

Zoé Vaillant, Caroline Muller 22 janvier 2009

La Mezzanine of London, 22 janvier 2009

Identité, enracinement, déracinement en Outre-mer : la vie de quartier à l'Ile de la Réunion

Zoé Vaillant, Université Paris 10 Nanterre.

Mon intervention est issue d'une thèse soutenue en 2006, qui entre dans une réflexion globale de géographie de la santé, avec plusieurs questions : en quoi le fait de vivre ici ou là change la santé ? Comment l'enracinement dans un territoire donné joue sur la santé ? Mon travail propose une interrogation sur le déracinement et l'enracinement, dans leurs rapports à la constitution de groupes identitaires.

La santé est ici comprise au sens large, dans le sens où la construction sociale du territoire est un déterminant de santé. L'étude est centrée sur le quartier de Rivière des Galets, dans la ville du Port. Comment le territoire contribue-t-il à la dégradation ou à l'amélioration de la santé ? Le « quartier » n'est pas compris comme un ensemble de caractéristiques physiques mais plutôt comme la manière dont les groupes sociaux investissent les espaces, et les conséquences sanitaires de cet investissement. Le quartier joue un rôle sur la santé, de la même manière que la bonne ou mauvaise santé modifie les rapports à l'espace du quartier. Il s'agit donc d'une étude micro-locale.

L'approche est collective, autour de la question du ressenti des groupes étudiés. « Comment se sent-on ? » La construction du sentiment de soi, construction identitaire qui émane du territoire, est porteuse de bonne ou mauvaise santé. Il faut donc analyser les modes d'appropriation du territoire, leurs différences selon le genre, la qualité des relations collectives, les façons locales de recourir au soin qui divergent d'un groupe à l'autre.

Ma méthode a consisté en une « observation participante », empruntée à l'anthropologie : le chercheur est en immersion totale dans le territoire étudié. Cela m'a conduit à passer 5 mois dans le quartier dans le cadre d'un séjour de 3 ans sur l'île. J'ai fréquenté une association de suivi et d'accompagnement des malades alcooliques où les personnes malades que j'ai rencontrées m'ont peu à peu introduite dans leur famille. J'ai donc noué de proche en proche de nombreuses relations amicales qui m'ont permises d'observer les personnes dans leur quotidien et de relever des éléments de leurs paroles sur lesquels je m'appuie dans cette analyse.

Parallèlement j'ai mené des entretiens plus formels avec tous les acteurs jouant un rôle dans le quartier : animateurs, instituteurs, curé, commerçants, professionnels de santé, collégiens, mais aussi les mères d'enfants en bas âge fréquentant la maison d'accueil parents-enfants, afin de reconstituer leur vision du territoire et leurs usages. L'objectif ici est de vous montrer comment, au creux et en creux des mécanismes d'élaboration du territoire au et du quotidien, se niche une dépossession de soi qui a des effets sur la santé. Ma présentation se fera en trois temps. Tout d'abord, une présentation des modalités historiques, sociales et spatiales de

construction du quartier. Ensuite, les relations collectives au sein de ce quartier. Enfin, l'impact sanitaire de ces éléments.

On peut donc commencer par les modalités historiques et sociales de la constitution du quartier. Rivière des Galets s'est créé après 1848 et l'abolition de l'esclavage. Ce quartier, marqué par la pauvreté, cumulait, et cumule encore aujourd'hui les difficultés. Les premiers habitants étaient des esclaves venus des plantations, qui se sont installés sur le site actuel proche d'une rivière. Parallèlement, un port de marchandises s'est mis en place. On a donc vu émerger des éléments qui ont forgé l'identité du quartier : le travail au port, des valeurs politiques partagées, le bidonville.

L'ancrage des habitants dans la société reposait sur leur participation au système productif par le travail : bien que très pauvres, les habitants avaient une place dans le système productif français et un ancrage politique de classe. En effet, le bidonville a été le point de départ des luttes ouvrières de l'île, le lieu où la prise de conscience politique s'est faite en premier, et qui a structuré les luttes dans les autres zones de l'île. Cela a donc fondé à la fois une appartenance à la ville et une appartenance « de classe ».

