



Situation de crise, opinion publique et vulnérabilités :

L'épidémie de chikungunya

à La Réunion et à Mayotte

Rapport final

Saint-Denis de La Réunion, le 13 juillet 2009

P. Metzger IRD La Réunion
F. Taglioni IRD La Réunion
M. Watin Université de La Réunion
B. Idelson Université de La Réunion

1. INTRODUCTION	p 5
Mieux comprendre comment se construisent les crises sanitaires	
L'analyse des crises : une difficulté scientifique majeure	
Conditions de réalisation, méthode et limites	
Présentation du rapport	
2. RACONTER LA CRISE AUTREMENT	p 11
La version épidémiologique-administrative de l'épidémie	
L'épidémie de chikungunya vue de la population	
La distance entre les vécus	
3. LA DYNAMIQUE DE LA CRISE	p 15
Un modèle de crise	
Chronologie ordinaire de l'épidémie	
Une entrée en crise qui paradoxalement ouvre la voie à la sortie de crise	
Des signaux qui ne sont pas détectés	
Le contexte dans lequel va s'inscrire l'épidémie : du carburant pour la crise	
La polémique sur le nombre de cas	
Un nouvel univers : la contamination des objets du monde	
4. FORMULATION DU PROBLEME ET GESTION DE CRISE	p 27
La référence à la dengue : un effet cognitif puissant	
La lutte antivectorielle : une solution évidente	
Une gestion de crise centrée sur la démoustication massive	
Marginalisation des malades et de la maladie	
5. MEDIAS ET OPINION PUBLIQUE DANS LA CRISE DU CHIKUNGUNYA	p 37
La crise du chikungunya : un fait médiatique total	
La dénonciation des discours discordants et multiplication des experts	
Défaillance de la communication publique	
Constitution de l'opinion publique, entre critique et rumeurs	
Le rôle de la PQR dans la crise du chikungunya	
6. L'EPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA A MAYOTTE ET DANS L'OCEAN INDIEN	p 43
L'épidémie de chikungunya dans le sud ouest de l'océan indien	
Facteurs d'émergence et effet de contexte	
L'épidémie de chikungunya à Mayotte	
Risques sanitaires et santé publique dans l'océan Indien	
7. CONCLUSIONS : LES VULNERABILITES MISES A JOUR PAR LA CRISE DU CHIKUNGUNYA	p 51

Risque, crise et vulnérabilité
Des vulnérabilités conjoncturelles
Des vulnérabilités structurelles
Vulnérabilité de la veille sanitaire

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p 57
LISTE DES SIGLES	p 61
PRODUCTION SCIENTIFIQUE	p 62
REMERCIEMENTS	p 64

Mieux comprendre comment se construisent les crises sanitaires

En 2005-2006, une épidémie de grande ampleur a touché l'île de La Réunion, provoquant une crise sanitaire sans précédent. Cette crise (on a même parlé de catastrophe sanitaire) a affecté tout l'espace public réunionnais ; elle s'est construite et reconstruite chaque jour, pendant plusieurs mois, autour d'un enchaînement de faits, d'actions et de réactions, mais aussi de tensions, rumeurs et polémiques, concernant la politique des pouvoirs publics, la gravité de la maladie, l'ampleur de l'épidémie, le nombre de décès, la prise en charge des malades, l'efficacité des répulsifs, la toxicité des produits et l'impact environnemental de la démoustication. Ainsi, la crise a progressivement touché d'abord les institutions sanitaires et la population, puis les médias et l'ensemble des administrations civiles et militaires, ensuite l'environnement, enfin l'économie et la société dans son ensemble.

Cet évènement montre que malgré le renforcement des normes et des procédures de la veille sanitaire, malgré la modernité et l'efficacité des institutions sanitaires, malgré l'existence d'agences indépendantes d'experts, malgré la multiplication des crises sanitaires depuis la fin des années 1980 (sang contaminé, MCJ, sras, grippe aviaire) et l'expérience qu'elles ont permis d'acquérir, l'administration sanitaire et la société françaises sont loin d'être prêtes à faire face aux crises sanitaires. L'épidémie de chikungunya à La Réunion a provoqué un dérapage généralisé de la vie collective, une formidable déstabilisation locale. Ainsi, l'ampleur d'une crise sanitaire, pas plus que l'attention portée par les pouvoirs publics, n'est fonction du nombre de malades ou de décès, comme l'actuelle épidémie de grippe A en fait la démonstration.

A tout moment, l'argument de la connaissance et de la certitude est utilisé pour justifier le point de vue et l'action des pouvoirs publics, mais le cas du chikungunya à La Réunion fait la démonstration que c'est de croyance qu'il s'agit, la démonstration scientifique n'étant là que pour renforcer cette croyance, dans un sens ou dans un autre. Et cette croyance n'est pas loin s'en faut l'apanage de la population, et de sa présumée irrationalité, « l'île aux rumeurs » comme le dit si joliment Libé (Libération 19 avril 2006). On rejoint ici l'argumentation de Dupuy : le fait d'agir suppose la mise en œuvre d'un catastrophisme éclairé, et il serait injuste d'accuser de catastrophisme ceux qui agissent pour ne pas faire advenir la catastrophe, sous l'argument que celle-ci n'est pas arrivée (Dupuy 2002).

Comprendre ce qui s'est passé ne peut se satisfaire du rappels des faits... car il n'y a pas de faits objectifs, il ne peut y avoir de « lecture objective » de la crise. Tout au plus pourrait-on adopter un point de vue, auquel on attribuerait la qualité d'objectivité. Mais il faut admettre, en toute objectivité, que ce qui a été vécu par la veille sanitaire et la Drass n'est pas ce qu'a vécu la population. La différence des points de vue, la différence des vécus ne doit pas être considérée comme représentative de la volatilité des connaissances apportées par les sciences sociales, mais comme une restitution de la complexité du monde social, et une prise de position sur le fait que le point de vue de l'administration et son argumentation scientifico-technique n'a pas de

raison objective d'être supérieur à celui de la population, et ce d'autant plus qu'on argue de l'inconnu ou de la méconnaissance scientifique de la maladie pour expliquer ce qui sera considéré – non seulement après coup mais pendant l'épidémie – comme une incurie des pouvoirs publics.

En 2006, l'IRD en association avec l'université de La Réunion, propose un programme de recherche au Ministère de l'Outre-mer, qui fera l'objet d'une convention signée en novembre de la même année. La recherche, menée sur deux ans et demi, se proposait d'analyser les mécanismes de la construction sociale de la crise provoquée par l'épidémie du chikungunya à La Réunion, sous ses aspects politiques, institutionnels et sociaux, d'analyser le rôle des médias et de l'opinion publique, de mettre à jour les dimensions régionales de cette épidémie qui a touché tout l'océan Indien, et les vulnérabilités de La Réunion. L'objectif était de mieux comprendre les conditions qui ont conduit à ce qu'une épidémie certes de grande ampleur, mais d'une gravité relativement modérée au regard d'autres épidémies, aboutisse à une crise sociale majeure.

Ce travail est une réflexion sur la crise sanitaire et sociale vue comme une construction collective, sociale et institutionnelle, produite par des institutions et des acteurs situés plus ou moins loin de « l'épicentre » de la crise, construite par le l'évènement présent, mais aussi par l'histoire et par l'avenir. Le temps a apaisé la situation au point que le chikungunya aujourd'hui n'est plus vraiment présent dans la société réunionnaise. Il est déjà de l'histoire. Cependant, cette crise sanitaire a constitué une véritable mise à l'épreuve des institutions sanitaires françaises et de la société réunionnaise dans son ensemble dont il faut tirer les leçons. Parce que le risque actuel de pandémie de grippe A, tout comme les épidémies récentes du SRAS et de la grippe aviaire, montrent que des épidémies beaucoup plus graves, du point de vue médical, peuvent apparaître à tout moment, comprendre ce qui s'est passé, en tirer les enseignements est une nécessité incontournable.

L'analyse des crises : une difficulté scientifique majeure

Les situations de crise doivent être analysées comme un symptôme de questions de fond sur le fonctionnement des sociétés, comme un révélateur de vulnérabilités. Une crise est le résultat de quelque chose qui ne tient pas seulement dans l'évènement ou la situation créée par un aléa, l'accident ou le quelque chose totalement imprévisible qui va être « à l'origine de la crise », comme par exemple l'invasion d'un pays par un autre, la contamination d'une source d'approvisionnement en eau, l'explosion d'une usine ou dans le cas qui nous intéresse ici, l'apparition et la propagation d'un virus. Ces évènements, en partie aléatoires, ne font pas crise tout seul, c'est le monde social qui fait crise à propos de ces évènements, et c'est bien cela qu'il s'agit de comprendre.

A La Réunion, c'est bien le monde social de ce lointain territoire d'outre mer, département français de l'océan indien, ce concentré de modernité et de richesse au sein d'un espace régional marqué par la pauvreté et l'insularité qui a réagi à l'épidémie de chikungunya. La crise qu'elle a provoquée nous parle de ce territoire-là, de ses contradictions et de sa vulnérabilité. Le fait que l'épidémie n'ait pas fait crise dans tous les pays touchés par le virus montre bien la validité de cette affirmation qu'une crise est la rencontre entre un évènement et un territoire

(Lagadec). Cette crise nous parle aussi de l'institution sanitaire française, de sa conception du probable et de l'inimaginable, de son héritage de la médecine coloniale et de ses croyances dans la médecine moderne. Cette crise nous parle des rapports entre un département d'outre-mer et sa métropole, elle nous parle de distance et d'incompréhension. Cette crise nous parle des rapports entre science et société, entre médecine et politique, entre population et administration.

Aussi faut-il prendre au sérieux cette épidémie et la crise sociale qu'elle a provoqué, et ne pas renvoyer ce dérapage, sans plus y penser, à l'irrationalité de la population, à l'irresponsabilité des médias, à l'incurie des élus, à la méconnaissance scientifique, à Trop facile. Cette épidémie, cette crise nous parlent, essayons d'entendre.

Au cœur de toute crise, on trouve la question du pouvoir et de son exercice (Lagadec 2003) et cette crise se situe quelque part à l'articulation de la « gouvernance des Doms » et de la « gouvernance des risques ». Ainsi, analyser une crise c'est comprendre le fonctionnement de la société à propos d'évènements plus ou moins graves et imprévisibles.

L'analyse des situations de crise pose un problème de fond à la démarche scientifique : il n'y a pas de science de l'évènement, il n'y a pas de science du contingent (Morin 1972). En effet, la démarche scientifique est fondamentalement la recherche de lois générales, de phénomènes universels, une compréhension urbi et orbi du monde. Or, les situations de crise sont par définition uniques et contingentes, même si on peut identifier des récurrences dans leur mode d'apparition, dans leur dynamique. Parallèlement, ces évènements dont le cadre conceptuel général renvoie à la complexité, font la démonstration que l'histoire est à la fois déterminée et aléatoire (Morin 1972). Aussi, même si on peut mettre en évidence des « facteurs » qui vont favoriser l'émergence d'un virus, d'une épidémie, d'une crise sanitaire, le point essentiel est qu'elles ne sont pas prévisibles. Non par absence de données mais par définition. Les crises sont des phénomènes brutaux et imprévisibles, des mises à l'épreuve du pouvoir et de la vie collective, qui montrent la capacité des sociétés, institutions et populations, à faire face à l'imprévisible. Par là même c'est la vulnérabilité des sociétés qui est révélée.

Conditions de réalisation, méthodes et limites

Bien que résolument inscrite dans le champ des sciences sociales, cette recherche n'est pas une analyse anthropologique de la maladie, ou un travail sur la perception de la maladie par la population. Elle n'est pas non plus une étude socio-épidémiologique, une analyse des facteurs sociaux ou géographiques du risque épidémiques, ni une étude de l'impact économique de l'épidémie, ni même une recherche de responsabilités dans la gestion de la crise. Ce travail est avant tout un effort de production de connaissance sur la construction des crises sanitaires qui s'appuie sur cet évènement unique qu'a constitué l'épidémie de chikungunya à La Réunion en 2005-2006. Il est en même temps une réflexion sur la vulnérabilité des sociétés insulaires domiennes.

D'un point de vue méthodologique, cette recherche s'est appuyée sur la construction de données documentaires (littérature scientifique, rapports, documents officiels, non officiels, sites internet), sur l'analyse de la presse et sur la réalisation d'entretiens

auprès des principaux acteurs institutionnels de cette crise, à La Réunion, à Mayotte et en métropole. Un nombre extra-ordinaire d'acteurs, institutionnels ou non, sont intervenus dans la crise du chikungunya. Elle a donné lieu à un nombre incalculable de documents, d'articles de presse, de publications scientifiques, de blogs, pour la plupart largement accessibles. Cependant, certains documents importants n'ont pu être obtenus, et certains acteurs clés n'ont pas souhaité être entendu¹, leur point de vue n'a donc pas pu être pris en compte. Ce rapport ne peut donc prétendre à l'exhaustivité ; le travail a cependant été mené en toute objectivité dans le but de comprendre la situation de crise provoquée par l'épidémie de chikungunya, entendue comme l'entrée en résonance d'un territoire et d'une épidémie.

Une autre difficulté, habituelle en matière d'analyse et de retour d'expérience sur les crises, consiste à faire entendre aux différentes institutions et personnes interviewées que l'analyse a pour but de tirer des enseignements de cette expérience, et non de rechercher des responsabilités. La construction des données et des informations n'est donc pas simple, certains interviewés se positionnant d'emblée sur la défensive, chaque question étant interprétée comme une remise en cause. En terme d'analyse et d'interprétation de ces données enfin, une difficulté supplémentaire, et pas des moindres, est le risque de relecture a posteriori des événements, de surinterprétation, que la fin de l'histoire du chikungunya, qu'aujourd'hui nous connaissons, soit « attracteur d'interprétation ». Nous avons essayé, dans la mesure de nos possibilités, d'éviter ces écueils.

Enfin, la quantité d'information est telle que l'analyser est forcément une gageure. Ce document rapporte les principaux éléments d'analyse produits dans le cadre de cette convention. La production scientifique à partir des matériaux rassemblés se poursuivra au-delà de ce rapport.

Présentation du rapport

Le rapport a été organisé en 6 parties. La première partie intitulée « Raconter la crise autrement » est une introduction à la crise du chikungunya qui essaie d'entrée de jeu de rendre compte de la diversité des vécus de la crise du chikungunya et de comprendre ce qui a construit la distance entre deux versions extrêmes de la crise, l'une qualifiée d' « épidémiolo-administrative », et l'autre qui tente de restituer le « vécu de la population réunionnaise ».

La deuxième partie, « la dynamique de la crise », montre que la crise du chikungunya a suivi toutes les étapes classiques d'une crise, qu'elle en a toutes les caractéristiques, tant du point de vue de la remise en cause de certitudes, que de la multiplication des acteurs, de la remontée de conflits non résolus, ou de la déstabilisation du monde qu'elle a provoquée. Tous ces éléments ont alimenté l'enchaînement de polémiques. Dans cette dynamique de crise, on peut considérer que le premier pic épidémique de mai 2005 ne fait pas partie de la même histoire.

La troisième partie : « Formulation du problème et gestion de crise » approche la crise du chikungunya à partir des modalités de sa gestion. L'argument est de montrer que la définition du problème posé par le chikungunya a été encadrée par

¹ En particulier le préfet Cayrel, acteur clé de cette crise.

des effets cognitifs très puissants liés à la référence à la dengue, et que la résolution du problème s'est entièrement portée sur la lutte antivectorielle. Aussi la gestion de crise a principalement été l'organisation d'une formidable campagne de démoustication, ce qui a abouti à une certaine marginalisation des malades et de la maladie.

La quatrième partie porte un regard spécifique sur le rôle et le fonctionnement des médias et de l'opinion publique dans cette crise. Le chikungunya a été un fait médiatique total, exceptionnel par sa durée et son intensité. Le traitement par la presse a été massif et sur le ton de la dramatisation. Il s'est fait écho des discours discordants et des rumeurs, en profitant du vide laissé par une communication publique défailante. Les ressorts habituels des polémiques articulées sur des tensions entre le dehors et le dedans, sur l'opposition entre les « experts » et les « gens ordinaires » ont fonctionné à plein.

L'approche de la crise du chikungunya à Mayotte et dans l'océan Indien permet dans la cinquième partie de changer d'échelle de lecture de cette épidémie exceptionnelle, et de retracer la propagation du virus en articulation avec les relations entre les îles. Elle montre qu'à l'échelle de l'océan Indien, le vécu de cette épidémie a été très différent selon les territoires. En particulier, il est clair que le chikungunya n'a pas fait crise à Mayotte. Aussi, les facteurs de vulnérabilité habituellement mis en avant sont à considérer avec précaution, puisque ce ne sont pas les territoires voisins considérés comme plus vulnérables qui ont été les plus atteints.

La sixième et dernière partie propose en conclusion une analyse des vulnérabilités mises à jour par la crise du chikungunya à La Réunion, en distinguant d'abord ce qu'on peut considérer comme des vulnérabilités conjoncturelles, liées à des situations particulières. Les vulnérabilités structurelles renvoient pour leur part à des situations inscrites dans le territoire réunionnais et dans l'institution de la veille sanitaire. L'argument qui en est tiré est que la prévention des crises sanitaires ne doit pas reposer que sur la « surveillance » des « menaces », mais qu'elle doit aussi se pencher sur la capacité institutionnelle des administrations en charge de la gestion de la situation. Autrement dit, la prévention des risques doit inclure la prévention des crises.

2. RACONTER LA CRISE AUTREMENT

Les crises sanitaires de grande ampleur sont un nouveau défi pour l'Etat. Selon les différents auteurs et spécialistes de la crise, « le vécu de la crise est une dimension cruciale, constitutive de la réalité de la crise » (Godard et al, 2002). L'objectif est ici d'essayer de rendre compte des différents vécus de la crise du chikungunya.

Nous avons essayé de reconstituer, à partir de différentes sources d'information, et en forçant le trait, le vécu et l'interprétation de l'épidémie par les différentes catégories d'acteurs, en opposant le récit de l'administration sanitaire et celui de la population réunionnaise, qui sont probablement les vécus les plus extrêmes et les plus différents que l'on peut trouver de cette crise du chikungunya à La Réunion. Les discours qui suivent ne sont pas des citations, ce sont des constructions archétypiques², établies à partir de sources multiples.

La version épidémiologique-administrative

Habituellement, l'entrée en matière pour retracer l'épidémie de chikungunya présente les choses de la façon suivante :

« Le chikungunya, est un arbovirus de la famille des Togaviridae, transmis par un moustique. Inconnu en France³, il a fait son apparition à La Réunion en mars 2005, après avoir touché Les Comores. Une première phase épidémique a eu lieu entre avril et juin 2005, touchant environ 2000 personnes, avec un pic de 450 malades en mai 2005. Avec le retour de l'été austral, donc d'un climat chaud et humide favorable à la prolifération des moustiques, le nombre de personnes infectées par le virus s'est brutalement accéléré fin 2005. Le pic épidémique a été enregistré en février 2006 avec 47000 cas en une semaine. En juin 2006, 266 000 personnes avaient été touchées, soit un tiers de la population réunionnaise. A partir de septembre 2005, les symptômes connus de cette maladie (forte fièvre, douleurs articulaires et musculaires, œdèmes, éruptions cutanées) se sont amplifiés et diversifiés à mesure de la propagation de l'épidémie, et de graves complications, jamais rapportées dans la littérature scientifique sont apparues (transmission materno-fœtale, hémorragies, affections neurologiques et hépatiques...), remettant en cause de caractère qualifié de bénin de la maladie. Certains symptômes comme des arthralgies persistantes et incapacitantes peuvent réapparaître de façon chronique. Environ 250 décès seraient imputables à l'épidémie de chikungunya à La Réunion, touchant principalement des personnes âgées atteintes d'autres pathologies. Il n'existe aucun traitement ni vaccin contre le virus du chikungunya. Dans ces conditions, la prophylaxie consiste à se protéger des piqûres de moustiques et à mener une politique de lutte antivectorielle ».

² Modèle général représentatif d'un sujet, l'archétype est fidèle à un sujet en général tel qu'il est admis par tous, l'archétype n'est pas défini d'après des moyennes mais d'après les caractéristiques intrinsèques, propres et identitaires communes à tous les sujets particuliers affiliés au sujet général

³ Cette maladie est apparue pour la première fois en Tanzanie en 1952 [Pardigon et al., 2006]. Le virus a été isolé en 1953 [Gauzere, 2007]. La Directive européenne n°2000/54/CE du 17 octobre 2000 le classe parmi les virus pathogènes du groupe 3.

Ce type de discours ressemble beaucoup aux bulletins épidémiologiques. Il est présenté comme une version objective de l'évènement « épidémie de chikungunya » qui introduit la plupart des textes, publications scientifiques, articles de presse et documentaires parlant du chikungunya. Mais il correspond en fait à une version administrative et épidémiologique des faits, une lecture de la situation épurée des vécus, doutes et craintes qui ont agité toute cette période, doutes et craintes non seulement de la population, mais aussi des médecins et de l'administration sanitaire elle-même. Ce récit technique, présenté comme neutre, fait fi du décalage entre le vécu des Réunionnais et la vision métropolitaine du problème. Il ne raconte ni une maladie vécue par la population, ni une crise sanitaire vécue par tout un territoire. Il expose une épidémie vue par des professionnels de santé publique.

Or, les gestionnaires de la santé publique sont amenés à tenir un discours qui va prévaloir sur les autres. Mais on peut construire d'autres récits, pour montrer la diversité des vécus de la crise.

