

Anne Lovell

Anthropologue

Directrice de recherche Émérite à l'Inserm au Centre de recherche médecine sciences, santé, santé mentale et société (Cermes3)

## Entretien avec Anne Lovell



L'ouvrage *Face aux désastres. Une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives* paru en 2013 aux éditions Ithaque, étudie la notion de *care*<sup>1</sup> comme phénomène d'« aller vers la folie » qui apparaît à travers les travaux empiriques de quatre auteurs. À partir de la situation de la Nouvelle-Orléans et de la catastrophe de Katrina en 2005<sup>2</sup>, Anne Lovell décrit l'expérimentation naturelle qui se produit sur le devenir des personnes ayant un handicap psychiatrique ou d'une autre nature préexistant à un évènement traumatique collectif. La mise en exergue de cette question marque ainsi la première étude existante sur ce groupe populationnel qui est de plus marqué par une situation de grande pauvreté et de difficultés d'accès aux institutions et aux soins de santé. La recherche s'appuie sur un grand nombre de récits de personnes « vulnérables psychiquement » qui complexifient les pratiques de care en situations extraordinaires.

**Rhizome :** Votre ouvrage traite de la recherche que vous avez réalisée à la Nouvelle-Orléans après l'ouragan Katrina. Comment définiriez-vous cette ville ?

**Anne Lovell :** Avant la catastrophe, la Nouvelle-Orléans pouvait être qualifiée de ville fragmentée en terme de justice environnementale. D'un point de vue géographique, l'urbanisation de la Nouvelle-Orléans présente des configurations particulières. Les parties les plus hautes de la ville sont en grande partie habitées par les populations les plus aisées. À l'opposé, les parties les plus basses étaient des zones de la ville qui présentaient des caractéristiques de vulnérabilités de différents ordres : environnementales, sociales, ethniques, économiques. Historiquement, la Nouvelle-Orléans est une ville qui a été fondée en grande partie par l'esclavage. Les parties les plus basses, marécageuses, ont été originellement investies par les *free people of colour*, les esclaves libérés, qui

s'y sont sédentarisés. Après l'Émancipation, ce sont les populations afro-américaines d'ex-esclaves et les plus précaires qui s'y sont installés. Les conditions de vie dans ces quartiers étaient mauvaises et ces zones urbaines concentraient un certain nombre de maladies liées aux environnements semi-tropicaux comme le paludisme ou la fièvre jaune (jusqu'en 1903). Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, les habitants de ces zones exprimaient des besoins multiples à cause de la prévalence de maladies chroniques de la pauvreté (diabète avancé, maladies cardiovasculaires, obésité, SIDA) et de différents types de handicaps, y compris en santé mentale. De plus, ce sont ces populations qui, même en temps normal, accèdent difficilement aux services de soins. Par inférence, on peut donc dire que ce sont des personnes frappées par l'injustice environnementale ou les fragmentations territoriales, en situations de handicaps, qui seront le plus affectées par ces catastrophes. Cette concentration des personnes précaires dans les zones les plus vulnérables reflète également les inégalités sociales et économiques à laquelle étaient confrontées les populations originaires de ces quartiers. Je dirais que plus qu'une ville fragmentée, la Nouvelle-Orléans est une ville fractale.

**Rhizome :** Comment la catastrophe de Katrina a-t-elle été vécue par les habitants ?

**AL :** Pendant la catastrophe Katrina, une partie de cette population pauvre, qu'on peut estimer à environ cent mille personnes, s'est retrouvée dans l'impossibilité de quitter la ville par manque de moyens. Ces habitants étaient dans une situation de désastre généralisé, similaire à des situations de chaos pendant certaines guerres. Se pose alors la question de l'évacuation des personnes qui ne sont pas mobiles de leur foyer car, par exemple, en fauteuil roulant ou sous traitement d'oxygène à domicile. Les autorités locales et fédérales font faillite, puisqu'elles ne donnent aucune réponse aux personnes les plus précaires qui ont été le plus touchées par la catastrophe et parmi lesquelles on compte le plus grand nombre de victimes.

*« Les autorités locales et fédérales font faillite, puisqu'elles ne donnent aucune réponse aux personnes les plus précaires qui ont été le plus touchées par la catastrophe et parmi lesquelles on compte le plus grand nombre de victimes. »*

Dans toutes les situations de catastrophes environnementales, sociales, ou chimiques, de Bhopal (en Inde) à Katrina, le même schéma à tendance à se reproduire. Les personnes les plus pauvres et les plus exposées aux territoires à risque environnemental, comme en bidonvilles, sont les groupes les plus affectés.

En situation de crise, l'offre de soins de santé mentale et la prise en charge des traumatismes vécus par les individus s'avèrent être inégales. On constate qu'il n'y a pas de réelle

<sup>1</sup> Dans cet ouvrage, les auteurs définissent le concept du *care* comme « le souci des autres ».

<sup>2</sup> Fin août 2005, l'ouragan Katrina, un des plus puissants qui ait frappé les États-Unis, s'est abattu sur la Louisiane, le Mississippi, l'Alabama et l'ouest de la Floride. On estime à plus de 1 800 le nombre de victimes et à un demi-million le nombre de personnes affectées par le cyclone et ses conséquences.

prise en charge des personnes souffrant antérieurement de vulnérabilités psychiques. De nombreux dispositifs de soutien psychologique sont mis en place pour répondre aux personnes « normales » qui ont vécu des situations extraordinaires de cet ordre et qui souffriraient de symptômes post-traumatiques.