Le bidonville est excentré, éloigné du port. C'est un espace où les relations familiales et sociales sont imbriquées et répondent à des nécessités précises : le regroupement en nombre permet une filiation, une mémoire de l'occupation du sol, qui donne une forme de légitimité à la présence des habitants contre la menace d'expulsion puisqu'ils n'ont pas de titre de propriété du sol. Il existe une solidarité, une culture du « rond de cour » : plusieurs familles regroupées dans des cases autour d'une même cour pour unir les efforts autour de cultures et d'un petit élevage vivriers. L'identité du quartier s'est donc forgée à partir de ce partage de l'espace et des pratiques liées au bidonville et sur le partage d'une condition et d'idées politiques, le quartier ainsi que la ville étant un bastion du parti communiste réunionnais.

Dans les années 80, la hausse structurelle du chômage a entraîné une dégradation du lien avec le système productif, et de la place des habitants dans la société. Les nouvelles générations ont hérité de cela, avec un taux de chômage d'environ 35% au niveau de l'île et qui atteint un niveau très élevé dans certains quartiers comme à Rivière de Galets où en 1999, 74% des femmes et 57% d'hommes étaient au chômage. Le chômage des 16- 25 ans ne faisant pas d'études était en 1999 de 77% pour les femmes et de 74% pour les hommes. Ce chômage structurel a provoqué une rupture des liens et dans ces conditions, le Revenu Minimum d'Insertion mis en place en 1988, n'a pas joué son rôle de tremplin pour l'insertion. Le statut de bénéficiaire du RMI est devenu un statut à part entière. Le quartier est passé d'une situation de pauvreté à une situation de forte fragilisation pour ne pas dire d'exclusion sociale. Le sociologue Robert Castel a parlé à ce sujet d'une « désaffiliation », se caractérisant par une inemployabilité, un isolement social croissant dont un des indicateurs est la délinquance. Certains jeunes hommes n'ont ainsi pas de statut avant 25 ans, âge auquel ils peuvent prétendre au RMI.

Face à cela, la mairie et les bailleurs sociaux ont lancé une opération de RHI (résorption de l'habitat insalubre) en 1989, qui a porté sur la moitié du quartier, soit environ 3000 habitants : les cases ont été remplacées par des immeubles de logements sociaux. Paradoxalement, l'opération a été perçue par les habitants comme une dépossession d'eux-mêmes, sociale et spatiale. L'action de la mairie a eu l'effet inverse de celui escompté : en proposant des logements « dignes » à la place des taudis pour amener un bien être, elle n'a pas pris en compte la complexité sociale. En effet, l'immeuble est l'habitat type de la rationalisation de

l'espace, de la rentabilisation du foncier et en cela, il accompagne l'émergence de la société urbaine. On a ainsi donné à ce quartier les attributs de la société urbaine dominante, son « enveloppe » sans que cela corresponde à des changements effectifs, à une intériorisation des modes de vie urbains liée à l'insertion dans cette société par le travail. La RHI a finalement renvoyé aux habitants l'image de leur place dans la société, a symbolisé leur dépossession. C'est ce que j'ai appelé la « contrariété ». C'est sur ce fond que s'élabore le territoire.

A travers les paroles et représentations des habitants, on saisit les traces d'un malaise. Le quartier devient un espace de repli ambigu. L'ancrage y est très fort, par l'inter-connaissance, la filiation, la faible mobilité géographique (peu d'ascension sociale donc peu de départs), par la sectorisation des structures scolaires (les établissements sont dans le quartier) mais aussi grâce à une vie paroissiale et associative riche soutenue par la municipalité. Les saluts dans la rue, sources de plaisir, sont de véritables codes sociaux signes d'une intégration sociale dans le quartier. On trouve dans le quartier des sources de soutien, de solidarité. Le « liant » social est très fort, construit notamment par de grands événements comme des journées de prévention, des kermesses, des démonstrations des activités d'associations : il s'agit d'une émulation vitale qui donne aux habitants un sentiment de fierté. L'enracinement dans le quartier est alors fortement et positivement pourvoyeur d'identité.

