



ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE INTERNATIONALE
CINQUIEME REUNION DES DIRECTEURS GENERAUX D'AVIATION CIVILE (DGAC/5)
DES ETATS DE LA REGION ESAF ET WACAF
(Dakar, Sénégal, 04 novembre 2013)

Point 6 de l'ordre du jour: **Activités de Coopération Technique**

**L'ARRANGEMENT DE COOPÉRATION POUR LA PREVENTION
ET LA GESTION DES EVENEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AVIATION
CIVILE (CAPSCA)**
(Présentée par le Secrétariat)

RESUME ANALYTIQUE
Cette note de travail fournit des informations sur la mise en œuvre du programme OACI : Arrangement de coopération pour la prévention et la gestion des événements de santé publique de l'aviation civile (CAPSCA).
REFERENCES <ul style="list-style-type: none">- Règlement sanitaire international (RSI) 2005- Article 14 de la Convention de Chicago- Annexes 6, 9, 11, 14, pans-ATM (doc 4444) et instructions techniques pour le transport en sécurité des marchandises dangereuses par voie aérienne (doc 9284)- Résolution a37-13 de l'Assemblée- www.capsca.org
Objectifs Stratégiques: <i>Ce document de travail est lié à tous les objectifs stratégiques de l'OACI</i>

1. INTRODUCTION

1.1 Les événements de santé publique sont principalement gérés par le secteur de la santé, mais étant donné qu'ils peuvent toucher un grand nombre de personnes, une légère réduction du risque issue d'une bonne gestion dans le secteur de l'aviation peut avoir un effet considérable. Dans une pandémie qui fait 100 000 victimes, une contribution de seulement 1 % du secteur de l'aviation à la réduction du risque peut sauver 1 000 vies, ce qui est comparable au nombre de décès que peut causer un accident d'avions gros-porteurs. Les événements de santé publique peuvent aussi avoir des conséquences économiques graves.

1.2 Le programme CAPSCA (Arrangement de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans le secteur de l'aviation civile) prévoit des réunions régionales, des événements de formation et des visites d'assistance dans les aéroports internationaux et auprès des États qui ont pour but de renforcer les plans de préparation en matière de santé publique aux niveaux mondial, régional, national et opérationnel. À cette fin, l'OACI collabore avec l'Organisation mondiale de la santé, le Conseil international des aéroports, l'Association du transport aérien international et d'autres parties

prenantes. Depuis la dernière session de l'Assemblée, qui a encouragé les États à se joindre au CAPSCA, le programme a été étendu à l'Europe et au Moyen-Orient et est maintenant actif dans toutes les régions de l'OACI.

1.3 Le CAPSCA était principalement financé par le Fonds central des Nations Unies pour la lutte contre la grippe (CFIA), qui a été fermé. Sans le CAPSCA, les incidences sanitaires et économiques négatives pourraient augmenter en raison d'interventions moins qu'optimales du secteur de l'aviation en cas d'événement de santé publique de portée internationale.

2. HISTORIQUE

2.1 Le tableau suivant présente les événements épidémiques de santé publique recensés régionalement ou mondialement comme ayant été transmis dans une certaine mesure par le transport aérien. Les effets économiques sont également considérables comme ceux du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui ont entraîné une perte estimée à environ USD 30 à 50 milliards de dollars en Chine, à Singapour et au Canada.

Evènements internationaux majeurs de santé publique depuis 1950

Nombre de Décès	Année	Nom de la maladie
2, 000,000	1957–1958	Grippe Asiatique
1, 000,000	1968–1969	Grippe de Hong Kong
775	2002–2003	SRAS
371	2005 - présent	Grippe (H5N1)
931	2009–2010	Méningite d'Afrique de l'Ouest
18,156	2009–2010	Grippe (H1N1)

2.2 Ce tableau énumère quelques foyers individuels des maladies transmissibles au cours des 55 dernières années ayant eu une propagation internationale, y compris les pandémies de grippe. D'autres épidémies, qui n'ont pas encore connu une propagation au niveau international comme la grippe aviaire A (H7N9), sont également source de préoccupation. L'épidémie de choléra en Haïti est un exemple d'importation de maladie par le transport aérien international, qui aurait été causée par un travailleur humanitaire international infectieux. Le transport aérien a contribué à l'ampleur de la propagation ou de la vitesse de diffusion des maladies indiquées, bien que le degré exact soit incertain. Cependant, la probabilité que le transport aérien soit le principal moyen de diffusion de la maladie a considérablement augmenté au cours du siècle dernier, en particulier au cours des 60 dernières années. Depuis la mise en service des avions à réaction commerciaux les voyages sur une longue distance a été rendu plus accessible et abordable pour un nombre toujours croissant de voyageurs. Le concept de «*village planétaire*» apporte avec elle des risques pour la santé non connu auparavant.

