication avec des procédures opérationnelles entre les différents acteurs nationaux concernés par la mise en œuvre du RSI (2005) dans le but de permettre la diffusion d'informations à jour et de coordonner les actions à entreprendre.

1.4. Contribution à la mise en place du dispositif national de préparation et de riposte à une éventuelle pandémie de grippe humaine d'origine Aviaire

Le plan national de préparation et de riposte à une pandémie de grippe d'origine aviaire a été élaboré en concertation avec tous les départements ministériels et structures concernés. Il définit les objectifs et trace les lignes directrices des mesures à mettre en œuvre par les différents départements ministériels selon les niveaux d'alerte proposés par l'OMS. Un Comité Interministériel de Gestion de Crise (C.I.G.C.) présidé par le Premier Ministre ainsi qu'un PCC et des Postes de Commandements Préfectoraux ou Provinciaux (PCP) ont été mis en place.

Les principales activités de préparation mises en œuvre concernent les aspects organisationnels, l'élaboration des procédures de prévention et de riposte, la constitution de stocks nationaux de médicaments antiviraux et de moyens de protection, la préemption pour l'achat du vaccin pré pandémique, la mise à niveau des laboratoires et des structures de prise

en charge, la formation des équipes d'intervention, la communication et la surveillance. Les SCSF sont présentés dans le cadre de ce plan en tant que structures qui ont un rôle important à jouer dans la surveillance et l'action.

1.5. Organisation de réunions et d'ateliers nationaux sur le RSI (2005)

En prévision de l'entrée en vigueur du RSI (2005), la DELM a entrepris des activités visant à renforcer les compétences des professionnels de la santé dans le domaine de l'application du Règlement. Un atelier de révision du système d'information des SCSF a été tenu du 22 au 24 janvier 2007 à Rabat, en vue de l'adapter aux nouvelles dispositions du RSI (2005) et aux documents de santé relatifs à ce règlement.

La célébration de la journée mondiale de la santé, le 7 avril 2007 à Rabat sous le thème « Sécurité sanitaire internationale », a été une occasion pour présenter le RSI (2005) à l'ensemble des responsables au niveau du Ministère de la Santé.

Les officiers de santé en fonction aux SCSF (ports et aéroports) ont bénéficié, le 16 et 17 avril 2007, d'un séminaire de formation sur le RSI (2005).

Une série de réunions régionales ont également été organisées durant l'année 2007 pour informer l'ensemble des responsables des directions régionales et des délégations du Ministère de la Santé aux wilayas, provinces et préfectures, sur les grandes lignes du RSI (2005) et sur la nécessité de renforcer nos capacités pour sa mise en œuvre.

1.6. Désignation des points d'entrée aux fins des principales capacités requises

Notre pays a désigné douze (12) aéroports ^a et onze (11) ports ^b pour acquérir et maintenir les capacités prévues par le RSI (2005) (Tableau 2).

^a Arrêté du Ministère de l'Équipement et du Transport n°562-07 du 5 Ramadan 1428 (18 Septembre 2007)

^b WHO.IHR Authorized Ports List : List of ports and other information submitted by the states concerning ports authorized to issue Ship Sanitation Certificates under the International Health Regulations (2005) ; 13 June 2008 <www.who.int/csr/ihr/portslst20080613>

2. DEGRE D'IMPLICATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU RSI (2005)

2.1. Le Ministère de la santé

Le Royaume du Maroc a adhéré à l'objectif d'assurer la sécurité sanitaire internationale. Dans ce domaine, le gouvernement ne cesse de déployer les moyens de vigilance, d'alerte et de riposte et n'épargne aucun effort pour satisfaire aux dispositions du RSI (2005). Cet objectif est d'ailleurs inscrit dans le cadre de la stratégie du Ministère de la Santé pour la période 2008-2012 ^a.

▶▶ *La DELM* : Comme nous l'avons déjà précisé, la DELM est désignée PFN (RSI) et le SME dépendant de cette direction, est le responsable direct du dossier de RSI (2005). De ce fait, toutes les activités entreprises pour la mise en application dudit règlement sont menées sous l'égide de cette institution.

▶▶ *La Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC)* : Elle est chargée de coordonner la publication du RSI (2005) dans le bulletin officiel et l'actualisation des textes relatifs au CSF en collaboration avec le PFN.

▶▶ *La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA)*

La DHSA a contribué à la mise en place de la stratégie nationale relative à la gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes. Cette stratégie s'appuie sur deux principes directeurs à savoir l'approche multisectorielle et la démarche de gestion des risques pour lesquels de nombreuses actions ont été menées. Les acquis obtenus dans le cadre de cette stratégie peuvent être utilisés dans le domaine du CSF.

▶▶ *Le Centre National de radioprotection* : Le CNRP est en phase de préparation pour la mise en place d'une stratégie nationale de surveillance de la radioactivité au niveau des points d'entrée en collaboration avec le service concerné de la DELM.

^a *Stratégie du Ministère de la Santé 2008-2012. Axe 4 : la prévention, la sécurité et la veille sanitaire Afin de relever les défis que posent [...] et l'ampleur de plus en plus importante de la part [...] et les urgences de santé publique à portée internationale (USPPI).*

» *L'Institut National d'Hygiène (INH)*

L'INH est un laboratoire de référence pour plusieurs programmes du Ministère de la santé dont celui de la surveillance de la méningite, la poliomyélite, les maladies à transmission hydrique et la grippe saisonnière.

L'INH est directement impliqué dans la mise en œuvre du RSI (2005) en étant responsable du développement des capacités des laboratoires régionaux et locaux afin de répondre aux exigences du RSI (2005). Pour cela, il a participé durant l'année 2006 à plusieurs réunions inter pays organisées par l'OMS dans le cadre de la préparation à la mise en œuvre du RSI (2005) dont la réunion sur la biosécurité dans les laboratoires (Iran), la réunion sur la surveillance des fièvres hémorragiques (Syrie) et la réunion organisée par le bureau de l'OMS (Lyon France) relative au programme d'Evaluation Externe de la Qualité au niveau de la région EMRO. Il a également participé à la réunion inter-pays sur le maintien de la surveillance et de l'action pour les USPPI, organisée par le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale du 23 au 26 avril 2007 à Tunis (Tunisie).

A compter de juillet 2006, l'INH a mis en place un centre de conseils aux voyageurs qui a commencé à prodiguer des conseils au profit des voyageurs concernant la vaccination, la prophylaxie du paludisme et certains conseils généraux.

» *L'Institut Pasteur du Maroc* : Il est le seul centre agréé par l'OMS dans notre pays pour la vaccination des voyageurs internationaux contre la fièvre jaune. La carte de vaccination est délivrée au niveau de cette institution.

2.2. Le Ministère de l'Équipement et du Transport

Trois directions sont impliquées dans la mise en œuvre du RSI (2005) : la Direction de l'Aéronautique Civile (DAC), la Direction de la Marine Marchande (DMM) et La Direction des Ports et du Domaine Public Maritime.

Un projet a été lancé en 2008 par la DAC concernant l'élaboration du règlement relatif au plan d'urgence d'aéroport. Ce projet est mené en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires en prenant en considération les aspects d'USPPI.

2.3. Les Organismes chargés de la gestion des ports et des aéroports

Ces organismes sont représentés par :

- ▶▶ *L'Office National des Aéroports (ONDA)*^a, responsable de la gestion des aéroports.
- ▶▶ *L'Agence Nationale des Ports (ANP) et Marsa Maroc*^b qui constituent les autorités portuaires.

En 2007, l'ONDA a procédé à l'équipement des aéroports internationaux du Royaume en portiques thermiques, suite à la demande du Ministère de la Santé. Ces portiques thermiques sont utilisés en cas de suspicion d'une maladie à caractère épidémique, soumise au RSI, signalée par le commandant de bord ou dans le cas d'une USPPI suite aux informations communiquées par la DELM^c.

▶▶ *L'Agence spéciale Tanger Méditerranée* est chargée de la gestion du port de Tanger Méd. Elle prévoit, en collaboration avec le Ministère de la Santé, l'installation du nouveau SCSF en tenant compte des capacités à satisfaire en vertu du RSI (2005).

2.4. Le Ministère de l'Agriculture, du développement Rural et des Pêches Maritimes

Ce Ministère dispose de services du contrôle de la qualité aux postes frontières chargés du contrôle phytosanitaire et vétérinaire des importations et des exportations. Les activités réalisées par ces services contribuent au CSF.

Ce département a participé à un atelier organisé en 2006 par l'OMS (EMRO) à Tunis sur le RSI (2005) et travaille en concert avec le Ministère de la Santé pour mettre en œuvre les dispositions le concernant (grippe aviaire, zoonoses).

^a Loi 14-89 portant création de l'ONDA et décret 89-480 pour l'application de cette loi

^b Loi 15-02 du 5 décembre 2006 relative aux ports et portant création de l'Agence nationale des ports (ANP) et de la Société d'exploitation des ports, (SODEP)

^c Envoi du Ministre de la santé n°20 DELM/36 du 2 Mars 2007.

2.5. L'Administration des Douanes et des Impôts Directs (ADII)

L'ADII veille, à travers sa mission de protection du consommateur, au respect aussi bien à l'importation qu'à l'exportation, d'un certain nombre de règlements en matière de contrôle de la qualité, des normes techniques, des mesures sanitaires, vétérinaires et phytosanitaires. Les services de Douane participent dans le contrôle des aliments.

Des discussions sont en cours entre l'ADII et le Ministère de la Santé concernant la mise au point d'une stratégie commune de contrôle de la radioactivité des cargaisons, des conteneurs et des marchandises aux points d'entrée.

2.6. Le Poste de Commandement Central de lutte contre la grippe aviaire (PCC)

Le PCC est l'organe chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale en matière de prévention et de lutte contre la grippe aviaire. Il organise régulièrement des réunions de coordination auxquelles participent les différents secteurs impliqués dont le ministère de la santé.

Tous les membres du PCC ont été informés des nouvelles dispositions du RSI (2005) et ce à plusieurs occasions, notamment lors du séjour d'un consultant de l'OMS en juin 2006, qui a fait une présentation dans ce cadre.

2.7. Les autres départements impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005)

Plusieurs autres départements sont impliqués dans la mise en oeuvre du RSI (2005). Ceux-ci ont assistés à la réunion de sensibilisation organisée par le Ministère de la Santé. Ils ont déjà contribué dans l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre la grippe aviaire. Il s'agit du :

- ▶▶ Ministère de l'intérieur (protection civile, police, forces auxiliaires) ;
- ▶▶ Ministère des affaires Etrangères et de la coopération ;
- ▶▶ Ministère du Tourisme, de l'Artisanat et de l'Economie Sociale ;
- ▶▶ Ministère de l'Aménagement du territoire, de l'Eau et de l'Environnement ;

- ▶▶ Ministère du Commerce, de l'industrie et de mise à niveau de l'économie ;
- ▶▶ Secrétariat d'Etat chargé des Marocains Résidants à l'Etranger ;
- ▶▶ Inspection du Service de Santé des Forces Armées Royales ;
- ▶▶ Royal Air Maroc (RAM), Compagnie Marocaine de Navigation (COMANAV).

En résumé, plusieurs actions ont été menées par le Maroc en guise de préparation à la mise en œuvre des dispositions du RSI (2005). Ces actions incluent les activités menées dans le cadre du CSF que nous allons développer dans les parties qui vont suivre.

3. DONNES GENERALES SUR LE CSF AU MAROC

3.1. Missions du CSF

Les missions du CSF sont principalement de quatre ordres :

- ▶▶ Le maintien et le contrôle de l'hygiène des sites portuaires et aéroportuaires.
- ▶▶ La surveillance sanitaire des passagers (y compris l'équipage),
- ▶▶ La surveillance sanitaire des aéronefs et des navires,
- ▶▶ L'information et l'éducation des passagers, des équipages, et du personnel des ports et des aéroports.

3.2. Fondements législatifs et réglementaires actuels

Le Maroc a adopté le RSI (2005), entré en vigueur depuis le 15 juin 2007. Cependant, les bases juridiques n'ont pas été actualisées. Le dahir n° 1 – 72 – 234 du 11 rebia II 1393 (14 mai 1973) par lequel notre pays avait adopté les dispositions du RSI (1969) est toujours de mise. Ce règlement rend obligatoire la création d'une autorité sanitaire aux frontières où existe un trafic international. Cette autorité est représentée dans notre pays par les SCSF dépendant du Ministère de la santé.

En plus de la réglementation sanitaire internationale, le CSF est régi par des textes de loi et des dispositions nationales.

Le Décret n° 554-65 du 26/06/1967, les Arrêtés du Ministère de la Santé Publique n° 511-65 du 7/06/1967 et N° 683-95 du 31/3/95 complété par l'arrêté du Ministère des Affaires Sociales N°2822-97 du 07/11/97 puis par les Arrêtés ministériels n° 1715-00 du 30 novembre 2000 et n° 1020-03 du 23 mai 2003 fixent la liste des maladies à déclaration obligatoire dont celles soumises au RSI (1969).

Dans l'exercice de leur fonction, les officiers de santé (médecins, infirmiers et techniciens d'hygiène) sont astreints au port de la tenue réglementaire prévue par l'arrêté viziriel du 17/04/1916 portant organisation du corps des agents sanitaires maritimes et du Décret n°2-93-22 du 18 mai 1993 portant attribution d'effets d'habillement à certaines catégories du personnel du Ministère de la santé publique.

L'arrêté du Ministère de l'Equipement et du Transport n° 562-07 du 5 Ramadan 1428 (18 Septembre 2007) fixe la liste des aéroports internationaux disposant des services de douane, de police et de CSF.

L'organisation et les attributions du CSF sont fixées par la circulaire ministérielle n° 41/DELM/DRC/10 du 06 août 1999. Les personnes qui y sont affectées sont des officiers de santé et font partie de la police sanitaire aux frontières. A ce titre, ils doivent être assermentés auprès des tribunaux compétents. La mise en œuvre de la procédure d'assermentation est sous la responsabilité de la DRC.

Le Dahir n° 1-96-92 du 27 Chaabane 1421 (24 novembre 2000) porte publication de la convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination (Bâle, le 22 mars 1989).

3.3. Organisation et fonctionnement du CSF

3.3.1. Au niveau central

L'unité centrale de CSF dépend du chef de SME (DMT/DELM). Cette unité est chargée de la gestion du programme de CSF. Elle a pour attributions la planification du programme de CSF. A cette fin, l'unité organise parfois des réunions de concertation avec les services extérieurs concernés.

Elle est également responsable de la supervision, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités des SCSF. Cependant, les supervisions sont rares et l'absence d'indicateurs de suivi ne permet pas l'évaluation des résultats sur des bases objectives.

3.3.2. Au niveau périphérique

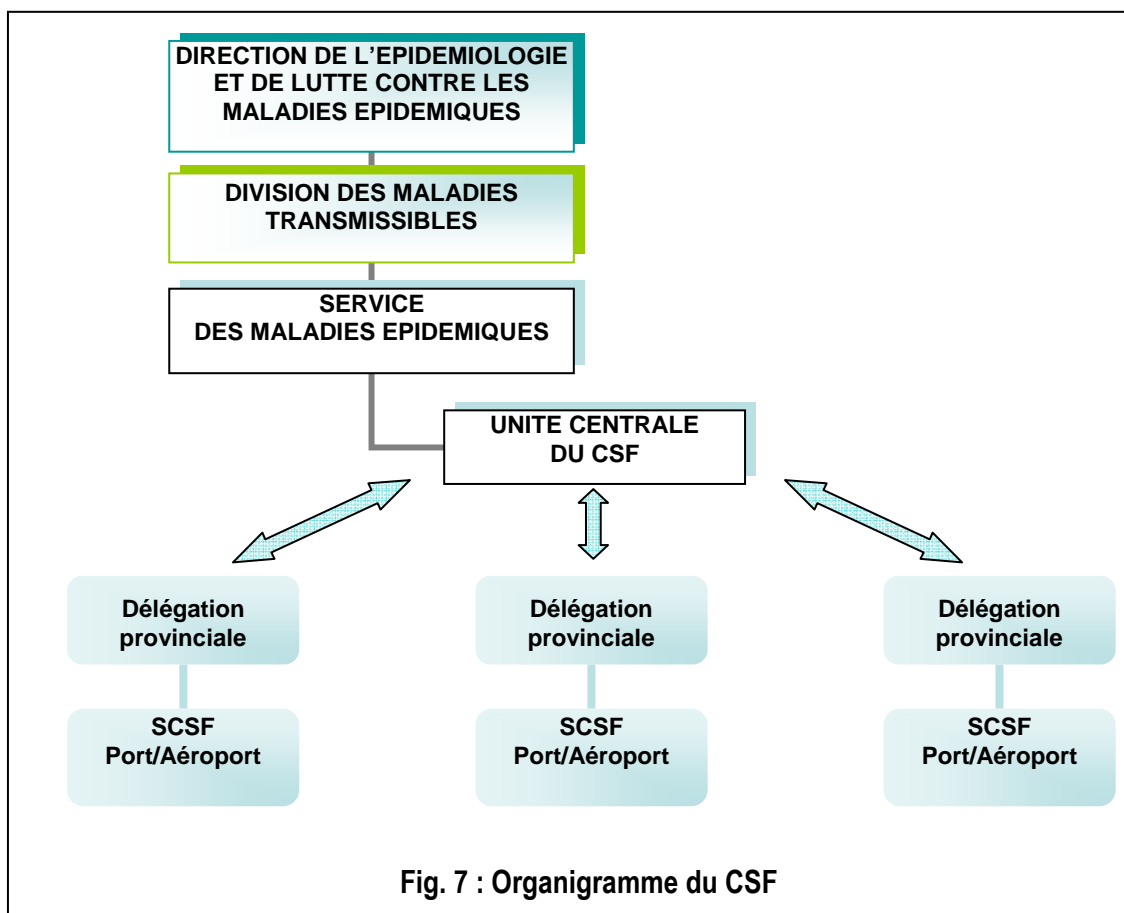
Le SCSF est placé sous l'autorité hiérarchique directe du Délégué à la province ou préfecture. Ce service est chargé, dans la limite territoriale de sa compétence, d'appliquer les mesures prescrites par la réglementation sanitaire nationale et internationale en matière de CSF concernant les passagers, les membres d'équipage, les navires, les aéronefs, les véhicules routiers, les conteneurs, les bagages, les marchandises et les cargaisons.

