

Manger et se soigner : entre manques et excès

Maryvette Balcou-Debussche

► **To cite this version:**

Maryvette Balcou-Debussche. Manger et se soigner : entre manques et excès. Wolff, Eliane and Watin, Michel. La Réunion, une société en mutation, *Economica*, pp.187–210, 2010, 978-2-7178-5403-9. <hal-01226686>

HAL Id: hal-01226686

<http://hal.univ-reunion.fr/hal-01226686>

Submitted on 7 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Manger et se soigner : entre manques et excès

Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE

En un peu moins d'une génération, les façons de manger, de se déplacer et de se soigner ont considérablement changé à La Réunion, bouleversant ainsi les rapports de la population à la nature, au corps, aux pouvoirs religieux, au monde médical, à la santé et aux maladies les plus courantes. Nombreuses et complexes, ces transformations ont modifié la nature et les quantités d'aliments tout autant que les façons de se procurer et de stocker la nourriture, de cuisiner, d'accorder du temps à la préparation des repas, de les prendre en famille, à la maison, en collectivité ou au restaurant. Dans le domaine des soins, quelques dizaines d'années ont suffi pour que l'on passe des pratiques thérapeutiques au domicile ou en proximité à une prise en charge médicalisée et souvent technicisée des malades au sein de l'institution hospitalière.

Ces transformations sociétales ne se sont pas produites sans que les Réunionnais transforment aussi les voies par lesquelles ils négocient leur appartenance à la famille, à leur culture, à la société réunionnaise et au monde. La diversité des pratiques alimentaires, la pluralité des recours thérapeutiques et la complexité des rapports aux pathologies auxquelles la population est confrontée aujourd'hui constituent dès lors une voie privilégiée pour comprendre comment ces changements ont affecté les individus et les organisations sociales, touchant en même temps aux processus de construction identitaire.

Dans une première partie, on présentera la toile de fond sur laquelle se cristallisent les principaux changements qui modifient le paysage social d'ensemble depuis quelques décennies. La deuxième partie questionnera l'écart entre le modèle véhiculé par la société dite « moderne » et la complexité des réalités ordinaires à travers des pratiques alimentaires qui oscillent entre la valorisation d'un patrimoine partagé, les affirmations identitaires et les marquages sociaux. La troisième partie montrera que cette distance nourrit aussi les différenciations d'accès aux recours thérapeutiques, notamment du fait de décalages persistants et d'incompréhensions entre des professionnels de santé qui appartiennent à un monde socialement favorisé et des malades qui se retrouvent souvent dans l'exact contraire.

Enfin, ce sont les pathologies les plus marquantes (les maladies chroniques, le chikungunya) qui seront analysées en tant qu'événements sociaux. Cependant, et malgré l'abondance de recherches, certaines populations et thématiques ont encore été peu étudiées¹. La présence de zones d'ombre qui subsistent invite donc à lire ce chapitre en tenant compte de ces limites.

1.- Mutations sociales et différenciation des pratiques

Les années 1970 sont caractérisées par une arrivée massive de fonctionnaires métropolitains et un désenclavement de l'île qui intensifie les contacts avec l'extérieur. La qualité des logements s'améliore en peu de temps, avec une couverture qui devient rapidement effective en eau, en électricité et en téléphone pour la très grande majorité des foyers. Les villes se développent et concentrent des catégories sociales nouvelles composées de fonctionnaires, de professionnels libéraux et de commerçants. La classe moyenne émergente met en exergue de nouvelles valeurs, normes, façons de faire et d'être en même temps qu'elle « déterritorialise » les relations sociales qui se déplacent du *kartié*² à l'espace urbain (Watin, 2002). Le processus d'acculturation s'exerce ainsi à travers deux voies principales : les apports matériels (les voitures, le réfrigérateur, la télévision) et les transferts symboliques (les médias, la mode, les coupes de cheveux et vêtements de marque) qui constituent des modèles dominants pour les insulaires (Ghasarian, 2009). L'ensemble de ces changements se traduit rapidement par un télescopage entre une société traditionnelle attachée à ses ancrages ruraux et familiaux et une société urbaine modernisée qui devient plus individualiste.

En véhiculant les valeurs de la société « moderne » et en devenant un centre de diffusion de modes de vie nouveaux, la ville marginalise le monde rural. Les campagnes perdent peu à peu leurs forces vives, mais elles perdent surtout leurs raisons de produire du fait de l'arrivée de produits importés et de l'installation progressive d'une économie qui s'appuie sur les subventions (Benoist, 1983)³. La diminution des activités agricoles conduit très vite à une diversification des activités professionnelles : les hommes deviennent

¹ Par exemple, les pratiques alimentaires des classes moyennes et supérieures, les réseaux sociaux qui optimisent son accès aux soins, la prévention, l'alimentation des enfants, des jeunes, des personnes âgées etc. ...

² Michel Watin propose d'écrire *kartié* pour désigner l'unité organique de référence du monde créole, espace social particulier caractérisé par des relations spécifiques à l'espace, au temps, à l'environnement et par des réseaux de communication singuliers et des relations de parenté. Le *kartié* peut alors être distingué du « quartier » qui désigne les territoires récemment produits dans le cadre du développement des villes (voir M. Watin dans cet ouvrage).

³ Benoist J., 1983, *Un développement ambigu : structure et développement de la société réunionnaise*, Saint Denis de La Réunion, Fondation pour la Recherche et le Développement dans l'Océan Indien (FRDOI).

journaliers, jardiniers ou maçons tandis que les femmes accèdent de plus en plus à l'emploi et vont travailler comme ménagères, cantinières ou gardes d'enfants. D'autres délaissent les activités des champs pour s'occuper de leurs enfants, nettoyer la maison, gérer le linge et préparer à manger pour le retour de l'école. La scolarisation jusqu'à 16 ans (y compris celle des filles) augmente le temps de présence en dehors de la maison. Les enfants aident aux démarches auprès des administrations, accèdent à des métiers autrefois inenvisageables pour leurs familles et établissent de véritables passerelles avec l'extérieur et donc, avec d'autres univers (Cohen, 2000).

Ces divers changements s'accompagnent d'un accroissement de la population et d'une augmentation générale du niveau de vie, mais les mutations ont leur corollaire avec l'installation progressive de clivages prononcés. L'augmentation du pouvoir d'achat dans les foyers qui perçoivent le RMI⁴ à partir de 1988, transforme les modes de consommation. Le chômage chronique qui s'installe conduit certaines familles à vivre uniquement grâce aux transferts sociaux, tandis que le développement de l'offre de logements et la volonté de résorber peu à peu l'habitat insalubre engendrent des modifications considérables des modes de vie (Wolff, 1989). La *kour* et son jardin, lieu de productions familiales se réduit de plus en plus, faute de place. Le développement des transports en commun ne rend plus nécessaires les déplacements à pied pour aller au travail ou à l'école. Les raisons sociales de dépenser de l'énergie deviennent plus rares, notamment du fait de l'importante intensification des déplacements en voiture et des changements au niveau des modes d'approvisionnement : plus besoin d'aller chercher les enfants à pied à l'école (ils y sont conduits en voiture ou en bus scolaire), ni d'aller chaque jour à la *boutik* pour acheter la nourriture : le frigidaire permet le stockage des aliments frais, et les courses hebdomadaires sont faites prioritairement dans les grandes surfaces.