Le malaise émerge quand le quartier devient l'horizon exclusif : la promiscuité, l'alcoolisme, des relations familiales difficiles débouchent sur des conflits. La concentration familiale devient ambiguë car le foyer finit par porter une angoisse, et par entraver. Le « la di la fé » (qu'en dira-t-on ?) est un véritable phénomène qui peut enrayer le contrôle de sa propre vie. Le quartier devient anxigène : on s'étudie, on se jalouse, une jalousie malfaisante que les habitants appellent « malice ». La superstition entre alors en scène avec des rites particuliers destinés à éloigner cette jalousie (accrocher un foulard rouge au portail). Cela oblige à une vigilance constante et ambiguë, y compris avec sa famille et ses voisins. La pratique quotidienne du quartier est donc marquée par le manque de confiance : l'enracinement est perturbé par la persistance d'une angoisse inscrite dans les rapports sociaux constitutifs du territoire.

Les rapports hommes/femmes en constituent un exemple révélateur. Ce sont des groupes strictement séparés selon, semble-t-il, des règles tacites : l'espace de la case ou de l'appartement est celui de la femme, du fait de son « rôle social » de mère. Au-delà de la domesticité liée au statut, ceci est une réponse à une peur qui s'élabore et se nourrit au quotidien notamment en rapport avec l'appropriation masculine des espaces extérieurs. Les hommes ne s'investissent pas dans l'appartement et occupent les espaces extérieurs (trottoirs, bancs...), regroupés autour des débits de boisson (boutik). Cette présence physique en groupes exerce un pouvoir et induit des stratégies d'évitement par les femmes qui assimilent ces groupes à des dangers potentiels (bagarres, violences). Ainsi, ils inspirent de la crainte aux passantes, et l'intimidation qui s'impose à la femme se traduit dans l'espace par un changement de trajectoire, par exemple.

Il est intéressant de voir que ce n'est pas le groupe d'hommes, le masculin en lui-même qui provoque la peur : en effet, le regroupement de la « Source Blanche », un terrain de pétanque fréquenté par des hommes qui se sèvent de l'alcoolisme, n'inspire pas de crainte ; les hommes et les femmes s'assoient côte à côte. Ce n'est donc pas l'homme qui effraie mais la nature du lien qu'il entretient avec l'espace du groupe masculin. Le groupe de la Source Blanche a une fonction sociale qui est la lutte contre l'addiction, et ce projet, rattachement positif au monde social joue comme une sorte de « vêtement » protecteur, qui envoie une image de tranquillité

et permet de se parler. De même ce n'est pas non plus la présence à elle seule de la substance alcool ou zamal qui inspire la peur, puisque devant une terrasse de café à St-Gilles-les-Bains, (station balnéaire voisine), occupée par des hommes qui ne boivent pas moins, le sentiment est complètement différent. Ce n'est donc pas l'alcool qui inspire la peur. Le même acte extérieur prend un sens différent selon qui boit et où. Ce qui est perçu et effraie, c'est donc bien les enjeux sociaux compris derrière ces groupes, qui rendent si important pour un homme d'être à cet endroit là : la recherche d'une intégration, d'une affiliation sociale au quartier, à défaut d'une intégration au monde social dominant, par le travail. La codification des usages devenus des normes, identifiées comme des traits culturels (« C'est comme ça ici ») cache une mécanique élaborée de compensation face à un dysfonctionnement social, à un malaise. Cela a des conséquences effectives sur l'état sanitaire des habitants, notamment sur les modalités de l'accès aux soins.

Les modalités de recours aux soins sont complexes. Certains modes de fonctionnement du quartier enrayent l'accès au soin, malgré une offre sanitaire complète et tout à fait accessible, bien articulée aux structures du centre. Mais l'appropriation de cette offre pose problème pour les habitants. En voici trois exemples intéressants.

