



## Les Cahiers d'Outre-Mer

Revue de géographie de Bordeaux

234 | Avril-Juin 2006

Varia

---

# L'épidémie de Chikungunya à la Réunion : une occasion de réfléchir au(x) paradoxe(s) insulaire(s)

Alexandre Magnan

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/com/396>

DOI : 10.4000/com.396

ISSN : 1961-8603

### Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

### Édition imprimée

Date de publication : 1 avril 2006

Pagination : 151-160

ISBN : 978-2-86781-414-3

ISSN : 0373-5834

### Référence électronique

Alexandre Magnan, « L'épidémie de Chikungunya à la Réunion : une occasion de réfléchir au(x) paradoxe(s) insulaire(s) », *Les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], 234 | Avril-Juin 2006, mis en ligne le 01 avril 2009, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/com/396> ; DOI : 10.4000/com.396

---

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

© Tous droits réservés

---

# *L'épidémie de Chikungunya à la Réunion : une occasion de réfléchir au (x) paradoxe(s) insulaire(s)*

Alexandre Magnan

---

## NOTE DE L'ÉDITEUR

### Note de l'auteur

L'auteur tient ici à remercier Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE pour ses conseils et son attentive relecture.

- 1 Tous les habitants de l'île de la Réunion le savent désormais, « Chikungunya » signifie « marcher courbé » en swahili. Ce nom fait référence à l'un des principaux symptômes de cette maladie, en l'occurrence des douleurs articulaires intenses pouvant durer, chez un individu par ailleurs ne présentant aucun autre problème grave de santé, une dizaine de jours. Si, pour certaines personnes, les conséquences ont été lourdes (une centaine de décès liés au virus, dont plusieurs feraient apparaître le Chikungunya comme cause directe), ces dernières sont à l'échelle de l'île davantage d'ordre économique.
- 2 De nombreuses inquiétudes s'installent donc sur place – et maintenant de plus en plus en Métropole – quant aux conséquences réelles et de long terme de cette arbovirose. Pour les habitants, la principale préoccupation tourne autour d'une question simple : peut-on mourir du Chikungunya ? Psychose ou état de fait, le problème aujourd'hui est qu'on connaît mal cette maladie tropicale et qu'il convient d'être prudent quant à la gestion de cette crise sanitaire <sup>1</sup>, la première d'une telle ampleur dans un Outre-Mer français.
- 3 Au-delà de cette situation des plus préoccupantes (près d'un quart de la population affecté), cet événement offre l'occasion d'une réflexion sur les liens qui se tissent entre santé, insularité et tourisme, en montrant notamment que la diversité des situations repose sur des paradoxes.

