



UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DES DE MEDECINE GENERALE)**

par

Antonin ROUSSEY  
né le 19 janvier 1991 à Le Port (974)

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2018

**CULTURE POLYNESIENNE  
ET MALADIES CHRONIQUES:  
UNE ETUDE QUALITATIVE DES DETERMINANTS DE SANTE  
CULTURELS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES  
CHRONIQUES**

Présidente : Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

Directeur de thèse : Docteur Philippe BIAREZ

*A ma famille,*

*A la Polynésie,*

## REMERCIEMENTS

A l'issue de la rédaction de cette recherche, je suis convaincu que la thèse est loin d'être un travail solitaire. En effet, je n'aurais jamais pu réaliser ce travail sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifesté à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser dans cette phase délicate d'élaboration et de synthèse.

En premier lieu, je tiens à remercier mon directeur de thèse, monsieur Philippe BIAREZ, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant d'encadrer ce travail et pour les idées innovantes qu'il m'a transmises au cours de mes études.

Je souhaiterais exprimer ma gratitude à monsieur Bruno SAURA, professeur en anthropologie pour sa disponibilité et la qualité de nos entretiens. Je le remercie également pour son accueil chaleureux à chaque fois que j'ai sollicité son aide, ces échanges étaient toujours riches et m'ont motivé pour l'achèvement de ce travail.

Je remercie sincèrement Madame Angélique BONNAUD-ANTIGNAC d'avoir accepté la présidence du jury de thèse.

Mes remerciements vont également à monsieur Jean-Pascal FOURNIER, Madame Aline VAN CLEEF Aline, Monsieur Philippe DAMIER pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Je remercie l'ensemble des patients et soignants interrogés lors de la collecte des données sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée. Je remercie également mes collègues de l'hôpital de Moorea et du dispensaire de Raiatea qui m'ont ouvert les portes de la culture polynésienne.

Ma reconnaissance va à ceux qui m'ont transmis leurs connaissances et qui font ce que je suis aujourd'hui.

Ces remerciements seraient incomplets si je n'en adressais pas à mes parents et ma sœur, qui ont relu avec attention l'ensemble de mon travail, et m'ont aidé à finir dans les temps. J'exprime ma gratitude aux relecteurs nantais et corse qui ont traqué les fautes d'orthographe et félicité l'immensité de leur labeur.

Un grand merci aux « idiots » qui se reconnaîtront. Même si, eux ne m'ont rien transmis, je voulais souligner leur humour trash et décalé. J'adresse un merci particulier à Bif pour le chemin parcouru.

J'adresse un merci pluvieux aux nantais et particulièrement à la « coloc ».

Enfin, j'adresse mille mercis à ma famille sur laquelle je peux toujours compter.

# TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>CONTEXTUALISATION .....</b>	<b>15</b>
<b>III.</b>	<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>27</b>
	<i>A. Etude de la littérature.....</i>	<i>28</i>
	A.1. Hypothèse et objectifs .....	28
	A.2. Méthode.....	29
	<i>B. Entretiens exploratoires non-dirigés des soignants .....</i>	<i>29</i>
	B.1. Hypothèse .....	30
	B.2. Objectif.....	30
	B.3. Méthodes de recrutement et d'analyse .....	30
	B.4. Élaboration du guide d'entretien.....	32
	<i>C. Entretiens semi-directifs de patients.....</i>	<i>35</i>
	C.1. Hypothèse .....	36
	C.2. Objectif.....	36
	C.3. Méthodes de recrutement et d'analyse .....	36
	C.4. Élaboration du guide d'entretien.....	38
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>40</b>
	<i>A. Données de la littérature .....</i>	<i>40</i>
	A.1. Qu'est ce qu'un déterminant culturel de la santé en Polynésie ?.....	40
	A.2. Les données de la science : culture et santé en Polynésie.....	50
	A.3. Quelques travaux d'anthropologie médicale en Polynésie française.....	59
	<i>B. Entretiens avec les soignants expérimentés .....</i>	<i>71</i>
	B.1. Données démographiques de l'échantillon.....	71
	B.2. Analyse : Entretiens avec les soignants expérimentés.....	72
	B.3. Universalité / particularisme .....	73
	B.4. Représentation des soignants : La culture polynésienne.....	74
	B.5. Hiatus culturel : culture polynésienne et culture des soignants .....	102
	B.6. Expériences acquises des professionnels de santé.....	112
	B.7. Conseils aux soignants .....	129
	<i>C. Entretiens avec les patients .....</i>	<i>131</i>
	C.1. Représentation de la santé.....	133
	C.2. Représentation de la maladie.....	140
	C.3. Représentations relatives aux traitements .....	146
	C.4. Perceptions dans la relation médecin-malade et comportement en santé.....	148
	C.5. Ra'au tahiti .....	151
	C.6. Deux exemples pour illustrer le pluralisme médical : Puta to'eto'e et Tapu te niho	153
<b>V.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>159</b>
	<i>A. Principaux résultats.....</i>	<i>159</i>

<i>B. Les déterminants culturels de la santé des patients polynésiens : le cas particulier des maladies chroniques</i> .....	161
B.1. Croyances des patients .....	162
(1) Multiplicité des systèmes étiologiques .....	162
B.2. Représentations.....	162
(1) Représentation du médicament.....	162
(2) Représentations concernant les soignants .....	164
(3) Représentation du corps .....	165
(4) Représentation de la santé.....	165
(5) Représentation de la maladie.....	166
(6) Le <i>mana</i> , le pouvoir, la décision .....	166
B.3. Normes et Valeurs de la société polynésienne.....	167
(1) La langue .....	167
(2) Esprit communautaire et partage.....	167
(3) Traditions.....	168
(4) Religion.....	168
(5) Les sentiments polynésiens.....	168
(6) La douleur : expression, soulagement .....	168
(7) Fenua, attachement à la terre .....	169
B.4. Comportements des patients .....	169
(1) Pluralisme médical.....	169
(2) Organisation familiale .....	170
(3) Processus décisionnel polynésien.....	170
B.5. Acculturation / anomie .....	171
(1) Alimentaire.....	171
(2) Langue.....	171
(3) Télévision et Publicité .....	172
<i>C. Forces et faiblesses du travail</i> .....	172
<i>D. Hypothèses et perspectives de recherches</i> .....	176
<i>E. Conclusion</i> .....	178
<b>VI. RECOMMANDATIONS POUR L'INTEGRATION DES DETERMINANTS CULTURELS DE LA SANTE AU PROJET DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE</b> .....	<b>179</b>
A. <i>Introduction</i> .....	179
B. <i>Recommandations</i> .....	180
B.1. Qu'est ce qu'un déterminant culturel de santé ?.....	180
B.2. Les déterminants culturels de santé des patients polynésiens.....	180
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>185</b>
<b>VIII. LEXIQUE</b> .....	<b>192</b>
<b>IX. ANNEXES</b> .....	<b>195</b>

## I. INTRODUCTION

L'anthropologie de la santé apparaît en France au début des années 1980. Cette discipline des sciences sociales a pour objets d'étude la santé et la maladie au sein des différentes cultures de notre planète. On retrouve les mêmes champs d'étude sous différentes appellations comme par exemple, l'anthropologie médicale, ou l'anthropologie de la maladie.

L'ethnomédecine des années soixante se focalise sur les pratiques traditionnelles dans les sociétés sans écriture. L'anthropologie de la santé, comme on la connaît aujourd'hui, est l'aboutissement d'une réflexion sur ses capacités à répondre par un éclairage original aux questions que se posent la biomédecine ou l'épidémiologie. Pour s'intéresser aussi à la santé et à la maladie dans les sociétés modernes contemporaines, l'anthropologie médicale tend à identifier les systèmes de croyances et de représentations des soignants et des patients; elle explore les systèmes étiologiques, les méthodes thérapeutiques et les comportements en santé en se concentrant sur les comportements de l'Homme face à la Maladie.

*A travers le prisme de l'anthropologie médicale, c'est toute la structure d'une société et les interactions dynamiques qui peuvent être analysées, comprises pour ensuite permettre la mise à profit de ces connaissances. Loin d'être une science théorique, l'anthropologie médicale, devrait susciter un intérêt des médecins pour permettre une application de ces connaissances et ainsi améliorer leurs pratiques. Une collaboration étroite peut s'initier alors entre anthropologues et médecins au profit des patients.*

*La maladie impose toujours pour l'individu qui la subit une quête de sens qui aboutit à un comportement normé selon des valeurs collectives validées par le groupe. Elle implique le patient et le médecin dans un réseau de représentations, d'institutions, de comportements et font intervenir de nombreux acteurs ou outils. En cela on peut considérer que la maladie s'impose comme un « **fait social total** ». (1)*

Les intérêts de l'utilisation de l'anthropologie médicale en pratique quotidienne pour le médecin sont nombreux. On peut en citer quelques-uns comme mieux comprendre les interactions médecin-patients, évaluer leurs propres pratiques, guider les campagnes de prévention ou de promotion de la santé, ou encore améliorer l'observance des patients(2).

L'objet d'étude fondamental de l'anthropologie médicale est la maladie (ou le malade). Il convient donc de rappeler brièvement quelques notions pour l'exploration en sciences humaines et sociale de celle-ci.

### **CONCEPT DE LA MALADIE POUR LES ANTHROPOLOGUES**

Les anthropologues anglophones, au travers de leur langue et de la synonymie relative autour du terme « maladie », ont pu proposer un modèle plus favorable pour les Sciences Humaines

et Sociales (SHS). Ils ont identifié trois entités distinctes associées à des mots propres qui explorent différents aspects de la maladie.

*Disease* : la maladie organique, le fait biologique, physiologique. C'est la maladie au sens biomédical, ces problèmes existent indépendamment de leur reconnaissance par l'individu ou son entourage. C'est le domaine d'intervention privilégié de la médecine occidentale ou de la biomédecine. C'est la maladie réalité-biologique.

*Illness* : les perceptions, le vécu subjectif individuel de la maladie. Il se rapporte « aux réactions culturelles, personnelles et interpersonnelles à la maladie, à l'expérience humaine de la maladie ou à la mauvaise santé » (3). A cela, on peut rajouter la notion de communication et d'interaction avec l'entourage. La perception individuelle d'un dysfonctionnement ou d'une rupture avec son état de santé normal entraîne un comportement culturellement normé. C'est la maladie signifiée.

*Sickness* : le processus de socialisation des épisodes pathologiques, processus par lequel l'individu donne des significations socialement reconnaissables à ses dysfonctions ou à ses états pathologiques (*illness* et *sickness*), c'est le cheminement de l'individu à partir de l'identification du dysfonctionnement jusqu'au traitement. C'est la maladie socialisée.

*La prise de conscience de l'aspect multidimensionnel de la maladie met en évidence le caractère restreint et incomplet de la définition biomédicale qui en est donnée. Le culte voué par la médecine à ces modèles parcellaires peut même être vu comme une sorte de rituel ou de pratique magique en soi. (4)*

Les modèles contemporains en anthropologie de la santé tendent à épouser une approche plus globale, émiqne, holistique voir éco-systémique de la maladie (5). Les modèles culturalistes qui se limitaient à l'étude des systèmes de causalités, et aux pratiques traditionnelles ne suffisent pas à comprendre la maladie ou plutôt la santé d'une population. La santé d'une population est un phénomène complexe, global faisant intervenir de nombreuses variables. Un modèle proposé pour les intégrer au mieux est le modèle écologique.

L'approche écologique de la santé ou de la maladie les étudie comme la résultante de la conjonction de facteurs autant physiques que psychologiques, sociologiques, économiques ou **culturels**, tous en interrelation les uns avec les autres.

Les interrelations entre chacune des variables confèrent un aspect dynamique au modèle et sont autant d'objets d'étude que ces variables.

L'approche écologique convient particulièrement à l'étude des pathologies d'origine multifactorielle et dont le traitement nécessite d'investir par la santé plusieurs secteurs de la vie des patients. Les maladies chroniques remplissent ces conditions.

## **LES MALADIES CHRONIQUES**

Sémantiquement relatif au temps<sup>1</sup> la maladie chronique y est inscrite, elle dure, et il n'existe pas de durée d'évolution préétablie. Maladie chronique ou maladie perpétuelle, la guérison au cours de ces affections est un idéal qui ne sera jamais atteint. La stabilisation de l'état clinique est l'objectif pour tous les patients et tous les médecins. Le médecin quitte son statut de guérisseur, pour endosser celui du médecin traitant.

La difficulté du traitement des maladies chroniques est due, tout comme la complexité de son implication sociale, à une multitude de facteurs. Il nous paraît important d'insister sur l'un d'eux : le caractère asymptomatique des premiers stades de la maladie. L'individu pourtant malade (*disease*) n'éprouve pas les signes (*sickness*) qui le ferait basculer dans le comportement socialement normé de « malade » (*illness*).

Le traitement des maladies chroniques implique des prérogatives médicales qui pénètrent en profondeur le quotidien du patient : la prise de traitements contraignants, le respect d'un régime alimentaire strict, ou la régularité du suivi médical sont des préconisations médicales difficiles à suivre car l'individu ne se sent pas malade.

Paradoxalement les premiers stades de la maladie sont les plus intéressants dans l'objectif de conserver une bonne santé. Les premiers stades asymptomatiques précèdent les complications : stade où le patient se sent malade mais où une restauration du stade asymptomatique devient impossible. Pour limiter l'évolution des maladies chroniques asymptomatiques vers le stade irréversible des complications, une observance la plus rigoureuse possible est souhaitable. Souvent le patient n'échafaude pas de stratégie de soins, il n'y a pas de recherche d'aide, il n'adhère pas au projet thérapeutique, le respect des prérogatives médicales est donc aléatoire voire inexistant et conduit à « l'inobservance ».

La problématique de l'observance des « malades chroniques » est une priorité pour tous les soignants. Malgré des thérapeutiques efficaces, c'est l'adhésion au traitement qui conditionne l'amélioration ou la stabilisation de l'état de santé de l'individu.

L'observance devient un enjeu pour la santé globale mondiale depuis que l'OMS tire la sonnette d'alarme concernant l'émergence, voire l'épidémie mondiale(6) de maladies chroniques qui ne cesse de s'étendre ces vingt dernières années.(7)

Les maladies chroniques ou maladies non transmissibles (MNT) en opposition avec la pathologie infectieuse sont divisées selon l'OMS en 4 groupes : Les maladies cardiovasculaires, les cancers, les pathologies pulmonaires chroniques et le diabète.

*Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde.*

---

<sup>1</sup> L'origine étymologique du mot chronique est la suivante : *kronika biblios* (grec) : « livres qui suivent l'ordre du temps »),

*Les maladies non transmissibles (MNT) tuent chaque année plus de 40 millions de personnes »*  
(8)

Les principales causes des maladies chroniques identifiées sont, la mondialisation d'un mode de vie défavorable à la santé(9), l'urbanisation non programmée, le vieillissement de la population et la consommation de toxiques (alcool et tabac). A l'échelle individuelle une « mauvaise » alimentation et la sédentarité tendent à augmenter la tension artérielle, la glycémie, la lipémie et l'obésité. Il devient alors possible d'identifier des facteurs de risques principaux contre lesquels il faut lutter pour prévenir l'apparition de maladies chroniques : le tabagisme, la consommation d'alcool, le régime alimentaire hypercalorique et hyperlipidique, et la sédentarité. (8)

Selon l'OMS, la pauvreté ou les conditions socio-économiques défavorables sont des terrains qui exposent à ces facteurs de risques. Ainsi, les pays pauvres sont aussi les pays les plus touchés par les MNT, ceux qui ne possèdent pas les infrastructures permettant le traitement curatif des complications et donc ceux qui cumulent la plus grande mortalité liée aux MNT. Ces pays aux ressources sanitaires limitées voient le coût de la santé augmenter dramatiquement et certains projettent que les coûts en santé des MNT pourraient être un des principaux freins de développement pour ces pays dans les décennies à venir.

*La croissance économique et la modernisation, historiquement associées à une amélioration de la santé, favorisent en réalité la commercialisation, partout dans le monde, d'aliments et de boissons mauvais pour la santé et l'abandon de l'exercice physique au profit de la sédentarité. Pour la première fois dans l'histoire, certaines personnes qui auparavant étaient pauvres deviennent riches mais cette prospérité rapidement acquise les rend malades. C'est le cas dans des pays disposant de peu de ressources et dont le système de santé a peu de moyens. (10)*

Le développement des pays les moins riches est conditionné par les futures dépenses en santé et notamment celles engendrées par les MNT. On comprend alors la priorité de lutter contre leur propagation en proposant des systèmes de soins économiques et performants alliant efficacité et innovation face à cette nouvelle épidémie socio-culturelle (11) qui se répand dans nos sociétés modernes. Le modèle curatif propre aux maladies transmissibles est dépassé, les recommandations internationales proposent de développer la prévention, la promotion de la santé pour tenter de rectifier ces modes de vie à haut potentiel pathogène. Une des solutions proposées qui permettrait d'investir cette multiplicité de champs d'action sanitaire sont les soins de santé primaires.

L'objectif des soins de santé primaires est d'agir sur les déterminants de santé.

## **LES DETERMINANTS DE SANTE ET SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

La maladie n'est pas la simple résultante d'une exposition à un facteur de risque individuel. L'état de santé d'un individu est défini par l'influence complexe entre plusieurs facteurs : individuels, socio-environnementaux, et économiques. Ce sont les déterminants de santé<sup>2</sup>.

La réflexion sur les déterminants sociaux de la santé est issue du développement du concept d'inégalités sociales en santé<sup>3</sup> et de stratification sociale<sup>4</sup>. Plusieurs modèles sont développés pour tenter de modéliser l'influence de ces déterminants sur la santé.

La réflexion autour des déterminants de santé encourage les politiques de santé de chaque pays à tendre vers une équité en santé en corrigeant les déterminants de santé sociaux défavorables.

Depuis les années 80 (12), un outil permettant de répondre à cet idéal d'équité en santé se cristallise autour du développement des soins de santé primaires<sup>5</sup>. Leur but final est d'améliorer la santé pour tous en se positionnant comme principal levier pour modifier les déterminants sociaux de la santé et ce, en agissant au plus proche de la population.

Il apparaît que les soins de santé primaires (SSP) sont l'outil idéal pour aborder la problématique des maladies chroniques, du fait de leurs caractères multifactoriels et de l'organisation stellaire des acteurs qui gravitent autour de ces patients. Les soins de santé primaires sont basés sur des structures de proximité adaptées à la population, tenant compte des déterminants locaux de santé, qui permettent de mettre en place des actions curatives, de promotion de la santé et de médecine préventive.

Il convient d'insister sur l'importance de considérer les déterminants locaux et de comprendre qu'à l'intérieur de ce terme générique peu précis l'on peut retrouver notamment **les déterminants culturels de la santé**. Nous avons également noté que les soins de santé primaires sont centrés sur la personne et considèrent l'ensemble des variables qui caractérisent un individu : personnelles, familiales, sociales mais aussi **culturelles**. Ils sont accessibles géographiquement mais aussi **culturellement**. Les soins de santé primaires doivent être **adaptés à la culture** de la population dans laquelle ils sont développés.

---

<sup>2</sup> Voir p.42

<sup>3</sup> Voir p.41

<sup>4</sup> Voir p.42

<sup>5</sup> « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.[...]. Ils sont le premier niveau de contact des individus de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ». (12)

L'importation de soins primaires occidentaux « ad integrum » dans une culture différente semble contradictoire avec la philosophie des SSP développées par l'OMS depuis 40 ans(13). Par ces quelques lignes nous soulignons l'importance de considérer la culture dans le développement des soins de santé primaires pour favoriser la santé des patients atteints de maladies chroniques.

Pour illustrer cette problématique globale, nous proposons d'étudier un cas particulier : celui de la Polynésie Française.

Des précisions sur le contexte géographique, historique, économique, politique et sociales sont abordées dans le chapitre « contextualisation ».

Intéressons-nous à la situation sanitaire de la Polynésie française pour y appliquer le questionnement de l'importance de la prise en compte des déterminants culturels de santé dans le développement des soins de santé primaires au travers d'une étude qualitative empruntant une méthodologie héritée des sciences humaines et sociales.

## **LE CAS PARTICULIER DE LA POLYNESIE FRANÇAISE**

La Polynésie est un territoire qui subit de nombreuses mutations au cours de l'histoire. Avec l'arrivée des étrangers européens à Tahiti et dans les îles, s'est amorcée une longue période de métamorphose de la société polynésienne.

Les premiers missionnaires embarquent avec eux une évangélisation progressive tandis que l'Etat français avec son projet d'expérimentation nucléaire dans les Tuamotu transporte avec lui et son opulence nouvelle des changements profonds dans tous les secteurs de la vie des polynésiens : le modèle de la société de consommation mondialisé s'impose.

Ces bouleversements brutaux ne sont pas sans influence sur la santé des polynésiens. Les premiers contacts avec les européens entraînent initialement une forte mortalité liée aux maladies transmissibles (Infections sexuellement transmissibles, épidémie au sein d'une population naïve des expositions virales européennes). L'effondrement démographique, de cent mille à dix mille individus dans certaines îles comme les Marquises, s'atténue autour des années 1900 grâce aux apports techniques occidentaux (antibiotiques, hygiénisme). C'est la première transition épidémiologique polynésienne.

On observe une stabilité démographique du début du XX<sup>ème</sup> siècle jusque dans les années 1960.

L'installation du Centre d'Expérimentation du Pacifique en 1963 apparaît comme un changement aussi brutal que la propagation des maladies infectieuses à l'arrivée des européens mais cette fois-ci avec une amélioration de la mortalité et une majoration progressive de l'espérance de vie de génération en génération due à l'importation des progrès scientifiques et technologiques. L'acculturation<sup>6</sup> des polynésiens tend à modifier en

---

<sup>6</sup> *Acculturation: « modification des modèles culturels de deux ou plusieurs groupes d'individus résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes ».* (14)

profondeur leur mode de vie. Les nouvelles habitudes « mondialisées » font le lit de l'apparition des maladies non transmissibles ou maladies chroniques.

Tous les critères sont réunis pour l'émergence des maladies non transmissibles:

- Habitudes alimentaires néfastes pour la santé
- Sédentarité
- Vieillesse de la population
- Consommation de toxiques : alcool et tabac

Les données épidémiologiques concernant le triangle polynésien inquiètent très tôt les autorités sanitaires mondiales.(15)

Face à ce problème, on se questionne alors sur l'émergence des phénomènes comportementaux et sociaux défavorables à la santé qui s'ajoutent à la précarisation de certaines populations dans des zones urbaines de Tahiti. La fragilisation de la solidarité traditionnelle et des problèmes de santé environnementaux insuffisamment maîtrisés sont des causes qu'il faut explorer.

*Avec la précarisation montante, le nombre de patients relevant du « RST<sup>7</sup> » (régime de solidarité territoriale) augmente dans les centres de santé publique notamment. Leur marginalisation sociale s'accompagne d'une inquiétude pour les malades ne venant pas se soigner, pour les patients chroniques qui abandonnent leurs traitements et qui ont recours à des pratiques de la médecine traditionnelle non encadrées. (JO de la Polynésie Française, SOS 2016-2025)*

La situation concernant le diabète et l'obésité est particulièrement alarmante à l'échelle locale et de nombreuses études (16) (17) ont déjà montré l'urgence d'une action efficace du gouvernement pour faire primer l'intérêt des patients, diminuer les coûts en santé qui pèsent sur la société, et améliorer la santé globale de la population.

Les mesures mises en place il y a 30 ans semblent moins efficaces (stabilisation de l'incidence du diabète et de l'obésité depuis 10 ans) et les MNT sont aujourd'hui la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez l'adulte en Polynésie Française, se rapprochant du profil épidémiologique des pays développés. Les prévalences du diabète et de l'obésité sont stables depuis 10 ans mais parmi les plus élevées au monde.

La lutte contre les MNT liées au mode de vie est la priorité sanitaire du Gouvernement pour le pays.

Les soins de santé primaires sont un outil idéal pour y répondre. Dans cette optique de développement des SSP et avec la volonté d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé, un

---

<sup>7</sup> Le régime de solidarité territoriale (nouvellement modifié en régime de solidarité de la Polynésie Française : RSPF) est mis en place en Polynésie pour assurer une couverture sociale universelle (1995) à toute la population. Les conditions pour en bénéficier sont relatives aux revenus par foyer et à la résidence sur le territoire pendant plus de 6 mois consécutifs.

des enjeux majeurs en Polynésie semble d'intégrer la culture aux soins. La lutte contre les MNT passe par la reconnaissance de déterminants culturels de la santé.

## **LES DETERMINANTS CULTURELS DE LA SANTE EN POLYNESIE**

Aussi éloignée géographiquement que culturellement de la France, la Polynésie est un cas particulier où l'anthropologie médicale pourrait aider les professionnels de santé à être plus efficaces en identifiant les déterminants de santé culturels à intégrer aux soins de santé primaires.

Une large majorité des médecins en activité sur le territoire est issue de la culture occidentale. Le renouvellement constant des praticiens dans les structures publiques (contrat de 1 à 6 ans) et dans le secteur privé favorise l'inexpérience et la méconnaissance de la culture polynésienne. Les médecins qui décident de s'installer définitivement en Polynésie sont de plus en plus rares du fait de l'éloignement et de l'instabilité politique « légendaire » du pays. Ce turn-over médical limite l'approche globale du patient, notamment par la fréquence des ruptures et des réorganisations qu'il entraîne. La culture des patients est méconnue sinon méprisée.

Tous les professionnels de santé sont confrontés à la culture des patients et en tant que soignants ils sont également influencés par leur propre culture : la culture biomédicale. Cette différence entre les soignants et le patient impose un hiatus culturel lors de la relation de soin, l'incompréhension ou la négation réciproque de cette différence influence les soignants comme les patients. On peut penser qu'il puisse y avoir des « dys-communications », des incapacités réciproques à écouter l'autre ou même des quiproquos.

Ce hiatus grève la qualité de la relation médecin-malade : un des principaux déterminant de l'observance médicamenteuse (18) indispensable pour l'efficacité de la prise en charge des MNT. Plus loin, nous pouvons y voir une opportunité et l'occasion de développer de nouvelles stratégies intégrées à l'environnement dans lequel les praticiens exercent non plus « leur » médecine mais une médecine plus « polynésienne », inclusive et efficace.

L'approche innovante de ce travail réside dans la posture que nous souhaitons adopter. A l'opposé des attitudes paternalistes de la médecine du XX<sup>ème</sup> siècle qui aurait promu une médecine toute puissante et un patient polynésien se formalisant aux dogmes occidentaux, nous souhaiterions que ce travail à destination directe des médecins et de tous les professionnels de santé en contact avec les polynésiens, rétablisse l'équilibre de cette relation malade-médecin indispensable pour la prise en charge au long court des maladies chroniques.

Nous nous proposons de définir et d'identifier les déterminants de santé culturels qui peuvent exister dans le cadre des maladies chroniques en Polynésie française aujourd'hui pour ainsi fournir une base de réflexion à l'outil de santé destiné au projet de mise en place des établissements de soins de santé primaires. Le but final étant d'améliorer l'observance, la

qualité de la prévention, la promotion de la santé et le dépistage de ces pathologies pour améliorer la santé des polynésiens.

Quels ponts culturels peut-on construire pour rapprocher ces deux visions de la santé et de la maladie pour mieux prendre en charge les MNT?

*L'enjeu de cette nouvelle approche [celle d'intégrer la culture] de santé publique n'est plus d'éliminer les croyances traditionnelles au profit d'un transfert des connaissances médicales, mais bien d'utiliser positivement ces croyances pour mieux faire passer les messages. (4)*

L'objectif principal de notre étude est de définir, et d'identifier ensuite les déterminants culturels de santé qui sont mis en jeu dans la prise en charge des patients polynésiens porteurs de maladie chronique.

L'objectif secondaire est de proposer une base théorique pour l'élaboration d'un outil de santé d'information et de formation à destination des soignants (surtout inexpérimentés) en contact quotidien avec les polynésiens sous forme de recommandations.

Nous sommes confrontés à une problématique à la frontière de plusieurs disciplines scientifiques : l'anthropologie médicale, la santé publique, la médecine générale. Ce travail original permet d'explorer de nouvelles facettes de la relation médicale dans un contexte unique, celui de la confrontation de deux systèmes de croyances et de représentations : occidental et polynésien.

## II. CONTEXTUALISATION

### **GENERALITES**

L'océan Pacifique couvre plus d'un tiers de la surface du globe. C'est le plus grand océan de la planète. Au sein de cette immensité liquide, on peut décrire un triangle trouvant ses sommets entre Hawaï, Aoteroa (Nouvelle-Zélande), et Rapa nui (L'île de Pâques). L'homogénéité culturelle qui caractérise les populations autochtones dans ce triangle au moment de la découverte de ces îles par les européens au XVIIIe siècle permet aux explorateurs de l'identifier comme le triangle polynésien.

L'étymologie du terme polynésien trouve son sens dans le grec ancien par la combinaison de « polús » et « nēsos », respectivement plusieurs et îles. On nomme les habitants de ce triangle en fonction de l'environnement auquel ils appartiennent. C'est le peuple du plus grand océan du monde, vivant sur « plusieurs îles » : les Polynésiens.

La Polynésie française occupe une place centrale au centre du triangle polynésien, tant du point de vue géographique que dans la tradition. Le classement au patrimoine mondial de l'UNESCO du *Marae*<sup>8</sup> de Taputapuataea sur l'île de Raiatea est un signe de l'importance culturelle que représentent ces îles.

### **GEOGRAPHIE**

La Polynésie française s'étend sur 2,5 millions de km<sup>2</sup> soit la moitié de la superficie de l'Union Européenne des 28. (Annexe N°1)

Elle se compose de 118 îles hautes et basses, 76 sont habitées, et se répartissent en 4 archipels : Les îles de la Société, les Marquises, les Australes, les Tuamotu Gambier. Les terres émergées représentent environ 3600km<sup>2</sup>. C'est un des ensembles insulaires les plus fractionnés au monde.

Les îles hautes sont des îles montagneuses, on les retrouve surtout dans les archipels de la Société, des Marquises et des Australes. Le point culminant de la Polynésie se trouve sur l'île de Tahiti, c'est le mont *OroHena* 2241m d'altitude. Tandis que les îles basses, situées essentiellement dans les archipels des Tuamotu et des Gambier, sont des atolls d'origine madréporique<sup>9</sup>. Une étroite couronne de corail, sans relief, qui entoure plus ou moins complètement un lagon.

---

<sup>8</sup> *Marae* : Plate-forme construite en pierres sèches et où se déroulait le culte ancien, associé souvent à des cérémonies à caractère social ou politique

<sup>9</sup> *Madréporique* : formé par l'accumulation des squelettes calcaires des madrépores, une espèce de corail dur.

Cette localisation entre l'équateur et le tropique confère à cet éparpillement insulaire un climat tropical océanique chaud et humide. L'alternance de saisons humides et de saisons sèches est relativement peu contrastée : le climat, chaud et pluvieux de novembre à avril, est relativement frais et sec de mai à octobre. La température moyenne annuelle est de 27°C.

L'île de Raiatea et de *Taha'a*<sup>10</sup> partagent le même lagon. Elles sont situées à environ 215km au nord-ouest de Tahiti. Uturoa, capitale de Raiatea est la seconde plus grande entité urbaine du pays.

## HISTOIRE

La présence humaine en Polynésie orientale a été établie vers -1500 avant JC, mais les différentes hypothèses sur l'origine primaire du peuplement sont toujours sujettes à discussions et controverses.

La culture polynésienne intègre des influences de la culture Lapita<sup>11</sup> de Polynésie occidentale. Les langues parlées dans le triangle polynésien retrouvent toutes leurs origines autour d'une seule et même langue : le proto-polynésien.

Selon Noury et Galipaud (2005), « *le fait que toutes les langues polynésiennes parlées actuellement se rattachent à une seule proto-langue, le proto-polynésien, est aussi considéré comme une preuve de l'origine ancienne et unique des Polynésiens.* » (19)

L'origine du peuplement est encore un sujet stimulant pour les chercheurs qui développent plusieurs théories (citation génétiques)

Selon certaines hypothèses, le peuple polynésien aurait quitté les côtes d'Asie du sud-est pour atteindre vers 1500 avant J.C. les îles Samoa, Fidji et Tonga, avant de s'installer progressivement aux Marquises (300 après J.C.), à l'île de Pâques (en l'an 300 ou 400), aux îles de la Société et à Hawaii (vers 500), puis en Nouvelle-Zélande (vers l'an 800).

Il n'existe pas de témoignage écrit du passé qui nous permettrait de relater les différents événements de l'histoire des anciens polynésiens. Les sources primaires d'informations historiques sont celles des premiers navigateurs ayant accosté à Tahiti ou dans les îles. Il est donc important de superposer à la lecture de ces textes une grille de lecture imprégnée des concepts et des croyances de l'époque. L'objectivité absolue de l'homme restant un idéal scientifique qui au milieu du XVIIIe siècle n'en était qu'à ses balbutiements.

Le premier explorateur à accoster brièvement une île de l'actuelle Polynésie française est Magellan en 1521 par la découverte de l'atoll de Puka Puka. La découverte de Tahiti est attribuée à S. Wallis, qui est le premier européen (avec son équipage) à fouler le sol de cette

---

<sup>10</sup> Voir carte de la Polynésie française : Annexe N°1

<sup>11</sup> Lapita : La civilisation Lapita est formé par un ensemble de population qui partageait la fabrication de poterie richement décorées de motifs. Elle est originaire des îles Bismark et s'est étendue dans tout le pacifique occidental

île le 17 juin 1767. Suivra Bougainville en 1768, puis Cook avec trois séjours successifs entre 1769 et 1777.

Après la découverte par les européens, suit le temps de l'installation et avec lui celui de l'évangélisation de la population. C'est le début d'un processus d'acculturation toujours en marche aujourd'hui.

Dès les premiers contacts avec les polynésiens, les rapports et échanges s'organisent autour d'un malentendu et « s'instaurent comme règle de communication »(20)

Les premiers européens de la London Missionary Society (LMS) s'installent à Tahiti en 1797 et initient un long travail d'évangélisation et de christianisation qui durera plus de 2 siècles. Leur fastidieuse tâche transforme la société des anciens tahitiens « malgré une résistance ou plutôt une indifférence polie sinon moqueuse des polynésiens »(21). La puissante organisation hiérarchique religieuse et la rigueur des normes traditionnelles sont autant d'obstacles à la pénétrance des nouveaux concepts étrangers dans la culture polynésienne. Le virage dans la christianisation de la population peut s'identifier lors du baptême de Tu (*Arii*<sup>12</sup> de Tahiti, futur Pomare) qui amorce l'éclatement des anciens rites et la désacralisation de nombreux comportements par la violation de nombreux *tapu*<sup>13</sup>.

*La transgression ostentatoire des usages alimentaires permet de signaler l'abandon pur et simple d'une religion, la rupture avec son groupe d'origine.*(22)

La réinvention culturelle s'organise par l'intégration des valeurs catholiques tout en préservant certaines traditions.

*Les dieux mangeurs deviennent dieux mangés et bus, les sacrifices humains ont cédé la place à la commémoration symbolique du sacrifice christique fondateur, la famille nucléaire comme unité de base transforme progressivement les rapports entre hommes, femmes et enfants, le lourd interdit du *rāhui*<sup>14</sup> prend la forme du sabbat et du carême, le sacré des anciens *tahu'a*<sup>15</sup> s'efface devant le respect moral dû aux prêtres et pasteurs, et les circuits de prestations alimentaires commencent à emprunter la voie profane du commerce et de la monnaie.*(21)

<sup>12</sup> *Arii* : chef principal dans la société pré-européenne caractérisée par son système de caste.

<sup>13</sup> *Tapu* : restriction, interdit. La société polynésienne pré-européenne organise un système d'interdits sacrés et infranchissables qui permettent l'organisation en castes hiérarchisées et dont le franchissement est puni par la mort.

<sup>14</sup> *Rahui* : interdit alimentaire visant à préserver les ressources et caractérisé par son aspect cyclique. Il permet la régulation de l'impact de l'homme sur les ressources limitées de l'écosystème insulaire fragile. Cette organisation permet la pérennisation de l'installation des Hommes sur les îles. C'est une adaptation culturelle à l'environnement.

<sup>15</sup> *Tahu'a* : personnages clefs de la vie religieuse, sociale et culturelle des anciennes sociétés polynésiennes. Dotés de connaissances approfondies et de pouvoirs dans de nombreux domaines spécialisés (médecine traditionnelle, construction de pirogues...)

Avec Tu c'est une monarchie qui est mise en place, c'est la dynastie des Pomare, qui s'impose à Tahiti, mais aussi aux Tuamotu, d'où ils étaient originaires, et aux îles Sous-le-Vent. Le règne de la reine Pomare IV Vahine (1827-1877), marqué par les conflits religieux sous-jacents des Anglais protestants et des Français catholiques, est la période pendant laquelle le régime d'influence tourne à l'avantage des français par la signature d'un traité de protectorat en 1842.

La Polynésie intègre l'empire colonial français. Le processus de colonisation se met en place, le commerce extérieur devient le nouveau Dieu. Le statut de la Polynésie change en 1880, le roi Pomare V cède à la France la souveraineté sur toutes les îles dépendant de la couronne de Tahiti, elles sont réunies sous l'appellation « Établissements Français de l'Océanie » (EFO). La Polynésie devient un comptoir d'échange commercial de la France dans le Pacifique, on y exporte la nacre, le phosphate, la vanille, les fruits et le coprah.

Lors de la première guerre mondiale, les Tahitiens formèrent, avec les Néo-Calédoniens, le premier bataillon du Pacifique. Pour la seconde, Tahiti choisit dès 1940 de rallier la France libre. Le second bataillon du Pacifique s'illustra en Afrique, notamment à Bir-Hakeim et à El Alamein et l'armée américaine établit une base aéronavale à Bora-Bora, première piste d'aviation qui permettra l'ouverture sur le monde pendant l'après-guerre et avec elle l'éclosion du tourisme.

Les EFO deviennent un Territoire d'Outre-Mer, (TOM) en 1946, et prennent le nom de Polynésie en 1957. Son rattachement à la France est confirmé par référendum en 1958.

Les années 1960 voient deux phénomènes qui bouleversent la société polynésienne, la construction de l'aéroport de Tahiti Faa'a, prémice de l'installation prochaine du Centre d'Expérimentation de Polynésie (CEP).

Le CEP est mis en place en 1963. Le Général de Gaulle choisit la Polynésie pour en faire un laboratoire à ciel ouvert de recherche scientifique et militaire pour doter la France de l'arme nucléaire. L'intérêt stratégique dissuasif n'est pas remis en question, le début des travaux commence en 1963 avec l'agrandissement et la modernisation de l'aéroport de Tahiti Faa'a, la construction de zone d'habitation pour militaires et civils à Mahina et la construction de l'hôpital militaire Jean Prince. Un programme de grands travaux sur l'atoll de Hao, de Moruroa et de Fangataufa permet le début des essais en 1966.

Au total 193 tirs sont réalisés.

Cette installation de milliers de militaires et de techniciens sur les atolls du CEP mais aussi sur Tahiti, conduit à la reproduction du modèle métropolitain autour des lieux de vie des occidentaux. Les polynésiens affluent des îles vers Tahiti qui connaît alors une période de plein emploi.

Avec le CEP, c'est la société de consommation, le salariat, la voiture individuelle, le commerce, et l'urbanisation qui s'implantent définitivement à Tahiti.

L'installation du CEP permet une croissance rapide du pays, qui développe les infrastructures de Tahiti mais aussi des îles avec la mise en place d'une politique de désenclavement des îles éloignées par la construction de pistes aéroportuaires. L'investissement massif de l'Etat français en Polynésie française permet la construction et la modernisation des infrastructures de la santé, de l'éducation, des transports et des communes. Cette modernisation matérielle s'accompagne d'une modernisation des pensées avec la propagation et la promotion d'un nouveau mode de vie basé sur la consommation des produits importés, l'idéalisation de stéréotypes occidentaux (français mais aussi américains), une mutation du monde du travail avec la généralisation du salariat.

Les derniers essais souterrains ont lieu en 1996. Le démantèlement du CEP ne se fait pas du jour au lendemain. Les politiques ont établi un plan d'accompagnement de la Polynésie française afin que le pays trouve les ressources nécessaires pour prolonger cette période d'abondance en produisant ses propres outils économiques. Le préjudice environnemental semble avoir été masqué, dissimulé sous ces participations financières allouées à la Polynésie française.

Les années 90 sont marquées par le « règne » de Gaston FLOSSE: député à l'Assemblée Nationale, secrétaire d'État pour les problèmes du Pacifique, sénateur puis Président du gouvernement de la Polynésie Française à plusieurs reprises.

Le début des années 2000 voit apparaître l'émergence d'un parti indépendantiste : Union Pour La Démocratie (UPLD) / Tavini Huiraatiaa. Le leader du parti, Oscar TEMARU arrive au pouvoir et ouvre une période d'instabilité politique avec la succession de 13 gouvernements successifs entre 2004 et 2008.

## **DEMOGRAPHIE**

La population légale en 2017 est de 275 918 habitants (23) (soit une hausse de 0,6% par rapport à 2012). Cette faible hausse de la population associée à un solde migratoire déficitaire et une natalité en baisse explique la tendance à la diminution de la croissance démographique.

La répartition des habitants est inégale sur les 5 archipels avec plus de 75% de la population concentrée sur les îles de Tahiti et Moorea. La pyramide des âges indique un vieillissement de la population même si la celle-ci reste jeune (34 % de la population avaient moins de 20 ans en 2012).

L'âge moyen est passé de 24 ans en 1988 à 31 ans en 2012. L'espérance de vie des femmes est de 78,1 ans contre 85,4 en France métropolitaine. Celle des hommes est de 74,1 ans contre 79,3 sur le continent.

Ces données confirment un accroissement de la longévité en Polynésie française.

	<i>Polynésie française</i>	<i>France métropolitaine</i>
<b>Natalité</b>	14,3 ‰	11,5‰
<b>Mortalité</b>	5,1‰	8,9‰
<b>Taux de réussite au baccalauréat</b>	85,3%	88,6%
<b>Taux de chômage</b>	21,8%	10,0%

**Figure N°1 : Données démographique de l'EIOM 2016(24)**

## **CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE**

L'économie de la Polynésie française avant le CEP est une économie que l'on pouvait qualifier d'économie de pays en voie de développement : faible activité d'exportation (phosphate, vanille, nacre), faiblesse des échanges extérieurs et donc forte autoproduction. L'autosubsistance était la norme, les services, rares et le PIB par habitant très faible.

L'installation du CEP dans les années 60 signe le début d'une mutation économique. L'injection massive de capitaux de l'Etat dans les caisses du pays permet un développement accéléré de toutes les infrastructures, des services, et le salariat fait émerger une classe moyenne avide de consommation.