Il est également chargé de contrôler l'hygiène et la salubrité au niveau des ports et des aéroports et à bord des moyens de transport internationaux, de contrôler l'hygiène et la radioactivité des produits, matériels, marchandises et denrées alimentaires importés, d'informer et de sensibiliser les voyageurs internationaux sur les risques liés aux maladies auxquelles ils sont exposés et sur les précautions à prendre pour se protéger contre celles-ci, de collaborer et coopérer avec les autres services relevant du ministère de la santé et des autres départements agissant en la matière.

Toute affectation ou nomination du personnel est faite, en général, sur proposition du Délégué du Ministère de la santé à la province ou préfecture concernée et après avis du Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies. Ces derniers veillent lors de leur proposition et avis à focaliser sur, non seulement, les compétences techniques du candidat, mais aussi sur des considérations d'intégrité et de bonne moralité.

Le responsable du SCSF adresse un compte rendu mensuel des activités réalisées à l'unité centrale du CSF via la délégation du Ministère de la santé. Par ailleurs, il les avise immédiatement et simultanément de tout évènement grave survenu au niveau du point d'entrée.

L'organigramme du CSF est illustré dans la figure 7 ci dessous:



Tous les postes frontaliers à trafic international sont couverts par des SCSF. Il s'agit de vingt trois (23) postes, dont douze (12) aéroports et onze (11) ports .

Cependant, aucun des quatre (04) postes-frontières terrestres ne dispose de SCSF (Poste de Bab Sebta, Poste de Bab Mellilia, Poste de Zouj Beghal à la frontière maroco-algérienne actuellement fermée et Poste à la frontière maroco-mauritanienne).

L'effectif total, jusqu'en Juin 2008, du personnel au niveau des SCSF est de 75 officiers de santé, répartis comme suit (Tableau 2) :

Tableau 2 : Situation du personnel des SCSF arrêtée en Juin 2008

| SCSF | | EFFECTIF | | | |
|---|--------------------------------|-----------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| | | Médecin | Technicien d'hygiène du milieu | Infirmier polyvalent | Autres |
| AEROPORTS | Agadir – Al Massira | 00 | 04 | 00 | -- |
| | Casablanca – Mohammed V | 01 | 04 | 02 | 01 agent de service |
| | Fès – Saïss | 01 | 02 | 01 | -- |
| | Laayoune | 00 | 01 | 02 | -- |
| | Marrakech – Ménara | 01 | 07 | 00 | -- |
| | Nador – El Aroui | 02 | 00 | 02 | -- |
| | Ouarzazate | 01 | 01 | 00 | -- |
| | Oujda – Angads | 00 | 04 | 00 | -- |
| | Rabat – Salé | 00 | 02 | 01 | -- |
| | Tanger – Ibn Battouta | 00 | 03 | 00 | -- |
| | Dakhla ^a | 00 | 00 | 00 | -- |
| | Errachidia – Moulay Ali Chérif | 00 | 02 | 00 | -- |
| PORTS | Agadir | 01 | 03 | 00 | 00 |
| | Casablanca | 01 | 08 | 00 | 01 secrétaire |
| | Dakhla | 00 | 01 | 00 | 00 |
| | El Jadida (Jorf Lasfar) | 00 | 01 | 00 | 00 |
| | Kénitra | 00 | 02 | 00 | 00 |
| | Laayoune ^b | 00 | 00 | 00 | 00 |
| | Mohamadia | 00 | 01 | 00 | 00 |
| | Nador | 01 | 02 | 02 | 00 |
| | Safi | 00 | 02 | 01 | 00 |
| | Tan Tan | 00 | 01 | 00 | 00 |
| | Tanger | 00 | 04 | 00 | -- |
| Minimum Requis par SCSF ^c | | 01 | 02 | 02 | -- |

^a CSF assuré par l'officier de santé du SCSF du port de Dakhla.

^b CSF assuré par les trois officiers de santé du SCSF de l'aéroport de Laayoune.

^c Circulaire ministérielle n°41/DELM/DRC/10 du 06 août 1999.

4. ANALYSE DU CSF AU NIVEAU OPERATIONNEL

La visite sur le terrain a concerné cinq points d'entrée à savoir : l'aéroport Tanger-Ibn Battouta , le port de Tanger, l'aéroport Casablanca-Mohamed V, le port de Casablanca, et l'aéroport de Rabat- Salé. Les résultats que nous avons pu recueillir étaient comme suit :

4.1. Ressources disponibles

4.1.1. Locaux

Chaque SCSF est doté d'un local implanté dans l'enceinte du port ou de l'aéroport. Les locaux qui sont mis à la disposition des SCSF au niveau des points d'entrée visités sont illustrés dans le tableau qui suit :

Tableau 3: Locaux des SCSF

| SCSF Locaux | Aéroport Mohamed V | Port de Casablanca | Aéroport Ibn Battouta | Port de Tanger | Aéroport de Rabat-Salé |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Un bureau pour le responsable du service | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un bureau pour les officiers de santé | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Une salle de repos | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une salle pour examen médical et paramédical pour les personnes suspectes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une salle pour la mise en observation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un local pour dépôt de matériel et de produits | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des installations sanitaires avec douches | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui Non

Le SCSF de l'aéroport de Casablanca dispose d'un local au niveau de chacun des trois terminaux. Le responsable du service nous a confirmé que les locaux de l'antenne médicale rattachée à l'ONDA, peuvent être mis à la disposition de l'équipe du service en cas de besoin.

Pour le port de Casablanca, un accord a été fait entre les autorités portuaires et les services de santé pour le déménagement du SCSF dans un autre local nouvellement réaménagé et situé au niveau du même bâtiment. Les anciens locaux allaient être mis à la disposition des autres services de contrôle à savoir la douane, la police et la gendarmerie royale.

Les aéroports Ibn Battouta de Tanger et de Rabat-Salé connaissent des projets d'extension avec la construction pour chacun, d'un nouveau terminal d'ici 2009. De nouveaux locaux sont prévus pour les SCSF.

Le SCSF du port de Tanger est amené à être transféré au niveau du nouveau port de Tanger Méd. Une commission ministérielle, comprenant le chef de la DMT et le chef du SME, est chargée des négociations concernant l'installation de ce nouveau service.

4.1.2. Ressources humaines

L'effectif et le profil du personnel affecté au niveau des différents SCSF sont représentés dans le tableau 2 sus présenté. Nous avons remarqué que l'effectif et le profil du personnel affecté au niveau des SCSF visités ne répondent pas au minimum requis par le Ministère de la santé.

Tous les responsables des SCSF ainsi que certains officiers de santé ont assisté au Séminaire atelier de formation des officiers de santé des SCSF, organisé par la DELM à Rabat du 22 au 24 janvier 2007. Cet atelier a porté essentiellement sur la présentation du RSI (2005). Des travaux de groupe ont été effectués concernant les activités réalisées par les SCSF et la révision du système d'information compte tenu des nouveautés apportées par le RSI (2005).

Chaque service a reçu une copie du document du RSI (2005) et au retour chaque responsable du SCSF a organisé une séance d'information au profit des officiers de santé relevant de son service.

Cet atelier a concerné également les responsables des ORE et nous avons noté que l'ORE du Grand Casablanca a organisé une session d'information relative au RSI (2005) au profit des 11 délégués des préfectures, des responsables des CPE et du personnel des 2 SCSF relevant de la direction régionale (Port et aéroport).

4.1.3. Ressources matérielles

Les SCSF sont dotés par les délégations du Ministère de la Santé de matériels et d'équipements essentiels que nous avons résumé dans le tableau suivant :

Tableau 4: Liste des équipements disponibles

| | Aéroport Mohamed V | Port de Casablanca | Aéroport Ibn Battouta | Port de Tanger | Aéroport de Rabat-Salé |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Microordinateur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> a | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Imprimante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Matériel technique pour : | | | | | |
| ▪ Prélèvement et contrôle de l'eau | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▪ Prélèvement et contrôle des aliments | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▪ Surveillance entomologique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▪ Examen médical | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Réfrigérateur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non a: Non fonctionnel | | | | | |

4.1.4. Moyens de transport

Tableau 5: Moyens de transport disponibles au niveau des points d'entrée

| | Aéroport Mohamed V | Port de Casablanca | Aéroport Ibn Battouta | Port de Tanger | Aéroport de Rabat-Salé |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ambulance ^b | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Véhicule utilitaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui Non **b: appartient à l'ONDA, l'ANP ou la Protection civile**

Les responsables des SCSF peuvent faire appel à tout moment soit aux ambulances appartenant aux autorités portuaires ou aéroportuaires disponibles en permanence sur les lieux, soit aux ambulances de la protection civile ou encore faire appel aux ambulances de la délégation du Ministère de la santé.

Ces ambulances sont accessibles facilement selon l'avis des différents responsables des SCSF. Elles ne disposent pas d'équipements spécifiques ou de mesures de protection pour transporter une personne suspecte ou atteinte d'une maladie soumise au RSI (2005).

Une voiturette électrique à mobilité réduite est mise à la disposition du personnel du SCSF de l'aéroport Mohamed V pour qu'il puisse se déplacer dans le hall d'embarquement.

L'état du véhicule utilitaire affecté actuellement au port de Casablanca par le Ministère de la santé depuis 1995 n'est pas satisfaisant.

4.2. Organisation et fonctionnement des SCSF

Les SCSF sont placés sous la responsabilité d'un médecin ou d'un technicien d'hygiène du milieu. De point de vue hiérarchique, ces SCSF dépendent soit :

- Du Directeur régional du Ministère de la santé (Aéroport Mohamed V et port de Casablanca).
- Du Délégué préfectoral (Aéroport Ibn Battouta, port de Tanger et aéroport de Rabat-Salé).

Il est à préciser que la délégation du Ministère de la santé de Tanger-Assilah a opté pour que les SCSF soient sous la responsabilité du médecin chef du SIAAP au même titre que les établissements des soins de santé de base.

Le planning de travail au niveau de chaque SCSF est établi en fonction du personnel disponible de telle façon que la continuité du service au niveau des cinq SCSF soit assurée 24h/24 par un système de garde entre les officiers de santé. Le médecin responsable est présent chaque jour et assure l'astreinte. Dans le cas où le médecin n'est pas affecté, l'officier de santé responsable en cas de besoin, informe le délégué et c'est ce dernier qui décide de la démarche à suivre. Ces gardes et astreintes font l'objet de plannings préétablis, affichés et transmis au responsable dont dépend le SCSF pour veiller au respect de son exécution.

Nous avons relevé au niveau du port de Casablanca une organisation spécifique avec la présence d'un médecin responsable assisté d'un officier coordonnateur du SCSF. La garde est assurée par deux officiers de santé : l'un est responsable de l'hygiène du port et l'autre du contrôle des navires. Une fiche de poste a été élaborée permettant la répartition des tâches.

La programmation des activités au niveau des cinq SCSF se fait sur la base des programmes journaliers ou hebdomadaires concernant les vols et les navires, délivrés par les autorités portuaires et aéroportuaires.

4.3. Fonctions assurées par les SCSF

4.3.1. Contrôle d'hygiène et de salubrité des sites portuaires/aéroportuaires

Ce contrôle est considéré par le personnel des SCSF comme une activité importante. Il comporte plusieurs volets à savoir :

» *Le contrôle de l'hygiène alimentaire*

Au niveau des aéroports, le SCSF est responsable de l'inspection de l'hygiène des établissements de restauration qui sont de deux catégories : les services de restauration au sol fréquentés par les voyageurs, les équipages, le personnel de l'aéroport et les visiteurs et les

cuisines où sont préparés les repas servis à bord (catering). Ces dernières sont sous la responsabilité des compagnies aériennes. Le SCSF assure également le contrôle des distributeurs automatiques. Les analyses bactériologiques, sur des échantillonnages des denrées alimentaires fournies aux aéroports ou aux compagnies aériennes, ne sont pas réalisées de façon régulière.

Au niveau des ports, les SCSF contrôlent plutôt les gargotes et les marchands ambulants de produits comestibles en tout genre.

L'inspection des établissements de restauration est effectuée suivant un programme trimestriel. Cependant, des inspections peuvent être faites de manière inopinée suite à une réclamation.

Le contrôle médical des employés manipulant les denrées alimentaires est sous la responsabilité soit du SCSF qui assure à la fois l'examen médical et la tenue à jour des bilans réalisés soit de l'unité de médecine de travail relevant des autorités portuaires comme c'est le cas du port de Casablanca ou encore du médecin de l'antenne médicale au niveau de certains aéroports. Le SCSF doit dans tous les cas vérifier si le dossier médical de ces employés est complet ou non. Ce contrôle n'est pas régulier. Il est effectué une seule fois par an et dans certains cas aucun bilan n'est réalisé durant toute l'année.

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que les officiers de santé assurent des activités d'information et d'éducation au profit des manipulateurs des denrées alimentaires chaque fois qu'ils constatent des écarts par rapport aux normes d'hygiène.

▶▶ *Le contrôle de l'Eau*

L'eau qui alimente les sites visités provient du réseau public. Cette eau est soumise à des tests de recherche de chlore résiduel de façon régulière. Des objectifs sont fixés pour chaque SCSF. Un registre est tenu à jour pour le suivi de la teneur en chlore de l'eau distribuée au niveau des ports et des aéroports.

Les analyses bactériologiques et physico-chimiques sont réalisées selon un programme mensuel établi en concertation avec le laboratoire préfectoral et l'INH. Mais nous avons

remarqué que ce planning n'est pas toujours respecté.

Les SCSF contrôlent également l'hygiène des camions citernes assurant le ravitaillement en eau à bord des navires. Certains SCSF supervisent parfois, lorsqu'ils sont avisés, les opérations de désinfection périodique de ces véhicules et effectuent éventuellement des prélèvements bactériologiques d'eau.

▶▶ *Le contrôle de l'hygiène des sanitaires et évacuation des déchets liquides*

Les points d'entrée visités sont tous reliés à un réseau d'égout pour évacuation des déchets provenant des sanitaires au sol. Le rôle des SCSF consiste en l'inspection de l'hygiène de ces sanitaires. De plus, ils assurent l'inspection des installations servant à l'élimination des déchets liquides provenant des aéronefs et des navires. Les prélèvements bactériologiques de ces déchets sont rarement réalisés.

▶▶ *Le contrôle de l'évacuation des déchets solides*

L'inspection de l'hygiène au sol est effectuée presque journalièrement. Le personnel du SCSF contrôle le système d'entreposage, d'enlèvement et d'élimination des déchets solides au niveau du port ou de l'aéroport.

▶▶ *Le déroulement des contrôles*

Selon le site, l'ensemble des contrôles sus cités sont menés soit par le personnel du SCSF seul, soit dans le cadre d'une commission regroupant le SCSF, un représentant des autorités aéroportuaires ou portuaires, un représentant de la Caidat et un représentant de la police au niveau des ports ou un représentant des établissements de restauration et la RAM au niveau des aéroports.

Ces contrôles se font selon un programme d'inspection préétabli mensuel. Des visites inopinées sont possibles en cas de réclamations.

Les prélèvements sont acheminés vers le laboratoire préfectoral et vers l'INH avec des retards en fonction de la disponibilité du moyen de transport. Les délais pour obtenir les résultats sont longs et peuvent atteindre un mois.

4.3.2. Surveillance épidémiologique des passagers/équipage

Ce contrôle est basé essentiellement sur la vérification de documents des aéronefs et des navires qui arrivent sur le territoire national.

