

Crises sanitaires et migration

Michael Edelstein, David Heymann et Khalid Koser

Les réponses individuelles et collectives que suscitent les crises sanitaires contribuent au bon déroulement d'une réponse de santé publique efficace qui permet, dans la plupart des cas, d'éviter des déplacements à grande-échelle. Restreindre les mouvements de la population est dans une large mesure une manière inefficace de contenir une épidémie, il arrive néanmoins que les gouvernements y recourent lorsque se déclare une crise sanitaire.

Les lois sur la quarantaine qui ont accompagné les épidémies de peste dans l'Europe du quatorzième siècle qui ont vu plusieurs cités portuaires de la Méditerranée isoler des communautés touchées par la maladie et restreindre les mouvements de la population en réponse à la menace d'une crise de santé publique font partie des politiques sanitaires les plus anciennes enregistrées dans l'histoire. Dès la fin du dix-huitième siècle de tels principes étaient devenus la norme aux frontières internationales.

En 1951, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté les Règles sanitaires internationales - rebaptisées Règlement sanitaire international (RSI) en 1969 - dans le but d'éviter au maximum la propagation des maladies contagieuses tout en évitant au maximum de perturber les voyages et le commerce. Le RSI cherchait à contrôler quatre maladies - le choléra, la fièvre jaune, la peste et la variole - en se fondant sur une série d'hypothèses selon lesquelles seules quelques rares maladies représentent une menace pour les voyages et l'activité commerciale, la migration est un mouvement unidirectionnel, et, il est possible de contenir les maladies aux frontières internationales.

Le RSI ne prévoit aucun mécanisme formel d'application ou de sanction en cas de non-respect des recommandations, et en 1995 l'OMS a dû reconnaître qu'il était rare que les pays signalent ces quatre maladies par crainte de voir les voyages et les activités commerciales diminuer. Bien plus, le RSI ne couvrait pas certaines maladies à taux élevé de mortalité et à propagation rapide comme la grippe pandémique. En 2003, l'éruption du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et celle en 2009 du H1N1 ont montré que les maladies peuvent se propager dans le monde entier en seulement quelques jours.

En conséquence, une version révisée du RSI est maintenant en vigueur depuis 2007. Il ne s'agit plus de se concentrer sur des maladies spécifiques mais sur des «urgences de santé publique de portée internationale» (USPPI). La version révisée du RSI adopte une approche préventive face à

la propagation internationale des maladies en insistant sur la responsabilité nationale en matière de détection et de confinement des maladies infectieuses à la source, en exigeant des pays qu'ils développent et maintiennent une capacité fondamentale en termes de santé publique. Le RSI fait du signalement des USPPI à l'OMS une obligation en vue de permettre la mise en place de mesures appropriées fondées sur des données probantes. Malgré leur adhésion au RSI, il peut arriver que certains pays reviennent à des politiques d'isolation et de restriction, qu'ils menacent ou décident de fermer leurs frontières, ou qu'ils imposent des restrictions de déplacement dans une tentative pour éviter que des maladies infectieuses n'entrent sur leur territoire. Suite à l'épidémie de SRAS de 2003, le Kazakhstan, par exemple, a fermé sa frontière longue de 1 700 km avec la Chine à tout trafic routier, ferroviaire ou aérien, et la Russie a fermé la majorité de ses postes frontières avec la Chine et la Mongolie. Pendant la pandémie de H1N1 en 2009, la Chine a suspendu ses vols vers le Mexique et a imposé des mesures de dépistage à l'arrivée de tous les vols internationaux, mettant en quarantaine l'ensemble du vol si un passager avait une température supérieure à 37,5°C. Toutes ces mesures ont été prises contre l'avis de l'OMS.

La fuite en réponse aux crises sanitaires

Il est rare que d'importants mouvements de population soient directement le résultat d'une crise sanitaire. Lorsque cela se produit, la migration est habituellement interne (vers des régions se trouvant en dehors de la zone de crise immédiate), temporaire et se produit en début de crise, souvent lorsqu'il y a un manque d'informations ou que celles-ci sont contradictoire ou imprécises. Une flambée de peste dans le Surat en Inde en 1995 a entraîné la fuite hors de la ville d'un demi-million de personnes. Pendant l'épidémie de SRAS en 2003, pratiquement un million de personnes ont quitté Beijing. Dans ces deux exemples, les personnes ont eu tendance à rentrer dans leurs villages d'origine pour retourner en ville une fois la crise passée.

mars 2014

Les migrations à travers les frontières pour cause de crise sanitaire sont plus rares mais peuvent se produire. En 2008/09, le Zimbabwe a subi l'une des flambées de choléra les plus importantes jamais enregistrées avec plus de 98 000 cas suspectés et 4 276 décès. En janvier 2009, juste avant que l'épidémie n'atteigne son pic, on estime que 38 000 Zimbabwéens ont fui vers Afrique du Sud, même s'il est toutefois difficile d'estimer avec précision l'impact exact de l'épidémie de choléra sur la migration du Zimbabwe vers l'Afrique du Sud à cause du niveau élevé de la migration habituelle qui voit chaque jour en arrière-plan des milliers de Zimbabwéens traverser la frontière.