Les transformations sont suivies de près par une jeunesse qui bénéficie d'une scolarisation de plus en plus longue et se retrouve tiraillée entre deux référents sociaux : d'un côté le labeur et les solidarités valorisées par les aîeux, de l'autre l'autonomisation des individus et les facilités offertes par la société de consommation. Alors que le premier modèle cherche à être fui ou dépassé, le second ne parvient pas à se réaliser totalement du fait des difficultés d'accès à l'emploi (Roinsard, 2007)⁵. Nombreux sont les Réunionnais qui passent

⁴ Le Revenu Minimum d'Insertion a été créé par la loi du 1^{er} décembre 1988 pour garantir un revenu minimum, permettre l'accès à des droits sociaux et aider à l'insertion sociale et professionnelle. (Source INSEE).

⁵ Roinsard N., 2007, « Les défis de l'intégration de la jeunesse réunionnaise », Actes des 3^{ème} Rencontres Jeunes et sociétés en Europe et autour de la Méditerranée, *Jeunes générations : continuités / discontinuités / ruptures ?*, en ligne, <<http://jeunes-et-societes.cereq.fr/RJS3/>>

ainsi de la pauvreté à l'exclusion, notamment dans les secteurs géographiques les plus fragilisés par les mutations sociales rapides (Vaillant, 2008).

2.- L'alimentation et la « cristallisation » des mutations sociales

2.1- La cuisine et le « manger » créole

C'est à Marie Valentin (1982) que l'on doit la première analyse structurale des modes alimentaires et des façons de manger. Dans son mémoire d'anthropologie culturelle et sociale, l'auteur décrit le fonds commun des plats de la cuisine réunionnaise et montre que les modes de préparation et de consommation expriment l'histoire régionale, la personnalité, les aversions et les modèles de toute une population⁶. La cuisine française apporte ses saveurs et son lexique (l'entrée, le plat, le rôti, le civet ou la salade) en se combinant à une influence indienne marquée par le riz, le piment, les condiments acides et les épices, les viandes cuites en sauce et coupées en petits bouts. Le mou, l'humide et l'indifférencié sont dévalorisés par rapport au sec, au croquant, au pimenté, à l'aromatisé et au coloré, tandis que l'attachement à ce qui touche la nature reste fort : les végétaux (fruits, racines, feuilles) sont consommés sous différentes formes et la tradition de la cuisine au bois (dans le *boucan*)⁷ se perpétue dans bon nombre de familles. Le repas ordinaire est essentiellement synchronique : tous les composants sont servis en même temps (Valentin, 1982).

En dehors des *festins*, qui se caractérisent par une profusion et une variété de plats, une abondance de viande et une structure séquentielle en plusieurs services, le repas traditionnel créole est le plus souvent mangé dans un grand moment de silence et de façon rapide. Il se compose de riz (c'est l'aliment de base) et d'un *cari* composé de viande ou de poisson cuits dans une sauce plus ou moins relevée à l'aide d'épices, d'oignons, d'ail, de sel, de poivre et de thym. Les bouillons ou fricassées de *brèdes* (tiges et/ou feuilles de végétaux différents) ainsi que les *achards* (légumes émincés avec huile, vinaigre, épices) accompagnent souvent le repas, de même que les légumineuses (haricots rouges, petits pois, lentilles) appelées localement les *grains*⁸. L'ensemble est presque toujours accompagné d'un *rougail* qui correspond à un condiment salé et pimenté, réalisé à base de fruits ou de légumes⁹. Les préparations à base de viande de porc et de volaille sont très prisées, alors que l'achat de

⁶ Valentin M., 1982, *La cuisine réunionnaise*, Saint Denis de La Réunion, Fondation pour la Recherche et le Développement dans l'Océan Indien.

⁷ Le boucan désigne une sorte d'arrière-cuisine dans laquelle on cuisine sur le feu de bois.

⁸ La présence des légumineuses vient d'une tradition héritée des habitudes alimentaires de la navigation à voile.

⁹ Le rougail désigne aussi une sauce composée de tomates et d'épices dans laquelle on fait cuire de la viande ou du poisson (le rougail saucisses, par exemple).

poisson reste occasionnel. Le lait est peu utilisé, de même que manger un dessert ne fait pas partie des habitudes (Cohen, 1993 ; 2000).

2.2- Des nouveautés métissées dans l'assiette

À partir des années 1980, l'arrivée des supermarchés, l'implication plus forte des femmes dans le monde du travail et la fréquentation des cantines par les enfants font partie des mutations qui vont introduire les premiers changements dans les assiettes. Le *cari* traditionnel s'enrichit progressivement de produits importés qui sont proposés en entrée (pizzas, quiches, par exemple), en dessert (glaces, pâtisseries) et/ou en accompagnement du repas (gâteaux salés, boissons sucrées, bières). Le pain est de plus en plus souvent proposé en remplacement du riz ou en accompagnement des pâtes même s'il ne fait pas partie de l'alimentation dite traditionnelle. Les influences indiennes, chinoises, métropolitaines, malgaches, africaines s'affirment et l'on assiste à un métissage culinaire dans lequel la valorisation des traditions alimentaires se conjugue à des enjeux identitaires liés à une dynamique créative du côté de la recherche des plaisirs gastronomiques (Cohen, 2000).

La structure des repas n'est pas épargnée par les changements. Les repas restent synchroniques dans bon nombre de familles (les additions sont conçues comme des accompagnements du cari), mais dans d'autres ils deviennent diachroniques (les additions engendrent une succession de plats servis les uns après les autres). Si cette transformation structurelle constitue une innovation fondamentale par rapport à des habitudes profondément ancrées, elle n'empêche en rien la conservation de la structure traditionnelle dans bon nombre de foyers. Les repas quotidiens restent alors organisés selon le mode habituel, tandis que les repas de fête ou du dimanche¹⁰ continuent à marquer la rupture avec la monotonie relative de la semaine : les innovations liées à la façon de manger touchent ainsi le domaine festif avant de transformer le quotidien des repas (Cohen, 2000).

Dans la plupart des familles, ce sont donc deux mouvements parallèles qui trouvent chacun un espace privilégié de réalisation : d'un côté, l'expression d'un langage alimentaire commun (le cari) qui continue à s'affirmer lors des repas quotidiens, de l'autre, des nouveautés dans les préparations culinaires et l'organisation du repas, notamment lors des repas d'exception.