L'épidémie de chikungunya vue de la population

« Le chik on n'en avait jamais entendu parler. Ils disent que c'est un virus, à cause des moustiques, comme une grippe. C'est pénible mais ça n'est rien ; il faut juste se protéger contre les moustiques et prendre de l'aspirine, parce qu'il n'y a pas de vaccin. On nous a dit que l'épidémie allait disparaître avec l'hiver. Mais vers la fin de l'année, il commençait à y avoir pas mal de gens malades, et certains gravement, on ne parlait plus que de ça.... Et il paraît que si une femme est enceinte, le bébé va être malade, ils ont dit « troubles neurologiques », ça n'est pas rassurant... On nous avait dit que si on l'a eue, on est immunisé, mais des gens qui l'avaient déjà eue retombent malades, des fois très gravement, et ils se retrouvent à l'hôpital... ils ne peuvent plus bouger, ça fait très mal. Alors quand on continuait à nous dire que c'était comme une grosse grippe, on a commencé à avoir des doutes. Les médecins ont commencé à dire qu'ils ne savent pas trop ce qui se passe, et qu'il y a beaucoup plus de cas que ce que dit le gouvernement. Alors ils ont refait leurs calculs et tout d'un coup il y avait beaucoup plus de cas... Et puis après, ils ont commencé à en parler aux infos nationales, dans le JT de 20h, qu'il y a une épidémie explosive à La Réunion, qu'on n'a jamais vu ça, qu'on ne connaît pas la maladie, qu'il y a des cas graves, que les chercheurs vont faire des études pour savoir ce que c'est et faire un vaccin. Et on nous disait de prendre de l'aspirine et de vider les coupelles sous les pots de fleurs !! ... Pour ne plus avoir mal, il paraît que le jus de noni, des tisanes ou le chlorure de magnésium, j'ai vu ça sur internet, ma belle sœur m'a dit que ça marche. J'ai appelé le numéro vert pour leur demander mais ils n'en savaient rien. On nous disait tous le temps de se protéger contre les moustiques, et de détruire les gîtes larvaires, de nettoyer chez nous... mais d'abord il faut avoir les moyens, et de doute façon on ne trouvait plus de répulsifs dans les magasins. Il y en a qui disent sur Freedom que c'est pas à cause des moustiques, qu'il y a eu un bateau chinois qui est resté au Port en quarantaine. Et puis il y a eu des morts, nous on commençait à avoir vraiment peur, on se demandait ce que faisait le gouvernement, si il ne nous cachait pas quelque chose. A Paris, ils en faisaient plus pour la grippe aviaire, alors que personne n'était atteint, que pour lutter contre le chikungunya ici où il y avait beaucoup de malades. A Paris, ils s'en fichent de nous, La Réunion c'est loin. Il y avait plein de gens malades, des vieux qui ne pouvaient plus bouger, et personne pour les aider. C'est seulement quand on a eu des milliers et des milliers de malades

sur l'île, les urgences débordées, et qu'ils ont eu peur que ça vienne en France que le gouvernement a mis le paquet. Pour tuer les moustiques, le préfet a fermé les écoles, il a fait venir des renforts l'armée, ils ont embauché des gens, et ils sont allés démoustiquer dans toute l'île. Ils ont commencé à nous pulvériser partout, des tas de produits chimiques, il y avait des gros camions qui passaient la nuit et qui nous lâchaient des nuages toxiques. Et nous ? Nous on se prenait tout ça dans la figure... On nous disait de rentrer les animaux et les jouets des enfants, de fermer les portes et les fenêtres, mais on n'était même pas prévenu... On nous disait que ça n'était pas dangereux mais eux, ils étaient habillés en cosmonautes, comme dans un film sur un attentat biologique Et il paraît même qu'ils utilisaient un produit interdit, la preuve c'est qu'après ils ont changé. Dans les journaux, les radios, on entendait tout et son contraire, on ne savait plus quoi penser. Des tas de médecins, de spécialistes des moustiques, des grands pontes de Paris, des ministres sont venus ... Et on a commencé à entendre que des gens étaient intoxiqués par les produits chimiques, que des enfants avaient eu des malaises dans les écoles, qu'on avait trouvé des animaux morts, que les abeilles, les margouillats, les endormis, les tangles allaient mourir. Et peut-être que tous ces produits allait contaminer l'eau potable, qu'il ne fallait plus manger de légumes. Et il y avait de plus en plus de gens malades, de plus en plus de morts, on ne savait plus quoi faire, plus quoi penser ... ça a vraiment été l'angoisse... Après, l'épidémie s'est tassée mais les grands professeurs de Paris disaient que ça allait reprendre à l'été. Heureusement que ça n'a pas été le cas, parce qu'on n'a toujours pas de vaccin. Mais il y a des gens qui ont toujours mal par moment, des années après... »

La distance entre les vécus

Entre ces deux versions extrêmes de la crise, celle de l'administration sanitaire et celle de la population réunionnaise, on peut trouver de nombreuses autres différences de vécus, moins opposées, qui combinent les récits. Par exemple :

- entre le vécu réunionnais et le vécu métropolitain.
- entre le ministère de la santé et l'administration sanitaire décentralisée
- entre l'État et les collectivités locales (élus)
- entre les médecins réunionnais libéraux et hospitaliers et l'administration sanitaire locale

Les distinctions entre les vécus reposent sur des éléments de différenciation que l'on peut lister de la façon suivante :

- La temporalité : tout le monde n'est pas entré en crise en même temps, les autorités sanitaires locales c'est-à-dire la Drass et la Cire sont les premiers à être entrés en crise et les derniers à en être sortis, pour eux ça a duré plus d'un et demi... dont plus de 6 mois de crise extrêmement intense. pour « Paris », ça a duré moins de trois mois, entre début janvier et fin mars.
- Gravité épidémiologique et clinique de la situation : d'un point de vue clinique distance entre celui qui vit les symptômes et la littérature scientifique ; distance entre les chiffres validés par l'administration et le vécu des médecins et des urgences débordés, ce qu'il y a dans la presse
- Proximité du problème : les autorités parisiennes sont loin et à l'abri du déluge d'information et de contradictions que vit la population, de la pression que vit l'administration sanitaire, de la longueur de la crise ... l'administration n'a pas affaire aux malades mais à d'autres administrations (ou à la population)...

L'interprétation de la crise est une question de point de vue, il n'y a pas de lecture objective de la crise. Les temporalités et les objets du monde impliqués ne sont pas identiques, chaque acteur va y voir le déploiement de ses propres objets de gestion, de ses propres enjeux. Pour caricaturer, on pourrait dire que les épidémiologistes ont vu dans cette épidémie le résultat de la rencontre entre un virus et une population immune. Pour les entomologistes, il s'agit de l'adaptation remarquable entre un virus et un vecteur. Les médecins libéraux ont vu cette crise par un afflux de patients atteint d'une maladie dont ils ne connaissaient rien, et pour laquelle ils n'avaient pas de réponse thérapeutique. Pour les hôpitaux, cela s'est traduit par un bricolage pour faire face au débordement des urgences dans un contexte de manque de personnel et de contraintes administratives et budgétaires. Les élus locaux y ont vu la conséquence de l'abandon progressif par l'État des services de lutte antivectorielle, mais aussi du peu de cas qu'on fait de La Réunion à Paris. Les autorités sanitaires ont vécu une longue période éprouvante marquée par un rythme de travail incroyable, un sentiment d'impuissance devant leur incapacité à répondre aux sollicitations, une rupture avec le monde des médias, des médecins libéraux et de la population. La crise du chikungunya est une expérience unique où, comme le disait très justement un des acteurs politiques de la crise, on a assisté la rencontre explosive entre un système de soin du nord et une maladie du sud.

Lorsque l'on fait une lecture de cette crise du chikungunya en disant : voici l'exposé des faits, on est immédiatement happé par un exposé épidémio-technique, et les faits relatés sont ceux détectés par cette grille de lecture. On ne peut renvoyer ces différents vécus à des versions subjectives de l'épidémie, donc non valides, dont la seule et bonne lecture serait la version « objective » produite par l'administration de la santé publique. C'est très objectivement que la population a eu peur et s'est sentie abandonnée, c'est très objectivement que les médecins ont eu le sentiment de ne pas avoir été entendus ... par définition, une crise est une combinaison de faits objectifs et de vécus...

3. LA DYNAMIQUE DE LA CRISE

Les travaux de P. Lagadec font autorité en matière de crise. Ce spécialiste reconnu, en s'appuyant sur l'analyse de nombreuses crises, décrypte que sont les crises, comment elles naissent et comment elles se développent, les mécanismes et enjeux qui les nourrissent, les différentes étapes qu'elles suivent. Ainsi, malgré le caractère contingent et exceptionnel de toutes crises, celles-ci présentent des régularités qu'il convient d'analyser pour alimenter la réflexion. Ce chapitre est une tentative de lecture de la crise basée sur cette démarche. On peut affirmer sans se tromper que l'épidémie de chikungunya a suivi toutes les phases théoriques d'une crise.

Un modèle de crise

En effet, toutes les caractéristiques des crises, telles que formulée par Lagadec, se retrouvent point par point dans la situation provoquée par l'épidémie de chikungunya à La Réunion.

Les autorités se sont trouvées brutalement face à des difficultés quantitatives qui sortaient largement de tout ce qui avait été imaginé. C'est ainsi que le caractère inédit et explosif de cette épidémie se retrouve systématiquement dans tous les discours. Le chikungunya a incontestablement représenté une épidémie d'une ampleur inconcevable pour les autorités publiques, avec un nombre de malades ahurissant, dépassant toutes les imaginations, en culminant à 47000 nouveaux cas estimé dans la première semaine de février 2006, pour atteindre un total de plus de 260000 personnes touchées, soit plus d'un tiers de la population réunionnaise.

De plus, au delà de la difficulté quantitative que constituait cette épidémie, dès le mois de septembre, les autorités se sont retrouvées face à un problème qualitativement différent de ce qui était pensé. Le chikungunya s'est révélé être une maladie distincte de celle à laquelle elles croyaient avoir affaire, avec l'apparition des formes graves de cette maladie, des cas de transmissions materno-fœtales, puis des décès. Au-delà de l'incertitude, l'administration sanitaire, les médecins, la population se sont trouvés devant l'inconnu.

Sur ces difficultés à la fois quantitatives et qualitatives posées par l'épidémie de chikungunya sont venus se greffer une quantité invraisemblable d'autres problèmes d'ordre technique et institutionnel, en grande partie posée par la réponse mise en œuvre pour faire face à la situation c'est-à-dire le déploiement massif et systématique de la lutte antivectorielle sur toute l'île. Cette politique supposait la définition d'un protocole de démoustication de grande ampleur, adapté à l'aedes albopictus, protocole qui n'existait pas localement, dans un contexte d'extrême faiblesse des services de la lutte antivectorielle à La Réunion. A ce problème de mise en œuvre technique de la lutte antivectorielle se sont ajoutées les questions posées par la responsabilité de l'État dans la lutte antivectorielle suite à la loi de décentralisation, l'application de la directive européenne d'autorisation de mise sur le marché des produits insecticides, la distance entre La Réunion et la métropole et les complications logistiques que cet éloignement implique. Parallèlement se sont bousculés d'autres problèmes concernant les options thérapeutiques adaptés aux

différentes pathologies préexistantes des patients atteints du chikungunya, des interrogations sur les répulsifs, leur coût et leur disponibilité sur le marché réunionnais, le choix des produits insecticides.

Le manque d'information et de connaissance scientifique est une constante dans toutes les crises, mais dans le cas du chikungunya, le problème a largement dépassé la simple insuffisance de connaissances ou les incertitudes sur la surveillance de l'épidémie et les moyens de sa mesure. Des questions sur un grand nombre de domaines ont surgi, auxquelles on n'avait pas de réponse. Au-delà des polémiques sur le comptage du nombre de cas, les autorités sanitaires ont dû faire face à une maladie subitement inconnue, avec des incertitudes sur le nombre de cas, sur la gravité et l'étendue des complications. A cela, se sont ensuite ajoutées de fortes incertitudes, voire des inconnues, concernant la toxicité des produits insecticides, des répulsifs, les options thérapeutiques alternatives, la combinaison du chikungunya avec d'autres pathologies, la vaccination. Inconnues auxquelles on a du, en pleine crise, chercher des réponses en s'adressant aux experts⁴.

Les procédures d'urgence se sont trouvées hors jeu. En effet, en l'absence de plan pour faire face à une arbovirose majeure, les acteurs et ceux de l'administration sanitaire en première ligne, ont dû inventer des réponses dans l'urgence, et faire face au manque de ressources en matière d'expertise et de communication. La réponse donnée à la situation était la lutte antivectorielle massive mais il n'y avait aucune expérience dans ce domaine, personne n'ayant jamais mené une opération d'une telle ampleur... Ce qui signifiait le recours aux ressources nationales et amplifiait les difficultés du fait de la distance. Du côté des hôpitaux, les plans blancs, pourtant censés répondre à des situations de crise sanitaire, n'ont pas été activés. Bref, toute cette situation montre que les procédures d'urgences n'ont pas pu être mobilisées, soit parce qu'elles étaient inadaptées, soit parce qu'elles étaient inexistantes.

Comme dans toute crise, la variable temps est venue empirer la situation. « Le retard à l'allumage » de la réaction des pouvoirs publics, reconnu par la plupart des acteurs, a provoqué une course contre la montre pour mettre en place rapidement une campagne de communication et une lutte antivectorielle massive, avec toutes les difficultés liées à l'absence de plan pour faire face à ce type de situation. Entre le premier cas de chikungunya identifié en mars 2005 et la sortie de crise en juin 2006⁵, la crise s'est étalée sur plus d'une année. Certains acteurs directement en charge du problème, et en particulier la Drass et la Cire positionnées en avant poste, sont donc soumis à l'usure et au stress que provoque la durée de la crise. De plus, comme dans toute crise, il ne s'agit pas d'un problème circonscrit mais d'une multitude de problèmes qui s'accumulent et s'entrecroisent. Ainsi, durant toute cette période, le problème qui se posait initialement en terme de santé publique a évolué avec la multiplication et l'enchaînement des enjeux touchant la crédibilité des administrations, les rapports entre l'État et les collectivités locales, l'impact sur l'environnement et l'économie, la recherche médicale. Du problème initial posé par la gestion d'une épidémie bénigne, on s'est d'abord trouvé devant l'apparition de cas

⁴ Voir en particulier les différentes saisines de l'Afsset à partir de janvier 2006.

⁵ La fin de l'épidémie a été officialisée le 19 avril 2007 par un communiqué de presse du Ministère de la santé et des solidarités et du ministère de l'outre mer déclarant « l'entrée en phase inter épidémique de chikungunya à La Réunion et à Mayotte »

sévères, puis devant une épidémie de grande ampleur avec l'explosion du nombre de cas, suivi de la survenue de décès. Cet enchaînement de faits inattendus a fait basculé la situation dans l'inconnu. Sont apparus ensuite les dangers de la lutte antivectorielle et ses conséquences pour l'environnement et la santé de la population, enfin on a commencé à parler de conséquences sur l'économie et l'image de l'île.

La durée de la situation a signifié également des périodes plus ou moins intenses de crise, avec une temporalité principalement marquée par le décompte des cas, mais également par le rythme de la vie collective. C'est ainsi que le basculement épidémiologique s'est produit alors que La Réunion entrait en période de « grandes vacances », suivi de la période des fêtes de fin d'année qui paralyse l'essentiel des administrations, aussi bien à La Réunion qu'à Paris.

Une autre caractéristique des crises est la multitude des intervenants qui viennent peu à peu s'agréger et participer à la situation de crise, soit pour l'alimenter avec des polémiques, soit pour participer à la résolution du problème, c'est-à-dire à la lutte antivectorielle. Dans tous les cas, cette énorme quantité d'intervenants va rendre plus complexe la gestion de la crise, en demandant une coordination très lourde des actions et des discours.

Au niveau local, au cours de la crise du chikungunya, on peut dire que quasiment toutes les institutions sont touchées et impliquées. On peut citer, en particulier : la Préfecture, la Drass⁶, la Cire, l'ORS, les sous-préfectures, le rectorat, les entreprises, l'État Major de Zone de la Protection Civile, l'armée, toutes les casernes du SDIS, le conseil régional, le conseil général, les 24 communes, les communautés de communes, la Diren, la DDE, le SAMU, l'ARH, les hôpitaux et les cliniques, les médecins libéraux, l'Union des Médecins Libéraux de la Réunion et le conseil de l'ordre, les infirmières, la médecine du travail, la sécurité sociale, les associations, la Chambre de Commerces et d'industries, et les différents secteurs d'activités et chambres consulaires, les services vétérinaires, l'aéroport, le port et les douanes, et bien évidemment la population (via les associations, blogs, courriers des lecteurs dans la presse, courriers aux autorités ou aux élus, protestations etc...).

Au niveau national, les institutions touchées, plus tardivement, sont également très nombreuses : des ministères (santé, intérieur, défense, environnement, outre-mer), la protection civile (DGSC, Cogic), l'InVS, le Service de Santé des Armées, l'Afssat, l'Afssa, des organismes de recherche (en particulier l'INSERM, l'IRD, l'INRA, l'Institut Pasteur), le CNR (Centre National de Référence), l'EID (l'Entente interdépartementale de démoustication), l'Etablissement français du sang, le comité supérieur d'hygiène publique, l'IGAS, des laboratoires pharmaceutiques (Mérieux), etc....

En plus de ces différentes institutions, de tous cotés surgissent au niveau local ou national, des propositions, des offres de services. Tout le monde s'autoproclame spécialiste du chikungunya ou de la lutte contre les moustiques. Dans les blogs, la presse locale et nationale, on découvre des experts surgis de nulle part, des d'entreprises qui proposent des produits thérapeutiques miracles, ou qui viennent

⁶ Voir la liste des sigles en fin de rapport

offrir leurs services pour la démostication, la communication de crise etc... La gestion de crise, c'est aussi gérer cette pullulation des intervenants.

Au cours de la crise du chikungunya, les difficultés de la communication, tant entre organismes à l'intérieur de la sphère politico administrative en charge du problème que vers l'extérieur ont immédiatement sonné la défaite des autorités. De l'avis unanime, la guerre des médias était perdue dès avant le début de la crise. Une communication peu claire et parfois contradictoire, des affirmations péremptoires qui ont dues ensuite être démenties, l'absence de service de communication à la préfecture en janvier 2006, puis le verrouillage de la communication officielle, le renchérissement de la presse locale par de multiples polémiques, le décalage entre la communication officielle et le ressenti social de la situation, tout cela a provoqué une déstabilisation générale, tant de la population que des médecins libéraux, hospitaliers ou des différentes autorités locales. Le sentiment qu'«on nous cache des choses» a paradoxalement été accompagné d'une avalanche de communication, d'où une situation très anxiogène pour la population mais aussi pour ceux qui géraient la crise.

Chronologie ordinaire de l'épidémie

Pour cadrer les différentes étapes de situation sanitaire vécue par La Réunion en 2005-2006, on peut établir une chronologie ordinaire de la crise provoquée par l'épidémie de chikungunya, rythmée d'une part par les données épidémiologiques de la veille sanitaire, d'autre part par l'action des pouvoirs publics. Grosso modo, elle suit les phases suivantes :

- Une première étape qui a été qualifiée de première phase épidémique, articulée autour du pic de mai 2005 : la détection du 1^{er} cas, la mise en alerte et la surveillance des cas, le pic épidémique de mai 2005, le renforcement de la lutte antivectorielle, la baisse des cas avec l'arrivée de l'hiver austral.
- Une deuxième phase est marquée par l'apparition cas graves fin septembre 2005, et la remontée progressive du nombre de cas, qui provoque l'amélioration de la surveillance et un nouveau renforcement de la lutte antivectorielle.
- Une troisième phase articulée autour du deuxième pic épidémique en février 2006. Elle démarre avec l'explosion du nombre de cas fin décembre, l'intervention des pouvoirs publics nationaux en janvier, et le passage à une nouvelle méthode de dénombrement du nombre de cas (basé sur des estimations et non plus sur le comptage exhaustif), la mise en place d'une nouvelle stratégie lutte antivectorielle et l'arrivée des renforts métropolitains en février. Cette phase se termine grosso modo en avril-mai 2006.
- La dernière période de cette épidémie est marquée par le retour au comptage exhaustif, la fin des renforts métropolitains pour la lutte antivectorielle, une forme de retour à la normale donc, sauf pour l'administration sanitaire qui s'est préparée, pendant tout l'hiver austral 2006, à un retour de l'épidémie fin 2006. Cette dernière phase marque la sortie de crise, au cours de laquelle le problème se replie sur l'administration sanitaire.

Le pic de crise que l'on peut localiser entre mi-janvier et mi-mars 2006, correspond simultanément à un pic de l'action des pouvoirs publics locaux et nationaux, à un pic épidémiologique, mais aussi à un pic médiatique et à un pic social. C'est le moment

où tout arrive en même temps : tous les discours antérieurs sur l'épidémie sont remis en cause, toutes les controverses se déploient dans l'espace public, toutes les réponses de l'État sont inventées, mises en place et immédiatement critiquées, et ce alors même que localement, les autorités sanitaires et politiques réunionnaises sont déjà épuisées par l'aggravation de la situation sanitaire et la montée en puissance de la crise très perceptible dans le monde social et médiatique depuis la fin du mois d'octobre.

On peut affirmer que la première phase épidémique n'a pas fait crise, ni à La Réunion, ni à Paris, ni pour les autorités sanitaires, ni pour la population. En effet, l'impact sanitaire, social et politique de cette première phase épidémique est resté très circonscrit. L'administration savait à quoi elle avait affaire, et contrôlait la situation. Dans cette première phase, seules les administrations sanitaires sont concernées, et bien évidemment les malades, relativement peu nombreux. On a bien eu une alerte épidémiologique, gérée de façon rapide et efficace. C'est sur cet argument que les autorités sanitaires défendent l'efficacité de leur action dans la situation de crise provoquée par le chikungunya (« le virus a été immédiatement détecté, l'alerte a bien été donnée, la surveillance a immédiatement été mise en place ainsi que la lutte antivectorielle autour des cas signalés »). Mais la crise du chikungunya n'est pas là. Aussi, discourir sur l'efficacité de la veille sanitaire en s'appuyant sur la gestion de ce premier pic est un leurre. La « première phase épidémique » n'appartient pas à la même histoire.