Aujourd'hui il existe toujours une dépendance économique aux grandes puissances du Pacifique (USA, NZ, Chine) et à la France métropolitaine pour toutes les importations (énergie, alimentation, biens de consommation manufacturés, transports...). L'autosuffisance est un lointain souvenir qu'a balayé la publicité de la société de consommation.

L'activité économique de la Polynésie s'organise principalement autour du secteur tertiaire qui apporte 87% de la valeur ajoutée. Les ressources économiques du pays se regroupent autour du tourisme, la perliculture, du *monoi*<sup>16</sup> de Tahiti, de la vanille et du *noni*<sup>17</sup>, de la pêche.

---

<sup>16</sup> *Monoi* : Huile de coco parfumée obtenue par une préparation spéciale. On utilise l'amande des noix germées. En l'exposant au soleil après préparation, on obtient par exsudation une huile que l'on parfume avec des fleurs ou de la sciure de santal.

<sup>17</sup> *Noni* : Le *Nono* ou *noni* (*Morinda Citrifolia*), est indigène dans l'ensemble des îles du Pacifique. Il se retrouve dans la quasi-totalité des îles de la Polynésie française du fait de ses importantes vertus médicinales traditionnelles.

Le PIB par habitant est de 2,02 millions de FCP (France : 3,8) (24), et tend à reprendre une croissance lente. La crise économique a des répercussions de 2008 à 2015, la reprise à la hausse de l'activité économique est confirmée depuis 2016.

L'agriculture locale ne suffit pas à produire suffisamment pour l'autosuffisance.

La Polynésie dépend des importations (France, NZ, USA) pour nourrir sa population et la tendance va plutôt vers un amoindrissement de la production avec une réduction majeure de l'exploitation des surfaces agricoles utilisables. La polyculture familiale et traditionnelle (le *faapu*) est toujours présente surtout dans les îles autres que Tahiti et est destinée à l'autoconsommation, elle échappe au marché.

## **STATUT JURIDIQUE**

La Polynésie française est une collectivité d'outre-mer, actuellement régie par l'article 74 de la Constitution française de 1958 et la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française. Elle bénéficie d'une large autonomie politique.

Le pouvoir réside essentiellement entre les mains d'une Assemblée territoriale élue au suffrage universel et possédant le pouvoir délibérant.

L'organe exécutif est constitué par le gouvernement placé sous le contrôle de l'Assemblée et présidé par le Président de la Polynésie française qui est élu par cette dernière.

L'article 140 de la loi organique du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française définit ainsi les lois du pays dans cette collectivité.

*La Polynésie Française est un pays d'outre-mer au sein de la République Française. Elle se gouverne librement et démocratiquement et constitue une collectivité d'outre-mer dont l'autonomie est régie par l'article 74 de la constitution. (25)*

Les Compétences de la Polynésie Française sont la santé, l'administration territoriale, l'enseignement élémentaire, primaire et secondaire, la fiscalité, les prix, le commerce extérieur, la réglementation des droits d'exploration et d'exploitation des ressources maritimes

Les compétences régaliennes relèvent quant à elles de l'Etat.

## **LA SANTE EN POLYNESIE FRANCAISE**

### **○ Histoire de la santé en Polynésie**

Avant le début des années 60, le système de soin et de santé en Polynésie avait été établi par rapport à ceux des autres colonies et pays tropicaux et il ne peut se comprendre qu'en référence à l'œuvre accomplie dans ces régions.

A l'arrivée des européens, la médecine des étrangers est réservée aux étrangers. Les soins prodigués par un médecin ou chirurgien aux polynésiens sont rarissimes et réservés aux dignitaires de la société polynésienne d'alors. Même si les autochtones contractent des maladies importées par les européens, aucun système de soins ne se met en place et aucune démarche de soins ne sera mise en place pendant le premier siècle de présence européenne. La médecine occidentale est encore loin d'être moderne, les dogmes occidentaux sont structurés autour de la théorie des humeurs, et les traitements correspondent à des onguents et de l'herboristerie.

La signature du protectorat en 1843 place la Polynésie dans les EFO. La politique coloniale française sous-tend la prise en charge des ressortissants français au sein des colonies, l'Etat français construit un hôpital où 2 médecins militaires et 4 infirmiers officieront près du port pour soigner les marins, les soldats et les civils européens installés dans la colonie. A cette époque la problématique principale de santé publique sont les maladies vénériennes qui touchent aussi bien les marins de passage que la population de Tahiti. La logique thérapeutique encourage donc à soigner les uns comme les autres. Le premier dispensaire pour le traitement des maladies vénériennes de la population ouvre en 1854.

Jusqu'en 1880, il n'y a pas de système de santé organisé pour prendre en charge la population autochtone dans son ensemble. Les polynésiens se soignent exclusivement grâce à la médecine traditionnelle.

En 1880 « l'esprit colonial s'affirme pleinement en France. Il est alors nourri de l'idée de la mission civilisatrice qui incombe aux pays avancés »(26) . Les modifications structurelles de l'organisation de la gestion des colonies et y compris de la santé des colonies impulsent le développement d'un système de santé pour la population à partir de 1880 : construction d'un nouvel hôpital colonial (1884), centre médical à Uturoa (Raiatea, îles sous le vent) et aux Marquises (1905), ouverture d'une léproserie en 1914 exclusivement réservée au traitement de la lèpre des patients polynésiens.

A partir de 1918 se met en place un véritable système de santé, les effectifs des médecins et des infirmiers sont multipliés pour lutter contre la dissémination souvent qualifiée d'insurmontable qui caractérise l'espace sanitaire polynésien. Les infrastructures coloniales sont également développées : nouvel hôpital, nouveaux dispensaires et infirmeries dans de nombreuses îles. Les infirmiers, souvent issus de la culture polynésienne se voient parfois confier la tâche d'assurer la permanence sanitaire dans certaines îles sans médecin. Leur mission semble sacerdotale mais même s'ils sont « souvent isolés dans les formations sanitaires lointaines, ils ont assuré la diffusion des soins parmi les Polynésiens. Polynésiens eux-mêmes, et à ce titre mieux compris sinon mieux acceptés, ils ont aussi assuré la promotion de la médecine en luttant contre des préjugés et des pratiques mal assurées. »(26)

En 1950, l'évolution moderne de la médecine encourage l'Etat à implanter l'Institut de Recherche Médicale pour identifier et lutter contre les grandes épidémies et pour étoffer le

savoir médical concernant les pathologies tropicales. La lutte contre la filariose de Bancroft devient une priorité pour la santé polynésienne.

Le système médical colonial repose sur le concept de la médecine mobile, au cours de tournées dans les archipels, les médecins se déplacent, dispensent des soins curatifs, initient des conseils de prévention, récoltent des données épidémiologiques sur l'environnement des patients.

De 1960 à 1990 l'expansion du système de santé permet une baisse de la mortalité infantile et de l'espérance de vie. L'offre de soins à la fin des années 1990 est inégale, et concentrée sur Tahiti, mais des efforts sont faits pour amener la santé au plus près des patients (postes de secours, infirmeries, consultations spécialisées décentralisées). Le développement du secteur privé permet une offre de soins comparable à celle des pays les plus développés mais pour la seule île de Tahiti. La multiplication du nombre de lits sur ces 30 dernières années permet de faire de l'hôpital territorial un centre vers lequel convergent les patients des archipels éloignés par le biais des EVASAN<sup>18</sup>. Ce système d'évacuation est préféré au modèle australien des « flying doctors »<sup>19</sup> (trop coûteux) ou au modèle chinois des médecins aux pieds nus (jugé inadapté pour un pays riche), mais il est tributaire du développement du transport aéroporté et donc de la construction de pistes d'atterrissage dans les îles les plus reculées. La fréquence du recours aux EVASAN est inversement proportionnelle aux moyens (hôpitaux, lits d'hospitalisation, personnels, équipements) disponibles sur l'île où vit le patient.

### ○ Épidémiologie

Les chiffres épidémiologiques récents sont rares en Polynésie. Une étude réalisée tous les 10 ans permet cependant de surveiller les facteurs de risques des maladies non transmissibles (MNT) (27) et emprunte les méthodes de l'OMS. On peut citer quelques-uns de ces résultats. La mortalité liée aux MNT s'élève à 40%.

Maladies chroniques	Prévalence
HTA	23,9%
HTA traitée efficacement	10,3%
Obésité	40,4%
Diabète NID	10%
Diabète traité efficacement	68%
Obésité	40%
Surpoids	70%

**Figure N°2 : Prévalence des maladies chroniques en Polynésie française en 2010 (étude Step WISE – OMS)**

<sup>18</sup> EVASAN : terme hérité de la tradition militaire des acronymes pour évacuation sanitaire

<sup>19</sup> Flying doctors : en français médecins volants

○ **Démographie médicale**

On compte 648 médecins en Polynésie française. (28)

La densité médicale globale est de 2,3 médecins pour 1000 habitants, mais elle est inégalement répartie sur le territoire, la concentration médicale étant la plus forte dans les centres péri-urbains de Tahiti.

Les écarts se creusent entre les différentes offres de soins et dans les niveaux de prestations fournis. L'offre de proximité de premier niveau, qui effectue une activité à la fois curative et préventive, est la plus touchée. Soumises aux contraintes géographiques, les inégalités d'accès sont accentuées dans les îles éloignées, avec la dégradation des moyens liée à la crise économique de 2008. Le drainage des moyens vers l'hôpital du Taaone a eu un effet négatif indirect sur l'offre de proximité concentrant l'activité des soignants dans le secteur sanitaire tertiaire et délaissant les missions de santé primaire. Si les missions de consultations avancées des spécialistes du Centre hospitalier de la Polynésie française se poursuivent, les missions de santé publique (généralistes, dentistes, sages-femmes, techniciens sanitaires...) dans les îles éloignées se réduisent. Le secteur privé, concentré dans les Iles-Du-Vent, voit pour sa part un vieillissement accéléré de ses effectifs et une diminution des cabinets médicaux.

○ **Système de soins**

Le premier régime de protection sociale obligatoire en Polynésie française a été mis en place en septembre 1956 et la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) a été créée.

La couverture sociale généralisée à toute la population a ensuite été instituée en 1994 et l'État s'était engagé pour une durée de 10 ans, à soutenir la protection sociale généralisée.(29)

La protection sociale généralisée (PSG) a 20 ans d'existence et le contexte tant structurel que conjoncturel dans lequel elle évolue oblige aujourd'hui à envisager une réforme profonde du dispositif.

La prise en charge des dépenses de santé est couverte par une assurance maladie gérée par la Caisse de Prévoyance Sociale qui couvre trois régimes : les salariés, les non-salariés soumis à cotisations des assurés et des employeurs, et le régime de solidarité non cotisant pour les personnes démunies.

La configuration géo-démographique du Pays, si elle a l'avantage dans certaines zones de limiter l'intervention du système de soins à de petits bassins de vie, présente néanmoins des contraintes de mise à disposition d'une multiplicité de structures de proximité pour répondre aux besoins ; des difficultés pour assurer une répartition équilibrée de l'offre sur l'ensemble du territoire et des problèmes de délais d'intervention des secours et d'évacuation des patients lors des situations d'urgence. La conséquence est le coût très élevé nécessaire pour assurer une offre de soins de qualité à tous les habitants. (30)

Le système de santé polynésien est pyramidal et tient compte de la hiérarchie insulaire et démographique.

L'offre de soins est partagée entre le secteur public, qui assure la couverture médicale de l'ensemble des archipels, et le secteur privé, concentré sur Tahiti. Le premier comprend le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) et la Direction de la santé qui compte 128 structures sanitaires de proximité (centres médicaux, dispensaires, centres dentaires, infirmeries, postes de secours), dont 4 hôpitaux périphériques et huit centres de consultations spécialisées, répartis dans les archipels.

En outre, des missions régulières des spécialistes du CHPF sont planifiées vers les archipels (cardiologie, endocrinologie, ophtalmologie, obstétrique, pneumologie, etc.). Enfin, pour les pathologies qui ne peuvent être traitées localement, des évacuations sanitaires vers Tahiti ou l'extérieur du Pays (France, Nouvelle-Zélande) sont organisées.

Le secteur privé conventionné, quant à lui, rassemble deux cliniques (à Papeete), deux centres médicaux et près de cinq-cents praticiens (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes)

Les soins de santé primaire sont assurés par le secteur public (postes de secours, infirmeries, dispensaires, centres médicaux) surtout dans les archipels autres que la Société, et le secteur libéral (médecins, infirmiers, sage femmes, kinésithérapeutes) surtout sur les Iles du Vent et Iles Sous Le Vent. Les soins hospitaliers de proximité sont assurés par 4 hôpitaux publics (Taravao à Tahiti, Moorea, Uturoa et Taiohae).

Les soins spécialisés sont assurés par le secteur ambulatoire public et surtout privé par les médecins spécialistes majoritairement installés à Tahiti, Moorea et Raiatea ; par le secteur hospitalier privé constitué par les cliniques de Papeete et le Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et enfin, par l'hôpital public du Taone qui comporte un plateau technique très spécialisé.

*« Si la Polynésie française ne connaît pas une situation sanitaire aussi catastrophique que celle de la plupart des États ou Territoires de la zone intertropicale, elle risque, comme la plupart d'entre eux, d'être rapidement confrontée au grave problème de l'explosion démographique. Aura-t-elle longtemps les moyens de se comparer aux pays industrialisés? » (31)*

### ○ **Économie de la Santé**

Le budget de la santé en 2015 s'élève à 125 milliards de francs polynésiens (FCP) soit l'équivalent des dépenses de santé d'un pays développé. La Longue Maladie (LM) est l'équivalent métropolitain de l'Affection Longue Durée (ALD) elles sont majoritairement représentées par les maladies chroniques. 1 polynésien sur 7 bénéficie de la LM. Ce budget représente 50% des dépenses de la caisse de prévoyance sociale (CPS).(24)

○ **Politique de Santé Publique**

Voté par l'assemblée territoriale en février 2016, le Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 (32) présente un texte fondateur qui décrit les grandes lignes de l'orientation sanitaire de la Polynésie française et place les maladies chroniques comme priorité de santé du pays.

En voici un bref résumé :

« La situation épidémiologique de la Polynésie française connaît des changements rapides avec des tendances similaires à celles des pays développés.

La lutte contre le cortège des maladies dites évitables et de leurs déterminants, constitue désormais les enjeux et les défis majeurs pour le secteur sanitaire et social. Associés à la conjoncture économique dégradée et aux changements démographiques, ils sont déjà un fardeau et vont devenir une menace directe pour la société si rien n'est fait. » (32)

Les efforts doivent être concentrés entre autres sur :

- la lutte contre les maladies chroniques dont les cancers, et les maladies cardio-vasculaires ;
- la prévention des facteurs de risques majeurs de morbi-mortalité communs comme : l'excès de poids, les modes de vies, l'alimentation etc...
- la protection de la santé des groupes vulnérables

L'absence de planification et d'évaluation est avancée comme un dénominateur commun aux secteurs sanitaire, social et médico-social.

Dans le domaine de la prévention, alors que la Polynésie française était un exemple régional dans le développement de ses programmes, ce plan d'activité est en fort déclin. La suppression du fonds de prévention en 2010 et la réduction des budgets alloués ont causé la suspension de certaines activités prévues.

L'accent est donc mis sur le maintien, le développement et la progression de la prévention et de la promotion de la santé.

Le projet de développement des soins de santé primaires répond à ces nouvelles exigences et notre travail s'inscrit dans cette philosophie.

### III. MATERIELS ET METHODES

L'étude que nous proposons est une étude qualitative exploratoire préliminaire d'amélioration de la connaissance des déterminants de santé culturels s'inscrivant dans la démarche de développement des soins primaires en Polynésie Française.

C'est au travers de quatre volets qui composent cette étude que nous proposons d'aborder notre sujet de manière transdisciplinaire et complémentaire : étude de la littérature médicale et de sciences sociales, entretiens des professionnels de santé expérimentés, entretiens et focus group avec des auteurs polynésiens et entretiens avec des patients polynésiens.

Ces 4 volets permettent d'aborder la problématique selon différents points de vue. La diversité des idées et des approches va nourrir notre réflexion et ainsi tenir compte de la complexité du sujet d'étude. La congruence, la confluence ou les oppositions d'idées sont autant d'éléments informatifs que nous pourrions recueillir pour créer un réseau de sens entre les différentes représentations de chacun des participants de cette étude.

Par la multiplicité des méthodes employées, nous proposons de développer un modèle théorique concernant les déterminants de santé culturels polynésiens.

Nous allons passer en revue chacune des méthodes utilisées dans chaque partie de cette étude. Nous avons privilégié la méthode de l'entretien, emprunté aux sciences sociales afin de rendre compte une fois de plus de l'intérêt que peuvent apporter les sciences sociales et particulièrement l'anthropologie à la santé.

L'entretien est une méthode des sciences sociales qui consiste en un échange privilégié entre un interviewer et un interviewé. L'un se positionne dans une optique d'écoute, l'autre répond le plus confortablement possible aux questions.

Il permet de récolter un matériel dense et exhaustif, sur un sujet donné.

C'est l'outil idéal pour les démarches exploratoires.

Pourquoi l'entretien est-il une méthode satisfaisante voire indispensable pour répondre aux objectifs de l'étude ?

La démarche qualitative de cette étude nous autorise à négliger la puissance statistique des résultats(33). L'objectif étant d'initier une prise de conscience et d'ouvrir des pistes de recherches autour des déterminants de santé culturels en Polynésie.

La revue de la littérature est l'occasion de faire l'état des lieux concernant les déterminants de santé culturels en Polynésie.

Les premiers entretiens sont réalisés avec des professionnels de santé. L'objectif opérationnel de ceux-ci est d'établir les premières lignes de notre réflexion en identifiant les frontières de notre sujet d'étude.

Les entretiens avec les auteurs polynésiens nous permettent d'accéder à une composante plus théorique et décontextualisée des problématiques que nous aurons soulevées au travers de nos rencontres avec les professionnels de santé.

L'entretien avec les patients est l'occasion de tester nos hypothèses et d'approfondir nos connaissances sur leurs représentations en matière de santé. Ici, l'entretien permet une situation inédite pour les patients. C'est un exercice d'écoute qui va à contresens de la consultation médicale, celui qui parle, c'est le patient, on l'écoute, on ne souhaite pas savoir s'il a compris les messages que l'on veut lui transmettre, on veut juste connaître le fil de sa pensée et s'assurer que l'on a bien compris sa façon, sa manière de penser. Le renversement du rapport dans un cabinet médical est une situation inédite pour la plupart des patients qui permet d'accéder à un univers de sens étranger pour les médecins, parfois un peu plus accessible pour les paramédicaux comme les infirmiers qui jouissent d'un rapport privilégié avec eux pendant les soins.

L'entretien semi directif est issu de la méthodologie des sciences humaines et sociales.

« L'accès à un dialogue authentique nécessite, voire exige, pour le chercheur d'être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite tout en gardant la « juste distance ».(34)

## **A. Etude de la littérature**

### **A.1. Hypothèse et objectifs**

L'étude de la littérature s'applique à l'analyse des résultats des bases de données médicales dans un premier temps, puis des sciences humaines et sociales ensuite.

Cette étude de la littérature doit nous apporter les clés théoriques concernant les déterminants de santé culturels. Elle doit nous permettre de répondre à la question : « Qu'est-ce qu'un déterminant de santé culturel ? »

Nous nous intéressons aux concepts et théories développés autour de ce sujet à travers le monde afin d'y dégager une définition des déterminants de santé culturels.

En s'intéressant aux travaux effectués dans d'autres pays en langue française et anglaise, nous recherchons les méthodes potentiellement existantes pour identifier, organiser, et intégrer ces déterminants de santé culturels.

Les publications relatives à la culture polynésienne dans la littérature anglophone (Hawaï, Nouvelle-Zélande, Samoa, Tonga, Cook, île de Pâques) sont une source d'information pertinente pour notre travail.

Un mouvement identitaire des années 1980 avait conduit de nombreux chercheurs autochtones à proposer de nouvelles approches de la santé dans leur propre culture. La Polynésie Française appartenant à ce vaste ensemble polynésien, nous pouvons extrapoler certaines données pour les utiliser.

Enfin une dernière partie s'intéresse aux travaux d'anthropologie médicale en Polynésie française sur les 20 dernières années et nous allons relever les points importants en lien avec notre travail.

## **A.2. Méthode**

Les bases de données que nous allons interroger sont les bases de données de la science médicale (PUBMED, MEDLINE) et des sciences humaines et sociales (CAIRN, JSTOR, ISIDORE, MLA, Wilay Online Library). Nous avons aussi examiné la littérature grise disponible à l'Université de la Polynésie Française.

Les mots clés que nous utilisons sont issus du portail de terminologie MESH, (Medical Subject Headings) qui est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical. Le portail bilingue de l'INSERM (35) nous a permis d'utiliser les mots anglophones pour les bases de données correspondantes.

Les mots clés francophones que nous avons utilisés sont les suivants : maladie chronique, maladies non-transmissibles, Polynésie, anthropologie médicale, culture polynésienne, déterminants de santé culturels.

Les mots clés Anglophones que nous avons utilisés sont : non-communicable disease, chronic disease, medical anthropology, polynesia, polynesian culture, cultural determinants of health

L'amplitude chronologique à laquelle nous nous intéressons s'étend sur les 30 dernières années.

## **B. Entretiens exploratoires non-dirigés des soignants**

Confrontés à la relation de soins aux patients polynésiens, l'expérience de la culture polynésienne de ces professionnels de santé au quotidien laisse penser qu'elle pourrait avoir une influence sur leurs pratiques professionnelles. Au contact de la culture polynésienne, il est probable que les pratiques aient incorporé des éléments ou des aménagements particuliers et propres à l'environnement polynésien de ces soignants.

### **B.1. Hypothèse**

Connaître les représentations de la culture polynésienne des professionnels de santé expérimentés permet de mettre en évidence le hiatus culturel qui peut exister entre médecine occidentale et culture polynésienne.

Les soignants « expérimentés » connaissent mieux certains aspects de la culture polynésienne susceptibles d'opérer dans la relation de soins ; cette connaissance influence leur pratique quotidienne. Leurs points de vue permettent d'appréhender les représentations des « soignants » concernant la culture polynésienne.

### **B.2. Objectif**

Recueillir, analyser et synthétiser l'expérience des médecins installés depuis longtemps sur le territoire, devrait permettre de définir ce que peut être la culture polynésienne aux yeux des soignants.

Au travers d'une influence quotidienne, nous pensons que la pratique médicale et les comportements du médecin sont modifiés. La relation médecin-malade devrait revêtir une forme particulière comparativement à celle d'autres cultures. Ces différences sont des pistes pour mieux comprendre en quoi la culture polynésienne influence la relation de soins, et comment faire pour les intégrer à la pratique en soins primaires.

Nous souhaiterions également identifier le hiatus qui peut exister culturellement entre professionnel de santé, acteur de la diffusion de la culture occidentale médicale et le patient ancré dans la culture polynésienne et acculturé.

### **B.3. Méthodes de recrutement et d'analyse**

#### **Recrutement**

Le but de cette étude est d'appliquer ces résultats spécifiquement aux structures de soins de santé primaires qui se développent en Polynésie française. La finalité est l'élaboration de recommandations à destination des professionnels de santé qui travaillent dans les structures de soins primaires. Le recrutement s'inscrit rigoureusement dans cet objectif. Les soignants sont tous issus des soins primaires : médecins généralistes libéraux et publiques, infirmiers des structures de santé publique, sage-femmes...

Le centre de l'acculturation de la Polynésie française se localise à Papeete et sa zone péri-urbaine qui s'étend jusqu'à la côte ouest, où une majorité de la population issue de la culture occidentale s'y concentre. On y trouve les centres commerciaux, les routes prioritaires, le port autonome : centre névralgique des importations, l'aéroport international : porte d'entrée des touristes majoritairement américains. (36)

Le phénomène d'acculturation y est identifiable et la culture polynésienne s'exprime moins librement que dans les îles plus éloignées de ce centre d'influences occidentales. C'est la

raison pour laquelle nous sélectionnons des soignants à l'extérieur de cette zone d'influence pour le premier échantillon.

Le recrutement s'effectue en variation maximale jusqu'à saturation des données.

Le choix des participants s'est fait par le registre en ligne des professionnels de santé de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS). Ce registre permet un premier contact par téléphone ou par email à l'aide d'un courrier qui explique le cadre de l'étude, l'objectif de l'entretien, les modalités de réalisation de l'entretien. Un rendez-vous est fixé selon les disponibilités du professionnel de santé.

Les critères d'inclusion sont le nombre d'années d'exercice sur le territoire, avec un minimum de 25 ans d'exercice sur le territoire. Le Professionnel de santé est conventionné avec la CPS (Caisse de Prévoyance Sociale) et exerce dans le cadre des soins primaires dans le secteur privé ou public.

Les critères d'exclusion sont l'altération des fonctions cognitives (toutes causes confondues).

Un premier échantillon de 5 praticiens a été retenu.

Cinq nouveaux participants sont intégrés à l'étude sur recommandation des praticiens interrogés après qu'ils aient répondu à la question suivante :

*« Selon toi, quel est le professionnel de santé qui saura le mieux me dire ce qu'est la culture polynésienne ? »*

Le nombre initial d'entretiens a été fixé à 10 mais l'analyse synchrone des enregistrements guide la poursuite ou l'arrêt du recrutement en fonction de la saturation des données.

### **Analyse**

L'analyse est un cheminement discursif (qui procède par raisonnements successifs) visant à produire du sens à partir d'un matériel hétérogène qu'il faut organiser(37).

Dans le cadre de notre approche exploratoire des représentations de la culture polynésienne des soignants, nous avons choisi l'analyse qualitative thématique inductive.

*« L'analyse inductive générale permet de réduire les données brutes pour en arriver à extraire le sens derrière ces données. Elle est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes méthodes utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes. » (38)*

L'analyse inductive de ces entretiens nous permet d'accéder aux représentations des soignants mais aussi à leur vécu et donc à leur expérience.

Le recoupement, la répétition et le nombre d'occurrence renforcent l'idée d'une pensée commune partagée par les soignants, certains l'appellent la culture médicale, biomédicale ou culture des soignants.

Les objectifs de cette analyse sont de répondre à ces trois questions :

- Qu'est-ce que la culture polynésienne pour les soignants issus de la culture médicale ?
- Quelle influence sur la pratique professionnelle peut-elle avoir ?
- Où se situe le hiatus culturel entre culture polynésienne et culture biomédicale ?

Nous utilisons un logiciel informatique pour nous assister dans l'organisation de notre corpus et son découpage (39). Le logiciel ATLAS.ti est un puissant instrument pour l'analyse qualitative des grandes collections de données textuelles, graphiques, audio, et vidéo. Les diverses applications (notamment les codes, citations, mémos et commentaires) dont il est pourvu, offrent au chercheur toutes les ressources nécessaires pour l'exploration de données complexes. (40)

Plusieurs étapes successives et systématiques sont nécessaires pour l'analyse inductive générale. D'abord la lecture flottante permet au chercheur de s'imprégner des thèmes lexicaux de chaque entretien. Puis le découpage en verbatims qui correspondent à des extraits des entretiens. Les verbatims sont ensuite identifiés avec des codes qui reflètent l'idée essentielle de l'extrait. Les codes sont ensuite rassemblés, fusionnés puis organisés en catégories. Ces catégories nous permettent de dégager les grandes lignes des représentations des soignants. L'utilisation du nuage de mots est une autre méthode qui nous permet de matérialiser ces représentations et d'en faciliter l'interprétation.

Dans un souci de vérité et d'exactitude, nous associerons au fil de la présentation des résultats, certains verbatims qui font le plus sens à nos yeux.

#### **B.4. Élaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien est élaboré à partir des données collectées par la revue de la littérature et son contenu n'est pas figé, il évolue en fonction des entretiens précédents, mais la trame globale reste toujours la même.

Il se compose de plusieurs parties :

- Prise de contact : Cette première partie comprend les intitulés et messages pour prendre contact avec les interviewés potentiels,
- Notice introductive et éthique : Cette seconde partie comprend la consigne de présentation lue au début de l'entretien, elle fixe l'objectif de l'entretien, sa durée, rappelle les notions fondamentales de respect de l'anonymat, de confidentialité et de discrétion. A la fin de la lecture de la notice introductive, une dernière question est lancée pour s'assurer de la

bonne compréhension de celle-ci. Si des interrogations subsistent, l'interviewer reformule et adapte son discours afin qu'il soit entendu. Le consentement est recueilli alors à l'oral à l'issue de cette phase préliminaire.

- **Questions et thèmes** : la troisième partie du guide s'apparente à une feuille de route des thèmes et questions abordables dans le cadre de notre réflexion. Une première liste de questions est élaborée grâce à la revue de la littérature, elle constitue le contenu des entretiens pré-test. La finalité de la formulation de chaque question est de laisser la plus grande liberté au sujet dans sa réponse et d'ainsi repérer les thématiques qui émergent spontanément. La hiérarchie chronologique de l'occurrence de certaines informations nous guide dans l'évolutivité des thèmes abordés dans les entretiens suivants.

Le langage utilisé est le langage courant, et le tutoiement<sup>20</sup> est systématique afin de conforter l'interrogé en reprenant les codes de conversations habituels entre professionnels de santé d'usage en Polynésie française.

C'est quoi la culture polynésienne pour toi aujourd'hui?
C'est quoi être médecin à Raiatea/Tahaa/Huahine/Moorea/Tahiti aujourd'hui?
Je souhaiterais que tu fasses la liste des problèmes ou difficultés rencontrés avec les patients polynésiens au cours de leurs maladies
Quelles sont les solutions/arrangements/stratégies pour contourner/éviter ces difficultés, ces problèmes ?
Peux-tu me dire en quoi la culture polynésienne a influencé ta pratique médicale et ta vie au quotidien ?
D'après ton expérience, que signifie « être malade » pour un polynésien?
Pour toi qu'elles sont les particularités de la médecine (communautaire) en Polynésie ?
Qu'est-ce que le patient polynésien?
Qu'est ce qui rend les prises en charge des patients chroniques difficiles ou compliquées ?
Quelles particularités se manifestent dans la relation de soins (médecin/malade) avec les polynésiens ?
Selon toi que veut dire « prendre en compte la culture dans les prises en charges » des patients polynésiens ?
Au début de ton exercice en Polynésie, quelles sont les difficultés que tu as rencontrées, et qu'est ce qui a changé dans ta pratique ?

**Figure N°3 : Ensemble de questions des entretiens pré-test (Voir Annexe N°2)**

<sup>20</sup> *Tutoiement* : Une précision concernant l'emploi systématique du tutoiement semble nécessaire à cette étape du développement. Nous verrons plus loin que le tutoiement systématique reflète une construction syntaxique propre à la langue polynésienne. Un phénomène d'acculturation inverse s'opère chez tous les étrangers résidant sur le territoire. Le vouvoiement n'est pas la norme. C'est dans cette optique, et dans un effort de conformation avec les habitudes des individus interrogés que nous avons décidé d'utiliser systématiquement le tutoiement dans notre enquête. L'utilisation du vouvoiement aurait été perçue comme une mise à distance qui nous aurait éloignés de la relation de confiance indispensable pour la collecte de données authentique lors de l'entretien.

La première question était toujours la même, ouverte, abordant un vaste sujet pour laisser le plus de liberté. Les suivantes étaient abordées en fonction de la fluence des thèmes évoqués par l'interviewé.

Il ne s'agissait donc pas d'exploiter le guide d'entretien de manière linéaire, mais plutôt de l'utiliser comme un outil de repérage des thèmes abordés systématiquement lors des entretiens.

Les relances étaient utilisées pour faire préciser certains éléments de façon à ne laisser aucun doute sur la signification des mots, ou des idées employées.

Certaines questions ont disparu du guide et d'autres sont venues pour les remplacer et enrichir le champ d'étude que nous pourrions balayer avec les nouveaux interviewés.

Pour tenter d'approcher l'exhaustivité de l'expérience de l'entretien, nous avons associé à l'enregistrement audio, la prise de notes pendant et immédiatement après. Les détails concernant l'environnement, la posture, les réactions des sujets ont ainsi pu être fixés sur le papier et ajoutés aux transcriptions.

- Données démographiques : La quatrième partie du guide d'entretiens permet le recueil d'informations socio-démographiques (âge, lieu de naissance, parcours professionnel...).
- Elle permet également d'investir le degré d'inclusion/assimilation/acculturation de l'individu dans la société polynésienne (maîtrise de la langue, structure familiale en Polynésie ((pratique du *fa'amu* (forme d'adoption), conjoint, enfants, langue parlée par les enfants...), pratiques traditionnelles sur eux-mêmes ou sur ses proches (*peritome* (circoncision rituelle), *pufenua* (enfouissement du placenta sous un arbre), *va'a* (pratique de la pirogue)...),
- Enfin une dernière question porte sur l'identité des professionnels de santé exerçant depuis de nombreuses années en Polynésie française. La question touche à l'appartenance ethnique et vise à ouvrir un questionnement du sujet sur ses racines et son idéologie identitaire.

Age
Sexe
Lieu de naissance
Spécialité, diplômes, formations
Année d'arrivée sur le territoire
Nombre d'années d'exercice en Polynésie française
Nombre d'années d'exercice hors Polynésie française
Maîtrise de la langue tahitienne ?
Visite à domicile
Famille
Va'a, Ori, Orero, Tatau, Peritome, Pufenua <sup>21</sup>
Appartenance ethnique

**Figure N°4 : Variables recueillies concernant les professionnels de santé**

Enfin, la date de la publication des résultats de cette recherche était transmise aux participants ainsi que les moyens disponibles pour pouvoir les consulter. Les coordonnées de l'interviewer étaient systématiquement données à l'enquête afin de répondre à de potentielles questions qui auraient pu surgir après l'entretien.

### C. Entretiens semi-directifs de patients

Les entretiens avec les patients sont l'occasion de vérifier les pistes de réflexion qui auront été posées lors des précédentes étapes de ce travail.

Les entretiens semi-directifs avec les patients sont réalisés en langue française. Le travail du recueil de données étant assuré par un individu non bilingue de culture occidentale.

Le patient est au cœur de l'activité de soins du système de santé occidentale, il navigue au sein de plusieurs systèmes de croyances et de représentations (occidental, polynésien, autre). Inconsciemment, mettre en évidence l'existence voire la coexistence de ces systèmes permet de faire émerger certaines caractéristiques culturelles propres à la santé en Polynésie française.

Au cours de l'étude nous avons été confrontés à deux entités nosologiques propres aux polynésiens : *Putā to'eto'e* et *tapu te niho*<sup>22</sup>. Ces deux exemples ont été rajoutés après les deux premiers entretiens car leurs valeurs nous semblaient intéressantes pour illustrer la

<sup>21</sup> *Va'a* : Pirogue

*Ori* : Danse traditionnelle

*Orero* : Art oratoire

*Tatau* : Tatouage

*Peritome* : Circoncision, supercision pratiquée dans le cadre rituel de la tradition

*Pufenua* : Enfouissement du placenta dans la terre

<sup>22</sup> *Putā to'eto'e* et *tapu te niho* : voir p.155

coexistence de modèles étiologiques mais aussi de réponses en santé qui diffèrent entre la culture biomédicale et la culture polynésienne.

### **C.1. Hypothèse**

Connaître les systèmes de représentations des patients qui régissent leurs comportements en matière de santé permet au soignant d'être plus efficace pour transmettre les messages sanitaires ou influencer le patient en faveur d'un changement de comportement.

### **C.2. Objectif**

Les entretiens semi-directifs réalisés avec les patients doivent nous permettre d'accéder aux contenus des représentations des patients en matière de santé, de maladies, de médicaments, pour recueillir des informations relatives et explicites aux comportements en santé, et aux perceptions des patients dans la relation médecin-malade.

### **C.3. Méthodes de recrutement et d'analyse**

#### **Recrutement**

Nous avons choisi d'interroger les patients des dispensaires de Raiatea et Moorea.

La sélection des participants est aléatoire jusqu'à saturation des données. La population cible sont des sujets souffrant de maladies chroniques, et personnes issues de la culture polynésienne.

Le recrutement est réalisé dans les dispensaires de Raiatea et Moorea car la culture polynésienne est probablement plus présente quand on s'éloigne du centre d'acculturation constitué par Papeete.

La population des dispensaires rassemble majoritairement des bénéficiaires du RST (Régime de Solidarité Territoriale), ce recrutement est inhérent à la mission de santé publique de ces structures. Les soins sont gratuits et accessibles à tous. C'est la structure fondamentale des soins de santé primaires, le recrutement paraît donc cohérent avec le but de cette étude.

La segmentation (économique) de la population polynésienne nous oriente vers la population à laquelle nous devrions nous intéresser dans la mesure où les tranches de la population les plus ancrées dans la culture polynésienne sont aussi les tranches de population les plus délaissées par les pouvoirs en place. L'Histoire aurait donc concentré les polynésiens *mā'ohi*<sup>23</sup> dans les franges de la population les plus précarisées.

Nous n'avons pas que la culture des patients demi<sup>24</sup>, ou chinois ou *popa'a*<sup>25</sup> ne soit pas d'un intérêt singulier, mais le cadre de l'étude se doit d'être rigoureux et précis.

---

<sup>23</sup>*Mā'ohi* : Indigène, Autochtone, qui n'est pas étranger

<sup>24</sup> *Patients demi* : métisse polynésien

<sup>25</sup> *Popa'a* : étranger

A partir de là, et compte tenu de l'objectif final de ce travail qui se concrétise dans la vulgarisation des résultats de cette recherche auprès des professionnels de santé des futurs établissements de soins de santé primaires, il apparaît logique voire inévitable que l'identification des déterminants de santé culturels soit prioritairement réalisée dans la population qui fréquente ces mêmes établissements.

Les patients « perdus de vue » ou n'étant pas suivis au dispensaire, ne sont pas éligibles à cette étude car ils ne sont pas les patients à qui sont destinés les résultats de cette recherche. En effet les patients qui pourraient bénéficier de l'application de ces nouvelles connaissances sont les patients, suivis, soignés, inclus dans le système de soins du secteur public polynésien. Il y a fort à penser qu'inclure des patients qui ne seraient pas suivis au dispensaire, expose à un biais de sélection, ajoutant ainsi des données qui ne seraient pas exploitables pour la recherche.

***Critères d'inclusion :***

- Démographique : tranche d'âge : 18-80 ans
- Médical : patient suivi au dispensaire détenteur d'un dossier médical au dispensaire, suivi pour une maladie chronique,
- Identitaire/ethnique : né en Polynésie française de parents nés en Polynésie.
- Rhétorique : non atteint de troubles mentaux connus et volontaires.

**Critères d'exclusion :**

- Patient de passage,
- Absence de suivi médical au dispensaire,

Dans le cadre de l'enquête inductive utilisant des entretiens semi-directifs, pour établir une typologie des acteurs éclairante pour l'objet d'étude, la procédure d'échantillonnage constructiviste est nécessaire. Dans cette procédure d'échantillonnage constructiviste, l'échantillon est volontairement construit au fur et à mesure de la découverte de sources d'informations nouvelles potentielles. Les entretiens s'arrêtent quand la saturation est atteinte, c'est à dire, quand les entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles. L'échantillon n'a pas été construit à partir d'une base de sondage, en respectant les règles de la représentativité statistique. Les analyses quantitatives ne sont pas applicables.

**Analyse**

Nous utilisons le même logiciel informatique (ATLAS ti) pour nous assister dans la réalisation de l'analyse des entretiens des patients. La différence de méthode par rapport à l'analyse des entretiens des soignants est l'utilisation de l'analyse déductive. Nous avons pré-établi une liste de codes qui correspondent aux différentes questions de la grille d'entretien. Le but de cette méthode est de récolter des données ciblées que nous avons repérées grâce aux entretiens que nous avons réalisés avec les soignants.

Nous avons ensuite réalisé une analyse sémantique des mots liés à la santé, à la maladie, et aux médicaments.

#### C.4. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est rédigé à la lumière des données recueillies jusque-là.

Il est le support qui permet au cours de l'entretien semi-directif d'aborder toutes les questions qui nous permettent d'accéder aux représentations des sujets interviewés.

Le consentement et l'engagement du patient sont sollicités à l'oral après la présentation des objectifs de l'étude et du rappel des règles de confidentialité, de respect de l'anonymat, et de discrétion.

Les entretiens sont enregistrés et archivés sur ordinateur. Ils sont ensuite transcrits pour l'élaboration d'un corpus de texte.

Le guide d'entretien comporte une notice explicative lue avant chaque rencontre, qui précisait dans des termes simples et intelligibles pour tous les patients, le but de l'étude.

La deuxième partie du guide se compose d'une grille d'entretien segmentée par thèmes et sous-thèmes dont voici la trame :

<b>Représentations et croyances en Santé</b>
Quand je te parle de « santé », quels sont les premiers mots qui te viennent à l'esprit ?
Est-ce que tu pourrais me décrire ton état de santé aujourd'hui ?
C'est quoi le bien-être selon toi ?
Je souhaiterais que tu me donnes ta définition du bonheur ?
Quels sont les mots qui définissent le mieux la « santé » en tahitien ?
A quoi sert le corps humain ? Quel est son fonctionnement ?
Que faut-il faire pour être en « bonne santé » ?
Faut-il être en bonne santé ? Pourquoi ?
Pourquoi vieillit-on ?
<b>Représentations et croyances de la Maladie</b>
Quels sont les premiers mots auxquels tu penses si je te dis le mot « maladie » ?
Pourquoi l'homme est-il malade ?
Qu'est ce qui est responsable des maladies ?
Qu'est ce qui est responsable de l'hypertension / diabète / obésité / cancer / asthme ?
Comment reconnais-tu les symptômes d'une maladie ?
Qu'est ce qui aggrave les maladies ?
Qu'est ce qui améliore les maladies ?
Comment fait-on pour guérir d'une maladie ?
<b>Représentations et croyances relatives au traitement</b>
Quels sont les premiers mots qui te viennent à l'esprit si je te dis le mot « médicament » ?
Est-ce que tu prends des médicaments ?
Est-ce que tu connais les noms de tes médicaments ?
A quoi servent tes médicaments ?
Comment fonctionnent les médicaments ?
Qu'y a-t-il dans les médicaments ?
En combien de temps agissent ils ?
Quelle est la durée pendant laquelle ils peuvent agir ?
Qu'est ce qui fait que tu ne prends pas les médicaments

**Figure N°5 : Extrait du guide d'entretien : Interroger les patients  
(Guide exhaustif en annexe N°3)**

Un premier guide d'entretien a été réalisé en français. Après l'avoir testé et administré aux patients, il est apparu nécessaire de poursuivre l'inclusion en réalisant les entretiens en *reo mā'ohi*<sup>26</sup> pour recueillir un matériel plus authentique, et non influencé par des lacunes lexicales ou sémantiques des patients :

*« C'est pas pareil quand tu donnes ton cœur dans ta propre langue, tu peux mieux t'exprimer. Chaque mot a sa propre valeur. (...) C'est moi qui ressens, je dis exactement ce que j'ai vécu dans ma maladie. (...) » (41)*

---

<sup>26</sup> *Reo mā'ohi : langue polynésienne*

## IV. RESULTATS ET ANALYSE

### A. Données de la littérature

#### A.1. Qu'est ce qu'un déterminant culturel de la santé en Polynésie ?

##### (1) Rappel des théories essentielles

Les déterminants culturels de la santé sont avant tout des déterminants sociaux de la santé. Pour comprendre ce qu'est un déterminant social de la santé, il est nécessaire d'aborder la notion des inégalités sociales en santé, fruit de la recherche des dernières décennies en santé publique.