¹⁰ Bon nombre de familles profitent du dimanche pour prendre le déjeuner à l'extérieur (dans les hauts, près de la plage) : le repas prend la forme d'un grand pique-nique convivial, partagé par la famille et/ou des amis. Sur ce sujet, voir Watin M. et Wolff E., 2006, « La bache bleue. Habitat et formes de sociabilité », *Akoz* n° 27, mis en ligne en septembre 2007, en ligne, <<http://www.lrdp.fr/articles.php?lng=fr&pg=600>>

2.3- Des innovations aux différenciations sociales

À partir des années 1990, les produits de seconde nécessité (sucreries, gâteaux, boissons sucrées) font irruption dans les caddies tandis que les viandes, produits laitiers, légumes et fruits continuent à se diversifier. Le recul progressif du repas créole traditionnel (riz + légumineuses + cari) se traduit par une simplification des formes de repas (sandwich, salade composée) ou par une montée de la structure (entrée + plat + dessert) (Tibère, 2009). Du fait du développement de la classe moyenne et de l'apparition de nouvelles formes d'exclusion, les différences de pratiques alimentaires s'affirment de plus en plus en relation avec les univers sociaux dans lesquelles elles s'inscrivent. Les influences se mélangent dans l'assiette ou dans un même repas, les goûters d'anniversaire se mettent en place pour les enfants, les repas pris « sur le pouce » et les sorties au restaurant se multiplient. La grande diversification de l'offre de plats préparés dans les grandes surfaces rend de plus en plus aléatoire la culture du jardin et les cueillettes. Le temps consacré à la cuisine diminue, notamment lorsque les femmes travaillent. L'organisation et la composition des repas changent du fait des modifications des lieux de consommation : des repas pris à la maison ou aux champs, on passe aux repas pris à la cantine ou sur le lieu de travail. En 1998, près de 57% des personnes qui travaillent déjeunent sur place : la moitié prépare son repas, l'autre se procure un sandwich¹¹.

Les classes sociales moyennes ou supérieures profitent de ces transformations en même temps qu'elles participent largement à leur diffusion. Selon les univers sociaux, les attributions budgétaires peuvent varier du simple au double : l'alimentation reste ainsi le premier poste de dépenses (21%) pour les ménages les plus modestes alors que les transports constituent le pôle le plus important chez les plus aisés¹². Les cadres sont plutôt satisfaits de leurs pratiques alimentaires, mais les chômeurs (ou autres inactifs) ne mangent pas comme ils le souhaiteraient du fait de moyens insuffisants¹³. Le phénomène de sédentarisation de la population se poursuit (surtout chez les femmes) et se combine à une alimentation qui reste marquée par un apport important de graisses et de sucres, notamment à travers les grignotages¹⁴. Dans ce mouvement général qui progresse à vive allure, les *déshérités* de la

¹¹ Enquête menée par l'Observatoire du Développement de La Réunion (ODR), 1998, *La santé : données économiques*, en ligne, <<http://www.odr.net/>>.

¹² « Consommation : l'alimentation en tête pour les plus modestes, le transport pour les plus aisés », *L'Économie de La Réunion*, n°133. Décembre 2008, en ligne, <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=14167>.

¹³ ODR, 1998, *La santé : données économiques*. <http://www.odr.net/>

¹⁴ Enquête RECONSAL, 2004, *Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais*, en ligne, <<http://www.orsrun.net/-Etudes->>.

vague de modernisation et d'ouverture ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas reçu les informations suffisantes à temps pour maintenir leur santé, ni pourquoi il faut désormais « se priver » de manger, alors que pendant des années, l'accès à la variété des nourritures a été perçu comme une voie d'intégration (Balcou-Debussche, 2006).

Aujourd'hui, ce sont donc les marquages socialement ancrés qui se combinent aux processus d'affirmations identitaires si bien que manger à La Réunion ne peut plus être analysé sans que soit posée la question du nuancier social. Les classes moyennes et supérieures ne s'approvisionnent pas et ne mangent pas comme les classes les plus fragilisées¹⁵. La population réunionnaise fait certes le lien entre la santé, l'alimentation, l'activité physique et le développement de certaines pathologies (diabète, maladies cardiovasculaires, surpoids et obésité), mais un décalage important persiste entre les connaissances et les discours d'une part, et les pratiques effectives de l'autre¹⁶. L'alimentation et les dépenses d'activité physique sont donc déjà bien engagées sur la voie de la différenciation sociale¹⁷; nous allons voir qu'il en est de même du côté des accès aux soins et des façons de gérer la maladie lorsqu'elle survient.

3.- Les recours aux soins

3-1. Les « panseurs » de la médecine créole

Les principaux systèmes thérapeutiques auxquels peuvent recourir les malades correspondent à des pratiques qui sont à mettre en lien avec les apports des différentes populations qui ont peuplé l'île. Les choix des malades peuvent ainsi se porter sur plusieurs sous-secteurs également accessibles : la médecine traditionnelle créole liée à des pratiques familiales fondées sur la connaissance et l'utilisation de tisanes, la médecine indienne avec le recours au prêtre-guérisseur, la médecine moderne susceptible de donner des résultats immédiats sur l'expression des troubles, les pratiques syncrétiques dans lesquelles les influences chrétiennes, indiennes ou malgaches se mélangent (Benoist, 1993 : 155-160).

La médecine traditionnelle créole se caractérise par la connaissance de pratiques particulières et l'utilisation de tisanes que les malades préparent généralement eux-mêmes, en tenant compte de savoirs qui sont le plus souvent transmis de génération en génération à

¹⁵ Il suffit d'observer les contenus des caddies pour voir que les quantités d'huile, de riz, de produits salés, de boissons alcoolisées varient considérablement d'un magasin à l'autre et d'une personne à l'autre.

¹⁶ ORS, 2004, *Pratiques et connaissances des réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique*, en ligne, <<http://www.orsrun.net/-Etudes->>.

¹⁷ Alliot, Fianu, Naty et Favier, 2004, « Tendances séculaires du surpoids chez les jeunes hommes réunionnais et disponibilités alimentaires », *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 54 : 1S45-1S47.

travers le cadre familial. Les soins prodigués s'inscrivent en principe en dehors de toute logique commerciale si bien que les *panseurs*¹⁸ sont communément reconnus comme des personnes qui agissent en toute humilité et en toute générosité. Profondément enraciné dans une terre marquée par l'exil, leur savoir local se concrétise par trois types de dons : avoir un secret pour faire des « passes », un autre pour dire des prières et un autre pour soigner à l'aide de plantes médicinales (Andoche, 2000). Les différentes populations malgaches arrivées dans l'île d'abord en tant qu'esclaves, puis comme travailleurs engagés, jouent un rôle important dans le travail d'initiation à la connaissance des plantes : elles retrouvent à La Réunion de nombreux végétaux dont elles disposaient à Madagascar et diffusent largement leurs connaissances. En témoignent la première nomenclature des noms vernaculaires et scientifiques des plantes (Raimbault, 1984)¹⁹ ainsi que le lexique botanique vernaculaire réunionnais dans lequel Robert Chaudenson repère des origines malgaches pour un quart des noms de plantes utilisées à La Réunion (Chaudenson, 1974)²⁰.