Une entrée en crise qui paradoxalement ouvre la voie à la sortie de crise

La plupart des acteurs s'accordent à reconnaître une identification tardive de la situation sanitaire créée par le chikungunya à La Réunion par les pouvoirs publics. Aussi peut-on considérer que toute la première phase de la crise est une lutte pour faire reconnaître la gravité de l'épidémie. L'enjeu était de faire admettre la nécessité de l'intervention de l'État.

Malgré le caractère progressif de la situation (d'un point de vue épidémiologique, dans la presse etc), l'entrée dans la crise s'est faite de manière brutale vers la mi-fin décembre 2005, quand la Drass a senti la situation lui échapper. Sur la période décembre-janvier, c'est la bérézina : le comptage exhaustif des cas par les services de la lutte antivectorielle n'est plus assuré, les complications graves se multiplient, on commence à percevoir une certaine tension dans les hôpitaux⁷, des médecins libéraux protestent ouvertement contre l'incurie des autorités⁸ et le mensonge des chiffres, des décès apparaissent, tout ça entraînant le déploiement de polémiques extrêmement virulentes dans la presse, participant ainsi à une véritable déstabilisation des autorités locales, qui étaient déjà bien fragilisées. L'intervention de Paris est la conséquence directe de cette situation chaotique de La Réunion à la fin décembre 2005 - début janvier 2006. Manifestement les autorités locales n'étaient plus en capacité de gérer la situation. Paris entre en scène en janvier, après les fêtes de fin d'année et après la présentation officielle du plan « grippe aviaire ».

⁷ L'impact de l'épidémie sur les hôpitaux a commencé à se faire sentir le 10 janvier.

⁸ Cf. JIR du 19/01/2006, Témoignages du 18/01/2006 sur la pétition des médecins qui contestent les chiffres de la Drass

Paradoxalement, l'entrée dans la crise des pouvoirs publics métropolitains marque un paroxysme de la crise tout en signalant la sortie : c'est la fin du déni de la situation de crise. Mais tous les antécédents en terme d'arguments, de discours ou de non action, interprétables en terme de déni de la situation, vont ensuite alimenter les polémiques. L'antagonisme entre autorités, population, malades, médecins, élus, sera d'autant plus violent que l'intervention de la métropole, le changement du mode de comptage des cas, l'apparition des décès, la décision de mener une lutte antivectorielle massive, tout va ensuite faire la démonstration de la gravité de la situation et de la nécessité de prendre les mesures d'urgence qui étaient réclamées depuis des semaines. A posteriori, l'inertie des pouvoirs publics apparaît tragiquement désastreuse. Aussi, quand l'État entre en scène en janvier 2006, la situation est déjà très dégradée, la crise est déjà là, avec tout le carburant nécessaire pour l'alimenter. Cette intervention de Paris sur la scène du chikungunya se traduit par localement par toutes les décisions du Préfet annoncées fin janvier. L'État prend enfin les choses en main, et c'est ce qu'on attendait de lui. Aussi outrancière qu'ait pu être la presse sur cette période, le gros titre du JIR du 26 janvier : « Le chik enfin pris au sérieux » est exprime bien de ce sentiment général. C'est en ce sens que la révélation de la crise marque en même temps, déjà, sa résolution.

Des signaux qui ne sont pas détectés

De nombreux signaux montraient une évolution incontrôlée de la situation depuis le mois d'octobre, signaux qui n'ont pas été interprétés. Surdité, aveuglement devant des signaux non conventionnels sont typiques des situations de crise : « *Les prises de conscience sont si longues que la crise est déjà bien avancée avant que la nécessité et l'urgence d'une réaction n'aient été considérés* » (Lagadec 2003, p61).

Les signaux montrant qu'il se passait « quelque chose » étaient insaisissables dans les catégories habituelles de la veille sanitaire : climat social tendu, presse de plus en plus insistante, intervention d'élus⁹. Ce qui relevait des catégories habituelles de la surveillance épidémiologique formait des signaux assez faibles (maintien d'un nombre de cas assez élevé) et interprétables dans le schéma cognitif posé par la catégorie « endémo-épidémique » dans laquelle le chikungunya a été placé à partir de novembre 2005¹⁰. Ce positionnement de l'épidémie de chikungunya dans cette catégorie « endémo-épidémique » laissait entendre qu'une circulation du virus à bas bruit accompagnée périodiquement de flambées épidémiques, était le schéma attendu. Finalement, seule l'apparition de quelques cas de complications sévères de la maladie et de la transmission materno-foétale¹¹ était clairement hors schéma ...

Aussi les autorités réunionnaises (sanitaires, préfectorales) n'ont-elles pas crié très forts en direction de la métropole. Elles ont simplement fait état d'une situation critique et demandé un appui financier et en personnel pour renforcer la lutte

⁹ Lettres de Gelita Hoareau, sénatrice de La Réunion, au Ministre de l'Outre-mer puis au ministre de la santé, intervention au sénat, en octobre et novembre 2005.

¹⁰ Selon le bulletin de l'InVS du 21 novembre 2005, La Réunion est entrée en « phase endémo-épidémique depuis le 11 juillet 2005 avec environ 50 à 100 cas identifiés par semaine ».

¹¹ Dans ce même point épidémiologique du 21 novembre 2005 que 4 cas de complications graves et 3 infections néo-natales sont signalées.

antivectorielle, sans un discours véritablement alarmiste¹²... Elles-mêmes ne croyaient pas vraiment à quelque chose de grave, simplement quelque chose d'un peu inquiétant qu'il fallait surveiller de près. Ceux qui ont « tiré la sonnette d'alarme depuis des mois » étaient les élus communistes, la presse régionale... donc des acteurs peu crédibles aux yeux de l'administration métropolitaine, pour laquelle dans les Dom ont en fait beaucoup pour peu de choses...

Un autre élément du contexte est important à prendre en compte pour comprendre le « retard à l'allumage » de Paris. Toute l'année 2005, le Ministère de la santé se consacre à l'élaboration du plan grippe aviaire, qui sera rendu public début janvier 2006. La grippe aviaire mobilisait l'administration sanitaire métropolitaine, son attention, sa vigilance étaient engagées dans un problème épidémique lourd et inédit. On ne peut voir un hasard dans le fait que ça soit seulement après le dépôt du plan grippe aviaire que Paris regarde de plus près ce qui se passe à La Réunion. Coté Ministère de l'intérieur, qui abrite le secrétariat à l'outre-mer, l'administration centrale qui pouvait directement être alertée et intervenir à propos de La Réunion, était pour sa part, fin 2005, largement occupée par une situation de crise autrement plus proche et plus préoccupante, la dite « révolte des banlieues » qui a vu l'application d'un état d'urgence tout à fait exceptionnel. On comprend donc que fin 2005, au moment où la situation à La Réunion se dégrade à grande vitesse, l'administration centrale est occupée ailleurs et n'a pas vu les signaux. On peut parler d'une véritable mise en concurrence des problèmes dans l'agenda des pouvoirs publics. Bien entendu celle-ci ne se fait pas de façon consciente, mais une activité prioritaire urgente, une autre crise, peut aboutir à voiler d'autres problèmes plus lointains et moins explicites, mais susceptibles de dégénérer en crise.

La perception des départements d'outre mer par l'administration centrale a également joué. Globalement, le sentiment général à Paris est que dans les Doms, « ils exagèrent, ils en rajoutent pour qu'on s'occupe d'eux », et ce sentiment est d'autant plus justifié que c'est dans la presse locale ou par les élus PCR que les réclamations sont les plus virulentes. Les porteurs d'alarme ne sont donc pas crédibles.

Indépendamment l'un de l'autre, tous ces éléments ne sont pas décisifs, et peuvent même être considérés comme anecdotiques. Conjointement, ils vont venir occulter les voyants rouges qui clignotaient et se multipliaient à La Réunion.

La remise en cause de certitudes

La remise en cause de certitudes est une caractéristique majeure des situations de crises. La crise du chikungunya a vu se succéder de nombreuses remises en causes. La première d'entre-elles, qui a joué un rôle déterminant dans le déroulement des événements, est probablement la remise en cause de l'idée qu'une épidémie de grande ampleur est impossible dans un pays du Nord. Cette certitude relevait plus de la croyance que de la démonstration scientifique. Ainsi, nombre de témoignages recueillis dans l'administration sanitaire elle-même et parmi les professionnels de santé, à La Réunion comme en métropole ont utilisé l'expression « personne n'y croyait » pour relater leur vécu de l'épidémie de chikungunya. Un

¹² La Drass demande un renforcement du budget de la lutte antivectorielle en juin 2005, puis le préfet fin septembre 2005 et en novembre 2005.

territoire riche doté d'un bon niveau de santé de la population, d'un système de soins performant, d'une veille sanitaire développée, de nombreux médecins et autres professionnels de santé, ne pouvait être la proie d'une maladie infectieuse typique d'un pays du sud. La médecine moderne et développée a vaincu les maladies infectieuses.

La certitude que le chikungunya était une maladie bénigne est assimilable à une dengue bénigne est une autre certitude qui a été remise en cause. Qualifier le chikungunya de « maladie bénigne », expression malencontreusement reprise par le Ministre de l'Outre-mer en janvier 2006, a été ressenti à La Réunion comme un véritable mépris de toutes les douleurs, de toutes les angoisses, un déni de tout le vécu des malades, de leur famille, de l'île. Le fait qu'effectivement des cas graves, la transmission materno-fœtale puis les décès se soient multipliés tout au long de l'épidémie, a totalement déstabilisé l'administration sanitaire.

Une autre certitude remise en cause est celle de La Réunion, paradis sanitaire. C'est une image de La Réunion véhiculée dès l'origine du peuplement de l'île, et qui continue à marquer la représentation qu'on se fait de ce département français dans l'océan indien. Il est vrai que la situation sanitaire catastrophique de certains pays voisins en fait une exception. Malgré l'éclipse dramatique du paludisme qui représentait jusque dans les années 1940-50 un tiers de la mortalité, ou peut-être parce qu'il a été officiellement éradiqué en 1979, cette image de paradis sanitaire perdue.

Le contexte dans lequel va s'inscrire l'épidémie : du carburant pour la crise

" Comme un cyclone qui décuple sa puissance en tirant son énergie des mers qu'il franchit, la crise va se nourrir de tous les problèmes, déséquilibres déjà présents dans le contexte où il se meut." (Lagadec 2003, p. 40)

En touchant directement la santé de centaines de milliers de personnes, l'épidémie de chikungunya se posait déjà, du strict point de vue sanitaire, comme une crise potentiellement grave. Au-delà de cette dimension quantitative hors norme, l'apparition de graves complications et de cas de transmission entre mère et enfant a nécessairement renforcé ce potentiel de crise, l'épidémie menaçant de toucher directement et gravement des populations particulièrement sensibles que sont les nouveaux nés, les enfants et les femmes enceintes. De plus, tout cet épisode se déroule en même temps que le contexte local et national va alimenter la crise en faisant ressurgir tous les vieux conflits, tous les désaccords restés ou suspens ou mal gérés.

C'est en particulier le cas de l'application de la loi de décentralisation¹³ qui a vu s'opposer le conseil général et l'État, le premier refusant d'assumer la responsabilité d'un service de prophylaxie en voie d'extinction au moment même où il est très sollicité pour la lutte contre le vecteur du chikungunya. De ce fait, dans la crise du chikungunya, ou plus exactement dans ses prémices, l'État voit d'abord un problème de compétence sur les services de la lutte antivectorielle. Ainsi, pour l'État

¹³ L'article 72 de la loi de décentralisation du 13 août 2004, attribue aux départements l'entière responsabilité des actions de lutte contre les moustiques

toute l'année 2005 porte sur cet aspect du problème, donc son attention est, d'une certaine façon, détournée de l'épidémie-elle même.

C'est également le cas de l'application de la Directive Européenne concernant la demande de mise sur le marché des produits pesticides¹⁴. Le dossier d'autorisation de mise sur le marché des produits utilisés pour la lutte antivectorielle (téméphos et fenitrothion) n'ayant pas été déposé par les industriels, ceux-ci se sont trouvés du jour au lendemain « hors la loi » d'une certaine manière, ce qui a entretenu une certaine ambiguïté sur la légalité des produits utilisés, la presse pouvant même affirmer que ceux-ci ne sont plus autorisés¹⁵.

Dans les effets de contexte on peut également citer les jeux politiques partisans entre l'État et le Conseil régional, entre la Région et le Conseil général, entre l'État et le Conseil général, entre l'État et les communes. Les positionnements que l'on va trouver dans la presse ne se font plus nécessairement en fonction de la situation sanitaire mais en fonction du positionnement des uns et des autres. Une autre dimension à prendre en compte est la rivalité entre le nord et le sud de l'île, le sud se sentant historiquement délaissé par les pouvoirs locaux et nationaux localisés au nord de l'île, à Saint-Denis. Cette rivalité s'est traduite par une plus grande virulence du Sud de l'île contre les autorités sanitaires locales et nationales, légitimés par l'ampleur de l'épidémie dans ce secteur de l'île au tout début de la crise, par le fait que c'est au Sud qu'on été détectés les premiers cas, les premières complications graves, les premières transmissions materno-fœtales. Ce sont d'ailleurs les médecins, hôpitaux et la population du sud de l'île, qui ont mené la fronde contre les autorités.

Les polémiques se succèdent et s'entrecroisent, sur la décentralisation et la responsabilité de l'État, le « retard à l'allumage » de l'administration, sur la gravité de la maladie, sur le nombre de cas, sur la toxicité des produits de démoustication. Ainsi, les enjeux se déplacent successivement du champ politique (responsabilité, action publique) vers le sanitaire (gravité, nombre de cas, engorgement des hôpitaux et des médecins, moyens thérapeutiques) puis vers l'environnemental (toxicité, choix des produits, atteinte à l'environnement) et enfin sur l'économique (impacts sur le tourisme, sur l'activité en général, indemnisation des entreprises) et la recherche scientifique (capter les financements, diriger les programmes de recherche, compétition entre les différents organismes). Chaque polémique va incorporer une nouvelle série d'acteurs, élargissant la sphère de la crise et des objets du monde touchés par le chikungunya.

La polémique sur le nombre de cas

La polémique sur le nombre de cas est particulièrement intéressante. Cette controverse témoigne d'une tension entre les pouvoirs publics, le monde médical et la population, remettant en cause les experts et contestant les chiffres. Elle pourrait permettre de suivre la chaîne des dispositifs instrumentaux qui transforme les malades en une courbe épidémiologique. Dans l'histoire du chikungunya à La

¹⁴ Directive européenne 98/8 du 16 février 1998 concernant la mise sur le marché des produits biocides.

¹⁵ Le téméphos aurait du être retiré du marché le 1^{er} septembre 2006. Cf circulaire DGPR/DGS/DGT0 du 21 juin 2007.

Réunion, très rapidement, les chiffres sont remis en cause : dès le mois de juin 2007, des doutes sont émis dans la presse. La polémique reprend à partir du mois de septembre et enfle à la fin de l'année 2005, pour exploser en janvier avec les nouveaux chiffres du nombre de malades. En effet, malgré les dénégations officielles ("*la polémique sur les chiffres n'a pas lieu d'être*", "*c'est de l'imagination.*"), la CIRE elle-même reconnaît un problème au niveau des chiffres, la lutte antivectorielle n'étant plus en capacité technique de dénombrer tous les malades, et ce depuis la mi-décembre. La période de janvier est donc particulièrement difficile pour les autorités sanitaires, qui sous le feu des critiques qui tombent de toutes parts, doivent revoir leur méthode de comptage des cas. C'est au cours de ce même mois de janvier que les médecins interviennent fermement dans l'espace public : « *C'est ce décalage énorme entre les déclarations officielles et la réalité de terrain, ce mépris des professionnels de santé, qui conduit aujourd'hui le corps médical, jusque-là réservé, à briser le silence et à manifester sa colère* » (Témoignages, 19 janvier 2006).

Sous la pression médiatique, mais aussi d'une prise de conscience des autorités locales et nationales que le comptage exhaustif du nombre de cas par les services de lutte antivectorielle n'était plus possible, ce comptage est remplacé par le calcul d'une estimation du nombre de cas (basé sur les déclarations des médecins sentinelles)¹⁶. Pour l'administration sanitaire, la situation épidémique exige maintenant de suivre la tendance que de connaître le nombre exact de malades. Ce faisant, les chiffres ont évidemment bondi, d'une part du fait de la situation épidémiologique elle-même (« l'explosion » de l'épidémie), d'autre part sous l'effet de la modification de la méthode de dénombrement, donnant concrètement raison, a posteriori, à toute la polémique sur le nombre de cas¹⁷.

Un nouvel univers : la contamination des objets du monde

La propagation de la crise du chikungunya s'est opérée à la fois par la diffusion spatiale du virus du chikungunya dans la population, mais aussi institutionnellement et politiquement, par l'incorporation successive de nouveaux acteurs dans la crise, et médiatiquement, en envahissant tout l'espace public réunionnais, puis national. Parallèlement, le contenu de la crise sanitaire s'est modifié, déplacé, s'amplifié : au-delà de l'épidémie elle-même, maladie virale qui affecte la population, le chikungunya a peu à peu atteint les écoles, les différentes administrations, l'économie et l'image de La Réunion via l'épidémie elle-même et via la lutte contre l'épidémie. Cette atteinte s'est faite de deux manières : d'une part la maladie a affecté tout le monde : fonctionnaires ou médecins, actifs du privé ou du public, écoliers ou retraités. Et d'autre part tous ces secteurs du monde social sont intervenus, d'une manière ou d'une autre, dans la démostication massive, ne serait ce qu'en tant que récepteur passif, voire hostile, de la démostication. Par la polémique qu'a suscitée la lutte antivectorielle, la crise s'est ensuite propagée aux produits insecticides et aux mesures de prévention, à la biodiversité et à l'environnement, aux commerces et aux dispositifs d'approvisionnement de l'île, puis aux fruits et aux légumes frais, à l'eau potable, à l'économie, au monde de la

¹⁶ Voir le BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire) de l'InVS de fin janvier 2006.

¹⁷ Bien que les épidémiologistes affirment, statistiques à l'appui, que les chiffres annoncés ont été tout à fait réalistes jusque mi décembre 2005.

recherche.... C'est cette diffusion dans tous les secteurs de la société qui donne à l'épidémie son contour de crise.

Comment peut on rendre compte de cette contamination des objets du monde ? Il faut voir l'analyse qui suit comme une tentative d'interprétation des modifications du monde qui ont affecté La Réunion au cours de la crise du chikungunya, et qui ont participé à la crise par la remise en cause du sens des choses qu'elle a provoquée. Cette transformation du monde ne doit pas être attribuée à la seule « perception de la population », il s'agit bien d'une transformation objective du monde non seulement pour la population mais aussi pour les administrations, et tous les secteurs de la vie intime et collective à La Réunion

De nouveaux objets du monde

Dans cette crise du chikungunya, de nouveaux objets du monde sont apparus à La Réunion. Ce sont des choses qui n'existaient pas dans le monde réunionnais, et dont la crise sanitaire a révélé l'existence (ils étaient là mais on ne les voyait pas), ou a transplanté à La Réunion (ils existaient ailleurs mais pas ici), a fait surgir comme acteurs du monde (dans la mesure où ils provoquent des choses, des actions, ils agissent ou font agir donc sont acteurs). Le plus évident de ces nouveaux objets du monde, apparus dès le début de l'épidémie, est évidemment le virus du chikungunya. Il est arrivé avec toute une série d'acolytes : la famille des arbovirus, son vecteur, le *aedes albopictus*, et son milieu de prolifération, les fameux « *gîtes larvaires* ». Ces objets pouvaient être connus de spécialistes, mais c'est par cette crise que ces objets nouveaux et menaçants sont apparus comme faisant maintenant partie de l'univers des réunionnais. Par la suite, d'autres objets comme le fénitrothion, la deltaméthrine, le téméphos ou le Bti (nom des produits insecticides utilisés) vont également faire partie de ces nouveaux mots, rendant compte de l'apparition d'objets jusque là inconnus dans le monde réunionnais mais leur statut a fait l'objet de controverse : ils sont peut-être menaçants, ils sont peut-être salvateurs.

Des objets du monde anodins se sont transformés en menace

Parallèlement à l'apparition de ces nouveaux objets du monde, des objets déjà existants dans le monde réunionnais, anodins et sans connotation particulière, sont soudainement devenus porteurs de menaces. C'est ainsi qu'on peut parler des moustiques, qui pour constituer une nuisance, n'en étaient pas pour autant dangereux. Cette transformation des objets insignifiants du monde en objets risqués est un processus qui a touché énormément d'objets de l'environnement domestique immédiat ou collectif des Réunionnais, qui est brutalement devenu le milieu de vie et de prolifération des objets menaçants nouveaux, les moustiques. Ils sont donc eux mêmes devenus des objets menaçants. Les flaques d'eau, les récipients extérieurs, les soucoupes de pots de fleurs, la végétation (les broméliacées), les piscines, les jardins, les ravines, les cimetières, les écoles, les pneus et autres carcasses de voiture... Tous ces objets communs du monde, qui font partie de l'espace de vie des Réunionnais, ont soudain été désignés comme des nids à moustiques, des lieux de prolifération des « *gîtes larvaires* ». Du coup, la population assaille la Drass de coup de fil pour signaler (délation) qui une piscine, qui une décharge, qui une ravine, qui un voisin dont le jardin n'est pas entretenu etc... si l'environnement habituel, domestique ou public, devient menaçant, où peut-on bien être en sécurité ? Cette

transformation du monde commun en menace générale ne manquera pas de déstabiliser la population.