▶▶ Ports

La déclaration sanitaire maritime est vérifiée systématiquement. Cette déclaration est remplie par le capitaine du navire. L'officier de santé est le premier monté à bord dès l'accostage du navire dans le port. Il s'assure auprès du commandant de bord, qu'aucun des passagers ne présente ou n'a présenté pendant le voyage à bord du navire des signes pouvant être en rapport avec l'une des maladies soumises au RSI (2005). Il délivre alors le certificat de libre pratique qui permet au navire d'entrer dans le port et de débarquer l'équipage, les passagers ou la cargaison selon le type de navire.

▶▶ Aéroports

La déclaration générale d'aéronef n'est pas vérifiée systématiquement ; le personnel du SCSF n'ayant généralement pas accès à l'aéronef du fait des mesures sécuritaires imposées.

Par ailleurs, les aéroports sont dotés de portiques thermiques, installés au niveau des zones d'arrivée des voyageurs. Il s'agit de caméras infrarouges servant à détecter les passagers atteints de fièvre. Pour la plupart des aéroports, ces portiques thermiques n'ont jamais été testés afin d'apprécier leur efficacité et leur performance, depuis leur installation en Mars 2007.

Il y a lieu de signaler que pendant la période de pèlerinage aux lieux saints de l'Islam et de Oumra, les SCSF contrôlent les certificats de vaccination antiméningococcique ainsi que le carnet de visite médicale au départ des passagers. Les activités de surveillance à l'arrivée sont renforcées et consistent au contrôle de l'état de santé des pèlerins ainsi que la saisie et la destruction des denrées alimentaires.

En cas de voyageur suspect, l'officier de santé au niveau du port ou de l'aéroport le réfère généralement vers les urgences du centre hospitalier préfectoral après avis de la hiérarchie.

Le délai pour y arriver n'est relativement pas long et varie entre 10 à 30 minutes. Aucun service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des maladies infectieuses n'est désigné de façon spécifique, pour assurer l'examen et la mise en quarantaine des voyageurs suspects référés. Mais généralement, en cas d'urgence, les malades sont transférés vers des hôpitaux connus.

Les contrôles systématiques à la sortie des passagers ne sont effectués que sur décision de la DELM, en fonction de la situation épidémiologique nationale.

Par ailleurs, certains SCSF assurent des prestations de soins et de consultations médicales au profit des passagers et du personnel travaillant au niveau du point d'entrée.

4.3.3. Surveillance sanitaire des aéronefs/navires

L'officier de santé vérifie les certificats de contrôle sanitaire et d'exemption de contrôle sanitaire délivrés aux navires et qui sont valables durant six mois. Cette durée peut être prolongée d'un mois si l'inspection ne peut être effectuée ou s'il n'y a aucun signe d'infection ou de contamination. L'officier de santé fait également une tournée à bord et inspecte l'hygiène du navire en général.

Des inspections périodiques sont effectuées de façon inopinée selon un planning mensuel. En général, un navire est inspecté deux fois par an. A chaque inspection, l'officier de santé contrôle l'hygiène des quartiers (postes d'équipage, carré des officiers, cabines), des services de restauration et cuisines, des entrepôts de stockage, des cales, des cargaisons, de l'infirmerie et des installations d'eau à bord. Il effectue des prélèvements bactériologiques de l'eau de boisson, l'eau de piscine et eau de ballast. Au terme de l'inspection, l'officier de santé délivre au navire soit un certificat de contrôle sanitaire soit un certificat d'exemption de contrôle sanitaire.

L'inspection des aéronefs par les SCSF est presque quasi absente sauf lors de la période de pèlerinage aux lieux saints de l'Islam ou en cas d'alerte épidémique. Le personnel du SCSF ne contrôle pas le respect ou non par les compagnies aériennes des mesures préconisées par

l’OMS en matière d’hygiène et de désinsectisation. De plus, il n’est pas systématiquement tenu au courant par les compagnies aériennes de la présence de maladie à bord du vol.

4.3.4. Lutte contre les vecteurs, réservoirs de maladies et autres sources de contamination

La lutte contre les vecteurs, réservoirs de maladies et autres sources de contamination est un aspect important du CSF. Bien qu’il soit intégré dans les activités de contrôle entreprises au sol (port/aéroport) ou à bord (aéronef/navire), nous avons jugé nécessaire de l’individualiser comme une activité à part.

►► *Au sol:*

Le SCSF est responsable du contrôle des opérations de dératisation et de désinsectisation réalisées par les sociétés privées au niveau du point d’entrée. Certains SCSF supervisent le déroulement de ces opérations et vérifient le dosage et le type des produits utilisés. Ces opérations sont menées selon un programme préétabli en concertation avec le personnel du SCSF mais certains officiers de santé ont rapporté qu’ils ne sont pas toujours informés de la programmation exacte de ces opérations. Il s’agit d’un programme annuel à raison d’une opération tous les deux mois ou chaque trimestre en fonction du site. Ces opérations peuvent être effectuées à la demande de l’officier de santé quand la situation l’exige.

Les officiers de santé vérifient également la présence ou non de collections d’eau (citernes, réservoirs) où peuvent gîter d’éventuels vecteurs de maladies. Ils sont également responsables de la surveillance du périmètre situé à proximité du point d’entrée. Certains SCSF travaillent en collaboration avec les professionnels de santé des formations sanitaires à proximité du point d’entrée et font appel aux communes locales pour les opérations de désinsectisation. La surveillance entomologique n’est effectuée par aucun des SCSF visités sous prétexte qu’il n’y a pas de gîtes dans le périmètre du point d’entrée.

Au niveau de l’aéroport Mohamed V, les services compétents de l’ONDA effectuent, systématiquement chaque trimestre, un pompage et un assèchement des collections d’eau

formées au niveau de la piste avec désinsectisation et décontamination par détergents. Ceci est valable pour les autres aéroports selon les confirmations de certains responsables.

▶▶ *A bord:*

Les opérations de dératisation et de désinsectisation à bord des navires sont contrôlées lors des inspections effectuées.

Des opérations de désinfection à bord des aéronefs sont réalisées chaque année par le SCSF en période d' EL Hadj et d'El Oumra (pèlerinage à la Mecque). Cependant, en dehors de ces périodes, les officiers de santé ne contrôlent pas les opérations de désinsectisation réalisées à bord des aéronefs.

4.3.5. Contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs, marchandises & cercueils

Le contrôle des cercueils à l'arrivée et au départ est effectué de façon systématique au niveau de tous les SCSF. En effet, l'officier de santé vérifie chaque fois l'état du cercueil à bord ainsi que les documents exigés. Un registre est tenu à jour et comporte toutes les informations nécessaires. Le SCSF du port de Tanger a élaboré au niveau local une attestation qui est délivré par l'officier de santé ayant réalisé le contrôle autorisant l'embarquement ou le débarquement du cercueil.

Le contrôle des bagages est effectué par les services de la Douane qui peuvent parfois faire appel au SCSF dans le cas où ils trouvent des aliments ou des médicaments suspects. Dans ce cas, l'officier de santé vérifie alors la nature des produits, leur provenance, leur date de péremption et procède éventuellement à une demande d'analyse de laboratoire.

Les SCSF effectuent systématiquement les prélèvements nécessaires pour certaines marchandises comme l'eau de boisson embouteillée importée, les médicaments et dispositifs médicaux, les biberons et tétines. Le contrôle de la radioactivité sur des prélèvements de lait et produits laitiers n'est plus effectué car ces prélèvements ne sont pas acheminés à temps vers le CNRP à Rabat. Le SCSF de l'aéroport de Tanger est sollicité pour effectuer les

prélèvements nécessaires pour des cheveux humains provenant de l'Inde pour être industrialisés et traités au Maroc (perruques) puis réexportés à l'étranger.

Le contrôle de toutes les marchandises et cargaisons à l'aéroport de Rabat- Salé est effectué par les services de douane et de l'Agriculture. Le SCSF n'intervient pas.

Il est à préciser que seul le port de Casablanca dispose d'un scanner pour contrôler la radioactivité. Une unité de contrôle de la radioactivité est implantée au niveau du SCSF depuis l'année 2000. Celle-ci n'est pas opérationnelle en permanence du fait de la non disponibilité sur place d'un personnel qualifié. Le contrôle de radioactivité est exigé systématiquement pour les marchandises en provenance de l'Ukraine notamment «le Fer» et se fait également pour les conteneurs, cargaisons et marchandises suspects.

Au niveau des autres SCSF, une équipe du CNRP se déplace chaque fois qu'une activité radioactive est suspectée au niveau d'une marchandise ou d'une cargaison.

4.3.6. Information/Education

Le SCSF est appelé à participer à l'information et à la sensibilisation des voyageurs et des membres de l'équipage sur les risques liés aux voyages internationaux ainsi que le personnel des ports et des aéroports en vue d'observer les règles d'hygiène.

Cependant, nous avons remarqué que cette fonction n'est pas structurée au niveau des SCSF et qu'il n'y a pas de support d'information la concernant. En effet, l'information / Education se limite à l'administration de recommandations, essentiellement pour le personnel des services de restauration concernant l'hygiène. Des brochures en langue arabe et française sont parfois distribuées aux voyageurs, comportant des conseils et des précautions à prendre en matière d'hygiène alimentaire, de vaccination contre la fièvre jaune et de chimioprophylaxie contre le paludisme.

4.3.7. Communication

Les systèmes de communication mis à la disposition des SCSF visités sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Liste des moyens de communication disponibles

| | Aéroport Mohamed V | Port de Casablanca | Aéroport Ibn Battouta | Port de Tanger | Aéroport de Rabat-Salé |
|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Téléphone | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> a |
| Fax | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> a |
| Internet | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radio VHF mobile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radio VHF fixe | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radio mobile TKW | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui Non **a Non fonctionnel**

Selon les responsables des SCSF, l'absence de Radio VHF empêche le SCSF de communiquer directement avec le navire ou l'aéronef pour pouvoir anticiper en cas de problème à bord. La non disponibilité des moyens de communication retarde la circulation de l'information entre le SCSF, la délégation et la DELM. Enfin, l'absence d'Internet empêche le personnel du SCSF d'être informé sur les événements sanitaires relatés sur les sites du Ministère de la santé, de l'OMS et des autres départements et institutions impliquées.

Plusieurs supports d'information sont utilisés dont le registre des entrées des navires, le registre des dépouilles mortelles, le registre de contrôle de l'eau, le registre des prélèvements des denrées alimentaires, le registre de saisies, le registre des malades (aéroports) et le registre des activités journalières.

Les documents sanitaires utilisés, à savoir la déclaration maritime de santé, la déclaration générale d'aéronef et les certificats de contrôle sanitaire des navires, respectent les

modifications apportées par le RSI (2005). Ce n'est pas le cas du rapport d'activités mensuel destiné à la DELM qui n'a pas encore été révisé compte tenu des dispositions du RSI (2005). Par ailleurs, nous avons remarqué que, certains supports d'information ont été élaboré localement par certains SCSF afin de faciliter la réalisation de certaines activités tel que l'attestation de contrôle autorisant l'embarquement ou le débarquement du cercueil (port de Tanger) et les fiches d'inspection des services de restauration et du catering (Aéroport de Rabat-Salé).

Le SCSF tient le délégué et la DELM constamment au courant par le biais du rapport mensuel et aussi chaque fois que survient un événement susceptible de constituer un danger pour la santé de la population et/ou des passagers.

4.3.8. Gestion des évènements pouvant constituer une USPPI

Les points d'entrée ne disposent pas d'un plan d'intervention propre pour les USPPI mais chaque point d'entrée possède un plan d'urgence impliquant les différents intervenants à savoir les autorités aéroportuaires (ONDA) ou portuaires (ANP et Marsa Maroc), la police, la douane, la gendarmerie royale, la protection civile, l'agriculture, la RAM ou la COMANAV et le SCSF.

Ce plan fixe les responsabilités et les rôles de chacun et permet d'organiser une action appropriée, en cas de déclaration d'une situation d'urgence au niveau du port ou de l'aéroport, comme un incendie déclaré, un crash ou une menace terroriste.

Le degré d'implication du SCSF dans l'élaboration de ce plan est variable. Pour certains services, ils ont participé à toutes les étapes qui ont conduit à son élaboration et dans ce cas, des exercices de simulation concernant des situations d'USPPI sont inclus (ex. SRAS).

Les différentes personnes à contacter et les structures sanitaires concernées en cas d'urgence sanitaire sont précisées dans le cadre de ce plan (délégués, directeurs des hôpitaux, personnel du SCSF, services des urgences et de réanimation des structures hospitalières les plus proches).

4.4. Relations des SCSF avec leur environnement

L'intérêt d'analyser ces relations est surtout de voir dans quelles mesures d'autres intervenants appartenant soit au système de santé soit à d'autres secteurs peuvent collaborer avec les SCSF, leur permettant ainsi de mener à bien les missions qui leurs sont assignées.

4.4.1. Relations internes

Le SCSF entretient des relations d'ordre hiérarchique et administrative avec la délégation préfectorale. En effet, le délégué du Ministère de la Santé à la province ou préfecture est le responsable direct de ces services. Il assure la coordination entre les différents intervenants et les différents niveaux du système de santé dans le cas où une situation d'urgence est déclarée. La délégation assure l'appui logistique, matériel et humain pour ces SCSF.

Les relations avec l'ORE sont presque inexistantes pour la majorité des SCSF. A la limite, il y a un échange d'information, essentiellement en cas d'alerte épidémique. Nous avons noté cependant, au niveau de la Direction régionale à la Wilaya du Grand Casablanca, l'existence d'une coopération entre l'ORE et les SCSF. En effet, les rapports mensuels des SCSF sont destinés à l'ORE. Ce dernier implique les SCSF dans toutes les sessions de formation et d'information qu'il organise.

La relation avec le réseau hospitalier est indirecte, par l'intermédiaire du Délégué qui assure la coordination des actions entre l'hôpital et le SCSF en cas de voyageur suspect ou malade. Pour certains SCSF, le directeur du centre hospitalier ainsi que les services des urgences et de réanimation sont impliqués dans le plan d'urgence élaboré au niveau des points d'entrée.

La DELM, par le biais du SME, assure un appui technique pour les SCSF. Elle est responsable du suivi et de l'évaluation des activités des SCSF sur la base des rapports mensuels qui lui sont adressés. De plus, la DELM organise des sessions de formation au profit du personnel des SCSF en fonction des nouveautés apparues dans le domaine. Cependant, les supervisions sont rares et le feed back n'est pas systématique sauf en cas d'urgence.

Des relations opérationnelles existent avec le CNRP auquel les SCSF font appel chaque fois qu'ils suspectent l'existence d'un risque de radioactivité pour une cargaison, un conteneur ou

une marchandise. Selon certains responsables des SCSF, le délai d'intervention du centre est souvent long ce qui peut entraver le trafic international.

Les laboratoires sont une composante essentielle du système de CSF. Ils jouent un rôle de support technique. En effet, les laboratoires préfectoraux et l'INH sont constamment sollicités par les SCSF pour analyser les prélèvements réalisés. Le délai d'acheminement des prélèvements et de la réception des résultats conditionne les modalités et la rapidité d'une éventuelle riposte d'une part et d'autre part, la crédibilité du SCSF vis-à-vis des autres partenaires. Les difficultés rapportées par le personnel résident dans la non disponibilité de véhicule pour l'acheminement des prélèvements ce qui est à l'origine de retards. Le personnel accuse également des retards quand à la réception des résultats des analyses.

4.4.2. Relations externes

Le personnel du SCSF travaille dans un environnement particulier caractérisé par la multiplicité des intervenants appartenant à d'autres secteurs et la gestion des points d'entrée est assurée par plusieurs acteurs qui sont des partenaires incontournables pour les SCSF. Il s'agit principalement :

» *Des autorités aéroportuaires / portuaires*

L'ONDA représente l'autorité qui assure la gestion des aéroports. Elle est responsable de l'hygiène du site aéroportuaire et des opérations de dératisation et de désinsectisation effectuées par des sociétés privées spécialisées au niveau du site aéroportuaire. Elle délivre le programme hebdomadaire et journalier concernant les vols et appuie l'application des recommandations émises par le SCSF. L'ONDA a mis en place une antenne médicale qui participe à l'élaboration et à l'exécution du plan d'urgence de l'aéroport. Le médecin responsable de cette antenne, en collaboration avec le SCSF, assure le suivi médical des employés exerçant au niveau des services de restauration.

Du point de vue des responsables des SCSF, les relations avec l'ONDA sont qualifiées de satisfaisantes mais restent insuffisantes. Les justificatifs avancés par la majorité d'entre eux résident dans l'absence d'implication des SCSF dans les projets d'extension et de

réaménagement en cours, sachant qu'ils seront amenés à contrôler plusieurs aspects tel l'éclairage, l'aération des services utilisés par les voyageurs et l'entreposage des déchets.

Nous avons remarqué au niveau de l'aéroport Mohamed V que le SCSF bénéficie d'une position privilégiée auprès de l'ONDA qui lui assure un appui logistique et matériel. De plus, l'ONDA assure le repas et le transport pour le personnel du SCSF. Le responsable du SCSF est impliqué de façon étroite aux différentes réunions et est tenu constamment informé de tout ce qui peut aider à la bonne marche du service.