Tout d'abord, l'alcoolisme bien qu'il soit un problème collectif et flagrant dans le quartier, est, par l'habitude, devenu tabou : ce problème n'est donc plus perçu comme un problème mais comme une caractéristique du quartier, une habitude. La formulation de besoins de soins supposerait alors une prise de conscience collective du fait que l'alcoolisme est une maladie traitable, prise de conscience qui permettrait d'ouvrir une trajectoire thérapeutique. Or, la formulation du besoin n'a pas de légitimité dans le quartier, même si une instance de formulation existe (Tchao La Rak). Le travail de légitimation de la parole que fait cette instance montre justement toute la force et l'importance du tabou collectif et de ses conséquences en matière de santé. Un autre exemple qui montre que l'offre de soins ne fait pas le recours. Les médecins ont constaté que seule 5% de leur patientèle est masculine. Les hommes envoient les femmes à leur place, refusent de voir le médecin. Les rares hommes qui viennent consulter sont des sportifs qui tirent une valorisation sociale de leur activité. Cette fierté permet une inscription et une valorisation sociale réelle. Un principe actif derrière le recours au soin, est bien la valorisation sociale et la conscience de la place qu'on occupe dans le spectre social. Quand la valorisation sociale manque, la distance à la sphère de soins s'élargit. La présence d'une offre de soins ne fait pas la bonne santé.

Enfin, le recours aux soins ne fait pas forcément la santé. Les femmes semblent recourir aux soins de façon compulsive comme pour répondre à une angoisse, sans jamais parvenir à satisfaction puisqu'elles reviennent sans cesse, de sorte que le recours finit par ressembler à un rituel conjuratoire renvoyant à une angoisse collective profonde plus qu'à un échange pourvoyeur de santé ou d'une marge d'action pour la santé. Le malaise qui se nourrit dans le territoire se prolonge dans le cabinet médical et a donc des effets négatifs sur la santé et sur un système sanitaire pourtant excellent.

Finalement, le malaise qui correspond à une dépossession de soi est niché dans le territoire dans lequel il trouve des moyens de se perpétuer.

Débat

1 Vous avez parlé de « territorialité du repli ». Pourtant, il ne s'agit pas de populations immigrées, il existe un certain enracinement. Quel est le sentiment d'appartenance, de

territorialité qu'ils entretiennent avec le reste de l'île ?

Il y a une ambiguïté : ce sont des gens du coin qui se vivent comme des déracinés car l'esclavage, même passé, est leur histoire fondatrice, et la ligne de rupture sociale, entre groupes sociaux, se situe en fait à ce niveau là : le fait d'avoir connu ou pas ce déracinement. C'est paradoxal puisque ce sont eux, les « vrais » Réunionnais, qui sont déracinés. Mais c'est un déracinement originel : une perte de la langue, des mythes, des éléments psychiques fondateurs. Le sentiment de territorialité existe au niveau de l'île mais il est en quelque sorte « fantasmé », mythique : ils ne connaissent pas vraiment leur île, (ceci n'est pas une spécificité locale, il est avéré que plus les populations sont touchées par la précarité, la pauvreté plus l'étendue de leur espace représenté et pratiqué est réduite). Aujourd'hui, ils commencent à faire ce qu'ils appellent des « tours de l'île » : ils louent des bus et vont pique niquer dans les autres espaces. Mais globalement, il y a une méconnaissance. Par contre, ils récupèrent et reprennent à leur compte des discours laudatifs de type touristique ou publicitaire, ainsi que l'image du métissage (la « grande famille ») même s'il existe un cloisonnement social énorme.

2 Quel est le rôle de la « magie » que vous avez évoquée vis-à-vis de la maladie ?

L'accès à ce type d'information est très difficile, les pratiques sont gardées secrètes. Les usages et croyances restent vivaces. On utilise des antidotes, des herbes, des formes de médecine traditionnelle auxquelles ils ont recours en complémentarité avec le système officiel. Mais cela reste tabou et caché. On voit également l'émergence de sectes comme « Salut et guérison », qui usent d'incantations pour « guérir » leurs membres, par exemple. Moins qu'un contrepoint au système officiel, c'est plutôt un révélateur et un « récupérateur » des problèmes sociaux, psychiques, individuels.