3-2. Le recours aux prêtres guérisseurs

Les guérisseurs et les devineurs sont le plus souvent des praticiens qui ont emprunté à différents groupes ethniques leurs techniques en les dépouillant de leurs fondements culturels et religieux. Centrés sur un culte de leur personnalité, ils disent pouvoir résoudre tous les problèmes (indépendamment de la médecine moderne) et sont sollicités pour déterminer l'origine naturelle ou sorcellaire de certains symptômes (Andoche, 2007). Les pratiques et les religions se mélangent, allant de l'invocation de certaines divinités hindoues à l'utilisation de statuette africaines ou malgaches en passant par l'utilisation de cierges ou de dragées. Les recours aux exorcistes (Dijoux, 1995)²¹ et aux désenvoûteurs sont monnaie courante, mais la manière dont les praticiens procèdent varie selon leur communauté d'appartenance, la tradition à laquelle ils se réfèrent, et leur positionnement par rapport à l'idéologie dominante

¹⁸ Ce terme fait référence aux « panseurs de secret » que l'on retrouve aussi dans d'autres univers culturels. Jacqueline Andoche signale que les Réunionnais utilisent deux types d'expressions pour désigner ces thérapeutes : « mun 'i dit la prière » ou « mun'i fait d'passes » (Andoche, 2000 : 491).

¹⁹ Raimbault C., 1984, *Le Père Raimbault et les plantes médicinales de la Réunion*, Saint Denis de La Réunion, Nouvelle Imprimerie Dionnysienne (1^{ère} édition 1944). Ce premier inventaire précis est le résultat d'une collaboration étroite entre le Père Raimbault et les médecins-chefs des hôpitaux de Paris.

²⁰ Chaudenson R., 1974, *Le lexique du parler créole*, Paris, Honoré Champion.

²¹ Dijoux F., 1995, *Journal d'un exorciste*, Saint André, Océan Éditions. En 1978, à la demande de son évêque, le Père Dijoux a rédigé un journal sur son activité d'exorciste du diocèse. De nombreuses personnes, issues de milieux sociaux et culturels très différents, se pressaient chaque jour à sa cure de la Plaine des Cafres.

(Andoche, 2007)²². Ces pratiques témoignent d'un rapport spécifique au sacré et l'on retrouve dans certaines d'entre elles des éléments symboliques (l'eau, l'arbre, la roche, le feu) qui sont à mettre en lien avec les religions catholiques et hindoue (Pourchez, 2000). Les pratiques se caractérisent par des oppositions entre certains états (le chaud et le froid, le pur et l'impur, le liquide et l'épais) ou certains rôles spécifiques : protéger ou purifier l'individu, prévenir la maladie ou traiter l'affection. C'est ainsi que le sang peut être épais, impur, froid, liquide ou pur, que la bile est souvent associée à la chaleur, au déséquilibre ou à l'impureté alors que le vent est le plus souvent associé à la perte de chaleur (Benoist, 1993). Ces différentes approches montrent que l'on peut difficilement comprendre les pratiques thérapeutiques et les représentations associées au corps et à la maladie si l'on oublie qu'à La Réunion la religion est omniprésente (Nicaise, 2009)²³.

Selon une double logique, la maladie, le malheur, sont envisagés de manière aussi bien préventive que curative. Souvent associées aux procédés « magico-religieux », les pratiques de protection (cérémonies, prières, port de bijoux, objets spécifiques) participent pleinement au système de pensée, mais elles ne constituent qu'une partie des pratiques de prévention. La purification apparaît très souvent comme complémentaire à la protection et à la prévention si bien qu'au final, les pratiques thérapeutiques reposent sur une tradition liée au corps, à la religion, aux plantes, à la nature, à des sphères spécifiques de connaissances et de technicité qui constituent l'ensemble des solutions auxquelles la population peut recourir (Benoist, 1993). Ces pratiques peuvent être lues comme la résultante d'une interpénétration de cultures qui continuent à s'enrichir mutuellement à travers le processus de créolisation (Pourchez, 2000 ; 2002).

3-3. La médecine occidentale

Sur un terrain aussi composite, la place occupée par le champ de la médecine « moderne » est relativement ambiguë. Quasiment absente dans l'île jusqu'au 18^{ème} siècle, la médecine occidentale connaît son développement au 20^{ème} siècle, ce qui engendre plusieurs transformations : le développement de la médicalisation rend plus fréquent le recours à l'hospitalisation et la présence plus forte des professions médicales permet de diversifier

²² Andoche J., 2007, « Jeux d'ombre et de lumière : l'inversion sorcière dans la pratique de deux désenvoûteuses réunionnaises », *ethnographiques.org*, n°14 - octobre 2007, en ligne, <<http://www.ethnographiques.org/2007/Andoche.html>>.

²³ Voir S. Nicaise dans cet ouvrage.

l'offre de soins²⁴. Anthropologue spécialiste des sociétés créoles, Jean Benoist analyse la complexité de ces mutations et commence à les mettre en lumière dès les années 1970. Nourri de sa pratique de médecin et d'un important travail de terrain qui le conduit à établir des parallèles entre l'Inde, l'occident et les différents espaces d'Outre-mer, l'auteur montre que la modernisation rapide du système de santé induit de nouveaux positionnements de la population réunionnaise vis-à-vis des soins, avec des comportements variables selon les appartenances culturelles et sociales. Les pratiques thérapeutiques de la médecine moderne sont supposées donner des résultats immédiats sur l'expression somatique des troubles, mais pour certains, la modernité est aussi associée à l'apport d'un mal représenté par certaines pathologies qui n'existaient pas (ou peu) auparavant. Pour d'autres, la médecine occidentale n'est pas du tout (ou très peu) discutée : elle constitue alors le mode de recours prioritaire aux soins.