##### Les inégalités sociales

Les inégalités sociales sont les écarts de santé qui s'observent entre différents groupes sociaux à partir de divers critères (ex. : le genre, la scolarité, le revenu, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, le lieu de résidence). Les inégalités sociales de santé se retrouvent à plusieurs échelles tant au point de vue mondial, national, régional que local. Ces écarts de santé agissent bien souvent dès l'enfance, voire même avant, et peuvent se maintenir tout au long de la vie.

La lutte contre ces inégalités est aujourd'hui l'objectif prioritaire de la « plupart » des pays du monde. (42) Réduire les inégalités sociales de santé permet d'améliorer la santé globale de la population. La recherche en santé publique tente d'élaborer des modèles qui expliquent la genèse de ces inégalités afin de pouvoir lutter contre elles.

Les inégalités sociales sont dites systématiques, car « les différences observées ne sont pas réparties dans la population au hasard, mais plutôt selon un **gradient social** particulier : plus la position sociale décline, moins l'état de santé est bon. On les qualifie d'injustes puisqu'elles proviennent de circonstances généralement indépendantes de la responsabilité des personnes ». Enfin, elles sont considérées comme évitables, parce qu'elles découlent de processus sociaux sur lesquels il est possible d'agir.

*« Les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps. Autrement dit, les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau. »(43)*

## Le gradient social

Ce terme réfère à l'association entre la position d'un individu dans la hiérarchie sociale et la santé. Plus précisément, il s'agit du phénomène par lequel « ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite ». (44,45)

Même si les meilleurs soins de santé et services sociaux existaient, ils ne parviendraient jamais à faire en sorte que tous les individus d'une collectivité soient en bonne santé. Le gradient social est propre à la société, les écarts entre les différentes strates de la société quant à elle sont modifiables et accessibles à des mesures modificatrices.

## Les déterminants sociaux de la santé

L'OMS via sa commission des déterminants sociaux de la santé propose une définition des déterminants sociaux de la santé :

*« Les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique ».* (46)

Les déterminants sociaux de la santé renvoient donc aux **conditions de vie et aux déterminants structurels** qui influencent la santé des individus, tels que les milieux de vie ou de travail, les réseaux sociaux, les systèmes d'éducation et de santé ou encore les contextes économique et législatif(47).

Les déterminants sociaux de la santé constituent l'une des principales causes des inégalités de santé.

La modélisation qui permet de rendre compte fidèlement de l'influence réciproque entre déterminants sociaux de la santé et l'inégalité sociale en santé n'existe pas encore. De nombreux modèles théoriques ont été proposés et tentent d'atteindre cet idéal. (45)

- Le modèle de Dahlgren et Whitehead : approche éco-sociale :
- Le modèle de Diderichsen et Hallqvist : stratification sociale et genèse de la maladie
- Le modèle de Mackenbach : effet de sélection et relations de causalité
- Le modèle des « influences multiples tout au long de la vie » (life course model)
- Le modèle de La Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS

Nous avons retenu le modèle conceptuel éco-social de Whitehead. Ce modèle est celui sur lequel s'appuie la réflexion relative à l'établissement des soins de santé primaires en Polynésie française. Pour conserver la cohérence avec le but final de cette étude qui est de

présenter des recommandations pour ces professionnels de santé, la logique nous impose d'utiliser le même cadre conceptuel.

Le modèle de Whitehead est sans doute le plus connu et le plus utilisé en épidémiologie sociale. Il tente d'articuler les trois niveaux d'expression des déterminants sociaux : individuel, environnemental et sociétal(48).

La pluralité de ces déterminants est illustrée en couches superposées.

Au centre, les individus, caractérisés par leur âge, leur genre et des facteurs constitutifs (génétiques par exemple), dont l'effet sur la santé est indéniable, mais qui ne sont pas accessibles à des modifications. Ils sont invariables.

Immédiatement au-dessus, on trouve les comportements individuels et notamment les facteurs de risque (tabac, alcool et autres).

La strate suivante montre les influences de la société, de la communauté et des réseaux sociaux dans lesquels s'inscrivent les individus.

Dans la strate supérieure, on trouve les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, l'accès aux ressources, aux infrastructures et services essentiels.

Enfin, au-dessus de tous les autres niveaux, on trouve les conditions socioéconomiques, **culturelles** et environnementales présentes dans l'ensemble de la société. L'influence des facteurs de cette dernière strate se diffuse à toutes les strates inférieures.

Ex : La richesse d'un pays peut influencer les choix et les capacités d'un individu à se loger, à trouver un travail, à accéder à des soins de qualité, ou à des modes de consommation

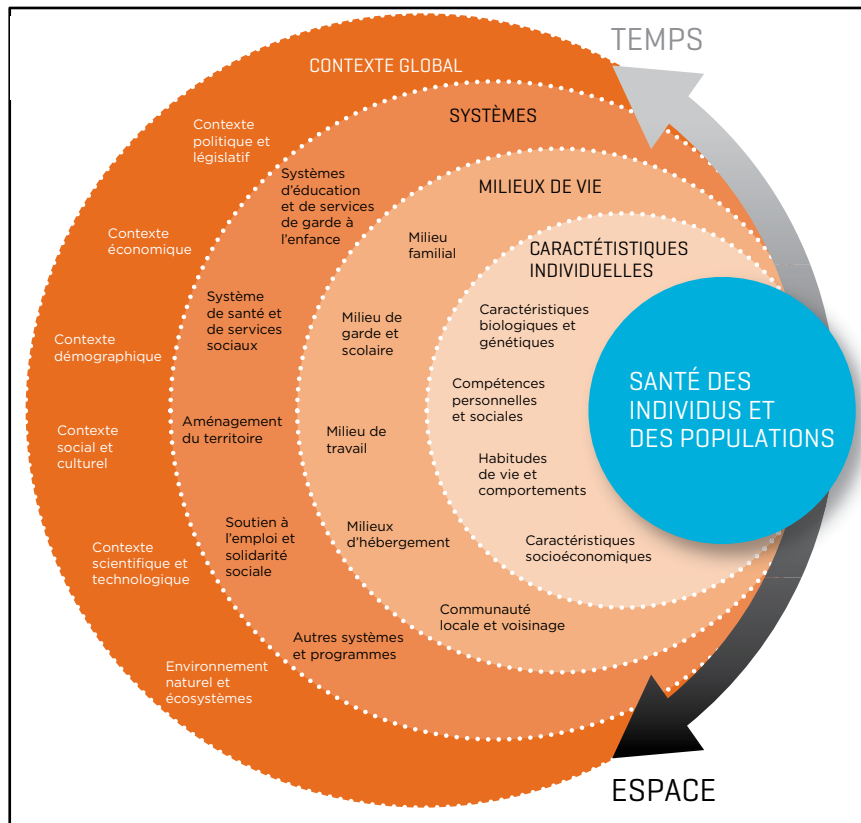
La culture est présente dans cette dernière strate. Elle peut avoir une influence sur de nombreux sinon sur tous les autres déterminants. Certains aspects d'ordre culturels ou relevant de croyances influencent fortement les comportements.

Les effets cumulés dans le temps de l'exposition à ces différents facteurs fragilisent la santé exerçant en retour un impact sur la situation sociale.

Malgré tout l'intérêt de ce modèle pour appréhender simplement un phénomène complexe, il trouve ses limites dans le fait qu'il ne permet pas de hiérarchiser et/ou de quantifier l'influence et les effets respectifs des différents déterminants présentés.

Chaque déterminant a une dimension temporelle, car les déterminants évoluent, et une dimension spatiale, puisque l'importance relative d'un déterminant peut varier d'un lieu à l'autre.

Voici la figure qui résume le fonctionnement du modèle éco-social :



**Figure N°6: Fonctionnement du modèle économique et social**

### Les soins de santé primaires

Le concept de soins de santé primaires apparaît en 1978 lors d'une réunion internationale de l'OMS à Alma Ata. Cette réunion pose les bases de ce que pourraient être les soins de santé primaires. L'OMS s'applique également à différencier soins primaires et soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires font référence au concept élaboré dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978, qui est basé sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologie appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé.

*Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.[...]. Ils sont le premier niveau de contact des individus de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. (12)*

Les soins primaires sont plus que le niveau de soins ou de *gate keeping*<sup>27</sup> ; ils sont un processus-clé dans le système de soins. Ce sont les soins de premier contact, accessibles, continus, globaux et coordonnés. Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires, ils recouvrent plusieurs caractéristiques :

- Les soins primaires sont **centrés sur la personne** : La personne est prise en compte dans son ensemble (contexte familial et social, valeurs du patient et de celles de sa famille, mode et conception de la vie...) et participe aux décisions qui affectent sa propre santé
- Les soins primaires sont **exhaustifs**.
- Les soins primaires sont **intégrés** à une organisation globale de santé. Ils ne s'opposent pas aux soins secondaires ou tertiaires, ils sont égaux et complémentaires.
- Les soins primaires sont **continus**, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins.
- Les soins primaires sont **efficaces et sûrs** (paramètres techniques et de sécurité, médicaments adéquats, Evidence Based Medicine<sup>28</sup>, etc.).
- Les soins primaires sont **accessibles** (géographiquement, financièrement, socialement, **culturellement**)

## (2) Les déterminants culturels de la santé

Les nombreux textes de référence pour la définition de déterminants sociaux de la santé (49) citent tous les déterminants culturels.

Aucun des textes ne s'essaye à la définition de ce que pourrait être un déterminant culturel de la santé. La tâche semble difficile mais la première étape consisterait à définir ce qu'est la culture. Cette définition nous permettra de poser les bases et les limites de ce que peut être un déterminant culturel de la santé.

### Tentative de définition de « la culture »

Toutes les études qui abordent le thème de la culture sont soumises à cette difficulté, proposer une définition de la culture. Nous n'y échappons pas. Il n'y a pas de définition consensuelle de la culture. Sur les 50 dernières années, ce n'est pas moins de 164 définitions qui ont pu être données autour de ce thème. (50)

---

<sup>27</sup> *Gatekeeping* : régulateur

<sup>28</sup> *Evidence Based Medicine* : Médecine basée sur les preuves

Le terme de culture est un terme polysémique : un même mot pour plusieurs significations. Nous nous intéressons à la composante sociale du mot « culture », objet d'étude de l'anthropologie sociale en opposition à la composante agronomique de ce même mot.

Nous commençons notre réflexion par rappeler la définition que nous donne un dictionnaire généraliste:

*«1 - Ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation : La culture occidentale.*

*2 - Dans un groupe social, ensemble de signes caractéristiques du comportement de quelqu'un (langage, gestes, vêtements, etc.) qui le différencient de quelqu'un appartenant à une autre couche sociale que lui : Culture bourgeoise, ouvrière. »(51)*

On voit déjà deux notions fondamentales dans cette définition : l'aspect matériel et idéologique, concret et abstrait de la culture.

Le deuxième point qu'il faut noter se rapporte au groupe par lequel est définie la culture.

L'UNESCO donne une définition de la culture en ces termes :

*« Dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les lois, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances ». (52)*

Claude Levy Strauss propose dans ses écrits (53), une opposition entre nature et culture, cette dualité est un des fondements qui a permis à l'anthropologie moderne de s'épanouir. Au sein de cette idée, la culture prend la place de tout ce qui n'est pas inné, tout ce qui est de l'ordre de l'acquis, du transmis, de l'hérité.

*« Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et plus encore, les relations que ces deux types de réalité entretiennent entre eux et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres ». (54)*

On comprend bien ici que la culture ne peut être définie comme une longue liste figée d'usages ou de croyances mais bien comme un réseau de relations qui se tisse entre les individus, ce qu'ils font et ce qu'ils sont.

La culture présente plusieurs caractéristiques : Elle est transmise, inconsciente, cohérente et complexe dans son contenu.

La transmission de la culture peut être consciente (éducation organisée, manière de la table...) ou inconsciente (genre, valeurs des liens de parentés...).

*« C'est par l'existence de la culture et de traditions culturelles que la vie sociale humaine diffère fondamentalement de la vie sociale des autres espèces animales. La transmission de manières acquises de penser, de sentir et d'agir qui constitue le processus culturel, trait spécifique de la vie sociale de l'homme, n'est sans doute qu'une partie de ce processus total d'interaction entre les personnes, ou processus social qui constitue la réalité sociale elle-même ». (55)*

La culture s'organise et se déploie dans nos vies de manière inconsciente. Pour qu'elle s'exprime, les individus n'ont pas à adopter tel ou tel comportement, ils n'ont pas à porter tel ou tel vêtement, c'est ce qu'ils font inconsciemment que l'on appelle culture.

*« La culture occupe et détermine pour une large part le cours de nos existences, cependant elle fait rarement intrusion dans notre pensée consciente. » (56)*

Enfin la culture est cohérente et complexe dans son contenu. Elle est cohérente du fait qu'elle se définit par un groupe d'individus qui partagent les valeurs, normes, croyances et comportements....

Robert Redfield définit la « culture » comme ce qui est commun à un groupe d'individus. C'est le groupe qui définit les limites de la culture, et la culture qui unit le groupe.

*« ...C'est tout cet ensemble intégré et traditionnel de manières d'agir, de penser et de sentir qui donne son caractère au groupe social. » (57)*

Enfin la culture n'est pas qu'un ensemble de comportements, de valeurs et de croyances juxtaposées les unes à côté des autres, c'est un ensemble structuré :

*« La culture était d'abord considérée et analysée comme une collection de traits ; les anthropologues l'ont conçue de plus en plus clairement comme un ensemble cohérent, dont les éléments n'ont de sens que par l'ensemble auquel ils appartiennent » (58)*

La complexité de cet ensemble s'articule avec la temporalité de ce concept. La culture n'est pas figée, elle évolue tout le temps. C. Serra-Maillol considère la culture comme un « construit, un réseau de signification issu de l'analyse des pratiques et des représentations des acteurs en interaction constante avec les changements de leur environnement social ».

A la définition que nous sommes en train de donner de la culture, il est important d'insister sur le caractère complexe de l'influence en réseau de tout ce qui fait la culture. Non seulement intriqué mais surtout, compréhensif seulement à travers une approche holistique qui permet de lier et de connecter les différentes pratiques, croyances, valeurs et normes d'une culture.

Nous nous sommes également intéressés à la définition d'un anthropologue spécialiste de la culture polynésienne, que nous avons interrogé pour cette étude.

*« La culture est l'ensemble des manières de faire, de dire, et les valeurs d'un groupe d'humains repérables en actes, (comportement, paroles...) et à travers des supports (outils, œuvres...) associés à une notion d'« élévation », au sein du groupe, quelques-uns sont « cultivés », ils dépassent les actes de la vie quotidienne : ils font la culture. » (59)*

Pour la suite de notre étude nous nous éloignerons des définitions philosophiques que nous avons citées. Ces définitions ne doivent cependant pas être négligées, elles sont nécessaires pour comprendre la complexité de ce concept.

Nous avons choisi de préférer une définition qui s'inscrit dans la démarche scientifique afin que les données puissent servir à d'autres investigateurs.

Le MESH est l'index de terminologie le plus utilisé en recherche scientifique. Il propose la définition suivante de la culture:

*« Culture is defined as a collective expression for all behaviour patterns acquired and socially transmitted through symbols. »*

Les données de la littérature dont les résultats sont développés plus bas utilise la définition suivante :

*« La culture correspond à des valeurs, des croyances, des normes, et des comportements que l'on apprend des autres »*

Cette formule est simple et intelligible par le plus grand nombre. C'est celle qui est le plus souvent utilisée par les auteurs d'articles en épidémiologie et en santé publique. (60)

La simplicité de sa formulation fait sa force, et on retrouve les différentes dimensions que nous avons évoquées plus haut. C'est donc la définition que nous retenons pour le reste de notre étude.

### **Déterminants culturels de santé**

Nous avons successivement défini ce qu'est un déterminant social de santé et donné des pistes de réflexions concernant la définition de la culture. On peut maintenant s'intéresser à la définition de déterminant culturel de la santé.

La difficulté réside dans la mise en évidence du lien qui peut exister entre la culture et des comportements qui favorisent ou sont des obstacles à la santé. La culture par son influence ubiquitaire est parfois difficile à identifier dans la pluralité des déterminants sociaux de la

santé. Comprendre l'itinéraire de l'influence de la culture sur les individus est l'objet d'étude de l'anthropologie, raison pour laquelle nous avons choisi d'en emprunter les méthodes.

La culture influence la santé de manière abstraite (influence sur le psycho-social par le biais des croyances) et de manière concrète (influence sur les comportements, résultat empirique des croyances.)

Exemple : préférer les huîtres crues plutôt que les huîtres cuites : facteur de risque pour l'infection à Vibrio. (61)

Penser que l'influence culturelle ne serait que psycho-sociale est un écueil qu'il faut éviter. La culture appartient au monde du pensé et du palpable.

Un déterminant culturel de santé, correspond à l'ensemble des variables culturelles d'un groupe qui peuvent influencer la santé des individus. On définit les variables culturelles grâce à la définition de la culture que nous avons donnée précédemment. Ainsi, une variable culturelle peut être une croyance, une norme, une valeur ou un comportement.

**Croyances** : Adhésion de l'esprit qui, sans être entièrement rationnelle, exclut le doute et comporte une part de conviction personnelle, de persuasion intime

**Normes et valeurs** : Règles, prescriptions, principes de conduite, de pensée, imposés par la société, la morale, qui constituent l'idéal sur lequel on doit régler son existence sous peine de sanctions plus ou moins diffuses.

**Comportements** : Ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données

La culture se définit par le groupe. Il est indispensable d'identifier le groupe auquel on s'intéresse par une étude approfondie de la définition des critères de la population étudiée. Les variables culturelles ne seront pas les mêmes en fonction des groupes, de l'espace et du temps dans lesquels on les étudie.

La seule définition que nous avons trouvée dans la littérature francophone concernant les déterminants culturels de la santé est la suivante :

*« Les déterminants socioculturels peuvent se définir comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs, des représentations et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin... » (62)*

La frontière entre déterminants culturels et déterminants sociaux de la santé est parfois mince. Les données culturelles sont en quelque sorte absorbées par les données sociales et vice versa.

L'influence ubiquitaire de la culture tente certains auteurs de parler de déterminants socio-culturels, mais ce terme semble davantage porteur de confusion que de précision.

On peut identifier des différences majeures entre un déterminant social de la santé et un déterminant culturel de la santé.

Les déterminants culturels de la santé sont consensuels, les variables culturelles qui les caractérisent sont partagées par une majorité des individus du groupe. C'est le groupe qui par rapport de proximité, d'échange et d'expérience façonne inconsciemment ces variables : elles sont donc consensuelles. Ce critère rend le déterminant culturel de santé toujours collectif. S'il est propre à un seul individu, on ne pourra pas parler de déterminants culturels de la santé. Il faudra parler d'un autre déterminant social de la santé (revenus, niveau d'études, géographie...)

Les déterminants culturels de la santé possèdent une inertie générationnelle. Le caractère transmissible de la culture par l'apprentissage et le mimétisme les fait persister dans le temps. Ils peuvent cependant se modifier par le contact d'autres cultures ou par les modifications du groupe. Ils ne sont pas figés et évoluent dans l'espace dans le temps et avec la population qu'on étudie. C'est la raison pour laquelle la validité des études concernant les déterminants culturels de la santé doivent être interprétées et utilisées en ayant connaissance de cette volatilité.

*« Ne jamais oublier : la culture est en permanence modifiée, remaniée, métissée, au gré des expériences singulières de chaque personne. »(62)*

Il ne s'agit pas ici de poser un « dogme culturel » mais d'entamer une réflexion sur l'importance des déterminants culturels de la santé. Nous avons conscience que chaque individu vit dans sa culture comme il l'entend avec autant d'attachement ou de rejet.

Notre approche est une approche écosystémique, elle diffère des approches traditionnellement développées dans la recherche biomédicale. C'est justement en se libérant de ce dogme que l'on espère dégager de nouvelles pistes de réflexion.

Le risque de l'étude des déterminants culturels de la santé est la dérive culturaliste ou à l'opposé le point de vue ethnocentriste de l'enquêteur.

Le culturalisme est un ensemble d'idées de l'école anthropologique « Culture et personnalité », qui considère que chaque culture donne modèle une personnalité individuelle typique, une structure psychologique, un comportement, des idées, une mentalité particuliers.

« *Ce piège culturaliste de la généralisation des interprétations des faits culturels ("la culture est un tout") se trouve couplé à une autre dérive, caractérisée par une tendance à la surinterprétation des données en termes culturels ("tout est culture")* » (63)

L'ethnocentrisme est la tendance à privilégier les normes et valeurs de sa propre société pour analyser les autres sociétés. (51) Appliqué à notre étude des déterminants culturels de santé, le biais constituerait à projeter des valeurs occidentales par le biais de jugement sur les comportements, les normes et les croyances des polynésiens.

Il nous faut maintenant définir le groupe auquel nous allons nous intéresser.

### **Culture polynésienne**

L'objectif de l'étude est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques chez les patients polynésiens en s'intéressant aux déterminants culturels de la santé qui sont mis en jeu. Les résultats de cette étude sont destinés à être utilisés dans la pratique par les soignants qui travaillent au sein des soins primaires dans le secteur public. Les patients rencontrés par ces soignants sont principalement des polynésiens autochtones. Nous ne revenons pas sur les causes de cette sélection qui repose sur d'autres déterminants sociaux.

Le terme « polynésien » est un terme flou qui désigne assez mal la population que l'on souhaite étudier ou du moins nécessite-t-il une précision sémantique.

Les différents groupes identifiés par le recensement jusqu'en 1992 sur le territoire de la Polynésie française sont : les métropolitains, les demis, les chinois et les *mā'ohi*. (64)

Par *mā'ohi*, on entend désigner les polynésiens autochtones. Le terme *mā'ohi* est empreint d'une aura identitaire forte. Ce terme est réapparu dans les années 70-80. La réappropriation par des leaders intellectuels indépendantistes (Duro Raapoto, Henri Hiro) et par l'Église protestante a fait du terme *mā'ohi* un terme qui possède une portée idéologique culturaliste autour duquel s'est développée une nébuleuse d'intellectuels « primordialistes »<sup>29</sup>. La contribution de leurs travaux correspond à l'édification d'une l'identité culturelle forte du *peuple* polynésien.

### **A.2. Les données de la science : culture et santé en Polynésie**

Nous avons recherché sur les bases de données médicales et de sciences sociales les articles de revue et ouvrages qui font référence à la santé et la culture au sein du triangle polynésien.

---

<sup>29</sup> *Primordialisme* : (J. Eller et R. Coughlan puis M. Martnello, 1995) : notion qui regroupe 3 idées : apriorisme (l'ethnicité est posée comme un apriori), innéfabilité (caractère indicible, indescriptible, sublime, absolu et contraignant de l'ethnicité), affectivité (expose la dimension émotionnelle et sentimentale de l'ethnicité). Pour approfondir, voir *Tahiti mā'ohi* B. Saura p.160-165(59)

Nous avons sélectionné les publications francophones et anglophones qui se rapprochent le plus de notre objet d'étude. Nous en présentons de brefs résumés.

La littérature concernant le lien entre la culture et la santé est abondante. Par contre, lorsque l'on s'intéresse à ce lien dans l'exemple concret du triangle polynésien, les références sont plus rares.

### **(1) Culture et santé dans la littérature médicale**

Depuis les vingt dernières années, la culture est souvent invoquée dans le domaine de la santé publique pour identifier des différences de santé entre plusieurs groupes.

Dans la majorité de ces études épidémiologiques quantitatives, on utilise souvent la culture pour expliquer les différences en santé inexplicables par les autres variables renseignées. Les caractéristiques du mécanisme de l'influence sur la santé ne sont pas détaillées. Le facteur culturel est jeté avec incertitude sur des résultats d'études qui cherchent une explication et qui trouve dans la culture une solution efficace et disponible(60).

L'impact de la culture sur la santé semble donc indiscutable mais les mécanismes impliqués sont souvent inconscients, occultés, ou méconnus. Les études quantitatives ou les questionnaires ne peuvent pas répondre à ces questions. L'anthropologie quant à elle, par ses méthodes est une science qui apportera les précisions qu'il manque aux études épidémiologiques sur la relation qui peut exister entre culture et santé. (65)

L'implication de la culture sur les comportements en santé est une vérité démontrée par les statistiques. La quantification de cette influence est permise grâce aux études de type « cross-cultural studies ». Ces études utilisent des modèles théoriques qui permettent de mesurer la culture. V.Taras parle de science de la culture(50). La culture devient une donnée, et les modèles statistiques la quantifient. L'auto-questionnaire devient l'outil privilégié du recueil des données des méthodes quantitatives. On s'éloigne de l'empirique et du descriptif pour faire rentrer la culture dans des cases. Ce mode de recueil s'expose à plusieurs facteurs qui peuvent fausser le lien entre culture et santé. Le niveau d'éducation, l'alphabétisme, la différence entre la réalité et le vécu... Les limites de l'étude qualitative du lien entre culture et santé montrent bien que du fait de la complexité du sujet, une approche pluridimensionnelle et pluridisciplinaire est nécessaire pour tenter d'approcher au plus près le réel.

Pour pallier aux limites des approches quantitatives, les auteurs ont développé des outils pour limiter les biais de recueils et d'interprétation des données.

Nous allons détailler le modèle de Hofstede's car c'est un modèle très utilisé, et validé pour l'étude du lien entre culture et santé et notamment dans l'étude des comportements des

patients en lien avec la consommation d'antibiotiques (66). La validation de ce modèle est une perspective pour prolonger la réflexion de notre étude et tendre vers la pluridisciplinarité.

Le cadre conceptuel développé par Hofstede's est le modèle le plus fréquemment utilisé dans les études épidémiologiques qui parlent de l'influence culturelle sur l'utilisation des antibiotiques.

Hofstede's, est un sociologue allemand qui, au cours d'une étude internationale (67) au sein de l'entreprise IBM, va appliquer des méthodes quantitatives de recherches et de statistiques informatiques. Il définit le « Culture Survey Module », un outil à quatre dimensions qui permet de quantifier et d'analyser l'influence de la culture sur le comportement des individus :

- « Power distance » (PD) qui mesure la façon dont les sociétés traitent l'inégalité entre les individus.
- « Uncertainty avoidance » (UA) qui mesure la façon dont la société investit l'incertitude liée au futur
- Individualisme versus collectivisme (IC) qui mesure le lien entre un individu et son groupe
- « Masculinity versus femininity » (MF), qui mesure les rôles liés aux genres qui sont distribués dans la société.

Depuis, le modèle a été enrichi de deux nouveaux critères, mais surtout d'autres modèles s'en sont inspirés pour quantifier la culture. C'est prêt de 121 modèles d'analyse qui ont été développés dans les vingt dernières années pour tenter de comprendre la culture et ses interactions avec les individus. On voit bien là l'engouement que ce sujet est en train de susciter dans la communauté scientifique.

Une autre revue de la littérature étudie les déterminants culturels de santé impliqués dans les comportements de consommation d'antibiotiques de plusieurs pays d'Europe(66). Elle utilise le modèle de Hofstede's et conclut à l'identification de plusieurs déterminants culturels.

Déterminants liés au patient	Déterminants liés au soignant
Perception de la maladie, comportement en santé et comportement de recherche d'aide, expérience individuelle, représentation des médicaments, diagnostic label, philosophie du travail, représentation des soignants	Gestion des infections pulmonaires basses, formation initiale, recours judiciaire, contexte d'exercice
Connaissance des antibiotiques	

**Figure N°7: Déterminants culturels de santé relatifs à l'utilisation des antibiotiques en premiers recours en Europe.**

L'attitude des patients, les croyances, et le savoir au sujet des infections et des antibiotiques étaient le déterminant culturel le plus identifié.

L'influence ubiquitaire de la culture est une fois de plus soulignée par son influence sur toutes les étapes du processus pathologique que le patient va traverser. Elle influence les représentations de la maladie, les comportements de recherche d'aide et prise de décision.

Plutôt que d'être définie comme un déterminant social parmi les autres, la culture tend à être définie comme un niveau supérieur qui influencerait les autres.

## (2) Déterminants culturels de la santé en Polynésie

Nous avons sélectionné trois articles dont le premier semble très proche des objectifs de notre étude. Nous avons développé les éléments qui sont susceptibles d'être intégrés à la suite de notre étude.

### Article N°1 : Relationships between health and culture in Polynesia (68)

Cet article fait la synthèse d'une revue de la littérature anglophone sur la « relation entre la santé et la culture en Polynésie ».

La méthode est annoncée comme systématique car elle consiste en une interrogation des bases de données de PUBMED, MEDLINE, l'Academic Search Complete, le Social Science Citation Index. En plus des bases de données scientifiques, elle fait aussi référence aux livres, articles et revues citées dans les papiers les plus pertinents.

Les mots clés utilisés pour la recherche étaient « pacific », « polynesia », « Tonga », « culture », « health belief », « health » and « illness ». (Pacifique, Polynésie, Tonga, culture, croyances en santé, et maladie).

On note que dans la définition des pays du pacifique, la Polynésie française est absente de la définition. Pour autant, correspondant au centre du triangle polynésien il n'y a nul doute que les résultats de cette étude puissent être extrapolés. L'homogénéité de la culture polynésienne, notamment par sa langue en est un argument fort.

Même si on peut identifier quelques traits d'une dérive culturaliste (identifié par l'auteur) dans cet article qui fait la revue de la littérature sur notre sujet, il faut féliciter les nouvelles idées qui posent les fondements d'une réflexion sur la santé et sur la culture polynésienne.

#### Premier point : les représentations différent

Le premier point aborde les représentations du système biomédical. La médecine, qui repose sur les concepts biomédicaux, est individualiste, réductionniste, matérielle, a-spirituelle et

laïque. La maladie peut exister indépendamment de la personne qui souffre. On comprend plus loin que ce système de représentation est en parfaite opposition avec celui des patients polynésiens.

Certains auteurs culturalistes polynésiens argumentent pour dire que la santé ou le bien-être sont plutôt la présence de la culture en opposition l'absence de maladie. Perspective de la santé « froide, absurde et stérile », selon eux. Ils prennent pour exemple les représentations des samoans<sup>30</sup>, « la maladie est aussi inévitable que toute autre potentielle perturbation dans la vie ou le système social. »

Ces idées s'inscrivent dans l'idéologie culturaliste des auteurs polynésiens hawaïens et maori (69)

#### Deuxième point : l'importance de la communauté et du mode de vie traditionnel.

Les concepts occidentaux en santé sont caractérisés par leur individualisme alors que les représentations polynésiennes font toujours appel à la communauté, au groupe et à l'environnement.

Les concepts en santé polynésiens sont holistiques, ils dépendent des liens relationnels et spirituels. Le bien-être est conçu comme une valeur et une obligation centrée sur la famille et la communauté. La santé correspond plutôt à un équilibre / harmonie de la communauté, un respect de l'ordre social, le respect des liens avec la communauté.

A l'opposé la maladie se définit alors comme une rupture de l'ordre social dont la famille est le socle.

Les systèmes étiologiques sont le reflet de ces conceptions, par exemple, la maladie mentale est comprise comme la conséquence du franchissement d'un *tapu* ou du mauvais traitement d'un membre de la famille. Par exemple, la mortalité infantile est parfois la conséquence d'une infraction culturelle ou de l'infidélité. Pour certains, la rupture avec le mode de vie traditionnel, le bouleversement de l'ordre social par la colonisation ou l'occidentalisation sont des causes de la maladie. Les maladies importées (celles que seuls les occidentaux diagnostiquent : cancer, diabète, hypertension) sont souvent expliquées par ces changements brutaux dans le mode de vie.

Notant l'importance de la communauté et de la famille dans les représentations de la santé et de la maladie chez les polynésiens, les auteurs recommandent que les programmes de prévention ne soient plus ciblés sur l'individu mais plutôt sur le groupe.

---

<sup>30</sup> Les samoans sont les habitants des Samoa, un archipel d'îles situées dans le triangle polynésien. Il existe deux Samoa : les Samoa américaines et les Samoa occidentales indépendantes qui font partie du Commonwealth

Troisième partie : les dimensions spirituelles et religieuses de la santé, de la maladie et du soin.

Dans certaines îles du Pacifique, les symptômes physiques ne sont pas attribués à une défaillance physiologique mais apparaissent comme une manifestation physique d'un mal-être spirituel individuel ou familial. Les maladies se classent selon deux catégories, soit des maladies dites banales, communes, ordinaires ; soit des maladies causées par les esprits, le franchissement d'un *tapu* ou d'autres explications surnaturelles. Les traitements dépendent de la classe de maladie qui a été identifiée en fonction de la présentation de la maladie.

La maladie mentale occupe une grande place dans les maladies de la deuxième classe. Ces croyances se distribuent dans la population selon un gradient générationnel, les jeunes ayant plutôt tendance à abandonner ces concepts, phénomène qu'il faut rapprocher de l'acculturation présente dans tous les pays du triangle polynésien.

L'introduction de la biomédecine, est concomitante avec l'implantation du christianisme dans les îles de la Polynésie. Ainsi les nouveaux traitements, et les soins des étrangers ont pu être associés à une origine divine au moment de leur arrivée. L'utilisation de l'eau bénite pour traiter la folie ou la présence de nonnes catholiques remplissant le rôle d'infirmière dans certains hôpitaux des Tonga<sup>31</sup> sont des éléments qui ont pu, dans l'histoire, faire coïncider biomédecine et spiritualité.

Une croyance fréquente est celle de penser qu'il y aurait eu moins de maladies sur leur territoire avant que les européens ne débarquent sur les îles de la Polynésie. La vie des ancêtres aurait été plus saine et plus pure.

Comme on vient de le voir, la colonisation est souvent perçue comme un traumatisme et cela a des répercussions sur la façon dont est pensée la maladie. Les Polynésiens catégorisent les maladies selon qu'elles sont autochtones ou importées. On comprend facilement qu'une catégorie « maladies importées » ait pu voir le jour dans la mesure où l'arrivée des européens est synonyme d'un désastre démographique avec l'introduction de la rougeole, de la tuberculose et de la grippe.

De cette catégorisation dépendent les traitements qui seront initiés. Successivement les différentes méthodes (traditionnelles, occidentales) seront utilisées jusqu'à la guérison. L'utilisation de la biomédecine ne nécessite pas forcément l'acceptation des normes de celle-ci. Même si la catégorie de la maladie a été identifiée comme autochtone, mais que le traitement traditionnel a échoué, l'utilisation de la biomédecine devient une alternative envisageable.

Il existe un pluralisme des systèmes de soins et les comportements de recherche d'aide sont une synthèse dans le concret de multiples systèmes de croyance en santé.

---

<sup>31</sup> Tonga : État du Pacifique situé au sud-est des Fidji et caractérisé par son insularité.

Les représentations en santé ne sont ni traditionnelles ni occidentales, mais plutôt la convergence des deux. La maladie n'a pas soit une explication spirituelle soit une explication médicale, les causes peuvent être multiples.

Les points de vue traditionnels *maori* sur la santé ont été vivement critiqués et l'appropriation de la population de ces modèles n'a jamais été prouvée. Une enquête montre un fort scepticisme à leurs sujets, notant que la tradition avait été réifiée dans le but d'une récupération politique identitaire et idéologique. On voit ici une dérive culturaliste de l'interprétation des systèmes de croyances en santé.

Les limites de cette revue de la littérature se trouvent dans l'utilisation que l'on peut faire des résultats. Les différents thèmes abordés concernant les représentations en santé sont toujours soumis à interprétation. Même si l'on sait que la culture et les différences culturelles ont une grande importance dans la santé dans la recherche et la pratique, la difficulté consiste en un mésusage de ces connaissances en versant dans une simplification et une « stéréotypisation » alors que la culture est complexe, changeante et pas toujours évidente. La vie des individus ne correspondra pas forcément à la case culturelle qu'il faudrait cocher pour les prendre mieux en charge.

Les représentations en santé varient en fonction du pays, de la culture, du mode de vie, de la tradition ou de la modernité des modes de vie, de la différence générationnelle, du niveau d'éducation, des croyances religieuses. Les représentations en santé varient donc d'un patient à l'autre mais les soignants aussi possèdent des représentations qui sont aussi influencées par toutes ces variables.

Concernant les campagnes de prévention et de promotion de la santé, quelques tentatives fructueuses aux îles Fidji laissent entrevoir des pistes de réflexion. Le recours au meeting communautaire semble être un moyen efficace pour faire circuler les messages sanitaires. Il faut spécifier que la reconnaissance communautaire dont jouissent les intervenants est décisive sur l'écoute et l'appropriation des idées des programmes.

L'enracinement des services de santé auprès des acteurs et des services communaux semble également être efficace pour obtenir l'adhésion de la population aux campagnes sanitaires. Enfin les messages sanitaires doivent abandonner la « jargonisation » au profit d'un langage simple et dans la langue de la population.

L'auteur établit une liste de recommandations pour que les interventions en santé soient « culturellement » appropriées.

Nous les avons traduites :

Les interventions en santé doivent être sensibles :

- Aux concepts liés à la communauté, aux aspects relationnels de la santé
- A l'approche quotidienne de la santé et des traitements qui sont multiples et pragmatiques
- A la situation de la santé dans les conceptions du mode de vie traditionnel
- A une différence conceptuelle possible entre les maladies occidentales et les maladies autochtones et entre les traitement occidentaux et autochtones.
- A l'utilisation d'explication terre à terre et/ou des explications occidentales de la santé dans une situation donnée
- A la pertinence des facteurs locaux comme le niveau d'éducation, la tradition
- Au prestige du communicant, cohérence avec les systèmes communautaires de promotion de la santé et d'éducation, rencontres paroissiales
- A la préférence du visuel et de l'oral plutôt que des messages écrits
- A minimiser les risques en santé, et à inciter des comportements favorables à la santé plutôt que de délivrer des explications scientifiques, techniques.

Article N°2: Medication-taking beliefs and diabetes in American Samoa: a qualitative inquiry.  
(70)

Cet article s'intéresse aux croyances des patients et des professionnels de santé concernant la prise des traitements. C'est la première étude qui explore le lien entre l'observance, les croyances et la culture des samoans américains chez les adultes atteints de diabète de type 2. Une partie de l'article traite de l'influence de la culture sur la prise médicamenteuse et sur les comportements en santé des Samoans américains. L'étude repose sur l'organisation, l'enregistrement et la transcription de 6 focus groupes et des entretiens avec les professionnels de santé.

Les conclusions de cet article sont les suivantes :

Les valeurs et obligations culturelles influences tantôt **positivement** tantôt **négativement** l'observance.

Pour les patients, les croyances culturelles reposent sur le fait de prendre les médicaments dans l'intérêt ou pour **l'honneur de la famille**, et pour le respect de Dieu. Les patients obéissent aux docteurs car ils sont ceux qui savent.

Pour les professionnels de santé, on retrouve des croyances dans le fait qu'ils pensent que les patients préfèrent qu'on leur dise ce qu'il faut faire plutôt qu'ils soient responsables de leur propre santé.

Le respect des consignes du docteur sont respectées dans l'intérêt de la famille. Ils pensent également que la santé est de l'ordre de la responsabilité individuelle et que les patients devraient prendre leur médicament et respecter les régimes sans que les respects de dieux ou de la famille soient invoqués. Ils identifient les croyances des patients comme des obstacles à l'observance.

L'inobservance est souvent imputée par les patients aux conflits familiaux ou aux obligations traditionnelles comme *fa'alavelave*<sup>32</sup>. Cette tradition consomme une partie du budget de la famille qui aurait pu être injectée dans le budget de la santé. L'inobservance semble pouvoir être également reliée aux croyances relatives aux traitements traditionnels. Les patients samoans, issus d'une nation en phase de modernisation naviguent dans le pluralisme médical, influencés par les croyances occidentales et les croyances traditionnelles.

Les professionnels de santé pourraient améliorer l'observance en insistant sur l'éducation des membres de la famille du patient et en faisant appel au soutien familial pour la prise du traitement.

Tout l'intérêt de cet article réside dans sa capacité à montrer l'importance des déterminants culturels de la santé des patients mais aussi des déterminants culturels de la santé des soignants. Cela pousse notre étude à conclure sur ces deux facettes de culture qui influencent la santé des patients.

### Article N°3: Navigating Between Illness Paradigms: Treatment Seeking by Samoan People in Samoa and New Zealand. (71)

Cette étude montre le cheminement des patients entre médecine occidentale et médecine traditionnelle samoane. L'interprétation des symptômes est capitale pour différencier une maladie occidentale, *palagi*, d'une maladie samoane. Ces deux paradigmes et système de traitements sont parfois utilisés expérimentalement pour déterminer à quel groupe peuvent appartenir les symptômes que le patient éprouve.

Le rôle de la famille est mis en avant dans le processus décisionnel en santé. Les choix en matière de traitement sont faits au sein de la cellule familiale et à l'échelle individuelle simultanément. L'individu a ses croyances propres sur ce qui lui arrive et sur ce qu'il faut faire pour, mais ce sont celles de la famille qui vont guider son comportement en santé.

L'auteur encourage les professionnels de santé à explorer et découvrir les croyances culturelles en santé de leurs patients. Parallèlement, il est primordial de connaître les

---

<sup>32</sup> *Fa'alavelave* : littéralement « fardeau commun » qui consiste en une donation pécuniaire de la famille pour les mariages ou autres événements majeurs de la vie de l'individu

croyances familiales et leur position en matière de santé pour pouvoir comprendre l'influence qu'elles peuvent avoir sur le comportement individuel d'un patient. Les membres de la famille doivent être impliqués autant que possible dans les décisions de santé.

### **A.3. Quelques travaux d'anthropologie médicale en Polynésie française**

Nous avons relevé plusieurs travaux dont certains extraits évoquent les problématiques de l'anthropologie médicale en Polynésie française. Nous allons en restituer un bref résumé en abordant les points clés.

On note une importante dynamique dans les années 80-90 autour de la problématique de la santé en Polynésie française, cette époque est concomitante avec l'apparition de l'ethnopsychiatrie et du développement de l'ethnomédecine. Nous avons volontairement exclu les ouvrages et travaux qui traitaient de la maladie mentale en Polynésie, le champ de cette discipline pouvant à lui seul être un objet d'étude.