- 4 Aux côtés de l'arthralgie intense, une forte fièvre et des éruptions cutanées sont les deux autres symptômes caractéristiques du Chikungunya. Ce virus, du type arbovirus, est transmis à l'homme par un moustique, l'*Aedes albopictus*. La particularité de cet arthropode est que ses œufs
- « peuvent résister à la dessiccation durant plusieurs mois au sein des gîtes. Cette adaptation permet aux populations naturelles de se maintenir durant les périodes sèches. De plus, ceci rend possible le transport et la dissémination d'œufs dans une nouvelle aire géographique » (Duhamel et al., 2006, p. 5).
- 5 D'autant plus que cette espèce, la plus répandue à la Réunion, est capable de s'adapter à une multitude de gîtes larvaires : creux d'arbres, bambous, feuilles..., mais aussi vases à fleurs, boîtes de conserve, pneus... Cette caractéristique fait d'*Aedes albopictus* un adversaire extrêmement redoutable dans la mesure où sa nature lui permet d'être présent dans les espaces les plus anthropisés, et ce dans la majorité des îles du sud-ouest de l'océan Indien (Zeller, 1998). Enfin, si le virus a déjà été isolé chez certains mammifères (notamment des rongeurs et des singes), « l'homme est le réservoir le plus important en période épidémique » (Duhamel et al., 2006, p. 6). La situation à laquelle la Réunion doit aujourd'hui faire face est donc de taille.
- 6 La maladie a été décrite pour la première fois lors d'une épidémie survenue en 1952 sur les bords du lac Tanganyika, en Tanzanie. Elle a depuis été repérée dans l'ensemble de l'Afrique tropicale (Sénégal, Centrafrique, Angola, Ouganda, Zambie...) et dans l'Asie du Sud-Est (Inde, Sri Lanka, Vietnam, Cambodge, Thaïlande, Indonésie...). Des épisodes épidémiques surviennent régulièrement dans ces pays, comme ce fut le cas en Thaïlande dans les années 1970 (dernière épidémie en 1995), ou plus récemment au Sénégal entre 1996 et 1997 (Thonnon et al., 1999) et en Indonésie en 2003. C'est parce qu'aucun espace « développé » n'a jusque-là été victime d'un tel fléau que la communauté scientifique de nos pays se trouve relativement démunie. Il n'existe en effet à ce jour « pas d'études scientifiques robustes sur le sujet » (Duhamel et al., 2006, p. 6) et, par conséquent, ni vaccin, ni traitement curatif.
- 7 À la Réunion, les premiers cas ont été identifiés à la fin du mois de février 2005 chez des personnes ayant séjourné dans l'archipel voisin des Comores, dans lequel plus de 5 000 cas avaient été signalés entre les mois de janvier et mars précédents (CIRE Réunion-Mayotte, 2005 ; BEH, 2006). Si un peu plus d'une centaine de cas avait été répertoriée à la Réunion avant le mois d'avril, près de 150 l'ont été dans la seule semaine du 25 avril au 1er mai, et le premier pic épidémique officiel date de la deuxième semaine de mai, avec plus de 450 nouveaux cas. À ce moment, le nombre total de personnes ayant déjà contracté le Chikungunya s'élevait à 1 000, et il était de près de 3 300 à la fin de l'été austral. Une relative accalmie survint ensuite avec un taux moyen d'une centaine de nouveaux cas par semaine (total d'un peu plus de 4 000 cas à la fin du mois d'octobre) (CIRE Réunion-Mayotte, 2005). Mais naturellement, l'arrivée d'une nouvelle saison chaude et humide était porteuse d'une possible flambée épidémique. Près de 400 cas hebdomadaires étaient repérés en décembre 2005, pas moins de 5 600 au cours de la dernière semaine de janvier 2006, et plus de 20 000 à la fin du mois de février ! Le bilan faisait donc état entre fin janvier et début février 2006 de plus de 40 000 personnes ayant contracté le virus, dont plus de 80 % depuis la troisième semaine de décembre. À l'heure de la rédaction de ce texte, les sources officielles avancent un total de plus de 212 000 cas, soit environ 27 % de l'ensemble de la population de l'île. L'ampleur de la situation est d'autant plus problématique que près de 150 certificats de décès survenus depuis le début

du mois de janvier 2006 mentionnent le Chikungunya parmi les maladies ayant provoqué ou contribué au décès, même si l'infection n'a été biologiquement confirmée que chez une minorité.