Des objets du monde quotidien sont contaminés

Dans cette crise du chikungunya, un certain nombre d'objets ont été contaminés par le chikungunya. Ils ne sont pas devenus une menace, mais ont été touchés par l'épidémie, ou par les pesticides. Ce sont des objets sur lesquels l'épidémie a eu un impact négatif, dont la crise a révélé la fragilité. C'est dans cette catégorie qu'on peut parler de l'environnement, la faune, la flore, les sols, le tourisme, l'économie, l'eau potable, les légumes, le sang¹⁸, l'image de La Réunion.

Objets du monde dont la fragilité est révélée

On découvre ou on redécouvre des problèmes accumulés, et qui ont abouti à la fragilisation d'un certain nombre d'objets du monde. C'est ainsi qu'on entend parler de l'entomologie sinistrée, des services de prophylaxie abandonnés, de la médecine impuissante, de l'administration et de l'État dont on commence à douter.

Objets du monde lointain qui affluent, qui influent

Ce sont des objets relativement lointains qui font irruption dans la crise, s'invitent dans la dynamique, vont nourrir la crise, freiner sa reconnaissance ou sa résolution, alimenter les polémiques. C'est en particulier la décentralisation, la Directive européenne sur les pesticides, la grippe aviaire, l'hiver en métropole (donc pas de stock de répulsifs). Il s'agit aussi de l'armée et des renforts métropolitains, des ministres qui se succèdent au chevet de La Réunion,

C'est ainsi que cette crise du chikungunya a transformé le monde des Réunionnais, en révélant des dangers, des menaces, qui ne sont pas seulement localisés dans un virus inconnu, mais qui peuvent surgir de l'environnement habituel, anodin, quotidien. C'est à n'en point douter une déstabilisation importante de l'univers.

¹⁸ La collecte du sang sur le territoire réunionnais a été suspendue par l'EFS le 23 janvier 2006

4. FORMULATION DU PROBLEME ET GESTION DE CRISE

La formulation du problème posé par l'épidémie de chikungunya est cernée dès le départ par un double référentiel qui va enfermer la lecture du problème faite par les autorités sanitaires. Il s'agit d'une part de la référence à la dengue et deuxièmement du mode de transmission du virus qui est assimilé à la cause de la maladie. Aussi, devant la situation posée par l'épidémie de chikungunya à La Réunion, le problème a rapidement été formulé comme étant essentiellement un problème de moustiques : le virus est transmis par les moustiques, donc il faut éliminer les moustiques. Cette vision ressort très clairement du discours des acteurs, des campagnes de communication et des actions entreprises¹⁹ au titre de la lutte contre l'épidémie de chikungunya et de la « gestion de la crise ».

La référence à la dengue : un effet cognitif puissant

La dengue et le chikungunya ont de nombreux caractères en commun en ce qui concerne les symptômes, le mode de transmission, et le défaut de vaccin. Aussi, le problème posé par le chikungunya lors de son apparition en mars 2005 a-t-il d'emblée été assimilé à l'épidémie de dengue qui s'est produite à La Réunion en 2004 à la même époque. La référence à la dengue a permis de réduire l'incertitude provoquée par l'irruption d'un virus relativement peu connu²⁰, en s'appuyant sur une maladie proche et relativement bien connue sur le territoire français (en Guyane et aux Antilles). De plus, elle permet d'agir sur le problème par la lutte antivectorielle, puisqu'il s'agit également d'une maladie transmise par un moustique. La lecture du problème posé par le chikungunya est donc immédiatement inscrite dans une catégorie de problèmes de santé publique déjà répertoriés, ouvrant la possibilité d'un discours explicatif (la transmission vectorielle) et d'une action (la lutte antivectorielle).

Ainsi, la première mention du chikungunya en direction du public est une conférence de presse de la Drass. Elle montre en premier lieu que c'est clairement le risque d'une épidémie de dengue²¹ qui a justifié ce communiqué : le chikungunya n'y est signalé que de manière annexe. En deuxième lieu, la population est convoquée pour « *faire la guerre aux moustiques* ». Le problème est d'entrée de jeu situé dans le cadre des maladies infectieuses transmises par des moustiques, faisant ainsi le lien direct entre le problème : l'épidémie, et l'action nécessaire : la lutte antivectorielle. Dès la première mention officielle du chikungunya, celui-ci est qualifié par la Drass de « *virus bénin de dengue* ». Le caractère « bénin » de la maladie est donc énoncé sans aucune ambiguïté. Ce communiqué à propos du risque d'une épidémie de dengue rassemble et structure les éléments précurseurs de la formulation du « problème chikungunya ».

¹⁹ Auxquelles s'associent les deux stations de télévision de l'île, RFO et Antenne Réunion

²⁰ Encore que ce point de vue ait largement été contesté en particulier par des internautes, les épidémies récentes de chikungunya ayant été nombreuses en Afrique et en Asie.

²¹ On craignait une épidémie similaire à celle de 2004, qui avait touché environ 230 personnes (Catteau et al. 2005).

Objectivement, la référence à la dengue a été disqualifiée par l'épreuve des faits à partir du mois d'octobre 2005 : d'une part, le nombre de cas et la reprise de l'épidémie après l'hiver austral ont discrédité la référence épidémiologique à l'épidémie de dengue de 2004. D'autre part, l'apparition de formes neurologiques graves, de transmissions materno-fœtales en septembre-octobre 2005, puis de décès en janvier 2006, a disqualifié la référence clinique à la maladie bénigne, mais aussi aux autres épidémies de chikungunya²². Cette évolution de la situation s'est immédiatement traduite par un renforcement de la surveillance, mesure considérée par la veille sanitaire comme une réponse adaptée à la situation.

Dès le départ, c'est une formulation de type épidémiologique qui est produite, encadrée par une routine et des procédures habituelles et normales de l'InVS. Les bulletins épidémiologiques sont des produits purement techniques qui n'envisagent pas la formulation d'un problème public, mais plus simplement rapportent une situation qui entre dans les compétences d'une administration particulière créée pour ce faire. On a donc là un cadrage préexistant qui s'appuie sur des « formules » de descriptions de situations épidémiologiques qui appellent une certaine vigilance.

Le point épidémiologique de l'InVS concernant le chikungunya (daté du 3 mai 2005) peut être considéré comme une alerte dans le sens où il répond à l'objectif de « détecter le plus précocement possible tout événement sanitaire anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique », et de « permettre une réponse rapide sous forme de mesures de protection de la santé de la population »²³. Mais on peut aussi le voir comme un acte administratif de routine, dans le sens où il donne lieu à la mise en place de mesures concrètes mais n'ayant rien d'exceptionnel et sans aucune dimension « alarmiste ». Aucun scénario particulier concernant La Réunion n'est proposé sur le ton d'urgence de la conférence de presse du 14 avril à propos de la dengue : « les risques d'un début d'épidémie de dengue sont pris très au sérieux ». Très clairement, l'approche de la question est posée en terme d' « importation de cas ». A ce stade d'apparition du virus chikungunya dans la sphère des pouvoirs publics, on n'est pas encore dans la définition d'un problème public mais dans la trace administrative du travail de vigilance et d'alerte réalisé par l'InVS. On notera que les termes malades et médecins n'apparaissent pas. En effet, les malades sont des « cas » et les médecins des « professionnels de santé ». Ni les uns, ni les autres ne sont désignés comme acteurs, puisque les cas sont « importés, rapportés, confirmés, suspectés, graves » et que les professionnels de santé « sont informés ». Les bulletins suivants de l'InVS reprennent les mêmes phrases, la formulation du problème reste identique, les éléments nouveaux se rapportant essentiellement à l'évolution de la situation épidémiologique. A ce stade de la formulation du problème, les acteurs désignés du problème sont donc d'une part le virus et les moustiques qui produisent le danger, d'autre part les services de lutte antivectorielle et la population pour les éliminer.

Ce qui est intéressant dans le cadrage opéré par la référence à la dengue est qu'il élimine *ipso facto* la mobilisation d'une expérience récente qui a profondément marqué la veille sanitaire française : la canicule de 2003. On peut facilement imaginer que si le cadrage avait été celui de la canicule, la formulation du problème

²² « Les formes cliniques décrites ne permettent plus de retenir le caractère bénin de la maladie » (Gauzere, 2006).

²³ InVS, L'alerte sanitaire en France, 2005, p 12.

par les pouvoirs publics aurait été toute autre. Car la canicule a montré d'une part que quelque chose d'*a priori* anodin (chaleur, moustique) peut engendrer une crise sanitaire majeure, d'autre part qu'un problème de santé publique est aussi un problème social (isolement, situation économique, personnes âgées...). Le côté inimaginable de cette confrontation est illustré par le fait qu'à aucun moment, les autorités sanitaires n'ont envisagé ne serait-ce que la possibilité d'une épidémie de grande ampleur. Preuve en est que la référence a été l'épidémie de dengue de 2004 (250 cas) et non pas celle de 1977-78 (qui aurait affecté 30 % de la population réunionnaise). Si effectivement les maladies infectieuses tropicales sont détectées et surveillées, c'est dans une routine qui ne conçoit pas la transformation des « cas » en flambée épidémique majeure. Ce cas de figure n'était tout simplement pas imaginable dans un pays développé, alors qu'il est loin d'être exceptionnel dans les pays du Sud. C'est en ce sens qu'on peut parler d'effets cognitifs puissants. De ce point de vue là, l'expérience de l'épidémie de chikungunya à la Réunion en 2005-2006 a très certainement bouleversé le référentiel de l'administration sanitaire française.

Une solution évidente : la lutte antivectorielle

Les administrations en charge de la lutte contre l'épidémie ont très explicitement centré leurs actions sur la lutte anti-vectorielle. La logique est simple, imparable et relève de l'évidence : ce sont les moustiques qui transmettent le virus, en conséquence, il faut éliminer les moustiques et se protéger des piqûres.

Le centrage du problème sur la lutte antivectorielle correspond à une stratégie logique du point de vue du contrôle de l'épidémie et de l'action des pouvoirs publics. Elle s'inscrit dans les méthodes habituelles de contrôle des maladies tropicales à transmission vectorielle, en référence à d'autres maladies similaires, comme la dengue, rencontrées dans d'autres territoires français de la zone intertropicale. C'est clairement sur ce point que se porte la communication vers la population, qu'elle émane de la préfecture ou de la Drass. L'aggravation du problème, voire la modification de son contenu, par l'apparition de « formes graves » (en septembre 2005), de décès (en janvier 2006), et par l'augmentation brutale du nombre de malades (mi-décembre) va permettre de qualifier la situation d'épidémie sévère et se traduire par des actions de renforcement de la surveillance et du système de soins, sans pour autant modifier la formulation du problème.

Au cours de l'année 2005, l'épidémie qui s'est développée à la Réunion n'a pas été prise en charge comme un problème public, ni comme une situation de crise. C'est un problème sanitaire sous contrôle. Par contre, à partir de janvier 2006, avec l'intervention des pouvoirs publics métropolitains, la situation de crise est actée.

Le communiqué de presse conjoint du ministre de l'Outre-mer et du ministre de la Santé du 28 décembre 2005 est la première prise de position publique d'envergure du gouvernement sur la question. On y trouve la désignation des acteurs institutionnels, nationaux et locaux légitimes pour lutter contre l'épidémie (c'est-à-dire contre les moustiques). Sont convoqués pêle-mêle le ministre de la Santé, le ministre de l'Outre-mer, l'État, les experts (de l'InVS, AFSSET, l'IRD, IGAS), et les collectivités locales. Cette soudaine profusion d'acteurs laisse entrevoir la perspective d'une situation de crise. Ce communiqué est explicitement destiné à

démontrer que les pouvoirs publics mettent tous les moyens en œuvre pour résoudre le problème. En même temps, il permet de saisir la constance de la préoccupation de l'État concernant l'application des lois de décentralisation et la responsabilité des collectivités locales en matière de lutte antivectorielle.

Le lien clair établi entre moustiques et environnement, opère un repositionnement du problème de santé publique vers la problématique environnementale et permet de désigner les collectivités territoriales et la population comme acteurs légitimes et responsables de la lutte contre les moustiques. Les principes de la lutte antivectorielle et de la lutte communautaire sont inlassablement expliqués dans la presse et les différents communiqués, sur un serveur vocal et par les médiateurs envoyés sur le terrain avec les équipes de lutte antivectorielle.

La définition du problème comme étant un problème public de moustiques présente l'avantage de permettre une identification claire de l'ennemi, l'application de moyens connus et reconnus pour lutter contre la prolifération des moustiques, une expérience locale et un service existant dans ce domaine²⁴. La démoustication constitue une solution immédiate et disponible, basée sur une conception pasteurienne de la maladie qui repose sur un postulat : l'éradication de la maladie dépend de l'élimination du vecteur de transmission.

La lutte antivectorielle n'est pas seulement la solution logique et rationnelle face à une épidémie transmise par les moustiques. C'est aussi, « *en l'absence de vaccin* », et étant donné la formulation du problème et l'évidence du moustique, la seule réponse que les pouvoirs publics peuvent apporter à la population. Cette évidence accapare toute l'attention des pouvoirs publics, soucieux d'afficher un plan d'action exceptionnel évidemment pour freiner l'épidémie, mais aussi pour contrer les critiques et les polémiques qui agitent l'espace public réunionnais et atteignent peu à peu l'espace public métropolitain.

Une fois posés le problème et sa solution, la lutte contre les moustiques devient le devoir à la fois moral et citoyen de tout le monde. La population, les collectivités locales, les administrations, les autorités sanitaires et l'État, tous sont mobilisés dans un discours de guerre²⁵ qui permet de reléguer toute opposition soit dans l'ordre injustifiable de la polémique, soit dans celui inavouable de l'ignorance.

Pour Paris, la préoccupation est de montrer qu'on fait quelque chose, qu'on prend les choses en main. Il s'agit de couper court à toutes les critiques qui se sont développées – finalement avec raison – depuis plusieurs mois. Il semblerait qu'initialement, ce soit plus la multiplication des polémiques et la tension sociale que la situation sanitaire en elle-même qui ait fait bouger les ministères : multiplication des mises en accusations de l'État, comparaison avec l'engagement massif de l'État dans la grippe aviaire qui n'avait affecté personne²⁶, mise en équivalence du nombre de malades que l'épidémie de chikungunya représenterait en métropole²⁷. A partir de

²⁴ Même si les effectifs des services de lutte antivectorielle à La Réunion ont régulièrement diminué depuis l'éradication du paludisme à La Réunion, officiellement reconnu par l'OMS en 1979.

²⁵ Voir le discours du premier Ministre du 26 février 2006. Tout au long de la gestion de cette crise, des termes guerriers et militaires sont couramment utilisés.

²⁶ Voir le titre du JIR du 25 février 2006 « Nous sommes tous des canards sauvages ».

²⁷ Voir par ex l'article du Quotidien du 25 octobre 2005.

début janvier cependant, les signes évidents d'une dégradation effective de la situation sanitaire ont changé la donne.

Une gestion de crise centrée sur la démoustication massive

La création officielle de la cellule de crise (annoncée le 19 janvier 2006), la décision de faire appel à l'armée, la mobilisation des différentes agences et de la protection civile, la mise en place d'une coordination interministérielle (le 25 janvier 2006), le report de la rentrée des classes (du 30 janvier au 6 février), toutes ces décisions interviennent fin janvier, alors que localement la situation semble totalement hors de contrôle.

Très concrètement, la gestion de la crise du chikungunya a surtout été la planification et la coordination des énormes moyens matériels et humains, civils et militaires déployés pour éliminer les moustiques. Dès le début de la situation critique, la Drass de La Réunion, et en particulier le service de lutte antivectorielle, a dû assurer la formation des multiples acteurs qui allaient peu à peu intégrer la lutte contre les moustiques. Ce service lutte antivectorielle de la Drass, comprenant très peu de cadres et de techniciens qualifiés, a dû former en urgence environ 300 agents des communes au courant de l'année 2005, puis les centaines de personnes contractées pour participer au dispositif massif mis en place par l'État²⁸ à partir de janvier 2006, tout cela en parallèle des opérations de lutte antivectorielle proprement dites.

A partir de février 2006, la lutte engagée pour éradiquer l'épidémie reposait sur une combinaison de deux options stratégiques : la démoustication systématique permettant de traiter 200000 foyers, et des opérations ponctuelles de démoustication autour des foyers émergents à la demande de particuliers. Techniquement, la démarche de démoustication se différencie entre la lutte dite adulticide et la lutte dite larvicide, qui correspondent à des procédés techniques différents, à l'utilisation de produits biocides différents. Le protocole technique de démoustication²⁹ supposait des interventions successives, respectant un intervalle de temps déterminé, tant pour la lutte dite adulticide que pour la lutte larvicide. Il a donc fallu mettre au point un planning complexe pour articuler dans le temps et dans l'espace le travail des « brigades » de démoustication. Ces équipes étaient différentes à la fois par leur institution d'appartenance et par leur équipement, mais aussi par leurs compétences techniques et territoriales, elles n'étaient donc pas interchangeables. La coordination des énormes moyens mis en œuvre à partir de janvier 2006 s'est donc faite dans des conditions techniques, sociales et institutionnelles difficiles. En effet, la mobilisation locale de l'armée, de la population, des collectivités locales et des autorités sanitaires, plus les renforts venus de métropole, ont nécessité la mise en place d'un système complexe de quadrillage du territoire.

A toute cette complexité, il faut ajouter les contraintes liées à l'information préalable de la population, aux horaires de passages, au climat (la pluie et le vent pouvant

²⁸ Notamment des contrats aidés destinés à appuyer la lutte antivectorielle qui seront attribués au conseil régional (emplois verts) et au conseil général (pour l'association Glaive)

²⁹ Le protocole dit Yebakima, du nom de l'expert entomologiste antillais dépêché à La Réunion début février 2006 pour aider à la planification de la lutte antivectorielle massive et systématique.

annuler les interventions), aux respects de certains espaces sur lesquels la démoustication massive ne pouvait être réalisées dans le cadre de la lutte systématique (par exemple à proximité des crèches, des écoles, des hôpitaux), à la gestion du personnel (statuts multiples, formation, congés, suivi par la médecine du travail etc.).

Il fallait aussi gérer la logistique, c'est-à-dire aussi bien l'approvisionnement en produits insecticides et larvicides, que les équipements de protections (gangs, masques, combinaisons), les pulvérisateurs, les véhicules etc., leur distribution sur le terrain, et la collecte de tous les déchets produits. De plus, la Réunion se trouvant à près de 10000 km de la métropole, la question logistique posée par l'approvisionnement peut très vite devenir un casse-tête, et a également mobilisé le ministère de la santé et la protection civile à Paris. L'organisation et l'accueil des renforts métropolitains (transport aérien, répartition sur le terrain, logement, nourriture, déplacements, équipement..), le recrutement de centaines de personnes, et leur formation à la lutte antivectorielle ont également constitué une lourde tâche à La Réunion et en métropole.

Tous ces éléments ont fait de la campagne de démoustication massive réalisée entre février et avril 2006 un véritable défi d'organisation spatiale, temporelle, technique et institutionnelle, économique et logistique, qu'il a fallu inventer, planifier, adapter, réorganiser en permanence pour faire face aux impondérables, et ce au cours du mois de février, mars et avril 2006 c'est-à-dire au plus fort de l'épidémie. La cellule de crise a très majoritairement été occupée par ce problème de gestion de la démoustication. L'arrivée des renforts, à partir de février 2006, était destinée tant à renforcer les capacités techniques, opérationnelles et de coordination de la lutte antivectorielle, qu'à relayer les agents de l'administration sanitaire situés depuis des mois en première ligne dans la lutte contre le chikungunya.

A toutes ces difficultés, il faut ajouter la gestion de la communication autour de la lutte antivectorielle et des polémiques dans la presse concernant la démoustication. Celles-ci ont démarré très tôt dans l'histoire de cette épidémie, puisque dès le début, la lutte antivectorielle a été mise en cause, d'une part en terme institutionnel (qui est responsable ?) d'autre part en terme environnemental (quels produits, quels impacts sur l'environnement ?). Au fur et à mesure de la mise en œuvre de la démoustication massive, de nouvelles protestations ont surgi, sur l'information de la population concernant le planning des brigades de démoustication, l'heure ou le lieu de passage des véhicules qui pulvérisaient les produits, sur le choix des molécules employées, sur leur impact sur la santé de la population, sur la prise en charge du coût de la lutte antivectorielle et ses effets sur l'environnement. Les polémiques ne reposaient plus sur des hypothèses, mais sur des faits d'intoxication d'enfants, d'animaux domestiques ou de la faune sauvage, rapportés par la presse ou par les rumeurs (qu'ils soient vérifiés ou non). Dès lors que la démoustication a été menée sur une grande échelle, à partir de février 2006, la crise sanitaire s'est doublée d'une crise environnementale.

Ceci dit, la nécessité de la lutte contre les moustiques pour enrayer l'épidémie est rarement remise en cause, par la population ou par la presse. Les controverses ont essentiellement porté sur les moyens mis en œuvre, le choix des insecticides, la responsabilité respective de l'État, du conseil général, et des communes dans la

lutte antivectorielle, la démoustication des écoles, etc.... Seules quelques paroles intempestives d'experts, totalement à contre-courant, sont venues troubler ce consensus. Ainsi, un entomologiste qui affirmait que l'épandage massif de pesticides en période d'épidémie et en pleine saison des pluies était totalement vain, voire contre-productif, a rapidement été discrédité par des paroles d'experts autorisés, l'entomologiste en question étant « retraité » (JIR, 2 mars 2006). Il est vrai que les épidémiologistes comme les entomologistes admettent que la lutte antivectorielle est une mesure efficace de prévention, une prophylaxie nécessaire sur le long terme, mais qui n'est pas nécessairement efficace en pleine épidémie, si ce n'est –peut-être– pour « amortir la courbe ». Quelques autres voix discordantes, susceptibles de questionner le bien fondé de la lutte antivectorielle, ont justifié la totale reprise en main de la communication par le préfet, en même temps que le « service de communication interministériel » était créé. Ces remises en cause portaient principalement d'une part sur le risque de détruire la faune insectivore, d'autre part sur le risque de créer des résistances aux insecticides.

