

Chikungunya à La Réunion : regard anthropologique sur la mobilisation sociale

Nicole Vernazza-Licht,
anthropologue,
UMR 7300 Espace, université
de Nice-Sophia-Antipolis.

L'épidémie de chikungunya survenue à l'île de La Réunion en 2005-2006 a surpris par sa gravité (elle a provoqué 250 décès) et par son intensité¹ dans ce département d'outre-mer où les maladies tropicales semblaient maîtrisées²[1]. Elle a laissé les professionnels de santé et les populations relativement démunis face à l'absence de traitements appropriés.

À partir d'une recherche pluridisciplinaire³, menée dix-huit mois après le début de l'épidémie, sur l'attitude des populations, nous pouvons tenter d'expliquer et d'analyser la façon dont elles ont perçu l'épidémie, leurs réactions aussi bien individuelles que

collectives, ce qu'elles ont retenu de cet épisode et quel pourrait être leur niveau d'implication en matière de prévention pour faire face à une nouvelle menace.

Désespérés et dans l'incompréhension

Les propos recueillis⁴ comme les différents écrits relevés, en particulier dans la presse locale, montrent que confrontées à l'épidémie et en l'absence de traitement spécifique et de vaccin, les populations ont d'abord été désespérées et dans l'incompréhension face à la maladie qui touchait parents, amis et voisins en même temps. L'épidémie de chikungunya a donc constitué

« L'ÉPIDÉMIE DE CHIKUNGUNYA A CONSTITUÉ UN ÉVÉNEMENT COLLECTIF ET CRÉÉ UNE "COMMUNAUTÉ D'ÉPREUVE". »



L'ESSENTIEL

► En 2005, une épidémie de chikungunya touche pour la première fois l'île de La Réunion.

► Une enquête anthropologique réalisée dans la foulée permet de mieux comprendre les comportements de la population et la mobilisation sociale qui s'est mise en place, autant de connaissances qui permettent d'ajuster au mieux les stratégies de prévention.

un événement collectif et créé une « communauté d'épreuve ». Tout en cherchant des réponses à leurs multiples interrogations sur l'origine de la maladie, sur la responsabilité des uns et des autres dans sa propagation rapide, sur les risques notamment mortels pour tous et en particulier pour les femmes enceintes, les Réunionnais ont géré au quotidien la maladie mais également les conséquences sociales et économiques qu'elle entraînait.

Si l'action de l'État, en l'occurrence la Drass sur l'île, a été sollicitée, il faut noter aussi que les mesures de démoustication mises en place n'ont pas toujours été vécues favorablement du fait de l'utilisation de produits insecticides perçus comme dangereux, tant pour les habitants que pour la flore et la faune locales. Nombre de discours recueillis ont fait ainsi état de mécontentements et de diverses stratégies pour préserver les animaux familiers (tortues, volailles, oiseaux en cage, etc.) et les jardins.

L'habitat sur l'île est en effet encore largement composé de maisons individuelles, et le jardin constitue un espace de vie important pour la qualité de vie. L'arrosage se conjugue à l'humidité tropicale ambiante et rend propice les lieux de gîtes et le développement des moustiques vecteurs de la maladie. Les habitants sont très attachés à la luxuriance des jardins (nombreuses orchidées, plantes en pots, arbres fruitiers) comme à l'intimité qu'ils procurent et aux bienfaits qu'ils peuvent tirer des plantes aromatiques et médicinales qu'ils y font pousser [2].

Médecine curative et plantes médicinales

Bien que disposant sur l'île d'infrastructures sanitaires modernes, un fort pluralisme médical subsiste dans cette population multiculturelle. L'usage de plantes médicinales est largement partagé et se constate tant sur les marchés que par la fréquentation des différents tisaneurs ou encore plus familialement et traditionnellement dans les conseils et recettes des anciens.