Au niveau des ports, les autorités responsables sont représentées par l'ANP et Marsa Maroc. Au même titre que l'ONDA, elles sont responsables de l'hygiène du port et des opérations de désinfection et de dératisation, appuient les SCSF dans l'application des recommandations et leur fournissent les statistiques d'entrée des navires. Selon le personnel des SCSF, les relations sont insuffisantes du fait que l'ANP et Marsa Maroc connaissent encore des difficultés dans leur propre organisation.

Au niveau du port de Casablanca, le SCSF assiste chaque jour à une conférence présidée par la capitainerie (ANP) en présence des différents services du port suite à laquelle un planning de la journée concernant les horaires d'appareillage et d'accostage des navires est délivré à chaque service.

▶▶ *Les autres services chargés d'autres aspects du contrôle*

✦ Les services de la Douane : Ils sont responsables du contrôle des marchandises, cargaisons, bagages, colis postaux et conteneurs. La collaboration avec les services de douane est importante dans la mesure où ils appuient les SCSF dans cet aspect de contrôle en les tenant constamment informés. Cependant, la transmission de l'information entre Douane et SCSF et vis versa n'est pas systématique.

✦ La Police et la Gendarmerie Royale : Elles contrôlent la provenance du voyageur et vérifient son itinéraire. L'expérience nationale avec l'épidémie du SRAS en 2003 peut être considérée comme une réussite en matière de collaboration avec ces services.

✦ Les services du contrôle vétérinaire et phytosanitaire relevant du Ministère de l'Agriculture : Ces services sont responsables du contrôle des marchandises du domaine vétérinaire, des problèmes inhérents aux végétaux, des denrées périssables et de l'alimentation en conserves. La collaboration avec ces services est insuffisante selon la plupart des SCSF.

▶▶ *La Protection civile :*

Elle participe par le transport des malades et des décès. Elle représente, par ailleurs, un intervenant très important dans le plan d'urgence du point d'entrée. Elle est également un acteur clé dans la gestion des risques et des situations de catastrophes au niveau national.

▶▶ *Les Autorités locales*

Les SCSF au port sont membres de différentes commissions et participent aux différentes réunions à savoir les réunions trimestrielles du comité technique, les réunions ponctuelles et hebdomadaires des commissions du code de sécurité, la commission de destruction des stupéfiants (mixte interministérielle) et la commission de destruction des denrées alimentaires.

▶▶ *Le Bureau communal d'hygiène (BCH)*

Le BCH participe, chaque fois qu'il est sollicité par les SCSF au niveau des aéroports, aux opérations de désinsectisation et de désinfection réalisées en période de pèlerinage aux lieux saints de l'Islam en mettant des ouvriers à la disposition des SCSF pour effectuer ces opérations.

▶▶ *Les autres intervenants*

D'autres intervenants sont retrouvés au niveau des points d'entrée dont les agents maritimes, les consignataires, les sociétés responsables de chargement et déchargement, les compagnies de transport aérien (RAM), les compagnies de transport maritime (COMANAV) et les agences de voyage. Les responsables des SCSF reconnaissent qu'il s'agit d'intervenants importants mais les relations avec eux leur semblent très timides et restent à développer.

5. ANALYSE DES FORCES–FAIBLESSES–OPPORTUNITES–MENACES (FFOM)

Au terme de cette partie de présentation des résultats, les principales forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées compte tenu des dispositions prévues par le RSI (2005) sont comme suit :

5.1. FORCES

L'analyse du CSF nous a permis d'identifier un certain nombre de forces à entretenir à savoir :

- ▶▶ L'organisation en place du CSF avec des SCSF opérationnels au niveau des points d'entrée à trafic international.
- ▶▶ Les officiers de santé en fonction au niveau des SCSF qui sont expérimentés. En effet, pour la plupart ils ont une longue expérience du terrain dans le domaine du CSF. Ils ont été confrontés à l'alerte épidémique contre l'épidémie de SRAS en 2003 et Ils ont été formés en matière de RSI (2005).
- ▶▶ Le CSF est un domaine ciblé par le plan d'action national de renforcement des capacités requises pour la mise en œuvre du RSI (2005).

5.2. FAIBLESSES

Les principales faiblesses que nous avons pu répertorier sont les suivantes :

- ▶▶ L'absence de couverture des postes frontières terrestres par les SCSF.
- ▶▶ L'absence de politique nationale en matière de CSF avec des objectifs et des indicateurs de suivi bien déterminés.
- ▶▶ L'insuffisance de coordination entre les SCSF et les structures de soins, les laboratoires, les CPE et les ORE.
- ▶▶ La non priorisation du CSF au niveau des délégations du Ministère de la Santé.

- ▶▶ L'insuffisance des ressources disponibles avec:
 - Des locaux inadéquats.
 - Une insuffisance en effectif de certaines catégories de personnel en particulier le personnel médical et infirmier.
 - Un manque de moyens de communication.
 - Un manque de certains matériels et équipements.
- ▶▶ L'absence d'un système de motivation pour le personnel :
 - Absence d'un plan de formation continue.
 - Absence d'indemnités.
 - Absence d'évaluation et de Feed back régulier.
- ▶▶ L'insuffisance de mécanismes de coordination et de réponse en cas d'USPPI.
- ▶▶ Des supports d'information révisés mais non encore finalisés et diffusés.

5.3. OPPORTUNITES

Nous avons relevé plusieurs opportunités à saisir afin de permettre le développement des SCSF. Il s'agit de :

- ▶▶ L'entrée en vigueur du RSI (2005) avec notamment:
 - Le partenariat de l'OMS avec d'autres organisations internationales.
 - La possibilité d'appui technique et financier par l'OMS.
- ▶▶ La stratégie 2008 – 2012 du Ministère de la Santé considérant la veille et la sécurité sanitaire comme 4^{ème} axe stratégique.
- ▶▶ La stratégie nationale de riposte contre la pandémie de grippe d'origine aviaire mise en place et qui est une expérience concluante à prendre comme exemple ou à méditer.
- ▶▶ La stratégie nationale de gestion des risques et de catastrophes mise en place.
- ▶▶ Le renforcement en cours du réseau de soins et de laboratoires.

- ▶▶ Le souci sécuritaire de l'Etat chez certains secteurs.
- ▶▶ Le projet de réglementation des plans d'urgence des aéroports.
- ▶▶ Les projets d'aménagement et d'extension des aéroports avec possibilité de négociation pour l'acquisition de nouveaux locaux répondant aux dispositions du RSI (2005).
- ▶▶ La négociation en cours d'un plan de surveillance de la radioactivité.
- ▶▶ La perspective de mise en place d'un comité national de sécurité sanitaire comprenant plusieurs secteurs avec l'élaboration d'un plan national ; les différents secteurs concernés étant sensibilisés et impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005).

5.4. MENACES

Certaines menaces peuvent entraver la mise en œuvre des dispositions du RSI (2005) au niveau des points d'entrée à savoir :

- ▶▶ Un cadre juridique et réglementaire non actualisé et lacunaire.
- ▶▶ Une insuffisance de communication et de collaboration entre les secteurs.
- ▶▶ Une insuffisance d'implication du secteur privé.
- ▶▶ Une insuffisance de développement des capacités des laboratoires nationaux, régionaux et locaux.
- ▶▶ Une insuffisance de préparation du système de soins et de prise en charge (absence de procédures, de services médicaux spécialisés et de personnel qualifié).
- ▶▶ Une insuffisance de budget pour développer les SCSF.

CHAPITRE VI : DISCUSSION

1. SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS

☉ Le contexte de la mise en œuvre du RSI (2005) est marqué, au niveau national, par l'existence de SCSF opérationnels au niveau des ports et des aéroports à trafic international. Cependant, les postes frontières terrestres ne sont pas couverts.

La stratégie de riposte nationale face à la menace de pandémie de grippe aviaire déjà mise en place depuis 2006, a permis d'entamer le processus d'application de certaines dispositions du RSI (2005) et de créer une dynamique de collaboration intersectorielle (santé, agriculture, tourisme, commerce, défense) ^(33,34).

La volonté politique nationale, favorable à la sécurité sanitaire internationale, constitue un atout pour la mise en application des dispositions du RSI (2005). Cependant, nous avons noté un retard dans la mise à jour de la législation et de la réglementation nationale du fait que la DRC considère que l'évaluation des capacités requises devrait être achevée avant l'insertion du RSI (2005) dans le droit positif national. Le RSI (2005) a été certes ratifié par le Maroc, mais cette ratification relève plutôt d'un accord tacite que d'un véritable engagement ce qui rend la législation nationale essentielle pour soutenir l'application du RSI (2005).

Sur le plan international, l'OMS développe plusieurs partenariats avec d'autres agences des Nations Unies telles l'OACI, la FAO, l'OMI, l'OMC, avec les associations industrielles telles l'Airports Council International (ACI), l'IATA et l'International Shipping Federation (ISF) dans le but de soutenir les pays pour l'application des dispositions du RSI (2005) au niveau des points d'entrée en établissant des procédures standardisées ⁽³⁵⁾. Ceci ne peut que renforcer la collaboration intersectorielle au niveau national en fournissant un cadre juridique international prenant en considération les préoccupations des différents intervenants qui ne sont pas nécessairement les mêmes et qui peuvent être source de conflictualités.

☉ Les ressources existantes actuellement ne permettent pas aux SCSF de s'acquitter de **toutes les activités** fixées par le RSI (2005). Ces activités ont largement diminué à partir des années 80 en raison notamment de la réduction au niveau international des épidémies de maladies transmissibles susceptibles d'être propagées par les moyens de transports ⁽³⁶⁾. Le CSF était contraint de céder la place à d'autres priorités de santé publique. Cependant, la réémergence et l'émergence de certaines maladies infectieuses montrent que les risques d'importation de maladies transmissibles via les transports internationaux sont toujours présents ⁽¹¹⁾.

☉ Les interventions réalisées dans le cadre du CSF dans notre pays, sont de deux types : des interventions de routine et des interventions en cas d'urgence sanitaire.

1. Les SCSF assurent partiellement les activités de routine prévues par le RSI (2005).

En effet, ces services interviennent à travers :

▶▶ Le contrôle d'hygiène et de salubrité au sol et à bord mais certains aspects de ce contrôle ne sont pas systématiques et ne répondent pas aux normes prévues par l'OMS ^(37,38). Il s'agit du contrôle médical des employés manipulant les denrées alimentaires, le contrôle de l'hygiène et la supervision des opérations de désinfection des camions citernes assurant le ravitaillement en eau pour les moyens de transport et l'inspection des installations servant à l'élimination des déchets liquides provenant des aéronefs et des navires. Il en est de même pour les prélèvements bactériologiques et physico-chimiques de l'eau et des denrées alimentaires fournies aux points d'entrée ou aux compagnies de transport ainsi que pour les déchets liquides provenant des aéronefs et des navires.

La surveillance sanitaire des moyens de transport est assurée pour les navires vu la nécessité de délivrer les certificats de contrôle sanitaire des navires mais le personnel a rapporté la difficulté de mener régulièrement ces inspections vu l'effectif réduit des ressources humaines, la durée limitée attribuée à ces inspections et les retards de l'acheminement des prélèvements et de l'obtention des résultats des analyses. Une étude publiée par l'OMS sur les flambées épidémiques et la navigation survenues entre 1970 et 2000 a retrouvé plus de 100 épidémies

en relation avec les transports maritimes ⁽³⁹⁾. Ces épidémies sont préoccupantes à cause de leurs conséquences potentiellement graves pour la santé et à cause du coût qu'elles imposent à ce secteur d'activité. L'OMS recommande l'adoption d'une approche d'évaluation des risques et fixe des principes à respecter pour la gestion préventive de l'hygiène du milieu et pour mener à bien les missions d'inspection à bord des navires ^(40,41,42).

L'inspection des aéronefs est presque quasi absente vu les mesures sécuritaires en vigueur mais ceci nous semble en contradiction avec le contrôle systématique des cercueils à l'arrivée qui se fait à bord de l'aéronef. Le personnel des SCSF avance également l'insuffisance de collaboration avec les agents de sécurité et le manque d'information des compagnies aériennes qui parfois ne sont pas au courant de l'existence du SCSF au niveau du point d'entrée. Les normes de l'OMS pour l'hygiène et la salubrité des transports aériens constituent une référence à respecter non seulement par le personnel du SCSF mais aussi par les différents partenaires notamment les compagnies aériennes et les autorités aéroportuaires ⁽⁴³⁾.

►► La lutte contre les vecteurs, réservoirs de maladies et autres sources de contamination se résume au contrôle et parfois à la supervision des opérations de dératisation et de désinsectisation effectuées au sol (ports et aéroports) et à bord des navires. Les officiers sont confrontés aux mêmes contraintes citées dans le cadre du contrôle de l'hygiène et de la salubrité à savoir l'effectif insuffisant en ressources humaines et l'insuffisance de collaboration avec les différents partenaires.

Le contrôle des opérations de désinsectisation pour les aéronefs n'est pas effectué pour les mêmes raisons suscitées. Cependant, il est largement démontré que des vecteurs de maladies sont importés dans les pays par les aéronefs, et que cette importation peut conduire à la transmission de maladies vectorielles ⁽⁴³⁾.

Nous avons noté par ailleurs, un relâchement dans les activités de surveillance entomologique essentiellement autour du périmètre des points d'entrée. Le SCSF doit couvrir au minimum un

rayon de 400 m selon les normes prévues par l’OMS ^a. Il serait judicieux de déterminer le risque d’importation des maladies par les vecteurs compte tenu de notre contexte national et de proposer une stratégie opérationnelle pour la lutte contre les vecteurs en respectant les recommandations de l’OMS ^(37,40,43). Le risque d’implantation de certains vecteurs dans notre pays n’est pas exclu, d’autant plus que le Maroc est amené à développer son trafic aérien et ambitionne de devenir une plaque tournante entre l’Afrique et l’Europe ce qui justifie le renforcement des mesures de surveillance entomologique.

» Le rôle des SCSF est très limité dans le contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs et marchandises. Ce contrôle est sous la responsabilité des services de Douane et des services de contrôle vétérinaire et phytosanitaire rattachés au Ministère de l’Agriculture et de la Pêche Maritime. De nombreux pays (Ex : Angleterre et Nouvelle Zélande) préconisent le regroupement des services de contrôle à savoir les services de Douane, d’Agriculture et de santé par accords de partenariat pour améliorer l’efficacité et faciliter la coordination des actions (agents plus nombreux, échanges d’information, harmonisation des mesures pour le fret et les passagers, et interlocuteur unique).

En conclusion, la mise en oeuvre de ces activités de routine et leur fréquence varient selon la situation épidémiologique internationale et surtout les moyens disponibles. En effet, l’irrégularité et parfois l’absence de certaines activités sont principalement liées à :

✦ L’effectif insuffisant et le profil parfois inadapté des ressources humaines affectées au niveau des SCSF, ne répondant pas au minimum requis au niveau national. L’absence de personnel médical et infirmier ne permet pas d’assurer un service médical adapté au niveau du point d’entrée. De plus, il y a lieu de préciser que le domaine du CSF est particulier et chaque personne qui quitte le SCSF quelle que soit la raison (retraite, mutation) est difficilement remplacée.

✦ L’absence de véhicules utilitaires propres aux SCSF.

^a Annexe V du RSI (2005) : Mesures particulières concernant les maladies à transmission vectorielle

✦ L'absence de locaux adéquats qui se limitent en général à de simples bureaux ne répondant pas aux exigences d'examen et d'isolement d'éventuels voyageurs suspects ou malades ; Au niveau des aéroports, ces bureaux sont accordés difficilement et au niveau des ports, l'ANP demande même le paiement du loyer.

Par ailleurs, les officiers de santé ont également soulevé l'aspect de l'environnement particulier dans lequel ils travaillent. Celui-ci est caractérisé par la multiplicité de détenteurs d'enjeux « *plus forts* » de par leur effectif et leur autorité et les relations entre ces services sont des relations de compétitivité plutôt que de collaboration. La non application des recommandations émises par les SCSF au niveau des points d'entrée, est due en partie à l'insuffisance de collaboration avec les services concernés. D'ailleurs, cette collaboration, même quand elle existe, n'est pas institutionnalisée et reste tributaire des relations officieuses. L'absence de procédures claires pour tous les intervenants d'une part et l'insuffisance d'appui hiérarchique auprès de ces intervenants d'autre part, retentissent sur les activités du SCSF.

Enfin, la stratégie nationale actuelle en matière de CSF ne fixe pas des objectifs avec des indicateurs de suivi ce qui empêche l'évaluation de l'efficacité de ces services, sur des bases objectives. Cette situation est accentuée par la non standardisation des supports d'information utilisés au niveau des SCSF. L'insuffisance des moyens de communication constitue une contrainte supplémentaire à la circulation de l'information.

Par ailleurs, certains officiers ont également soulevé l'absence d'un système de motivation. En effet, il n'y a pas de plan de formation continue et aucune indemnité n'est prévue.