Le discrédit des autorités publiques évident depuis des mois ayant, par ricochet, affecté la confiance de la population dans les produits insecticides, une résistance aux opérations de démoustication massive s'est manifestée, par le refus de certains habitants de laisser entrer les brigades de démoustication, refus que les autorités ont immédiatement qualifié de troubles à l'ordre public. Certaines communes se sont également opposées à la lutte antivectorielle, arguant de la toxicité des produits. Ces polémiques ont eu pour effet le changement des produits utilisés à partir de la mi-février 2006³⁰, et la mise en œuvre très rapide d'un suivi environnemental de l'impact de la lutte antivectorielle piloté par la Diren, en association avec des organismes de recherche. Ces faits ont en quelque sorte donné raison aux dénonciations et polémiques circulant dans l'opinion publique à propos de la dangerosité des produits utilisés par la lutte antivectorielle.

Marginalisation des malades et de la maladie

Face à une épidémie transmise par les moustiques la lutte antivectorielle est la solution, logique et rationnelle. Mais l'ampleur des moyens déployés pour la lutte antivectorielle a, d'une certaine manière, refoulé les dimensions médicales et sociales posées par l'épidémie chikungunya dans les cabinets médicaux, les établissements de santé³¹ et les services sociaux des collectivités locales. Alors que les moustiques tigrés prenaient possession du problème, occupaient tout l'espace, monopolisant la parole légitime, l'image³², les différentes mesures pour aider les malades n'ont quasiment fait l'objet d'aucune communication. Pour caricaturer, en face des habitants qui disaient : « regardez-nous, on est malade, on est inquiets, faites quelque chose », discours qu'on peut retrouver aussi bien dans la presse écrite que dans les lignes ouvertes des multiples radio locales, ou dans la

³⁰ A compter du 13 février 2006, qui marque le début de la démoustication massive, le fénitrothion (insecticide adulticide de la famille des organophosphorés) et le téméphos (insecticide larvicide de la famille des organophosphorés) sont remplacés par la deltaméthrine (insecticide adulticide de la famille des pyréthrinés) et le Bti (*Bacillus thuringiensis*, larvicide d'origine biologique)

³¹ Voir Peton Klein et Chaize 2006 : « Il est important de noter le rôle moteur des établissements dans cette prise en compte du volet social. Cette dynamique aurait sans doute pu être impulsée par les autorités sanitaires » (p 19).

³² La quasi-totalité des communications, articles, sites internet etc. portant sur le chikungunya sont illustrées par une photo du moustique *aedes albopictus*.

constitution d'associations pour lutter contre le chikungunya, la réponse de l'État a été : « c'est un virus transmis par les moustiques, donc il faut éliminer les moustiques, on s'en occupe ».

L'absence de vaccin et de thérapie permet d'expliquer que l'essentiel des actions concrètes mises en œuvre et que le contenu de la communication institutionnelle ait porté quasi-exclusivement sur les moyens à mettre en œuvre pour freiner l'épidémie c'est-à-dire éradiquer les moustiques et se protéger des piqûres. Mais cette solution évidente face à une épidémie transmise par les moustiques, se heurte au fait que pour la population, et notamment les malades, le problème n'est pas formulé dans les mêmes termes : pour la population, le problème c'est d'abord la maladie et ses dimensions invalidantes, les douleurs³³, les incertitudes qui pèsent sur la durée de la maladie, sur les séquelles qu'elle peut entraîner à la fois physiques et psychologiques, sur les difficultés économiques et de la vie quotidienne qu'elle peut engendrer. « Les services de l'État [...] n'apportent aucune réponse aux questions de la population. Aujourd'hui on ne sait pas vraiment si les séquelles vont durer, ni les véritables risques pour les femmes enceintes [...] pour ceux qui ont déjà des maladies chroniques. J'ai posé la question à des médecins, mais ils disent qu'ils ne savent pas. » (*JIR*, 4 janvier 2006). Les témoignages dans la presse font état d'un véritable sentiment d'abandon : « [...] Le matin, je ne pouvais plus marcher. [...] Je me sens seule face à la maladie, abandonnée par les pouvoirs publics. Nous avons été mal informés [...] Je suis révoltée. » (*JIR*, 19 janvier 2006) « Nous voulons savoir ce qu'ils comptent faire pour l'éradication de la maladie comme pour l'accompagnement des personnes qui risquent des complications : personnes âgées, femmes enceintes, nouveau-nés, personnes atteintes de maladie incurable. » (*JIR*, 26 janvier 2006) Pour témoigner du point de vue de la population, on peut aussi citer une association créée « pour aider les malades », « *pour ne pas oublier l'ensemble des personnes touchées par cette épidémie. Notre action s'inscrit dans la durée et pourra concerner tous les aspects du problème, médical, juridique, professionnel, social* »³⁴.

Comment expliquer que l'action des pouvoirs publics se soit enfermée dans la lutte antivectorielle, au point de reléguer la maladie et les malades en périphérie du problème ? Du point de vue des autorités sanitaires, la maladie est un problème d'ordre « privé », qui relève du « face à face » médecin-patient et qui n'est donc pas un problème public. D'autre part, le système de soins, qui a obtenu des renforts métropolitains en personnel soignant, a globalement su faire face à l'afflux de patients, et n'a été débordé que ponctuellement, même si la situation a pu être très tendue par moment³⁵.

Enfin, jusqu'en janvier 2006, la connaissance du chikungunya en faisait un problème de santé relativement anodin qui ne demandait donc pas d'action particulière des pouvoirs publics, si ce n'est l'amélioration de la « surveillance » pour empêcher sa propagation par la destruction des moustiques autour des malades, et répertorier les cas graves. Avec l'explosion du nombre de malades, puis l'apparition de décès, faisant suite à celle de graves complications, l'absence de vaccin et de traitement a

³³ Voir la thèse de médecine sur la douleur dans la maladie du chikungunya. Jean 2007.

³⁴ La première association « IRCC – Ile de La Réunion contre le chikungunya » a été créée le 20 décembre 2005. <http://www.ircc.fr/>

³⁵ Selon l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH).

commencé à être posée sur la scène publique par les malades et par les médecins. Quand les autorités sanitaires ont admis se trouver devant l'inconnu, la question a immédiatement été refoulée dans le champ confiné de la veille sanitaire et de la recherche médicale³⁶. La rédaction collective d'une notice, dont la première version a été diffusée fin février 2006, pour aider les médecins désorientés, a constitué une forme de réponse, réservée aux professionnels de santé³⁷.

On entre ici dans l'articulation problématique de la santé publique et de la santé clinique : pour les autorités sanitaires, c'est l'épidémie qui touche une population qui est le problème de santé publique, et non la maladie qui touche des personnes. De ce fait, aucune communication officielle ne s'adressera directement aux malades, si ce n'est pour leur demander de « se déclarer » ou de « se protéger ». L'objectif est d'arrêter l'épidémie. Logiquement, on communique donc sur la prévention et les mesures de prophylaxie, et non sur les moyens de se soigner, et de résoudre les problèmes quotidiens posés par le caractère à la fois invalidant et démoralisant de la maladie. L'isolement des malades pour éviter la propagation de l'épidémie est tout de suite considéré comme impossible.

L'aide aux malades par des visites aux personnes âgées, isolées ou socialement démunies, par des prestations d'aides ménagères ou la distribution de repas à domicile, n'a fait l'objet d'aucune politique publique organisée et médiatisée, sauf en ce qui concerne la distribution gratuite de répulsifs et de moustiquaires qui a constitué l'essentiel du « volet social » de la lutte contre le chikungunya. Pourtant, le repérage des « personnes fragiles », les actions d'aides et d'appui à la prise en charge des malades réalisées par différents acteurs locaux³⁸, sur le modèle du plan canicule, et financées par l'État, constituaient une réelle prise en compte des inquiétudes des malades, et une réponse à leurs difficultés quotidiennes. Ces actions ont été assez limitées et très peu médiatisées. Car au sein même des collectivités territoriales, l'aide aux malades est cataloguée dans le champ de l'action sociale, (dé)considérée comme une activité annexe au problème posé par le chikungunya, puisque le principal problème est la lutte contre les moustiques. Ce sont les associations qui ont organisé des enquêtes et des groupes de parole permettant aux malades d'exprimer leur vécu et leurs angoisses, notamment vis-à-vis des mystérieuses séquelles.

Si les documents des administrations sanitaires et les différents rapports d'expertises³⁹, tout comme les comptes rendus de la cellule de crise, donnent évidemment une présentation beaucoup plus complexes et diversifiée du problème, ce qui ressort très clairement de la formulation en direction du public est la nécessité impérieuse de lutter contre la prolifération des moustiques. En effet, le « volet social » qui était un des champs de la cellule de crise rapporte essentiellement les actions de distribution de répulsifs. Formuler le problème en terme de moustique permet au problème de devenir véritablement public, en occultant d'une part la

³⁶ D'où la création de la Cellule nationale de recherche sur le chikungunya en février 2006.

³⁷ Document intitulé « Repères pour votre pratique. Épidémie de chikungunya. Point sur les connaissances et la conduite à tenir », DRASS de La Réunion, février 2006.

³⁸ Certaines communes, via les Centres communaux d'action sociale (CCAS), le Conseil général, des associations, des bénévoles, la Croix-Rouge, les hôpitaux.

³⁹ Voir notamment le rapport de la mission IGAS, le rapport Audifax de l'Assemblée nationale, le rapport Peton-Klein.

complexité technique (épidémiologique, virologique et entomologique) du problème, d'autre part l'ampleur des incertitudes qui ont entouré l'évolution de l'épidémie et enfin la dimension sociale, politique et culturelle du problème de santé publique qui se posait. La bataille menée contre les moustiques a fait passer au second plan les interrogations sur la maladie elle-même et les moyens de la traiter..

L'évidence de la lutte antivectorielle et l'ampleur des moyens déployés ont, d'une certaine manière, confisqué les dimensions médicales et sociales posées par l'épidémie de chikungunya. Les discussions sur l'ampleur de l'épidémie puis la remise en cause de son caractère bénin, susceptibles de replacer les malades et la maladie au centre de l'attention, se sont déroulées soit dans le cadre de polémiques relayées par la presse (donc forcément sujettes à caution), soit dans le cercle restreint de la veille sanitaire et de la recherche médicale, qui résistaient à voir leurs certitudes déstabilisées. On se trouve dans une situation paradoxale dans laquelle le problème posé par une épidémie se concentre tellement sur l'élimination de la cause, le moustique, qu'il en oublie les conséquences sur les corps et les personnes et relègue dans le silence 260000 malades. Il ne s'agit pas de prétendre que les malades n'ont pas été pris en charge, mais ils n'ont jamais réussi à s'introduire dans la formulation du problème et dans la communication institutionnelle.

5. MEDIAS ET OPINION PUBLIQUE DANS LA CRISE DU CHIKUNGUNYA

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'expression « opinion publique » (Lits, 2002). Celle-ci varie entre deux extrêmes : pour certains elle est « *constituée de l'ensemble des opinions personnelles recueillies sur des questions d'intérêt public (le plus souvent saisies aujourd'hui grâce à des sondages)* » (Lits, 2002), pour d'autres, l'opinion publique constitue le « *jugement social d'une communauté consciente d'elle-même sur une question d'importance générale après une discussion rationnelle et publique* » (Young, 1923, cité par Blondiaux, 1998).

On adoptera, dans la tentative d'éclairage de l'opinion publique à propos du chikungunya, une position « moyenne » : « *l'opinion publique est une représentation socialement construite (par la presse, les sondages, les notables) de ce qu'est censé penser l'ensemble de la population* » (Braud, 1998). L'opinion publique ne peut émerger dans l'espace médiatique que si les champs journalistiques et politiques sont constitués en sphères relativement autonomes, ce qui est le cas pour la presse régionale réunionnaise (Watin, Wolff, 1995). Aussi le corpus mobilisé pour cette analyse s'appuie-t-il principalement sur des articles publiés dans la Presse Quotidienne Régionale (PQR)⁴⁰ entre avril 2005 et le 28 février 2006.

Les deux principaux titres quotidiens (en diffusion) sont issus d'une tradition de presse d'opinion, voire de partis, et n'hésitent pas, l'un comme l'autre, à accoler faits et commentaires dans la médiatisation des événements (Idelson, 2006). L'âpre concurrence qu'ils se livrent, inhérente à un marché (de lecteurs et d'annonceurs) insulaire et donc étroit, n'est sans doute pas étrangère à une certaine amplification médiatique des faits et chiffres liés à la crise, amplification qui devient à son tour constitutive de la crise

La crise du chikungunya : un fait médiatique total

En suivant l'approche du constructivisme médiatique, il s'agit de faire la différence entre occurrence et événement : l'occurrence est « quelque chose » qui se produit dans un lieu donné à un moment donné. Elle devient événement à partir du moment où elle est rendue publique. L'occurrence « diffusion spatiale du virus du chikungunya » est ainsi progressivement devenue un événement médiatique, par sa mise en scène de plus en plus prégnante dans l'espace médiatique local.

L'observation de la mise en forme des deux principaux titres de la presse quotidienne réunionnaise (le JIR – Journal de l'île de La Réunion et le Quotidien) permet de situer l'intensité paroxysmique de la crise durant le mois de février 2006. Le traitement médiatique de la maladie occupe alors la presque totalité des « Unes » du mois : 27 Unes pour le Quotidien, dont 15 recouvrant la surface principale de la page avec de gros titres principaux. Les pluies cycloniques qui s'abattent sur l'île le

⁴⁰ 652 articles sont parus entre avril 2005 et le 28 février 2006 (dont 100 articles « *Clicanoo* » et courriers de lecteurs) extraits des trois quotidiens paraissant à La Réunion :

Le Quotidien de La Réunion, tirage moyen annoncé : 35 000 exemplaires, marqué Quot. dans le texte
Le Journal de l'île de La Réunion, tirage moyen annoncé 28 000 exemplaires, marqué JIR dans le texte et sa version en ligne *Clicanoo* (marqué Clic dans le texte)

Témoignages tirage moyen non connu, mais faible (marqué Tem. dans le texte)

18/02/06 éclipsent l'épidémie avec une pleine Une qui les relatent le lendemain (19/02).

Dans le Journal de l'île, 23 Unes sont consacrées au chikungunya. Mais dans ce support, certains titres apparaissent plus « amplifiants » ; des arguments d'intensification et des procédés graphiques (annonce en gros caractères du nombre de morts sur la totalité de la surface de la page) participent à la dramatisation du traitement : « *Le chikungunya a tué mon mari !* » (JIR, 1/02/06), « *2 morts. C'est la crise !* » (JIR, 7/02/06), « *Une catastrophe écologique en marche* » (JIR, 13/02/06 : gros titre en double page intérieure, à propos des effets de la démoustication), « *Ils flytoxent la veillée mortuaire* » (Pleine Une du JIR, 16/02/06 + dossier de 8 pages intérieures : « On nous cache des choses »), « *L'État officialise les morts du chik* » (Pleine Une, JIR, 18/02/06), « *130 00 cas, 77 morts. Au secours !* » (Pleine Une, JIR, 24/02/06), « *157 000 cas, 77 morts. HÉCATOMBE* », (Pleine Une, JIR, 25/02/06 + 13 pages intérieures).

Dans les deux journaux, les éditions sont accompagnées de « pages spéciales chikungunya » et d'éditoriaux d'autorité des rédacteurs en chef ou des journalistes – pour l'occasion – spécialisés chargés de « couvrir » l'événement.

La dénonciation des discours discordants et multiplication des experts

En nuanciant la notion trop réductrice de façonnement médiatique des événements, il a été mis en évidence que dans ce département d'outre-mer, les médias ne se sont pas limités à informer la population : ils ont fonctionné comme une chambre d'écho, amplifiant la circulation des rumeurs et la montée des polémiques, incitant leurs publics à interpeller les institutions politiques et sanitaires, locales et nationales. La construction médiatique de l'événement se superpose au moment de la montée en puissance de l'épidémie.

Dans le cas présent, l'occurrence épidémiologique, gérée et administrée par les pouvoirs publics, est devenue événement lorsqu'elle s'est superposée au traitement médiatique, en particulier lors de pics les plus intenses de dramatisation, mis en évidence par la grille d'analyse. C'est le cas, par exemple, lorsque des journalistes, guidés par les paradigmes professionnels (tels que le souci d'investigation, la volonté d'indépendance, etc.), ont révélé des discours discordants émanant des administrations ou des autorités concernées. Il s'est alors produit un emballement des circuits de médiatisation qui a eu pour conséquence une accentuation de la crise qui a atteint des points paroxysmiques..

Dès le début de la crise, les journalistes prennent position et remettent en question les informations communiquées par les pouvoirs publics, notamment par le service de communication de la préfecture et par la DRASS. Les mises en cause personnelles, avec des arguments ad hominem, de tel ou tel acteur responsable de service ne sont pas rares.

Deux facteurs ont conduit à cette situation de dénonciation des autorités administratives par la presse réunionnaise. Au début de l'épidémie, les journaux donnent la parole aux experts sanitaires locaux : à cette période par exemple, les médecins de la DRASS considèrent le chikungunya « comme une " pathologie

bénigne ", en ce sens que le pronostic vital n'est pas en jeu ». L'augmentation du taux de prévalence de l'épidémie dans la population d'une part, et l'apparition dans l'espace public d'autres acteurs (médecins libéraux du Sud, association de malades, etc.) d'autre part, vont provoquer des contre-réactions de la part des experts des administrations qui vont se trouver déstabilisés, cherchant dans l'urgence à argumenter en se contredisant parfois, ce qui a pour conséquence d'augmenter la « pugnacité » éditoriale des journalistes. Ces derniers vont alors exploiter de nouvelles données (drames personnels liés à l'épidémie, nouveaux chiffres en augmentation, situation de saturation des services d'urgence). Cette couverture médiatique correspondra alors aux pics de dramatisation que l'analyse du corpus permet de mesurer quantitativement (dans l'espace médiatique) et qualitativement (analyse argumentative des articles de presse).

En s'inspirant de la formule de Marcel Mauss - « fait social total » - qui considère les faits communicationnels comme des faits sociaux à part entière, l'analyse quantitative et qualitative de la production journalistique a permis de qualifier le traitement de la crise du chikungunya de fait médiatique total, par sa durée et son intensité, sans précédent dans l'histoire de la presse réunionnais. En effet, pendant une durée de trois mois, quasiment en continu, les titres et les articles de la presse réunionnaise sont alarmistes et récurrents. La mise en graphique, titre par titre, de ce traitement, durant la durée de la crise, a ainsi permis de dégager différentes phases (pré-alerte, alerte, intensification, dramatisation, pics de crise, relances), c'est-à-dire les moments, les causes et les procédés de construction de sa mise en visibilité médiatique.

Le traitement médiatique d'une crise sanitaire de cette ampleur, la tension entre politique, pouvoirs publics et médias locaux, a constitué une étude de cas qui a permis de mieux comprendre l'interaction politique/médiatique dans une situation à risque.

Défaillance de la communication publique

Le déficit de la communication publique constitue l'une des clefs pour comprendre les conditions de la médiatisation et de la formation de l'opinion publique lors de la crise du chikungunya qui a frappé l'île de La Réunion entre avril 2005 et juillet 2006.

Préservée des maladies tropicales depuis l'éradication du paludisme à la fin des années 1970, La Réunion s'est crue à l'abri de toute catastrophe sanitaire majeure, et ce malgré les rappels à la vigilance au moment des épisodes de dengue qui ont régulièrement intéressé l'île, rappels qui n'ont guère mobilisé les autorités sanitaires. La dengue étant plus ou moins sous contrôle, il semblait inimaginable pour les institutions, comme pour la population, qu'une maladie tropicale puisse se propager dans un territoire aussi protégé par une infrastructure médicale de haut niveau.

Ce sentiment de protection, qui fait oublier la situation géographique de La Réunion, a sûrement influencé les prises de position des autorités sanitaires réunionnaises qui, dans les premières semaines de l'épisode épidémique du chikungunya, ont minimisé, voire nié l'épidémie, suivant en cela une « *stratégie du refus et de la dénégation* » (Libaert, 2001) déjà signalée par l'historien Jean Delumeau (1999)

comme une « attitude classique » lors des épisodes épidémiques puisque « *quand apparaît le danger de la contagion, on essaie d'abord de ne pas le voir* ».

Cette posture de la négation, peut-être doublée d'un sentiment de toute puissance vis-à-vis des maladies tropicales censées ne concerner que les pays pauvres, permet de comprendre, sinon d'expliquer, l'impréparation des pouvoirs publics à communiquer et à répondre aux demandes d'informations des médias, et donc du public, dans les premières semaines de l'épidémie de chikungunya.

Cette défaillance de la communication publique se traduit entre autre par l'absence d'un plan de communication de crise qui aurait du être mis en œuvre dès les premières semaines de l'épidémie. Ainsi, aucun expert, habilité à parler au nom des autorités administratives, sanitaires et politiques pour diffuser l'information, n'a été formellement désigné. Par ailleurs, au moment de l'épidémie, aucun site web publiquement et officiellement présenté par les autorités politiques et sanitaires, n'a été développé pour informer sur la maladie et sur le développement de l'épidémie. De fait, dès le départ de l'épidémie, les messages d'information et de prévention, variant entre trop d'assurance et l'aveu d'une méconnaissance quasi totale de la maladie, ont été brouillés par manque de coordination et par des prises de paroles multiples, parfois contradictoires. Cette situation d'impréparation face à une maladie, conjuguée à une communication publique incertaine ont eu pour conséquence la perte de confiance du public dans la capacité des autorités à gérer la crise : la confiance se réduisant, elle amenuise la crédibilité des messages des experts.