Les travaux récents portant sur la culture et la santé en Polynésie sont plus limités en nombre même si on note un potentiel de recherche non négligeable concernant les thèses de médecine grâce aux internes effectuant leurs internats au Centre Hospitalier de Polynésie Française ou dans les structures de santé publiques.

#### **(1) Les soins à l'époque pré-européenne, fondement de systèmes de croyances**

La difficulté lorsque l'on évoque la période pré-européenne réside dans l'absence d'écrit par les polynésiens. La société polynésienne pré-européenne est une société de tradition orale.

Les premiers européens sont les premiers à livrer un témoignage écrit de la société polynésienne. Il faut donc considérer ces ouvrages avec le point de vue des européens du XVIII<sup>ème</sup> siècle et faire preuve d'esprit critique(72) sur les interprétations qu'ils ont pu livrer.

Les croyances concernant les systèmes étiologiques, les méthodes de traitements traditionnels des maladies sont le fruit de l'histoire du groupe.

Une anthropologie de la santé en Polynésie devrait commencer par l'étude historique du groupe et de la santé depuis l'arrivée des européens jusqu'à nos jours.

#### **(2) Les mots pour définir la maladie en Polynésie**

Le mot *ma'i* est le terme qui désigne les maladies. Avec un espace d'utilisation plus large que le mot français, *ma'i* définit toute sorte d'altération, d'incapacité, de douleur ou de trouble. Le mot *ma'i* est un mot qui conserve sa part de concret, ainsi on peut masser la « maladie », ou

étaler des médicaments sur les bords de la « maladie ». A travers *ma'i* on retrouve également les « maladies surnaturelles ».

La classification lexicale de Yves Lemaitre même si elle date de 1985 (73), est une des seules études exhaustives concernant les mots des maux et des médicaments.

Nous ne reprenons pas ici tout le système de classification qu'il a développé, mais quelques mots qui seront utiles pour la suite de notre recherche.

Une première classe de maladie concernent les maladies influentes. Selon Yves Lemaitre, elles possèdent un potentiel déclenchant d'autres maladies. Deux d'entre elles peuvent être présentes sous forme latente. *He'a* et *ira* sont donc accessibles à la prévention.

*Ira* : spasmes

*He'a* : humeurs

*Fati* : traumatismes

*Parari* : secondaire à l'accouchement

*O* : interne / hémorroïdes

D'autres systèmes de classifications des maladies polynésiennes ont été proposés. Une thèse d'anthropologie (74) propose une synthèse de ces termes.

Ici la classification proposée par Simone Grand :

*Ma'i mau* : la maladie vraie, la maladie que l'on voit

*Ma'i tapiri* : la maladie qui se colle, de l'ordre du surnaturel

*Ma'i mana'o* : la maladie de l'esprit

*Ma'i vaite* : la maladie de l'âme

*Ma'i he'a* : maladie des humeurs

*Fati* : traumatismes

*Ira* : troubles nerveux (se manifeste par des spasmes musculaires)

### (3) Ra'au Tahiti

Les *ra'au tahiti* sont les remèdes traditionnels.

*Ra'au* signifiant branche, feuille, bois, morceau de bois, médicament.

Même si le terme « Tahiti » est associé à cette expression, les *ra'au* ne proviennent pas tous de Tahiti et leur fabrication peut se faire avec la pharmacopée d'une autre île, d'un autre archipel. Le langage commun utilise l'expression *ra'au tahiti*, mais pour distinguer plus clairement les médicaments occidentaux (*popa'a* = étranger) des médicaments autochtones.

Les personnes qui préparent les *ra'au tahiti* sont appelés *ta'ata ra'au* (*ta'ata* = personne, individus) ou *tahu'a ra'au*. Le mot *tahu'a* signifie « expert » (ex : *tahu'a va'a* = spécialiste de

la construction des pirogues). Ce terme est aussi associé au surnaturel, à la sorcellerie. De la renommée du tradipraticien dépend son efficacité.

Les *ta'ata tauromi* sont les tradipraticiens qui soignent par le massage.

La capacité de soigner, ou de préparer les médicaments pour les autres est un don, ce n'est pas un choix. La transmission héréditaire de ce don est la plus fréquente.

Les soins sont traditionnellement gratuits, le don en nature est le système de rétribution classique. On voit apparaître des formes de commercialisation des *ra'au tahiti* dans la zone urbaine et péri-urbaine de Papeete. Cette pratique est associée à une forme de charlatanisation de la médecine traditionnelle par les polynésiens.

Le champ d'action du tradipraticien est plus large que la simple pathologie organique. L'esprit, le monde magique, les sorts, les conflits familiaux et le *mana*<sup>33</sup> sont autant de domaines sur lesquels il peut influencer. (75)

Les recettes des *ra'au tahiti* sont souvent enrobées d'un secret qui rend leurs divulgations / partages difficiles.

La transmission familiale des recettes est la règle. Aujourd'hui les polynésiens ont recours aux *ra'au tahiti* par un connaisseur qui fait le plus souvent partie de la famille ou qui est un ami.

Toutes les sociétés développent des remèdes, des médicaments aux maladies qui les accablent. Cet invariant culturel prend différentes formes en Polynésie française. Les différents traitements qui existent sont :

- Les préparations à administrer par voie orale à base de plantes médicinales
- Les cataplasmes à base de plantes, d'écorce, de sécrétion végétale
- Les bains, d'eau ou de vapeur auxquelles on ajoute des plantes.
- Les massages et l'utilisation du *mono'i*

La préparation des traitements nécessite parfois que le patient apporte certains ingrédients qu'il sera allé chercher à un moment précis de la journée et à une localisation géographique précise.

Il existe une intrication entre médecine traditionnelle et religion. Pour les tradipraticiens, le pouvoir des plantes est un don du Seigneur. Les préparations sont souvent associées à des prières issues de la Bible.

---

<sup>33</sup> *Mana* : Pouvoir surnaturel, qui a le pouvoir

Les plantes médicinales ont tendances à disparaître, la pression de sélection due à l'introduction d'autres espèces et l'activité humaine dans son ensemble en sont les responsables.

#### **(4) Polymorphisme douloureux polynésien**

La douleur en Polynésie est un objet d'étude qui rassemble toutes les problématiques culturelles que nous allons aborder dans la relation de soins. L'expression de la douleur en Polynésie n'est pas la même que celle que l'on peut trouver en métropole ou dans n'importe quel autre pays du monde qui ne partage pas la culture polynésienne.

Peu d'études sur ce sujet sont référencées. On trouve l'étude de D. Monconduit dans la littérature de l'université de la Polynésie française. (76) (77)

L'approche anthropologique de la douleur est intéressante même si au travers de cet ouvrage on voit transpirer une inspiration idéologique forte.

L'idéologie que promeut l'auteur se rapproche de l'idéologie culturaliste et post-colonialiste identitaire, largement construite sur les doctrines protestante *mā'ohi*.(64)

L'auteur fait le constat du « silence polynésien » face à la douleur. Les soignants sont souvent confrontés à ce « problème ». La thèse de cet ouvrage est de dire que « la souffrance secondaire à la colonisation est la source d'une résurgence mnésique qui s'exprime dans le vécu de la douleur aujourd'hui. » Un vécu différent de la douleur, influencé dans l'inconscient collectif par les traumatismes historiques de la Polynésie, conditionne l'expression de la douleur.

*« Il existe dans la culture polynésienne, une dialectique du silence »*

Le silence est maître mot de l'expression de la douleur

Les faits consistent en une difficulté pour les soignants d'accéder au vécu de la douleur. Le silence apparaissant comme un masque qui empêche l'évaluation et la prise en charge de celle-ci selon les standards internationaux.

A la fin de l'ouvrage, l'auteur propose d'adapter les moyens d'évaluation de la douleur de manière à la traiter efficacement. Le travail de recherche ne portait pas sur le développement d'un nouvel outil d'évaluation culturellement adapté à la Polynésie.

#### **(5) Le diabète et l'obésité en Polynésie**

Ce sont les deux objets d'étude les plus étudiés en anthropologie de la santé. On le comprend aisément quand on analyse les causes de l'épidémie mondiale des maladies non transmissibles. Les ruptures des modes de vie, et donc les bouleversements culturels ont été largement identifiés comme des facteurs favorisant le diabète et l'obésité en Polynésie. (78)

L'étude de la culture des groupes les plus exposés répond logiquement aux espoirs de mieux prendre en charge ces maladies.

Deux contributions à l'anthropologie médicale font sens dans cette thématique :

Pour la première et comme l'indique le titre, elle retrace la trajectoire phénoménologique et sémiologique des complications des patients diabétiques de type 2 autochtones en Polynésie française. (79)

Du point de vue des médecins, les patients sont négligents (suivi médical irrégulier, inobservance médicamenteuse...). Pour lutter contre cette négligence apparente des patients, les professionnels de santé dépositaires de la culture biomédicale sont désarmés et font usage du pouvoir médical sur les patients en les « grondant », en leur « faisant peur » à travers un discours sur les complications du diabète, riche d'une « violence symbolique ». La relation médecin-malade infantilise, culpabilise, et les patients en souffrent.

Du point de vue des patients, la prise en charge biomédicale ne répond pas la quête de sens de leur maladie. Leurs croyances sont alors rassérénées au contact de la médecine traditionnelle avec qui elle partage des croyances religieuses(80). La relative inefficacité des *ra'au tahiti* pour les stades déjà avancés de la maladie contraint les patients au recours au système biomédical pour le traitement des complications (amputation, dialyse...).

La synthèse des représentations des patients concernant le diabète nous explique que cette maladie est perçue comme une « vraie maladie, qu'elle est incurable, grave et effrayante ». La peur liée à la maladie réside dans la crainte de la machine ou des plaies incurables qui finissent par faire « pourrir les membres ou les orteils ». Les messages biomédicaux sont souvent vides de sens et perçus comme des interdictions arbitraires par les patients.

Les seules solutions envisageables et compatibles avec les croyances religieuses du patient sont l'invocation de Dieu. Le pouvoir médical est supplanté par le pouvoir divin de guérir et les patients espèrent leur salut grâce aux remèdes traditionnels.

Nous insisterons sur l'extrapolation qu'il faut faire pour notre étude, les patients interrogés (n=30) étant tous issus d'une zone géographique très réduite péri-urbaine de Papeete qui concentre les foyers de précarité de Tahiti et les foyers d'acculturation.

Les recommandations de l'auteur à la suite de ce travail sont :

- la gratuité des soins pour tous les diabétiques de type 2 y compris les non-porteurs de complications (actuellement la CPS<sup>34</sup> ne prend en charge gratuitement que les diabétiques présentant au moins une complication)
- la lutte contre les inégalités sociales qui rongent la société polynésienne.

---

<sup>34</sup> CPS : Caisse de Prévoyance Sociale – équivalent CPAM en France métropolitaine

- favoriser l'approche écologico-culturelle des problèmes de santé en se focalisant sur les représentations de la maladie et de ces traitements plutôt que de viser l'atteinte d'objectifs comportementaux.
- sensibiliser les professionnels de santé sur le pouvoir structurant de leurs messages et de leurs interprétations par les patients.
- amener les professionnels de santé à repenser leur analyse des obstacles à la prise en charge des patients
- la prise en compte des « différences culturelles » par la maîtrise de la langue des patients qui souffrent, par les soignants pour une approche plus humaine de la médecine.

Les deux questions qui ouvrent les perspectives de ce travail interrogent sur la prise en compte dans l'espace clinique (relation médecin-malade) du vécu subjectif de la maladie et des croyances et sur les défis de santé publique qui naissent du contexte de la mondialisation. Cette thèse est un bon exemple de l'influence des facteurs psycho-sociaux et culturels sur l'évolution de cette maladie. Elle vient renforcer notre idée que la culture, à travers les croyances des patients doit être investit par les soignants.

Article : L'obésité et le diabète: un objet d'étude anthropologique applicable à la Polynésie? (81)

L'auteur alerte sur l'expansion de l'épidémie mondiale de diabète et sur l'urgence d'agir en Polynésie française. Sous forme de provocation on peut mettre en avant cette phrase :

*« En effet, les polynésiens risquent d'être décimés par l'obésité, le diabète et leurs complications tout comme leurs ancêtres par les maladies infectieuses. »*

Ce travail insiste sur les bouleversements de la société en Polynésie où christianisation puis occidentalisation ont entraîné des modifications majeures du mode de vie, du système de consommation et des systèmes symboliques.

L'éclatement de la société hiérarchisée fonctionnant par caste (82) disparaît progressivement à partir de l'arrivée des premiers européens et le remodelage de la société va se poursuivre avec la colonisation française.

La société polynésienne est soumise à de nouvelles influences : « occidentalisation (consommation de marchandises importées, mondialisation), urbanisation, comptabilisation de la vie (monétarisation), étatisation (83)»

Sur le plan religieux, le culte polythéiste est abandonné au profit des nouveaux dieux venus d'Europe (protestantisme / catholicisme) ou des Etats-Unis d'Amérique (adventisme, mormonisme).

Le nouvel ordre social fait émerger une nouvelle stratification sociale. L'activité commerciale et la propriété privée font naître de nouvelles inégalités. Les *demis* (métisses polynésiens) et les métropolitains installés tirent leurs avantages du grand commerce ou des possessions

foncières alors que les chinois investissent des secteurs comme le commerce de proximité, la perliculture ou l'agriculture. Les polynésiens quant à eux sont privés de leurs terres et de l'accès au commerce par la monopolisation. (36)

C'est sur ces bouleversements profonds, cette transformation de la société polynésienne dans le contexte post-colonialiste que se développe les pathologies de surcharge et notamment l'obésité.

Pour l'auteur, l'obésité est à la fois culturelle et génétique et surtout « un trouble du comportement alimentaire en réponse à des situations conflictuelles tel que le stress de la vie urbaine. Ces situations sont nourries par la disponibilité et l'accessibilité des biens alimentaires et par la permissivité sur laquelle se fonde notre système économique. »

*« Il serait naïf de croire que l'obésité et le diabète ne seront prévenus de manière efficace que par des modifications de règles alimentaires et une promotion de l'activité physique. A vrai dire leur prévention exigerait des changements majeurs et radicaux sur le plan socio-économique comme sur le plan culturel » (81)*

## **(6) Alimentation**

La contribution majeure à l'anthropologie de l'alimentation nous parvient de C Serra Maillol. L'ouvrage est secondaire à un travail de recherche pour une thèse en anthropologie. Le livre récent (2010) (36) qui en découle fait référence et aborde de manière exhaustive et approfondie l'ensemble des thèmes relatifs à l'alimentation et permet ainsi d'explorer la société dans son ensemble.

L'exhaustivité de l'ouvrage ne nous permet pas de faire un résumé ici. Nous citerons un extrait de la conclusion du livre et encourageons les professionnels de santé à s'y référer pour tous questionnements relatifs aux représentations des aliments ou des modes alimentaires contemporains en Polynésie.

*« Les problèmes que posent l'amélioration de l'état de santé d'une population ne peuvent jamais être étudiés selon une perspective exclusivement médicale ou nutritionnelle mais sont inséparables du contexte social, culturel, économique, et politique au sein duquel ils s'appliquent. En remplaçant ainsi la question de l'obésité en Polynésie Française dans son contexte « écosystémique », on évite l'écueil d'une vision strictement culturaliste qui au mieux ferait de la suralimentation et de l'obésité un modèle propre aux polynésiens, et au pire en rejeterait la responsabilité sur les individus en risquant la stigmatisation d'un groupe social donné sans remettre en cause les inégalités socio-économiques ni se poser la question de la pertinence des interventions en santé publique. La dimension socio-anthropologique de l'alimentation est ainsi essentielle pour comprendre en quoi ces facteurs peuvent être associés au développement de l'obésité, question sanitaire majeure dans toute l'Océanie. »*

Un autre article du même auteur précise quelques points :

*« La prise en compte des facteurs socioculturels et environnementaux au sens large, c'est-à-dire intégrant des facteurs politiques (les intérêts variés et souvent convergents des différents acteurs, les modes d'organisation de la production et de la distribution des aliments) et économiques (les décisions prises localement en matière de taxation de certains produits, les statuts économiques des différents groupes), et de leur évolution historique respective, s'avère primordiale. Mais il nous paraît également indispensable, notamment dans un contexte historique postcolonial, de prendre en considération la stratification sociale et ses marqueurs privilégiés, ou encore les revendications identitaires récentes qui passent par l'expression de modes de production ou de consommation pouvant entrer en « résistance » avec ce qui est perçu comme venant de l'extérieur. » (21)*

## (7) Traditions

### Pūfenua

La pratique du *pūfenua* consiste en l'enfouissement du placenta dans la terre, le plus souvent dans la cour de la maison sur le domaine familial. Au-dessus du placenta, un arbre est planté ou un arbuste. Parfois, le placenta est enterré sous un grand arbre. Initialement la pratique voulait qu'un arbre fruitier soit planté là où le placenta est enterré.

L'étymologie du mot *pūfenua* n'est pas anodine et permet déjà de comprendre l'importance du mot et de la pratique traditionnelle qui s'y rattache. *Pū* signifie « centre/noyau » et *Fenua* signifie « terre, île territoire ». On comprend donc littéralement par *pūfenua*, un « noyau de terre ».

Pour Bruno Saura la parenté et la terre sont étroitement liées. (84) Dans la philosophie des peuples du pacifique, il est admis que l'homme appartient à la nature et non l'inverse. Cette pratique vise à assumer une continuité de fructification entre l'enfant et la nature. Le *pūfenua* garantit son ancrage familial.

L'interprétation contemporaine de ce rite a été portée par Duro Raapoto. Au delà de rattacher un individu à son île d'origine, l'enterrement du placenta devient un élément identitaire qui fait la différence entre les « vrais polynésiens » et les occidentaux, les non-originaux venus s'installer en Polynésie. Le *pūfenua* devient un élément central de la définition de l'autochtonie pour les leaders identitaires *mā'ohi*, il devient un symbole pour les nationalistes. A partir de 1995, des choix de santé publique ont favorisé la centralisation des naissances sur Tahiti. On comprend alors que la pratique a été exposée à des difficultés de perpétuation du rite. L'enfouissement différé s'est alors développé pour y remédier.

Le *pūfenua* est une pratique encore très répandue en Polynésie, cette affirmation ne repose pas sur des données récentes, les dernières que nous avons datent de l'année 2000.

### **Peritome mā'ohi**

« L'enveloppe tégumentaire devient le support des multiples inscriptions d'un discours dont la culture organise le codage, la reconnaissance et la lecture, c'est par ces marques qu'on peut se reconnaître, par elles aussi qu'on peut se démarquer, se différencier. » (85)

La pratique du *peritome mā'ohi* était probablement liée à celle du tatouage. Elle représente une modification du corps à un âge de transition et est associée à un changement de statut social, c'est une preuve de maturité qui permet un accès aux fonctions sociales prédestinées.

Cette pratique est issue de l'ère pré-européenne. Le parallèle avec les éléments bibliques a probablement permis sa conservation par les missionnaires chrétiens alors que d'autres rites ont disparu. Plusieurs termes sont utilisés pour parler de cette pratique qui consiste en l'incision longitudinale de son extrémité jusqu'à sa base, du prépuce à sa face dorsale. On parle alors de supercision et non de circoncision. Pourtant dans l'ensemble de la société polynésienne, il est admis que la circoncision soit un synonyme de cette pratique.

Plusieurs expressions en *reo mā'ohi* définissent cette même pratique : *Peritome mā'ohi*<sup>35</sup> ou *tapu te moa* (expression plus familière) et *tapu te kokoro* (en paumotu) qui est issue de la Bible.

L'incision est pratiquée entre 11 et 13 ans. Cette période correspond à l'âge où le jeune garçon change de statut social. Il quitte le statut d'enfant et devient un *taure'are'a* (jeune homme/adolescent). Ce statut implique des rôles, des attitudes et des modifications du corps dont la supercision, et le début de l'activité sexuelle. Celle-ci débute toujours après la réalisation de l'incision.

Les jeunes filles lors de leurs premières menstruations et de l'apparition des caractères sexuels secondaires accèdent également à ce statut.

Les garçons qui ne sont pas « circoncisés » sont moqués par les plus âgés qui l'ont été. Des insultes se réfèrent à la non-circoncision. « *Taioro* » en est un exemple, il se réfère à une préparation de noix de coco fermentée. L'analogie avec le smegma qui s'accumule sous le prépuce non circoncisé est évidente. Une des croyances relatives à la circoncision est qu'elle empêche la formation de smegma. Une autre représentation correspond à l'amélioration du plaisir sexuel grâce à la supercision pour les deux participants. Pour les femmes, avoir des

---

<sup>35</sup> *Peritome mā'ohi* expression dérivée d'un terme biblique grec qui signifie circoncision et opposée à *peritome popa'a* qui désigne la circoncision circulaire totale. On peut également entendre : « à la tahitienne » qui correspond à *peritome mā'ohi*.

rapports sexuels avec un homme polynésien dont le prépuce n'est pas incisé peut être source de honte ou de refus. La peur du jugement des autres est souvent invoquée.

Les pratiques ont évolué et continuent d'évoluer. Les méthodes anciennes consistaient, lorsqu'un petit groupe de garçons étaient « prêts », à les rassembler et à les amener pour voir le « *tahua tehe* <sup>36</sup> » en haut d'une colline. Les garçons étaient mis à l'écart et un par un rencontraient le *tahu'a*.

La dernière étude (2000) sur le sujet montrait que 90% des garçons avaient subi une supercision avant l'âge de 15ans dont 81% en milieu médicalisé.

Aujourd'hui, les supercisions sont de nouveau pratiquées à l'extérieur des structures sanitaires après une marche-arrière des pouvoirs publics. Pendant plusieurs décennies, les infirmiers des dispensaires réalisaient les supercisions. L'évocation de la responsabilité médicale pour un geste chirurgical sans nécessité organique pathologique a fait abandonner cette pratique officiellement.

Il n'est pas nécessaire d'insister pour dire que la supercision est un marquage identitaire qui différencie les polynésiens *mā'ohi* des autres. C'est une valeur culturelle forte qui s'est accomodée des changements de la société polynésienne depuis l'arrivée des européens.

« *Le corps n'appartient pas seulement à la personne, il appartient aussi au groupe qui y inscrit ses valeurs, ses critères.* » (87)

### **Conceptualisation du temps**

Un apriori consisterait à dire que les polynésiens ne vivent que dans le temps présent, qu'ils ne sont pas capables de se projeter dans le temps.

Cet apriori viendrait d'un malentendu ou d'une vieille polémique des termes "*muri*" et "*mua*" utilisés dans le langage courant en langue polynésienne et parfois associés à la notion de temporalité(59). Son recyclage tient plus du point de vue culturaliste que de la réalité, cette polémique apparait au cours du renouveau culturel polynésien des année 70-80, période où ses leaders se tournaient vers le passé pour penser le futur.

Terme / valeur	Spatialité	Temporalité
<b><i>Mua</i></b>	Devant	Passé
<b><i>Muri</i></b>	Derrière	Futur

**Figure N°8: Termes utilisés pour la spatialisation du temps**

<sup>36</sup> *Tahua tehe* : *tahua* : expert, *tehe* : inciser le prépuce, définition donnée pour la supercision polynésienne par le dictionnaire de l'académie tahitienne (86)

Si l'on devait aborder la conception occidentale du temps de manière aussi simpliste que ci-dessus, on dirait que le temps est linéaire ; le passé est derrière et le futur est devant. L'homme occidental marche vers le progrès, court dans l'incertitude et se perd dans l'inconnu.

Cette conception littéraire des termes *mua* et *muri* est souvent mal comprise par les polynésiens qui ne sont pas des grammairiens de leur langue. La pratique courante du *reo mā'ohi* s'appuyant sur le contexte et l'utilisation de *mua* et *muri*, est rarement sujet de confusion. Ce flou est entretenu par quelques linguistes, mais la pensée populaire est au clair sur ces deux termes.

Pour autant, cette distinction entre *mua* et *muri* permet d'aborder la question des termes comportant à la fois une valeur spatiale et temporelle.

Ce genre de mot est présent dans la plupart des langues dans le monde, ce n'est pas une particularité. Ils participent à une spatialisation du temps.

En français on pourrait avoir des expressions qui ont la même valeur de spatialisation : « le futur proche », « l'heure qui suit »...

Le temps est immatériel, on le pense, il est plus difficile à concevoir que l'espace que l'on perçoit, que l'on voit.

Donc rien d'étonnant dans l'association dans un même mot de signification temporelle et spatiale.

Outre cette polémique qui a fait couler beaucoup d'encre, le polynésien se projette dans le temps, il planifie les saisons d'abondance, il plante les arbres fruitiers, construit des parcs à poissons, organise les récoltes, des *rahui* pour préserver dans le temps les ressources de son environnement.

Certains auteurs insistent sur le caractère hédoniste de la culture polynésienne qui confinerait les polynésiens à vivre dans le présent et à ne profiter que de l'instant. Cette idée ne repose pas sur un fatalisme naïf mais plutôt sur une humilité face aux événements de la vie.

Le temps serait une succession de moments présents que l'on vit en acceptant leurs lots d'épreuves et de plaisirs.

Il semble que le mot « résilience » pourrait remplacer l'« hédonisme » suscité. Cette résilience permet de profiter plus spontanément du moment présent.

Déconcertant pour l'occidental anxieux, désireux de contrôler son environnement, son corps et ceux des autres par tous les moyens, qui dans une fuite en avant permanente ne vivrait que projeté dans le futur.

La conception du temps dépend de l'environnement de l'individu qui façonne sa « pensée »(88). L'environnement insulaire, la nature, le rythme des floraisons, des récoltes, la tradition orale et l'absence d'écriture ont probablement favorisé l'apparition d'une conception traditionnelle cyclique du temps. Ce cycle rythmant la pêche et l'agriculture. On rappellera la division du temps pré-européen basé sur les lunaïsons et composée de 13 périodes de 28 nuits

sans autre unité supérieure. Cette division appartenant à un ensemble d'une centaine d'autres méthodes s'inspirant de l'environnement (stade d'éclosion des *tiare*<sup>37</sup>, marées, nuages, soleil, constellations...) pour ancrer le temps dans l'espace, et dans l'observation. Un « continuum entre l'espace et le temps ? » (89)

L'âge compté en année, les dates exactes, l'heure précise ou le numéro des semaines des calendriers n'ont que peu de sens car déconnectés de la nature et de la vie des polynésiens. Pour faire sens, les souvenirs s'inscrivent dans le temps par la simultanéité d'autres événements. Les rites de passages, les célébrations, les réunions communautaires sont les marqueurs du temps qui s'inscrivent dans la mémoire collective.

Pour conclure, nous essayons de proposer une conceptualisation polynésienne contemporaine du temps. Les polynésiens en pleine acculturation subissent une perte de repères temporels : Comment se projeter dans cette nouvelle temporalité linéaire qui n'aboutit que sur l'incertain ? Quel futur pour le peuple polynésien ?

Un futur toujours plus éloigné dans l'espace de l'environnement et de la nature avec l'urbanisation et la virtualisation du monde. Le modèle cyclique traditionnel adapté à l'environnement pré-occidental semble ne plus être valable pour décoder le temps de la ville, d'internet et de l'immédiateté numérique des jeunes générations.

Pourtant, la résilience polynésienne reste toujours présente dans le quotidien des polynésiens et il nous semble qu'elle permet de tendre vers l'idéal de la définition OMS de la santé fondé sur le "bien-être".

Une conception du temps qui semble alors plus favorable à la santé si l'on considère que la résilience au temps permet un bonheur plus accessible, plus immédiat.

### **Organisation des soins**

Les comparaisons des systèmes de soins hawaïen, néo-zélandais et celui de Polynésie française fait apparaître des différences. Le système hawaïen, en plus des normes biomédicales a intégré depuis les années 1980 des spécificités polynésiennes (90). Ils développent le concept de santé culturelle qui est lié aux aspects traditionnels (91) du bien-être humain et de la spiritualité (92). La santé culturelle se définit par la famille, la spiritualité, l'environnement, la terre (où l'on habite, d'où l'on vient). Les soins intègrent également un système de gestion des conflits familiaux, appelé *ho'oponopono* où un individu reconnu par la communauté et expérimenté met en place une thérapie familiale. (93)

Chez les Maoris en Nouvelle-Zélande, les activités thérapeutiques reconnues sont le massage, l'utilisation des plantes pour la préparation de médicaments, les bénédictions, la résolution de conflits.

---

<sup>37</sup> Fleur endémique et emblématique de la Polynésie

Ce piège culturaliste de la généralisation des interprétations des faits culturels (« la culture est un tout ») se trouve couplé à une autre dérive, caractérisée par une tendance à la sur-interprétation des données en termes culturels (« tout est culture »).

*« L'intérêt, la curiosité et l'argent approprié sera toujours disponible pour garder les insulaires en bonne santé et pour les éduquer à la mode américaine. Et la pression s'exercera continuellement pour transformer leurs mœurs et leurs relations sociales et politiques selon les schémas américains. Les insulaires du Pacifique sont partagés entre deux mondes mais l'un espère qu'il restera la possibilité que ces individus dont les ancêtres étaient si ingénieux seront capable d'harmoniser les dissonances culturelles du monde moderne dans un nouveau mode de vie équitablement satisfaisant pour eux. Au cours des longs siècles que compte l'histoire océanienne, ils l'ont déjà fait. Peut-être y arriveront-ils à nouveau »(94)*

## B. Entretiens avec les soignants expérimentés

### B.1. Données démographiques de l'échantillon

Sur la période de juin 2017 à octobre 2017, nous contactons 11 soignants par mail et par téléphone.

Nous recevons une réponse négative par mail d'un médecin qui après 35 années passées en Polynésie n'arrive pas à se résoudre qu'un jeune étudiant puisse investir un champ de recherches qu'il s'est approprié. Nous n'avons pas jugé nécessaire de solliciter à nouveau cet interlocuteur.

Un autre médecin qui nous a été indiqué par les premiers soignants interrogés a quitté le territoire, nous n'avons pas pu l'interroger.

<p><b>Groupe expérimental :</b> <b>9 soignants</b> interrogés</p>	<p><b>Durée moyenne de l'entretien: 55min</b> Minimum : 44min Maximum : 1h11min</p>	<p><b>9 soignants</b> soit <b>4 femmes</b> et <b>5 hommes</b> <b>5 sont médecins</b> <b>4 sont paramédicaux</b> (une sage-femme et 3 infirmiers)</p>
<p><b>Age moyen : 62,3 ans</b> Age minimum : 51 ans Age maximum : 83 ans</p>	<p><b>Nombre moyen d'années d'exercice en Polynésie :</b> <b>29,3 ans</b> Minimum : 25 ans Maximum : 36 ans</p>	<p><b>Mode d'exercice</b> <b>Secteur public :</b> 5 soignants <b>Secteur privé :</b> 4 soignants</p>

Les **médecins** sont tous nés en France, aucun ne maîtrise le *reo mā'ohi* couramment, celui-ci étant réservé à la consultation, et quelques mots maîtrisés pour l'usage quotidien.

Les **infirmiers** sont tous nés en Polynésie, ils sont tous bilingues et utilisent préférentiellement le *reo mā'ohi* avec les patients polynésiens.

Sur les 6 soignants qui ne maîtrisent pas le *reo mā'ohi*, 3 sont inscrits à des cours du soir pour leur apprentissage. Les autres ont appris sur le tas, au contact de leurs patients ou au gré des rencontres.

Nous tentons ainsi d'identifier des facteurs qui permettent d'évaluer la pénétrance de la culture polynésienne chez les soignants.

La question de l'appartenance ethnique est toujours sujet à discussion, une zone de flou semblant s'établir autour de ce terme. Une zone dans laquelle chacun n'est pas capable d'identifier les différentes catégories qui ont pu lui être proposées. En effet, sous la forme d'un tableau à remplir, la case « appartenance ethnique » ne constitue pas une question à choix multiples mais bien une forme auto-déterminante.

Tous les soignants nés en dehors de la Polynésie éprouvent des difficultés pour dire s'ils sont polynésiens, *papa'a* ou français. La plupart finissent par s'identifier comme *papa'a*. Aucun ne s'identifie comme polynésien.

Les soignants nés sur le territoire parviennent à s'identifier rapidement et avec précision comme demi, marquisien, ou français mais aucun ne s'identifie comme polynésien ou *mā'ohi*.

Les données démographiques des soignants se retrouvent en annexe N°4.

## **B.2. Analyse : Entretien avec les soignants expérimentés**

L'analyse est réalisée à l'aide du logiciel Atlas Ti (Version : Version 8.1.3 (522)) sous licence étudiante semestrielle.

Le corpus analysé se compose d'environ 70000 mots.

Nous avons isolé 992 verbatims que nous avons organisés grâce à une grille d'environ 200 codes. (Annexe N°5)

Ces codes nous ont permis d'élaborer des catégories, des sous-thèmes et des thèmes qui nous permettent cette analyse (95).

Nous avons également utilisé la méthode du « nuage de mots » qui permet de visualiser le contenu lexical de l'ensemble du corpus ; une sorte de cartographie sémantique de la pensée des soignants. (Annexe N°6)

Précision méthodologique : les propos que nous citons ont été anonymisés et décontextualisés pour préserver l'anonymat et la confidentialité des interviewés. Les idées que nous développons par la suite sont le reflet de la pensée des soignants et nous restons neutres quant aux jugements de valeurs que certains soignants peuvent parfois poser dans certains extraits.

### **B.3. Universalité / particularisme**

L'universalité correspond à des traits de caractère, des principes, des valeurs que toutes les cultures de toutes les sociétés à travers le monde partagent. Les soignants n'évoquent pas l'universalité explicitement mais nuancent en précisant que tout n'est pas le fruit de la culture polynésienne. La culture polynésienne fait bien partie d'un tout, et elle partage avec d'autres sociétés des points en commun qu'ils ont pointés du doigt. Cet effort pour replacer la culture polynésienne plus globalement montre une prise de conscience de l'autre, en y étant confrontés tous les jours, les soignants indiquent qu'ils ont fait une démarche de compréhension de la différence qu'ils observent.

*« C'est spécifique de n'importe quelle « autre » culture, enfin très différente de la mienne. Pas une culture occidentale. Tu vois la perception de la mort, la perception de la maladie, bah ! je veux dire j'ai l'impression que tu es obligé de trouver ça dans toutes les autres cultures »*

Ici, on comprend que la différence culturelle sous-tend le développement de système de pensée propre.

L'explication de la douleur, de la maladie, de la mort par exemple. Cette idée renforce l'hypothèse selon laquelle la connaissance de la culture polynésienne permet de venir en aide plus efficacement aux patients en partageant leurs connaissances et leurs systèmes sémantiques. Connaître la culture polynésienne rompt le statut d'étranger auquel les médecins peuvent être assimilés, sans pour autant être un membre à part entière de cette culture.

Ils identifient aussi la mutation des comportements alimentaires comme un invariant moderne des sociétés développées, industrialisées. La modernité serait associée à la mal-bouffe.

*« Euh... qu'est ce qu'il [le patient polynésien] a de spécifique, il mange mal, (rires), voilà, mais bon je pense que c'est partout dans le monde »*

*« Non parce que comme pour tout individu, ça arrive aux autres, pas à nous. Mais ça, c'est chacun je dirai, pas forcément polynésien, ou français ou italien ou autre, c'est pareil quoi »*

#### **B.4. Représentation des soignants : La culture polynésienne**

Au travers du regard des soignants nous allons tenter de tracer les contours de leurs représentations de la culture polynésienne. Vaste champ d'étude, nous ne proposons pas une description exhaustive de tous les traits de la culture polynésienne, nous abordons ceux cités et développés par les soignants.

##### **(1) Le patient polynésien**

Les éléments pour définir le patient polynésien ont été divisés en 5 catégories :

- la pensée *mā'ohi*,
- la philosophie polynésienne,
- le savoir vivre polynésien,
- la personnalité polynésienne,
- les rituels et traditions.

##### **La pensée mā'ohi**

On entend par pensée *mā'ohi*, les fondements de la pensée, du schéma, de la construction de la pensée des polynésiens autochtones. Plus enfouie que la philosophie d'une culture, c'est son essence que l'on met en évidence.

##### **\* Fierté, identité, indépendantisme**

Les polynésiens sont fiers de leur identité, leur culture est un point de repère indispensable pour la construction de leur identité.

*« Ils ont cette fierté et ils revendiquent leur identité mā'ohi, au travers du va'a, de la danse traditionnelle, le Reo mā'ohi donc voilà il y a une volonté d'identification polynésienne majeure, vraiment avec cette fierté des polynésiens d'être polynésiens »*

La fierté *mā'ohi* et l'identité reposent sur un attachement à des rituels, des traditions et surtout à un profond attachement pour la terre.

*« Tu sais, leur terre, oui c'est ça, culturellement parlant, je crois que c'est primordial, leur terre, leurs îles, ils en sont fiers, fiers de la Polynésie, fiers de leur île, ça c'est bien »*

Nous développons un peu plus loin le concept de terre « mère » que Bruno Saura<sup>38</sup> a développé notamment dans ses livres concernant le *pūfenua*.

---

<sup>38</sup> Bruno Saura est professeur d'anthropologie à l'université de Polynésie Française, il est spécialiste des sociétés océaniques. Les thèmes qu'il privilégie sont la culture, l'identité, la religion et la politique en Polynésie.

Certains voient dans le renouveau culturel des années 80, période de l'éclosion d'un mouvement indépendantiste structuré, une forme de récupération politique de la culture polynésienne. Ils déplorent un manque de véracité historique des traditions, secondaire à l'absence de transmission écrite. Paradoxalement, ils soulignent la difficulté pour l'individu de trouver des repères, des bases pour fonder son appartenance à son groupe. Les clichés véhiculés dans tous les foyers par l'intermédiaire de la télévision, de la publicité, des films au cinéma sont autant d'éléments qui brouillent les pistes pour reconnaître son identité *mā'ohi* et qui favorisent l'acculturation.

*« Donc moi ça me faisait un peu pitié et donc moi j'avais pas vraiment envie d'adhérer à cette espèce de renouveau culturel qui était purement politique, qui était orienté par les politiques, qui était nécessaire parce que je conçois tout à fait que les polynésiens soient en perte d'identité, comment tu veux qu'ils se sentent français avec ce qu'ils voient à la télé ! Je veux dire que tu ne peux pas te sentir français quand tu es sur ton lagon à pêcher ton poisson et à... tu es pas français. Je comprends tout à fait la démarche polynésienne qui est d'essayer de courir après leur identité. Tu es un pays colonisé, c'est obligatoire. Mais c'est quand même un pays colonisé. Donc c'est obligatoire de courir après son identité. Et ils se raccrochent à ce qu'ils peuvent, à la moindre bribe, à la moindre tradition. »*

On note que les soignants reconnaissent l'importance pour les polynésiens de se définir, de s'identifier comme polynésien ou comme *mā'ohi* à travers leurs implications dans leur culture. Certains dénoncent, une forme de "folklorisation" des traditions au service du tourisme et du modèle consumériste de plus en plus pénétrant dans la société polynésienne.

\* *Ha'ama*

*Ha'ama* ou un sentiment qui s'apparente à la honte. Tous les soignants nous ont fait part de leur expérience concernant ce sentiment ressenti surtout par les jeunes. Au cours de notre parcours nous avons également pu être témoins de cette émotion. On peut entendre tous les jours certaines locutions comme : « ça fait honte pai ! », ou « aita, ça fait honte ».

*« Tu vois tu poses une question et tu as un rire, des fois c'est qu'il y a une gêne derrière parce qu'elle veut pas te dire quelque chose ou voilà. Ça il faut faire attention, c'est pas toujours le rire franc de gaieté, c'est un rire de gêne parfois, et ça je l'ai remarqué aussi, parce qu'on ose pas aussi te... ça fait honte quoi... »*

Ne pas s'occuper de ses aïeux est source de *ha'amā* pour les patients. Les soignants perçoivent l'importance de la famille à travers ces situations.

*« S : ça aurait fait honte si jamais on [le soignant s'identifie à un patient et parle à sa place, d'où l'utilisation du pronom « on »] avait confié nos vieux à quelqu'un d'autre. »*

---

*AR : Mais maintenant, ça y est, c'est assumé ?*

*S : Ouais, globalement oui, surtout du côté de Tahiti. Je pense qu'ici [Raiatea] encore la honte c'est encore un peu prégnant. »*

Cet extrait est aussi un exemple pour montrer que les professionnels de santé identifient une mutation de la société et des rapports intrafamiliaux qui se distribuent selon un gradient centre / périphérie. Le centre étant Papeete, berceau de l'acculturation.

*Te ha'amā* est un sentiment, une émotion polynésienne toujours bien présente y compris dans la relation de soins, les professionnels de santé doivent la connaître pour éviter certains écueils et désamorcer les situations où elle se manifeste.

#### \* Fiu

Le *fiu* peut être défini comme une forme de lassitude polynésienne, la flemme, ou l'absence de motivation pour tout. Rarement pathologique, c'est un état transitoire plus ou moins fréquent. Une forme de cet état se retrouve souvent en lien avec la prise de médicaments :

- « *Pourquoi est-ce que tu ne prends pas tes médicaments ?* »

- « *Parce que c'est fiu.* »

Dans sa conception plus abstraite, un soignant rapproche le *fiu* comme l'équivalent négatif de la joie de vivre qu'elle perçoit chez la plupart des polynésiens. Cet équivalent apparait comme nécessaire à une forme d'équilibre moral, fluctuant moralement entre *fiu* et joie de vivre.

*« Ils ont une joie de vivre, oui, extraordinaire moi je trouve. Une grande joie de vivre et des grands moments de fiu aussi, tu vois c'est pour ça aussi le fiu, c'est le pendant. Tu vois »*

#### \* Abstraction

On définit l'abstraction comme la capacité à comprendre ou imaginer des idées qui ne sont pas concrètes, des idées abstraites. C'est une capacité à structurer l'impalpable. Les soignants ont tendance à penser que les polynésiens éprouvent une grande difficulté pour l'abstraction. Ces conclusions découlent de leur expérience notamment dans l'incompréhension qui existe entre eux en lien avec l'alimentation, la physiologie, ou les concepts bio-médicaux.

- « *Selon toi comment les patients pensent-ils que ça marche à l'intérieur (de l'organisme) ?* »

- « *Je pense qu'à 70 - 80% ils ne connaissent pas du tout, ils n'imaginent même pas, ils n'arrivent pas. Sauf quand ils sont malades »*

Ici on met en évidence une des raisons de l'incompréhension entre les soignants et les patients polynésiens. Si l'on considère que l'abstraction n'est pas la même entre culture biomédicale et culture polynésienne, on comprend que le raisonnement de l'un ne puisse être admis / compris

par l'autre. Le sens des mots n'est pas le même pour les deux interlocuteurs. La transmission de message dans un sens comme dans l'autre est rendue difficile. La culture biomédicale fait appel pour sa grande majorité à des concepts abstraits, l'impalpable en médecine est la règle au-delà du tégument. Même mesurables, les concepts médicaux sont abstraits. Le fonctionnement de l'organisme même s'il est fondé sur l'étude du corps n'est pas pour le patient inscrit dans la sphère du concret, il n'est pas visible, palpable.