2. Les points d'entrée visités ne disposent pas d'un plan d'intervention en cas d'USPPI. Cependant, chaque point d'entrée possède un plan d'urgence élaboré sous l'égide des autorités aéroportuaires ou portuaires, impliquant les différents services opérant au niveau du point d'entrée et fixant les responsabilités et les rôles de chacun.

Ce plan peut être utilisé pour y inclure les situations d'USPPI d'autant plus qu'un projet de réglementation est en cours d'élaboration par le Ministère de l'Équipement et du Transport en prenant en considération les dispositions du RSI (2005).

Les locaux constituent là aussi une entrave vu que les SCSF ne disposent pas d'un espace approprié pour les entretiens, l'examen et si nécessaire, la mise en quarantaine des voyageurs suspects ou malades. A défaut de pouvoir acquérir des locaux similaires au port de Casablanca, l'exemple de l'Aéroport Mohamed V, où les locaux de l'Antenne médicale sont mis à la disposition du SCSF, peut être reproduit au niveau des autres points d'entrée dans le cadre d'un accord de partenariat entre les autorités sanitaires et les autorités aéroportuaires ou portuaires.

Les portiques thermiques installés au niveau des aéroports sont destinés à détecter les passagers atteints de fièvre, en cas de suspicion d'une maladie à caractère épidémique, soumise au RSI (2005) signalée par le commandant de bord ou dans le cas d'une USPPI. Cependant, l'utilisation de ces cameras infrarouges pour le dépistage médical (imagerie thermique) aux frontières est très controversée dans les milieux spécialisés ce qui remet en cause leur supériorité comme moyen de dépistage de maladies chez les voyageurs durant une épidémie par rapport à d'autres approches plus simples (Ex. sensibilisation, éducation, questionnaire de santé) ^(45,46).

En cas d'alerte épidémique, comme cela l'a été dans le contrôle du SRAS, des actions spécifiques doivent être mises en place. Ces actions peuvent porter sur :

- ✦ L'information des passagers et équipages (au départ et/ou à l'arrivée),
- ✦ Le renforcement des mesures de routine,
- ✦ Des modalités particulières de prise en charge des cas suspects arrivant sur le territoire national,
- ✦ L'application des mesures recommandées pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux prévus.

Le renforcement des ressources humaines du SCSF par un personnel qualifié et en nombre suffisant s'impose. La stratégie de gestion des risques au niveau des délégations du ministère de la santé prévoit un plan d'urgence et de catastrophes qui comprend les incidents pouvant survenir aux points d'entrée (incendie, crash, menace terroriste). Rien n'est encore prévu pour les USPPI, mais ce plan d'urgence peut contenir le plan d'intervention pour les USPPI. Pour cela, les responsables locaux peuvent utiliser les principes directeurs fixés par l'OACI ⁽⁴⁷⁾ concernant la gestion des maladies transmissibles au niveau des aéroports pour définir concrètement le contenu du plan.

Il faudrait prévoir des mécanismes de coordination entre le SCSF et le réseau hospitalier qui devrait disposer de services médicaux capables de la prise en charge des voyageurs, leur isolement et leur traitement. Pour cela, des efforts doivent porter sur la formation du personnel médical et infirmier des services désignés (Réanimation, urgences, maladies infectieuses) et sur le renforcement des équipements spécifiques de ces services. Le transport des voyageurs pouvant être porteurs d'une source d'infection ou de contamination doit être sécurisé alors que les ambulances disponibles ne disposent pas d'équipements spéciaux et le personnel n'est relativement pas qualifié. Le secteur privé peut également être impliqué dans ce domaine.

Les laboratoires constituent une composante essentielle du système de CSF mais les prélèvements effectués dans la routine se heurtent souvent à un problème d'acheminement. Dans le cas où les prélèvements sont envoyés, les résultats sont obtenus avec beaucoup de retards ce qui suppose une insuffisance de coordination. L'affectation d'un véhicule propre au SCSF ou l'élaboration d'un planning d'acheminement en concertation avec la Délégation du Ministère de la Santé peut résoudre ce problème.

Enfin, la collaboration intersectorielle demeure le préalable incontournable pour l'efficacité du plan d'intervention en cas d'USPPI. Des exercices de simulation devront permettre de juger de son opérationnalité.

2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

2.1. Forces :

La sécurité sanitaire internationale est un sujet d'actualité imposée par la conjoncture internationale et constituant une priorité pour le Ministère de la santé puisqu'elle figure comme 4^{ème} axe de la Stratégie 2008 – 2012. La mise en œuvre du RSI (2005) constitue un levier pour garantir cette sécurité sanitaire internationale.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui a été effectuée dans un contexte professionnel réel pour répondre à un besoin précis et spécifique. Elle a été menée en concertation avec les intervenants aux différents niveaux du système de santé et les recommandations proposées émanent du terrain.

Elle a surtout le mérite d'être le premier document national produit dans le cadre de l'évaluation des capacités requises pour la mise en œuvre des dispositions du RSI (2005) dans notre pays, comme cela est exigé par l'OMS.

Les résultats obtenus dans la présente étude pourraient être utilisés dans le cadre de la préparation de « l'Atelier National pour la réorganisation des SCSF », prévu par la DELM en fin 2008.

2.2. Limites :

Les limites de cette étude sont liées aux difficultés d'accès aux postes frontières surtout les aéroports vu les mesures sécuritaires en vigueur. Ceci a retenti sur la durée allouée à la visite sur le terrain qui nous paraît insuffisante ce qui nous a empêché d'approfondir certains aspects du CSF pour affiner davantage notre analyse et nos recommandations.

Les documents concernant le CSF sont rares. Dans notre recherche, nous avons trouvé uniquement des textes législatifs concernant les expériences étrangères. Ces textes ne reflètent pas forcément la réalité du terrain. Ceci nous a conduit à émettre des réserves quand à

l'efficacité et la faisabilité des mesures décrites et de ce fait, nous n'avons pas pu dégager des expériences de référence dans ce domaine.

Certains documents de l'OMS ainsi que la stratégie régionale EMRO concernant l'évaluation des capacités requises pour la mise en œuvre du RSI (2005) n'étaient pas encore disponibles.

3. RECOMMANDATIONS

La situation du CSF au Maroc, sans être trop alarmante, présente des perspectives d'amélioration afin de pouvoir répondre entièrement aux dispositions prévues par le RSI (2005).

Les recommandations proposées au terme de cette étude, émanent des propositions des différents intervenants, à différents niveaux, dans le domaine de CSF. Ces propositions ont été faites dans un souci de permettre aux SCSF d'offrir des services de qualité et de garantir une protection sanitaire optimale de nos frontières compte tenu du développement en cours du trafic international, en particulier aérien, au niveau de notre pays.

La réorganisation du CSF au Maroc a pour objectif de contribuer à la réduction du risque de propagation internationale des maladies par la mise en place de mesures de santé publique efficaces et permanentes et d'une capacité de réaction en situation d'USPPI dans les aéroports et ports désignés répondant aux dispositions prévues par le RSI (2005).

Pour cela nous proposons de procéder à travers 7 axes stratégiques de développement:

3.1. Actualisation et Renforcement du cadre juridique

Un cadre juridique à jour (Adoption du RSI (2005) par Dahir) et couvrant tous les aspects de CSF permettra de préciser les responsabilités et de créer un cadre pour la collaboration intersectorielle.

Des accords types circulaires ou arrêtés conjoints d'application, portant sur les mécanismes de concertation et les modalités de coordination entre les partenaires, sur la standardisation des locaux réservés aux SCSF et le transport des voyageurs suspects ou malades permettront de

compléter la réglementation en vigueur. Des réflexions doivent porter également sur la révision de la tarification de certaines activités réalisées par les SCSF au profit des compagnies de transport.

3.2. Renforcement du partenariat avec les autres départements et secteurs

Nous proposons d'établir un partenariat permanent avec les autres services de contrôle en particulier l'Administration de la Douane et le Département de l'Agriculture à travers des protocoles d'accord afin de définir, clarifier et coordonner les missions de chacun. Ceci permettra l'optimisation des ressources disponibles.

Le partenariat avec les autorités aéroportuaires et portuaires permettra d'institutionnaliser les procédures des contrôles effectués par les SCSF et de déterminer les domaines de collaboration notamment en matière de moyens de transport, locaux, équipement, ressources humaines et formation du personnel de l'antenne médicale en matière de RSI (2005) et de gestion des USPPI.

Des réunions régulières avec ces différents départements permettront leur sensibilisation.

3.3. Définition des contrôles de routine aux points d'entrée désignés

Il existe plusieurs guides au niveau international (OMS) fixant les principes directeurs et normes à respecter pour les différentes activités techniques du CSF.

Ces guides doivent être utilisés pour déterminer les contrôles de routine aux points d'entrée et constituer la base pour élaborer un Guide National de CSF. Ce dernier permettra de définir les termes et les missions de chacun des partenaires et de présenter les principales mesures à prendre, les réflexes à avoir et les textes de lois à connaître à la fois par le personnel du SCSF et par les partenaires. Il faudra également penser à élaborer des aide-mémoire et des fiches de procédures techniques pour guider les officiers de santé dans leurs activités.

Le CSF doit être mené en collaboration avec d'autres partenaires. L'établissement d'un fonctionnement en réseau permettra de mieux tirer partie des actions déjà entreprises et de les

faire évoluer vers plus d'efficacité. Il permettra également d'engager des actions en minimisant le surcroît de travail et donc les effectifs nécessaires. Cela suppose une circulation facile de l'information et une bonne connaissance des différents partenaires.

Par ailleurs, un cadre national concernant les contrôles de routine est essentiel pour organiser les fonctions des SCSF mais un effort au niveau local devrait être fait en tenant compte des différences qui existent entre les SCSF. En effet, les SCSF ne peuvent être identiques sur l'ensemble du territoire. Leur spécificité dépendra de nombreux facteurs tels les moyens et possibilités disponibles, l'importance du trafic international, les risques liés aux pays de provenance et le type du site port/aéroport. Pour cela, il faudrait promouvoir l'approche de l'évaluation des risques pour que chaque SCSF puisse déterminer ses priorités d'action et concevoir et adopter un plan d'évolution pour le service.

3.4. Mise en place de dispositifs d'urgence efficaces pour faire face aux USPPI

L'optimisation de l'organisation des SCSF et le renforcement des capacités de routine sont des conditions nécessaires pour permettre à ces services de mieux réagir en cas de situation d'urgence.

Nous proposons d'intégrer les dispositions du RSI (2005) dans les plans d'urgence et de sécurité existants au niveau des points d'entrée. La démarche suivie dans la gestion du SRAS et dans le plan national de lutte contre la pandémie de grippe d'origine aviaire devrait servir de modèle pour une démarche encore plus globale, non pas ciblée sur une maladie donnée mais sur le risque d'une épidémie quelle qu'elle soit.

La gestion d'une USPPI ne peut pas être entièrement planifiée car chaque urgence a ses propres paramètres qui rendent la situation unique. Cependant, un protocole standard d'intervention fixant les rôles des intervenants, les grandes lignes et les actions à mener ainsi que les comportements à avoir est nécessaire.

La gestion d'une situation d'urgence nécessite le renforcement des actions multi partenariales. Il est important de pouvoir disposer d'agents mobilisables dans chaque organisation impliquée

au niveau du point d'entrée. La participation de chaque organisation à la conception du plan de gestion des urgences est un moyen pour les engager à mobiliser leurs agents. En effet, la mise au point de procédures écrites est indispensable au sein de chaque institution mais surtout en liaison les unes avec les autres. Des plans d'intervention rapides et hiérarchisés peuvent être conçus et présentent l'avantage d'éviter l'improvisation.

Les capacités opérationnelles seront testées régulièrement à l'aide d'exercices de simulation et de retours d'expérience.

Des mécanismes de coordination doivent être déterminés avec les autres sous systèmes de santé impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005) à savoir le système de soins et de prise en charge (Etablissements de soins de santé de base, réseau hospitalier), le système de laboratoire, et le système de surveillance épidémiologique (ORE).

3.5. Valorisation des officiers de santé

▶▶ *Formation de base:*

Un module de CSF au niveau des facultés de Médecine et des Instituts de Formation aux Carrières de Santé peut être prévu.

▶▶ *Formation continue :*

Nous proposons :

→ d'établir un plan national de formation continue pour renforcer les compétences des acteurs impliqués en matière de :

- * Réglementation nationale et internationale.
- * Approche d'évaluation de risques.
- * Communication Interpersonnelle.
- * Gestion des situations des USPPI.

→ de mettre en place un cours national sur le RSI (2005) et le CSF.

→ d'inclure le thème de RSI (2005) et de CSF dans les activités de formation continue locale.

▶▶ *Prévoir un système de motivation* à travers des mesures incitatives (Indemnités de déplacement et de restauration ou développer des activités dans le cadre d'un programme social) pour attirer et maintenir les cadres et professionnels de santé au niveau des SCSF.

3.6. Planification du développement des ressources nécessaires

La réorganisation du CSF doit prendre en considération de fournir les ressources adéquates et suffisantes.

▶▶ *Ressources humaines :*

L'insuffisance d'effectif et le manque de certains profils (personnel médical et infirmier) au niveau des SCSF semblent être le problème le plus important.

Une attribution de moyens humains supplémentaires devrait être envisagée pour pallier aux carences actuelles. L'effectif devrait être déterminé en fonction du volume d'activités (actuelles et futures). Le renforcement des effectifs devrait permettre une meilleure couverture des activités de contrôle et du respect de la réglementation.

Mais, cette éventualité nous semble difficile à appliquer compte tenu de la pénurie en ressources humaines que connaît notre pays ce qui justifie la nécessité d'une approche multisectorielle.

▶▶ *Locaux*

La superficie et l'agencement des locaux mis à la disposition des SCSF ainsi que les installations techniques à prévoir doivent être normalisées de telle façon à répondre aux dispositions du RSI (2005). Ceci ne peut se faire sans une concertation avec les autorités aéroportuaires et portuaires.

▶▶ *Moyens logistiques et matériels*

Il est nécessaire de prévoir pour la bonne marche des SCSF, la disponibilité de moyens de transport, de moyens de communication, d'équipements et de matériels techniques nécessaires et suffisants.

3.7. Gestion de l'information et de la communication

La standardisation des supports d'information et l'uniformisation du circuit de l'information en tenant compte de l'existence des ORE permettront d'améliorer la gestion de l'information.

La détermination des indicateurs de suivi nous semble nécessaire pour permettre une évaluation objective des activités aussi bien au niveau local que central.

La mise en place d'une stratégie de communication en interne et en externe favorisant les échanges permettra de communiquer les informations nécessaires sur un événement pouvant constituer une USPPI. Il faudra également penser à créer un site web spécial pour le CSF comme outil pour les échanges d'informations, et hébergeant une base de données nationale.

CONCLUSION

L'entrée en vigueur du RSI (2005) doit être vue comme une opportunité pour améliorer et mieux coordonner les systèmes de santé nationaux de veille et de sécurité sanitaire à travers une visibilité renforcée auprès des autorités sanitaires nationales, des autres secteurs impliqués et de la communauté internationale.

Le RSI (2005) est à considérer comme un projet structurant pour notre système de santé permettant de développer nos capacités nationales de veille et de surveillance épidémiologique et de contribuer ainsi à atteindre l'objectif mondial de sécurité sanitaire.

Notre travail a porté sur un domaine important ciblé par le RSI (2005). Il s'agit du contrôle sanitaire aux frontières.

L'analyse de la situation nous a permis d'identifier plusieurs acquis positifs qui permettent à notre système national de santé de répondre en partie aux dispositions du RSI (2005) au niveau des points d'entrée notamment en matière d'organisation et de stratégies déjà mises en place dont la stratégie nationale de riposte contre la pandémie de grippe d'origine aviaire et la stratégie nationale de gestion des risques et de catastrophes. Celles-ci ont contribué à développer et à renforcer plusieurs aspects nécessaires à la mise en œuvre du RSI (2005).

Cependant, nous avons également relevé certaines contraintes liées essentiellement à l'effectif insuffisant et le profil parfois inadapté des ressources humaines affectées au niveau du SCSF, l'insuffisance de moyens logistiques, l'insuffisance des moyens de communication et enfin l'insuffisance de coordination et de collaboration avec certains intervenants appartenant à d'autres secteurs.

L'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces nous a permis de déterminer les principales propositions d'amélioration pour permettre aux points d'entrée désignés par notre pays de se doter des principales capacités requises afin de s'acquitter convenablement de leurs missions :

- ▶▶ L'actualisation et le renforcement du cadre juridique,
- ▶▶ Le renforcement du partenariat avec les autres départements et secteurs,
- ▶▶ La définition des contrôles de routine aux points d'entrée désignés,
- ▶▶ L'intégration des actions à entreprendre pour faire face aux USPPi dans les dispositifs d'urgence des points d'entrée (ports, aéroports),
- ▶▶ La valorisation des officiers de santé,
- ▶▶ La planification du développement des ressources nécessaires,
- ▶▶ La gestion de l'information et de la communication.