Au-delà de la relative attractivité exercée par la médecine dite « moderne », certains malades s'accommodent difficilement du cadre institutionnel dans lequel le personnel soignant évolue. Tout en établissant la place du médecin dans la chronologie de l'acte thérapeutique, les médecines traditionnelles continuent à rythmer les choix des malades et les conduites restent très diversifiées : interruptions de traitement, fuites à l'annonce de diagnostics inquiétants ou incompris, consultations réitérées de praticiens différents, recherches de protection ou concentrations extrêmes sur les aspects techniques des soins. La présence de médecins n'ayant parfois que peu de connaissance de la culture locale participe aux difficultés de compréhension mutuelle et dans certains cas, la relation avec le professionnel de santé s'apparente à celle qui existait dans la société de plantation, son pouvoir étant souvent associé à une attitude dominatrice : « *il ne voit pas que c'est dans son propre sentiment de pouvoir que la soumission du malade prend source.* » (Benoist, 1983 : 175). Les guérisseurs et les sorciers exploitent d'ailleurs la résistance des malades à l'intrusion d'une médecine moderne qui, d'une manière générale, revêt un caractère persécuteur (Benoist, 1980 ; 1993). Le tout s'exprime dans des formes de dépréciation de soi ou de résistance à consulter, dans différentes expressions de la santé mentale (Andoche, 1989), dans la violence et la fréquence des suicides (Duval *et al.*, 1995) ou dans l'alcoolisme (Vaillant, 2008). Ces difficultés se combinent avec des situations économiques parfois très difficiles, des exclusions sociales qui se renforcent, des références culturelles diverses ainsi

²⁴ De 1946 à 1988, la mortalité infantile chute de 14 % à 6 %. L'indice de fécondité d'environ 7 enfants par famille en 1965 passe à 2,4 une trentaine d'années plus tard. En cessant d'accoucher à domicile dans les années 75 à 80, les femmes abandonnent massivement l'allaitement maternel. Les maladies parasitaires et infectieuses (1^{ère} cause de décès dans les années 30) sont reléguées au 10^{ème} rang en 1992.

que des rapports fragilisés à la rationalité des savoirs du fait de l'histoire de l'île et du développement de son système éducatif (Simonin et Wolff, 2005). Pour bon nombre de malades, l'illettrisme, la difficulté à manier les discours (en créole ou en français) constituent autant d'écueils supplémentaires quand il s'agit d'entrer dans un processus de soins proposé par la médecine « moderne ». Du côté du corps médical et paramédical, la complexité des réalités est souvent découverte dans la pratique quotidienne, les institutions de formation restant plutôt imperméables aux apports des sciences humaines et sociales et aux mutations qui se produisent tout autour d'elles (Balcou-Debussche, 2004). L'ensemble complexifie la relation entre le professionnel de santé et le malade, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'accès aux soins et sur le processus de guérison qui est en jeu.

4.- Les pathologies comme événements sociaux

4-1. Les maladies chroniques, entre manques et excès

Partout dans le monde, les sociétés au développement très rapide voient exploser le nombre de personnes diabétiques, obèses et/ou atteintes de maladies cardiovasculaires et métaboliques (OMS, 2005)²⁵. La Réunion n'échappe pas à cette règle puisque la plupart des problèmes majeurs de santé publique se posent avec plus d'acuité qu'en métropole ou dans les autres départements et territoires d'Outre-mer²⁶. Appelées « maladies de civilisation », les pathologies chroniques représentent à elles seules un véritable défi pour La Réunion.

Les principales pathologies et causes de décès à La Réunion²⁷

Pathologie	Décès	Caractéristiques principales
Maladies de l'appareil circulatoire	30,3 %	- Surviennent 10 ans plus tôt (dès 24-34 ans pour les hommes) et tuent 3 fois plus qu'en métropole. - Liées à une conjonction de facteurs de risque : tabac (cause majeure chez les hommes), diabète et hypertension artérielle (causes prédominantes chez les femmes).
Tumeurs	20,6 %	- En augmentation constante ces dernières années, elles restent loin de ce qu'elles représentent en métropole où elles sont responsables de 28,5 % des décès.
Accidents et autres morts violentes	10 %	- L'alcoolisme provoque 2,7% des décès, soit 4 fois plus qu'en métropole. Il est à l'origine de troubles mentaux, de violences et de Syndromes d'Alcoolisation Fœtale (SAF).

²⁵ Organisation Mondiale de la santé, 2005, *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*. Genève, en ligne, <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html>.

²⁶ De 1970 à 2000, la prévalence de la maigreur a considérablement baissé alors qu'elle a augmenté pour le surpoids et l'obésité. Voir Alliot, Fianu, et Favier, 2006, « Évolution de la corpulence chez les jeunes hommes à La Réunion au cours d'un quart de siècle d'occidentalisation », *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 54 : 91-104.

²⁷ Sources : DRASS Réunion (2001 ; 2003 ; 2006), ORS (2001 ; 2004), INSEE – *Tableau Economique de La Réunion*, (2006-2007).

Les maladies endocriniennes (dont le diabète et l'obésité)	7,8 %	- Prévalence de 15% pour l'obésité, ²⁸ 35% pour le surpoids (avec progression constante) et 17, 7% pour le diabète chez les adultes âgés de 30 à 69 ans) ²⁹ . Les complications les plus courantes : complications cardiovasculaires (cause principale de décès dans le diabète), amputations (406 en 2001 dont 279 chez des diabétiques) ³⁰ , insuffisance rénale (en augmentation constante), problèmes ophtalmologiques.
Asthme et problèmes respiratoires	7,6 %	- Prévalence chez les jeunes nettement supérieure à celle observée dans la même enquête en métropole (19% contre 13%). L'écart est plus marqué chez les garçons que chez les filles (23% contre 14%).
Appareil digestif	4,6 %	- Les maladies chroniques du foie sont responsables de 42,8 % des décès de l'appareil digestif. Plus fréquentes chez les hommes, elles sont souvent liées à la consommation régulière d'alcool.
Troubles mentaux et psychiques	4,2 %	- La violence s'exprime encore souvent par des abus sexuels, notamment sur les mineurs. Les suicides concernent surtout les hommes jeunes, avec une proportion de 4 hommes pour 1 femme. L'abus d'alcool représente ici 84,9 % des décès masculins.
Problèmes liés à la sexualité		- Même s'il a baissé durant les dernières années, le taux d'IVG chez les mineures reste supérieur à celui des régions métropolitaines (225 contre 219 pour 1000 conceptions). Idem pour le pourcentage d'enfants mort-nés, prématurés et de petits poids (deux fois plus à La Réunion/métropole). - L'infection à VIH/SIDA est en baisse en 1998-2002.

Ces pathologies mettent les individus, les organisations de la santé et le monde des soignants en difficulté. D'une part, la maladie reste le plus souvent appréhendée sur un versant anatomo-physiologique par les soignants, alors que pour le malade, il s'agit avant tout d'un événement psychologique et social (Herzlich, 1984 ; Laplantine, 1993). D'autre part, l'île continue à porter un « fardeau pathologique », qui est révélateur d'un ensemble de rapports sociaux construits sur la base d'agressions et/ou de multiples privations (Benoist, 1983 ; 2001). Même lorsqu'elle est soignée par le médecin, la maladie se combine à des interprétations (le plus souvent religieuses) et à des pratiques locales diversifiées qui trouvent leurs fondements dans les différents héritages de la société réunionnaise.

Les maladies chroniques posent ainsi des problèmes spécifiques qui sont autant liés à leurs particularités³¹ qu'aux rapports que les Réunionnais tissent avec la religion, le passé, le monde médical et l'accès aux savoirs. L'individu à qui le soignant révèle une maladie chronique n'a pas la sensation d'être malade au sens donné par le médecin et l'inscription

²⁸ Les enfants en surpoids ou obèses ont un risque de mortalité à l'âge adulte augmenté de 50 à 80% (principalement d'origine cardiovasculaire), ce qui diminue de 13 ans leur espérance de vie. La probabilité qu'un enfant en surpoids ou obèse le reste à l'âge adulte est de 30 à 50% si cela survient à l'âge de 6 ans (50 à 80% après 10 ans).