- 8 Il convient enfin de préciser que les conséquences économiques de cette crise sanitaire sont importantes et relativement durables. Dans le secteur touristique, le Comité régional du tourisme avance le chiffre de près de 12 000 annulations de séjours en janvier/février et prévoit une réduction de 60 à 70 % de l'activité sur l'ensemble du premier semestre 2006 comparé à l'an passé, soit une évaluation de l'aide d'urgence estimée à plus de six millions d'e. Au-delà des hôtels, de nombreuses professions souffrent de la chute du flux touristique : les loueurs de voiture, par exemple, enregistrent une diminution de leur chiffre d'affaires de 30 à 40 %. Enfin, sur un plan plus général, la Caisse de sécurité sociale déclarait qu'à l'heure actuelle, 6 à 7 arrêts maladie sur 10, tous secteurs confondus, sont inhérents au Chikungunya.
- 9 Une nouvelle singulière a été relatée par les journaux au début du mois de février : le Chikungunya a fait son entrée en Martinique. Deux cas <sup>2</sup> y ont en effet été repérés de personnes ayant contracté le virus lors d'un séjour à la Réunion. Or, il semblerait que le moustique vecteur du Chikungunya soit également présent en Martinique, tout comme y est déjà bien installé son cousin *Aedes aegypti*, vecteur de la dengue. Nous n'avons cependant pas pu avoir davantage d'information au sujet d'éventuelles conséquences épidémiques. Notons également que le Ministère de la Santé de Polynésie française fait actuellement figurer sur son site un texte posant la question des « risques d'introduction du virus en Polynésie française ». Bien que le contenu en soit sommaire, ce texte dénote tout de même d'une réelle inquiétude, en tout cas d'une certaine vigilance, ne serait-ce que parce que les moustiques vecteurs de la dengue et du Chikungunya seraient présents sur certaines îles <sup>3</sup>.
- 10 De tels éléments amènent à poser la question du lien qui peut exister entre insularité et santé (Le Bras et al., 1984), d'une part, et entre migrations humaines et santé, d'autre part ; la convergence de ces deux axes incite à s'intéresser plus particulièrement au rôle indirect du tourisme international dans la propagation des maladies. Nous n'évoquerons pas ici son rôle direct – essentiellement constitué par le tourisme sexuel (très présent à Madagascar, par exemple) – et nous resterons concentrés sur les maladies de type arbovirose, autrement dit celles qui sont transmises par des moustiques, des tiques...
- 11 Les îles tropicales sont des lieux privilégiés du tourisme international. L'avion joue en ce sens un rôle majeur en transportant les personnes et, indirectement, en véhiculant les maladies (Amat-Roze, 2000 ; Amat-Roze, à paraître). L'histoire des conquêtes a montré que l'avion n'a pas été le seul support de diffusion des maladies, les navires des « grandes expéditions » des XVe et XVIe siècles l'ayant précédé dans ce domaine (Diamond, 1997), si bien que finalement, « mobilité et santé entretiennent un dialogue aussi ancien que l'histoire des hommes » (Amat-Roze, 2000, p. 1). Le transport aérien présente cependant la double particularité d'être à la fois plus rapide, autorisant de fait plus d'échanges entre deux lieux plus ou moins éloignés, et également de concerner, dans le cadre du tourisme, le transport spécifique d'hommes, de surcroît en relativement grand nombre depuis la mise en service des gros porteurs (Dacharry, 1983).
- 12 Ainsi, les espaces insulaires de la zone intertropicale, parallèlement au fait qu'ils sont potentiellement sujets à des épidémies du monde tropical – en l'occurrence ici les arboviroses comme le Chikungunya, mais plus encore la dengue et la fièvre jaune (Le Bras et al., 1984 ; Chastel, 1992 ; Zeller, 1998) –, ont été intégrés, plus ou moins récemment et

via le phénomène touristique, à un champ de relations internationales. Autrement dit, il y a progressivement eu rupture de leur isolement et démultiplication de leurs réseaux de relations, en même temps que l'avion a apporté une dimension de régularité et de fréquence relative dans les flux d'hommes, de marchandises et d'informations. La conjoncture contemporaine a ainsi largement favorisé l'accélération de la conquête par les virus de nouveaux territoires, parfois lointains les uns des autres (Amat-Roze, 2000), mettant notamment en lien épidémiologique les terres tropicales. Ce processus est très bien illustré par les deux premiers cas de Chikungunya repérés en Martinique et par les inquiétudes de la Polynésie française.