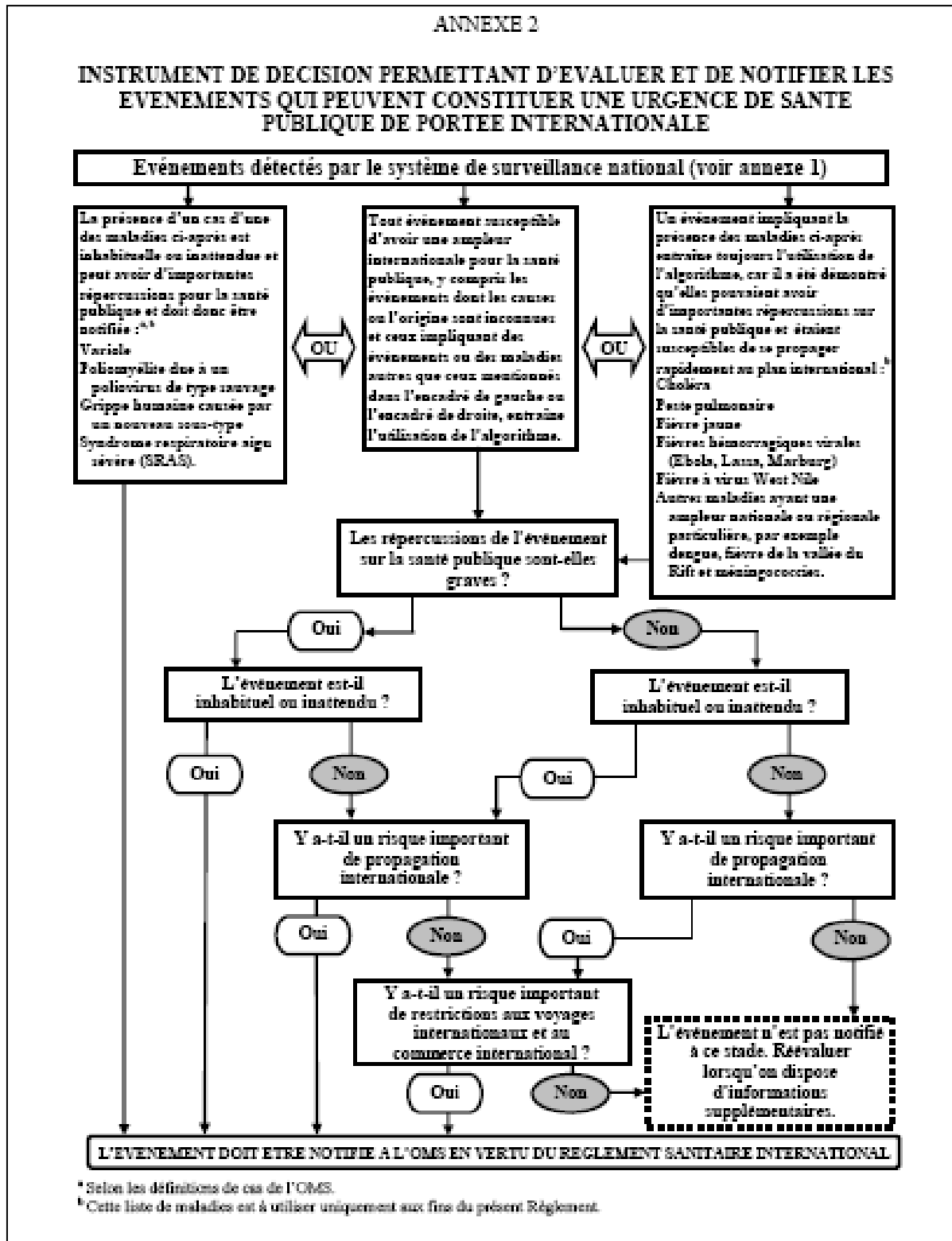
L'atelier national pour la réorganisation des SCSF prévu en fin 2008 sera l'occasion pour présenter les résultats obtenus par ce travail. Nous suggérons, en complément, de mener une étude pour évaluer les risques d'importation et de propagation des maladies infectieuses à travers nos frontières dans le but de déterminer avec précision les priorités en terme de capacités de routine au niveau des SCSF.

La mise en application des dispositions du RSI (2005) constitue un enjeu et un défi pour notre pays car elle requiert des moyens humains et financiers importants afin de pérenniser les activités entreprises. Un tel investissement se justifie car en dépend la santé et la sécurité de la population au niveau national et international.

ANNEXES

| | |
|---|----|
| <i>ANNEXE 1 : Instrument de décision RSI (2005)</i> | 78 |
| <i>ANNEXE 2 : Principales capacités requises RSI (2005)</i> | 79 |
| <i>ANNEXE 3 : Certificats sanitaires de navire</i> | 82 |
| <i>ANNEXE 4 : Déclaration maritime de santé</i> | 83 |
| <i>ANNEXE 5 : Partie relative aux questions sanitaires de la déclaration d'aéronef</i> | 84 |
| <i>ANNEXE 6 : Cadre conceptuel pour la démarche de planification adapté à notre étude</i> | 85 |
| <i>ANNEXE 7 : Cadre de l'évaluation organisationnelle</i> | 86 |
| <i>ANNEXE 8 : Liste des entretiens réalisés</i> | 87 |
| <i>ANNEXE 9 : Guides des entretiens</i> | 88 |
| <i>ANNEXE 10 : Liste des procédures standards et des protocoles devant être développés aux points d'entrée</i> | 89 |
| <i>ANNEXE 11 : Grille d'analyse des SCSF</i> | 90 |
| <i>ANNEXE 12 : Liste des ports habilités à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire en vertu du RSI (2005) au Maroc</i> | 97 |

Annexe 1 : Instrument de décision RSI (2005)



Annexe 2: Principales capacités requises RSI (2005)

ANNEXE I

A. PRINCIPALES CAPACITES REQUISES POUR LA SURVEILLANCE ET L'ACTION

1. Les Etats Parties utilisent les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du présent Règlement pour s'acquitter notamment :

- a) de leurs activités de surveillance, de déclaration, de notification, de vérification, d'action et de collaboration ; et
- b) de leurs activités concernant les aéroports, ports et postes-frontières désignés.

2. Chaque Etat Partie évalue, dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de la présente annexe. A la suite de cette évaluation, les Etats Parties élaborent et appliquent des plans d'action pour que ces principales capacités soient présentes et fonctionnent sur tout leur territoire comme il est stipulé au paragraphe 1 de l'article 5 et au paragraphe 1 de l'article 13.

3. Les Etats Parties et l'OMS soutiennent sur demande les processus d'évaluation, de planification et de mise en oeuvre prévus dans la présente annexe.

4. Au niveau communautaire local et/ou au niveau primaire d'action de santé publique

La capacité :

- a) de détecter, dans toutes les zones du territoire de l'Etat Partie, les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux escomptés pour la période et le lieu considérés ; et
- b) de communiquer immédiatement toutes les données essentielles disponibles au niveau approprié d'action de santé. Au niveau communautaire, les communications sont adressées aux établissements de soins de santé de la communauté locale ou au personnel de santé approprié.

Au niveau primaire d'action de santé publique, les communications sont adressées au niveau d'action intermédiaire ou national, selon les structures organiques. Aux fins de la présente annexe, les données essentielles incluent les informations suivantes : descriptions cliniques, résultats de laboratoire, sources et types de risques, nombre de cas humains et de décès, conditions influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires appliquées ; et

- c) d'appliquer immédiatement des mesures de lutte préliminaires.

5. Au niveau intermédiaire d'action de santé publique

La capacité :

- a) de confirmer la nature des événements signalés et d'appuyer ou d'appliquer immédiatement des mesures de lutte supplémentaires ; et
- b) d'évaluer immédiatement les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, de communiquer toutes les données essentielles au niveau national. Aux fins de la présente annexe, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation.

6. Au niveau national

Evaluation et notification. La capacité :

- a) d'évaluer dans les 48 heures tous les événements urgents qui sont signalés ; et
- b) d'aviser immédiatement l'OMS, par l'intermédiaire du point focal national RSI, lorsque l'évaluation indique que l'événement doit être déclaré en application de l'article 6, paragraphe 1 et de l'annexe 2, et de fournir à l'OMS les informations demandées à l'article 7 et à l'article 9, paragraphe 2.

Action de santé publique. La capacité :

- a) de déterminer rapidement les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation au niveau national et international ;
- b) d'apporter un soutien par la mise à disposition de personnel spécialisé, l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et une aide logistique (matériel, fournitures et transport) ;
- c) d'apporter, le cas échéant, une aide sur place pour compléter les enquêtes locales ;
- d) d'assurer un lien opérationnel direct avec les hauts responsables sanitaires et autres pour accélérer l'approbation et la mise en oeuvre des mesures d'endiguement et de lutte ;
- e) d'assurer une liaison directe avec d'autres ministères compétents ;
- f) d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants, le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes-frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clés, pour diffuser, sur le territoire de l'Etat Partie et sur celui d'autres Etats Parties, les informations et les recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus ;
- g) d'établir, d'appliquer et de maintenir un plan national d'action de santé publique d'urgence, qui prévoit notamment la création d'équipes multidisciplinaires/multisectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; et
- h) d'assurer les mesures qui précèdent 24 heures sur 24.

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

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 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 aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci.

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

La capacité :

- a) d'organiser une action appropriée en établissant et en maintenant un plan d'intervention pour les urgences de santé publique, y compris la désignation d'un coordonnateur et de responsables pour les points d'entrée et les organismes et services de santé publique et autres qui sont concernés ;
- b) d'assurer l'examen et la prise en charge des voyageurs ou des animaux affectés en passant des accords avec les services médicaux et vétérinaires locaux pour permettre leur isolement et leur traitement et fournir les autres services d'appui éventuellement nécessaires ;

- c) de prévoir un espace approprié, séparé des autres voyageurs, pour les entretiens avec les personnes suspectes ou affectées ;
- d) d'assurer l'examen et, si nécessaire, la mise en quarantaine des voyageurs suspects, de préférence dans des installations éloignées du point d'entrée ;
- e) d'appliquer les mesures recommandées pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, y compris, si nécessaire, dans des lieux spécialement affectés et équipés à cette fin ;
- f) de soumettre les voyageurs à l'arrivée et au départ à des contrôles d'entrée et de sortie ; et
- g) d'assurer l'accès à des équipements spéciaux et à du personnel qualifié convenablement protégé, pour permettre le transfert des voyageurs pouvant être porteurs d'une source d'infection ou de contamination.

Annexe 3 : Certificats sanitaires de navire

ANNEXE 3
MODELE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE/
CERTIFICAT DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE
 Port : Date :

Le présent certificat rend compte de l'inspection et 1) de l'exemption du contrôle ou 2) des mesures appliquées

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Pavillon N° d'immatriculation/OMI
 Au moment de l'inspection, les cales étaient déchargées/chargées de tonnes de cargaison
 Nom et adresse du bureau d'inspection.....

| Certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire | | | | Certificat de contrôle sanitaire de navire | | |
|--|-------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------|---|
| Secteurs, (systèmes et services) inspectés | Signes constatés ¹ | Résultats de l'analyse des échantillons ² | Documents examinés | Mesures de lutte appliquées | Date de réinspection | Remarques concernant les conditions observées |
| Cuisine | | | Journal du maître de bord | | | |
| Cabines | | | Journal de bord | | | |
| Entrepôts de stockage | | | Autres | | | |
| Cale(s)/cargaison | | | | | | |
| Quartiers : | | | | | | |
| - ponts d'équipage | | | | | | |
| - cabes des officiers | | | | | | |
| - cabines des passagers | | | | | | |
| - pont | | | | | | |
| Eau potable | | | | | | |
| Eaux usées | | | | | | |
| Balust | | | | | | |
| Déchets solides et résiduaires | | | | | | |
| Eaux stagnantes | | | | | | |
| Salle des machines | | | | | | |
| Services médicaux | | | | | | |
| Autres secteurs spécifiés - voir page jointe | | | | | | |
| « Pour les secteurs non concernés, indiquer « sans objet » | | | | | | |

Aucun signe constaté. Le navire/bateau est exempté de mesure de lutte.

Nom et titre de l'agent qui délivre le certificat Signatures et sceau Date
 Les mesures de lutte indiquées ont été appliquées à la date ci-dessous.

¹ a) Signes d'infection ou de contamination, y compris : vecteurs à tous les stades de leur croissance, réservoirs animaux de vecteurs, rongeurs ou autres espèces qui pourraient être porteurs de maladies humaines, risques microbiologiques, chimiques et autres pour la santé humaine, mesures d'hygiène insuffisantes ; b) information concernant des cas humains (à faire figurer dans la déclaration maritime de santé).
² Résultats de l'analyse des échantillons prélevés à bord : résultats à fournir dans les plus brefs délais au capitaine du navire et, si une nouvelle inspection est requise, à l'escadre sanitaire, la plus appropriée compte tenu de la date de réinspection indiquée dans le certificat.
 Les certificats d'exemption de contrôle sanitaire et les certificats de contrôle sanitaire sont valables six mois au maximum ; toutefois, la durée de validité peut être prolongée d'un mois si l'inspection ne peut pas être effectuée au port et s'il n'y a aucun signe d'infection ou de contamination.

PIECE JOINTE AU MODELE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE/
CERTIFICAT DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE

| Secteurs/installations/ systèmes inspectés | Signes constatés | Résultats de l'analyse des échantillons | Documents examinés | Mesures de lutte appliquées | Date de réinspection | Remarques concernant les conditions observées |
|--|------------------|---|--------------------|-----------------------------|----------------------|---|
| Nourriture | | | | | | |
| Source | | | | | | |
| Stockage | | | | | | |
| Préparation | | | | | | |
| Service | | | | | | |
| Eau | | | | | | |
| Source | | | | | | |
| Stockage | | | | | | |
| Distribution | | | | | | |
| Déchets | | | | | | |
| Stockage | | | | | | |
| Traitement | | | | | | |
| Evacuation | | | | | | |
| Piscines/spas | | | | | | |
| Équipement | | | | | | |
| Fonctionnement | | | | | | |
| Services médicaux | | | | | | |
| Équipement et appareils médicaux | | | | | | |
| Fonctionnement | | | | | | |
| Médicaments | | | | | | |
| Autres secteurs inspectés | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Lorsque des secteurs figurant sur cette liste ne sont pas concernés, indiquez « sans objet ».

Annexe 4 : Déclaration maritime de santé RSI (2005)

ANNEXE 3

MODELE DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

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

Présenté au port de Date

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Numéro d'immatriculation/OMI

en provenance de à destination de

(Nationalité) (Pavillon du navire) Nom du capitaine

Arage brute (navire)

Arage (bateau de navigation intérieure)

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

Départ à Date

Nouvelles importations reçues ? oui non

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

Nom du port et date de la visite

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

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

| | | | |
|--------------|-------------------------|----------|----------|
| 1) Nom | antécédent à : 1) | 2) | 3) |
| 2) Nom | antécédent à : 1) | 2) | 3) |
| 3) Nom | antécédent à : 1) | 2) | 3) |

Effectif de l'équipage

Nombre de passagers à bord

Questions de santé

- 1) Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? oui non
Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après. Nombre total de décès
- 2) Y a-t-il à bord, ou y a-t-il eu au cours du voyage international, des cas suspects de maladie de coronavirus ?
oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
- 3) Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre exempté ?
oui non Quel a été le nombre de malades ?
- 4) Y a-t-il actuellement des malades à bord ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
- 5) Un médecin a-t-il été consulté ? oui non Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau ci-après.
- 6) Avez-vous connaissance de l'existence à bord d'une affection susceptible d'être à l'origine d'une infection ou de la propagation d'une maladie ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
- 7) Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination, par ex.) ont-elles été prises à bord ?
oui non Si oui, préciser lesquelles, le lieu et la date
- 8) Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? oui non Si oui, où ont-ils été découverts à bord (à votre connaissance) ?
- 9) Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ? oui non

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

- a) fièvre, persistant plusieurs jours, accompagnée de : i) toux ; ii) diminution de la connaissance ; iii) hyperémie gingivonnaire ; iv) acété ; v) toux ou difficultés respiratoires ; vi) augmentation inhabituelle ; ou vii) paralysie.
- b) fièvre, en absence de fièvre, accompagnée de : i) myxème ou éruption cutanée rouge ; ii) forte vomissement (non provoqués par le mal de mer) ; iii) diarrhée sévère ; ou iv) écoulements rhinorrhéaux.