2.3 Il y a plus de 2,5 milliards de vols réguliers effectués chaque année créant un risque accru de propagation des maladies par les voyages aériens avec une mobilité plus accrue des populations. Toutefois, le rythme de la croissance du transport aérien n'est pas compensé par le développement des services de santé publique. La croissance démographique et l'urbanisation augmentent aussi les opportunités de promulgation des maladies avec les interactions humaines plus fréquentes. Le changement climatique offre aussi de nouvelles possibilités pour les maladies de se propager, le climat devenant plus favorable pour certains vecteurs, par exemple le Virus du Nil occidental en Amérique du Nord, le chikungunya en Italie en 2007 et la dengue à Madère en 2012. Les rassemblements de masse en augmentation donnent davantage de risques pour la santé, les gens convergeant vers un seul endroit après

un voyage international, et avant de rentrer chez eux. On estime que 100 millions de pèlerins ont participé au Hajj 2013.

2.4 En termes généraux, parce que les chiffres affectés ou susceptibles d'être affectés sont si grands (dans l'ordre de dizaines de milliers, voire des millions de personnes), un petit changement dans le risque peut entraîner des conséquences graves. Une réduction de la mortalité (même 1% en raison de la bonne gestion dans le secteur de l'aviation par exemple dépistage du voyageur, l'identification de cas suspects et leur gestion à bord, une notification appropriée à l'autorité de santé publique comme des procédures efficaces de communication à la destination pour informer les voyageurs de ce qu'il faut faire s'ils tombent malades) permettrait de réduire le taux de mortalité de 1000 lors d'une épidémie pouvant potentiellement causer 100.000 décès. Des Vies épargnées par des mesures liées à la santé prises dans le secteur du transport aérien sont comparables aux chiffres d'accidents mortels d'aviation, et pourraient même avoir une portée beaucoup plus grande.

2.5 Il existe aussi des risques de sécurité des vols associés à une épidémie ou à une pandémie, dans la mesure où le personnel pourrait observer un arrêt de travail. Il pourrait même s'avérer nécessaire de modifier les procédures si le niveau d'expérience des opérateurs concernant la gestion de la pandémie est limité, sans mentionner les effets financiers pouvant affecter directement l'industrie du transport aérien et indirectement les opérateurs qui dépendent de l'aviation pour leurs revenus. Le nombre des passagers aériens à destination de Hong Kong et du Mexique ont chuté de 80% et 40%, respectivement, au début du SRAS et la pandémie de grippe A (H1N1). Il est évident que des avantages économiques et sociaux peuvent découler de mesures d'atténuation qui pourraient être mises en place.

2.6 La subvention du Fonds central des Nations Unies pour la grippe (CFIA) pour le financement du programme CAPSCA a expiré à la fin de l'année 2012. Les États ont convenu que le programme devrait se poursuivre. Les activités du programme comprennent les réunions, les formations, les visites d'assistance, l'élaboration des documents d'orientation et l'assistance fournie aux États afin de mettre en œuvre les SARP de l'OACI liées à la santé publique figurant dans les Annexes 6, 9, 11, 14, les PANS-ATM (Doc. 4444) et les instructions techniques pour le transport des marchandises dangereuses par voie aérienne (Doc 9284). Elles consistent aussi à assister les États dans la préparation des audits (USOAP), protocole de vérification des questions sur la préparation aux urgences de santé publique mis en place à partir de 2013. Ceci est conforme à l'objectif stratégique A6 de l'OACI (Activités régionales relatives à la sécurité).