- 13 Il faut par ailleurs préciser que
- « les microbes ont mis au point diverses façons de passer d'une personne à l'autre (...). [Certains] attendent qu'un hôte soit absorbé par l'hôte suivant » (Diamond, 1997, p. 206),  
 mais d'autres choisissent un mode de propagation moins passif et s'immiscent dans la salive d'un insecte qui pique l'ancien hôte avant de s'envoler vers un nouvel hôte. Ainsi des moustiques, des puces, des poux ou des mouches tsé-tsé qui propagent respectivement le paludisme, la peste, le typhus et la maladie du sommeil » (*ibid.*, p. 206-207).
- 14 Le transport aérien a démultiplié les flux d'hommes, générant des phénomènes migratoires complexes parmi lesquels, dès les années 1950 dans la Caraïbe et dans les années 1970 dans l'océan Indien occidental, les mouvements de touristes. Le scénario est le suivant : une personne infectée sur son lieu de séjour – ou de vie dans le cas de migrations non touristiques – et devenue de fait porteuse du virus, le ramènera sur son lieu de départ à son retour <sup>4</sup>. Trois conditions peuvent ici être mises en avant qui concourent à ce qu'il y ait, sur le territoire d'origine de la personne, risque épidémique, c'est-à-dire risque de transmission du virus à d'autres hommes.
- 15 En premier lieu, il faut que la personne habite dans un espace présentant des caractéristiques climatiques ressemblantes à celles du lieu de séjour et, plus précisément, des conditions bio-écologiques répondant aux exigences de vie et de développement du vecteur. Globalement, il s'agit pour *Aedes albopictus* de conditions tropicales et d'une relative anthropisation. Cependant, des espaces non tropicaux comme les milieux méditerranéens pourraient être inquiétés, notamment à l'approche des saisons estivales <sup>6</sup>.
- 16 Une deuxième condition, intimement liée à la première, est que le vecteur du virus soit lui-même présent sur le territoire dans lequel habite la personne infectée (Julvez et al., 1998 ; Michault, 1998). À la Réunion par exemple, *Aedes aegypti* subsiste de manière ponctuelle sur la côte « sous le vent », alors qu'il a été complètement éradiqué du reste de l'île lors des campagnes antipaludiques des années 1949 à 1952. Or, « l'isolement géographique de ces gîtes rend rares les contacts homme-vecteur » (Duhamel et al., p. 5), ceci participant à limiter le risque d'une épidémie généralisée de dengue, par exemple. En revanche, *Aedes albopictus*, qui affectionne particulièrement les milieux urbanisés, est présent dans l'ensemble des zones littorales. En effet, les conditions topographiques de la Réunion ont imposé aux hommes d'installer villes et agglomérations principales dans « les Bas », zone des terres situées à moins de 500 m d'altitude et qui représentent environ 25 % de la surface de l'île. Par ailleurs, l'évolution générale des conditions de vie depuis la départementalisation (1946) a généré une croissante pression démographique dans les espaces urbains au détriment des « Hauts », plus ruraux, si bien qu'aujourd'hui,