Le processus de constitution de l'opinion publique au moment de la crise du chikungunya doit être appréhendé à l'aune de cet épisode fondateur qui voit le discrédit des autorités sanitaires et politiques. Dès lors, face à cette crise complexe, les médias qui cherchent à disposer de repères, à simplifier la situation pour informer le public, vont imposer une représentation sociale de la crise, participant ainsi à la mise en visibilité de l'opinion publique.

Constitution de l'opinion publique, entre critique et rumeurs

S'il est évident, au regard de la saturation quasi-immédiate de l'espace public médiatisé dès les premières semaines de la crise, que la flambée de la maladie constitue une question d'intérêt général, la mise en « discussion publique rationnelle », également constitutive de l'opinion publique, est plus délicate.

Aux premières semaines de la crise, cette discussion n'a pu se nourrir, ni d'une « *information médicale* », ni d'une « *information de santé* » (Romeyer, 2008), par défaillance des autorités qui n'ont pu produire de connaissances sur la maladie, par ailleurs fort peu documentée (Gaüzère et Aubry 2006). Par suite, l'apport des « experts », convoqués par les journalistes comme celui des « acteurs ordinaires » autoproclamés « spécialistes », également très largement médiatisés, vont pallier les défaillances dans la documentation de la maladie ; ils n'apporteront pas, cependant, une contribution significative à cette « discussion publique rationnelle ».

Se produisent alors d'autres échanges et débats, d'autres discussions, dont la rationalité doit être appréhendée du point de vue du public, qui se sont construits autour de plusieurs thèmes :

- la critique des autorités et la polémique autour de l'action publique par une population de plus en plus paniquée par l'extension de la maladie et qui a compris qu'il n'existait pas de réponse médicale sûre au chikungunya,
- la rumeur, comme proposition d'actualité destinée à être crue, mais sans que le transmetteur y croit obligatoirement, qui doit être considérée comme l'expression populaire expliquant la propagation fulgurante d'une maladie n'épargnant plus grand monde,
- la mise en accusation et la recherche des coupables à l'extension de la crise, responsables que l'on situe majoritairement à l'extérieur de l'île et qui traduit toute la complexité du lien que La Réunion entretient avec la Métropole.

Ces thèmes majeurs, qui apparaissent de manière chronologique dans l'espace public local, ne se substituent pas l'un à l'autre mais se superposent. Ils reflètent, pour partie, « ce que pensent les gens », de la crise du chikungunya.

On a retrouvé dans cette crise la ligne de tension récurrente entre le *dedan* et le *déor*, inscrite dans l'histoire de la société réunionnaise. Cette tension s'exacerbe à nouveau à l'occasion de cet événement dramatique qu'a été la crise du chikungunya, qui a saturé l'espace public et opposé La Réunion à La Métropole. Elle s'est manifestée dans le ton guerrier de la presse, les mises en causes de l'État et l'opposition des élus locaux (Watin 2008).

Finalement, face à une information trop parcellaire délivrée par des autorités pratiquement inaudibles, se substitue une information fournie par l'intervention d'une multitude d'« acteurs ordinaires » dont les discours, relayés par les journalistes, vont laisser libre cours à toutes les rumeurs, même les plus fantaisistes, et à toutes les polémiques, parfois stériles, pour produire un « événement médiatique ». Dans ce construit médiatique, l'usage d'Internet a produit des « *polyphonies énonciatives* » (Lits, 2002) qui font éclater les hiérarchies éprouvées distinguant jusque-là paroles savantes, extrêmement discrètes en l'occurrence, et paroles ordinaires, venant, pour leur part, très largement alimenter l'espace public médiatique.

Le rôle de la PQR dans la crise du chikungunya

Au terme de ce travail, on peut souligner le dynamisme de la PQR réunionnaise qui a accompli tout au long de la crise un travail d'information conséquent, au point même se « surinformer » la population. Mais il faut également relever sa liberté de ton. Ce sont les journaux qui ont souligné l'incapacité des experts à apporter une réponse aux questions qui se sont posées au début de l'épidémie. Ce choc initial, intervenant dans une société qui se croyait protégée par sa technicité, a provoqué « la crise » qui a saturé l'espace public médiatique réunionnais où, entre « parole d'expert » et « parole ordinaire », l'opinion publique a produit un « discours de crise », construit entre polémique, rumeur et tension.

Sauf nouvel épisode de l'épidémie qui pourrait ressurgir en saison chaude, l'espace public médiatique réunionnais se trouve actuellement en phase de cicatrisation (Libaert, 2001). En effet, les médias n'en font plus écho, mais la crise ne disparaît pourtant jamais totalement pour au moins trois raisons : parce que certains effets restent perceptibles (pathologie d'une partie de la population), parce que les

dates anniversaires font ressurgir la mémoire, enfin parce que des évènements comparables peuvent toujours se produire.

Aujourd'hui l'épisode dramatique semble terminé, même si une part de la population ressent encore dans sa chair les blessures de la maladie. Mais toute crise s'inscrit fortement dans la mémoire collective, mémoire qui sera convoquée lors d'une prochaine crise ; et les manquements et les défaillances qui ont caractérisé sa gestion seront alors immédiatement rappelés au public par les médias locaux.

Une comparaison des relations entre situations sanitaires et maladies émergentes, état des médias nationaux, espaces publics médiatiques et "couvertures" journalistique de ces événements dans les pays du sud-ouest de l'océan Indien, (Madagascar, Maurice, Réunion, Seychelles, Comores) a été entamée. Cette approche comparative permettra d'éclairer, au-delà de la situation réunionnaise, le rôle des médias dans l'apparition et la gestion des crises.

6. L'ÉPIDÉMIE DE CHIKUNGUNYA À MAYOTTE ET DANS L'OCEAN INDIEN

Les risques sanitaires représentent aujourd'hui des enjeux sociétaux qui se sont multipliés, mondialisés, amplifiés et qui déroutent les sphères décisionnelles de l'espace public, privé ou politique. En matière de sécurité sanitaire, les crises de ces dernières années semblent avoir définitivement consacré la nécessaire articulation entre épidémiologie et sciences de l'homme et de la société. Si l'étude d'un virus et de son vecteur demeure prioritaire pour comprendre la dynamique d'une épidémie, il existe une grande différence d'appréhension des maladies infectieuses entre les pays du nord et les pays du sud, entre les riches et les pauvres : « *les mêmes maladies peuvent être perçues comme de banales infections tropicales ou comme des fièvres épidémiques à surveiller de façon draconienne* » (Saluzzo et al. 2004, p12).

De plus, les questions restées sans réponse lors des récentes crises du chikungunya, ou de la dengue révèlent également qu'une part de l'explication de cette dynamique est sans doute à rechercher dans la vaste sphère des comportements humains contextualisés. C'est en effet dans l'infinie variété des usages et des pratiques sociales de l'environnement, dans ce rapport complexe à « l'espace du proche », que toute épidémie trouve des terrains plus ou moins favorables à son développement. Ce faisant, d'un point de vue méthodologique, on bute rapidement sur la question de la connaissance de ces contextes locaux, de ces environnements proches à la croisée du spatial et du social et qui déterminent autant de territorialités particulières définissant des conditions de survenue et de propagation d'une épidémie.

L'épidémie de chikungunya dans le sud ouest de l'océan Indien : un cheminement qui suit les relations entre les îles

Nous nous sommes attachés à étudier les risques et les potentialités de mondialisation du chikungunya (Fig. 1) et de ses vecteurs (Fig. 2) et à comprendre comment un problème de pays en développement s'était immiscé dans "l'intimité" des pays industrialisés en passant par un premier sas que constituent La Réunion et Mayotte en tant qu'appendices ultrapériphériques de l'Union européenne.

Nous nous sommes par ailleurs interrogés sur les facteurs d'émergence à l'échelle régionale, celle du sud-ouest de l'océan Indien, et d'autre part, en opérant un changement d'échelle, aux effets de contexte à La Réunion lors de la première vague de l'épidémie de janvier à août 2005 (Taglioni & Dehecq 2009).

Pour retracer le cheminement de l'épidémie à l'échelle régionale, le scénario plus probable, est dans un premier temps, de suivre les flux humains entre la côte est de l'Afrique, et plus particulièrement le Kenya, et l'Union des Comores. Ces déplacements traditionnels et anciens entre les Comores et les îles des archipels de Zanzibar et Lamu, ont permis au virus du chikungunya de progresser de Lamu vers la Grande Comore. L'archipel des Comores semble bien avoir été, par la suite, la "plaque tournante" de l'épidémie qui s'est ensuite propagée à Mayotte, pour des raisons évidentes de flux migratoires de premier ordre entre l'Union des Comores et

la collectivité départementale française, et ensuite à Madagascar (dont les données épidémiologiques sont des plus floues), à La Réunion, en raison là aussi de flux migratoires et touristiques soutenus, puis vers Maurice et les Seychelles, sans certitude sur de la provenance des premiers cas.

Ce schéma de la propagation de l'épidémie, bien qu'incomplet faute de données, repose sur des relations intenses entre les îles de la région. Cette réticulation des échanges humains n'a rien d'étonnant tant les liens et les réseaux culturels, politiques et économiques sont anciens. L'inconvénient de cette proximité se situe, dans ce contexte, dans la dissémination des maladies infectieuses qu'on a pu suivre dans cette région du sud ouest de l'océan Indien. C'est le cas notamment de la fièvre de la vallée du rift qui, partie du Kenya, s'est propagée à l'ensemble de l'Afrique subsaharienne puis aux Comores, à Mayotte (depuis 2007) et à Madagascar en suivant des cheminements proches de ceux du chikungunya (Sissoko, 2009 ; Breiman, 2008 ; Anyamba, 2009, Zeller, 1998). De la même manière, le choléra, venu d'Afrique de l'est et du sud, est passé par les Comores et Mayotte (Brettes, 2001). La dengue sévit aussi de façon endémique avec des poussées épidémiques (Sissoko, 2008 ; Ratsitorahina, 2008 ; Zeller, 1998 ; Schwartz, 1994). A ce propos, celle de 1977-78 à La Réunion est tout à fait comparable par son intensité à celle de chikungunya de 2005-2006 (Coulanges, 1979 ; Metselaar, 1980, Kles, 1994). La Réunion avait enregistré à l'époque une prévalence de l'ordre de 30 à 35 % de la population (Mora, 1979). La précédente épidémie de dengue remontait à 1873 en provenance de Zanzibar (Aubry, 2008). D'une façon générale, le sud-ouest de l'océan Indien, situé à la périphérie de l'Afrique du sud et de l'est, est une zone où circulent sur le mode endémique ou épidémique diverses maladies infectieuses et notamment à transmission vectorielle.

Facteurs d'émergence et effets de contexte

Cette approche multiscale, qui met en perspective les points de vue croisés du géographe et de l'épidémiologiste/entomologiste, permet de vérifier l'hypothèse qu'un phénomène de santé ne s'exprime pas toujours de la meilleure façon à l'échelle la plus fine, des agrégations spatiales raisonnées peuvent être porteuses de sens non fourni par des informations individuelles, ou regroupées à des échelles fines" (Salem, 1998 cité par Vallée, 2008) et vice versa. La réflexion proposée est donc de réfléchir à deux échelles à la complémentarité des effets de contexte socio-spatial et des conditions de développement humain, qui constituent la toile du fond d'une société locale ancrée dans son territoire avec ses usages et ses pratiques. Nous souhaitons ainsi définir et qualifier précisément quelques contextes spécifiques à partir d'un ensemble de variables à l'échelle de la région du sud-ouest de l'océan Indien d'une part et des quartiers de La Réunion d'autre part.

Parmi le grand nombre possible d'aléas dans le sud-ouest de l'océan Indien (cyclones, pluies torrentielles, volcanisme, tsunامي, maladies infectieuses...) certains sont plus dévastateurs et présents que d'autres. Sur la période récente, l'épidémie de chikungunya, qui s'est déroulée de 2004 à 2006 dans le sud-ouest de l'océan Indien, est sans doute l'événement majeur qui a marqué les hommes, les sociétés et les esprits aussi. Une collecte minutieuse de données permet d'établir une carte de la progression et la prévalence du chikungunya dans la région (fig. 3). Les taux de prévalence sont dans certains cas obtenus par des enquêtes de séroprévalence (La

Réunion, Mayotte, Maurice) et, dans d'autres cas, ils sont estimés (Comores, Seychelles, Lamu). Dans tous les cas ces taux de prévalence nous donnent une image correcte du taux de malades présents dans les différentes populations du sud-ouest de l'océan Indien par rapport à la population totale durant l'épidémie entre 2004 et 2007 selon les pays. On constate que les taux de prévalence sont très variables puisqu'ils s'échelonnent de 25 % aux Seychelles à 75 % à Lamu.

Pour essayer de caractériser les contours de la vulnérabilité des États et territoires touchés par le chikungunya dans le sud-ouest de l'océan Indien, nous prendrons 5 variables, en rapport avec le niveau de développement humain, social et sanitaire :

- Le niveau général de développement humain
- L'urbanisation et la concentration de la population
- Le degré d'ouverture des territoires
- Les flux de personnes
- L'information et la communication

A l'échelle du sud-ouest de l'océan Indien, et sans vouloir généraliser à tout prix, il est entendu que certaines variables influent sur le niveau de vulnérabilité des populations face au chikungunya. Néanmoins, à aléa égal le risque n'est pas proportionnellement plus important dans les pays réputés les plus vulnérables.

Ce constat est d'autant plus troublant que l'on aurait pu imaginer que les conditions socio-économiques et sanitaires à La Réunion, département français et région européenne qui bénéficie de subventions importantes pour son développement, sont telles qu'une crise sanitaire de ce type ne pouvait pas se produire car la vulnérabilité semblait moindre que dans des pays plus pauvres de la région. Les progrès sanitaires et sociaux des cinquante dernières années, avec notamment une baisse continue et spectaculaire de la mortalité infantile ainsi qu'un allongement important de l'espérance de vie, ont conduit à un relâchement de la prévention en matière de lutte antivectorielle dont le service est passé de plus de 160 personnes dans les années 80 à moins de 20 personnes au début de l'épidémie en 2005. Il est vrai que l'éradication du paludisme à la fin des années 80 avait conforté l'idée des autorités sanitaires que la menace d'épidémie virale par transmission d'arthropodes était révolue. C'était une erreur...

L'épidémie de chikungunya à Mayotte

Pour Mayotte, autre outre-mer français de la zone, on a dans un premier temps estimé, pour l'ensemble de la période épidémique, à environ 7000 le nombre de personnes touchées pour une population de 180000 individus. Ce chiffre était très sous-estimé en raison notamment du grand nombre de clandestins en provenance de l'Union des Comores ainsi que des personnes ayant recours à l'automédication et/ou à la médecine traditionnelle (Invs, 2006). On pouvait lire au moment du pic de l'épidémie que « la maladie du chikungunya à Mayotte ne devrait pas prendre la même ampleur qu'à La Réunion, une grande partie de la population mahoraise bénéficiant d'une immunité naturelle après avoir été confrontée au virus en raison notamment de la proximité des Comores et de l'Afrique » (AFP, 09/03/2006). Depuis, une étude de séroprévalence (Sissoko, 2007 et 2008) menée conjointement par la Dass et le centre hospitalier de Mayotte, sous la direction du Dr. Daouda Sissoko, montre, montre que c'est en réalité environ 35 %, proche des taux de La Réunion et

de Maurice, de la population qui est touchée par le chikungunya depuis le début de l'épidémie, soit environ 40000 à 45000 personnes et non pas les 7148 cas officiellement déclarés.

Les premiers cas biologiquement attestés à Mayotte remontent à avril 2005 (Sissoko 2008)⁴¹. On pourrait donc s'étonner que La Réunion ait été touchée avant Mayotte, alors même que cette dernière entretient des relations intenses avec l'Union des Comores. Une hypothèse, à confirmer, serait que le vecteur du chikungunya majoritairement présent à Mayotte en 2005 était *Aedes Aegypti* et qu'il aurait une moins bonne compétence vectorielle⁴² que *Aedes Albopictus* présent très massivement à La Réunion dès le début de l'épidémie. Par la suite, au cours de l'épidémie à Mayotte, l'*Aedes Aegypti* aurait acquis une meilleure compétence vectorielle pour transmettre le virus et surtout des recherches en cours montrent que *Aegypti* perd du terrain face à *Albopictus*, notamment en zone urbaine⁴³. Au final, le taux de prévalence est sensiblement le même à La Réunion et à Mayotte, ce qui indiquerait que le type de vecteur, *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, ne soit pas fondamental. D'autre part, les flux de migrants entre Mayotte et le reste de l'archipel des Comores se déroulent principalement avec l'île d'Anjouan, qui a manifestement été beaucoup moins touchée par le chikungunya que la Grande Comore.

La situation de Mayotte est bien distincte de celle de La Réunion. Ces deux outre-mers français présentent en effet un héritage historique, un contexte culturel et un statut politico-institutionnel très différents. En ce qui concerne plus spécifiquement la presse écrite, un certain nombre de paramètres sont essentiels pour expliquer que l'épidémie de chikungunya n'a pas été vécue comme une crise médiatique ou épidémique. Il faut d'abord considérer qu'il n'existe pas de presse écrite quotidienne à Mayotte mais une presse hebdomadaire, comme Le Mahorais, Mayotte hebdo ou encore Mawana, qui est complétée par une presse sur Internet. Ces médias francophones sont assez peu fréquentés car d'une part la population mahoraise ne présente pas plus de 50 % de francophones réels (sans compter qu'environ un quart de la population est constituée de clandestins comoriens non ou peu francophones) et que d'autre part, l'illettrisme est élevé à Mayotte. Enfin, le faible pouvoir d'achat moyen à Mayotte est un frein certain à la diffusion de la presse payante que ce soit sous forme papier en encore plus sous forme électronique sur Internet car cela suppose un équipement informatique et une connexion haut débit. Le faible pouvoir d'achat est aussi un frein aux consultations médicales, aujourd'hui payantes pour les Mahorais et très risquées pour les clandestins en situation irrégulière. Le recours à la médecine traditionnelle reste encore pratique courante et minimise ainsi la pression sur les médecins et les hôpitaux en période épidémique. Comme à Maurice mais pour des raisons très différentes, il n'y a finalement pas eu de crise sanitaire à Mayotte, pas plus qu'une polémique sur le nombre de cas, en dépit au final d'une prévalence très proche de celle de La Réunion ou de Maurice.

⁴¹ Cependant, lors des entretiens que nous avons menés à la Dass de Mayotte, il nous a été rapporté que le premier contact avec un malade du chikungunya aurait eu lieu en février 2005 à l'aéroport de Mayotte.

⁴² La compétence vectorielle est "l'aptitude intrinsèque d'un arthropode hématophage à assurer le développement d'un virus et sa transmission" (Delatte *et alii*, 2008)

⁴³ *Albopictus* est un moustique au tropisme urbain marqué.

Risques sanitaires et santé publique dans l'océan Indien

L'épidémie de chikungunya dans le sud-ouest de l'océan Indien nous éclaire sur les risques de mondialisation des maladies qu'elles soient émergentes ou non. Elle montre aussi les nombreuses difficultés à mettre en place un système de surveillance efficace à l'échelle régionale ainsi qu'à coordonner des actions entre pays pour limiter voir contrôler la propagation. De ce point de vue, le nouveau Règlement sanitaire international (RSI) apportera peut-être quelques solutions avec néanmoins un challenge de taille : concilier droit d'ingérence sanitaire, souveraineté nationale et contraintes économiques des pays du sud qui doivent préserver à tout prix leurs économies et particulièrement le tourisme. L'autre risque implicite est la stigmatisation des pays pauvres qui sont tenus pour responsables de la diffusion de certaines maladies. L'Union des Comores avec le chikungunya ou Madagascar avec le paludisme l'illustrent bien à l'échelle du sud-ouest de l'océan Indien.