3. LES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME

3.1 Les bénéficiaires cibles du programme CAPSCA sont les personnels des autorités de santé publique, les autorités de l'aviation civile, des gestionnaires d'aéroports, de compagnies aériennes, de fournisseurs de services de navigation aérienne, des organismes d'intervention d'urgence, et des autorités Tourisme des États et des organisations internationales concernées.

3.2 Le programme CAPSCA offre au personnel du secteur de la santé la possibilité de travailler directement avec le personnel du secteur de l'aviation pour établir des plans de préparation en matière de santé publique destinés à l'aviation.

3.3 Les Avantages du CAPSCA pour les États comprennent les points suivants:

- a) collaboration plurisectorielle à l'intérieur des États, entre les États et entre les organisations internationales;

- b) amélioration de la communication, de la coordination, de la coopération et de la collaboration entre toutes les parties prenantes;
- c) élaboration synergique et harmonisée d'orientations par les organisations internationales, en particulier entre l'OACI, l'Organisation mondiale de la santé, l'Association internationale des transporteurs aériens et le Conseil international des aéroports;
- d) amélioration des mesures de prévention des urgences de santé publique et des interventions en cas d'urgence sanitaire dans le secteur de l'aviation; A38-WP/35– 3 – TE/1
- e) réduction de l'incidence des urgences sanitaires sur la santé des populations grâce à la limitation, au retardement et/ou à l'atténuation de leurs effets;
- f) atténuation des effets socio-économiques des événements de santé publique. Retour plus rapide à la normale une fois la menace pour la santé publique réduite;
- g) amélioration de la perception du public, des voyageurs aériens, des prestataires de services et du personnel aéronautique à l'égard de la gestion du risque.

3.4 Les Principales Réalisations du CAPSCA comprennent les suivantes:

- a) cinq projets régionaux CAPSCA distincts mais harmonisés ont été créés en Europe et au Moyen-Orient depuis la 37^e session de l'Assemblée, ce qui a fait du CAPSCA un programme mondial;
- b) quatre-vingt-treize États membres et territoires se sont joints à des projets CAPSCA régionaux;
- c) des visites d'assistance auprès d'États et dans des aéroports internationaux ont été effectuées dans 54 États/territoires;
- d) vingt conseillers techniques ont reçu une formation, fournie par des États à des projets CAPSCA;
- e) nombreuses organisations partenaires (agences des Nations Unies et associations de l'industrie aéronautique) participant à des activités CAPSCA;
- f) collaboration de l'OMS avec l'OACI à des réunions, des activités de formation et à des visites d'assistance;
- g) élargissement de la portée du CAPSCA au-delà des maladies transmissibles (sous réserve de financement futur);
- h) lignes directrices sur les visites d'assistance du CAPSCA, liste de contrôle et modèle de rapport;
- i) modèle pour l'élaboration d'un plan national de l'aviation en cas d'urgence de santé publique;
- j) lignes directrices supplémentaires de l'OMS, de l'ACI et de l'IATA (p. ex. continuité des activités); et

k) mise sur pied du site web CAPSCA (www.capsca.org)

3.5 La prochaine réunion CAPSCA Afrique

La prochaine réunion CAPSCA Afrique (CAPSCA/Afrique/4) est prévue du 04-06 Novembre 2013 à Ouagadougou, Burkina Faso. Les précédentes réunions s'étaient tenues en Afrique du Sud, au Nigeria et au Kenya respectivement.

4. ANALYSE

4.1 Au cours des sept dernières années, des normes, des pratiques recommandées et des procédures relatives à l'établissement de plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence de santé publique en aviation ont été élaborées et ajoutées aux documents suivants:

Annexe 6 – Exploitation technique des aéronefs

Annexe 9 – Facilitation

Annexe 11 – Services de la circulation aérienne

Annexe 14 – Aéroports

Doc 9284 – Instructions techniques pour la sécurité du transport aérien des marchandises dangereuses

Doc 4444 – Procédures pour les services de navigation aérienne – Gestion du trafic aérien (PANS-ATM)

4.2 A compter de 2013, le Programme universel d'audits de supervision de la sécurité basé sur la méthode de surveillance continue (CMA) comprendra des questions sur les SARP relatives à l'établissement de plans de préparation. Cela dit, beaucoup dans le secteur de l'aviation ne sont pas encore au fait de l'importance de tels changements.