- 80 % des habitants de l'île vivent sur les littoraux urbanisés, ce qui constitue un facteur extrêmement favorable à la prolifération d'un moustique comme *Aedes albopictus*.
- 17 Enfin, un troisième élément doit être invoqué qui est nécessaire pour qu'une épidémie se déclare et qui est davantage d'ordre temporel que contextuel. Il s'agit du facteur « saison ». Partons du principe qu'il existe une relation plus ou moins directe entre le nombre de personnes infectées par un virus et le nombre de vecteurs de celui-ci – schématiquement et bien qu'on ne puisse pas établir de rapport de proportion : plus il y a de moustiques, plus chaque personne a de « chances » de se faire piquer. Ainsi, les saisons chaudes et humides dans les espaces tropicaux sont-elles plus propices aux épidémies. Tenons-en pour preuve la flambée de cas de Chikungunya qui sévit depuis décembre 2005 à la Réunion. Notons néanmoins que le poids de ce facteur « saison » peut être considérablement renforcé par la nature même du vecteur considéré. En effet, la résistance des larves d'*Aedes albopictus* à la dessiccation fait que l'importation du virus en saison fraîche et sèche ne signifie pas que le risque épidémique soit nul. Toujours dans le cas réunionnais, si les premiers cas de Chikungunya ont été identifiés à la fin du mois de février, la propagation de l'épidémie ne s'est pas éteinte durant l'hiver austral (une centaine de cas nouveaux par semaine). Or, c'est probablement cette « latence » qui, en assurant le maintien d'une multitude de foyers, a été à l'origine de l'explosion du mois de décembre 2005, alors que tombaient les premières pluies de saison.
- 18 Enfin, d'autres éléments interviennent dans l'équation du risque épidémique, celui-ci étant « dépendant de la présence ou non de tous les maillons indispensables de la chaîne épidémiologique » (Michault, 1998, p. 1). Parmi ces autres facteurs, il en est qui relèvent d'aspects humains, schématiquement des conditions de vie et de leurs dimensions économiques, sociales (salubrité/insalubrité de l'habitat, niveaux d'éducation des populations...) et culturelles (systèmes de croyance 7, par exemple). Cette catégorie de facteurs est certainement l'une des plus délicates à identifier/caractériser/mesurer, bien que d'influence fondamentale en matière de risques de propagation, mais surtout de moyens de prévention et de lutte.
- 19 Dans le cas d'événements épidémiques survenant en contexte insulaire à partir d'une source exogène, il est un premier paradoxe à relever qui est tout à fait symptomatique
- 20 de la vulnérabilité intrinsèque des petites îles. Si les mobilités humaines sont un acteur contemporain puissant d'introduction de germes et de virus, le développement d'une épidémie agit en retour sur le fait touristique, plus précisément sur les flux de voyageurs, et plus précisément encore sur les perceptions qu'ont ces derniers du lieu de destination. La principale conséquence pour l'île d'accueil est une réduction plus ou moins drastique, selon l'ampleur du problème sanitaire et de sa médiatisation, des revenus liés à cette activité. L'impact sur l'économie est alors d'autant plus lourd et durable que le secteur touristique occupe dans nombre d'espaces insulaires un rôle majeur, voire prépondérant, en matière de dynamisme économique et d'emploi. Une logique de cercle vicieux s'engage alors, qui amène bien souvent les autorités locales à minimiser, d'un point de vue médiatique, l'ampleur des événements sanitaires. Ainsi peut être schématisée la fragilité des îles, de surcroît lorsqu'il s'agit de petits États en développement. Sur ce dernier point, un autre élément de réflexion paraît intéressant qui relève de la nature statutaire des îles et, plus globalement, de leur niveau de développement.
- 21 On peut émettre l'hypothèse que les îles qui sont intégrées à un pays riche, comme les Départements français d'Outre-Mer ou les dépendances britanniques, semblent plus menacées par le risque d'introduction d'un virus que les îles et archipels indépendants en

voie de développement. En effet, ces dépendances, si elles accueillent des touristes, sont aussi des foyers émetteurs dans la mesure où leurs populations ont globalement accédé à un niveau de vie relativement haut et que, de fait, elles disposent des moyens de se déplacer hors de l'île pour des périodes de vacances. C'est tout à fait le cas de la Réunion et des îles françaises de la Caraïbe, par exemple. En revanche, cela concerne beaucoup moins les petits États insulaires en développement, dont une masse plus importante de population ne bénéficie pas des ressources suffisantes ne serait-ce que pour prendre l'avion. Ces espaces sont donc avant tout des destinations. On peut ainsi formuler l'hypothèse qu'une telle différence s'avère être d'importance en matière de risques d'importation virale.