Par exemple les mouvements respiratoires sont inconscients, la phonation spontanée, la digestion invisible. Les soignants pensent que les patients sont incapables de comprendre des problématiques abstraites. D'où, comme nous le verrons plus tard l'extrême simplification de l'information médicale et le souhait de disposer de support visuel ou de faire l'usage de métaphore du concret pour expliquer le corps malade abstrait.

*« D : Difficulté quand même de capacité d'abstraction, oui*

*AR : L'abstraction c'est difficile ?*

*D : C'est pour ça quand tu parles, quand j'entends certains professionnels de santé parler d'anémie, alors avec des mots déjà... Alors tu vois... L'anémie, les céphalées, bon ça c'est des problèmes de mots. Donc de termes mais... C'est très abstrait, et je vois les gens, le regard partir dans le vague, et puis tourner la tête, et puis attendre que la personne veuille bien finir de raconter son histoire et puis voilà donne-moi ton ra'au et puis voilà c'est bon. »*

De notre point de vue, l'incompréhension est évidente ; deux pensées ne parviennent pas à s'accommoder des différences pour dialoguer. Dire que les polynésiens ne sont pas capables d'abstraction est, selon nous, une erreur. Les polynésiens sont capables d'abstraction dans un référentiel qui n'appartient pas à la culture occidentale. Par exemple le *reo mā'ohi* est un bon exemple pour démontrer que l'abstraction fait partie de la pensée polynésienne(96). La structure d'une langue est par essence une forme d'abstraction, convertir les sensorialités du corps en analogies structurées sous forme de mots est une abstraction. Parler une langue nécessite l'abstraction, l'écrire encore plus.

#### \* Persistance du surnaturel

Concernant les tradi-praticiens de l'époque, aussi appelés *Tahu'a* :

*« Ils croyaient que la personne (le tahu'a) avait du pouvoir : le mana mana<sup>39</sup> avant la pour eux, pour extraire ce qui n'est pas bien dans toi et le faire sortir, mais moi je ne crois pas à ça. »*

*« Ils disaient que c'étaient leurs ancêtres qui venaient les voir le soir et qui ont donné ce pouvoir de soigner des personnes comme ça. Je crois pas trop moi. Je crois plutôt à ce qu'on donne, à ce qu'on fait ».*

---

<sup>39</sup> *Mana mana : pouvoir ancien*

Le don de pouvoir soigner vient d'un pouvoir ancien (*mana mana*), magique parfois hérité des ancêtres. Cette pensée même si elle est minoritaire aujourd'hui, (mais il reste à le démontrer) est la preuve qu'il y a moins de 50 ans, la compréhension de la maladie et de la médecine ne pouvait se faire sans l'irruption du surnaturel dans la santé. On peut donc penser malgré l'acculturation en santé en cours que les patients voient cohabiter dans leurs représentations des soignants, des personnages cartésiens, scientifiques et des entités surnaturelles voir spirituelles.

*« Ah bah si complètement, parce que tu as toujours dans l'esprit polynésien, il y a toujours la vision magique de la chose, la vision... donc tu vois, il y a toujours un sort par derrière ou une faute à rattraper, c'est évident ».*

Le système étiologique du diabète repose très largement, encore il y a 10 ans, sur la participation de Dieu ou d'une entité supérieure qui serait responsable de certaines pathologies. (79) Mais nous verrons cela plus loin dans le paragraphe concernant les systèmes étiologiques des polynésiens.

### **La philosophie polynésienne**

Nous développons dans ce sous-chapitre les différents aspects de la philosophie polynésienne. Nous entendons par là, les différentes attitudes des patients et leurs causes que les soignants ont pu expérimenter pendant leur exercice et qui les ont marqués, soit par leur redondance soit par leur potentiel obstacle aux soins ou à l'observance.

#### **\* Fatalisme polynésien ou résilience**

Tous les soignants ont mentionné au moins une fois le terme « fataliste » ou « fatalisme » ou « facilité d'acceptation » se référant à l'attitude du patient sans qu'il y ait d'introduction sémantique préalable. Le fatalisme est décrit comme une facilité pour le patient à accepter une mauvaise nouvelle, l'annonce d'une maladie, la mort de quelqu'un. Pour les soignants, les polynésiens seraient plus fatalistes, mais les changements récents de globalisation et d'acculturation en santé tendraient à limiter cette attitude.

*« Une fatalité peut être oui, peut-être plus d'acceptation de la fatalité, encore que ça c'est en train de changer. C'est tu vois, eyh... Ça c'est vrai que c'est en train de changer aussi hein... »*

*« Moi ça fait 30 ans que je suis là, donc les choses ont quand même évolué, parce que les nouvelles générations sont très occidentalisées. Mais chez les anciens, il y a une espèce de ... comment on dit... d'acceptation de la maladie. Ce qui fait que il y a encore peu de temps tu avais peu de gens qui voulait se battre, chez les tahitiens, contre le cancer ou des pathologies comme ça [...] avant ils auraient dit, « oh, ça ne sert à rien », là maintenant j'en vois ils se battent jusqu'au dernier... »*

L'acceptation est perçue de deux manières chez les soignants, d'une part, ils reconnaissent que pour une patiente : « elle va être beaucoup moins « pénible », beaucoup moins remettre en question ce que tu lui dis effectivement. C'est beaucoup plus facile de travailler avec les polynésiens. »

Le patient polynésien est plus « facile », le travail est simplifié, moins de questions, pas de défiance, pas de méfiance, l'annonce des diagnostics est « bien vécue »... mais au final l'observance n'est pas au rendez-vous. Ce fatalisme polynésien est peut-être à rapprocher du *fiu* évoqué un peu plus haut. C'est une forme de désinvestissement du problème, il n'est pas « accepté », il est refoulé, mis de côté jusqu'à ce qu'il devienne vraiment sérieux.

Une autre interprétation possible de ce « fatalisme » : les soignants y voient une forme d'abnégation, de résistance, l'absence de démonstration d'émotions lors d'une situation « habituellement » (chez les occidentaux) pourvoyeuse de pleurs ou de rires.

*« Ici on a une chance extraordinaire avec les mamans polynésiennes, justement d'acceptation, de gentillesse, ... après certaines fois on va te dire, tu vois par exemple, une telle acceptation que l'émotion est moins là. Tu vois par exemple, une maman qui accouche elle va pas fondre en larmes comme une maman popa'a, « mon bébé... » en tout cas elle va beaucoup moins le manifester. A la fois elle va moins manifester sa douleur et sa souffrance mais elle va aussi moins manifester sa joie et son bonheur. »*

Comme cette soignante le note, cette pudeur émotionnelle est peut-être à rapprocher du polymorphisme douloureux<sup>40</sup> polynésien. Les formes d'expression de la douleur dépendent de l'histoire personnelle mais aussi de l'histoire du groupe. On peut penser qu'il en va de même pour l'expression d'autres sentiments comme la joie.

Une autre piste pour expliquer ce fatalisme polynésien est de mettre en parallèle, l'acceptation des maladies graves avec la résilience des polynésiens face au temps, l'importance du moment présent<sup>41</sup>.

#### \* Projection dans l'avenir et conception du temps

*« Oui c'est vrai qu'ils ne se projettent pas dans l'avenir c'est clair, ils se posent moins de questions c'est clair. Ils se regardent moins le nombril, clairement. »*

Pour les soignants, il existe une différence dans la façon d'appréhender le temps. Cette conception différente du temps est à chaque fois rapprochée d'une incapacité : celle de se projeter dans l'avenir.

*« C'est c'est c'est un... je sais pas c'est un mode de fonctionnement du cerveau qui n'est pas tout à fait le même. La notion du temps elle est totalement totalement différente. Je ne saurai*

---

<sup>40</sup> Voir p.62

<sup>41</sup> voir "conceptualisation polynésienne du temps" p.68

*pas te le définir exactement mais... Peut-être moins avec les jeunes maintenant avec l'heure et leur portable qui leur donne l'heure mais c'est beaucoup aussi par rapport au soleil, l'heure à laquelle ça se couche, voilà, Je saurai pas te dire, je sais que c'est différent, je sais que c'est pas dans notre rationalité »*

Structure cognitive, architecture physiologique cérébrale, éducation, environnement, de nombreux facteurs sont identifiés par les soignants pour expliquer cette différence. Dans la pratique quotidienne, les soignants évoquent des difficultés pour construire un projet thérapeutique qui s'inscrit dans le temps. Pour eux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir est une des causes principales de l'inobservance. Le concept de maladie chronique directement issu du principe du temps peut s'avérer être un non-sens pour les polynésiens si cette croyance médicale est exacte.

*« C'est je pense quand même qu'il y a une grosse difficulté pour nous médecins, à comment dire, à valider ce que l'on propose comme protocole thérapeutique avant la maladie. Parce qu'en fait il y a une satisfaction du plaisir immédiat et une absence de projection dans l'avenir. Et satisfaction du plaisir immédiat, ça c'est une volonté irrépréhensible de manger ce qui leur plait quelques soient les conséquences. »*

Qu'est-ce qui pousse les soignants à penser cela ? Héritage colonialiste, attitude « supérieuriste », méconnaissance de la culture polynésienne ?

Comme nous l'avons vu plus haut cette perception différente ne signifie pas que les polynésiens sont incapables de se projeter. Cette différence signifie qu'il faut s'adapter pour que les patients comprennent. Les explications lapidaires sur la maladie ne suffisent plus, une explication qui prend en compte cette particularité doit permettre au patient de se projeter dans un avenir qui est le sien et non pas celui du médecin ou des soignants. Le patient peut se projeter mais dans son univers, pas celui des soignants.

(Importance du rythme de la nature, importance des événements communautaires...)

Les patients polynésiens se projettent tous les jours dans l'avenir au travers de projets qui s'inscrivent dans la nature ou au sein de la communauté : durée de développement du *taro*, maturité des patates douces, *rahui* sur les langoustes, période de pêche rythmée par la lune, récolte des végétaux pour l'organisation du *Heiva*<sup>42</sup>.

*« Oui, des projets, si des gens se lancent dans... Là je connais des gens qui se lancent dans l'agriculture ou dans le ... tu vois faire un faapu, bah tu vois ils savent que oui, dans 4 mois il y aura les patates douces donc il faudra faire ça, ou voilà... »*

On identifie ici une partie du hiatus culturel entre culture biomédicale occidentale et culture polynésienne.

---

<sup>42</sup> *Heiva* : Fête traditionnelle du mois de juin regroupant danses, chants et sports traditionnels

\* Vivre le présent, vivre au jour le jour

Dans le système de croyance des soignants, cette incapacité de projection dans l'avenir est le fondement logique du mode de vie des patients polynésiens : vivre au jour le jour sans s'inquiéter de l'avenir, sans même envisager les jours, les mois, les années qui suivent.

*« Carrément et bah écoute si tu veux je crois que c'est le niveau d'intelligence aussi, on dirait pour eux vivre au jour le jour et puis après fini hein ! Donc... c'est un peu le je-m'en-foutisme de la vie de ne pas prendre leurs vies en main quoi »*

*« Le polynésien, le polynésien le vrai, il vit au jour le jour, c'est à dire il a 10 000francs<sup>43</sup>, mais bon voilà maintenant on leur a appris à évoluer, à payer le loyer, à payer... Mais nous quand on est arrivé, ils voyaient une 4x4, ils allaient l'acheter et au bout de 6 mois ils étaient fû de payer les traites, ils payaient plus, on leur piquait la voiture et oui... bah voilà on l'a piquée, je paye plus, j'ai plus envie de payer bon je me suis amusé pendant une semaine ou 6 mois, voilà c'est bien . Ils ont pas le même rapport par rapport aux choses matérielles que nous par exemple, c'est, mais se projeter au loin je dirai non. »*

Ici, est introduit la notion d'un a-matérialisme, le rapport à la possession est perçu différemment par ce médecin. Notons que l'occidentalisation galopante change probablement cette vision de la possession avec la valorisation de la consommation, de l'achat, et de la course au matérialisme.

\* L'importance de dire ou de ne pas dire (chalalaa)

La culture polynésienne est une culture de tradition orale, et on voit réapparaître des formes théâtralisées de rhétorique sous la forme de concours d'*orero*. Cet élément montre l'importance de ce qui est dit et de la façon dont il l'est. Nous n'avançons pas que le médecin doit recourir à de telle méthode de discours, nous insistons sur l'importance de ce qui est dit, de la façon dont cela peut se faire. Par la même, certaines choses doivent parfois être tues. Les soignants nous donnent leurs points de vue concernant cet aspect de la subtilité de la philosophie polynésienne.

*« Les filles qui bossent ici, mais je les entends éclater de rire, après bon on s'engueule. Et après il faut faire attention, il faut pas s'engueuler en public, ou il ne faut pas faire des réflexions en public. Je sais que si (prénom) elle fait des réflexions à ses filles (employées) et qu'il y en a d'autres alors ça, ça passe pas »*

La zone de conflit ne se situe pas dans l'espace public. Le conflit doit être contenu, et réglé dans la sphère privée. Il semble que ces situations de conflits publiques puissent être vecteurs de *ha'amā*.

---

<sup>43</sup> 10 000 francs équivalent à 83,80 euros

Dans certaines situations, les patients ne disent pas tout :

« Pour pas te faire de peine, pour pas te blesser, il va pas forcément te le dire qu'il a pas...(pris les médicaments, qu'il n'est pas d'accord) »

Dans d'autres situations, le patient demande parfois de « ne pas dire », les soignants conditionnés par le secret qui entoure leurs activités ne sont pas surpris.

*« Après des fois elles disent rien, elles vont chercher un autre tané, et elles disent rien à leur mari. Ça arrive ouia, plusieurs fois et puis il y a des grossesses et puis tout se passe bien le mari est content et voilà.*

*Elles le disent gentiment, « tu dis pas hein ? » « non je vais pas dire » »*

### **Le savoir-vivre polynésien**

On retrouve dans le corpus plusieurs traits / caractéristiques / observations qui nous renvoient à une valorisation du savoir-vivre polynésien. Parfois la comparaison avec le monde occidental place le soignant face à un constat simple : les polynésiens savent mieux vivre qu'eux.

*« Il y a des choses qui m'ont changé mais bien évidemment et si tu veux il y a même quelque part des remises en question c'est à dire que la vision de la vie dans les yeux des polynésiens, tu en arrives à parfois te dire mais est ce que ce n'est pas eux qui ont raison. »*

Nous tentons de dégager quelques arguments qui nourrissent ce constat.

#### **\* L'amour de la communauté, vivre ensemble, regard hétéro-centré**

La communauté polynésienne est une structure importante du quotidien des polynésiens. Les soignants intervenants au sein de cette communauté expérimentent la force des liens qui peuvent exister entre les individus. Cette organisation communautaire, l'entraide, le respect de l'autre, la cohésion sont des valeurs qui s'amenuisent en Occident. En Polynésie les soignants issus de la culture métropolitaine sont sensibles à cette attitude hétéro centrée. L'organisation de la structure familiale et l'insularité sont probablement des causes qui peuvent expliquer cet « amour » de la communauté. L'institution qui rend le mieux compte de cette cohésion reste encore l'église et ses rendez-vous hebdomadaires.

Exemples de communauté : religieuse, sportive, entreprise, politique.

*« Ils vont participer, et ils aiment tellement la communauté, ils aiment tellement la convivialité que c'est un moyen de ... Et moi je trouve les communautés religieuses ... enfin les aident beaucoup... mouai, ça les soutient, il y a beaucoup de femmes qui m'ont dit être soutenues par la communauté religieuse c'est vrai. »*

Contrairement au point de vue métropolitain qui appréhende le communautarisme péjorativement, ici la communauté n'est pas une structure fermée, étanche, hermétique qui exclue. Au contraire, certains soignants ont ressenti une volonté d'assimilation des étrangers au sein de la communauté.

*« Tu parles, tu fais l'effort d'aller vers eux et ils vont faire l'effort de venir vers toi aussi. Tu vois parce que tu fais partie. Et c'est ça qu'ils apprécient parce que à partir du moment où tu parles un peu leur langue etc., eh bien tu vas faire partie de la communauté même si tu es un étranger »*

Cet esprit communautaire est donc accessible, ses bienfaits sont multiples dans le cadre de la santé : soutien social, recherche d'aide, réseaux de communication. C'est donc un atout majeur pour intégrer la santé dans la culture polynésienne.

\* *Haere mai e tama'a*, accueil et convivialité

*Hare mai tā'mā'a*<sup>44</sup> est une locution populaire reprise fréquemment lorsque l'on évoque l'accueil polynésien. L'accueil polynésien bien que fantasmé semble trouver des ancrages dans la réalité encore aujourd'hui. Un professionnel de santé polynésien évoque au passé ce qu'était selon lui le sens de l'accueil avant l'occidentalisation et l'individualisme :

*« Alors que avant... Non, si avant quand tu passais comme ça devant c'était : « hey frangin, mai ! Tama'a, haere mai i te fare i te tama'a. Maintenant il n'y a plus ça, ça ne se fait plus ça. Sauf quand tu connais bien la personne et que tu vas chez lui. »*

Un autre soignant décrit sa salle d'attente le matin, il nous confie qu'il est toujours surpris par le respect et la convivialité qui y règnent le matin lorsqu'il arrive à son cabinet.

*« Et bien déjà, tu sais le polynésien il te regarde un peu comme ça, c'est un observateur, c'est souvent un très gentil garçon, l'accueil polynésien c'est bien une réalité quoi,[...], mais si tu veux à la base regarde comment ils sont accueillants. Tu prends ta salle d'attente le matin, ils sont tous là, rangés comme il faut [...] Regarde ici comment ils sont, ça rigole, ils discutent »*

L'ambiance de la salle d'attente est un élément qui est opposé à trois reprises dans le discours des médecins aux salles d'attente ou aux patients métropolitains qui sont affublés d'une morosité voire d'une agressivité qui rend l'exercice médical désagréable. L'exemple des urgences en métropole est une image récurrente.

---

<sup>44</sup> *Hare mai tā'mā'a* : *Haere mai* : (verb), venir, *tā'mā'a* : manger

La convivialité des patients est perçue par les soignants comme un argument pour dire que l'attente est acceptée par les patients. Alors que la culture *papa'a* est définie comme intolérante à l'attente. Il n'existerait pas ce même problème chez les patients polynésiens. Une hypothèse qui reste à démontrer. (Patience infinie ou respect profond de l'autorité médicale ?)

*Concernant la salle d'attente : « je pense que il y a une question tout simplement de regroupement, c'est un peu le marché, tu l'as bien compris quoi. Les gens ils se retrouvent entre eux, ils papotent entre eux, pendant des plombes, ils sont presque assez contents de se retrouver, »*

On perçoit donc de la part des soignants une forme d'idéalisation des patients polynésiens concernant leur savoir vivre.

*« Leur culture me plaît beaucoup, j'aime beaucoup cet enracinement à la terre, peut être même ces croyances qui ne paraissent pas logiques. J'adore leur amour du chant, leur amour de la danse, tout ça pour moi c'est énorme. Le fait qu'ils aiment manger, que ce soit convivial qu'ils aiment la musique, voilà. »*

\* Le noyau, la famille : *Te pū, te fetii*<sup>45</sup>

La famille polynésienne est un concept sur lequel nous pourrions développer plusieurs pages. Son importance est capitale pour l'individu polynésien. C'est important pour son identité, pour le soutien social disponible, pour comprendre l'environnement direct des patients. Et il semble intéressant de se pencher sur l'aspect géographique de la répartition des familles sur une île. Les familles polynésiennes sont associées à des noms et ces noms sont associés à des districts répartis autour de l'île. L'urbanisation en « quartier » reflète l'organisation familiale. Sur une île, dans cette vallée et dans ce quartier, vous trouverez la famille X, si vous changez de quartier, ce sera une autre identité que vous découvrirez. Ainsi les individus d'une même famille jusqu'à plusieurs degrés de parenté se retrouvent dans la même localité. La proximité familiale rend compte ici aussi de l'importance de la communauté et de la place primordiale qu'occupe la famille dans la philosophie polynésienne. La famille polynésienne est le tronc (*tumu*), le socle, la base de l'organisation sociale polynésienne.

*« Dans la culture polynésienne, moi je dirai que la famille, c'est le noyau polynésien, la base, c'est les grands parents, les arrières grands parents et tout qui ont beaucoup d'influence sur la jeunesse et tout et tout, et c'est très dur de s'en défaire dans la mesure où les jeunes d'aujourd'hui respectent toujours ce respect de l'ancien »*

---

<sup>45</sup> *Te pū* : le noyau

*Te fetii* : la famille

Certains soignants proposent un schéma familial traditionnel qui montre le rôle de chacun dans la famille. Ce système est une véritable organisation mécanique d'individus qui a pour but, la vie ensemble.

*« Si tu veux avant la famille elle se construisait autour d'un mec qui bossait, qui avait une activité salariée, qui bossait et qui amenait l'argent pour l'essence pour le gars qui allait pêcher, ou les produits agricoles pour le mec qui allait planter et puis finalement chacun s'y retrouvait avec une mère qui faisait à bouffer, de la fratrie qui soit gardée, les gamins soit aidaient la maman, soit allaient aider le père au faapu ou à la pêche et finalement chacun avait son rôle. Globalement, mais maintenant c'est assez compliqué. »*

On sent dans l'extrait précédent que les choses changent ou, ont changé. Ce qu'il faut noter c'est l'importance de la variété des individus assimilés à la famille. En France la famille est souvent associée à la parenté du premier et du deuxième degré dans les représentations générales traditionnelles. Ici, le degré de parenté peut avoir une importance jusqu'à un certain point puis les membres de la famille seront associés à une dénomination générale comme tonton, tatie, cousin, sans que la filiation soit explicite. C'est le concept de famille élargie.

### **Personnalité polynésienne**

Nous montrons ici certains traits du caractère des patients polynésiens perçus par les soignants. C'est la représentation des professionnels de santé que nous recherchons ici tant la diversité interindividuelle des personnalités est grande et interdit de définir une personnalité polynésienne unique et monolithique.

#### **\* Intolérance à la frustration**

Cet item n'a pas fait l'unanimité des soignants mais la conviction avec laquelle l'un d'entre eux nous en a parlé nécessite que nous le citions au moins une fois. La perception de ce soignant met en parallèle la satisfaction du plaisir immédiat (particulièrement dans le domaine de l'alimentation) et l'intolérance à la frustration. Selon lui, le patient est dominé par des désirs irrépressibles auxquels, il succombe.

*«Et satisfaction du plaisir immédiat, ça c'est une volonté irrépréhensible de manger ce qui leur plaît quelles qu'en soit les conséquences. L'exemple frappant, c'est : « ce poisson il était bon, je savais qu'il était ciguatera<sup>46</sup>, mais c'était trop bon ». Ça le nombre de fois où ils te le disent c'est hallucinant.»*

*«Eh bien c'est un peu ça, c'est-à-dire que puisque je dois satisfaire, puisque je satisfais mon plaisir, c'est mon but principal, d'être content là tout de suite. Si jamais effectivement je dois*

---

<sup>46</sup> Ciguatera : C'est une intoxication alimentaire que l'on rencontre dans la zone caraïbe, dans les îles du Pacifique et dans l'Océan Indien. La maladie est liée à une toxine qui se concentre dans la chair et le tissu nerveux de certains poissons qui vivent dans le monde corallien.

*parce que mon Taote me l'a dit, éviter de manger tel ou tel truc alors que je sais que j'adore cela, eh bien je me sens trop frustré pour le suivre.»*

\* Lunatisme et hypocrisie « polie-nésienne »

L'expérience de 25 ou 30 ans en Polynésie au contact des patients, fait apparaître une certaine lucidité dans les représentations des soignants en lien avec la relation soignants-soignés. Ils ont conscience que parfois l'information qu'ils délivrent n'est pas reçue comme ils le souhaitent, que le patient n'en dit rien, qu'il feint l'accord cordial pour pouvoir quitter l'espace clinique. Une soignante qualifie cette attitude d'hypocrisie « polie-nésienne ». Ce ludisme sémantique n'est pas sans nous déplaire car ce néologisme illustre bien les excès de ce respect pour les *taote*, de ce respect des soignants, qui confine le patient au mutisme dans les situations de conflit ou de désaccord.

*«Je l'ai remarqué aussi, parce qu'on n'ose pas aussi te ... . Puis c'est rare les gens qui te font la tête aussi. Alors peut être que ça paraît un peu hypocrite, parfois, parfois c'est un peu hypocrite, on va te faire un grand sourire par devant et par derrière on va te débîner. Mais d'une manière générale non...»*

*«Par rapport à l'information que tu leur donnes toi, je sais pas ce qu'elles (les femmes) croient finalement. Peut-être elles vont te faire penser qu'elles vont te croire toi mais j'en suis pas sûre, et elles vont quand même continuer à aller sur internet continuer leur recherche.»*

Cette hypocrisie polynésienne apparaît comme une forme de défiance dissimulée, sournoise. On ne l'exprime pas, les soignants l'ignorent parfois et elle peut être un frein pour l'échange entre les soignants et les soignés.

Cette notion apparaît selon nous comme un des principaux pièges auxquels les néophytes peuvent être exposés.

\* Intimité et complexe

L'intimité et les complexes physiques sont selon nous, liés à la perception de son propre corps comme moyen, médium, outil pour le rapport avec les autres. Si l'on considère, comme nous l'avons vu plus haut, que les polynésiens sont plus attachés à l'idée de communauté et s'identifient plus à un groupe de personnes comme la famille ou une autre structure plus grande, on pense que cette enveloppe engagée dans les rapports sociaux peut dans certaines situations avoir moins d'importance que dans les représentations occidentales où le culte du corps est la norme

*«Ils ont moins de complexes je dirai que ce soit les femmes comme les hommes, ils sont plus fatalistes. Moins de complexes physiques. Je veux dire une femme qui est opérée d'un cancer du sein, ça lui est égal d'avoir un sein et pas l'autre, heu... alors qu'en France on va mettre une*

*prothèse parce qu'il y a l'esthétique qui joue. L'homme il est gros, il est..., il s'en fiche à la limite.»*

Ne pas faire appel à la chirurgie esthétique pour corriger une mutilation chirurgicale ne veut pas forcément dire qu'il n'y a pas de complexe, ou que l'esthétique ne joue pas un rôle dans l'estime de soi. Par contre, la peur de la chirurgie ou de l'anesthésie supplante peut-être le besoin de normalité du corps.

La multitude des concours de beauté peut faire penser que les polynésiens seraient très attachés à l'esthétique de leur corps. Notre opinion ne va pas dans ce sens. Ces réunions sont l'occasion pour les différents groupes des districts d'une île de revendiquer l'origine de la plus belle femme ou du plus bel homme de l'île, qui permet une forme de fierté collective. C'est un bon moyen de renforcer l'identité du groupe. L'esthétique n'est ici qu'un prétexte pour tisser les liens au sein de la communauté et non pas la glorification d'une course individuelle effrénée vers l'apparence.

#### \* Patience infinie et anxiété

La faculté des polynésiens à attendre sans faire preuve d'exaspération, comme le font des patients *popa'a*, est soulignée par les soignants *popa'a* justement. Pour eux, les polynésiens ont une aptitude à « savoir attendre ». Ils décrivent les salles d'attente comme sereines et conviviales.

*« Moi les polynésiens, j'ai toujours vu attendre des heures et des heures, ils parlent entre eux, tranquillement, ou ne pas parler d'ailleurs mais avoir une patience infinie tu vois par rapport à l'attente. Ils n'ont pas quelque chose à faire ou ça va, ils le feront après. Attendre au bord de la route, attendre le truck<sup>47</sup>, c'est pas un problème.»*

*« L'heure c'est l'heure pour tout le monde mais quelque part qu'un polynésien attende pendant 2 ou 3 heures, ce n'est pas intolérable pour lui. Alors qu'un *popa'a* attendre 3h c'est complètement intolérable.»*

Là encore les soignants mettent le doigt sur un trait de caractère ou une attitude qu'ils associent directement au fait d'être polynésien. Dans leur logique, peut être que cette conception différente du temps fait qu'il ne s'écoule pas de la même manière dans une salle d'attente.

---

<sup>47</sup> *Truck* : Le truck est le moyen de locomotion équivalent à un transport en commun mais organisé par des entreprises privées. Les individus qui l'utilisent sont ceux sans permis de conduire ou sans véhicule. Les rotations quotidiennes sont rares (1 à 2 par jour, un aller et un retour). Ils assurent également le transport scolaire. Il garde un caractère assez folklorique quand le véhicule est vieux, rafistolé et que ses places assises sont ouvertes à tous les vents.

*«Et en fait, très clairement, ils papotent pendant des plombes et c'est pas si gênant que ça. Donc ils vont devenir nerveux que si l'heure c'est l'heure du retour du truck, parce que le truck d'abord ça coûte cher, et on va pas le faire 25 fois par jour, et de deux trouver après une voiture pour retourner au district<sup>48</sup> c'est compliqué quoi.»*

Il semble que le fait d'attendre ne soit pas un problème, par contre, la confrontation à une échéance contraignante peut être source de stress. Ce n'est pas le temps passé qui compte mais plutôt les contraintes de l'espace (se déplacer) qui sont pourvoyeuse de stress.

Chez les polynésiens il y a un « savoir attendre » qui arrange bien les soignants et leur permet de ne pas subir la pression de la salle d'attente, ou de la subir à un degré moindre que si elle est pleine de patients *popa'a* anxieux de «perdre leur temps».

On peut extrapoler cette perception de l'attente et se poser la question de l'anxiété chez les polynésiens. Au travers des exemples précédents, on voit que le temps s'écoule et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une emprise sur cet écoulement. On ne court pas après le temps, on le laisse s'écouler du passé vers le futur. « Perdre du temps » n'a donc que peu de sens pour les polynésiens puisqu'on ne le possède pas. Le concept d'anxiété en Occident repose souvent sur une projection dans l'avenir comme un échec, la peur de la mort, une échéance. En cela, on peut penser que l'anxiété polynésienne et l'anxiété occidentale n'ont pas les mêmes causes, mais peuvent avoir les mêmes manifestations. Un moindre conflit familial en Polynésie peut être une cause d'un trouble anxieux.

#### \* Insularité

Il est évident que l'environnement d'un individu conditionne qui il est et ce qu'il fait. La particularité de l'environnement polynésien, l'environnement insulaire, parfois hostile (atoll<sup>49</sup>...) a probablement une influence sur la pensée, les croyances, la philosophie et la personnalité polynésienne. On pense également qu'une modification brutale de l'environnement modifie tout aussi brutalement l'individu, ce qu'il fait et ce qu'il est.

*« Il y a le fait de la culture insulaire, le fait d'être insulaire qui est très important, parce que ça c'est, tu es quand même tourné vers la mer même si ils habitaient plutôt dans les terres. Tu viens de là, tu vas repartir par là et tu tournes en rond dans tous les sens du terme. Tu n'en sors pas de ton île. D'ailleurs je ne sais pas vraiment si ça t'ouvre forcément beaucoup sur le monde extérieur. »*

L'isolement insulaire est responsable d'un repli sur soi d'après cet extrait. Mais si nous allons un peu plus loin, le fait de vivre dans un système clos avec les mêmes individus, les mêmes

---

<sup>48</sup> District : Subdivision administrative territoriale

<sup>49</sup> Atoll : Île en forme d'anneau constituée de récifs coralliens entourant un lagon

membres de sa famille élargie, fait le lit de l'esprit communautaire. L'espace de vie limité, les limites infranchissables (océan) sont les structures qui permettent à l'esprit communautaire de s'épanouir. La place pour le conflit n'est pas possible dans une structure où l'anonymat est rare et où les liens de parenté sont nombreux.

Pour reprendre l'expression de ce soignant, l'insularité ne mène sûrement pas à l'ouverture sur le monde extérieur, au contraire elle est un obstacle à franchir, mais elle permet la consolidation du monde intérieur. Il en résulte un réseau d'entraide et de relations finement maillées, efficace et le développement d'un altruisme nécessaire.

### **Rituels et traditions**

Nous relevons ici les extraits dans lesquels les soignants évoquent les traditions et les rituels de la culture polynésienne.

#### *\* Pūfenua*

De manière péjorative, les individus dont le placenta n'a pas été enfoui sont parfois affublés de *hotu painu* (*Barringtonia asiatica*), une graine à la dérive sans racine et condamnée à l'errance sur l'océan.

Qu'en pensent les soignants? Les données recueillies auprès d'une sage-femme sont précieuses car elles reflètent 25 ans d'expérience, concernant la persistance de cette tradition:

*«Je n'ai jamais vu une maman qui ne réclamait pas son pūfenua, jamais jamais jamais.»*

Il est juste d'insister sur le fait que cette soignante intervient à distance du foyer d'acculturation qu'est Tahiti. Son exercice est rural, et il faut rappeler que plus on s'éloigne de ce foyer d'acculturation plus les traditions ont une chance de s'exprimer, de perdurer.

Concernant les motivations des polynésiens pour cette tradition :

*«C'est le lien à la terre, c'est, pour ton enfant, tu sais que ton enfant est né ici et qu'il a son arbre, parce qu'on plante généralement un arbre dessus. Ou si tu le jettes dans la mer, des fois, c'est aux Tuamotus qu'ils font ça, et il deviendra pécheur... Tu vois. Ou sinon tu mets tel arbre parce que ça correspond à ton enfant, mais ça c'est très oui... c'est très... puis ça leur plaît . Moi j'ai fait pareil. J'ai planté des arbres à mes enfants qui sont nés là, et même ceux qui sont nés ailleurs... (rires)»*

On peut introduire ici une notion que nous développons plus loin: celle de l'acculturation inverse. Ici, une femme *popa'a*, intègre des pratiques traditionnelles polynésiennes à son mode de vie, elle adopte et s'approprie avec cette pratique, les valeurs culturelles du groupe dans lequel elle vit: c'est l'acculturation inverse des professionnels de santé.

\* *Peritome mā'ohi*

Cette tradition mène les soignants à des réflexions éthiques sur les modifications corporelles, et sur le rôle des professionnels de santé dans l'encadrement de cette pratique qui s'apparente à un geste chirurgical.

*«Au début c'était au dispensaire puis après on faisait à l'hôpital et ensuite à la fin c'était au bloc opératoire avec l'aval du chirurgien. Mais oui, on garde toujours ça à l'esprit. Tous nos enfants, même moi, les enfants...»*

Progressivement l'encadrement médical de cette pratique est abandonné. L'argument de la responsabilité est le plus souvent avancé. Les polynésiens sont donc aujourd'hui confrontés, en l'absence d'encadrement médical, à un geste chirurgical potentiellement à risque.

*«J'ai pas l'impression qu'ils soient moins circoncis qu'avant, ils se débrouillent, sauf que maintenant on (les structures de santé publique) les fait plus alors qu'avant on garantissait un cadre hygiénique.[...] c'est tombé dans l'oubli mais je crois qu'ils se débrouillent très bien. Je crois maintenant si tu veux à mon avis ils doivent avoir un copain, qui connaît un infirmier qui sait faire et qui va leur faire.»*

Un des soignants interrogés soulève la question de la légitimité culturelle dans la santé.

*«L'argument majeur en Polynésie c'est que c'est pas médical c'est culturel donc on a pas à intervenir.*

*Ça se défend, ça ne se défend pas...*

*Maintenant moi je ne suis pas chaud parce que pour moi c'est une mutilation, quelqu'un qui ne l'a pas demandé, qui n'est pas malade, c'est une mutilation »*

Parallèlement nous rencontrons un infirmier à la retraite qui pratique toujours les supercisions en dehors des structures de santé publique.

*«Alors là, c'est soit avec un canif soit je sais pas. Soit-disant les lames de rasoir grand comme ça là. Et sans anesthésie. J'ai déjà vu comme ça, on m'a fait comme ça, et je veux pas y revenir. Quand je fais maintenant, c'est anesthésie, il n'a pas du tout mal, il ne saigne pas, parce que on fait le nécessaire, il descend il est propre, et terminé»*

On peut faire un résumé de son discours et dire que l'anesthésie et le matériel médical qu'il se fournit lui-même en pharmacie est indispensable pour la bonne réalisation du geste. Actuellement, il trouve ses fournitures à la pharmacie mais le coût est parfois un obstacle, et son geste est devenu une prestation pour laquelle il est obligé de se faire rémunérer pour amortir le coût du matériel. Selon lui, tous les polynésiens de son île sont circoncis, les rares individus ne l'ayant pas été, peuvent être circoncis à l'âge adulte. Il nous rapporte la pesanteur

administrative qui s'exerçait autour de cette pratique nécessitant la signature du ministre de la santé pour chaque acte...

Les considérations de responsabilité ont fini par faire disparaître cette compétence des centres de santé publique.

Certains médecins généralistes libéraux continuent à faire le geste mais il semble que les infirmiers à la retraite, ou les infirmiers ayant une expérience dans ce domaine continuent à circoncire les jeunes polynésiens en dehors de toute structure sanitaire.

#### \* Danses chants et sports traditionnels

On remarque que les soignants, surtout issus de culture occidentale éprouvent souvent une admiration pour ces manifestations explicites de la culture polynésienne

*«J'adore leur amour du chant, leur amour de la danse, tout ça pour moi c'est énorme»*

Un autre point de vue est celui de la réduction de l'ensemble de la culture polynésienne aux chants, danses et sports traditionnels, et secondairement à un manque de transmission du fait de l'acculturation en cours. Certains parlent d'une folklorisation de la culture *ma'ohi*. (59)

*«Alors que maintenant, la culture je pense que ... bon ça reste toujours les danses, les chants, la joie de vivre, les choses comme ça mais bon ils sont quand même rentrés dans une vie industrialisée donc»*

Enfin d'autres sont partagés, entre admiration et déception. Admiration d'un savoir-faire, d'une esthétique, d'une tradition encore vivante. Et déçus par le manque de légitimité de ces traditions du fait de leurs transmissions orales qui condamnent à la réinvention culturelle.

*«J'avais une opinion assez désastreuse de ce qui restait de la culture polynésienne, même si voilà, il faut se dire que quand même, même leur danse etc., on s'en fout ils l'ont adaptée au XXI ème siècle et c'est très bien . Et moi je me souviens avoir été subjugué par les danses, par les chants, par les bonnes femmes, de sensualité qui s'en dégageait même si elles chantent le dernier tube de l'année français... Mais il y a quand même quelque chose.»*

## **(2) Bouleversement des modes de vie des polynésiens par l'occidentalisation**

### **Le mode de vie traditionnel « idéal » ou idéalisé.**

Le mode de vie traditionnel décrit par les professionnels de santé est souvent associé à un champ lexical valorisant, bénéfique, positif.

Ils voient dans le mode de vie traditionnel une synthèse des efforts qu'il faudrait fournir pour améliorer la situation sanitaire du pays. C'est le mode de vie valorisé par les campagnes actuelles de promotion de la santé.

Le mode de vie traditionnel associe une activité physique régulière : travail au *faapu* (activités d'agriculture diversifiées), pêche, récolte du *coprah*<sup>50</sup>, artisanat et un régime alimentaire équilibré : féculents locaux à index glycémique bas (*taro*<sup>51</sup>, *tarua*<sup>52</sup>, patate douce, manioc), protéines animales (poisson, viande de porc principalement), hydratation à base d'eau ou de *pape ha'ari*<sup>53</sup> et des modes de cuisson sans matières grasses (vapeur, cuisson à l'eau...)

*«Et ils consommaient alors beaucoup de produits locaux qu'ils cultivaient, tous ces tubercules, etc... et le poisson, qu'ils apprêtaient façon ahima'a<sup>54</sup>, donc à la vapeur. Donc il n'y avait rien de mieux que de manger des sucres lents, du poisson, et de cuisiner tout ça à la vapeur. Donc très clairement on a changé ça, qui étaient des cultures traditionnelles polynésiennes alimentaires.»*

Il est difficile pour nous de localiser dans le temps cet idéal traditionnel, avant le CEP<sup>55</sup> probablement, avant l'arrivée des européens, difficile à dire. Quoi qu'il en soit cette perception passéiste est homogène dans la pensée des soignants. Probablement le fruit des campagnes de promotion de la santé des 20 dernières années. On utilise ici des valeurs culturelles voire identitaires au travers de la valorisation d'une alimentation *mā'ohi*.

Le *ma'a tahiti*<sup>56</sup> est valorisé par tous les soignants, et les directives de santé publique en matière d'alimentation sont bien relayées par les soignants.

*« Regarde autour de toi, quand tu vois arriver des petits vieux tahitiens, ils sont tous euh... il n'y en a pas des gros, et eux quand tu dis « eh mama qu'est-ce que tu manges ?  
- Ma'a tahiti, voilà.»*

En plus de l'alimentation et de l'activité physique, ce sont les relations entre les individus qui sont louées lorsque l'on évoque avec les soignants le mode de vie traditionnel. Ils s'attardent le plus souvent sur la qualité des échanges intergénérationnels et sur le respect des anciens.

*«Ce que je pense c'est que le mode d'avant était probablement le meilleur, bien meilleur que le nôtre. C'est à dire que avant on avait pas de téléch, et donc même si le repas n'était pas pris de*

---

<sup>50</sup> Coprah : amande de noix de coco desséchée par le soleil et la chaleur. Ce fut, pendant de longues années, la principale exportation agricole de la Polynésie

<sup>51</sup> Taro : Espèce comestible de *Caladium*. *Collocasia esculenta* (Linné)

<sup>52</sup> Tarua : Tubercule de la famille du manioc cultivé dans les fa'apu

<sup>53</sup> Pape ha'ari : Eau de coco

<sup>54</sup> Ahima'a : four polynésien traditionnel enterré permettant la cuisson des aliments à l'étouffé

<sup>55</sup> CEP : Nous avons vu les implications et les phénomènes secondaires à l'installation du CEP dans les années 60. (cf contextualisation p.15)

<sup>56</sup> Ma'a tahiti : Repas du dimanche matin empruntant des méthodes de préparation traditionnelles

*façon collective, il y avait des moments où on se retrouvait et il y avait une transmission. Notamment une transmission orale entre les vieux qui savaient et les jeunes qui apprenaient.»*

### **Le mode de vie contemporain**

Identifié comme facteur déclenchant de l'expansion des maladies chroniques, le CEP est le point de départ d'un bouleversement social, économique et culturel majeur.

