



International
Civil Aviation
Organization

Organisation
de l'aviation civile
internationale

Organización
de Aviación Civil
Internacional

Международная
организация
гражданской
авиации

منظمة الطيران
المدني الدولي

国际民用
航空组织

Tél. : +1 514-954-8219, poste 6141

Réf. : EC 6/3 - 20/90

le 1^{er} septembre 2020

Objet : Instauration du formulaire « Déclaration sanitaire des passagers relative la COVID-19 à des fins de santé publique »

Suite à donner : a) Recueillir, à compter du 7 septembre 2020, l'ensemble normalisé de données du formulaire « Déclaration sanitaire des passagers relative à la COVID-19 à des fins de santé publique », en format imprimé ou numérique ; b) notifier l'OACI de l'instauration du formulaire dans votre État.

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que l'Organisation de l'aviation civile internationale a créé le formulaire « Déclaration sanitaire des passagers relative à la COVID-19 à des fins de santé publique », en collaboration avec des experts de l'Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans le secteur de l'aviation civile (CAPSCA) et des parties prenantes de l'industrie.

Le formulaire est destiné à appuyer les États membres qui s'efforcent à l'heure actuelle de rouvrir les frontières au voyage aérien international avec prudence et en toute sécurité, en particulier s'ils ne peuvent compter sur des moyens automatisés pour appliquer des mesures de surveillance sanitaire.

Le formulaire « Déclaration sanitaire des passagers relative à la COVID-19 à des fins de santé publique », en pièce jointe, est un complément au formulaire de localisation de passager pour la santé publique (PLF), dont le format est présenté dans l'Appendice 13 de l'Annexe 9 – *Facilitation* à la *Convention relative à l'aviation civile internationale*, et dont l'utilisation systématique est recommandée pour retracer des personnes lors de flambées de maladies, comme la pandémie de COVID-19.

20-1733

Le formulaire a été conçu pour permettre aux autorités de recueillir un ensemble normalisé de données et d'obtenir les informations sanitaires nécessaires dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il est proposé que cette déclaration de santé figure au verso de la PLF et qu'elle soit remplie par un seul adulte par famille ou groupe de personnes qui voyagent ensemble.

Dans le but de contribuer immédiatement à la réouverture en toute sécurité des frontières internationales, les États sont priés de recueillir, à compter du 7 septembre 2020, les données normalisées du formulaire de déclaration, en format imprimé ou numérique.

Les États sont vivement encouragés à recueillir ces données numériquement, en se servant de tous les moyens appropriés, pour les exploiter là où la logistique existe et en faciliter le traitement et la gestion.

Il est également demandé aux États d'informer l'OACI s'ils ont instauré le formulaire « Déclaration sanitaire des passagers relative à la COVID-19 à des fins de santé publique », en l'indiquant à Mme Narjess Abdennebi, Chef de la section de facilitation de l'OACI, soit par courriel à l'adresse fa1@icao.int (avec copie à icaohq@icao.int), soit par télécopieur au numéro +1 (514) 954-6077.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma haute considération.

Fang Liu
Secrétaire générale

Pièce jointe :

*Formulaire « Déclaration sanitaire des passagers
relative à la COVID-19 à des fins de santé publique »*

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION SANITAIRE DES PASSAGERS
RELATIVE À LA COVID-19 À DES FINS DE SANTÉ PUBLIQUE**

Proposition – une déclaration sur l'état de santé à faire figurer au verso de la PLF.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION SANITAIRE DES PASSAGERS RELATIVE À LA COVID-19 À DES FINS DE SANTÉ PUBLIQUE	
<p>Objet du formulaire : Ce formulaire est destiné à appuyer les autorités de santé publique en permettant aux passagers à l'arrivée de fournir facilement des renseignements pertinents sur leur état de santé, en particulier en lien avec la COVID-19. Un adulte membre du groupe familial ou de voyageurs doit consigner l'information demandée. Même s'il a rempli ce formulaire, un passager peut être soumis à un dépistage sanitaire supplémentaire de la part de l'autorité de santé publique dans le cadre d'une stratégie de prévention à niveaux multiples. Les renseignements fournis sont censés être conservés dans le respect des lois nationales applicables et n'être utilisés qu'à des fins de santé publique.</p>	
<p>1) Renseignements sur le voyageur :</p> <p>Prénom(s) : <input type="text"/></p> <p>Nom(s) : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance (jj/mm/aaaa) : <input type="text"/></p> <p>Numéro du document de voyage et pays de délivrance : <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pays de résidence : <input type="text"/></p> <p>Port d'origine : <input type="text"/></p>	
<p>2) Au cours des 14 derniers jours, est-ce que vous ou un membre du groupe voyageant avec vous avez été en contact rapproché (face-à-face, pendant plus de 15 minutes, ou en contact physique direct) avec une personne ayant des symptômes apparentés à la COVID-19 ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>3) Est-ce que vous ou un membre du groupe voyageant avec vous avez eu des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours ?</p> <p>Fièvre Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Souffle court Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Toux Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Perte soudaine du goût ou de l'odorat Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>4) Est-ce que vous ou un membre du groupe voyageant avec vous avez reçu des résultats positifs à un test de COVID-19 au cours des trois derniers jours ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Prière de joindre le rapport, le cas échéant</p>	
<p>5) Veuillez indiquer tous les pays et villes que vous et le groupe voyageant avec vous avez visités ou par lesquels vous avez transité au cours des 14 derniers jours (y compris les aéroports et ports), avec les dates de chaque arrêt, en commençant par le dernier pays visité.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><i>Pour connaître les sanctions pour avoir fourni de fausses informations sur ce formulaire, prière de se reporter à la législation nationale applicable et/ou aux autorités locales de santé.</i></p>	
<p>Signature :</p> <p>Date :</p>	