²⁹ Favier, Jaussent, Le Moullec, Debussche, et collaborateurs, 2005, « Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Reunion Island, the REDIA study. », *Diabetes Research and Clinical Practice*, Vol. 67, n° 3 : 234-242.

³⁰ Parmi les amputés, 59% des malades déclarent avoir des difficultés pour lire, et 65% pour écrire. 72% déclarent n'avoir reçu aucune formation après l'école primaire, 25% ont été jusqu'au collège, et 3% seulement jusqu'au bac et plus (ORS, 2001).

³¹ L'inscription de la maladie sur un temps long, le changement de statut de la personne, la relation avec des professionnels de santé de différents champs (médecin généraliste, médecin spécialiste, diététicien etc. ...).

active dans un processus de soins est d'autant plus problématique qu'elle est fortement attendue par les soignants : d'où l'émergence de profonds malentendus (Debussche *et al.*, 2008)³². Les soignants attendent du malade qu'il « change de comportement »³³ et qu'il développe des conduites pensées le plus souvent sur le modèle du patient idéal (Hughes, 2003). De leur côté, les malades ne parviennent pas toujours à réaliser le travail difficile d'adaptation qui leur est demandé, notamment par rapport aux discours et aux lieux investis par le monde soignant³⁴. Dans bon nombre de cas, l'insécurité des malades et leurs incompréhensions s'expriment à travers un *marronnage médical* qui témoigne tout autant d'un profond malaise que d'une volonté affirmée d'améliorer leur santé (Balcou-Debussche, 2006). Contraints de gérer une maladie dont ils ne connaissent souvent pas grand-chose en tenant compte des dynamiques sociales et culturelles dans lesquelles ils s'inscrivent, les malades chroniques oscillent entre la multiplication des recours thérapeutiques, le recours aux ressources traditionnelles et les apports de la médecine dite moderne. Les séjours à l'hôpital sont vécus tantôt comme un espace de reconstruction de soi, tantôt comme une véritable rupture avec le monde de vie dans lequel les malades ont été socialisés (Balcou-Debussche, Debussche, 2009). Les attitudes de repli sur soi ou de déni se conjuguent alors à des consommations de soins, de médicaments ou de consultations médicales qui peuvent être aussi excessives que défaillantes³⁵.

Au-delà de ces variations, on trouve aussi l'expression de tensions liées à la société dite « moderne » qui apporte des nouveautés fort attractives en même temps qu'elle génère des problèmes que la population ne connaissait pas auparavant. La maladie chronique s'inscrit dans tous les gestes de la vie quotidienne (s'approvisionner, cuisiner, manger, se déplacer) et les malades ne comprennent pas d'emblée la nécessité de procéder à des ajustements qui leur parlent autrement qu'au médecin. La diminution de la consommation de produits auparavant inaccessibles ne fait pas forcément sens dans un contexte où les individus considèrent qu'ils ont désormais accès à ce dont ils étaient privés autrefois. Souvent déniées, les restrictions demandées par les médecins (notamment sur le plan alimentaire) renvoient à des dimensions culturelles et identitaires ainsi qu'à la mémoire de privations importantes dans le passé

³² Debussche, Roddier, Fianu, LeMoullec, Papoz et Favier, 2006, « Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study » *Diabetes & Metabolism*, 32(1) : 50-55.

³³ Propos très fréquemment tenus par les professionnels de santé, à La Réunion comme ailleurs.

³⁴ Sylvie Fainzang (2006) montre que du côté du malade comme du côté du médecin, les discours reposent sur des mensonges, des rétentions de l'information et de soustraction de la vérité.

³⁵ De 1894 à 1994, la part de la consommation médicale dans la consommation totale des ménages passe de 16,70% à 23,22% (ODR, 1998), tandis que la production des plantes aromatiques et médicinales connaît un recul important en nombre d'exploitations comme en surfaces dédiées (ODR, 2006), en ligne, <<http://www.odr.net/>>.

(Tibère, 2009). De même, accepter soudain qu'un soignant intervienne par le biais de conseils ou d'interdictions sur des domaines qui appartiennent d'ordinaire à l'individu (habitudes alimentaires, façons de bouger) ne relève pas de l'évidence. L'ensemble de ces tensions constitue la trame sur laquelle se tissent les relations entre les soignants et les malades.

4-2.- Une gestion difficile des paradoxes et des décalages

Lors des rencontres, les médecins et les malades oublient souvent que la gestion complexe des manques (de revenus, de temps, d'activité physique) et des excès (de graisses, de sucres, d'alcool) se combine à des conditions d'existence qui dépendent plus des contraintes de l'environnement culturel et socio-économique que des choix des individus. Les soignants demandent aux malades de suivre leurs conseils en changeant leurs modes de vie, ce qui fonde la relation sur des rapports de dominance qui perturbent profondément le processus thérapeutique. Au cours de consultations souvent très brèves, des informations complexes sont transmises par des soignants qui sont souvent peu formés aux dimensions humaine, sociale ou éducative. Conscients des rapports de pouvoir en présence, les professionnels de santé soulignent eux-mêmes les limites du cadre de la consultation ainsi que les difficultés auxquelles ils sont confrontés lorsqu'ils cherchent à optimiser le travail d'éducation dont ils souhaiteraient que leurs patients bénéficient (Balcou-Debussche et Debussche, 2008).

Les maladies chroniques exacerbent ainsi plusieurs paradoxes qui traversent encore la société réunionnaise. D'une part, la clarification entre l'aide aux individus pour satisfaire leurs besoins et une acculturation qui tendrait à vouloir les adapter à une société moderne n'est pas explicitement établie : les actions au coup par coup auprès des individus les plus fragilisés masquent les étiologies collectives des troubles et l'on n'obtient que des résultats médiocres avec des dépenses qui restent très élevées (Benoist, 1983). D'autre part, l'urgence de certaines situations exigeant des soins rapides, la persistance de formes de démobilitation, de déplacement des responsabilités ou de dépréciation de soi ne favorisent pas nécessairement le développement de postures individuelles ou collectives qui aideraient à une gestion mieux adaptée de ces pathologies. À cela s'ajoute le fait que la grande diversité des populations accueillies expose les soignants à des régulations qu'ils ne sont pas toujours en mesure de réaliser, notamment du fait d'une organisation des soins hospitaliers et d'une formation des professionnels qui restent encore rivés à un modèle positiviste de la médecine et du soin (Rothier-Bautzer, 2002).