4.3 L'accident de Fukushima en 2011 a démontré les avantages d'un réseau multisectoriel bien établi, prêt à répondre aux urgences sanitaires. Bien qu'il ait été créé pour répondre aux menaces posées par les maladies transmissibles, le réseau CAPSCA a été utile pour fédérer rapidement certains grands intervenants internationaux. Avec l'aide de parties prenantes ayant une connaissance particulière de l'industrie nucléaire ou un intérêt particulier pour l'accident de Fukushima, une équipe spéciale en matière de transport a été mise sur pied. Cette équipe, dirigée par l'OACI et comprenant des représentants de sept institutions spécialisées des Nations Unies et de deux organisations internationales du secteur aéronautique, a fourni des orientations aux États et aux exploitants d'aéronefs. L'OACI a publié au nom de l'équipe spéciale trois communiqués de presse pour rassurer les passagers et les membres d'équipage sur le faible risque des voyages à destination et en provenance du Japon. Ceci a contribué à limiter les perturbations du transport aérien.

4.4 L'accident nucléaire japonais a montré que les problèmes sanitaires concernant des maladies transmissibles n'étaient pas seuls à pouvoir perturber le transport aérien. La portée et le nom du programme CAPSCA ont donc été modifiés. Le 1^{er} janvier 2013, *l'Arrangement de coopération pour la prévention de la propagation des maladies transmissibles par les voyages aériens* est devenu *l'Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans le secteur de l'aviation civile, tout en gardant le même acronyme, CAPSCA*. Sous réserve de la disponibilité de fonds, le programme continuera d'être élargi pour englober tous les types d'événement de santé publique, qu'ils soient d'origine biologique, nucléaire ou chimique, y compris les incidents liés au terrorisme.

4.5 Le coût du programme CAPSCA est modeste : environ 25 000 \$ par région par année si les visites d'assistance dans les États ou les aéroports ne sont pas financées par le projet, et 50 000 \$ par

année si elles le sont. De 2006 à 2012, les activités du programme CAPSCA, y compris les visites d'assistance, étaient financées principalement par le Fonds central des Nations Unies pour la lutte contre la grippe (CFIA), administré par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Ce fonds est maintenant fermé, et l'on recherche donc de nouvelles sources de financement. Les visites d'assistance dans les États et les aéroports doivent être financées sur une base de recouvrement des coûts, tandis que les réunions et la formation sont financées par les États hôtes et par l'OACI. Il y a lieu de craindre que les activités du CAPSCA, surtout les visites d'assistance, diminueront si on ne trouve pas de source de financement pour remplacer le CFIA.

5. CONCLUSION

5.1 Le transport aérien est un important facteur de dissémination initiale dans les épidémies. De plus, de tels événements perturbent gravement l'aviation, tout comme l'économie des États et les entreprises qui dépendent de l'aviation. Sans le programme CAPSCA, les effets négatifs prévus sur la santé et l'économie peuvent être plus graves en raison des mesures d'intervention moins qu'optimales prises par le secteur de l'aviation en réponse aux urgences de santé publique de portée internationale.

5.2 L'établissement de plans de préparation dans le secteur de l'aviation exige une collaboration entre tous les secteurs et toutes les parties prenantes, plus particulièrement entre les secteurs de la santé publique et de l'aviation. Cet objectif peut être difficile à atteindre car il exige de surmonter les barrières intersectorielles. Il a été démontré que le CAPSCA peut être efficace pour faciliter la collaboration.

5.3 Le programme CAPSCA offre à l'OACI un moyen relativement peu coûteux de maintenir son influence auprès des autres parties prenantes importantes, en particulier l'OMS. Si l'OACI poursuit et élargit son activité dans ce domaine, les autorités de santé publique seront davantage susceptibles de tenir pleinement compte des aspects aéronautiques dans leurs plans généraux de préparation et de participer à l'élaboration de plans spécifiques à l'aviation, par exemple, des plans d'urgence aux aéroports en cas d'événement de santé publique.

5.4 Les États et les organisations internationales sont invités à faire des contributions volontaires à l'OACI en vue de la poursuite de la mise en œuvre et du développement du programme CAPSCA.