*« Après une situation de choc ou de crise, les individus ne tombent pas dans un chaos collectif. »*

Les personnes les plus vulnérables psychiquement avant la catastrophe sont quant à elles rendues invisibles. À titre d'exemple, si l'hôpital psychiatrique pour adolescents de la Nouvelle-Orléans a pu évacuer ses patients d'autres services d'évacuation pour les plus vulnérables n'étaient pas mis en place. À Charity Hospital, grand hôpital public destiné à l'accueil de populations précaires et non-assurées, la totalité des patients n'a pas pu être évacuée. Une centaine de malades hospitalisés en psychiatrie, ont été abandonnés avec leurs soignants pendant des jours au sein de l'immeuble, sans électricité, sans eau ou vivres suffisants. En ce sens, la territorialisation fragmentée vis-à-vis de la vulnérabilité de certains habitants s'est reproduite dans la réponse à la catastrophe.

**R:** *Et après la catastrophe Katrina...*

**AL:** Après Katrina, la création d'une ville nouvelle a été décidée par des magnats de l'immobilier et des intérêts financiers. Les premiers plans de réhabilitation urbaine de la ville visaient à exclure les populations précaires et afro-américaines de la future ville. Révélé par le *Wall Street Journal*, ce plan de reconstruction urbaine a été fortement contesté puis annulé par le maire. Toutefois, la majorité des logements sociaux, type HLM, de la Nouvelle Orléans, ont été entièrement détruits même si le bâtiment avait résisté aux inondations. En réalité, ces bâtiments construits dans les années quarante étaient capables de résister aux catastrophes climatiques. Cela peut également expliquer la raison pour laquelle le nombre d'afro-américains qui se sont réinstallés à la Nouvelle Orléans est si faible, puisqu'ils sont aujourd'hui proportionnellement moins nombreux que les populations blanches avant la catastrophe. Après Katrina, quand on a réouvert un hôpital psychiatrique pour adolescents, le quartier aisé du site était furieux. Des personnes disaient : *« Moi je ne veux pas des fous dans le quartier où mes enfants jouent, c'est mon quartier, je ne veux pas. Je sais que ce n'est pas politiquement correct, mais je ne veux pas »*.

**R:** *Dans votre ouvrage vous parlez des effets de la « rumeur » qui attisent les peurs en situation de désastre...*

**AL:** La gestion de la crise post-Katrina a renforcé les sentiments de racisme et de haine. Les autorités ont fait le choix d'accentuer les politiques sécuritaires en hyper sécurisant le

territoire par la militarisation des quartiers les plus démunis. Ce choix politique et budgétaire a été appliqué au détriment de la gestion des sauvetages, pour porter secours aux personnes qui étaient bloquées sur les toits des maisons en attendant leur évacuation, ou celles qui, après avoir perdu leur domicile, squattaient les rues des zones non-inondées. La présence des forces de l'ordre en situation de crise n'est pas nécessairement négative, mais l'hyper sécurisation territoriale peut entraîner d'autres effets.

Katrina a été un événement fortement médiatisé. Les pillages des maisons et des magasins post-catastrophe ont alimenté l'idée que les politiques sécuritaires de la ville devaient être nécessairement renforcées. La rumeur a propagé une racialisation de la catastrophe. On peut poser la question des origines et du besoin de la rumeur. Ce phénomène se construit à travers l'ordinaire de la vie quotidienne, des représentations territoriales et ethniques préexistantes. En fait, les individus visés par la rumeur post-Katrina, donc les survivants et les réfugiés majoritairement originaires des quartiers les plus précaires, réagissent à ce phénomène par la panique, par le besoin d'expliquer collectivement une situation de grande incertitude, mais aussi par de l'entraide. En effet, des études menées après la deuxième guerre mondiale par le département de défense américain sur la réaction des populations suite à des situations de stress et de traumatismes collectifs dévoilent qu'après une situation de choc ou de crise, les individus ne tombent pas dans un chaos collectif. Les réactions sont contraires, puisque des situations d'entraide, de renversement du *care* et de la socialité se créent en allant à l'encontre de cet imaginaire du chaos.

*« Les situations exceptionnelles font place à des pratiques de care qui ne sont pas envisagées en situation ordinaire. »*

J'ai rencontré des personnes vulnérables psychiquement avant Katrina, donc originellement receveuses de *care*, et qui ont été amenées à offrir du *care* à d'autres personnes après la catastrophe. Leurs parcours et histoires de vies, qui étaient déjà marquées par un cumul d'événements négatifs, d'adversités, de situations traumatiques, pour une grande partie dû à des situations de précarité, de stigmatisations, d'inégalités sociales ou autre, leurs ont permis de développer une capacité à « faire face » et à prendre soin des autres. L'après catastrophe Katrina a laissé place à un espace temporel de *care*, qui a ouvert un espace de *care* d'un point de vue humain et relationnel. On retrouve toute sorte de cas de figure. Certaines personnes ont sauvé une vie, ou bien se sont chargées de répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables, comme les enfants, d'autres ont réussi à prendre des décisions cruciales en forçant des personnes à quitter le lieu où elles se trouvaient pour des questions de survie, alors même que toutes ces personnes faisaient face à une situation catastrophique. Dans ce sens, les situations exceptionnelles font place à des pratiques de *care* qui ne sont pas envisagées en situation ordinaire.



### Pour aller plus loin...

Lovell A. M., Pandolfo S., Veena D., Laugier S. Face aux désastres, Une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives, Éditions Ithaque, 204 pages ; 2013.

Lovell A. M. « Qui se soucie des soins ? La disparition d'un hôpital public après Katrina », Métropolitiques, 2011.