Dans les récits sur leurs itinéraires thérapeutiques au cours de l'épidémie, si la consultation au médecin généraliste a été unanimement citée en premier recours, il faut souligner qu'en matière de comportements de soins, les populations ont largement conjugué les ressources disponibles⁵, en particulier dans la pharmacopée locale : traitements prescrits, kinésithérapie pour traiter les douleurs articulaires, usages de répulsifs jusqu'à épuisement des stocks dans les pharmacies et les magasins, consommation de diverses décoctions et infusions de plantes (cœur de cerises, cannelle, citronnelle, jus de noni pour stimuler les défenses immunitaires, zamal [cannabis] souvent utilisé en décoction pour calmer les douleurs, galabert, etc). Cet aspect nous semble intéressant à souligner parce qu'il témoigne de la richesse des ressources que la population a su utiliser pour affronter cette épreuve.

Les populations se sont ainsi adaptées, tant au niveau individuel pour gérer leur maladie ou celle de leurs proches qu'au niveau collectif. Deux ans après le début de l'épidémie, on pouvait ainsi constater que les messages diffusés par les autorités sanitaires, à travers les différents médias et les actions de mobilisation comme l'opération Kass'Moustik, relayées par les associations et les comités de proximité⁶, avaient été entendus. En particulier, nous avons pu observer qu'il n'y avait plus de soucoupes sous les pots de fleurs et que les habitants avaient pris

l'habitude de nettoyer l'arrière de leur maison et de couvrir leurs réservoirs d'eau pluviale de manière à empêcher les moustiques de pondre.

Fait scientifique et rumeurs

Toutefois, de nombreux habitants n'avaient pas clairement identifié leur niveau de responsabilité dans le fait d'avoir contracté ou non le « chik », l'attribuant le plus souvent à la chance et à leur capacité d'immunité personnelle, plutôt qu'à de potentiels comportements de prévention. Le discours sur le rôle du moustique continuait à se conjuguer à différentes rumeurs sur l'origine de l'épidémie, montrant surtout dans les populations les moins scolarisées et/ou âgées les limites de compréhension et les difficultés à faire persister des attitudes de prévention dans l'espace domestique⁷.

De même, malgré des campagnes d'information répétées et des opérations de proximité, notamment au moment de la Toussaint et à l'approche de l'été austral, les habitants se percevaient comme ayant une faible capacité d'action, en particulier dans le recours aux moyens de prévention dont ils reconnaissaient néanmoins l'efficacité (nettoyage des jardins, élimination des déchets, usage de moustiquaires, de répulsifs, d'insecticide, etc.) mais qui leur semblaient personnellement peu accessibles et/ou difficiles à utiliser au quotidien [4]. Ils témoignaient dans leur discours d'une volonté d'oubli peu propice à une implication de longue durée dans la prévention.

Capacités d'adaptation individuelles et collectives

Au total, on peut considérer que l'émergence du chikungunya à La Réunion a montré les rapports complexes qu'entretiennent généralement les populations confrontées à des maladies

« L'ÉMERGENCE DU CHIKUNGUNYA À LA RÉUNION A MONTRÉ LES RAPPORTS COMPLEXES QU'ENTRETIENNENT LES POPULATIONS CONFRONTÉES À DES MALADIES LIÉES À LEUR ENVIRONNEMENT QUOTIDIEN ET LEUR CAPACITÉ D'ADAPTATION SUR LE PLAN INDIVIDUEL ET COLLECTIF. »

liées à leur environnement quotidien et leur capacité d'adaptation sur le plan individuel et collectif [5]. Les médias, presse écrite mais surtout radios locales, ont joué un rôle important et en particulier en matière d'échanges d'informations et de conseils entre les habitants, créant ainsi une solidarité dans l'épreuve. Le fait d'avoir contracté le chikungunya a également eu un impact amplificateur dans la perception de la maladie comme dans sa gestion auprès des habitants et en particulier chez les professionnels de santé. Les médecins généralistes qui avaient eu le Chikungunya avaient par exemple une perception plus faible de l'efficacité des moyens de protection, qu'il s'agisse des répulsifs ou des actions mises en œuvre par les services de lutte antivectorielle [6]. Le milieu de vie a joué également un rôle dans la mesure où, dans ce contexte écologique spécifique que constitue le milieu tropical, l'attrait des Réunionnais pour leur jardin peut expliquer pour partie leur faible adhésion aux mesures de lutte anti-vectorielle lors de l'épidémie [7]. ■

1. Entre 2005 et 2006, 266 000 cas de chikungunya ont été recensés sur l'île de La Réunion, soit environ 35 % de la population contaminés en seize mois. Près de 2 200 patients ont dû être hospitalisés et 250 sont décédés.