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

Signé

Capitaine

Contresigné

Médecin de bord (s'il y a lieu)

Date

**Annexe 5 : Partie relative aux questions sanitaires de la déclaration d'aéronef
RSI (2005)**

ANNEXE 9

**CE DOCUMENT FAIT PARTIE DE LA DECLARATION
GENERALE D'AERONEF PROMULGUEE PAR
L'ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE INTERNATIONALE ¹**

**PARTIE RELATIVE AUX QUESTIONS SANITAIRES
DE LA DECLARATION GENERALE D'AERONEF**

Déclaration de santé

Cas de maladie, à l'exclusion du mal de l'air ou des accidents (y compris les personnes présentant des symptômes ou signes tels qu'éruption, fièvre, frissons, diarrhée), constatés à bord ou débarqués au cours du voyage

Présence à bord d'autres affections susceptibles d'être à l'origine de la propagation d'une maladie

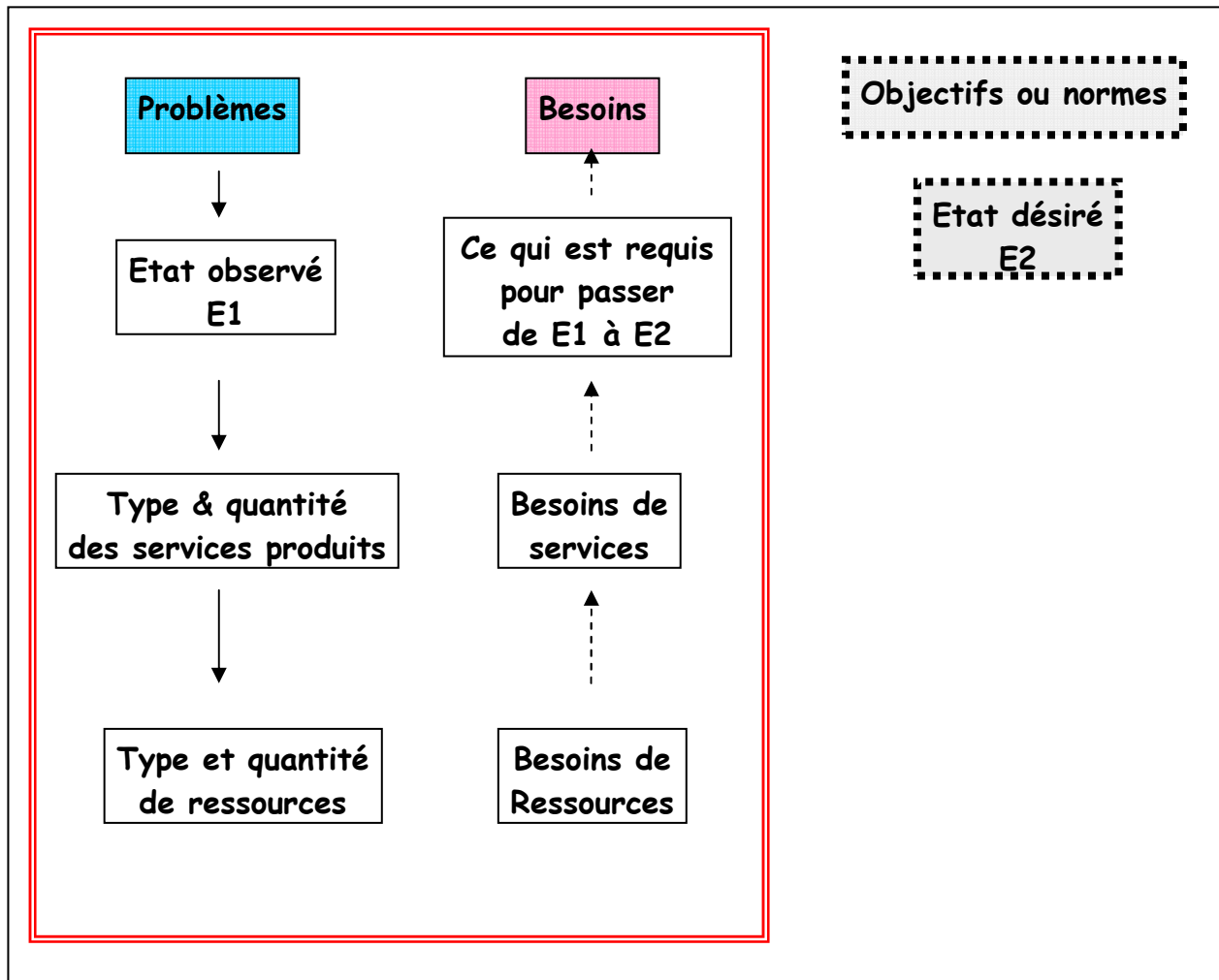
Détails se rapportant à chaque désinsectisation ou autre mesure d'hygiène (lieu, date, heure, méthode) pratiquée en cours de vol. S'il n'y a pas eu de désinsectisation en cours de vol, donner des précisions sur la désinsectisation la plus récente

Signature (si nécessaire) :

Membre de l'équipage concerné

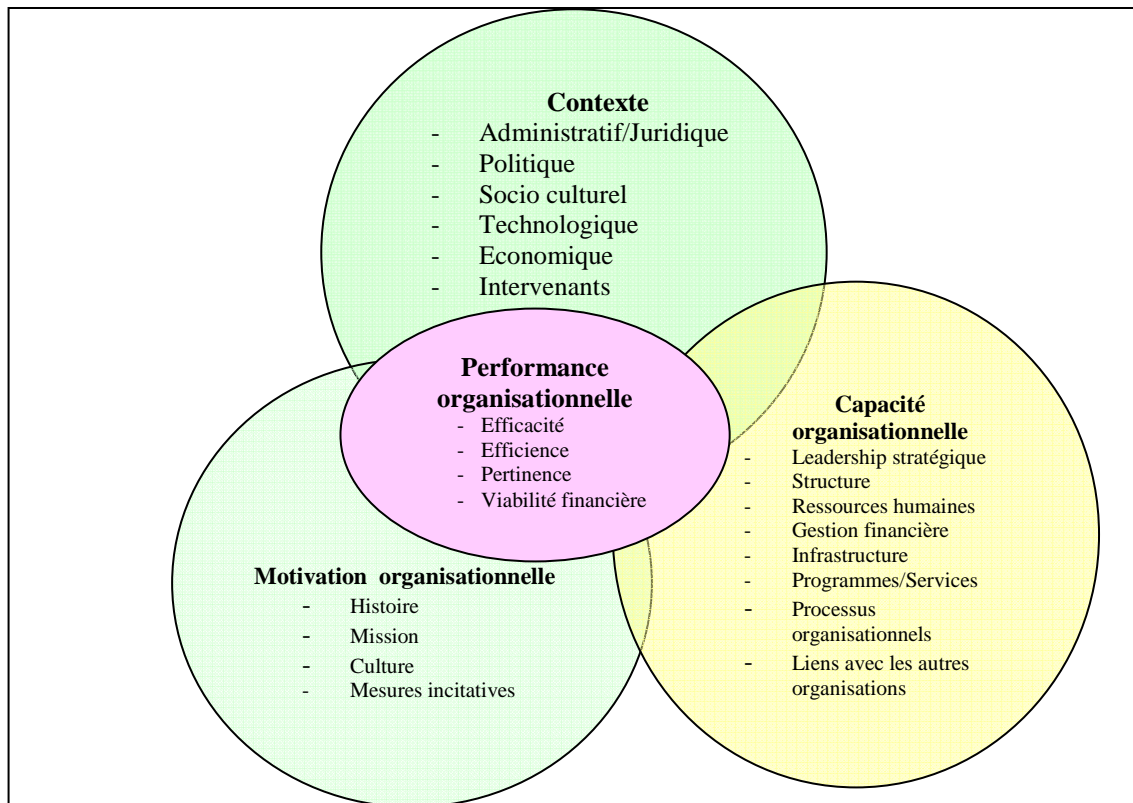
(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission A, troisième rapport)

Annexe 6 : Cadre conceptuel pour la démarche de planification adapté à notre étude



Adapté de Donabedian, A. Aspect of Medical Care Administration: Specifying Requirements for health Care. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1973

Annexe 7 : Cadre de l'évaluation organisationnelle Cadre Universalialia /CRDI



Le cadre Universalialia/CRDI jouit d'une reconnaissance mondiale^(*). Il offre un cadre d'analyse, un langage commun et certains outils méthodiques pour établir les questions à poser. Ce cadre pose en principe que, certaines grandes forces contextuelles influent sur le rendement organisationnel. Selon cette approche, le rendement est fonction du contexte dans lequel évolue l'organisation, de sa motivation (des caractéristiques composant sa « personnalité ») et de sa capacité d'utiliser ses ressources internes pour obtenir des résultats. Dans le schéma présenté ci-dessus sont énumérés les nombreux éléments influant sur chacun des facteurs qu'il faudrait prendre en considération au cours d'une évaluation organisationnelle.

L'application du cadre variera selon la conception générale de chaque évaluation et les besoins en matière d'information les plus pertinents et cruciaux.

^(*) Charles LUSTHAUS et al. Evaluation organisationnelle : Cadre pour l'amélioration de la performance. Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI), 2003 <[www. Universalialia.com](http://www.Universalialia.com)>

Annexe 8 : Liste des entretiens réalisés

| | Profil | Date |
|---|---|---------------|
| Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies | <input type="checkbox"/> Directeur | 14 Mai 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Chef de la Division des maladies transmissibles | 24 Mars 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Chef de service des maladies épidémiques | 10 Mars 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Responsable de l'unité de CSF | 11 Mars 2008 |
| Direction de la Réglementation et du Contentieux | <input type="checkbox"/> Cadre juriste assurant le suivi du dossier de RSI (2005) | 2 Mai 2008 |
| OMS | <input type="checkbox"/> Medical officer; Bureau Maroc OMS | 28 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Dr. John JABBOUR ; Epidémiologiste senior & point focal RSI au bureau régional de l'OMS pour la méditerranée orientale | 13 Mai 2008 |
| Délégation de Tanger Assilah | <input type="checkbox"/> Délégué | 1 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Médecin chef du SIAAP | 4 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'ORE | 4 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> animateur de l'hygiène du Milieu | 1 Avril 2008 |
| SCSF Aéroport Ibn Battouta | <input type="checkbox"/> Officier de santé responsable | 2 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Chef d'aérogare & responsable qualité (ONDA) | |
| SCFS Port de Tanger | <input type="checkbox"/> Officier de santé responsable | 3 Avril 2008 |
| Direction régionale à la Wilaya du Grand Casablanca | <input type="checkbox"/> Directeur Régional | 14 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Médecin chef du SIAAP | 14 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'ORE | 9 Mai 2008 |
| SCSF Aéroport Mohamed V | <input type="checkbox"/> Médecin responsable | 9 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Officiers de santé (02) | |
| SCSF Port de Casablanca | <input type="checkbox"/> Médecin responsable | 16 Avril 2008 |
| | <input type="checkbox"/> Officiers de santé (03) | |
| SCSF Aéroport de Rabat-Salé | <input type="checkbox"/> Officier de santé responsable | 13 Mai 2008 |

Annexe 9 : Guides d'entretiens

1. Ministère de la santé

- ▶▶ Etat d'avancement de la mise en œuvre du RSI (2005)
- ▶▶ Organisation actuelle du CSF : Acquis, contraintes et besoins
- ▶▶ Vision du CSF
- ▶▶ Intersectorialité : Dispositions prises et programmées vis-à-vis des autres départements impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005)
- ▶▶ Outils de réorganisation des SCSF
- ▶▶ Définition des contrôles, Contrôles à déléguer

2. Délégation du Ministère de la Santé/SCSF

- ▶▶ Principales contraintes et difficultés rencontrées.
- ▶▶ Propositions d'amélioration

3. OMS

- ▶▶ Principes directeurs pour certification des aéroports et des ports ?
- ▶▶ Normes OMS? Normes internationales?
- ▶▶ Stratégie EMRO?

Annexe 10 : Liste des procédures standards et des protocoles devant être développés aux points d'entrée

Appendix 1

| Points of Entry - List of SOPs and Protocols to be developed | | |
|--|---|---|
| Inspection of PoE and conveyances | Contingency Plans for PoE | Qualifications for persons carrying out pest/environment audits/inspections |
| 1. International passenger & cargo aircraft inspections - no example | 1. Model contingency plan for ports - no direct example, airport plans should assist development | 1. Qualifications for persons carrying out public health inspection and environmental audits - no international example |
| 2. International vessel inspections, including cargo ships and large passenger vessels - UK, USA & Canadian examples | 2. Model contingency plan for airports - ICAO example | 2. Qualifications for persons carrying out pest control services and for pest control audit - no international example |
| 3. Inspection of ports and port facility requirements - no example | 3. Model contingency plan for ground crossings - airport example can assist development | |
| 4. Inspection of airports and airport facility requirements - Canadian example for flight kitchens | | |
| 5. Inspection of ground crossings and ground crossing facility requirements - Canadian example | | |
| 6. Inspection of trains (off board & onboard Canadian example) | | |
| Isolation/quarantine of persons/animals/conveyances | Disinsection/disinfection of conveyances | Reporting |
| 1. Airport "rest centre" (public health area at airport for non-emergency examinations, including office space & equipment/instrument storage and use - no example | 1. Disinsection methods for conveyances, cargo and goods - WHO, NZ examples | 1. Reporting illness on board |
| 2. Quarantine facilities off airport for suspects (persons) - no example | 2. Disinfection and decontamination of conveyances, goods, baggage, postage parcels, persons, animals - old WHO aircraft example only | 2. Reporting on containers - type and extent of contamination and disinsection/ disinfection measures carried out |
| 3. Quarantine facilities off airport for suspect animals (OIE) - OIE plus possible example from CAREC | | 3. Recovering cost |
| 4. Isolation facilities for persons (off airport) - no example | | Other |
| 5. Isolation facilities for animals (OIE) - no example | | Designated hospital and clinic - minimum requirements, including agreement content - no international example |
| 6. Quarantine area for conveyances, goods, cargo, postal parcels - no example | | |



Annexe 11: GRILLE D'ANALYSE DES SCSF



Date :

SECTION 1 : DONNEES GENERALES

1. Identification du SCSF

Aéroport / _____ / Port / _____ / Délégation
/ _____ /

2. Ressources disponibles

2.1 Ressources humaines

| Profil | Effectif | Formation en matière de RSI (2005) | <u>Observations</u> |
|----------------------|----------|------------------------------------|---------------------|
| Médecin | /_/_/ | | |
| Technicien d'hygiène | /_/_/ | | |
| Infirmier polyvalent | /_/_/ | | |
| Autres | | | |

2.2 Locaux

| Disponibilité en locaux | OUI | NON | <u>Observations</u> |
|---|------------|------------|----------------------------|
| Un bureau pour le responsable du service | /_/_/ | /_/_/ | |
| Un bureau pour les officiers de santé | /_/_/ | /_/_/ | |
| Une salle de repos | /_/_/ | /_/_/ | |
| Une salle pour examen médical et paramédical pour les personnes suspectes | /_/_/ | /_/_/ | |
| Une salle pour la mise en observation | /_/_/ | /_/_/ | |
| Un local pour dépôt de matériel et de produits | /_/_/ | /_/_/ | |
| Des installations sanitaires avec douches | /_/_/ | /_/_/ | |

| 2.3 Equipements | | OUI | | NON | Observations |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------------|-----|--------------|
| | | Fonctionnel | Non Fonctionnel | | |
| Microordinateur | | / | / | / | |
| Imprimante | | / | / | / | |
| Réfrigérateur | | / | / | / | |
| Matériel technique pour : | Prélèvement et contrôle de l'eau | / | / | / | |
| | Prélèvement et contrôle des aliments | / | / | / | |
| | Surveillance entomologique | / | / | / | |
| | Examen médical | / | / | / | |
| | Désinfection | / | / | / | |
| | Désinsectisation | / | / | / | |
| | Dératisation | / | / | / | |
| | Décontamination | / | / | / | |
| Véhicule utilitaire | | / | / | / | |