3 La situation sociale s'est elle dégradée avec le chômage ou existait-il une situation préalable encore plus difficile ?

La souffrance de ces gens est ancestrale. Je ne sais pas si l'on peut mesurer cette souffrance et l'exprimer en « pire » ou « mieux » qu'avant. On peut par contre voir comment elle s'inscrit et se nourrit dans le contexte social. Parfois, les structures urbaines, ce qu'on appelle « progrès » est mal vécu. Les gens perçoivent une dégradation de la situation là où on voudrait y voir une amélioration. J'ai même entendu certaines personnes regretter l'esclavage et ses cadres stricts de pensée !

4 L'attitude fataliste face à l'alcoolisme est-elle la même pour d'autres pathologies ? Cette attitude se retrouve-t-elle lors d'événements extraordinaires de santé ? (épidémie du chikungunya par exemple) Y a-t-il alors une acceptation, un changement d'attitude vis-à-vis du système de soin ?

Je ne sais pas, je n'ai pas eu l'occasion de vivre ce type d'événements sur l'île. J'ai quitté l'île en 2005 au moment de la grande épidémie de chikungunya et je n'ai pas encore dépouillé la littérature analysant cette crise qui commence seulement à sortir. Par contre, j'ai noté une grande passivité face à des pathologies comme le diabète. Certaines infirmières m'ont rapporté qu'il leur semblait que la personne malade se soignait pour leur faire plaisir à elles considérées comme faisant presque partie de la famille puisqu'elles viennent tous les jours pour les injections d'insuline. Il existe peut-être une posture d'abandon face à la maladie.

5 Vis à vis de la santé des enfants, le fonctionnement est-il le même ou le recours au soin est-il plus classique ? Qu'en est-il de l'école comme ancrage territorial ?

L'école est un pivot de la vie du quartier, avec ce qu'on pourrait appeler des « mouvements pendulaires » à l'heure de l'entrée et de la sortie des classes. Elle rythme la vie du quartier. D'un point de vue sanitaire stricto sensu, elle est essentielle notamment pour la médecine

scolaire qui visite tous les enfants de 6 ans, dépistage des problèmes de santé bucco-dentaire, de poids, de vue, de langage etc., même s'il y a ensuite des problèmes de suivi des orientations données par les médecins scolaires. Le fait d'aller chez le médecin est un repère courant, ancré dans le quotidien, c'est devenu comme une norme. Mais, en dépit de la co-présence régulière enfants/médecins, il n'y a pas forcément une observance du traitement prescrit, ni même un dialogue constructif. Le problème ne se règle pas forcément. Par exemple, les médecins voient des patientes obèses toutes les semaines, sans que celles-ci ne changent d'habitudes alimentaires. Il existe un hiatus entre le médecin et les femmes.

6 Comment se passent les dialogues entre patients et personnel de santé, existe-t-il un problème linguistique du fait de la coexistence du créole et du français ?

La plupart des hommes que j'ai rencontrés notamment dans l'association Tchao La Rak ne parlent que créole, ne s'expriment pas en français, ils n'ont pas véritablement investi cette langue. Il y a donc un problème de barrière linguistique qui entrave l'échange avec le médecin. Souvent, ils restent muets dans le cabinet médical puis s'expriment à l'association de quartier où l'on parle créole. Certaines personnes ne s'expriment pas à cause de la dissymétrie du rapport de forces des langues. Quelquefois, ils se font accompagner par un animateur qui joue le rôle de traducteur.

7 Quels sont les dispositifs publics et les politiques de la ville par rapport à ce quartier ?

La municipalité est dynamique, très présente, soutient beaucoup les associations. Il existe de nombreuses structures de loisirs, comme un cinéma, une bibliothèque, une maison de quartier. Mais un hiatus persiste entre les habitants et les institutions : quelquefois, les structures proposées ne trouvent pas de clients.