*« Et ce mode de vie là, qu'on le veuille ou non, je suis pas indépendantiste hein !, mais c'est le CEP. Ça a tout changé. Alors moi je n'ai pas connu mais alors avant après ça a été un autre monde. Toute l'économie a changé. Aujourd'hui tu es polynésien, il faut être fonctionnaire, tu as la bonne paie, tu bosseras pas trop et tu mangeras bien et tu auras le gros 4x4.»*

Bien que réductionniste mais surtout empreint de sarcasme cet extrait illustre bien en quoi le CEP a bousculé de nombreux aspects de la vie des polynésiens non sans répercussion sur leur santé.

Le CEP est un inducteur de l'occidentalisation, de l'urbanisation, de la monétisation de la vie quotidienne des patients polynésiens.

#### **\* Individualisme par l'occidentalisation**

Le modèle occidental repose sur le principe de la société de consommation ou aussi consumérisme. Celui-ci nécessite que chaque individu consomme afin que le système économique soit fonctionnel et que la croissance rende le système pérenne.

Afin qu'il consomme, l'individu est encouragé à posséder ses propres biens, les valeurs de partage sont diabolisées voire abolies. Comme on l'a vu plus haut, l'amour de la communauté, l'entraide sont des éléments qui apparaissent importants pour les soignants dans la société polynésienne. Avec l'apparition de l'individualisme, les rapports des gens entre eux changent. L'unité de base qu'était la famille, est remplacée par l'individu, seul.

*«Beaucoup de choses, beaucoup ont changé, on dirait... quand tu vois la vie en communauté ben ce n'est plus comme avant aussi. Ça a carrément changé. C'est presque maintenant c'est chacun pour soi, et Dieu pour tous. Alors que avant...»*

*«Déjà il y a ..., c'est vrai que ces dernières années ça s'est énormément occidentalisé quand même. Moi ça fait 30 ans que je suis là, donc les choses ont quand même évolué, parce que les nouvelles générations sont très occidentalisées.»*

L'occidentalisation mène à l'individualisme. L'individualisme réduit l'entraide, moins d'entraide, moins de soutien social (notamment familial): chaque individu est un peu plus vulnérable face à la maladie et face à la société.

\* L'alimentation, nœud/lieu de l'incompréhension mutuelle

A la question, « qu'est ce qui a le plus changé dans les 30 dernières années ? », une notion importante émerge du corpus : l'alimentation et le mode de distribution. L'alimentation d'une part avec le rythme des repas qui tend difficilement à s'aligner sur le rythme occidental. D'autre part, la prévalence des produits importés plutôt que les produits locaux dans le régime alimentaire quotidien des polynésiens.

\*\* Mutation du système de distribution de l'alimentation et favoritisme occidental

Selon les soignants, une des causes responsables de la « mal-bouffe » et donc de l'obésité et du surpoids, est le nouveau système de distribution fondé sur les importations occidentales et sur la restauration rapide. La facilité de mise en œuvre des repas, et le manque de temps pour la préparation des repas sont les deux facteurs qui influencent ce choix des consommateurs polynésiens. La place faite aux produits importés est la plus importante. La qualité des produits importés est souvent associée à des qualificatifs négatifs et enveloppés de « croyances » propres au corps médical (ce point est détaillé plus bas.) Le magasin devient le centre de distribution des biens alimentaires.

On observe donc un changement radical dans la façon de penser ce que l'on mange, ici il n'est plus produit, il est acheté, consommé, au magasin.

*Concernant les changements récents en Polynésie: «Essentiellement de sédentarité et d'ordre alimentaire, avec entre autres cette facilité, qui n'était pas la leur [aux patients polynésiens] auparavant de se procurer au magasin ce qu'ils produisaient auparavant eux-mêmes, c'est à dire par la pêche ou l'agriculture.»*

*Concernant les causes de ces changements: «La facilité déjà. Enfin je veux dire, c'est quand même beaucoup plus facile d'aller chercher au magasin ou à la roulotte<sup>57</sup> le ma'a plutôt que de le faire soi-même.»*

\*\* Valorisation des produits occidentaux

Les images publicitaires, stéréotypées, répétitives des spots télévisés, les affiches grand format sur le bord de la route et les messages à la radio, diffusent une image auréolée et gratifiante de la consommation de produits importés.

---

<sup>57</sup> Roulotte : Foodtruck

« La consommation ostentatoire de biens importés est une marque de richesse dans la société polynésienne contemporaine. » (21)

« Si tu veux dès qu'on a un petit peu d'argent ou qu'on est un petit peu aisé, la marque de ça, c'est, au lieu de manger du uru, c'est de manger des frites. Tu vois c'est valorisant de pouvoir acheter des produits chers, occidentaux, voilà. »

Cette valorisation sociale des produits importés trouve son contraire dans une dévalorisation des produits locaux. Une fois de plus la société de consommation, pour entretenir le désir d'acheter des produits importés, a tout intérêt à véhiculer l'idée que les produits locaux sont de moins bonne facture, moins nutritifs, ou de moins bonne qualité. Ces idées sont parfois intégrées par les polynésiens.

« Quand je suis arrivé en Polynésie en 88, j'ai été adopté par un papy polynésien qui n'avait de cesse que d'encenser la culture américaine. Et tout ce qui venait de l'étranger et en particulier des Etats Unis mais aussi un petit peu des popa'a, enfin des européens, c'était plein de qualités alors que par contre tout ce qui venait de la Polynésie était plutôt, enfin c'est ce qu'ils appellent, c'est rigolo, c'était d'un côté la culture « taipouette », et d'un côté le côté américain, alors c'est les gros frigos américains, les grosses bagnoles américaines, et toute la bouffe, c'était un peu la même chose. Ce qui était importé était potentiellement de meilleure qualité que ce qui était fourni localement. »

Il faut discuter ce point car depuis le renouveau culturel, certains mouvements politiques valorisent les productions locales, tant agricoles que culturelles. L'identité culturelle se fonde aussi sur la valorisation des produits locaux.

Enfin l'argument du coût des produits locaux vient terminer la liste des facteurs valorisants les produits importés selon les soignants. On retrouve cette idée dans l'extrait qui suit.

« Si tu veux, moi je pars du principe que quand tu vas au magasin, tu veux bouffer des légumes tu veux bouffer local ça te coûte la peau des c.... Alors que tu as 1000 balles dans ta poche, tu vas à la roulotte, tu as un steack comme ça avec ça du beurre fondu plus ça de ketchup et ça de frites et c'est à 1000 balles. »

La solution pour consommer des produits locaux sans que leur coût ne soit trop élevé est donc de les faire pousser soi-même.

« Il faut planter planter planter » (O. TEMARU, 2004)

#### \*\* Comportement alimentaire

Un de nos interviewés se souvient avoir vécu les changements de régime alimentaire pendant ces années de « bascule ». Au-delà des aliments pris individuellement, c'est toute la chaîne de consommation qui a été modifiée. La production, la distribution, la préparation, la consommation des aliments sont transformées. Il en résulte une profonde modification du

régime alimentaire. Les féculents à indice glycémique bas laissent la place à des féculents à indices glycémiques élevés (farine de blé, riz, pomme de terre...), on voit se généraliser la consommation des sucres rapides (sodas, sucre en poudre...), le poisson frais laisse la place à la viande importée conditionnée (bœuf, poulet).

Concernant les changements des habitudes alimentaires:

*« hé bien, ce que les gens font maintenant, on mange beaucoup plus à la facilité, et ce que je vois actuellement les gens mangent presque tout le temps du poulet poulet poulet poulet et poulet. Alors que avant on n'avait pas de poulet. On allait pêcher même par-là juste au bord, on trouvait toujours quelque chose à manger là, et c'est surtout poisson poisson poisson poisson. Et la cuisson n'est pas pareille. Maintenant on met trop de sauce ».*

L'offre change et avec elle, les goûts se modifient. L'omniprésence du sucre dans l'alimentation des polynésiens aujourd'hui est un élément que remarque cette soignante:

*« Et surtout pour leur préférence en qualité de saveur hein ! Donc, ils aiment tous le sucré, ils aiment la tablette de chocolat, ils aiment le coca, c'est surtout le coca. Alors tu leur demandes combien de bouteilles vous buvez par jour ? »*

Ou encore ce médecin qui s'interroge sur les causes de ce phénomène :

*« Et après tu as ce côté, et alors là je ne sais pas si c'est génétique ou quoi mais p..., qu'est-ce qu'ils aiment le sucre ! Ils sont attirés par le sucre. »*

Un dernier extrait illustre bien comment tous ces facteurs sont intriqués: d'abord la modification du système de distribution avec la place centrale qu'occupe le magasin, la valorisation par la publicité des produits d'importation qui se flattent d'être plus nourrissants, la facilité de leur mise en œuvre, et enfin la modification du comportement alimentaire avec une nouvelle addiction pour le sucre.

*« La mama<sup>58</sup> elle avait beau avoir fait ses 10 gamins, elle était quand même obligée d'aller planter ses taros et de gratter son poisson que papa ramenait de la pêche. Aujourd'hui elle achète la barre d'entrecôte et ça va plus vite. Ou le poulet aux hormones. »*

### **Précarité des populations polynésiennes malgré l'opulence occidentale**

Les soignants que nous avons interrogés sont tous des praticiens travaillant dans le secteur primaire. La quasi-totalité de leurs années d'exercice a été réalisée à distance de Papeete et de Tahiti. On peut donc déjà identifier la population dont ils nous parlent. L'une des interviewées nous dit: *« les polynésiens, les vrais, ils vivent dans les vallées »*. Cette notion est intéressante et

---

<sup>58</sup> Mama : mère de famille - matriarche

permet d'insister sur la segmentation de la population en Polynésie Française, et notamment à s'intéresser au cas des îles éloignées de Tahiti.

D'après les soignants, les polynésiens de ces îles constituent la couche de population la moins aisée, et les structures de santé publique sont leur premier moyen pour accéder à la santé. Ils évoquent une tendance: les médecins libéraux ont également des patients polynésiens mais dans une moindre mesure. En effet en consultant les registres de consultation du dispensaire de Raiatea, on remarque que les patronymes sont dans la quasi-totalité des familles polynésiennes. L'accès gratuit aux soins dans les dispensaires et l'accès payant dans les cabinets des médecins libéraux sont un argument de plus pour dire que les polynésiens qui ont moins de ressources accèdent plus aux soins gratuits qu'aux soins payants.

Du fait du recrutement de nos soignants, une de leur représentation peut être formulée ainsi: «les polynésiens sont une population vulnérable car ils bénéficient de peu de ressource».

Voici quelques éléments recueillis lors des entretiens :

*« Souvent, ils [les patients polynésiens] mangent les soupes chinoises là, c'est haaa!, c'est la base de la nourriture mais c'est vrai ça coûte 60 francs, donc tu te dis ils n'ont pas d'argent, c'est pour ça.»*

*« Je pense quand même que leurs conditions de vie et d'existence au quotidien sont quand même pas simples. Dans des milieux socio-sanitaires défavorisés, le quotidien des polynésiens aujourd'hui c'est difficile ».*

Globalement les soignants constatent que la majorité des polynésiens, en tout cas ceux vus en consultation ou en visite à domicile évoluent dans des conditions socio-économiques défavorables. Cette carence de ressources se répercute sur tous les domaines de la vie d'un individu: la santé, la famille, le logement, le travail...

L'accès au logement individuel est freiné par le manque de ressources, les jeunes polynésiens sont contraints de rester dans le foyer familial et perpétuent le mode de vie communautaire familial traditionnel et ce malgré la société de consommation environnante, plébiscitée pour sa capacité à produire plus de richesse que les autres systèmes. On comprend alors que cette ambiguïté perturbe la cohérence ou l'évolution du développement.

Concernant les conditions du logement des individus:

*« Ça a même empiré du fait que les jeunes n'ont pas de travail, ils sont obligés de vivre sur le... dans leur foyer. Et il y a des familles où ils sont à 10 dedans. »*

Concernant le logement, certains soignants nous décrivent la maison polynésienne type :

*« Une maison polynésienne type ? C'est le... je sais pas, en fait ça a bien changé aujourd'hui, les tôles, on rajoute des pièces quand la famille s'agrandit, on rajoute, y'a beaucoup de*

*bungalows alors, le centre et puis après y'a plein de petits bungalows, il y a des couples qui se font et tout et tout, de ce que j'ai vu, de la plupart c'est comme ça. »*

Dans l'organisation du logement, on retrouve le parallèle de ce que nous évoquions plus haut, la vie collective, communautaire, omniprésente. L'organisation du foyer des polynésiens reflète cette vie collective permanente où gravitent autour du noyau central (les parents/grands parents) tous les descendants et leurs enfants.

Nous avons demandé aux soignants de nous décrire le prototype de la maison polynésienne. Les mots avec le plus d'occurrence pour la décrire sont: la tôle, le pinex (planches de contreplaqués agglomérés), tissus, coussins, jardin (ou cour), matelas, cuisine et terrasse. A chaque fois, les soignants nous indiquent que même si l'habitat a tous les aspects d'un contexte socio-économique défavorable, on trouve toujours dans la maison, une petite touche de décoration, une attention particulière à la présentation ou un jardin soigné. Cette attention particulière à la présentation, cohabite avec ce que certains soignants soulignent: « *des tas de linge sale, c'est crade, pas rangé.* »

L'évocation du logement a souvent été suivie dans la suite des discours par des observations concernant la promiscuité puis l'inceste.

*« C'est pas comme nous où il y a la chambre des parents, la chambre de tous les enfants soit de chaque enfant, non, ils sont facilement... il va y avoir des matelas et 10 personnes vont coucher sur les matelas. C'est moins typique, après c'est vrai que maintenant on voit beaucoup de maison MTR<sup>59</sup> donc c'est plus structuré, à notre image. »*

### **Mutation de l'univers du travail**

L'organisation du travail en Polynésie a changé. Avec l'arrivée du CEP, on observe une généralisation du salariat, en témoigne l'exode rural vers la ville dans les années 70-80 pour pouvoir signer un CDI avec l'armée ou l'Etat.

Le salariat permet le développement d'une classe moyenne sur laquelle repose la société de consommation. Les polynésiens n'ont pas tous accès à ce statut et la plupart sont sans emploi. Avant le CEP, le monde du travail n'était pas monétisé. Le travail au *faapu* ou au parc à poissons<sup>60</sup> pouvait permettre l'autosuffisance et l'acquisition de biens de consommation n'était pas la priorité. Mais aujourd'hui :

---

<sup>59</sup> *Maison MTR : maison en bois sous tôle sur pilotis anticyclonique dont les kits sont importés de Nouvelle Zélande ou des Etat Unis(97).*

<sup>60</sup> *Parc à poissons : Les parcs à poissons sont des pièges dans lesquels les poissons s'engouffrent et ne peuvent plus ressortir. Ce n'est pas seulement une méthode de pêche très simple, c'est une forme primitive de l'aquaculture, puisque le parc à poissons permet de conserver les prises vivantes à moindre frais, en attendant leur consommation.*

*«Et après, il y a tout ce qui est boulot, en général mais le boulot c'était déjà auparavant, mais c'est vrai que c'était moins des activités salariées c'était...»*

La généralisation du salariat et l'apparition de la classe moyenne fait naître de nouveaux désirs, et un nouvel idéal pour les polynésiens. Relayés par la publicité omniprésente et par les stéréotypes américains ou européens diffusés par la télévision, de nouveaux «besoins» apparaissent.

*« Aujourd'hui tu es polynésien, il faut être fonctionnaire, tu as la bonne paie, tu ne bosseras pas trop et tu mangeras bien et tu auras le gros 4x4»*

Le salariat et l'abondance de l'argent modifient les codes, les attentes des polynésiens. Une fois salarié, le polynésien construit une maison à la mode *popa'a*.

*« Par contre aujourd'hui ce que tu remarques c'est que quand un polynésien un peu plus aisé se construit une maison, il la construit à la façon popa'a. Avec des chambres individuelles pour les enfants et avec une table pour le repas collectif. Mais ça c'est une notion qui nécessite : 1/ de l'argent et 2/ un éveil socio-culturel. »*

Plutôt qu'éveil socio-culturel, nous préférons utiliser le mot « acculturation » et ainsi mettre en parallèle l'argent et l'acculturation. On avance alors qu'un des facteurs majeurs de l'acculturation est l'abondance de l'argent et donc de la généralisation du salariat. Nous posons l'hypothèse que les fonctionnaires sont plus acculturés que les agriculteurs par le simple fait de la régularité de leurs revenus et de leur puissance de consommation.

La réussite sociale en Polynésie est souvent associée à des acquisitions occidentales et notamment celle d'un 4x4, américain, coréen ou japonais.

### **La famille, souffrance d'un organe social vital**

Les changements, les mutations, les transformations de la structure familiale, sont connotés par les soignants de commentaires négatifs, c'est la raison pour laquelle nous parlons de souffrance de l'organe social qu'est la famille.

La structure familiale traditionnelle est modifiée, les logements sous forme de maison MTR (Mission Territoriale de la Reconstruction) se généralisent grâce aux aides du pays pour les polynésiens. L'organisation même du *fare*<sup>61</sup> MTR rompt avec l'organisation familiale traditionnelle. L'habitat est cloisonné, on vit alors sous le même toit, on ne vit plus ensemble. Ces modifications sont abordées par les soignants selon la locution: éclatement familial ou éclatement de la structure familiale.

---

<sup>61</sup> *Fare* : maison

*«Il y a peut-être aussi le fait de l'éclatement de la famille. Peut-être que si il y a plus de possibilités d'avoir chacun sa maison, il n'y a plus la notion de la mamy qui prépare un gros ma'a pour tout le monde.»*

*«C'est bien parce que entre autres il y a un éclatement de la cellule familiale et que les personnes âgées dépendantes qui autrefois étaient naturellement accompagnées par la famille, aujourd'hui il faut leur trouver des familles d'accueil ou des alternatives à l'hospitalisation, style prise en charge à domicile avec des aidants familiaux ou des auxiliaires de vies.»*

En résumé, l'éclatement de la structure consiste en une disparition progressive de la famille élargie et donc de l'unité de base de la structure communautaire. La famille « moderne » polynésienne se constitue surtout, comme le modèle occidental, des parents et des enfants. La place des anciens est en train de se modifier. On le voit particulièrement à Tahiti où les familles délaissent leurs aînés et préfèrent comme en métropole transmettre la tâche de s'occuper des aînés à des équipes professionnelles.

Pour les soignants la communication intrafamiliale se fait mal, les membres de la famille ne se comprennent plus ou n'échangent plus. Éclatement familial et lacunes de communication sont les causes de l'effritement du socle de la société polynésienne traditionnelle.

*«Après, moi par exemple vis à vis de mes jeunes je leur dis, il faut les... il faut parler gentiment, il faut communiquer. C'est ce qui est important, il y a un manque de communication, ils ont peur de leurs parents, ils ont peur de leurs grands-parents.»*

Un facteur qui explique ce trouble de la communication intrafamiliale peut être l'omniprésence des écrans, c'est en tout cas ce que nous dit ce soignant:

*«Bon maintenant si c'est pas autour d'un repas qu'ils aient des temps d'échanges: ok!, mais sauf qu'aujourd'hui ce temps d'échange, il est bouffé par la télévision. Si c'est pas le repas ça sera la télé. C'est une catastrophe.»*

Le statut et la place des enfants dans la structure familiale interpellent les soignants. Pour eux, l'enfant plutôt qu'être chéri, est en fait livré à lui-même et soumis à un stress, voire des violences. On se permet de noter que les châtiments corporels font partie de l'éducation en Polynésie, tous les soignants polynésiens nous ont confié avoir subis des châtiments corporels de la part de leurs parents et ils jugent cette pratique plutôt positive.

*«Notamment ce mythe de l'enfant-roi, ce qu'on a fait circuler pendant des années avec ce gamin qui est livré à lui-même mais qui vit au soleil au bord de la plage toute la journée, c'est un mythe. Parce que les enfants ils vivent un quotidien qui est loin d'être un quotidien exempt de stress et de frustration, il y a ... ils ramassent plutôt des coups de savates dans la gu... plutôt que de l'accompagnement et de l'explication à la prise de décision parentale.»*

*Parce que dans la famille, c'est des grandes familles et l'enfant est perdu au milieu de cette grande famille. [...]il y en a qui se débrouillent à partir de 3 ans hein ! Il est jamais vraiment bien gardé donc il est obligé de se débrouiller.*

*«Ces familles là j'ai appris une chose, surtout à Raiatea. Une mère va s'occuper de son enfant de la naissance à 3 ans. Elle va rester à la maison pour s'occuper de son petit. Mais à partir de l'âge de 3 ans, c'est à dire c'est l'âge d'aller à l'école, on va décider de confier l'enfant à ses (autres) gosses, aux grands enfants. Et elle va partir avec son mari sur les motu<sup>62</sup> pour faire le coprah et dans les champs.»*

Ces quelques extraits égratignent le mythe de l'enfant-roi polynésien. Le statut de l'enfant et son éducation sont des sujets fondamentaux pour comprendre le contexte socio-familial des patients.

Des éléments nous indiquent que la famille est en train de se modifier, pour autant, même si elle est moins élargie et que les membres de la famille s'individualisent, on note toujours l'importance de celle-ci. Le soutien familial polynésien reste fort. On ne retrouve que rarement des individus isolés.

L'organisation familiale, le rôle de chacun au sein de cette structure fondamentale et les transformations qu'elle subit sont des facteurs culturels qui peuvent influencer sur la santé des patients.

### **Télévision et sédentarité**

Autre aspect de la rupture avec le mode de vie traditionnel : la sédentarité. Elle est le fruit de la réorganisation du travail, de la transformation des emplois du secteur primaire vers le secteur tertiaire, de l'abandon des *faapu* familiaux<sup>63</sup>, et enfin de la systématisation de la télévision dans les foyers polynésiens.

*«C'est notre mode de vie qui fait ça, aujourd'hui ils vivent au bureau les mecs. Ils sortent à midi un quart d'heure pour bouffer et donc ils vont au snack à la roulotte au machin. Ils ont pas le temps de rentrer chez eux préparer le ma'a Tahiti.»*

Les polynésiens les plus aisés sont susceptibles de faire moins d'activités physiques du fait de leur profession salariée, du fait de leur statut de fonctionnaire. Mais, la majorité des polynésiens rencontrés dans les structures de santé publiques sont souvent sans emploi et les plus vulnérables.

---

<sup>62</sup> Motu : îlot périphérique corallien qui se développe à la face lagonaire de la barrière récifale des îles polynésiennes.

<sup>63</sup> Faapu familiaux : potager traditionnel familial de polycultures vivrières situé généralement dans les vallées ou sur les hauteurs de l'île. La production est destinée à l'auto-consommation ou au don intra-familial.

Au-delà du travail sédentaire, qui ne permet pas d'expliquer la sédentarité de tous les polynésiens, on peut penser que la modification de la distribution de l'alimentation est un paramètre qui favorise la sédentarité. Pour s'alimenter, le travail quotidien dans le *faapu*, dans la montagne n'est plus nécessaire, un simple trajet en voiture ou en scooter au magasin du district suffit. La pêche ne nécessite plus d'effort, les cartons de poulets congelés sont simplement entreposés dans les frigidaires.

## **B.5. Hiatus culturel : culture polynésienne et culture des soignants**

### **(1) Représentation et perception de la différence par les soignants occidentaux : tolérance et inclusion**

Cette section a pour but de montrer comment les soignants occidentaux se représentent les différences avec la culture polynésienne, comment ils perçoivent les traits qui diffèrent de leur propre culture. Le but est de montrer que la perspective avec laquelle ils envisagent la différence peut être un déterminant culturel de la santé.

Une infirmière « demie » (comme elle se définit), s'amuse de la formation des élèves infirmiers et à travers ses rires on peut percevoir une forme de bienveillance pour les jeunes étudiants qui vont être confrontés à une réalité bien éloignée de leurs théories scientifiques scolaires. Elle insiste pour finalement dire que ce n'est pas aux patients de s'adapter à la culture du soignant mais bien aux soignants d'adapter leurs démarches aux habitudes et aux croyances du patient.

*« Alors le français [soignant néophyte] va venir dire : « On mange comme un roi le matin, comme un ... » ils en ont rien à fou...!! « Il faut manger les 3 repas, bla bla bla » non c'est pas possible! Non c'est pas comme ça (rires) et ça c'est la culture polynésienne. Surtout des agriculteurs hein ! Et moi je le dis souvent aux infirmières qui arrivent et qui sont françaises, c'est comme ça que ça se passe ici et tout, ne va pas te mettre à parler de régime métropolitain et tout et tout, ils vont te dire « ouais ouais ouais » et ils vont s'en aller. (rires) »*

Un peu plus loin elle poursuit :

*« C'est très dur, les français n'acceptent pas ces valeurs des polynésiens, ils veulent changer le ... mais ils ne s'imprègnent pas de la culture, pour pouvoir changer, il faut qu'ils s'imprègnent de la culture polynésienne, et aller doucement. »*

Lorsque l'on s'attarde aux passages durant lesquels les soignants expriment implicitement ou explicitement cette différence entre ces deux cultures, on identifie plusieurs thèmes qui font

apparaître ce hiatus. Les soignants perçoivent des différences entre leur culture et celle des patients notamment sur des sujets tels que :

- l'organisation familiale,
- la perception du temps, de la douleur et de la satiété
- les croyances relatives aux soins ou à la santé,
- les différences qu'ils observent entre les patients polynésiens et les patients *popa'a*

*« Mais en gros la consultation, le recrutement c'est le même. Mais ce qui est différent c'est la façon d'appréhender la maladie et le traitement. Et qu'effectivement la façon d'exercer, la façon de transmettre le message et la façon de traiter, elle est radicalement différente »*

Les soignants insistent sur l'importance de connaître l'Autre et d'avoir en tête ces différences pour pouvoir travailler au mieux et ne pas blesser les individus.

Les soignants évoquent ces différences à travers la description de comportements, d'attitudes ou même de représentations différents et en attribuant leur causalité ou les justifiant par une sorte d'opposition des cultures (la culture métropolitaine française et la culture *maohi*). La méthode comparative leur permet de souligner ces particularités culturelles polynésiennes. Les soignants ont conscience d'être en contact permanent avec une autre culture, et ils l'abordent avec bienveillance. Nous n'avons pas identifié, dans notre corpus, d'idées qui pourraient laisser croire que la culture polynésienne est perçue négativement ou quelle doit être combattue ou contrecarrée pour améliorer les prises en charge. Au contraire, les soignants sont conscients de l'indispensable intégration/inclusion de la culture dans les soins. Leur question qui reste en suspens est souvent : *comment ?*

## (2) La langue : *Reo mā'ohi*<sup>64</sup>

Les soignants polynésiens de notre échantillon parlent tous couramment le *reo mā'ohi*. Ils sont tous bilingues. Ils l'utilisent préférentiellement au français avec les patients âgés qui maîtrisent mal le français. Avec les patients jeunes, ils ont plutôt tendance à parler en français. Le *reo mā'ohi* est leur langue maternelle.

Les soignants issus de la culture occidentale ne maîtrisent pas le *reo mā'ohi* couramment, ils connaissent tous quelques mots pour la consultation, mais aucun n'est bilingue. Ils soulèvent

---

<sup>64</sup> Pour parler de la langue des autochtones polynésiens on peut utiliser plusieurs termes qui se confondent :

- *reo mā'ohi* est le terme exacte qui distingue l'ensemble des langues parlées par le peuple *mā'ohi* (98)

- *reo tahiti* : est la langue parlée par les habitants de Tahiti, c'est le dialecte le plus répandu utilisé dans les îles de la Société

- *tahitien* : est le terme courant pour désigner le *reo tahiti*, mais il est par agglomération le terme profane pour désigner le *reo mā'ohi*.

le problème de l'importance de la langue dans les relations entre les individus et son rôle fondamental dans la culture et paradoxalement constatent leur inaptitude à parler couramment le *reo mā'ohi*.

Pour comprendre quel est le rôle de la langue au sein d'une culture, une infirmière polynésienne nous répond à la question qui inaugure chaque entretien : « Pour toi c'est quoi la culture polynésienne ? » Ses premiers mots sont pour la langue tahitienne, vecteur de valeurs transmises de génération en génération.

*« La culture polynésienne ? Eh bien c'est des valeurs qui sont transmises aux enfants, et aux futures générations. C'est des valeurs élémentaires, m'enfin. On a vécu avec ça, c'est la langue, la langue polynésienne, c'est tout ce que nos parents nous ont transmis, nos arrière grands parents, et tout et tout, qui se transmet de génération en génération par la langue. »*

Les soignants ont conscience du fait que la langue a une importance capitale dans la compréhension d'une culture différente de la leur et encore plus dans la relation médecin-malade où il faut non seulement comprendre l'autre mais aussi communiquer et se faire comprendre.

*« L : La langue c'est capital*

*AR : Est-ce que ça peut être une porte d'entrée vers la culture polynésienne ?*

*L : C'est même pas une porte d'entrée, c'est que si tu ne parles pas au minimum tahitien, tu peux rien comprendre, et ton message passera très difficilement, »*

Les soignants bilingues possèdent un avantage sur les soignants ne maîtrisant que le français. Ils accèdent à l'univers culturel polynésien par les mots. Ils sont donc les médiateurs indispensables pour la prise en charge des déterminants culturels de la santé.

Les soignants occidentaux font état de leur incompetence en *reo mā'ohi* et de la simple utilisation d'un vocabulaire médical basique, sans syntaxe ni grammaire :

*« Mais en fait je ne sais pas parler tahitien, mon fils parle couramment le tahitien, moi non, je vais savoir dire : douleur, mal, tu le prends matin midi et soir, la posologie, les choses comme ça, je sais dire la douleur, le dos, la tête, les trucs basiques, mais je parle pas... »*

*« J'ai pris des cours de tahitien, je parle un petit peu mais je trouve très peu, et je, ça me manque, et je trouve ça bête de ma part de pas avoir... Je parle un peu, je sais dire des choses, et je l'utilise. Mais pour dire des trucs basiques : « est-ce que tu as mal au ventre ? est-ce que ça te brûle quand tu fais pipi ? est-ce que tu as mal ici ? pousse ! repose toi » enfin voilà, c'est très très très basique et c'est dommage »*

*« Moi j'ai honte de ne pas parler tahitien, je peux dire trois mots etc.. je peux faire une consultation simple en tahitien, mais je ne parle pas tahitien, mais c'est... c'est pas normal. 3*

*ans je comprends, au bout de 30 ans, non ! Et ça, ça prouve qu'on a un déficit, ça prouve que même si je suis conscient de ça, j'ai pas fait la démarche de faire ça. [...] Mais bon j'aurai dû faire l'effort, de faire la démarche... »*

Souvent, ils ont appris mais ils ne maîtrisent que très superficiellement la langue. On ne connaît pas les modalités et les limites de leur apprentissage. Les évocations de leurs lacunes sont souvent associées à un regret, de la honte ou une amertume. Ils sont conscients de l'importance de la langue pour connaître la culture polynésienne, la comprendre et pour faire passer les messages sanitaires importants. Le constat de l'échec de leur apprentissage de cette langue peut mener les soignants à éprouver une certaine mélancolie.

Il convient de nuancer notre propos concernant les bénéfices de l'utilisation du *reo mā'ohi*. Comme les soignants ont su nous le dire, les bénéfices attendus d'une consultation exclusivement en *reo mā'ohi* dépendent de l'interlocuteur.

Concernant l'intérêt de l'utilisation du *reo mā'ohi* en consultation :

*« Oui, oui je pense. Chez les anciens oui, pas chez les jeunes. Les jeunes ils s'en fichent. Mais les vrais tahitiens, et les mamies ils sont contents qu'on parle quelques mots. Après des fois ils me disent toute la phrase et alors là c'est... on en peut plus à finir. (rires) »*

Un infirmier polynésien de Taha'a nous fait cette remarque qui confirme ce que nous venons d'avancer, concernant l'utilisation tantôt du français ou du tahitien :

*« Par exemple de ma génération, ils parlent beaucoup plus en tahitien mais disons, la génération de mes enfants ils parlent beaucoup plus en français, bon il y a certains moments il faut parler en français et tahitien en même temps. Pour mieux se comprendre. »*

L'importance de l'interlocuteur semble ici primordiale, on observe à travers le discours de notre échantillon qu'une fracture générationnelle conditionne l'utilisation ou non du *reo mā'ohi*. Les jeunes ont tendance à désinvestir le *reo mā'ohi* au profit du français. Les plus anciens eux, continuent de l'utiliser quotidiennement et regrettent une pidginisation, ou une créolisation de la langue traditionnelle.

On vient de voir l'importance de la langue et le bénéfice de son utilisation en fonction du contexte dans laquelle on l'emploie. Intéressons-nous aux causes de cette résistance des soignants occidentaux à l'apprentissage de cette langue.

*« Le temps, la paresse, le fait que justement... pour moi nécessité fait loi c'est à dire que si les gens parlaient tahitien j'aurai été obligé de parler tahitien, ça aurait été plus facile je dirai. La difficulté c'est que les gens parlent peu tahitien. Donc, j'ai pas la nécessité tellement et donc oui par paresse, par bêtise, par voilà. »*

On pointe du doigt l'absence de barrière de la langue infranchissable en Polynésie française. Les patients qui ne maîtrisent pas le français sont rares, ceux ne maîtrisant pas le français

rudimentaire rarissimes. Ceci est d'autant plus vrai depuis la généralisation de l'école française obligatoire.

Concernant l'information médicale au patient :

*«Je pense que ça serait mieux qu'on le dise en tahitien. Mais ... et je pense que c'est par facilité, parce que c'est plus facile pour nous, plus rapide pour nous de le dire en français plutôt qu'en tahitien. Mais si on avait les moyens de le dire en tahitien, probablement que ça passerait mieux. »*

Par facilité, par non-nécessité, il semble que les soignants délaissent la langue polynésienne et se privent ainsi d'un outil crucial pour comprendre et se faire comprendre. Aucun soignant non bilingue n'a évoqué la collaboration possible avec d'autres soignants bilingues pour pallier leur lacune. Il semble pourtant intéressant de réfléchir à cette piste. Les consultations médicales traditionnelles en français pourraient laisser la place à des consultations en deux temps : médical et paramédical, en français et en tahitien. On peut aussi imaginer un partage de compétences au sein des structures publiques ou dans un rapport hiérarchique inversé, bénéfique pour l'esprit d'équipe, les bilingues enseigneraient le *reo mā'ohi* médical dans le cadre de formations continues.

### (3) Des systèmes étiologiques parallèles

La question de la cause est une question importante pour tous les patients car elle permet de donner du sens à sa maladie. Donner du sens permet de faire passer la maladie signifiée à la maladie sociale et biologique (dans le cadre biomédical).

Les soignants ont mis en évidence trois systèmes étiologiques récurrents qui diffèrent des systèmes étiologiques biomédicaux.

#### Moruroa<sup>65</sup> l'atome

*« Ou alors ils vont trouver des excuses là où nous on ne les trouverait pas, qui sont certainement pas justes, style : Mururoa, ils ont tous le cancer à cause de Mururoa alors qu'on sait très bien que c'est pas vrai, eux même savent très bien que c'est pas vrai, mais tu sais c'est comme en psychiatrie, c'est une démarche d'évitement. »*

L'exemple de *Moruroa* est souvent souligné par les soignants, ils discréditent souvent cette cause. Pour eux, *Moruroa* est assimilé aux essais nucléaires voire plus précisément à la radioactivité potentiellement pathogénique secondaire à ces essais. Tous les cancers ne sont pas imputables à *Moruroa*. Mais qu'en est-il des pathologies chroniques ?

Une rigueur scientifique nous interdit de dire que l'obésité et l'HTA sont secondaires à une exposition aux radiations. Nous connaissons la physiopathologie des pathologies de

---

<sup>65</sup> *Moruroa* est l'un des deux atolls qui a servi aux essais nucléaires français dans le cadre du CEP

surcharge, les radiations ne participent pas à leur genèse. Mais nous allons à nouveau insister sur l'importance du CEP dans les modifications structurelles sociales, culturelles et économiques du pays. Avec *Moruroa*, c'est à dire le CEP, le bouleversement culturel a engendré une mutation brutale du mode de vie des polynésiens. La rapidité de ce changement a probablement favorisé l'apparition des pathologies de surcharge ces 50 dernières années. Il existe donc bien un lien entre *Moruroa* et les pathologies chroniques, mais il dépasse le simple lien biomédical.

### **Les ancêtres ou la faute**

*« Il y a beaucoup de sorts, ou de choses comme ça, ou l'influence des ancêtres. Ça c'est très marqué tu vois. Moi je peux te raconter une des expériences que j'ai eue qui a été une de mes premières expériences. [...], donc je vois arriver un bébé un matin et les parents lui donnent du metuapua'a<sup>66</sup> à avaler. Le bébé meurt quelques jours après dans un tableau hémorragique majeur. Et là quelques jours après, la famille vient et ils me disent : « non mais Taote, le problème est résolu pour nous en tout cas parce que bébé a été rappelé par son grand-père qui est là-haut et qui a le même prénom et qui est dans la continuité... »*

Nous avons vu qu'il persiste une forme surnaturelle dans les croyances des patients. Le surnaturel est parfois identifié comme responsable pour certaines pathologies. D'après les soignants que nous avons interrogés, un distinguo est important à faire entre les maladies infligées par les ancêtres (*ma'i tupuna*) et les pathologies relatives à un sort ou à l'influence de mauvais *mana*.

Concernant les ancêtres, il faut noter l'importance que joue le sommeil ou plutôt le rêve dans la relation que les vivants peuvent entretenir avec les ancêtres disparus. Le rêve est l'espace et le temps privilégiés de ce dialogue. Cette observation découle de l'entretien avec un de nos soignants polynésiens. Pour lui, les ancêtres peuvent être présents à tout instant mais l'on ne peut interagir avec eux qu'au travers du rêve. Ainsi les messages reçus pendant le sommeil sont souvent importants et pris en compte.

### **La sorcellerie, le mana<sup>67</sup>**

<sup>66</sup> Voir dans la partie ra'au tahiti p. 60

<sup>67</sup> Mana : « A l'origine, le mana désigne le pouvoir d'origine divine. Dans son sens le plus large, le terme mana signifie l'efficacité d'origine divine (Keesing, 1984). C'est le moyen par lequel la divinité manifeste sa présence dans le monde au travers des personnes et des choses. Etant d'origine divine, le mana est potentiellement problématique, dangereux, source de vie et de destruction et doit être manié avec prudence. Le mana est essentiel à la compréhension de la chefferie et de l'autorité, à tel point que Shore (1989) indique que sans une compréhension du mana et des concepts qui y sont associés, il est impossible de comprendre le monde dans une perspective polynésienne » (Bambridge)(99)

Dans une perspective plus populaire, le mana est associé à l'influence que peut exercer un individu. On retrouve souvent cette expression dans le cadre du pouvoir politique.

*« Alors il y a plein de choses, ça existe encore dans la tête du polynésien de penser être envouté. Ça existe, mais ça ne se dit pas envouté, mais effectivement le mana avec effectivement le mauvais mana. Avec des gens qui ont un mauvais mana et qui sont malades parce que effectivement ils ont été ou ils sont encore influencés par des mauvais esprits, ça existe en particulier pour les pathologies psychiatriques mais aussi pour les pathologies organiques. »*

Le mauvais *mana* peut souvent être la conséquence d'une faute, une faute qu'il faudra expier pour rétablir l'équilibre.

Le surnaturel s'exprime également par la présence de sorts ou d'ensorcèlements mais les mots pour les désigner en tahitien n'ont pas été donnés par les interviewés. Cette idée de mauvais sort implique d'une part le commanditaire et celui qui le subit. C'est à celui à qui il arrive « quelque chose », d'identifier celui ou ceux qui sont responsables du sort. Pour lutter contre ces phénomènes, le *tahu'a* peut intervenir.

*« Être ensorcelé, il y en a encore, ah oui, c'est quelqu'un qui leur veut du mal, chez les enfants ou chez les adultes. Pourquoi lui ? parce que quelqu'un a fait en sorte qu'il leur arrive ça.. Plus quelqu'un, une mauvaise personne qui va influencer sur leur état ou sur l'état de leur enfant ou des choses comme ça, même dans les couples. »*

### **L'absence de cause**

Pour certains médecins, des patients n'identifient pas de cause à ce qui leur arrive. Ils n'expliquent pas leur maladie à travers des croyances biomédicales ou des croyances « populaires ».

Un parallèle intéressant semble possible entre absence d'étiologie perçue par le patient et l'inobservance. L'absence de démarche visant à créer du sens autour de la maladie est une forme de déni. Ne pas expliquer serait comme ne pas accepter. En n'identifiant pas de cause à une pathologie, il devient difficile d'agir contre elle, de la maîtriser, de guérir.

Cette acceptation légendaire que les soignants ont identifiée comme un fatalisme est-elle vraiment une forme de résignation ou est-ce une acceptation transfuge ?

Peut-être qu'à travers cette forme d'acceptation observable se cache en fait une forme de soumission ou une forme de déni.

### **Intolérance médicale des systèmes étiologiques non biomédicaux**

*« Et bah, les gens ils lui disaient, « mais non ça ne sert à rien de toute façons, ça c'est la bombe qui nous l'a inculqué. » Donc il y a encore des croyances soit au travers du nucléaire soit au travers du mana etc... mais globalement mise à part ces espèces de récalcitrants un peu spéciaux... et souvent c'est le reflet, pas d'un analphabétisme mais quand même d'un éveil socio-sanitaire quand même pas génial. »*

Les patients qui identifient d'autres causes comme responsables de leur maladie sont assimilés « non pas à des analphabètes » mais à des individus retardés, qui n'ont pas bénéficié de la lumière salvatrice des médecins occidentaux. Ici, c'est par la caricature que nous montrons que le système biomédical développe consciemment ou non des formes de rejets des autres systèmes étiologiques. Il n'existe pas de pont, de dialogue entre ces systèmes.

Il est important de noter que sur l'échantillon de soignants que nous avons interrogé dont 5 athées et 4 croyants, aucune allusion à Dieu n'a été faite pour expliquer les croyances des patients en termes de cause de la maladie. Peut être une expression du caractère laïque de la culture biomédicale dans laquelle les soignants s'inscrivent.

La connaissance des différents modèles étiologiques est indispensable pour établir des ponts culturels entre deux cultures. L'analogie, la métaphore sont les formes que peuvent prendre ces ponts culturels, les systèmes étiologiques sont les fondements de ceux-ci. S'intéresser aux représentations des soignants et des soignés est l'étape préliminaire nécessaire.

#### **(4) Les troubles de la communication dans la relation de soin**

*« Bon faut pas oublier non plus que les français ils arrivent, les médecins arrivent, ils ont leurs valeurs, et pour transmettre ça aux polynésiens c'est pas facile, c'est pas facile. »*

Certains soignants ont intégré que le hiatus culturel qui s'organise au cours de la relation de soins entre un soignant et un patient est l'occasion de nombreuses incompréhensions. Nous allons nous intéresser aux incompréhensions des patients que les soignants ont mis en évidence.