SECTION 2 : CAPACITES PERMANENTES DU SERVICE

1. Contrôle d'hygiène & de salubrité du site portuaire/aéroportuaire

| 1.1 Contrôle des aliments | | | Observations |
|---|------------|------------|--------------|
| <i>(a) L'inspection des locaux réservés à la restauration concerne:</i> | | | |
| | OUI | NON | |
| Les services de restauration au sol | / | / | |
| Les cuisines où sont préparées les repas servis à bord (Catering) | / | / | |
| Les distributeurs automatiques | / | / | |
| <i>(b) Le contrôle concernant les employés manipulant les denrées alimentaires comprend</i> | | | |
| | OUI | NON | |
| Examen médical | / | / | |
| Bilan | / | / | |
| Vérification du respect des règles d'hygiène | / | / | |
| Autres | | | |
| <i>(c) Prélèvements des denrées alimentaires réalisés régulièrement?</i> | | | |
| | / | / | |
| Délai d'acheminement vers le laboratoire ? | | | |
| Délai de réponse ? | | | |

| 1.2 Contrôle de l'Eau | | | <u>Observations</u> |
|--|------------|------------|----------------------------|
| | OUI | NON | |
| Inspection des installations d'eau | /_/_/ | /_/_/ | |
| Recherche de chlore résiduel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Prélèvements d'échantillons d'eau pour analyse bactériologiques | /_/_/ | /_/_/ | |
| Prélèvements d'échantillons d'eau pour analyse physicochimiques | /_/_/ | /_/_/ | |
| Tenue à jour du registre du contrôle de relevés sur la qualité de l'eau de boisson distribuée | /_/_/ | /_/_/ | |
| 1.3 Contrôle de l'hygiène des sanitaires et évacuation des déchets liquides | | | <u>Observations</u> |
| | OUI | NON | |
| Le point d'entrée dispose d'un réseau d'égout pour évacuation des déchets liquides | /_/_/ | /_/_/ | |
| Inspection de l'hygiène des sanitaires au sol | /_/_/ | /_/_/ | |
| Inspection des installations servant à l'élimination des déchets liquides provenant des aéronefs/navires | /_/_/ | /_/_/ | |
| Contrôle de l'élimination des déchets liquides provenant des aéronefs/navires | /_/_/ | /_/_/ | |
| Analyses bactériologiques des échantillons des déchets liquides provenant des aéronefs | /_/_/ | /_/_/ | |
| 1.4 Contrôle de l'évacuation des déchets solides | | | <u>Observations</u> |
| | OUI | NON | |
| Inspection régulière du système de conditionnement, de collecte et d'élimination des déchets solides? | /_/_/ | /_/_/ | |
| 1.5 Déroulement des contrôles | | | <u>Observations</u> |
| | OUI | NON | |
| Programme d'inspection préétabli ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, s'agit-il d'un programme ? | | | |
| Hebdomadaire | /_/_/ | /_/_/ | |
| Mensuel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Trimestriel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Semestriel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Autre | | | |
| Fréquence des contrôles ? | | | |
| Services impliqués dans ce programme ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, lesquels ? Rôles ? | | | |
| Contraintes rencontrées pour effectuer ces contrôles ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, lesquelles ? | | | |

| 2. Lutte contre les vecteurs, réservoirs de maladies et autres sources de contamination | | | <u>Observations</u> |
|--|------------|------------|---------------------|
| 2.1 Au sol , le SCSF assure : | OUI | NON | |
| Surveillance entomologique | /_/_/ | /_/_/ | |
| Périmètre surveillé > 400 m de l'aéroport/ port | /_/_/ | /_/_/ | |
| Contrôle et supervision des opérations de désinsectisation et de dératisation | /_/_/ | /_/_/ | |
| 2.2 A bord des aéronefs/navires | OUI | NON | |
| Inspections régulières | /_/_/ | /_/_/ | |
| Contrôle et supervision des opérations de désinsectisation et de dératisation | /_/_/ | /_/_/ | |
| 2.3 Programme de surveillance mis en place? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, s'agit il d'un programme | | | |
| Hebdomadaire | /_/_/ | /_/_/ | |
| Mensuel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Trimestriel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Semestriel | /_/_/ | /_/_/ | |
| Autre | | | |
| Services impliqués dans ce programme ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, lesquels ? (degré d'implication) | | | |
| 3. Surveillance épidémiologique des passagers/équipages | | | <u>Observations</u> |
| 3.1 Contrôle d'entrée et de sortie Equipage/Passagers | OUI | NON | |
| Contrôle assuré de façon systématique? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Contrôle effectué : | | | |
| A bord ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Au sol ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| En quoi consiste ce contrôle ? | | | |
| Difficultés rencontrées dans l'exécution de ce contrôle? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, lesquelles ? | | | |

3.2 Quelles sont les mesures entreprises sur place en cas de voyageur suspect ?

| | OUI | NON | Observations |
|---|-------|-------|--------------|
| Existe-t-il un service médical désigné pour recevoir les cas suspects? Si oui, lequel ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Distance et délai pour y arriver ? | | | |
| Existe-t-il, en permanence, à la disposition du point d'entrée un moyen de transport (ambulance) pour transférer les personnes suspectes ou malades? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si non, en cas de besoin, le SCSF peut-il avoir facilement un moyen de transport pour transférer les personnes suspectes ou malades ? si oui, lequel ? | | | |
| Est-il prévu des équipements spécifiques et des mesures de protection au niveau de ces moyens de transport ? Si oui, lesquels ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Le service est-il assuré de façon continue? Si oui, comment ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Garde | /_/_/ | /_/_/ | |
| Astreinte | /_/_/ | /_/_/ | |
| Autres | | | |

| 4. Surveillance sanitaire des aéronefs/navires | | | Observations |
|--|-------|-------|--------------|
| 4.1 Ce contrôle comprend : | OUI | NON | |
| Inspection de l'hygiène | /_/_/ | /_/_/ | |
| Contrôle des opérations de Désinsectisation/Dératisation | /_/_/ | /_/_/ | |
| Inspection des offices de bord | /_/_/ | /_/_/ | |
| Contrôle des documents Si oui, lesquels ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| 4.2 Ce contrôle est effectué selon un programme préétabli ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| Si oui, quelle est la fréquence de réalisation de ce contrôle ? | | | |

| 5. Contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs, marchandises et cercueils | | | | <u>Observations</u> |
|---|---------------------|----------------|---------------|---------------------|
| 5.1 Le contrôle est assuré de façon : | SYSTEMATIQUE | PARFOIS | JAMAIS | |
| Pour les Bagages | /_/_/ | /_/_/ | /_/_/ | |
| Pour les cargaisons | /_/_/ | /_/_/ | /_/_/ | |
| Pour les conteneurs | /_/_/ | /_/_/ | /_/_/ | |
| Pour les marchandises | /_/_/ | /_/_/ | /_/_/ | |
| Pour les cercueils | | | | |
| 5.2 En quoi consiste le contrôle effectué pour | | | | |
| Les bagages | | | | |
| Les cargaisons | | | | |
| Les conteneurs | | | | |
| Les marchandises | | | | |
| Les cercueils | | | | |

| 6. Information/Education | | | <u>Observations</u> |
|--|------------|------------|---------------------|
| | OUI | NON | |
| Utilisation de supports éducatifs | /_/_/ | /_/_/ | |
| Planning des séances : | | | |
| Pour le personnel exerçant au niveau du point d'entrée | /_/_/ | /_/_/ | |
| Pour les Voyageurs/Equipage | /_/_/ | /_/_/ | |
| Pour les Equipages | /_/_/ | /_/_/ | |

| 7. Communication | | | <u>Observations</u> |
|--|------------|------------|---------------------|
| 7.1 Moyens de communication disponibles | | | |
| | OUI | NON | |
| Téléphone | /_/_/ | /_/_/ | |
| Fax | /_/_/ | /_/_/ | |
| Radio VHF fixe | /_/_/ | /_/_/ | |
| Radio VHF mobile | /_/_/ | /_/_/ | |
| Radio mobile TKW | /_/_/ | /_/_/ | |
| Internet | /_/_/ | /_/_/ | |
| Autres | | | |
| 7.2 Supports d'information utilisés révisés et adaptés aux nouvelles exigences du RSI(2005) ? | | | /_/_/ /_/_/ |
| 7.3 Quels sont les supports d'information utilisés ? | | | |

SECTION 3 : DISPOSITIONS PREVUES PERMETTANT DE FAIRE FACE AUX USPPI

| | OUI | NON | OBSERVATIONS |
|--|-------|-------|--------------|
| 1. Plan d'urgence du point d'entrée ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| 2. Implication du SCSF ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| 3. Services de santé concernés par ce plan ? Si oui, lesquels ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| 4. Autres intervenants Extra santé ? Si oui, lesquels ? | /_/_/ | /_/_/ | |
| 5. Mesures prévues par ce plan en cas de situation d'urgence : | | | |
| <i>Renforcement du SCSF en ressources humaines</i> | /_/_/ | /_/_/ | |
| <i>Renforcement des moyens de transport</i> | /_/_/ | /_/_/ | |
| <i>Renforcement en moyens d'interventions</i> | /_/_/ | /_/_/ | |
| <i>Autres</i> | | | |
| 6. Intégration des USPPI au plan d'urgence ? | /_/_/ | /_/_/ | |

SECTION 4 : COLLABORATION ET COOPERATION AVEC LES AUTRES SECTEURS & DEPARTEMENTS

| Département/secteur | Domaines de collaboration | Qualité de la relation | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------|-------------------|---------|
| | | Très satisfaisante | Satisfaisante | Peu satisfaisante | Absente |
| Autorités aéroportuaires/portuaires | | | | | |
| Douane | | | | | |
| Agriculture | | | | | |
| Agents de sécurité | | | | | |
| Protection civile | | | | | |
| Autres | | | | | |

Annexe 12 : Liste des ports habilités à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire en vertu du RSI (2005) au Maroc

| Ports | Certificat de contrôle sanitaire de navire | Certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire | Prolongation du certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire |
|-------------------------|--|--|--|
| Agadir | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Casablanca | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dakhla | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| El Jadida (Jorf Lasfar) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Kénitra | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Laayoune | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mohammedia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nador | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Safi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tan Tan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tanger | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

REFERENCES

1. OMS, Bureau du Représentant au Maroc. *Le Maroc, ses engagements pour l'amélioration de la sécurité liée à la santé : Réduire les risques pour la santé publique nationale grâce au Règlement sanitaire International, Dossier de presse, Journée mondiale de la santé 2007, 12 Avril 2007.*
<www.emro.who.int/morocco/docs/fr/JMS_2007_Communique_Maroc.pdf>
2. OMS. *Le Règlement Sanitaire International (2005) : Note d'information RSI n°1*
<www.who.int/ihr>
3. Assemblée Mondiale de la Santé. *Révision du Règlement Sanitaire International, Résolution WHA 58.3, 23 Mai 2005* <www.who.int/csr/ihr/WHA58-fr.pdf>
4. OMS. *Règlement sanitaire international (2005), Genève, 2006.*
5. OMS. *RSI (2005) : Domaines de travail pour la mise en œuvre du règlement, Lyon, Juin 2007. WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1* <www.who.int/csr/ihr/final_versionFR9Nov07.pdf>
6. RODIER, G. and al. *Global Public Health Security, Emerg Infect. Dise., October 2007, 13(10): 1447-1452.*
7. OMS. *Renforcement des capacités nationales de préparation et d'action en cas d'épidémie en vue d'appliquer au niveau national le RSI (2005), Lyon 2-5 Mai 2005 WHO/CDS/EPR/LYO/2006.4*
8. OMS. *Dispositions du RSI (2005) relatives aux points d'entrée : Note d'information n° 3*
<www.who.int/ihr>
9. OMS. *Questions souvent posées sur le RSI* <www.who.int/csr/howtheywork/faq/fr/>
10. OMS. *Dix choses à savoir sur le RSI (2005)* <www.who.int/csr/howtheywork/10things/fr/>
11. OMS. *La santé mondiale au XXIème siècle : un avenir plus sûr, Rapport sur la santé dans le monde 2007* <www.who.int/whr/2007/07_report_fr.pdf>
12. OMS. *La sécurité sanitaire internationale « Investir dans la santé, bâtir un avenir sûr », Journée mondiale de la santé 2007, document de fond* www.who.int/world-health-day/previous2007/filesissuespaper_final_lowers_fr.pdf
13. OMS. *Règlement Sanitaire International (1969), 3^{ème} Edition, Genève, 1983*
< whqlibdoc.who.int/publications/1983/9242580074.pdf >
14. HEYMANN, David L., *Emerging and re-emerging infectious diseases from plague and cholera to Ebola and Aids: a potential for international spread that transcends the defences of any single country, Journal of contingies and crisis Management; 13(1), pp29-31, March 2005.*
15. Assemblée Mondiale de la Santé. *Révision et mise à jour du Règlement Sanitaire International. Résolution WHA 48.7, 1995.*
16. VEYRAT, S. *Vers un nouveau règlement sanitaire international ; Ministère des solidarités, de la santé et de la famille – Direction Générale de la Santé - Département des situations d'urgence sanitaire* <www.mer.gouv.fr/IMG/pdf/veyrat_de1ffa19.pdf>
17. Assemblée Mondiale de la Santé. *Sécurité Sanitaire mondiale : Alerte et action en cas d'épidémie, Résolution WHA 54.14, 21 Mai 2001.*
<http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54r14.pdf>

18. Assemblée Mondiale de la Santé. Révision du RSI, Résolution 56.28 , 28 Mai 2003. <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/fa56r28.pdf>
19. Assemblée Mondiale de la Santé. Application du RSI (2005), Résolution WHA59.2, 26 Mai 2006 <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_2-fr.pdf>
20. OMS. A crises mondiales, solutions mondiales : Gérer les urgences sanitaires de portée internationale au moyen de la version révisée du RSI, Genève OMS, 2002. WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4
21. BAVILLE, Marie et al. Les principales nouveautés du RSI, BEH 24/ 12 juin 2007 p206 <www.invs.sante.fr/beh/2007/24/beh_24_2007.pdf>
22. OMS. Notification et autres obligations du RSI (2005) relative à la présentation de rapports: Note d'information n°2 <www.who.int/ihr>
23. OMS. Guide des points focaux nationaux RSI : Désignation/mise en place des points focaux nationaux RSI <www.who.int/csr/ihrnfpfrench.pdf>
24. OMS. Préparation à l'entrée en vigueur du RSI (2005) : conseils aux responsables politiques et aux partenaires internationaux, Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies, 2008. WHO/CDS/EPR/IHR 2007.2
25. RODIER, G. et al. Implementing the IHR(2005) in Europe, Eurosurveill.2006; 11(12) <<http://www.eurosurveillance.org/>>
26. OMS. Rapport d'activité 2006, Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse aux épidémies, Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie WHO/CDS/EPR/LYO/2007.2 <www.who.int/ihr/lyon>
27. PLOTKIN, B., Human rights and other provisions in the revised International Health Regulations (2005), Public Health 2007 ; 121 : 840-845.
28. PINEAULT, R. & C.DAVELUY. La planification de la santé: Concepts-méthodes-stratégies, Montréal : Editions nouvelles, 1995, 480p.
29. Donabedian, A., Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for health Care. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1973
30. BELGHITI ALAOUI A., Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital, DHSA, Nov 2001.
31. Agence canadienne de développement international. Guide de l'évaluation organisationnelle, Direction de l'évaluation, Direction générale de la gestion du rendement et des connaissances, juin 2006, 126p.
32. LUSTHAUS, C. et al., Evaluation organisationnelle : Cadre pour l'amélioration de la performance ; Centre de recherches pour le développement international, 2003, 260p. (www.Universalia.com)
33. Plan National de préparation et de riposte à l'Influenza Aviaire et à une pandémie de grippe d'origine aviaire ; 13 Février 2006 <www.sante.gov.ma>
34. Préparation et riposte à l'Influenza aviaire et à une pandémie de grippe d'origine aviaire Manuel de procédures version 16 Février 2006, Ministère de la santé <www.sante.gov.ma>

35. OMS. *Rapport d'activité 2007, Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse aux épidémies, Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie WHO/HSE/EPR/IHR/2008.1* <www.who.int/ihr/lyon>
36. OMS. *Maladies transmissibles 2002 : Défense mondiale contre la menace des maladies infectieuses, Ouvrage préparé sous la direction de Mary Kay Kindhauser. WHO/CDS/2003.15*
37. Bailey, J., *Guide d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens, Genève, OMS, 1978.*
38. Lamoureux, V.B. *Guide d'hygiène et de salubrité à bord des navires, OMS, 1987.*
39. WHO. *Sanitation on ships : Compendium of outbreaks of food borne and water borne disease and legionnaire's disease associated with ships 1970 – 2000 Geneva, Switserland(2001). WHO/SDE/WSH/01.4*
40. OMS. *Guide to ship sanitation, October 2004*
<www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/ships/gssanitationtoc.pdf>
41. OMS. *Hygiène et salubrité à bord des navires. Aide mémoire n°269 Février 2002*
<whqlibdoc.who.int/fact_shelt/2002/FS_269_fre.pdf>
42. WHO. *Interim technical advice for inspection and issuance of ship sanitation certificates, August 2007* <www.who.int/csr/ihr/travel/technAdvSSC.pdf>
43. NORMAN, G. Gratz, R. STEFFEN et W. COCKSEGE. *la désinsectisation des aéronefs: pourquoi?, Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(8): 995-1004*
<whqlibdoc.who.int/recueil_articles/2001/RA_2001_4_180_188_fre.pdf>
44. *Recommandations de l'OMS sur la désinsectisation des aéronefs. Relevé épidémiologique hebdomadaire 1998 ;73(15) :109-111* <www.who.int/docstore/wer/pdf/1998/wer7315.pdf>
45. Agence de la santé publique du Canada. *Imageurs thermiques pour détecter la fièvre chez les passagers d'Avion, Vancouver et Toronto, 2003 , relevé des maladies transmissibles au Canada, 1^{er} octobre 2004 ; vol 30 -10*
<www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-mtc/04vol30/m3019fa.html>
46. Office fédéral de la santé publique. *Détection des personnes fébriles dans les lieux publics par thermographie infrarouge : résultats d'une étude préliminaire, Bull OFSP, Suisse 2007 ; n°33 : 608-609*
47. OACI. *Lignes directrices destinées aux Etats concernant la gestion des maladies transmissibles présentant un risque grave pour la Santé Publique (Elaboration d'un plan d'urgence)*<www.icao.int/icao/en/med/AvInfluenza_guidelines_fr.pdf>