- 22 En effet, on peut supposer que rares sont les cas de touristes venant séjourner dans un pays alors qu'ils sont atteints d'une maladie à la fois grave, invalidante et transmissible, comme peuvent l'être les arboviroses. En revanche, le cas est bien moins rare de personnes ayant contracté une infection lors d'un séjour touristique, faute d'avoir usé de moyens de prévention efficaces ou faute de chance. Si bien que d'un point de vue strictement théorique et en restreignant l'analyse au facteur tourisme 8, il apparaît que les îles pauvres indépendantes courent moins le risque que les plus développées d'une importation d'arbovirus. Mais cette conclusion n'est que théorique et ne signifie en rien que le risque de développement d'une épidémie y soit moindre. En fait, et c'est là un second paradoxe de la relation santé/insularité/tourisme, ce risque est nettement plus élevé dans un contexte de pauvreté et de faible niveau d'éducation. Et ce parce que les populations locales de ces pays présentent le plus souvent des conditions médiocres d'accès aux médicaments et aux soins, tant pour des raisons économiques (faible pouvoir d'achat) que de structuration de l'offre en santé (manque de structures d'accueil, de professionnels, de cadres institutionnels et politiques...). En conséquence de quoi, les petits États insulaires en développement sont, à degré d'exposition égale, intrinsèquement plus vulnérables aux épidémies que les espaces « développés » d'outre-mer.
- 23 Tout le drame de la pauvreté, loin de ne concerner que les îles, réside en ces distorsions paradoxales entre théorie et réalité des processus socio-sanitaires.
- 24 L'ensemble de ces éléments amène donc à penser que la relation entre risque d'introduction virale et risque de propagation virale n'est pas systématiquement proportionnelle. La nature intrinsèque des territoires et des sociétés joue en réalité un rôle fondamental et, en ce sens, une approche géographique des problématiques sanitaires des espaces insulaires peut être riche d'enseignements.

---

## BIBLIOGRAPHIE

AMAT-ROZE J.-M., 2000 - Mobilité et santé, un constant dialogue sans cesse renouvelé. in : Conférence réalisée dans le cadre du Festival International de Géographie de Saint-Dié-des-Vosges sur le thème « Géographie et Santé » (<http://fig-st-dié.education.fr>).

- AMAT-ROZE J.-M., 2005 - Jeux d'interfaces et santé dans les espaces tropicaux : l'exemple de grandes dynamiques du monde contemporain. In : PAGNEY BENITO-ESPINAL F. et BART F., dir. - Les interfaces : ruptures, transitions, mutations (titre définitif non encore communiqué). Actes des XIes Journées de géographie tropicale (Martinique, 7-8 novembre 2005), 10 p. environ. (à paraître)
- BRÈS P., 1988 - L'action de santé publique dans les situations d'urgence créées par des épidémies. Organisation Mondiale de la Santé : Genève, 313 p.
- CHASTEL C., 1992 - Histoire des virus : de la variole au sida. Boubée éditions : Paris, 413 p.
- CELLULE INTERREGIONALE D'ÉPIDÉMIOLOGIE REUNION-MAYOTTE, 2005 et 2006 - Épidémie de Chikungunya à la Réunion. Rapports de situation des 02/11/2005, 23/01/2006, 01/02/2006 et 09/02/2006. CIRE, Documents de 5 pages (téléchargeables sur [www.orsrun.net](http://www.orsrun.net)).
- DACHARRY M., 1983 - Le transport aérien au péril des années 80.
- In : BEAUJEU-GARNIER J. et GAMBLIN A., dir. - Transports et mutations actuelles. Paris : CDU-SEDES, p. 5-46. (Dossiers des images économiques du monde)
- DIAMOND J., 1997 - De l'inégalité parmi les sociétés : essai sur l'homme et l'environnement dans l'histoire. Gallimard : Paris, 482 p. (coll. « NRF Essais », traduction française)
- DUHAMEL G., GOMBERT D., PAUPY C. et QUATRESOUS I., 2006 - Mission d'appui à la lutte contre l'épidémie de Chikungunya à la Réunion. Rapport n° 2006 012 pour le compte des Ministères de la santé et de l'outre-mer, 58 p. (téléchargeable sur [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).
- Infection par le virus Chikungunya à l'île de La Réunion. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2006, Numéro spécial du 31 janvier, 4 p.
- JULVEZ J., RAGAVOODOO C., GOPAUL A.R. et MOUCHET J., 1998 - Maladies humaines transmises par les culicidés dans les îles du sud-ouest de l'océan Indien. Bulletin de la société de pathologie exotique, 1 « Les spécificités bio-épidémiologiques de l'océan Indien », 5 p.
- LE BRAS M., DUPONT A., BOUCHEZ P. et SOOPRAMANIEN A., 1984 - Les îles et les grandes endémies tropicales. In : Nature et hommes dans les îles tropicales : réflexions et exemples. Actes du IXe colloque de la SEPANRIT (Bordeaux et Nouméa, novembre 1981). CRET-CEGET : Talence, p. 125-127. (coll. « Îles et archipels », 3)
- MICHAULT A., 1998 - Insularité et risques épidémiques à la Réunion. Bulletin de la société de pathologie exotique, 1 « Les spécificités bio-épidémiologiques de l'océan Indien », 4 p.
- THONNON J., SPIEGEL A., DIALLO M., DIALLO A. et FONTENILLE D., 1999 - Épidémie à virus Chikungunya en 1996 et 1997 au Sénégal. Virologie, n° 1965, 4 p.
- ZELLER H.G., 1998 - Dengue, arbovirus et migrations dans l'océan Indien. Bulletin de la société de pathologie exotique, 1 « Les spécificités bio-épidémiologiques de l'océan Indien », 5 p.