*« Mais je sais que il y a un grand grand grand fossé et que nous souvent on ne réalise pas à quel point ils ne sont pas dans notre logique et à quel point ils ne comprennent pas ce qu'on dit. Ou les questions qu'on pose qui leur paraissent complètement aberrantes. Des fois on pose des questions mais tu sens qu'ils vont répondre **oui pour te faire plaisir** pour répondre quelque chose mais... »*

La langue structure la pensée des individus(100). Le fonctionnement logique, les causalités sont organisées par la langue. On peut penser que les soignants et les patients qui ne partagent pas la même langue maternelle puissent avoir des processus cognitifs différents. Ainsi dans la relation de soins, les causalités évidentes pour les uns ne le sont pas pour les autres et vice versa.

*« Mais ça me paraît toujours très très très compliqué ce qu'on explique, le cycle menstruel, les hormones... Et je ne me lance pas là-dedans. Je reste très anatomie, le petit nid, c'est pas que je les prends pour des idiots, pas du tout, c'est des gens très intelligents mais qui n'ont pas le même mode de fonctionnement et de compréhension. »*

La différence de langue maternelle est responsable d'une architecture cognitive différente entre les soignants issus de la culture occidentale et les patients.

Le français est choisi par les soignants comme langue pour les consultations alors que la maîtrise du français par certains patients est parcellaire. A cela il faut ajouter le contenu des messages délivrés par les médecins qui abordent souvent des concepts biomédicaux bien éloignés du quotidien des patients. Tous les ingrédients sont réunis pour favoriser une *a-littéracie*<sup>68</sup> en santé.

Plusieurs écueils sont mis en évidence. L'utilisation d'un vocabulaire trop « compliqué », faisant appel à des concepts scientifiques ou médicaux, semble être la source principale de l'incompréhension des patients. Nous appelons cela la « *jargonisation* » excessive. Cette utilisation de terme du jargon médical rend la sémantique du soignant inaccessible au patient. Les soignants par cette « *jargonisation* » consolident la barrière de la langue. Les praticiens pensent que le discours médical doit être adapté et être mis à la portée des patients par l'utilisation de mots simples et d'exemples qui se rattachent à l'expérience du vécu quotidien des patients.

Concernant l'utilisation du vocabulaire médical en consultation :

*« Non non c'est même pas la peine parce que, je vais pas mettre des mots... je vais mettre des mots à leur portée, je vais pas leur expliquer des trucs qu'ils ne comprendront pas, ça sert à rien, je vais pas montrer ma science bêtement alors que voilà, tu te mets à la portée des gens. »*

A cela il faut ajouter notre analyse sur l'abstraction polynésienne. Pour les soignants, les patients polynésiens ont des difficultés pour les concepts qui nécessitent de faire preuve d'abstraction. Ils pensent que c'est la cause de l'incompréhension des termes utilisés en consultation. Les termes médicaux abstraits ne sont pas intelligibles car les patients ne parviennent pas à appréhender leurs concepts abstraits. Selon nous, il ne s'agit pas d'une difficulté d'abstraction mais plus d'un échec dans la recherche d'un langage commun.

De l'ensemble de ces troubles de communication résulte une simplification parfois excessive de l'information médicale voire parfois jusqu'à son retrait pur et simple.

Certains médecins nous ont confié que le polynésien, en accordant sa confiance spontanément (comme nous le verrons plus tard) n'est pas en demande d'informations, il n'attend pas qu'on lui explique, il attend l'ordonnance avec les médicaments à prendre. Selon eux, certains patients polynésiens ne souhaitent pas qu'on leur explique tout simplement. Le statut du médecin, respecté pour son niveau d'études, fait qu'on lui fait confiance, « c'est lui qui sait, ce n'est pas à nous de choisir » et donc de comprendre.

---

<sup>68</sup> *Littéracie en santé : capacité à comprendre l'information médicale (101)*

« Il ( le patient polynésien) fait naturellement confiance au médecin, ça c'est un truc, le médecin est encore un notable qui a le savoir et globalement, il a pas trop envie de connaître les détails de sa pathologie ou le pourquoi de cette prise en charge que tu lui proposes, ce qu'il a envie c'est que tu lui dises ce qu'il faut prendre, comment il faut le prendre, après il va choisir de le suivre ou pas, mais globalement ce que tu lui dis est déjà validé. Et il n'a pas tant envie de « chalala<sup>69</sup> » comme on dit ici. »

Un autre médecin nous explique que la seule chose importante à expliquer et à faire répéter est la posologie. De façon à ce que le médicament, ce pour quoi le patient vient voir le médecin, soit correctement administré.

La réduction de l'information est-elle le fruit d'une volonté des patients de ne pas être informés, ou d'une attitude du médecin secondaire aux multiples troubles de la communication qui existent ?

Cette croyance médicale qui consiste à dire que les patients accordent leur confiance au médecin spontanément, et que de fait, il n'est plus nécessaire d'informer, limite les efforts du médecin pour se faire comprendre. Expliquer la posologie devient le seul objectif de la consultation. On soulève alors le problème de l'observance des patients. Peut-on prendre un médicament sans savoir pourquoi ?

Les patients éprouvent une crainte lorsqu'ils se retrouvent en situation de face à face avec un médecin. Ils craignent « de se faire gronder par le *taote* ».

Probable héritage de l'attitude paternaliste du XX<sup>ème</sup> siècle ou de la colonisation du XIX<sup>ème</sup> et de la position hiérarchique supérieure autoritaire millénaire du médecin.

Ce climat de consultation où le patient attend pour « se faire gronder par le médecin » empêche un échange permettant la circulation sereine de l'information.

La qualité de l'écoute du patient semble être un autre problème empêchant une communication efficace. Dans certaine situation le patient attend que le soignant déroule ses explications avec ses termes compliqués et tous ces mots en français qui résonnent peu pour lui. Une fois terminée, le patient quitte la salle de consultation et oublie ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient d'écouter.

Nous appellerons cela : « écoute et oubli »

## (5) Soignants et religions

Les 6 soignants occidentaux se déclarent athées. Ils reconnaissent les effets de la religion que les polynésiens investissent avec ferveur pour plusieurs raisons :

---

<sup>69</sup> *Chalala* : locution populaire du langage familier qui désigne un excès de parole, un excès de mots. Classiquement dans le cadre familial ou amical on peut entendre : « arrête ton chalala ». Peut également faire référence aux rumeurs et aux « on dit ».

- qualités de fédération des individus
- entraide et soutien social
- entretien et organisation du rythme de la vie hebdomadaire.

Ils constatent également que la religion (surtout protestante) intervient comme un élément conservateur de la langue polynésienne. Ils observent l'importance du lien entre la religion et les polynésiens.

*« Et l'Église... est bien pour ça aussi, parce que l'Église au moins c'est du bon tahitien, du vrai tahitien et ça permet aux gens de bien garder leur langue, c'est primordial. »*

La norme en Polynésie Française correspond à la pratique d'une religion contrairement à la métropole. Les soignants polynésiens sont tous impliqués dans une paroisse, voire occupent des postes à responsabilité au sein de leur Église. Le rapport avec la religion n'est pas le même entre occidentaux et polynésiens.

Concernant le lien entre les polynésiens et la religion :

*« Oui très fort, très fort, d'ailleurs, le fait qu'il y ait tellement de religions ici, les sanito etc. etc.... mais c'est rare les polynésiens qui ne sont pas dans une communauté religieuse tu vois, c'est quand même rare, et même s'ils n'y sont pas, à l'occasion d'un enterrement, ils vont participer quand même et ils aiment tellement la communauté, ils aiment tellement la convivialité que c'est un moyen de ... Et moi je trouve les communautés religieuses ... enfin les aident beaucoup... moais, ça les soutient. »*

En demandant à un soignant polynésien lequel d'un médecin ou d'un prêtre serait le plus écouté il nous répond ceci :

*« Aussi bien les deux hein ! Parce que on dit chez nous, attention, les médecins ils sont là, pourquoi ils sont médecins ? Il faut penser que c'est notre père céleste qui a donné ces personnes là pour nous soigner. Et si on ne les écoute pas, pourquoi croire en Dieu alors. Si tu crois en Dieu, et bien il faut croire en sa parole, tout comme le médecin qui donne de bons conseils. »*

Voilà un exemple qui montre comment le statut du *taote* peut être inscrit dans le système de croyance religieux des patients. Nous n'avançons pas ici que tous les patients puissent penser cela.

## **B.6. Expériences acquises des professionnels de santé**

Dans cette partie, nous rassemblons les expériences des soignants dans divers aspects de leurs activités. Nous ne pouvons conter toutes les expériences que les soignants nous ont rapportées. Nous avons donc sélectionné les éléments récurrents ou pertinents que nous avons ensuite exposés ici.

## (1) Les Ra'au Tahiti

La signification contemporaine des *ra'au tahiti* correspond aux médicaments traditionnels. Mais autour des *ra'au tahiti* gravitent tout un ensemble de problématiques relatives à la production, et l'utilisation des traitements. Les soignants que nous avons interrogés sont marqués par l'omniprésence des *ra'au tahiti* dans la vie des patients polynésiens pris en charge pendant leur exercice.

*« Parce que avant, quand on avait commencé à ouvrir ici (dispensaire sur une île isolée), alors en face tu avais une maison, et les tahitiens ils allaient là-bas se faire soigner aux ra'au tahiti. Et seulement Ici de l'autre coté (de la route)... Alors.. Il y avait plus de monde là-bas qu'ici. »*

### Omniprésence des ra'au tahiti dans la vie des polynésiens

Les professionnels de santé sont marqués par la coexistence des *ra'au tahiti* et des *ra'au popa'a*. Les patients cheminent vers l'un ou vers l'autre ou les deux à la fois. Selon eux tous les patients polynésiens ont déjà essayé les *ra'au tahiti*, et d'autres s'en servent quotidiennement ou en premier recours avant de venir voir le médecin occidental ou d'aller au dispensaire.

*« Ca ne les empêche pas d'aller chercher le tahu'a et de prendre des ra'au tahiti alors qu'ils t'ont entendu et ce que tu leur as dit, ils ne le remettent pas en doute. Pour autant il n'est pas illégitime de se faire soigner en parallèle ou même de remplacer un peu quand ça leur chante ton traitement, par un traitement traditionnel »*

Les *ra'au tahiti* sont profondément ancrés dans la culture polynésienne. Ils utilisent une large pharmacopée dont divers ouvrages ont tenté de faire la synthèse. L'un de ces ouvrages dont un médecin interrogé se sert tous les jours est « Plantes utiles de Polynésie (Ra'au Tahiti) », de Paul PÉTARD (102). C'est un ouvrage de référence en la matière, mais de nombreux autres livres ont été écrits sur le sujet sans qu'aucun ne recueille avec exhaustivité les recettes ayant cours en Polynésie Française, le travail représentant une investigation colossale.

Les médecins font le constat que même en les interdisant, les polynésiens utilisent quand même les *ra'au tahiti*. Deux visions de la médecine et du médicament se rencontrent alors.

*« Et de toute façon si tu dis : « non, il faut pas le faire », ils le feront quand même, ils le feront derrière toi donc tu dis : « ok, tu le fais mais dans 3 jours », parce que en général c'est 3 jours, « tu reviens dans 3 jours »*

Interdire leur utilisation n'est pas envisageable, il faut plutôt tenter de raisonner à l'inverse et se demander quels bénéfices espérer de l'utilisation des *ra'au tahiti* ?

### **Bénéfices de l'utilisation des *ra'au tahiti***

L'intérêt de la reconnaissance et de l'utilisation des *ra'au tahiti* vont dans le sens du respect des croyances des patients. Le soignant fait la démarche de s'intéresser à lui et à ce qu'il croit. C'est une occasion de renverser les statuts de domination installés dans la relation soignant-soigné, initié-profane. Nous pensons que cette inversion est bénéfique pour la relation de soin, elle permet de rétablir un dialogue, une véritable interaction valorisant le patient. Il ne vient pas voir le médecin pour chercher ses médicaments, on s'intéresse à ce qu'il fait, à ce qu'il pense. La relation de confiance est améliorée bilatéralement.

*« D'abord globalement c'est de la phytothérapie donc c'est moins chimique. Et deuxièmement c'est tellement ancré dans la culture traditionnelle polynésienne qu'on aura tendance quoiqu'il en soit d'une part pour un effet placebo c'est évident, mais deuxièmement pour un effet de compliance au traitement. On aura plus de chance d'avoir un suivi thérapeutique de qualité. »*

Les *ra'au tahiti* correspondent à de la phytothérapie traditionnelle. En avançant « c'est moins chimique », il rejoint un courant de pensée qui considère la nature (les plantes, la phytothérapie) comme plus inoffensive que les produits de l'homme (la chimie). A cela nous apportons une nuance, et nous voyons que, les risques liés à l'utilisation des *ra'au tahiti* existent.

On peut espérer profiter des bénéfices de l'utilisation des *ra'au tahiti* dans la mesure où les risques encourus ne dépassent pas le bénéfice espéré.

Il n'existe pas d'étude comparative pour évaluer l'efficacité ou l'innocuité des traitements traditionnels polynésiens.

### **Risques liées à l'utilisation des *ra'au tahiti***

Même s'ils sont issus des plantes, les *ra'au tahiti* peuvent avoir une activité néfaste sur les individus qui les consomment.

Le risque est inhérent à la substance, au mode d'utilisation et à l'individu qui l'utilise. Les risques ne seront pas les mêmes si l'on s'intéresse à un nourrisson de moins de 6 mois né prématurément ou à un adulte de 20 ans sans antécédent.

Les soignants pensent qu'une information sur l'utilisation des *ra'au tahiti* est indispensable à dispenser auprès du patient pour limiter les risques toxiques particulièrement chez l'enfant. Nous verrons un peu plus loin que la majorité des soignants ont eu des expériences négatives vis à vis des *ra'au tahiti*.

### **Compatibilité et incompatibilité des ra'au tahiti / ra'au popa'a**

La compatibilité ou l'incompatibilité des *ra'au tahiti* et des *ra'au popa'a* ne bénéficie pas d'un consensus unanime au sein du groupe de soignants que nous avons interrogés.

Certains pensent qu'il est possible de les mélanger mais qu'il faut les connaître. Les arguments pour dire qu'ils sont compatibles ne sont pas issus de recherche expérimentale, mais plutôt de l'empirisme médical.

Les autres pensent que si l'on utilise les *ra'au tahiti*, le risque d'interaction augmente avec les médicaments occidentaux.

Les tradipraticiens diffusent également cette même idée d'incompatibilité. La prise simultanée des traitements occidentaux et traditionnels est déconseillée.

Aucun test en laboratoire n'est en cours pour étudier la compatibilité ou l'incompatibilité des traitements traditionnels et occidentaux.

Le principe de précaution penche plutôt pour l'incompatibilité des deux modes de traitement mais il faut aborder la problématique des situations urgentes.

L'utilisation des *ra'au tahiti* qui nécessite le plus souvent un traitement sur trois jours peut parfois mener à un retard de prise en charge. Dans le cadre d'une situation urgente, ce délai de trois jours peut constituer un danger pour le patient à qui l'on a interdit la prise simultanée des traitements occidentaux et traditionnels.

*« Donc ce que je veux dire c'est que la médecine traditionnelle a un succès mais très clairement c'est tout à fait compatible avec notre médecine à nous, ce qui est un peu emmerdant c'est que les ¾ des tahu'a ont tendance à dire à leurs patients tu arrêtes le ra'au popa'a parce que ça ne marche pas si jamais tu prends le ra'au popa'a en même temps que le ra'au tahiti. Et donc ça c'est quand même ce qui est pour nous un gros frein. Et donc par définition si je sais qu'on va arrêter mes médicaments, j'ai pas tendance à être pro-ra'au tahiti »*

Les médecins qui croient en l'incompatibilité proposent aux patients des intervalles de temps durant lesquels soit la médecine occidentale s'utilise soit la médecine traditionnelle polynésienne, mais jamais les deux en même temps.

*« C'est vrai que les tahitiens me disent : « on va faire le ra'au tahiti. Les plantes, tu fais des bains, y'a pas de soucis, après tu veux faire le ra'au par dedans, per os, tu fais... 3 jours », moi je me retire, de toute façon ils savent qu'il ne faut pas mélanger les deux. »*

Le nœud du problème de la compatibilité se situe lors de la prise de *ra'au tahiti* par voie orale. Les autres modes d'utilisation sont tolérés et leur utilisation semble être compatible avec les traitements occidentaux. Il est probable que l'utilisation de bains, ou d'application sur la peau résonne pour les soignants comme des modes d'utilisation sans action systémique et donc d'une nocivité moindre alors que les médicaments administrés par voie orale exposent à une toxicité lors de son passage dans le sang.

*« Donc y'a des bains, y'a des trucs qui sont très bien pour la varicelle, il y a des bains de plantes qui sont très efficaces. Euh... Pour ce qu'ils appellent le « ira<sup>70</sup> », la nervosité, c'est pareil, ils ont des bains à base d'hibiscus et de tiare<sup>71</sup> qui calment, après tout un bain ça n'a jamais fait de mal à personne hein ? C'est pas nocif. »*

On ne sait pas pourquoi les *ra'au popa'a* sont souvent interdits par les tradipraticiens ou les membres de la famille lors de la consommation de *ra'au tahiti*. Les causes de cette interdiction sont encore floues. L'idée d'une inactivation de l'efficacité des *ra'au tahiti* par les *ra'au popa'a* est une piste qui a été évoquée.

### **Expérience personnelle des *ra'au tahiti***

Nos interviewés ont eu des expériences qu'ils nous ont racontées concernant les *ra'au tahiti*. Nous proposons de les classer en deux catégories : le traumatisme puis la reconnaissance des bienfaits des *ra'au tahiti*

#### **\* Traumatisme liés à l'utilisation des *ra'au tahiti***

Le traumatisme que plusieurs soignants ont rencontré pendant leur vie professionnelle, est toujours relatif au traitement par voie orale, de la fièvre et des diarrhées des enfants en bas âge. Et notamment l'utilisation d'une fougère qu'on appelle *metuapua'a*<sup>72</sup>. On la retrouve sur toutes les îles de la Polynésie française. Son utilisation semble fréquente aux vues des témoignages que nous avons recueillis.

On parle ici de traumatisme car les soignants expriment leur vécu et l'on perçoit comment ils ont été affectés par ces événements souvent tragiques associant le décès d'un enfant, l'incompréhension des parents et la situation particulière du soignant qui doit choisir entre entre-aider et condamner.

*« Alors je peux te montrer, c'est une fougère (metuapua'a) qui est hyper toxique, c'est un très bon médicament mais c'est un puissant anticoagulant. En particulier, donc je vois arriver un bébé un matin et les parents lui donnent du metuapua'a à avaler. Le bébé meurt quelques jours après dans un tableau hémorragique majeur. Parce qu'il fait non seulement une dengue hémorragique mais irrécupérable parce qu'il a bouffé du metuapua'a. Et voilà quoi donc moi bien emmerdé, détresse d'un bébé, enfin d'une famille qui perd son bébé, tu te dis bon voilà... tu ne sais pas même toi-même quelle attitude adopter, tu vas engueuler les parents ? Les dénoncer, et puis ça peut aller très loin quoi, et puis tu attends quoi. Quelques fois il est bon d'attendre. »*

<sup>70</sup> Voir « *ra'au tahiti* » p.61

<sup>71</sup> Tiare : emblème floral de Tahiti, plante endémique de la Polynésie française

<sup>72</sup> *Metuapua'a* : Fougère. *Phymatosorus scolopendria* est surtout est très utilisée dans la pharmacopée traditionnelle. Des accidents assez nombreux ont été constatés à la suite d'une utilisation erronée des rhizomes

En plus de l'âge du patient et du chagrin de la famille, c'est le problème de la responsabilité des parents qui est soulevé par les soignants. Négligence, maltraitance, empoisonnement, comment qualifier cette situation ? Comment l'éviter ?

Nous proposons un florilège des récits de ces expériences négatives en annexe N°7.

Le risque relatif au *ra'au tahiti* est bien présent et identifié. Pour autant il est nécessaire de rappeler que de vastes campagnes d'informations ont été menées pour expliquer que les traitements par voie orale chez l'enfant devaient être proscrits sans l'avis d'un médecin.

Il semble que les comportements sur ce point aient évolué. Les récits que nous avons extraits sont tous conjugués au passé, ils remontent à une dizaine d'années.

Ceci ne signifie pas que le risque n'existe plus, il signifie qu'il peut être maîtrisé par la prévention.

Il n'y a pas de prévention sans épidémiologie rigoureuse (4). Nous ne disposons pas de chiffres d'incidence des intoxications aux *ra'au tahiti* sur les 30 dernières années pour valider notre impression. Ce genre de travail épidémiologique pourrait faire le sujet d'un projet de recherche à part entière.

Nous attirons donc l'attention sur l'importance de l'encadrement des *ra'au tahiti* et sur leurs surveillances. Une connaissance approfondie des substances utilisées et de leur toxicité semble indispensable pour prévenir le risque d'intoxication.

Aujourd'hui aucun organisme public ou privé n'est missionné pour cette problématique. Une forme embryonnaire d'organisation avait vu le jour sous la présidence du pays d'Oscar TEMARU dont la valorisation des plantes *mā'ohi* et la lutte contre la dépendance des polynésiens aux médicaments importés occidentaux étaient une démarche plus idéologique que de santé publique.

### **Reconnaissance bienfaitrice des *ra'au tahiti***

A travers certaines expériences des soignants mais aussi au travers de leur vie personnelle, les professionnels de santé proposent une perspective bienfaitrice des *ra'au tahiti*. Ils notent une efficacité pour certaines pathologies et concèdent avoir fait l'expérience pour eux-mêmes ou pour leurs enfants.

Les pathologies pour lesquels ils évoquent une efficacité spectaculaire des *ra'au tahiti*, toujours en 3 jours de traitement sont :

- les lithiases urinaires,
- les vaginites candidosiques,
- les angines érythémato-pultacées,
- la varicelle de l'enfant,
- les troubles de l'agitation de l'enfant
- la ciguatera

Une place de choix est réservée aux traitements de la ciguatera dans les croyances des soignants. En effet, les médecins intoxiqués ont eu recours aux *ra'au tahiti* et donnent dans leurs récits souvent la forme d'un témoignage d'une guérison miraculeuse.

« Je me soigne quand je m'intoxique au poisson où notre médecine à nous c'est zéro, j'ai tout essayé, alors que moi j'étais pratiquement à plus dormir quoi, j'ai fait une ciguatera. Je tournais en rond jours et nuits, j'avais des décharges électriques, je me suis dit que j'allais crever. Et en fait j'ai pris du *tahinu*<sup>73</sup>, qui est aussi une plante qui est là-dedans et en 3 jours j'avais plus rien. »

Les soignants ne font pas que reconnaître l'efficacité de certains *ra'au tahiti*. Ils vont jusqu'à expérimenter eux-mêmes et à constater non seulement l'efficacité mais aussi parfois l'intérêt de certains remèdes pour des pathologies pour lesquelles la médecine occidentale n'a pas de traitement ou des traitements dont le rapport bénéfice/risque est moins intéressant.

Exemples :

Pour la ciguatera : Préparation d'une solution à base de *tahinu* versus injection intra-veineuse de Mannitol .(104)

Pour les lithiases urinaires: Préparation d'une solution à base de *aito*<sup>74</sup> versus lithotripsie.

Refuser l'utilisation des *ra'au tahiti*, l'interdire, est une forme radicale de rejet pour les patients et pour les professionnels de santé dans la mesure où l'on se prive d'utiliser une porte d'entrée vers la culture polynésienne. On se prive de l'occasion de valoriser les patients, leurs plantes, leur identité ainsi que de substances potentiellement efficaces qui pourraient entrer dans l'arsenal thérapeutique, ou permettraient de faire des choix thérapeutiques moins risqués qu'avec les traitements occidentaux conventionnels.

L'effet placebo a sûrement un rôle dans l'efficacité des traitements traditionnels qu'utilisent les polynésiens tout comme il a un rôle dans l'efficacité des traitements occidentaux qu'utilisent les métropolitains.

L'efficacité thérapeutique des *ra'au tahiti* reste à prouver scientifiquement. Ces recherches ne sont possibles que si une politique de reconnaissance et d'encadrement s'organise autour des *ra'au tahiti*.

---

<sup>73</sup> *Tahinu* : *Tournefortia argentea* (Linné) :syn. *Heliotropium foertherianum*. Arbuste tropical des sols coralliens qui pousse sur le haut des plages (103)

<sup>74</sup> *Aito* : (*Casuarina equisetifolia*) ou bois de fer ou filaos : arbre tropical qui pousse sur le littoral et à basse altitude, notamment utilisé pour la dureté de son bois (*aito* : dur, solide, brave)

## **Fabrication, dosage et transmission du savoir faire**

Les termes qui désignent le préparateur des *ra'au tahiti* que nous ont donnés les soignants sont :

- tradipraticiens,
- préparateur en pharmacie tahitienne,
- *ta'ata ra'au tahiti*,
- médecin traditionnel,
- *tahu'a*.

Nous dressons quelques traits caractéristiques concernant le tradipraticien à travers les yeux des professionnels de santé.

Selon eux, il n'existe plus réellement de *tahu'a* comme avant. Ils entendent par-là que le rôle spirituel des *tahu'a* d'antan disparaît. Ils associent souvent l'image du *tahu'a* à celle du charlatan qui exerce illégalement la médecine.

Les tradipraticiens sont tous polynésiens et parlent préférentiellement le *reo mā'ohi*. Ils sont tous croyants et pratiquants.

Les soignants sont méfiants vis à vis des *ra'au tahiti* selon plusieurs causes, voici celles que nous avons notées :

Les soignants ont l'impression que tout le monde peut se définir comme un *tahu'a*. Ils ne perçoivent pas le niveau d'expertise de la grand-mère, de l'oncle ou d'un autre membre de la famille qui prend la décision de faire le traitement ou non.

*Soignant 1 : « Ah oui oui mais tout le monde se dit sorcier, c'est ça en fait qui me fait peur. »*

*Soignant 2 : « tout le monde se dit sorcier, tout le monde se dit qu'ils peuvent faire des ra'au tahiti mais c'est faux. C'est faux, il n'y a pas la dose exacte, il y a des racines qui sont bonnes, il y a des racines qui sont très bonnes, je suis d'accord mais mieux vaut les utiliser quand on est adulte, pas enfant. »*

*Soignant 3 : « ils disent qu'ils savent tout faire, mais c'est pas vrai, moi, je crois pas à ça moi. »*

*AR : Et est-ce que c'est n'importe qui qui peut préparer les ra'au ?*

*EH : Bah, à mon avis... bah n'importe qui prépare les ra'au,*

*AR : Ah oui ? ça peut être la grand-mère...*

*AR : Tout le monde se dit tahu'a...*

Les soignants pensent que la transmission orale est un mode de transmission qui entraîne une perte des connaissances. Ils considèrent que la transmission des recettes et du savoir-faire s'étiole et qu'elle est de mauvaise qualité.

*« C'est vrai qu'ils peuvent avoir de bon ra'au, le problème c'est qu'il n'y a pas de transmission, donc ils font par souvenir, et encore, voilà. Ils (les patients) disent « ah ma maman m'a appris à faire ça, je vais retransmettre ça », mais il y a des oublis à côté de ça. Il y a des oublis. »*

Du fait d'une transmission de mauvaise qualité, les doses ne sont plus parfaitement connues, et l'établissement de la recette tient en général, davantage au hasard et à l'aléatoire. On peut donc s'interroger sur l'efficacité et la stabilité de la recette.

Les soignants insistent sur l'importance de la dose et font le parallèle avec les traitements occidentaux: à chaque poids correspond sa posologie, ils appliquent donc ce raisonnement aux *ra'au tahiti* et s'inquiètent donc de la toxicité des traitements.

Concernant les recettes, les soignants craignent qu'elles soient interchangeable, que les produits utilisés ne fassent pas partie de la pharmacopée traditionnelle, et soient dangereux<sup>75</sup>.

Les soignants ont identifié un ingrédient quasiment invariable : le sucre roux. Le sucre roux peut être perçu comme une modernisation de l'utilisation de la canne à sucre (*Tō`*) dont certaines espèces sont endémiques de la Polynésie et dont les sources primaires l'identifient comme une des bases des traitements traditionnels.

*« Le sucre roux, jamais oublier le sucre roux, c'est la culture tahitienne c'est le sucre roux. Mais roux ! pas blanc, et oui ! (rires). Et ça ça me fait rigoler, ça me fait rigoler mais à la fois je comprends, je sais pas comment dire »*

Les soignants nous disent que la pharmacopée s'est considérablement appauvrie. Deux facteurs pour l'expliquer : l'étiollement des connaissances des préparateurs de *ra'au tahiti* qui souffrent d'une transmission défectueuse. Et deuxièmement, la disparition d'espèces endémiques du fait de la pression de sélection secondaire aux importations d'espèces nuisibles et la destruction humaine de l'environnement des plantes de la pharmacopée traditionnelle.

La pharmacopée a pu se réduire mais aussi s'enrichir par l'importation d'Asie ou d'Europe. L'exemple le plus frappant est probablement *l'Aloe vera*, plante importée, conseillée systématiquement en tant que *ra'au tahiti* pour les brûlures.

### **Accepter les ra'au tahiti**

Accepter et prévenir semblent être les solutions mises en jeu par les soignants pour pouvoir tolérer les *ra'au tahiti* dans leur pratique, limiter les risques, voire même parfois les utiliser

---

<sup>75</sup> Un professionnel évoque l'utilisation d'hydrocarbure dans la composition d'un traitement par voie orale pour un enfant. On retrouve dans la littérature un autre exemple de ce type : « ou même pétrole pour des médicaments moins traditionnels » (Y. Lemaitre, 1985).

comme traitement d'appoint pour les pathologies non urgentes ou pour les pathologies pour lesquelles la médecine occidentale ne propose rien de satisfaisant.

Pour mieux prévenir, il semble indispensable pour les soignants de s'intéresser aux traitements que les patients peuvent parfois prendre en dehors de la thérapeutique occidentale. Privilégier les formes non-orales semble faire partie du principe de précaution accepté inconsciemment par tous les soignants. Pourtant nombreux sont les traitements par voie orale pris par les patients, c'est ce que nous verrons plus loin.

Comme nous l'avons exposé, l'utilisation des *ra'au tahiti* n'est pas sans risque, mais intervenir pour modifier la santé d'un individu quelle que soit la méthode est une tâche délicate et aucune médecine ne peut se targuer d'avoir développé des traitements qui ne comportent aucun risque. Pour la médecine occidentale, il est nécessaire de rappeler qu'aucun traitement n'est dénué d'effets indésirables.

Il semble nécessaire pour les soignants d'avoir connaissance du système de soin traditionnel. Il n'est pas une rare alternative à la médecine occidentale, il est parfois le premier recours pour les patients. C'est un système parallèle qui caractérise le pluralisme médical de nombreuses sociétés.

Il est donc indispensable d'encadrer l'utilisation des *ra'au tahiti*.

*« Un peu comme d'ailleurs à l'image de ce qui s'est fait à un moment donné quand Oscar TEMARU avait pris le pouvoir. A un moment donné on a dit, il ne faut pas être contre la médecine traditionnelle puisque c'est une réalité mais par contre il faut l'encadrer. Au même titre que notre médecine à nous. Si c'était possible de cadrer cet exercice, je serai même moi assez enclin à prescrire des ra'au tahiti dans des indications bien précises et à me former en la matière. »*

Les professionnels de santé vont d'ailleurs dans ce sens, aucun n'est opposé à l'utilisation des *ra'au tahiti* mais ils recommandent tous de la prudence et un encadrement.

## (2) Les comportements polynésiens en santé

Nous allons nous attarder sur certaines spécificités du comportement en santé des polynésiens qui ont été relatées par les soignants. La majorité des comportements étudiés concernent la relation soignant-soigné ou médecin-malade.

### La confiance spontanée

On décrit la confiance spontanée comme le crédit accordé au médecin lors de la première rencontre ou les suivantes. Ce que les soignants remarquent, c'est la particularité des patients

polynésiens à faire confiance au médecin sans que celui-ci ait fait ses preuves ou qu'il ait satisfait par l'écoute de sa demande ou par la pertinence de son interrogatoire ou de son examen. La spontanéité de ce phénomène surprend toujours les médecins.

Selon les soignants, cette confiance serait conditionnée par le degré pressenti et estimé de compétence du soignant. Le fait d'avoir fait des études longues, l'obtention d'un diplôme prestigieux donnent aux médecins une légitimité qui n'est pas remise en question. Son discours est à prendre au pied de la lettre. Il n'y a pas de négociation envisagée, ou envisageable.

En plus de cette légitimité acquise par la nature des études et donc par le savoir, il semble que le statut de médecin (*taote*) joue un rôle important dans la genèse de cette confiance spontanée. Le respect par les patients de l'autorité médicale est très présent dans l'expérience que les soignants nous rapportent. On peut même parler de pouvoir médical.

Celui qui prend les décisions, c'est le *taote*. On est bien loin des dogmes de la médecine occidentale contemporaine qui promeut la décision partagée après une information claire, loyale et appropriée.

Il faut préciser qu'une partie des patients laisse le médecin décider à leur place. C'est lui le détecteur du savoir, c'est lui qui doit décider à sa place. Mais nous verrons plus loin que l'inverse existe.

On fait la différence entre la confiance aveugle et la confiance spontanée. En effet la confiance aveugle impliquerait que le discours du médecin soit intégré et appliqué à la lettre or, on va le voir plus bas, il existe une discontinuité entre confiance et observance. La confiance spontanée ne sous-tend pas une adhésion parfaite au discours du médecin, il lui confère une écoute respectueuse.

*« Non ! c'est ce que je te dis, c'est un peu cette confiance qu'il te fait, c'est à dire qu'à partir du moment où il a fait la démarche d'arriver dans ton cabinet, là il va te faire confiance. »*

En se mettant à la place du patient :

*« Moi je te fais confiance, c'est beaucoup une relation de confiance, toi tu me dis que ça c'est bon pour moi, bah je te fais confiance. »*

*« Mais moi toutes les femmes elles me disaient mais enfin, c'est toi la sage-femme, c'est toi qui sait si il faut me faire une épisiotomie, si faut que je me mette comme ci ou comme ça. Ou si il faut sortir vite le bébé, c'est pas moi qui ai fait les études de sage-femme, donc je te fais confiance et donc c'est toi qui sais. »*

### **« Oui pour te faire plaisir »**

« Oui pour te faire plaisir » est une expression d'un soignant pour désigner l'attitude d'un patient lorsqu'on lui demande quelque chose à faire. Celui-ci répondrait « oui ». Mais cette réponse ne reflète pas une motivation intrinsèque au patient, le but de cette réponse est de faire plaisir au soignant respecté.

*« Des fois on pose des questions mais tu sens qu'ils vont répondre « oui » pour te faire plaisir pour répondre quelque chose mais... C'est pas pour mentir, c'est pas pour dissimuler, c'est pour être d'accord avec toi. »*

Certains médecins utilisent ce phénomène parfois pour tenter d'améliorer l'observance. Le médecin demandera alors si le patient est d'accord de prendre ce médicament pour lui faire plaisir.

Mais que signifie faire plaisir au médecin, pourquoi vouloir faire plaisir au médecin ? S'agit-il d'une implication affective dans la relation de soins ?

Nous ne pensons pas que cela soit le cas. Nous voyons dans cette forme d'acquiescement une réponse pour échapper au contexte stressant de la consultation. La réponse positive ne va pas entraîner de long discours alors qu'une réponse négative entraînerait un argumentaire de la part du médecin qui se solderait par de longues minutes additionnelles dans son cabinet aseptisé, inconfortable, étranger.

C'est peut être aussi une forme d'expression du respect du « pouvoir médical ».

Ce phénomène laisse à penser donc que la réponse du patient n'est pas toujours le reflet de ce qu'il pense vraiment.

*« Tu as la confiance des gens et tu peux même leur dire, pour me faire plaisir fais ce que je te propose »*

*« Ils écoutent, ils sont là ils acceptent et tout et puis dès qu'ils sortent, il y en a beaucoup comme ça ! Ils écoutent, » oui taote, oui taote, oui taote », dès qu'ils sont dehors...*

*Peut-être aussi on dirait, il n'ose pas (dire non), soit pour eux peut être offenser Taote, ou euh.. hein!, il vaut mieux d'abord écouter taote et puis après on va voir.*

### **Discontinuité confiance-observance**

Malgré la confiance que le patient place immédiatement entre les mains du soignant, on note une discontinuité. Le patient, même s'il fait confiance au médecin et ne remet pas en cause son discours, ne va pas adhérer strictement aux recommandations médicales. Il semble que

celui-ci consulte le médecin pour connaître son avis, il l'écoute scrupuleusement, et il décide ensuite de ce qu'il faut faire, sans le médecin.

Cette vision nous éloigne du patient soumis qui acquiesce et observe les recommandations médicales. Le patient est le seul à prendre les décisions, il les prend sans le médecin, en faisant la synthèse des différents paramètres qu'on lui propose : famille, amis, médecine occidentale, médecine traditionnelle, médecine chinoise, internet...

On peut y voir ici une forme de défiance implicite dont le soignant n'aurait jamais conscience immédiatement.

Il y a donc bien une discontinuité entre la confiance que les patients octroient au médecin et l'observance attendue par le médecin.

Si une décision qui va à l'inverse des recommandations médicales doit être prise, nous supposons que le patient préfère que le médecin ne soit pas au courant. La confiance et le respect qui sont « dus » au médecin ne changent pas. Lui montrer ou lui dire que l'on ne respecte pas ses décisions ou ses conseils pourrait être perçu comme un manque de respect ou une mise en doute de ses compétences. Les patients ne souhaitent pas désapprouver le détenteur de l'autorité médicale, qui en plus jouit d'un statut social auréolé.

*« Le tahitien tu lui dis tiens, fais ça. Et tu lui dis tu veux que je t'explique ? Et il te dit « non c'est toi taote ». C'est encore une des particularités de ces gens-là. Après ça veut pas dire obligatoirement qu'il va bouffer ton truc. »*

*« Alors la première chose qui est choquante ici par rapport à la métropole c'est qu'il fait naturellement confiance au médecin, ça c'est un truc, le médecin est encore un notable qui a le savoir et globalement, il a pas trop envie de connaître le détail de sa pathologie ou le pourquoi de cette prise en charge que tu lui proposes, ce qu'il a envie c'est que tu lui dises ce qu'il faut prendre, comment il faut le prendre, après il va choisir de le suivre ou pas, mais globalement ce que tu lui dis est déjà validé »*

*« C'est pas moi qui ai fait les études de sage-femme, donc je te fais confiance et donc c'est toi qui sais. Après, rentrées chez elles, bah, si tu leur as dit il faut manger ci ça ça et bien une fois rentrées chez elles, elles vont faire ce qu'elles veulent. »*

### **Ecoute et oubli**

Une attitude décrite par les soignants est celle de l'écoute passive des patients. Elle est la manifestation comportementale de ce que nous avons décrit plus haut. Le respect du médecin, de son statut fait que le patient ne met pas en doute ce qu'il dit. Ou du moins il ne mettra pas en doute ce qu'il dit explicitement pendant la consultation. Il en va autrement pour ces recommandations.

Le patient écoute, acquiesce, « donne l'impression d'avoir compris » ou comprend ce que le médecin souhaite lui transmettre. Mais une fois passé la porte de la salle de consultation, il ne tient pas compte de ce qu'on vient de lui dire. Il prend la décision unilatéralement de ne pas appliquer les instructions médicales.

L'exemple le plus redondant dans le discours des soignants s'illustre par les habitudes alimentaires des enfants dans les salles d'attente. Et notamment par la consommation de boissons sucrées ou de grignotage type *twistie*<sup>76</sup>.

Ce comportement excède souvent les soignants, il les renvoie à une sensation d'inefficacité, d'échec. Il peut parfois les mener à de la colère, de l'énervement ou de l'épuisement. C'est le symptôme de l'inefficacité de la stratégie médicale.

Les soignants finissent par penser qu'« *ils s'en foutent et puis voilà !* ». Comme une forme d'abandon, les soignants projettent leur inefficacité sur les patients dans ces termes. Cette incompréhension, tant sur le fond que dans la forme met les soignants dans une situation délicate où le résultat de leurs efforts n'est pas au rendez-vous.

*« J'ai dit à un papa, sa gamine avait 3 ans, j'ai dit « papa, évite les boissons sucrées, brosse lui les dents... » bon hein ton petit il est un peu enveloppé, et tout et tout. Et il sort et en fait il ne m'écoute pas,... Parce que quand il est à la porte du médecin, la petite avait un Hi-C<sup>77</sup> et ... (rires) et un twistie... haaaaa ! mais quand j'ai vu ça, mais par moment je craque quoi, je vais je fais : « papa mais qu'est- ce que je t'ai dit et tout et tout », ça rentre par là et ça sort de l'autre côté ? »*

Si l'on considère l'oubli, on peut penser que la mémorisation immédiate peut être fautive dans ces situations. Il semble évident que la transmission de messages favorisant l'observance doivent passer par la mémoire à long terme. Une des activités cérébrales qui sollicite le plus la mémoire à long terme est le fonctionnement cognitif associé à la gestuelle ou au travail. On peut penser que la manipulation et le mimétisme en consultation soit des pistes pour améliorer le passage de l'information médicale. C'est une réflexion déjà engagée dans l'éducation thérapeutique.

### **Rôle et statut du taote**

*« Alors que ici jamais tu le trouveras comme ça (en référence aux patients popa'a et leur défiance notamment vis à vis de leur utilisation de internet pour s'informer). Le patient*

---

<sup>76</sup> Stéréotype de la mal-bouffe polynésienne : croquette d'apéritif importée, aromatisée, de fabrication industrielle, conditionnée dans des sacs en plastique qu'on peut acheter au magasin.

<sup>77</sup> Boisson importée conditionnée en briquette fabriquée à base de sucre, d'eau, de colorant et d'arômes.

*polynésien ne va pas mettre en doute ta parole. Donc déjà au départ il y a une forme de respect du médecin... »*

On ne peut pas explorer la représentation des patients concernant leur *taote* par l'analyse de ces entretiens, cependant on peut avoir une idée de la représentation des soignants de leur propre statut.

Le *taote* (qui désigne à la fois les médecins mais aussi les infirmiers ou les auxiliaires de santé dans les postes isolés) possède un statut particulier. C'est lui qui est le garant de la santé de la population. Les patients le respectent mais ils n'en ont pas peur.