2. Avec, en particulier, l'élimination du paludisme autochtone en 1979.

3. *Projet Anthro-MTV. Milieu de vie et santé : la gestion des maladies transmissibles vectorielles à La Réunion à partir de l'exemple du chikungunya.* Programme Santé-environnement et Santé-travail (SEST) 2006 de l'Agence nationale de la recherche.

4. Entretiens en face-à-face auprès de Réunionnais, de médecins exerçant sur l'île, d'acteurs publics pour l'enquête anthropologique et, à domicile, par des questionnaires en face-à-face et des observations de l'habitat, auprès de 415 ménages de la ravine des Cabris (1 267 personnes étudiées).

5. Notre enquête quantifiée à la ravine des Cabris (commune de Saint-Pierre) portant sur 1 267 personnes a montré que les malades ont eu, en moyenne, deux types de recours différents. La consultation auprès du médecin généraliste est le type principal de recours utilisé (93,1 %) ; les personnes interrogées ont ensuite cité, par ordre décroissant, les remèdes naturels (48,5 %) et, dans une moindre mesure, l'automédication par des médicaments (25,7 %), le recours au kinésithérapeute (18,1 %) et à la prière (17,4 %).

6. Cf. par exemple les « habitants sentinelles » de la commune de La Possession.

7. Les résultats des opérations de lutte menées en 2010 lors de la réémergence de la transmission autochtone du virus du chikungunya par *Aedes albopictus* sur l'île de La Réunion ont confirmé que l'implication de la population restait insuffisante [3].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Taglioni F. Chronique d'une crise sanitaire, économique et sociale. L'île de La Réunion face au Chikungunya. Paris : UMR Prodig, *Infogéo*, 2009 : 14 p. En ligne : http://infogeo.univ-paris1.fr/Fichiers/Descriptif_Articles/Chikungunya.pdf

[2] Soulancé D., Gaimard M., Bley D., Vernazza-Licht N. Lieux de vie et santé des populations : l'exemple du chikungunya à La Réunion. *Cahiers de Géographie du Québec*, 2011, vol. 55, n° 156 : p. 256-274. En ligne : http://www.cgq.ulaval.ca/textes/vol_55/no156/Som156.html

[3] Fohr G., Guille I., Dehec J.-S., Poli F., Baville M. *Évaluation de l'opération Kass'Moustik*. Saint-Denis : Drass, 2009.

[4] Ernst-Vintila A., Bley D., Vernazza-Licht N., Gaimard M., Soulancé D. *Maladies vectorielles transmissibles : représentations, comportements et implication personnelle en matière de santé et environnement après l'épidémie de chikungunya*, Communication au VI^e Congrès de psychologie de la santé de langue française. Chambéry, 12-14 janvier 2011.

[5] Vernazza-Licht N., Gruénais M.-E., Bley D., dir. *Sociétés, environnements, santé*. Paris : IRD éditions, 2010 : 364 p.

[6] Fenétrier E., Sissoko D., Vernazza-Licht N., Bley D., Gaüzère B.-A., Malvy D. Retour d'expérience des médecins généralistes deux ans après l'épidémie de chikungunya de 2005-2006 à La Réunion. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 2013, n° 106 : p. 193-200. En ligne : <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/131490193.pdf>

[7] Bley D., Vernazza-Licht N., Ernst-Vintila A., Gaimard M., Sauzade S., Soulancé D., *et al.* Savoirs, représentations et comportements des Réunionnais en matière de santé et d'environnement dix-huit mois après l'épidémie de Chikungunya [Poster]. XV^e Actualités du Pharo : Arboviroses tropicales. Marseille, 17-19 septembre 2009.