Les crises sanitaires sont spécifiques dans la mesure où les communautés et les individus concernés ont eux-mêmes la capacité d'en atténuer les effets. Les progrès réalisés en termes de compréhension des maladies infectieuses, de leurs vecteurs, de leurs modes de transmission et des moyens scientifiquement prouvés pour contenir leur propagation ont donné le pouvoir aux individus, aux populations et aux gouvernements d'adopter des comportements de prévention qui dans de nombreux cas permettent d'anticiper et d'éviter les migrations volontaires ou forcées. Les mesures prises individuellement ou collectivement réduisent les risques de la maladie et constituent une alternative à la fuite, ce qui peut expliquer pourquoi les habitants décident de rester dans une zone dans laquelle se produit une crise sanitaire. Pendant l'épidémie de SRAS de 2003, la ville de Toronto au Canada qui a connu la plus grosse flambée de SRAS en dehors de l'Asie, a mis en place une stratégie volontaire et très largement suivie de dix jours de mise en quarantaine à domicile pour toutes les personnes qui avaient été en contact étroit avec un cas avéré. Au total 23 103 individus ont été confinés de cette manière alors que seulement 27 d'entre eux avaient fait l'objet d'un ordre de quarantaine légalement exécutoire. Pendant la pandémie de H1N1 de 2009, l'OMS a recommandé comme mesures pour atténuer la pandémie l'élaboration et la distribution de vaccins, l'utilisation d'antiviraux, la fermeture d'écoles, l'adaptation des schémas de travail, l'isolation des individus présentant des symptômes et des consignes à l'intention de leurs soignants ainsi que l'annulation des rassemblements de masse. L'OMS a explicitement déclaré qu'elle ne recommandait pas les restrictions de déplacement.

Conclusions

Attribuer directement des épisodes de migration collective à des crises sanitaires est difficile, spécialement lorsqu'il s'agit de migrations à travers

des frontières internationales. Dans les cas où il y a migration de population, celle-ci a lieu dans le contexte d'une crise humanitaire plus importante qui constitue déjà une menace immédiate à la vie et qui est bien plus susceptible de provoquer le déplacement de la population. Même lorsque l'événement sous-jacent n'est ni soudain, ni catastrophique, comme l'effondrement progressif de l'État au Zimbabwe, les migrations provoquées par les crises sanitaires se produisent dans un arrière-plan d'émigration préexistante vers les pays voisins, et les populations déplacées par la crise sanitaire utilisent les mêmes modes de déplacement que les autres personnes qui migrent pour d'autres motifs. C'est pour cela qu'il est difficile d'attribuer directement des mouvements de population à la situation sanitaire ou de les quantifier de manière précise. Lorsque des populations se déplacent en réponse à une crise sanitaire, elles ont tendance à le faire à l'intérieur de leur propre pays et pour des périodes relativement courtes, et ce sont fréquemment les malentendus et la panique qui en sont la cause. Même si le recours à des mesures individuelles et collectives pour atténuer les effets des crises sanitaires peut expliquer en partie le fait que les crises sanitaires n'entraînent pas de migration, il est probable qu'il ne soit pas encore possible d'apporter la même réponse dans les pays qui manquent de ressources et d'infrastructure et qui sont précisément ceux dans lesquels la majorité des crises sanitaires sont susceptibles de se produire.

La compréhension que nous avons actuellement des dynamiques relatives à la transmission des maladies infectieuses est qu'il est impossible de contenir les maladies aux frontières. Des épidémies comme celles du SRAS ou du H1N1 ont démontré que le volume et la rapidité des déplacements à l'échelle mondiale signifient que les maladies n'ont besoin que de quelques jours pour se propager dans le monde entier. Les modèles mathématiques n'apportent que peu d'éléments pour démontrer que des restrictions de déplacement seraient susceptibles de réduire la propagation des maladies. C'est cette certitude que met en évidence le RSI qui se concentre moins sur le contrôle des mesures aux frontières et bien davantage sur la détection et la réponse apportées à la source ainsi que sur l'activation de canaux mondiaux de communication. Le RSI permet de défendre des réponses adaptées au cas par cas et fondées sur des éléments probants à mettre en œuvre pour limiter la propagation des maladies lorsque surgit une crise.