8 Quel est le regard des élus sur ce quartier ?

Ils sont très représentés dans les fêtes et événements, se sentent très concernés. Le problème réside dans des formes de clientélisme, car ils ont la possibilité d'attribuer des « contrats emploi solidarité » dans un contexte où le travail est rare. Ils ont donc une posture ambiguë. Ils doivent conserver un recul tout en étant concernés, les réponses individuelles aux demandes étant impossibles. L'équilibre se fait donc entre soutien et distance.

9 Les acteurs publics perçoivent-ils cet espace comme un territoire à administrer ou comme un problème à gérer ?

Les deux. La DRASS finance les associations mais ne sait pas toujours ce qu'elle finance ! Ils ne connaissent pas la réalité du terrain. Cela se voit dans les politiques de lutte contre l'alcoolisme : les associations sont financées mais ne sont pas pérennes quand bien même le problème est érigé en priorité régionale de santé publique. Il y a un écart entre le dispositif institutionnel et la réalité. Mais cela dépend aussi des acteurs, cela repose souvent sur la bonne volonté des gens. Par exemple, la municipalité reconnaît le collectif du quartier comme un acteur important. La position globale n'est donc pas celle de l'indifférence mais plutôt celle de l'impuissance.

10 Avez-vous restitué vos travaux auprès des habitants ?

J'ai fait une restitution auprès des acteurs locaux mais les habitants ne sont pas venus. Les acteurs locaux ont trouvé dans mon travail des clés de compréhension, bien qu'il ait naturellement été perçu comme une forme « d'agression », un constat difficile à admettre. De plus, d'autres éléments empêchent une réflexion globale. Par exemple, la question du statut politique de l'île est impossible à poser : le tabou est très profond. Ils gardent des structures de pays du sud, avec des niveaux de vie artificiels.

11 Quel est le rapport des habitants à la métropole ? Pouvons-nous faire une comparaison avec l'île Maurice ?

La Réunion est assez coupée de sa région indioocéanique, même si une prise de conscience est en cours. Les Mauriciens, devenus indépendants, sont très fiers d'être sortis de leurs héritages coloniaux et raillent quelque peu la Réunion sur son attachement viscéral à la Métropole. Les deux situations sont différentes.

12 Quel parallèle peut-on effectuer avec des structures de la société métropolitaine ? J'ai reconnu dans vos travaux le quartier du Neuhof à Strasbourg (ZUS)

En effet, le type de fonctionnement mis en évidence à propos de ce quartier Rivière des Galets n'est pas spécifique à cet espace, les logiques repérées sont transposables partout. Je pense qu'il pourrait y avoir un intérêt certain à lire la métropole à partir des DOM, et non comme toujours l'inverse.

13 La société de la Réunion est une société plurielle mais donne pourtant une impression d'unité. Existe-t-il des problèmes de communautarisme ?

Tout dépend ce qu'on appelle communautarisme. Si c'est extraire un pan particulier, a fortiori ethnique ou culturel, des multiples facettes qui font une identité pour l'ériger en facteur de regroupement et élément de reconnaissance politique d'un groupe, alors on ne peut pas vraiment dire qu'il y a ce cas de figure à Rivière des Galets. On trouve ce phénomène au niveau de l'île notamment dans l'est où on voit l'émergence d'un « renouveau » tamoul, d'une communauté qui se constitue sur la base d'une indianité (en reprenant entre autres des danses, des traditions, une religion etc.) pour constituer une certaine force politique. A Rivière des Galets, il y a des formes de revendications « Rivière des Galets » notamment des jeunes mais peut-on appeler cela du communautarisme, même s'il peut s'agir d'un repli social ?

14 La composante urbanistique peut-elle améliorer les choses et changer les relations entre les gens ? Quels sont les projets d'urbanisme ?

L'habitat traditionnel consiste en une case, une cour et un barreau (portail). Du coup, les habitants ont transposé leurs usages dans les immeubles de la RHI, dans les logements « clé en main ». Aujourd'hui, suite à l'échec relatif de la RHI, et pour la deuxième RHI à venir on veut aujourd'hui associer les gens aux mesures qui les concernent et notamment à la définition, l'agencement de leur logement, pour recréer le sentiment d'appropriation de l'espace.

Compte rendu : Caroline Muller (relu et amendé par Zoé Vaillant)