Au final, la surenchère de consultations médicales, d'hospitalisations et de consommations médicamenteuses liées aux maladies chroniques représentent un coût humain,

social et économique très important pour l'ensemble de la société, alors que paradoxalement, les modalités d'approches préventives des populations restent peu diversifiées. Les différentes manifestations de souffrance liées à la santé somatique ou psychologique sont particulièrement ressenties au niveau des services médicaux de santé scolaire, de médecine préventive, mais elles le sont aussi du côté des professionnels libéraux et des structures hospitalières qui voient augmenter la demande en matière de soins. Malgré un développement considérable en quelques dizaines d'années, les moyens des soignants restent insuffisants par rapport aux besoins effectifs d'une population globalement fragilisée sur le plan social et économique³⁶. Les dépenses de santé sont les plus inégalement réparties : les ménages les plus riches dépensent pratiquement six fois plus pour leur santé que les ménages les plus pauvres³⁷. La densité médicale, bien qu'en nette augmentation depuis quelques années, reste plus faible qu'en France métropolitaine, surtout pour les médecins spécialistes³⁸. Le manque de personnels spécialisés est un frein aux examens systématiques, au repérage des jeunes en difficulté, à l'accompagnement sur le long terme des malades chroniques et à la gestion des crises imprévues.

4-3. L'épidémie de chikungunya : un révélateur

Lors de l'épidémie de chikungunya (2005-2006), l'île de La Réunion est confrontée à un phénomène d'une ampleur qu'elle n'a pas connu depuis fort longtemps, sauf si l'on remonte aux grands ravages épidémiques qui ont traversé son histoire. Marqués par les pertes considérables provoquées par la variole, le choléra, le paludisme, la dengue et la peste, les 18^{ème} et 19^{ème} siècles vont faire avancer l'idée que les maladies infectieuses sont étroitement liées à la venue de nouvelles populations, notamment l'immigration qui provient de la zone indioocéanique (Gerbeau, 2000). La grippe espagnole qui fait des milliers de morts dans les années 1920³⁹ continue à enrichir cette perspective, marquant ainsi pendant plusieurs années la mémoire collective. Le paludisme est éradiqué dans les années 1950⁴⁰ et même si deux

³⁶ La densité des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) reste très élevée : en 2002 les bénéficiaires représentaient 43,63% de la population totale. Ce pourcentage est supérieur à la moyenne métropolitaine pour tous les DOM, et c'est à La Réunion qu'il est le plus élevé (source : ORS).

³⁷ Source INSEE, en ligne, <<http://www.insee.fr/>>.

³⁸ En 2008-2009 on compte, pour 100 000 habitants, 107 médecins généralistes à la Réunion et 111 en France métropolitaine. Cette densité n'atteint que 54 pour les médecins spécialistes (pour 87 en métropole). Voir INSEE, *Tableau Economique de La Réunion*, 2008-2009.

³⁹ Maestri E., 1994, *Les Iles du Sud- Ouest de l'Océan Indien et la France de 1815 à nos jours*, Paris, L'Harmattan.

⁴⁰ On note encore entre 130 et 150 cas de paludisme d'importation par an du fait de l'intensification des échanges dans l'Océan Indien.

épidémies de dengue sont enregistrées en 1977 et en 2004, la surveillance épidémiologique liée aux actions de lutte anti-vectorielle permet de détecter précocement le phénomène⁴¹.

Au départ de l'épidémie de chikungunya, le travail de mise en alerte reste cependant insuffisant car en 2005, au moment de la survenue des premiers cas, la population réunionnaise n'a pas d'autre choix que de composer avec la relative inadéquation des actions mises en œuvre dans l'urgence. Au cours des trois premiers mois de la crise (février, mars, avril 2005) « *tout se passe comme si l'institution chargée de la veille sanitaire refusait de voir le développement de l'épidémie ou pire, comme si elle cherchait à cacher la vérité aux Réunionnais* » (Watin, 2008)⁴². Dans les mois qui suivent, les autorités sont rapidement discréditées et les décideurs ont fort à faire pour reprendre la situation en main. Les mesures de court terme, souvent coûteuses et peu adaptées, montrent que non seulement les dispositifs de santé ne sont pas suffisamment préparés, mais que la population n'est pas plus en mesure de réagir efficacement contre la maladie. Des interprétations diverses et souvent contradictoires prennent le dessus, chacun donnant sens à sa façon aux origines de l'épidémie (l'arrivée de bateaux ayant fait voyager des individus malades ou la transmission de virus par les vents et les cyclones). Le tout se solde par un bilan dramatique sur le plan sanitaire, mais aussi sur les plans économique et social : 266 000 personnes touchées depuis avril 2005, 257 déclarations de décès imputables de façon directe ou indirecte au chikungunya depuis janvier 2006 (Taglioni, 2009). La population réunionnaise redécouvre alors son appartenance à une zone tropicale qui n'a pas beaucoup à voir avec les filiations métropolitaines et européennes qu'elle revendique sur les plans politique, administratif, juridique et économique. Elle mesure les incidences de la mobilité grandissante et de la proximité avec des espaces où sévissent encore de forts ravages épidémiques (Madagascar, Les Comores, l'Afrique des grands lacs). La crise oblige la population à se repositionner par rapport à une vigilance épidémiologique oubliée, dans un mouvement aussi individuel que collectif, mais surtout sans fin.

Le choc dû à l'épidémie du chikungunya accélère néanmoins l'engagement de La Réunion dans la recherche médicale. Avec un regroupement des deux principaux hôpitaux, le Centre Hospitalier Régional est en construction depuis 2006, en articulation avec des laboratoires universitaires, des réseaux de santé et des entreprises. La vingtaine d'établissements sanitaires que compte l'île permet d'assurer la plupart des traitements médicalisés et de répondre aux

⁴¹ Pierre, Thiria, Rachou, Sissoko, Lassalle et Renault, 2005, « Épidémie de dengue 1 à la Réunion en 2004 », Paris, Journées de l'INVS, en ligne, <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/jvs_2005/index.html#posters>.

⁴² Watin M., 2008, « Polémique, rumeur et tension : aspects de la « crise » du chikungunya dans l'espace public médiatique réunionnais », Actes du colloque *Épidémies et pharmacopées traditionnelles dans l'histoire des îles et pays de l'Océan Indien occidental*, CRESOI, Université de La Réunion, Université de Maurice : 241-251.

demandes provenant des espaces environnants (Mayotte, Madagascar, Maurice, Seychelles). Le développement de la technicité (laboratoires d'analyse, structures de vigilance épidémiologique) profite globalement de la crise, mais le problème du chikungunya ne disparaît pas totalement pour autant. Si les médias n'en parlent plus, les effets restent perceptibles chez les personnes qui en ont été atteintes, tout en marquant profondément la mémoire collective (Watin, 2008).