Même si le RSI comprend des mesures de santé publique relatives aux déplacements en vue de

limiter la propagation des maladies, comme des mesures de contrôle des vecteurs aux points d'entrée aériens, maritimes et terrestres, il n'est pas conçu pour formuler des recommandations par rapport à des questions de migration liées aux crises sanitaires touchant par exemple au statut des individus ou des populations qui quittent une zone de crise sanitaire. Les individus qui traversent des frontières internationales uniquement dans le but d'échapper à une crise sanitaire ont peu de chance d'être reconnus comme des réfugiés en vertu de la Convention de 1951 ; il est beaucoup plus probable qu'ils soient considérés comme des migrants.

Même s'il existe des précédents juridiques de demandes d'asile liées à la santé qui ont été acceptées, particulièrement en ce qui concerne le VIH – des individus séropositifs se sont vus octroyer l'asile au motif des craintes de persécution associées à leur statut relatif au VIH ou à leur orientation sexuelle plutôt qu'à leur statut de santé en soi. L'inverse, c'est-à-dire le cas d'individus remplissant les conditions pour être reconnus comme réfugiés, et auxquels l'asile a été refusé ou qui ont été expulsés à cause de leur statut de relatif au VIH est un phénomène beaucoup plus fréquent. L'ONUSIDA a déclaré que les restrictions de déplacement liées au VIH violent régulièrement le principe des droits de l'homme de *non-refoulement* des réfugiés. De tels cas sont en dehors du mandat du RSI.

La flexibilité accordée dans le cadre de nombreuses législations nationales aux personnes qui ne satisfont peut-être pas aux critères juridiques du statut de réfugié mais qui risquent d'être mise en danger si elles sont contraintes de retourner dans leur pays d'origine pourrait être étendue aux personnes provenant de pays subissant une crise sanitaire. Des dispositions similaires existent déjà, par exemple, en ce qui concerne les personnes dont le pays a été touché par une catastrophe naturelle (comme dans le cas de la politique américaine à l'égard de Montserrat et d'Haïti). Dans la mesure où il existe fréquemment une interaction entre catastrophes naturelles et conséquences sanitaires, une entente de ce type devrait être facile à obtenir. Le défi politique consisterait à déterminer dans quels cas des décisions d'expulsion devraient être levées sur la base de crises sanitaires, et il semblerait judicieux d'aligner ces décisions sur les déclarations de l'OMS dans le cadre du RSI.

Dans un monde de déplacements rapides, d'activités commerciales et de modifications climatiques, dans lequel l'émergence de maladies infectieuses et d'autres problèmes sanitaires est de plus en

plus fréquente, l'augmentation potentielle de la migration pour causes sanitaires rend nécessaire une meilleure définition de ce statut. Des efforts plus soutenus devraient être mobilisés pour encourager les gouvernements et les organisations qui s'intéressent à la migration et travaillent avec les populations migrantes à comprendre et respecter le RSI en tant que mécanisme destiné à renforcer les moyens d'éviter les migrations liées aux crises sanitaires tout en mettant en place les meilleures protections possibles contre les maladies.

Recommandations

- Davantage de recherche est nécessaire sur l'impact des crises sanitaires sur la migration, particulièrement pour distinguer le facteur santé des autres motifs de migration.
- Une plus grande cohérence est nécessaire entre le RSI et les politiques et pratiques relatives à la migration au niveau national et international afin d'informer et susciter de la part des gouvernements des réponses permettant aux populations d'éviter la migration au cours des crises sanitaires.
- Au niveau national, un surcroît de coordination est nécessaire entre les agences gouvernementales qui ont pour mandat séparé de s'occuper de la migration et de la santé ; les politiques nationales relatives à la migration devraient tenir compte de l'assistance et de la protection des migrants qui viennent de zones touchées par des crises sanitaires ou risquent de devoir retourner dans de telles zones, y compris en suspendant les ordres d'expulsion jusqu'à la résorption des crises sanitaires.

Michael Edelstein Michael.edelstein@doctors.org.uk est Membre en épidémiologie de l'Institut suédois de Santé publique. www.folkhalsomyndigheten.se/

David Heymann David.Heymann@phe.gov.uk est Professeur d'épidémiologie des maladies infectieuses à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Directeur et membre Senior de Chatham House Centre on Global Health Security. www.lshtm.ac.uk

Koser Khalid k.koser@gcsp.ch est Directeur adjoint du Centre de Politique de Sécurité de Genève www.gcsp.ch Il est également Collaborateur principal non résident du Brookings-LSE Project sur le Déplacement interne. www.brookings.edu/about/projects/idp