## NOTES

1.« Une épidémie de maladie infectieuse ou parasitaire désigne la survenue d'un nombre exceptionnellement élevé ou inattendu, pour le lieu et le moment considérés, de cas d'une maladie dont on sait ou dont on pense qu'elle est d'origine infectieuse ou parasitaire. (...)»

On considère qu'il y a risque ou menace d'épidémie lorsque, du fait de la conjonction de trois facteurs ci-après, on peut raisonnablement prévoir la survenue sous forme

épidémique d'une maladie donnée : a) une population humaine sensible ; b) la présence ou l'introduction imminente de l'agent pathogène ; c) la présence d'un mécanisme rendant possible la transmission à grande échelle (par exemple, approvisionnement en eau contaminée, ou population de vecteur).

Une situation d'urgence ne peut se définir que dans le contexte social, politique et épidémiologique où elle se produit, les circonstances spécifiques déterminant pour beaucoup l'urgence du problème, les mesures à prendre et la nécessité d'une aide extérieure. ». P. Brès (1988, p. 4).

2. Un troisième cas a été identifié le 10 février.

3. Plus surprenant encore, le sud de la France métropolitaine serait potentiellement menacé du fait de la présence d'*Aedes albopictus* qui a été « signalé depuis 2005 comme abondant dans plusieurs quartiers de Nice et de Menton », alors qu'en Italie, il « est devenu une véritable nuisance dans tout le nord du pays » : propos de D. Fontenille, Directeur de l'unité IRD R016 : Caractérisation et contrôle des populations de vecteurs. Le Soir, édition en ligne du 11 février 2006.

4. Rappelons en ce sens qu'une vingtaine de cas de Chikungunya ont été repérés au mois d'avril 2005 par les services sanitaires de Marseille chez des individus appartenant à la communauté comorienne (près de 70 000 personnes) établie dans la ville. Ces personnes avaient contracté le virus aux Comores ; pour autant, aucune transmission virale (de l'une d'entre elles à des personnes saines via un moustique présent sur place) n'avait été mise en évidence sur le sol marseillais.

---

AUTEUR

ALEXANDRE MAGNAN

Docteur en géographie, Chargé d'étude au Comité Régional d'Éducation pour la Santé, Réunion