5. Conclusion

Traversés par les mutations sociales rapides de ces dernières dizaines d'années, les rapports de la population réunionnaise à l'alimentation, aux recours thérapeutiques et aux maladies restent marqués par un double mouvement. Le premier vient de la mobilisation de ressources issues de la nature, conjuguées aux savoirs des populations d'origines culturelles diverses qui ont successivement peuplé l'île. Le second, plus récent, vient de l'influence de modèles culturels et institutionnels venus de France métropolitaine et d'autres univers. Ces deux mouvements se croisent et s'alimentent en créant un référent commun dans lequel la plupart des Réunionnais se reconnaissent, mais ils nourrissent aussi des différenciations. Ces dernières peuvent être lues comme des modes de construction et d'affirmation identitaires et/ou comme des marquages sociaux résultant de profonds bouleversements (avec leurs développements, mais aussi leurs exclusions). Sur ce terrain marqué à la fois par la continuité et les variations, les Réunionnais, malades ou en bonne santé, combinent au quotidien des références parfois très différentes les unes des autres, en ajustant tant bien que mal leurs pratiques à des mutations sociales qui se poursuivent. Ces changements qui touchent au travail, à la dispersion des familles, à la communication et aux nouvelles technologies (y compris en médecine) questionnent les processus individuels de la gestion de la santé et de la maladie, mais ils ébranlent aussi les dynamiques sociales collectives. Malgré une démocratisation effective de l'accès aux soins, une part de la population reste encore en marge des progrès qui ont été réalisés.

Aujourd'hui, les recherches et les indicateurs disponibles montrent que les rapports à la santé et aux maladies se tissent et s'articulent sur des pratiques sociales qui sont elles-mêmes profondément inégalitaires, si bien que l'on s'interroge nécessairement sur la capacité de la population réunionnaise à continuer à *mailler* son histoire singulière, sa situation insulaire et sa tradition à des modes de vie occidentalisés, alors que la conjoncture économique reste

précaire. Sur le plan scientifique, les quarante dernières années ont vu se développer des études anthropologiques de qualité qui ont su mettre en lumière les liens entre les mutations de la société, les différentes cultures en présence et les processus d'affirmation identitaire ; les travaux sociologiques n'ont pas bénéficié d'un tel élan. En conclusion, nous voudrions donc souligner la nécessité de construire le *nuancier social nutritionnel* que nous n'avons pas encore à notre disposition : un tel éclairage apporterait autant à la connaissance qu'à l'action. Dans une dynamique similaire, il serait tout aussi important de construire le *nuancier social thérapeutique* qui permettrait de mieux comprendre les trajectoires différenciées des malades ainsi que leurs besoins, tant d'un point de vue médical que d'un point de vue social.

Bibliographie

- Andoche J., 1989, « À partir d'une ethnographie des troubles mentaux : les représentations de la personne et du corps à l'île de La Réunion », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n° 14 : 111-122
- Andoche J., 2000, De l'hindouisme à l'héritage français : un autre regard sur la créolité réunionnaise. L'exemple du « pansement de secret », dans *Au visiteur lumineux. Des îles créoles aux sociétés plurielles. Mélanges offerts à Jean Benoist*, Petit-Bourg, Ibis Rouge : 485-499
- Balcou-Debussche M. et Debussche X., 2009, « Hospitalisation for type 2 diabetes : the effects of the suspension of realities on patients' subsequent management of their condition », *Qualitative Health Research*, Vol. 19, N° 8 : 1100-1115
- Balcou-Debussche M. et Debussche X., 2008, « Type 2 diabetes patient education on Reunion Island : perceptions and needs of professionals at the initiation of a primary care management network ». *Diabetes & Metabolism*, vol. 34, n°2 : 375-381
- Balcou-Debussche M., 2006, *L'éducation des maladies chroniques. Une approche ethnosociologique*, Paris, Éditions scientifiques EAC
- Balcou-Debussche M., 2004, *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion
- Benoist J., 1993, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presses Universitaires de France
- Benoist J., 2001, *Santé, sociétés et cultures à La Réunion*, Paris, Editions Khartala
- Cohen P., 2000, *Le cari partagé. Anthropologie de l'alimentation à l'île de La Réunion*, Paris, Khartala
- Duval, Choquet, Catteau, Thomas et Reverzy, 1995, *Suicide et tentatives de suicide à La Réunion : Épidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention*, Paris, L'Harmattan
- Fainzang S., 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France
- Gerbeau H., 2000, « Maladie et santé aux Mascareignes : une histoire aux prises avec l'idéologie », dans *Au visiteur lumineux. Des îles créoles aux sociétés plurielles. Mélanges offerts à Jean Benoist*, Petit-Bourg, Ibis Rouge : 557-574
- Herzlich C., 1984, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », dans *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines : 189-215

- Ghasarian C., 2009, *Anthropologies de La Réunion*, Paris, Editions des archives contemporaines
- Hughes E. (2003). « La fabrication d'un médecin », *Sciences de l'Éducation pour l'Ère nouvelle*, 36(2) : 57-70.
- Laplantine F., 1993, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot
- Pourchez L., 2000, « Passages de l'hindouisme aux pratiques thérapeutiques et rituelles. Illustrations d'un processus d'interculturalisation à La Réunion », dans *Au visiteur lumineux. Des îles créoles aux sociétés plurielles. Mélanges offerts à Jean Benoist*, Petit-Bourg, Ibis Rouge : 467-483
- Pourchez L., 2002, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*, Paris, Karthala, & CRDP Réunion
- Rothier-Bautzer É., 2002, « Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient », *Revue Française de Pédagogie*, n° 138 : 39-50.
- Simonin J. et Wolff É., 2005, « Familles et école à La Réunion. Rétrospectives », dans *Du plurilinguisme à l'école. Vers une gestion coordonnée des langues en contextes éducatifs sensibles*, Bern, Peter Lang : 37-50
- Taglioni F., 2009, « Virus-sans-frontières : la crise du chikungunya dans le sud-ouest de l'océan Indien », dans *Frontières, politiques de santé et réseaux de soins. Genèse et maillage des réseaux transfrontaliers*, Paris, L'Harmattan : 257-275
- Tibère L., 2009, Manger et vivre ensemble à La Réunion, dans *Anthropologies de La Réunion*, Paris, Editions des archives contemporaines : 189-2000
- Vaillant Z., 2008, *La Réunion, koman i lé? Territoires, santé, société*, Paris, Presses Universitaires de France
- Watin M., 2002 : « Changement social et communications à la Réunion » La France et les outre-mers. L'enjeu multiculturel, *Hermès* 32-33, Paris, CNRS Editions : 277-285
- Watin M., 2009, « Généralisation des communications et changement social à La Réunion », dans *Anthropologies de La Réunion*, Paris, Editions des archives contemporaines : 127-135.
- Watin M., 1999, « Les Sciences de l'Information et de la Communication, l'Anthropologie et l'Ethnologie : des liens à développer », dans *La recherche anthropologique à La Réunion*, s/d B. Chérubini, Paris, Université de La Réunion-L'Harmattan : 217-226
- Wolff, E., 1991, *Quartiers de vie. Approche ethnologique des populations défavorisées de l'île de La Réunion*, Paris, Méridiens Klincksieck, (1ère édition, 1989).