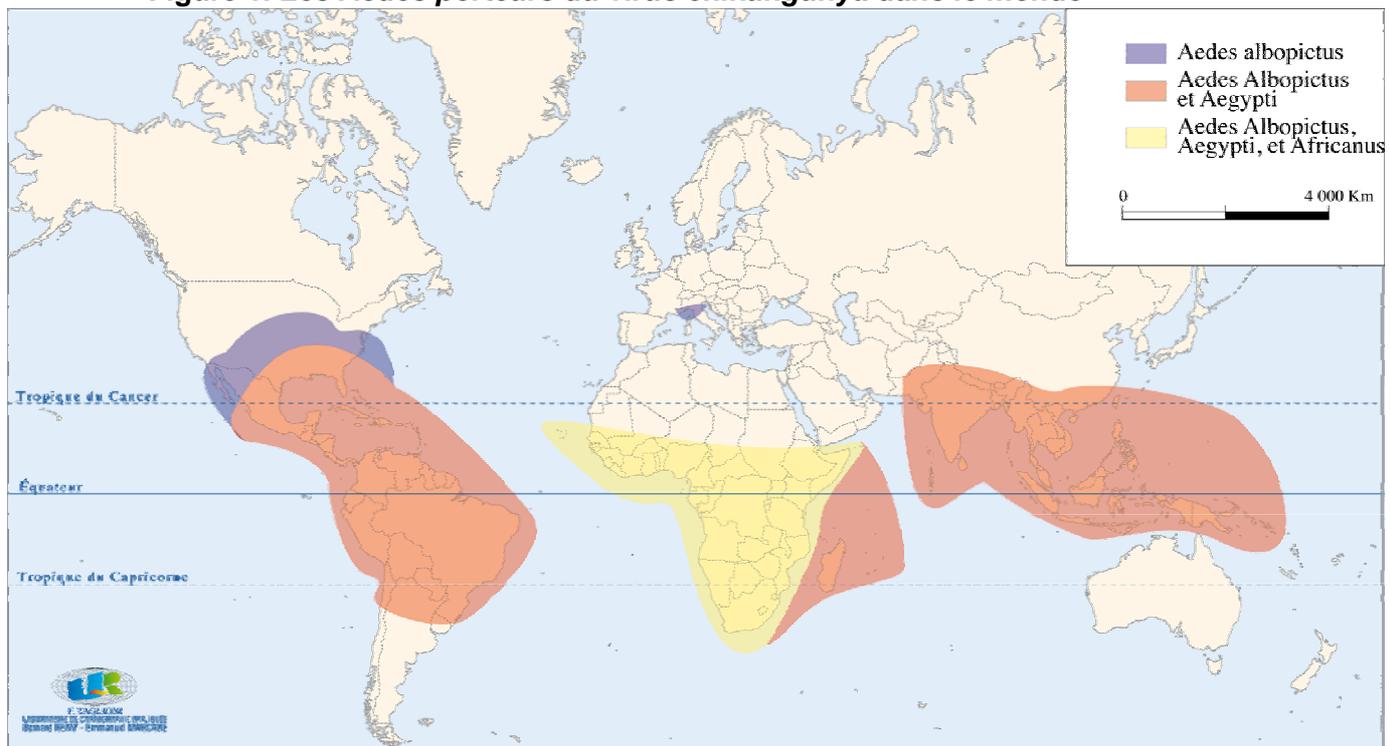
Des sciences humaines et sociales aux sciences dites exactes en passant par les sciences juridiques et économiques, tous les champs de la recherche se positionnent sur le concept d'émergence et de re-émergence. On peut lire abondamment de littérature scientifique⁴⁴, de prises de position et de controverses sur le sujet. Un fait demeure, il est toujours dangereux d'enfermer la santé publique dans des définitions trop restrictives et rigides. De fait, parler du chikungunya comme d'une maladie émergente a permis de dire, au début de l'épidémie à La Réunion, qu'elle était mal connue et de se rassurer à peu de frais. Or la littérature scientifique qui traite du chikungunya est abondante. Pour la période 1957-2005, nous avons pu dénombrer plusieurs centaines d'articles qui la décrivent et l'étudient dans les pays d'Afrique et d'Asie. Et pourtant, le discours officiel a été de dire par la voie des communiqués de presse et des instituts chargés de la santé publique que c'était une maladie bénigne et sans séquelle. Les 257 morts et les graves séquelles articulaires chez certains malades plus de deux ans après l'épidémie à La Réunion, nous enseignent que les choses, sur le plan purement médical, étaient plus complexes. Il ne faut donc pas faire la confusion entre maladie émergente et nouvelle maladie car une maladie émergente n'est pas forcément nouvelle et une nouvelle maladie n'est pas forcément émergente.

Au-delà de la sémantique, il y a bien sûr des politiques de santé et de veille sanitaire. En fait, personne, à quelque niveau que ce soit, n'a pris la mesure de ce qui est devenu une catastrophe sanitaire tout au moins à La Réunion. Dans ce département français d'outre-mer, l'épidémie plonge sans doute ses racines dans plus de 20 ans de laisser-aller où depuis l'éradication du paludisme à la fin des années 1980, les services chargés de lutter contre les moustiques ont vu leurs effectifs se réduire, comme une peau de chagrin, au fur et à mesure du départ en retraite de leurs agents. La vigilance a petit à petit laissé place à des certitudes, celles que les fléaux sanitaires ne pouvaient plus concerner une île dont les normes de santé sont proches, très proches, d'une métropole industrialisée, la France. Il était devenu impensable que des maladies que l'on rencontre traditionnellement en Afrique de

⁴⁴ Cf. Babier & Prete 2006, Fagherazzi-Pagel 2007, Garrett 1996, Gonzalez *et alii* 2004, Morse 2004, Raoult, 2005 ; Thiry & Toma, 2003. La définition qui semble le mieux correspondre aux réalités de terrain dans le cas du chikungunya est la suivante : « Une maladie émergente est une maladie dont l'incidence réelle augmente de manière significative, dans une population donnée, d'une région donnée, par rapport à la situation habituelle de cette maladie » (Thiry & Toma, 2003).

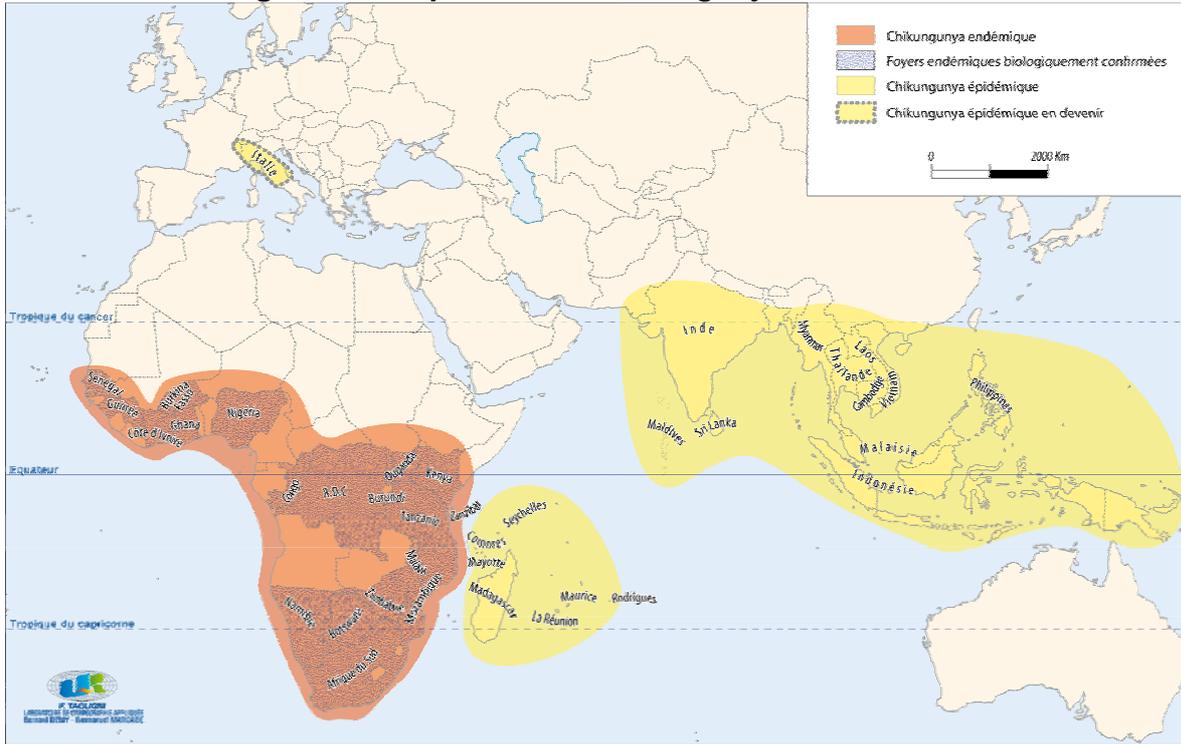
l'Est ou à Madagascar puissent émerger ou re-émerger dans une région de l'Union européenne, fusse t-elle lointaine. Si carence donc de l'État il y a, elle ne date pas du deuxième semestre 2005. On pourrait du reste presque s'étonner que le paludisme n'ait pas fait sa réapparition à La Réunion. De la même manière, des maladies comme la dengue ou encore la leptospirose sont à surveiller de façon permanente et vigilante. La question posée est donc celle de l'efficacité du système de veille sanitaire mis en place aux lendemains du scandale du sang contaminé du début des années 1980. « *Tout en étant d'une nature radicalement différente, l'affaire n'est pas sans rappeler celle de la canicule. Dans les deux cas, on observe une absence de mobilisation de l'institution centrale de veille sanitaire, puis un rapide débordement des pouvoirs publics. Pour la canicule comme pour le chikungunya, l'absence d'un savoir médical et scientifique a été invoquée pour justifier l'inaction puis il a été découvert qu'une bibliographie spécialisée existait. Chaque fois, une organisation de surveillance que l'on tenait la veille pour exemplaire a soudainement exposé des failles grandes et insoupçonnées* » (Nau, 2006). D'autant, que les autorités sanitaires comoriennes affirment avoir alerté les responsables de la santé à La Réunion dès le début de l'épidémie en Grande Comore soit aux alentours de novembre/décembre 2004. En l'absence de réaction des homologues français, les Comoriens se sont alors tournés vers l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour trouver de l'assistance technique.

Figure 1. Les Aedes porteurs du virus chikungunya dans le monde



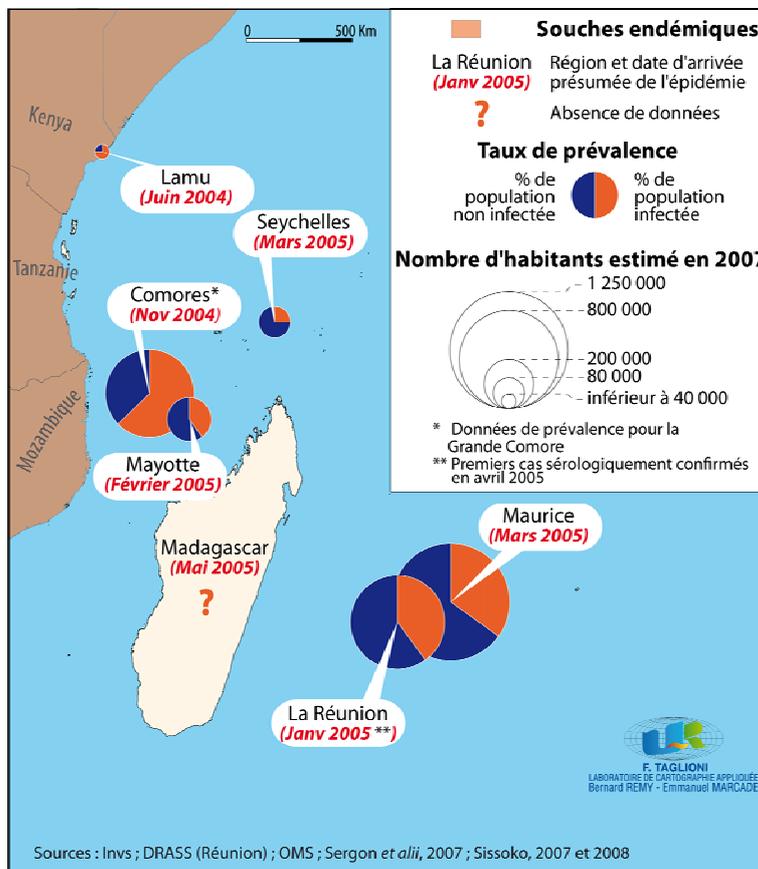
Sources : d'après Invs ; Charrel et alii 2007

Figure 2. La répartition du chikungunya dans le monde



Sources : Invs ; OMS ; Institut Pasteur ; Pialoux et alii 2006

Figure 3. La progression et la prévalence du chikungunya dans le sud-ouest de l'océan Indien durant l'épidémie de 2004-2007



Sources : Invs ; DRASS (Réunion) ; OMS ; Sergon et alii, 2007 ; Sissoko, 2007 et 2008

7. CONCLUSIONS : LES VULNERABILITES MISES A JOUR PAR LA CRISE DU CHIKUNGUNYA

Dans toute analyse de crise, la question qui résume bien la problématique à laquelle on cherche à répondre est : « Comment en est-on arrivé là ? ». La crise sanitaire qui a secoué l'île de La Réunion au cours des années 2005-2006 révèle une vulnérabilité certaine de ce territoire, et c'est une dimension essentielle pour comprendre la crise du chikungunya. Cette dernière partie, en guise de conclusion, se penche précisément sur les vulnérabilités que cette crise a permis de mettre en évidence.

Risque, crise et vulnérabilité

Parler de vulnérabilité renvoie nécessairement à une approche du risque qui décale le point de vue, en focalisant la compréhension du risque sanitaire non pas sur la menace, en l'occurrence un virus et son vecteur, mais sur la vulnérabilité, entendue simplement comme la fragilité d'une société, d'un territoire, face à cette menace. On ne se place pas ici dans le champ de la recherche de « facteurs de vulnérabilité de la population », appréciés en terme d'immunité, de conditions sociales et d'habitat plus ou moins favorables à la diffusion de l'épidémie. On reste sur le champ de la gestion de crise, et l'approche de la vulnérabilité proposée se situe par rapport à la capacité d'un territoire, d'une société à faire face à la situation épidémique. Autrement dit, les sources de vulnérabilité qu'on cherche à mettre à jour sont des circonstances plus ou moins favorables au déclenchement d'une crise, et non à la propagation de l'épidémie.

De cette façon, on peut mettre en évidence dans le déroulement de cette crise, des vulnérabilités conjoncturelles, c'est-à-dire les contingences singulières défavorables à la gestion de la crise dans lesquelles l'épidémie est apparue. Celles-ci ont contribué à affaiblir la réponse institutionnelle donnée au problème posé par l'épidémie, et donc à sa transformation en crise politique et sociale. On peut également détecter des vulnérabilités que l'on peut qualifier de structurelles, c'est-à-dire qui ne sont pas contingentes mais constitutives d'une part du territoire réunionnais, d'autre part de l'institution veille sanitaire.

Comme pour les autres risques, la prévention des risques doit prendre en compte la préparation aux situations de crise, comme stratégie de réduction de la vulnérabilité. Elle ne peut se limiter à contenir la menace, et doit se pencher sur la capacité à réagir, et sur les circonstances plus ou moins favorables au déclenchement d'une crise

Des vulnérabilités conjoncturelles

Les vulnérabilités conjoncturelles auxquelles on fait référence sont des points qui ont, pour certains, déjà été répertoriés dans les effets de contexte plus ou moins ponctuels qui permettent d'expliquer la dynamique de la crise, puisqu'ils ont nourri cette crise en alimentant des polémiques. Mais, il s'agit ici de lire ces effets comme

constitutifs d'un contexte de fragilité conjoncturelle de La Réunion pour faire face à l'épidémie.

Un certain nombre de ces facteurs de vulnérabilité sont liés à des circonstances extérieures à La Réunion. Ce sont des difficultés liées à des problèmes non résolus, comme la question de la décentralisation de la lutte antivectorielle. L'ambiguïté existante sur la responsabilité de la démoustication est incontestablement une circonstance qui a affaibli la capacité de réaction des autorités tant locales que nationales. Pendant l'année 2005, pour les pouvoirs publics réunionnais et métropolitains, le problème n'était pas « qu'est ce qui se passe ? », mais « qui doit prendre en charge la démoustication ? ». L'application de la directive européenne sur l'autorisation de mise sur le marché des pesticides est une vulnérabilité du même ordre, qui provient de questions juridico-institutionnelles restées en suspens, qui se sont imposées à La Réunion de l'extérieur, au beau milieu de la crise du chikungunya.

Une autre vulnérabilité conjoncturelle est la période pendant laquelle l'augmentation du nombre de cas s'est transformée en une épidémie majeure. La réponse de La Réunion comme de la métropole s'est trouvée affaiblie, et retardée du fait de cette période particulière que constitue la fin de l'année. A La Réunion comme en France métropolitaine, « les fêtes de fin d'année » marquent une réduction notable des activités administratives, avec un agenda restreint, des services dépeuplés, des responsables absents. C'est donc un bien mauvais moment pour l'apparition de signes évidents et concrets que la situation épidémiologique a basculé dans une progression géométrique très inquiétante.

A ces circonstances extérieures à La Réunion qui ont contribué à sa vulnérabilité, il faut ajouter des circonstances proprement réunionnaises. A La Réunion, les vacances d'été (les « grandes vacances ») commencent le 20 décembre, pour se terminer à la fin janvier. C'est donc une période pendant laquelle les institutions tournent au ralenti, beaucoup de gens sont en congés, y compris au niveau des responsables. Des personnes en charge de direction « par interim » sont moins portées à sonner le tocsin, à prendre des initiatives fortes. Que ça soit à Paris ou à La Réunion, la période de décembre-janvier est donc le pire des moments pour voir surgir une épidémie, lancer une véritable alarme, exiger des réactions rapides et efficaces. On était également dans une période de fragilité conjoncturelle des deux institutions sanitaires clés pour la gestion de cette crise, la Drass et la Cire, du fait de l'affaiblissement de leur direction au moment même de la montée en puissance de l'épidémie⁴⁵. Enfin, au niveau de la préfecture, on peut peut-être ranger dans la vulnérabilité conjoncturelle l'inexistence d'un véritable service de communication, service qui s'est constitué en plein cœur de la crise.

Ces vulnérabilités conjoncturelles sont des circonstances aléatoires et malheureuses, qu'on retrouve systématiquement dans les situations de crise. Mais ça n'est pas pour autant qu'on ne peut pas réduire cette vulnérabilité. A ces vulnérabilités conjoncturelles, il est indispensable d'ajouter des vulnérabilités structurelles, c'est-à-dire constitutives des institutions et des territoires.

⁴⁵ Le directeur de la Drass était sur le point de partir à la retraite et le Directeur de la CIRE, décédé récemment, était très gravement malade.

Vulnérabilité structurelle de La Réunion

La Réunion est un territoire fondamentalement ambigu : il est à la fois un petit bout de pays riche du Nord au milieu de pays pauvres du Sud, il est aussi un petit coin de Sud, d'exotisme, de dépendance et de pauvreté, infiltré dans un pays riche, et occidental du Nord. De par son histoire et sa géographie, de par sa culture et son économie, de par son statut politique de département d'outre mer, l'île de La Réunion présente des particularités qui vont, en situation de crise, se révéler comme autant de vulnérabilités qui vont entraver, ralentir, pervertir, la capacité de réaction de ce territoire face au risque sanitaire.

Les aspects géographiques, liés à la localisation dans l'océan Indien, à près de 10000 km de Paris, cet espace tropical marqué par l'éloignement et l'insularité, dans un environnement régional marqué par la pauvreté et l'ultrapériphéricité, sont les dimensions les plus évidentes de la vulnérabilité de ce territoire. Elles sont indissociables du statut de département d'outre mer, qui fait de ce territoire un espace dépendant d'institutions qui fonctionnent avec des constructions mentales du Nord. En effet, les dispositions administratives et juridiques du fonctionnement de l'État, la formation des fonctionnaires, sont produites dans un contexte métropolitain, qui ne prend pas en considération les spécificités de l'insularité, de l'éloignement, de la tropicalité dans le fonctionnement des institutions.

L'outre mer vu de la métropole

La condition professionnelle particulière des fonctionnaires métropolitains affectés dans ce département d'outre-mer est autre aspect que l'on peut considérer comme une vulnérabilité de La Réunion pour faire face aux situations de crise. Ceux-ci peuvent ressentir une absence de reconnaissance de leurs qualités professionnelles, voire une absence de légitimité, qui n'est pas anecdotique mais marque profondément le fonctionnement de l'État dans les Dom. Ce déficit de reconnaissance et de légitimité ressenti s'appuie sur une double remise en cause. Elle provient d'une part du regard que porte sur eux leurs collègues métropolitains, pour lesquels un séjour « dans les îles » est souvent synonyme d'un certain relâchement professionnel, voire d'une abdication de toute ambition de carrière au profit « des primes, du soleil et des cocotiers ». Ce regard de la métropole fait écho au ressenti d'un manque de légitimité face à la société réunionnaise elle-même, parce que n'étant pas originaires de La Réunion, ils ne peuvent en avoir une bonne connaissance et ne sont donc pas reconnus comme légitimes et compétents. Ils sont là pour le sursalaire et le soleil, et de toute façon ne vont pas rester. Dans ces conditions, aller à contre-courant des points de vue admis, des certitudes acquises et de la connaissance validée, processus habituel dans la gestion des situations de crise, est particulièrement difficile.

Ce sont ces mêmes dimensions, liées à une image de l'outre-mer, héritière de la colonie, que l'on retrouve dans les rapports entre administration centrale et La Réunion, qu'il s'agisse des relations avec les administrations décentralisées sur le terrain, le personnel politique ou la presse. C'est l'image de lieux particuliers et distants marqués par un côté nécessairement excessif, en partie dû au fait qu'il faut en faire beaucoup pour attirer l'attention quand on est si loin.

On peut également faire référence, plus classiquement, à des aspects de vulnérabilité sociale et économique, qui s'expriment au travers tous les indicateurs sociaux, et en particulier par l'importance de l'illettrisme, du chômage et de la pauvreté. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à celle de La Réunion⁴⁶, la mortalité infantile y est supérieure de 75%⁴⁷, le nombre de généralistes par habitant est inférieur d'environ 23%, le taux de chômage était de 27% en 2006, contre 8,8% en France métropolitaine, le revenu moyen est de 30% inférieur à la métropole et la part de la population réunionnaise recevant au moins un minimum social (23,5%) est nettement supérieure à la métropole⁴⁸. L'illettrisme pour sa part toucherait entre 100000 et 120000 adultes à La Réunion.

Vulnérabilité structurelle de la veille sanitaire

Au-delà de ces vulnérabilités qui affectent l'île de La Réunion, l'épidémie de chikungunya et la crise qu'elle a provoquée ont mis à jour un certain nombre de vulnérabilités fondamentales de la veille sanitaire elle-même, de ses institutions et de ses outils.

La première d'entre elles est posée par l'articulation entre santé publique et santé clinique, qui, comme nous l'avons évoqué plus haut, peut parfois être problématique. La participation de la médecine libérale à la santé publique et à la recherche clinique prend tout son sens en période d'épidémie. Au delà du rôle des « médecins sentinelles » dans la veille sanitaire, les médecins de ville sont la première ligne de défense de la santé publique et ce rôle pourrait être mieux réfléchi et assumé, en articulation avec l'administration sanitaire. En période de crise sanitaire, une rupture entre la médecine de ville, la médecine hospitalière, et les administrations en charge de la santé publique, ce qu'on a pu l'observer au moment de l'épidémie de chikungunya à La Réunion, est en effet désastreuse, amplifiant la crise et la déstabilisation sociale de la population. La construction de relations de confiance et la reconnaissance mutuelle entre les différents acteurs de la santé, quels qu'ils soient, est une mesure nécessaire pour la prévention des risques et indispensable à la préparation à la gestion des crises sanitaires.

Par ailleurs, l'InVS, institution relativement récente de la veille sanitaire, est encore peu connue et reconnue par l'administration d'État, en tout cas au niveau des régions. De plus, l'InVS, institut en théorie indépendant, voit l'autonomie de son action et de son discours sur le terrain quelque peu compromise par la proximité à la fois physique et fonctionnelle de la CIRE avec la Drass⁴⁹. Dans ces conditions, il n'est pas très étonnant que pour la préfecture, l'antenne locale de l'InVS, la CIRE Réunion-Mayotte n'ait pas été considérée comme un interlocuteur distinct de la Drass. Ainsi, rapidement au cours de la crise, le discours et l'action de la CIRE sont passés sous l'autorité de la Drass et du préfet, compromettant fortement son indépendance.

⁴⁶ 4,4 ans pour les hommes et 3,8 pour les femmes. Cf. Tableau de bord de la précarité à La Réunion, Coordination de l'Observation Des Etudes Sanitaires et Sociales (CODESS), Drass, 2008.

⁴⁷ 6.8 /1000 à La Réunion, 3.9/1000 en France métropolitaine, Tableau économique de La Réunion 2005-2006 (INSEE). Les chiffres suivants proviennent du site de l'INSEE (www.insee.fr).

⁴⁸ F. Temporal, travaux de l'observatoire de la pauvreté, synthèse des études existantes sur la pauvreté à La Réunion.

⁴⁹ La CIRE Réunion-Mayotte fonctionne au sein de la Drass et son budget transite par celui de la Drass.

Les difficultés à la fois pratiques et conceptuelles de la veille sanitaire sont un autre problème fondamental de cette mission essentielle de la santé publique. Le repérage quasi immédiat du premier cas et l'identification très rapide du virus ont démontré une efficacité certaine du système. Ceci dit, la suite des événements, et en particulier la polémique autour du nombre de cas indique d'une part que le suivi d'une épidémie de grande ampleur n'est pas chose aisée, et d'autre part que le repérage immédiat du premier cas ne présage rien de la suite des événements. Les dispositifs techniques mis en œuvre pour suivre l'épidémie, une fois détectée, n'ont pas été autonomes ni de la Drass Réunion (puisque la détection des cas se faisaient dans un premier temps via la lutte antivectorielle assurée par la Drass), ni même de la métropole. Ainsi, en début d'épidémie, la détermination des « cas biologiquement confirmés » était dépendante non seulement du CNR de Lyon et des laboratoires métropolitains habilités, mais également de la disponibilité en réactifs.

Le recours à la modélisation est une technique essentielle en épidémiologie, mais le principe même de la modélisation est sujet à caution. Si on peut effectivement identifier des « facteurs favorables » à l'apparition d'une épidémie, celle-ci est par définition quasi impossible à prévoir, non pas par défaut de « connaissance des facteurs », mais du fait que l'apparition d'une épidémie est en soi un phénomène complexe, dans le sens où il est à la fois déterminé (par un certain nombre de facteurs) et totalement aléatoire. C'est ainsi que les prévisions de fin de l'épidémie avec l'hiver austral 2005 ne se sont pas concrétisées, pas plus que la reprise de l'épidémie annoncée pour la fin de l'année 2006. On peut donc facilement argumenter sur l'impuissance de l'épidémiologie à prévoir le déclenchement d'une épidémie. Par contre, une fois déclenchée, les modèles permettent à la fois d'anticiper son évolution et de mieux comprendre les modalités spatiales et sociales de sa diffusion.

Dans le même ordre d'idées, on peut s'interroger sur le statut de la connaissance médicale, acteur clé de la veille sanitaire, du connu et de l'inconnu dans la gestion des crises sanitaires. Ainsi, l'affirmation du caractère inédit de l'épidémie, notamment en ce qui concerne les « complications » pose question. De nombreux documents font en effet état du fait qu'on a affaire à quelque chose de totalement nouveau : un virus très peu connu et peu documenté dans la littérature scientifique, l'apparition de symptômes nouveaux et graves, la brutalité de la courbe épidémique, la compétence vectorielle du moustique *aedes albopictus*⁵⁰, etc. Pourtant, il y a bien eu des épidémies de chikungunya de grande ampleur, le caractère explosif de l'épidémie de chikungunya est semblable-t-il typique des arboviroses, de mêmes que les complications neurologiques. Mais le virus avait touché des pays du Sud qui n'ont pas construit des connaissances assimilables par les structures sanitaires des pays du Nord, soit parce qu'elles n'obéissent pas au protocole de ce qui fait la connaissance scientifique au Nord, soit parce qu'elles ne sont pas diffusées, soit parce que les descriptions cliniques rapportées sont considérées comme anecdotiques. Le virus et ses complications n'étaient pas inconnus dans l'absolu, mais il était inconnu selon les critères du « connu » des systèmes de soins des pays du Nord et de la France en particulier. Et quand la connaissance existante a passé les différents filtres de la validité scientifique du Nord, elle s'est heurtée à

⁵⁰ L'*aedes albopictus* n'était pas connu pour sa capacité vectorielle du chikungunya (à la différence de l'*aedes aegypti*) [Duhamel et al, 2006].

l'incrédulité⁵¹. Cette forme d'aveuglement pose donc la question des conditions de mobilisation des connaissances médicales et expériences cliniques, vécues en d'autres lieux ou dans d'autres temps.

En situation sanitaire mondialisée, comme le montre le H1N1 aujourd'hui, en situation de crise, face à l'inconnu et à la déstabilisation des acquis, les connaissances produites hors des circuits validés par la recherche clinique et épidémiologique française, qu'il s'agisse d'hôpitaux africains ou de médecins libéraux réunionnais n'est pas à négliger.

Par ailleurs, réduire la vulnérabilité d'un territoire face aux risques, qu'ils soient sanitaires ou autres, c'est aussi développer les capacités à prévenir l'apparition des crises et à faire face aux situations de crise. Ainsi, la veille sanitaire, de la même façon qu'elle surveille l'apparition et la propagation des virus, doit également surveiller de près l'état des institutions sanitaires et remédier à leurs fragilités, qu'elles soient conjoncturelles ou structurelles, institutionnelles, politiques, juridiques ou économiques. La capacité institutionnelle à réagir face aux épidémies, face aux virus connus ou non est aussi importante que la connaissance des maladies. C'est cette capacité institutionnelle qui peut faire la différence entre la gestion d'une situation sanitaire critique et l'entrée en crise généralisée d'une société et d'un territoire.

⁵¹ On peut ainsi lire sur le site du ministère de la Santé : «... Avant 2005, des formes graves n'avaient pas été décrites pour le virus du chikungunya et aucun cas mortel n'avait été relevé dans la littérature. On retrouve *tout au plus deux publications mentionnant sans plus de précision...* »

Références bibliographiques

- ANYAMBA A. *et alii*, (2009), Prediction of a Rift Valley fever outbreak. *Proceedings of the national academy of sciences of the united states of America*, n°3, p. 955-959
- ASSEMBLEE NATIONALE (2006), *L'Épidémie à virus chikungunya à La Réunion et à Mayotte*, Rapport d'information n° 3242 déposé par B. Audifax, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, juillet.
- AUBRY P. et GAÜZERE BA. (2008), Histoire des dengues et des syndromes *dengue-like* dans l'océan Indien. *Bulletin de pathologie exotique*, n° 101, p. 130
- BARBIER M., PRETE, G. (2006), *Un regard sociologique sur la biopolitique des maladies émergentes et réémergentes*, Actes du colloque *Emergences 2006*, Paris, Octobre 2006, p. 130-139.
- BLATEAU A. et al. (1999), *Guide pour la surveillance de la dengue dans les départements français d'Amérique*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- BLONDIAUX L. (1998), *La fabrique de l'opinion. Une histoire sociale des sondages*, Paris, Seuil
- BORRAZ O. (2007), la gestion des risques sanitaire : mythes et réalités, L'Etat face aux risques, Paris, La documentation française, *Regards sur l'actualité* n°328.
- BREIMAN, RF. *et alii* (2008), Lessons from the 2006-2007 Rift Valley fever outbreak in East Africa: implications for prevention of emerging infectious diseases. *Future virology*, n°5, p. 411-417.
- BRETTES A. *et alii* (2001), Le cholera à Mayotte. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°8, InVS, p. 33-36
- CATTEAU C., SISSOKO D., GAÜZERE B.-A., AUBRY P. (2005), « Situation et enjeux sanitaires à l'île de La Réunion en 2005 », *Med Trop*, n°65, p. 515-524.
- CHATEURAYNAUD F. & D. TORNAY (2005), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, 476 p.
- COULANGES, P., *et alii* (1979). Dengue à La Réunion. Isolement d'une souche à l'Institut Pasteur de Madagascar. *Bulletin de la société de pathologie exotique*, n° 72 , p. 205-209.
- DELATTE, H. *et alii* (2008), *Aedes albopictus*, vecteur des virus du Chikungunya et de la Dengue à la Réunion : biologie et contrôle. *Parasite*, n°15, p. 3-13.
- DELUMEAU J., (1999), *La peur en occident*, Paris, Hachette
- DUHAMEL G., GOMBERT D., PAUPY C., QUATRESOUS I. (2006), *Mission d'appui à la lutte contre le chikungunya*, Rapport, IGAS/AFSSET/IRD/InVS, janvier.
- DUPUY J.-P. (2005), *Petite métaphysique des tsunamis*, Paris, Ed. Seuil, 106 p.
- DUPUY J.-P. (2002), *Pour un catastrophisme éclairé, quand l'impossible est certain*, Paris, Ed. Seuil, 216p.
- FAGHERAZZI-PAGEL H. (2007), *Maladies émergentes et réémergentes chez l'homme*.

Paris, CNRS, 77 p.

FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 324 p..

FLAHAULT A. et al. (2007), « Chikungunya, La Réunion et Mayotte, 2005-2006 : une épidémie sans histoire ? », *Santé publique*, vol. 19, Supplément n°3, p. 165-195.

FUMA S. et CHAN LOW, J. (dir) (2008), *Épidémies et pharmacopée traditionnelle dans l'histoire des îles de l'océan Indien*, Paris, L'Harmattan.

GARRETT, L. (1996), The return of infectious disease, *Foreign affairs*, n°1, p. 66-79.

GAÜZERE B.-A. (2007), *Infection à virus Chikungunya. Actualités basées sur l'épidémie de l'Océan indien*, Cours en ligne, Site Médecine tropicale, diffusion de l'enseignement de médecine tropicale. <http://medecinetropicale.free.fr/cours/chik.pdf>

GAÜZERE B.-A., AUBRY P. (2006), *Le Chik, le choc, le chèque. L'épidémie de chikungunya à la Réunion 2005-2006 en question*, Société de Pathologie exotique, Azalées Éditions.

GILBERT, C. (2007), Comment gérer les crises ? Les pouvoirs publics face à des risques polymorphes, *L'Etat face aux risques*, Paris, La documentation française, *Regards sur l'actualité* n°328

GODARD O., C. HENRY, P. LAGADEC, E. MICHEL-KERJEAN (2002), *Traité des nouveaux risques*, Paris, Gallimard Folio, 620 p.

GONZALEZ J-P., SALUZZO J-F., Vidal, P. (2004), *Les virus émergents*. Paris, Ird Editions, 188 p.

HOUSSIN D. (2007), L'épidémie de Chikungunya : un événement sanitaire sans précédent qui a fortement mobilisé les équipes de recherche, *Santé publique*, vol. 19, Supplément n° 3, p. 163-164.

IDELSON B. (2006), *Histoire des médias à La Réunion de 1946 à nos jours*, Le Publieur, Paris.

INVS (2004), *Surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et parasitaires à la Réunion, détermination et hiérarchisation des priorités par des professionnels de santé*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

INVS (2005), *L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation. Rapport d'un groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire*, St Maurice, Institut de veille sanitaire.

KLES, V. et alii (1994), Enquêtes sérologiques concernant les arboviroses à *Flaviviridae* sur l'île de la Réunion. *Bulletin de pathologie exotique*, n° 87, p. 71-76.

LAGADEC P. (2003), *La Gestion des Crises - Outils de réflexion à l'usage des décideurs*, McGraw Hill, 1991, version électronique 2003.

LIBAERT T. (2001), *La communication de crise*, Paris, Dunod, col . Les Topos.

LITS M., (2002), Espace public et opinion : de la presse écrite à Internet, in *SHS* n°129, juillet 2002.

LOMBARD J. (2006), *L'épidémie moderne et la culture du malheur*, Petit traité du chikungunya, Paris, l'Harmattan.

- LÖWY I. (2001), *Virus, moustiques et modernité. La fièvre jaune au Brésil, entre science et politique*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- METSELAAR, D. *et alii*, (1980), An outbreak of type 2 dengue fever in the Seychelles, probably transmitted by *Aedes albopictus*. *Bulletin de l'OMS*, n° 58, p. 937-943.
- Mora, B. (1979), *L'épidémie de dengue à l'île de La Réunion en 1977-1978*. Thèse Médecine n° 484, Bordeaux, 59 p.
- MORSE, S. (2004), Factors and determinants of disease emergence. *Revue scientifique et technique - Office international des épizooties*, n°2, p. 443-451.
- NAU, J-Y. (2006), Le chikungunya après la canicule. *Le Monde*, édition du 22/03/2006
- ORTH G., P. SANSONETTI (dir.) (2006), *La Maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, Paris, Edp Science, Académie des Sciences, coll. « Rapport science et technologie ».
- PARDIGON N. *et al.* (2006), La flambée du virus Chikungunya dans l'Océan indien : réflexions sur une arbovirose négligée, *Virologie*, vol. 10, n°1, p. 3-5.
- PETON KLEIN D., C. CHAIZE (2006), *Chikungunya, gestion d'une crise longue. Rapport de mission. Enseignements et propositions*, Ministère de la Santé, DHOS.
- RAOULT, D. (2005), *Les nouveaux risques infectieux. Grippe aviaire, SRAS, et après ?* Paris, Lignes de repères, 272 p.
- RATSITORAHINA, M. *et alii* (2008), Outbreak of dengue and chikungunya fevers, Toamasina, Madagascar, 2006. *Emerging infectious diseases*, n°7, p. 1135-1137
- ROMEYER, H. (2008), TIC et santé : entre information médicale et information de santé, *TIC et Sociétés, Vol 2, n°1, 2008, TIC et santé*, document en ligne : <http://revues.mshparisnord.org/ticsociete/>
- SALEM, G. (1998), *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Paris, Karthala, 360 p.
- SALUZZO J.-F., P. VIDAL, J.-P. GONZALEZ (2004), *Les virus émergents*, IRD Editions, Paris.
- SCHWARZ, T. *et alii* (1994), Hepatitis C and arboviral antibodies in the island populations of mauritius and Rodrigues. *Journal of medical virology*, n° 4, p. 379-383
- SISSOKO, D., *et alii* (2009), Rift valley fever, Mayotte-2007-2008 ». *Emerging infectious diseases*, n°4, p. 568-570.
- SISSOKO, D., *et alii.* (2008), Outbreak of Chikungunya fever in Mayotte, Comoros archipelagos, 2005—2006. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n°8, p. 780-786
- SISSOKO, D. *et alii* (2007), Epidémie massive de fièvre chikungunya à Mayotte, France en 2005-2006 : description à partir des résultats de deux enquêtes épidémiologiques. *Invs, Saint-Maurice, Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°48-49, p. 405-407.
- TOMA, B. & THIRY, E. (2003), Qu'est ce qu'une maladie émergente ? *Epidémiologie et santé animale*, n°44, p. 1-11.

VALLEE, J. (2008), *Urbanisation et santé à Vientiane*. Thèse de doctorat de l'université Paris X, 354 p.

WATIN M. et WOLFF É. (1995), "L'émergence de l'espace public à la Réunion : un contexte socio-historique singulier", *Etudes de Communication n° 17*, Bulletin du CERTEIC, Université de Lille 3, pp : 19-39.

ZELLER, H. (1998), Dengue, arboviruses and migrations in the Indian Ocean. *Bulletin de la société de pathologie exotique*, n°1, p. 56-60.

Liste des sigles

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
COGIC	Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises
CNR	Centre National de Référence
DDSC	Direction de la défense et de la sécurité civile
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DIREN	Direction régionale de l'environnement
DDE	Direction départementale de l'équipement
EID	Entente interdépartementale de démoustication
EFS	Etablissement français du sang
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INRA	Institut national de recherche agronomique
IRD	Institut de recherche pour le développement
INVS	Institut national de veille sanitaire
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PQR	Presse Quotidienne Régionale
PCR	Parti communiste réunionnais
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SSA	Service de santé des armées

Publications

IDELSON B. (2009 à paraître), Traitement médiatique et crise sanitaire. L'épidémie du chikungunya à La Réunion, *Déviante et comportement à risque. Du politique au médiatique : quels objets, quels concepts, quels dispositifs ?* Actes du colloque international 16, 17 et 18 décembre 2009, Université Paul Verlaine-Metz.

METZGER P., (2009 à paraître), L'épidémie de chikungunya, un problème de moustique ? C. Gilbert et E. Henry (dir), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Ed. La Découverte collection recherches, p 115-127.

TAGLIONI F., DEHECQ JC. (2009), L'environnement socio-spatial comme facteur d'émergence des maladies infectieuses. Le chikungunya dans l'océan Indien. *EchoGéo*, CNRS, n°9, juin

TAGLIONI F. (2009), Virus-sans-frontières : le chikungunya dans le sud-ouest de l'océan Indien et au-delà. Moullé, F. (dir.) : *Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. Paris, L'Harmattan, p. 257-275.

TAGLIONI F. (2009), "Chronique d'une crise sanitaire, économique et sociale. L'île de La Réunion face au Chikungunya". Paris, UMR Prodig, *Infogéo*, 13 p.

WATIN M. (2008), Polémique, rumeur et tension : aspects de la « crise » du chikungunya dans l'espace public médiatique réunionnais, *Épidémies et pharmacopée traditionnelle dans l'histoire des îles de l'océan Indien*, S/d S. Fuma et J. Chan Low, Universités de Maurice et de La Réunion, p 241-251.

Communications dans des colloques, séminaires

IDELSON B., (2007), L'épidémie de Chikungunya à La Réunion. Médias, opinion publique et pouvoirs publics dans la crise : Communication au colloque *Chikungunya et autres arboviroses en milieu tropical*, Saint-Pierre de la Réunion, 3-4 décembre 2007. Résumé in Bulletin de la Société de pathologie exotique, n° 5, décembre 2007 : 339.

METZGER P. (2007-2008), Participation aux 5 Séminaires *Risques et définition des problèmes publics : quelles perspectives de recherche ?* du Réseau interdisciplinaire sur les risques collectifs et situations de crise, CNRS - MSH Grenoble – MISHA Strasbourg.

METZGER P. (2007), La formulation du problème chikungunya, Atelier Formulation des problèmes publics, *Congrès National de l'Association Française de Science Politique*, Toulouse.

METZGER P. (2009), Le chikungunya : un problème de moustique ? Communication acceptée au *Congrès de la Société Française de santé publique* (octobre 2009).

TAGLIONI, F. (2007), Modérateur de la session *sur les apports des sciences humaines et sociales dans la compréhension du chikungunya*. Colloque international,

"Chikungunya et autres arboviroses émergentes en milieu tropical". Saint-Pierre de La Réunion, Décembre.

TAGLIONI, F. (2007), *Virus-sans-frontières : la crise du chikungunya dans le sud-ouest de l'océan Indien*. Colloque international, "Frontières, politiques de santé et réseaux de soins". Arras, Novembre

TAGLIONI, F. (2008), *La mise en scène de l'espace politique au cours des épidémies*. Colloque international, "L'espace politique : concepts et échelles". Reims, Avril

TAGLIONI, F. (2009), *Mondialisation et risques d'émergence des maladies infectieuses. L'exemple du chikungunya*. Colloque international, "Santé et mondialisation". Lyon, Mars

La base de données BDCHIK

Dans le cadre de ce projet de recherche, une base de données des articles de presse a été réalisée. En effet, pour mener à bien études et analyses, il était nécessaire de disposer d'une base de données documentaire comprenant tous les articles de presse locaux, régionaux et internationaux consacrés au chikungunya depuis le début de l'épidémie. La première version de cette base a été réalisée en collaboration avec l'ORS (Observatoire Régional de la santé). La deuxième version a été établie avec la collaboration de AxeDesign Web Agency.

La base documentaire BDCHIK comporte actuellement 4014 articles parus sur le chikungunya entre janvier 2005 et décembre 2006 dans 10 journaux de la presse réunionnaise, régionale et nationale. Il s'agit des journaux suivants :

JIR Journal de l'île de La Réunion (La Réunion)

Le Quotidien (Réunion)

Témoignages (La Réunion)

L'Express (France)

L'Express (Maurice)

L'Humanité (France)

La Croix (France)

Le Figaro (France)

Le Monde (France)

Libération (France)

BD CHIK permet d'effectuer des requêtes sur un ou plusieurs mots clés, et par date. Les réponses à ces requêtes peuvent être classées par pertinence et par date.

La base n'est disponible en ligne que pour les chercheurs de ce programme, les règles de la propriété intellectuelle ne permettant pas une mise en ligne ouverte au public de cette base.

Remerciements

L'équipe de recherche remercie les nombreuses personnes, à La Réunion, à Mayotte et en France Métropolitaine, qui ont bien voulu nous consacrer du temps et répondre à nos questions. Nos remerciements s'adressent en particulier à la Drass et la CIRE de La Réunion, à l'InVS, au Ministère de la santé et au secrétariat à l'outre mer, à l'Etat Major de protection civile à La Réunion, à la Direction générale de la sécurité civile, au service de santé des Armées, et aux hôpitaux de La Réunion.