Le pouvoir médical correspond à une forme d'autorité médicale couronnée par un statut social et symbolique particulier. La représentation dont jouit le médecin qui soigne et qui répare, lui confère, dans une sorte d'inconscient collectif, un statut d'interlocuteur valable avec les puissances des fois surnaturelles, divines ou mêmes sacrées qui aident à gérer l'angoisse, l'inquiétude et les espérances des patients qui souffrent dans les croyances populaires. Dans cette perspective, le soin peut tutoyer la guérison et confiner à la réparation et à la rédemption. La représentation du médecin s'enrichit d'éléments témoignant de sa lutte pour le bien de l'Autre contre le mal et la souffrance.

Les attentes des patients qui définissent aussi le rôle du *taote* sont influencées par l'héritage de la médecine militaire des années 60 :

*« J'ai pas des médicaments à faire tout le temps pour tout le monde tu vois mais pour respecter cette espèce de perception de la truc, je me sentais obligé de faire des injections. Du serum phy ou un machin... Parce que ça c'était quelque chose qu'on m'a brieffé en arrivant, en arrivant au dispensaire de Papara. Le médecin fait des piqûres pour soigner.*

On comprend un peu mieux pourquoi la médecine occidentale doit être efficace et par quels moyens elle y est parvenue il y a 50 ans. L'utilisation d'antibiotiques injectables pour lutter contre la pathologie infectieuse devait probablement apparaître comme plus miraculeuse que le traitement contemporain du diabète dont les bénéfices ne sont ni visibles à court terme et ni visibles physiquement.

### **Rareté des conflits**

*« Je dirai jamais. Je n'en ai jamais eu, bon je suis plutôt un mec sympa avec les patients, mais moi j'ai déjà eu un mec qui voulait porter plainte contre moi, conseil de l'ordre tout le bazar »*

Les soignants qui ont exercé ailleurs qu'en Polynésie relèvent la rareté des conflits qui les opposent aux patients polynésiens. La plupart vont même jusqu'à certifier l'absence de conflit avec eux alors que la population *popa'a* adopterait plus une attitude de défiance voir même parfois une attitude conflictuelle avec les médecins.

Ce point constitue probablement un élément qui amène les soignants à penser que le patient polynésien est un patient plus « facile » à soigner et qu'il accorde au médecin un respect profond qui peut même limiter la formation de conflits.

### **Fidélité, relation contractuelle basée sur l'efficacité de la médecine occidentale et nomadisme médicale**

Les patients polynésiens sont attachés à la notion de médecin traitant. Ils sont fidèles à leur médecin et ils apprécient avoir le même interlocuteur au cours de leur prise en charge.

Cette fidélité à un médecin est pourtant réévaluée en fonction de l'efficacité des traitements qui sont proposés. Si un patient n'est pas satisfait par la prestation d'un médecin, il changera. Bruno saura parler de relation contractuelle de soins, c'est ce même genre de relation qui peut exister pour la religion ou la politique.(64)

Ainsi on remarque que certains patients ont eu plusieurs médecins pour une même pathologie, recherchant l'efficacité rapide du traitement.

Le médecin possède donc bien cette même aura, ou autorité médicale que dans les pays occidentaux, mais il est consulté par le patient et cette relation de confiance est conditionnée par l'efficacité.

L'efficacité en Polynésie est souvent associée à l'injection, à la piqûre. Comme on l'a vu plus haut, cette image d'une médecine invasive voire douloureuse semble entourée d'une idée de toute puissance du médicament que les patients recherchent quand ils consultent un médecin occidental.

*« La médecine occidentale ça rassure plutôt. Ils sont assez demandeurs des ra'au qui soulagent, qui guérissent vite, même peut être plus si tu dirais, par exemple si tu donnes pas d'antibiotiques on le voit, pas de sirop, pas de machin ou si tu n'as pas la piqûre... Je me souviens les vieux médecins privés avant ils y allaient à coup de piqûre et c'est... Et maintenant si on y va plus à coup de piqûre bah, ça va pas... »*

### **La peur de se faire « gronder<sup>78</sup> »**

Un dernier point rapporté par deux des intervenants que nous avons interrogés est la peur des patients de se faire gronder par les médecins. Probable héritage du paternalisme médical qui était la règle absolue du soin jusqu'à récemment, voire qui est encore un invariant pour certains médecins.

---

<sup>78</sup> Voir Imbert Berteloot, p49, (79)

Lors de la consultation, le patient éprouverait cette peur entraînant un repli sur lui-même, et des réponses aux questions qui iront dans le sens du discours du médecin. La réponse par l'affirmative est la règle. Cette situation potentiellement stressante n'est pas confortable pour le patient. Le but des interactions avec le médecin sera donc de sortir au plus vite de cette salle de consultation anxiogène.

La peur de se faire gronder a probablement à voir avec la systématisation de la prescription/interdiction alimentaire par les médecins. L'interdit, la peur de l'interdit sont les racines de cette crainte. En imposant un régime au patient, le médecin place le patient dans une situation où la transgression de l'interdit sera vécue comme une forme de désobéissance qui pourra ensuite se compliquer de culpabilité.

*« J'ai l'impression que quand ils vont dans un centre voir un médecin, ils s'attendent à être engueulés. Ils s'attendent à être grondés et tout et tout. Tandis que si nous on vient chez eux, ils se sentent plus en sécurité. »*

### **Processus décisionnel polynésien**

Il semble que les processus décisionnels polynésiens soient encore mal précisés par les soignants, ignorant eux-mêmes quels sont les variables qui interviennent. Pour autant ils relèvent quelques pistes de réflexion.

Selon eux les patients transmettent parfois une part de la décision à celui qui sait, à celui qui a fait des études, à celui qui est légitime pour faire le meilleur choix. Parfois ils ne souhaitent pas intervenir dans la décision. De cette manière le patient désinvestit la relation soignant-soigné

D'autres ont insisté sur l'importance de la femme dans les choix que les membres de la famille pouvaient faire. Son opinion est souvent recherchée, parfois imposée pour prendre la décision.

Enfin la décision revient parfois au patient directement, contrairement à ce que la majorité des soignants pensent puisque dans le cas de la prise de décision pour ne pas se soigner, c'est bien le patient, individuellement qui affirme son choix.

### **(3) Difficultés pour accéder à la culture polynésienne**

Les soignants occidentaux se sont intéressés à la culture polynésienne mais ils font le constat que l'accès à la culture polynésienne n'est pas toujours facile. Malgré 30 ans de présence sur le territoire parfois, certains regrettent de ne pas avoir plus découvert / compris la culture polynésienne.

*« Mais euh voilà c'est toute leur subtilité. Et c'est ça tu vois, moi ça fait 30 ans et je suis sûr que j'ai pas encore tout compris. Mais c'est particulier et c'est intéressant de voilà. Donc.. »*

*Déjà c'est une culture très différente de la mienne et un petit peu, pas inaccessible mais je dirais que j'ai malgré le temps, beaucoup de mal à appréhender, et je sais que je la connais mal, tu vois parce que c'est des gens qui sont quand même discrets et que pour voir réellement leur mode de vie, les vrais polynésiens c'est pas facile !*

#### **(4) Croix bleue et soutiens religieux**

En demandant aux soignants si la religion est un obstacle en Polynésie, plusieurs nous affirment le contraire, trouvant dans la religion un moyen efficace là où la biomédecine échoue.

Ils incitent parfois les patients à « faire croix bleue ». Ce qui correspond dans la religion protestante à prendre un engagement religieux devant le pasteur de la paroisse pour arrêter quelque chose (tabac, cannabis, drogue, alcool, violence conjugale...). Cet engagement est symbolisé par la signature d'un formulaire devant le représentant religieux. La durée est toujours prédéfinie et n'excède que rarement un an. « Aller signer » est souvent un acte collectif (équipe de football, de va'a...).

Les soignants sont surpris par l'efficacité de cette promesse réalisée dans le cadre religieux. Ils notent, souvent avec humour que cette efficacité prend fin, l'heure qui suit l'échéance, les patients sombrant alors dans certains excès.

Évidemment cette méthode n'est accessible qu'aux patients croyants.

Cette tradition religieuse montre l'importance de la communauté et du groupe. Elle montre la force du lien qui structure la relation entre l'homme et la religion. Et confirme l'hypothèse que la motivation pour les changements de comportements peut être extrinsèque et aussi venir de l'environnement direct du patient, ici sa religion.

*« Comme les hommes qui boivent, ils vont signer et c'est hallucinant parce que ils signent aujourd'hui, et ils boivent plus pendant 6 mois. Et là ils ont signé pour 6 mois et au bout de 6 mois et une heure ils vont se torcher, ils vont picoler à mort. Pourquoi ils ont tenu 6 mois quand même...? »*

#### **B.7. Conseils aux soignants**

Une question de l'entretien permet d'accéder aux conseils que les soignants donneraient aux néophytes de la culture polynésienne qui viendraient travailler en Polynésie dans le domaine de la santé. Le but est de synthétiser en fin d'entretien les points essentiels qui leur apparaissent comme les plus importants.

### (1) Attitude du soignant néophyte, posture idéologique

« Ne pas commettre les erreurs du passé » semble être l'idée qui ressort en premier de leurs réponses. Le comportement et les idées colonialistes sont exclus.

Le dialogue doit se faire d'égal à égal. Le statut pour les occidentaux qui viennent travailler en Polynésie est particulier. Leur statut doit être celui d'invité et ils doivent en avoir conscience. Les repères qu'ils ont connus dans d'autres pays disparaissent en Polynésie et c'est un nouveau référentiel qu'il faut apprendre. Son mode de pensée doit être « reformaté » pour s'adapter à la Polynésie. Les patients ne s'adaptent pas à eux. Les patients qu'ils vont prendre en charge sont très différents des patients métropolitains, probablement autant que les différences qui existent entre l'environnement métropolitain, continental et l'environnement polynésien, insulaire, tropical. Les soignants doivent donc faire preuve d'humilité. Leur statut ne les autorise à aucune attitude ou comportement traduisant un sentiment de supériorité.

*« Si tu veux j'ai fait de la médecine, j'ai eu la chance de pouvoir la faire, ça ne me donne en rien une supériorité à quiconque. Moi je suis admiratif de mes potes pêcheurs qui sont toute la journée en plein soleil qui repèrent le poisson qui balancent un appât et ils te disent je vais ramener ça et ils t'amènent ça, tu vois c'est quand même incroyable et ces gens ils ont autant de valeur que moi »*

*« C'est pas facile de comprendre une autre culture. Il ne faut pas oublier que quand on débarque en Polynésie, on ne débarque pas en France. Ça vraiment ça devrait être écrit mais, c'est impossible de l'écrire dans la pratique »*

Un deuxième élément important correspond aux motivations des soignants pour venir travailler en Polynésie. Leurs motivations doivent être fondées, réfléchies car la confrontation quotidienne à une culture différente peut en ébranler plus d'un. Pour l'éviter, les soignants pensent qu'il est important de se « connaître soi-même » avant de se projeter dans un univers très différent de son univers culturel « maternel/paternel ». Il faut bien connaître ses repères culturels, c'est à dire qu'il faut identifier qui l'on est, qu'est-ce que notre culture avant d'en découvrir une autre. Le risque étant l'anomie du point de vue personnel, et dans la relation de soins, l'incompréhension mutuelle et donc l'inefficacité des soins.

« S'ouvrir à l'autre » semble être une recommandation évoquée par la majorité des soignants. Ils pensent qu'il est nécessaire pour un soignant profane de la culture polynésienne d'être curieux et de faire la démarche d'aller vers l'autre, d'aller à sa rencontre pour découvrir et comprendre cette culture différente. Une soignante nous dit : « si vous ne vous intéressez pas un minimum à la culture de l'autre, vous risquez de leur faire du mal avec ce que vous allez leur dire, avec ce que vous allez leur faire. »

Il doit s'intéresser à ces différences culturelles et sociales pour transformer sa pratique. S'intéresser à la culture de l'autre signifie également s'intéresser à sa langue. C'est peut-être là que résident certaines clés pour comprendre les polynésiens.

*« Mais je pense que c'est toujours pareil, si tu viens avec le cœur ouvert et l'envie de connaître les gens, ça va passer très bien. Ça me semble... Être un peu curieux... laisser un peu de côté ta supériorité parce que ici elle passera pas. Et rester soi-même. Moi je dis toujours avec toutes ces conneries en France : « moi je suis un migrant ici »*

Pour comprendre les polynésiens, les soignants nous mettent en garde et nous confient qu'il faut du temps pour les connaître. Plusieurs nous disent que même après 30 ans d'exercice sur le territoire, ils découvrent encore des subtilités de la pensée polynésienne ou des personnalités polynésiennes.

Les interviewés nous font la liste des comportements vertueux que les soignants devraient cultiver en consultation pour leur permettre d'interagir avec efficacité avec les patients polynésiens :

- Il faut être patient,
- Laisser du temps aux patients pour s'exprimer,
- Prendre le temps d'expliquer,
- De faire répéter,
- S'assurer de la compréhension du message,
- Reformuler...

Le manque de temps alloué aux patients et l'écoute quasiment absente des soignants mènent ceux-ci à recommander d'avoir plus de temps pour écouter. Ils ont ainsi identifié une cause probable du dysfonctionnement de la relation de soins et donc une cause de son inefficacité.

« Il faut être gentil » avec les patients, utiliser un langage à leur portée, s'exprimer calmement. Les polynésiens développent autour du médecin un respect profond, il semble logique que le patient bénéficie de ce même respect de la part du soignant.

*« Je dirais qu'il faudrait qu'ils oublient un petit peu la manière de fonctionner de la métropole... qu'ils se taisent beaucoup, qu'ils écoutent beaucoup.*

*Taisez-vous, taisez-vous, taisez-vous.*

*Écoutez, soyez patients et de ce que vous entendez de ce que vous apprenez après petit à petit vous ... Soyez gentils, soyez très gentils, ne blessez pas, n'interdisez pas des choses, vous allez blesser des gens, »*

### **C. Entretiens avec les patients**

Les résultats des entretiens avec les patients sont obtenus après l'analyse assistée par informatique grâce au logiciel Atlas ti. Les résultats de l'analyse des entretiens réalisés avec les soignants nous permettent d'élaborer une grille d'analyse et une liste de codes que nous organisons en 5 parties. Une 6<sup>ème</sup> partie est ajoutée à posteriori pour documenter deux

exemples qui nous permettent de *comprendre* comment deux systèmes étiologiques et curatifs coexistent.

Neuf entretiens sont, dans un premier temps, réalisés en français. Ils composent la phase 1 de notre étude.

En l'absence de données en *reo mā'ohi*, nous décidons après la réalisation des premiers entretiens de réaliser 8 entretiens dirigés en *reo mā'ohi* au dispensaire de *Moorea* qui constituent alors la phase 2 de l'étude. Le recueil de données est fait à l'aide de la même grille d'entretien traduite en *reo mā'ohi*.<sup>79</sup>

Eléments méthodologiques de l'expérimentation

PHASE 1 : Août à septembre 2017

<p><b>Groupe expérimental PHASE 1</b> <b>9 patients</b> interrogés</p>	<p><b>Durée moyenne de l'entretien:</b> Minimum : 21min Maximum : 35 min</p>	<p><b>Entretiens réalisés en français</b> <b>Dispensaire d'Uturoa à Raiatea</b></p>
<p><b>Groupe expérimental :</b> <b>9 patients – N°1 à N°9</b> <b>4 femmes et 5 hommes</b></p>	<p><b>Age moyen : 51 ans</b> Age minimum : 38 ans Age maximum : 73 ans</p>	<p><b>Corpus :</b> <b>9 transcriptions et 9 grilles annotées</b></p>

Tous ces entretiens sont réalisés en français sans l'aide de traducteur. Les passages en tahitien ont été traduits par les soignants bilingues du dispensaire après l'entretien.

PHASE 2 : Février à avril 2018

<p><b>Groupe expérimental PHASE 2</b> <b>8 patients</b> interrogés</p>	<p><b>Dispensaire d'Afareiatu à Moorea</b></p>	<p><b>Entretiens réalisés en <i>reo mā'ohi</i></b></p>
<p><b>Groupe expérimental :</b> <b>8 patients – N°A à H</b> <b>4 femmes et 4 hommes</b></p>	<p><b>Age moyen : 46 ans</b> Age minimum : 18 ans Age maximum : 80 ans</p>	<p><b>Corpus :</b> <b>8 grilles annotées en <i>reo mā'ohi</i> et traduites ensuite</b></p>

## Certaines caractéristiques de la population

Notre échantillon regroupe des patients polynésiens suivis dans les structures de santé publiques. Ils ne sont pas tous porteurs d'une pathologie chronique, mais tous sont nés en Polynésie française et vivent sur l'île de Raiatea ou sur l'île de Taha'a.

Tous les hommes sont circoncis, ce qui correspond à 100% de l'échantillon masculin.

Les parents ont tous pratiqué la tradition du *pufenua*, soit 100% des patients ayant des enfants. La religion la plus représentée est la religion protestante (11 patients sur 17 soit 64,7% de l'échantillon), et on retrouve un seul athée dans l'échantillon, ce qui signifie que 94,1% des patients interrogés pratiquent une religion.

Les patients tatoués sont minoritaires. 3 patients sur 17 sont porteurs d'un tatouage polynésien, ce qui représentent 17,6% de l'échantillon.

Le détail des données démographiques sont consultables en annexe N°8

### **C.1. Représentation de la santé**

#### **(1) Le corps, une dimension de l'individualité**

Pour parler de la santé les patients font référence à leur corps. Ils n'évoquent jamais le corps de l'autre, mais insistent sur le caractère individualisé de leur corps. C'est en prenant soin de son corps que l'on peut être en bonne santé. Aucun patient n'évoque la santé comme un phénomène global ou collectif.

*« Bah ! La santé, c'est tout quoi, c'est tout ce qui concerne sur le corps, l'organisme si ça va, ça va pas. Quand je dis le corps c'est tout hein, c'est jusqu'en bas, ça fait partie de l'organisme aussi ça, tout ça »*

Les efforts à fournir pour être en bonne santé sont relatifs aux soins que l'on apporte au corps. Il faut prendre soin de son corps. On envisage la santé comme un état non-pathologique du corps palpable, du corps palpé. La santé s'envisage alors comme concrète, inscrite dans la réalité à travers l'individualité du corps du patient. Un corps sain ne nécessite pas qu'on aille voir le médecin.

« *Matai te tino* » est l'une des locutions proposées pour donner une traduction du mot « santé » en *reo mā'ohi*. Littéralement *maita'i* signifie « bien, bon » et *te tino*, « le corps ». Elle illustre bien l'importance du corps dans la perception polynésienne de la santé.

## (2) La santé comme état transitoire et conditionnel

Les états de santé sont transitoires. Ils paraissent instables et susceptibles de chamboulements à tout moment par l'apparition d'une maladie ou d'un symptôme, ou d'une blessure ou encore d'une guérison. La santé, parfois on l'a, parfois on ne l'a pas. Mais si une certaine forme de fatalité ou de déterminisme émerge dans l'évocation de sa représentation, son caractère aléatoire est tout de même limité.

C'est un état conditionnel car elle dépend de la présence ou non d'une maladie. La santé d'un individu est la résultante de son comportement. Lorsque l'on interroge les patients sur la cause des maladies, l'une des expressions qui revient souvent est : « il y en a qui cherchent ». Cela confirme que les comportements qu'adopte l'individu, conditionnent son état de bonne ou mauvaise santé.

## (3) Le système curatif définit la santé par l'absence de maladie

Certains patients éludent ou restreignent la question de la définition de la santé en s'appuyant sur deux critères qui leur semblent pertinents :

- l'absence de recours au médecin
- l'absence de maladie visible.

*« Pour moi, ça dépend de santé, c'est quoi... la santé des fois ça va, des fois ça va pas, alors si ça va pas, je suis obligé de prendre les médicaments, enfin c'est comme ça, enfin quand la santé ça va pas, je vais aller voir le docteur, c'est obligé d'aller voir le docteur si ça va pas la santé, si ça va alors pas besoin de te voir et pas aussi la peine de prendre les médicaments. »*

Le concept de la santé est un concept occidental importé. Il n'y a pas de mot en *reo mā'ohi* connu des patients pour définir la santé. A l'inverse, la maladie est très bien décrite en *reo mā'ohi*. On peut penser que l'état de santé dans cette langue se définit par l'absence de maladie. La santé est le « négatif photographique » de la maladie. En l'absence de maladie, c'est la santé.

Par contre, si on a affaire au médecin, aux médicaments ou à la maladie alors ce n'est plus la bonne santé.

En l'absence de (bonne) santé, il faut agir pour lutter contre la maladie et ainsi retrouver la santé. L'univers de la santé appartient à l'univers du curatif. C'est le dogme de l'organisation de la médecine biomédicale.

En bonne santé, il n'y a pas de raison de rencontrer un médecin.

#### (4) Etre en bonne santé, une démarche active

##### Manger pour être en bonne santé

L'alimentation est évoquée dans 8 entretiens sur 9, pour signifier que la santé dépend qualitativement et quantitativement de ce que l'on mange. Les produits importés sont souvent associés à une maladie ou tenus pour responsables de l'apparition d'une maladie.

Le sucre, le gras et la viande d'importation sont perçus par les patients comme des aliments néfastes pour la santé. L'alimentation traditionnelle est perçue positivement, elle est vectrice d'une amélioration de la santé. Pourtant, on peut s'interroger sur l'impact des variables expérimentales liées à la situation d'entretien et de communication dans la mesure où les contenus prescriptifs de l'évocation de la représentation des patients témoignent de comportements alimentaires qu'il faudrait avoir et non des pratiques alimentaires effectives.

Si on retrouve dans les récits des patients des passages où les habitudes alimentaires des anciens tahitiens et leur santé sont valorisées, l'analyse doit faire la part de cette valorisation entre le profond respect lié à la mémoire des anciens et leurs comportements alimentaires.

*« Oui, parce que avant y'a pas de repas par dehors [=aliments importés], tu vois. Comme genre de poulet, viande tout ça, il n'y a pas paha<sup>80</sup> avant, à l'époque, les, mes grands-pères, tout ça eux, sont costauds. Maintenant, pas bon »*

L'alimentation semble être un des points les plus importants aux yeux des polynésiens pour être en bonne santé.

*« Bah, il faut... pour être en bonne santé.. pour moi il faut manger bien, manger bien, éviter de manger tout ce qui est gras, sucrerie... »*

Il semblerait donc que les messages de prévention des dernières années soient bien intégrés au sein des représentations des patients.

*« Il faut euh.. il faut manger les trucs euh... il faut des ... un peu ... des légumes, tu vois. Des poissons, au lieu de manger les poulets, ou tu vois la viande »*

La stratégie essentielle des campagnes de prévention en Polynésie Française repose sur l'idée que la consommation de produits locaux est bénéfique alors que la consommation de produits importés est néfaste pour la santé.

L'importation des produits occidentaux est identifiée par les patients comme une des causes de la genèse et de l'expansion des maladies chroniques. Le message de prévention qui tend à favoriser les produits locaux va bien dans ce sens. La consommation prioritaire des produits *mā'ohi* (autochtones) est décrite comme un élément important de « bonne » santé pour le

<sup>80</sup> Paha : évidemment, probablement, s'utilise pour renforcer un propos

peuple *mā'ohi*. Ici encore, l'analyse des contenus des entretiens, pour être pertinente doit tenir compte de l'impact de la variable identitaire sur les contenus évoqués dans la représentation du lien entre les comportements alimentaires et les états de santé.

### **Bouger santé**

L'analyse des contenus de la représentation évoquant le lien entre l'activité physique et la « bonne » santé atteste des effets des campagnes de promotion et de communication sur la santé des dernières années. L'activité physique est perçue par tous les patients comme bienfaitrice et comme un outil indispensable pour avoir et rester en « bonne » santé.

Après l'alimentation, c'est le deuxième élément par fréquence qui est cité par les patients questionnés sur les moyens et les conditions d'accès à l'état de « bonne » santé.

Le rapprochement lexical entre « bouger » ou « le mouvement » et la vie, guérir, sauver, vivant, est explicite en *reo mā'ohi*, qui n'utilise qu'un seul terme : *Te ora*.

*« Pour être en bonne santé là, comment on dit, faut normalement faut travailler, il faut bien occuper de toi, il faut que tu sois toujours en forme, tu fais toujours le sport. »*

« Manger santé » et « bouger santé » sont des messages qui sont intégrés aux représentations des patients.

Mais les comportements ne reflètent pas ce constat. On peut alors dire que les campagnes de promotion d'une alimentation saine locale et la pratique d'une activité physique régulière sont insuffisantes pour provoquer les modifications de comportements.

Des actions exogènes aux patients doivent les provoquer. Des changements majeurs et radicaux doivent avoir lieu en termes de politique d'importation et de production des biens alimentaires.

### **Respecter les consignes du taote**

Le non-respect des consignes du *taote*, est une des raisons du non-retour à la santé ou de l'aggravation d'une maladie. Ainsi l'observance est perçue comme nécessaire pour améliorer sa santé.

D'autres représentations ou d'autres comportements doivent rentrer en conflit avec celle-ci car le découragement des soignants que nous avons identifié se source principalement dans l'inobservance.

## (5) Être humain, être heureux

### Vieillir

La question de la cause du vieillissement du corps humain permet d'accéder aux croyances des patients et à la représentation qu'ils peuvent avoir du dysfonctionnement de leur propre corps. Les causes du vieillissement rejoignent parfois les causes de la maladie.

Les causes du vieillissement sont le plus souvent d'ordre métaphysique : Dieu.

C'est lui qui aurait décidé de morceler la vie des hommes ainsi : jeunesse (insouciance/naïveté/santé) puis vieillesse (sagesse/transmission/maladie) puis la mort. Le vieillissement s'inscrit dans l'ordre des choses, il est naturel, c'est une étape avant la mort.

*« Pourquoi on vieillit ? Hé bien parce que... parce que c'est naturel, c'est comme ça, c'est la vie. (Inaudible)... on va pas rester jeune seulement, on va pas rester jeune et après on vieillit, et après on va mourir. Après ... (rires) »*

Il n'est pas « logique » de mourir jeune ou de mourir en bonne santé puisqu'on associe la jeunesse et la pleine santé. Être vieux est une étape indispensable dans la vie de chaque être humain. Il est anormal voire illogique de penser rester jeune toute sa vie, de penser rester en bonne santé toute sa vie. La maladie est une étape inéluctable voulue par Dieu qui fait passer l'homme de la jeunesse vers la vieillesse.

Ceux qui n'identifient pas Dieu pour expliquer pourquoi ils vieillissent, abordent le problème selon une représentation mécaniste du corps humain. Avec le temps, les pièces s'usent et se détériorent, c'est ce qui explique le vieillissement de l'organisme.

*« Alors ça... pourquoi on vieillit, alors je pense aussi parce que je reste comme, c'est l'usure, on avance aussi dans l'âge et y a les systèmes du corps, c'est comme les véhicules c'est pareil, donc y a des usures, y a la fatigue des organes aussi. »*

L'alimentation apparaît encore ici comme une des causes du vieillissement accéléré. Une mauvaise alimentation conduit à une mauvaise santé, qui équivaut à un vieillissement prématuré.

*« Tu veux dire... on vieillit naturellement, en mangeant bien bien quoi, quoi, y a on vieillit en mangeant mal aussi, c'est toi même qui cherche, c'est moi même qui cherche pour que je vieillisse vite, voilà, et voilà en mauvais état quoi de santé, ça fait vieillir aussi tout ça. »*

## **Fonctionnement du corps humain**

Les représentations concernant le fonctionnement du corps humain rejoignent dans certains aspects celles du vieillissement. Mais plus en détails, nous nous sommes intéressés à la connaissance des patients concernant l'anatomie et la physiologie.

Ils ne connaissent pas le fonctionnement à l'intérieur de leur corps quel que soit l'organe ou le système considéré (respiratoire, cardiovasculaire, digestif).

Les femmes sont plus informées concernant l'anatomie du petit bassin. La pénétrance de l'information des sages-femmes pour l'accouchement est plus importante que celle de la régulation de la glycémie par le pancréas<sup>81</sup>.

Les patients suivis depuis plus de 10 ans ne connaissent pas leur maladie anatomiquement ou physiologiquement. Pour ce qui est des malades chroniques, leur maladie ne se définit que par la nature des soins, les médicaments qu'ils prennent et les examens que les médecins demandent.

Concernant la physiologie, les notions partagées par les patients sont :

- l'importance de la pompe cardiaque et des tuyaux qui permettent la circulation du sang.
- le sang comme vecteur d'énergie et de force
- la respiration comme signe de vie, indispensable pour parler
- l'utérus pour la gestation.

La méconnaissance des patients de l'anatomie et de la physiologie peut se comprendre par plusieurs éléments. La perfection divine dans la création du corps humain, ne rend pas nécessaire de s'intéresser à son fonctionnement pour ceux qui y croient. Chercher à comprendre ce qui est caché par Dieu peut apparaître comme une forme de défiance envers lui.

*« Question bizarre, si c'est Dieu qui l'a fait, pourquoi savoir comment ça marche ? »*

Un des neufs patients interrogés est pris en charge par les équipes d'endocrinologie d'un hôpital militaire parisien lors de son entrée dans la maladie. Sa connaissance sur l'anatomie et sur la physiologie du pancréas sont excellentes. La connaissance des différentes insulines et leurs modes de fonctionnement montrent la maîtrise de concept comme la pharmacocinétique. On note un fossé entre ce patient diabétique qui est le seul à avoir bénéficié d'une éducation thérapeutique pendant son séjour prolongé (presque 1 an) à l'hôpital, et les autres patients interrogés (non diabétiques, ou diabétiques n'ayant pas profité d'éducation thérapeutique intensive).

---

<sup>81</sup> Un patient, expert de sa maladie contredit cette affirmation

Cette vision du patient expert de sa maladie, expert de son propre corps laisse entrevoir un espoir pour l'éducation thérapeutique en Polynésie. Avec des moyens suffisants, on a fort à parier que la connaissance des patients sur leur maladie et leur corps s'améliore et avec elle l'observance. Le facteur limitant la transmission de concepts biomédicaux reste le niveau d'éducation. Une meilleure connaissance doit encore aider à responsabiliser le patient et lui donner des éléments pour mieux gérer ses états de faiblesse et organiser ses propres stratégies pour lutter, se défendre et prendre conscience de l'aspect évolutif de ses états de santé.

Le niveau d'éducation semble également un point primordial en ce qui concerne la connaissance et la compréhension des concepts médicaux et du lien entretenu entre diagnostic et stratégie de soin.

Des 9 patients qui ignorent totalement comment fonctionne leur organisme, 8 n'ont pas eu de scolarité lycéenne. Ces chiffres ne nous permettent évidemment pas de conclure, mais le lien entre niveau d'études, compréhension de l'organisme et observance a déjà été largement prouvé.(105)

### **Bonheur et famille**

L'ingrédient indispensable pour être heureux correspond à la famille. Être heureux seul est antinomique pour les patients. Le bonheur s'épanouit s'il est partagé et l'unité de partage préférée des polynésiens est la cellule familiale.

L'absence de conflit entre les personnes qui sont réunies, permet également de tendre vers le bonheur. Si deux individus s'opposent dans un conflit lors d'une rencontre, ils s'éloignent tous deux du bonheur. Le conflit est incompatible avec le bonheur selon les patients polynésiens. Et le moyen pour désamorcer les conflits est le dialogue. Il faut donc parler et dialoguer avec ses proches pour pouvoir être heureux. L'organisation de la distribution de la parole dépend du statut social des interlocuteurs. Faire entendre sa voix, c'est s'intégrer dans un système de communication géré par des règles sociales et culturelles fortes. Se parler devient donc l'expression d'un lien, d'une appartenance, d'une identité. Le chant polynésien à cet égard est édifiant. Il accompagne toutes les manifestations familiales et propose des productions collectives à la fois harmoniques mais aussi polyphoniques. Il est souvent l'expression du bonheur d'être ensemble en famille.

A la question : « Est-il possible d'être heureux seul ? », tous les patients ont répondu par la négative. Le partage et la communication sont deux valeurs auxquelles les polynésiens sont attachés car elles permettent de s'épanouir, c'est-à-dire de se retrouver, se reconnaître, participer à un projet communautaire renforçant son identité propre.

Une autre condition importante qui permet d'être heureux semble être l'argent. L'évolution de la société polynésienne confrontée au développement de la consommation nourrit aussi les désirs, les besoins et les ambitions des individus. La matérialisation des objets de leur désir et

de leurs besoins développe une envie de posséder importante. Le bonheur se lie à l'idée de concrétiser leur désir et au fantasme de combler leurs besoins. On reprendra la citation d'un patient :

*« A rave te ohipa, aita e moni, aita e tama'a, Si tu travailles pas, pas d'argent, manger cailloux. Voilà ! Pour être heureux comme ça euh...il faut que tu travailles pour avoir de l'argent pour ta vie. Si tu ne travailles pas, tu n'es pas heureux. Tu n'es pas heureux, il faut avoir des sous, acheter le ma'a pour tes enfants, ta femme, avoir quelque chose pour ta femme, pour tes enfants »*

### **Santé et reo ma'ohi**

Les patients ont eu à répondre à la question : « quel est, selon vous, le meilleur terme ou la meilleure expression pour dire « la santé » en tahitien ?

Un premier constat est l'absence de consensus pour désigner « la santé ».

<i>Patient</i>	Expression en tahitien	Traduction en français
<b>Patient 1</b>	Maitai roa, oa'oa roa	Très bien, très content
<b>Patient 2</b>	Maitai to o'e ea	Ta bonne santé
<b>Patient 3</b>	A to o'e huru, i roto to o'e ma'i	Ton état dans ta maladie
<b>Patient 4</b>	O vai te ohipa, aite moni, e aite ma'a	Pas de travail, pas d'argent, rien à manger
<b>Patient 5</b>	Maitai roa	Très bien
<b>Patient 6</b>	Ne sait pas	
<b>Patient 7</b>	Maitai te tino	Bien pour le corps
<b>Patient 8</b>	Te ora	La vie, vivre, être sauvé,vif
<b>Patient 9</b>	Maitai to o'e	La santé

***Figure N°9 : Termes en reo mā'ohi pour désigner la santé et leur traduction***

On note l'inhomogénéité des réponses lorsque la question est posée en français.

A la suite de cette question, nous proposons le mot proposé par l'académie tahitienne pour définir la santé et utilisé par les institutions sanitaires pour communiquer sur la santé : *Ea*

## **C.2. Représentation de la maladie**

### **(1) Maladie grave ou maladie simple**

Les patients commencent toujours par préciser le sujet que l'on aborde lorsque l'on parle de maladie. Souvent ils précisent qu'il « existe toute sorte de maladie », qu'il n'y a pas une seule maladie et que leur réflexion/réaction dépendra de quelle maladie on parle. Ceci signe que toutes les maladies ne sont pas perçues de la même manière et qu'elles n'entraîneront pas les

mêmes réponses, les mêmes comportements. Il apparaît donc que les maladies pourraient être hiérarchisées en fonction de différents critères que nous allons tenter de mettre en évidence.

La gravité est le premier critère qui apparaît comme l'un des plus importants pour classer les maladies entre-elles. Cette gravité dépend de plusieurs facteurs qui diffèrent de la gravité au sens biomédical.

Au sens biomédical, il n'existe pas de définition figée de ce qu'est une maladie grave mais voici quelques références qui permettent d'en définir les limites.

Pour la Sécurité Sociale française, une « maladie grave » est une « affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

Nous allons montrer que pour les patients polynésiens, la maladie grave prend d'autres formes. Les maladies perçues comme graves et évoquées lors des entretiens sont : le cancer, la grippe, le chikungunya, la dengue, la leptospirose, le rhumatisme articulaire aigu (RAA). La gravité de la maladie est rattachée à l'incapacité qu'elle peut engendrer. La perte de mobilité d'un membre, les difficultés pour se déplacer ou l'impossibilité de réaliser les actes du quotidien sont des incapacités qui rendent la maladie grave. La perte d'autonomie apparaît comme un critère permettant de faire la distinction entre une maladie grave et une maladie banale.

Une maladie sans symptôme n'est pas considérée comme grave. La gravité est associée à la perception par le patient de signes, de symptômes.

*« Maladie bah, on est malade hein ! (Silence)...*

*Après y a maladie ça dépend quoi, y a maladie grave, Il y a toute sorte de maladie hein,*

*A : Et si on pense à toutes les maladies, à quoi ça te fait penser ?*

*M : Bah ça me fait penser : bah, c'est foutu quoi!, enfin si vraiment c'est une maladie grave quoi hein, c'est foutu pour moi par exemple, si c'est pour « être cloîtré dans la piaule, la chambre de l'hôpital, jusqu'à vie quoi (rires). »*

Un autre facteur dont dépend la gravité de la maladie est son caractère curable ou non. Une maladie incurable, pour laquelle on ne peut rien faire est une maladie grave. Une maladie dont le traitement laisse à penser à une évolution favorable possible est perçue comme moins grave.

*« Y'a d'autres maladies tu peux guérir mais y'a d'autres maladies tu arrives plus à te guérir, tu sens la maladie que tu as. »*

Si la maladie « change la personne », change son apparence ou son contact, si « quelque chose ne va pas bien sur son corps » la maladie est caractérisée de maladie grave, elle est visible, on la voit.

Un dernier élément qui permet de dire si une maladie est grave, est le recours à la chirurgie. Les patients évoquent leur passage au bloc opératoire comme une épreuve angoissante durant laquelle ils n'ont aucune prise sur les événements qui s'enchaînent sans qu'ils comprennent ce qu'il s'y passe.

Un patient relate son arrivée au Centre Hospitalier de la Polynésie Française comme un passage « *sur une autre planète* ». Les maladies nécessitant une prise en charge chirurgicale, en plus de se dérouler dans un milieu totalement inconnu des patients (la structure hospitalière), se déroule sur une autre île que la leur. Ce changement brutal d'environnement n'est pas toujours bien vécu. Le recours à la chirurgie et ses conséquences confèrent à la maladie un caractère grave.

## **(2) La maladie vectrice de la peur et de la mort**

Le mot « maladie » suscite souvent une évocation de la mort, ou de la peur. La maladie est associée à l'anxiété et au questionnement relatif à la fin de la vie. Le mot maladie est souvent associé à l'expression : « c'est foutu » ou « c'est le pire ». On voit bien qu'à travers ces deux locutions, c'est bien la mort qui est entrevue par les patients.

Comme nous l'avons vu un peu plus haut, le vieillissement est intimement lié à la maladie. On ne vieillit pas en bonne santé. En prenant le vieillissement comme l'étape précédant la mort, la maladie s'inscrit « naturellement » dans le cycle de la vie. Les maladies des sujets jeunes, des enfants, sont vectrices de peur car elles concentrent toutes les caractéristiques de l'anormalité.

## **(3) Causes des maladies chroniques**

*« Nous nous sommes intéressés aux causes attribuées par les patients à leur maladie ou aux maladies en général. Le but de cette partie est d'identifier les systèmes étiologiques qui permettent aux patients de créer du sens autour de leur pathologie.*

*Le patient s'adresse aux soignants pour leur soumettre sa plainte et espère trouver une réponse à ses questions, à son angoisse liée à ce dysfonctionnement et à ses symptômes. Les soignants apparaissent comme des décodeurs et des traducteurs entre deux mondes : celui de la maladie et celui des patients. Ce travail de décodage va permettre au patient de nommer sa maladie, de l'accepter et d'agir pour lutter contre elle en suivant les directives du soignant. Tous les systèmes de soins sont organisés ainsi. » (106)*

Nous nous sommes donc intéressés au sens que les patients attribuent à leur maladie.

### **Maladie punition**

Pour expliquer la survenue de certaines pathologies incurables, les patients nous parlent de sanction. La plupart du temps en des termes religieux, mais aussi parfois pour expliquer qu'à

la suite d'un désaccord ou d'une mauvaise action, une maladie pouvait s'installer pour punir celui qui avait fauté. La punition divine apparaît ici comme archétypale quand on connaît la grande tradition punitive et purificatrice de la religion judéo-chrétienne. Les fautes sont expiées par la punition. Ainsi en se reposant sur des bases religieuses, certains patients donnent un sens spirituel à leur pathologie.

Les médecins occidentaux athées sont totalement étrangers à ces organisations de causalité et ne s'y intéressent pour ainsi dire jamais. Il y a fort à croire qu'en incorporant la cause du patient aux perspectives thérapeutiques, un levier peut améliorer les prises en charges disponibles.

Dans le cadre de cette « maladie punition » le patient est culpabilisé, la maladie survient car c'est sa faute et il faut payer le prix. La fatalité divine ne semble pas être un outil avec lequel les professionnels de santé puissent œuvrer. Tout d'abord par manque de connaissance ou de légitimité pour prendre des positions sur ce sujet. L'influence de ce système étiologique concernant l'observance serait intéressante à mener.

### **Maladie transgression**

Le non-respect des directives médicales peut être perçu comme un facteur favorisant voire comme un facteur aggravant une pathologie.

*« Il écoute pas, au lieu de dire, parce que tous les malades quand le docteur ils disent « il faut pas faire ça il faut pas faire ça », moi je sais, ça m'arrive aussi des fois, après ça va pas. C'est pour ça le docteur il m'a dit si tu veux la mort tu peux arrêter de prendre les ra'au, alors moi je veux pas ça.»*

On retrouve cet aspect transgressif lorsque l'on aborde le thème des régimes ou des règles hygiéno-diététiques. Le non-respect du régime est perçu comme la transgression d'une prescription alimentaire, la conséquence de cette violation est une aggravation de la maladie ou une absence de guérison.

*« Bah, c'est nous qui cherchons hein ! »*

### **Maladie mauvais parler**

Les professionnels de santé évoquent la possibilité que les patients expliquent la survenue d'une maladie par le fait de tenir des propos négatifs ou déplacés au sujet d'une personne. Les patients nous confirment que dans certaines situations conflictuelles, les paroles peuvent se transformer en maladie.

*« ...Pour moi ça veut dire ce que tu penses et puis voilà, tu peux être malade quand tu dis quelque chose. Par exemple je pense, et je dis. Par exemple je dis à une personne, il fallait pas*

*dire quelque chose c'est pas bien, un secret ou quelque chose il fallait pas dire. Par exemple, je vais te jeter un mauvais sort ou quelque chose comme ça, ça crée une maladie ça aussi. »*

### **Maladie empoisonnement**

Plusieurs patients évoquent la possibilité que les maladies de l'homme soient secondaires à son environnement. Il peut être toxique pour lui. L'exemple de la bombe atomique de Moruroa est cité. On peut parler de l'utilisation de pesticide par les agriculteurs qui en plus de contaminer les fruits et les légumes, polluent le sol et le lagon. A cela, il faut ajouter la pollution de l'air à cause des différentes fumées : voiture, feu, cigarette.

Il ne semble pas y avoir de lien avec les croyances pré-européennes qui accordaient une grande importance aux notions de contamination, ou de contagion notamment par la mort ou par les menstrues.

### **Maladie des mauvaises habitudes**

C'est le modèle étiologique qui apparaît avec la plus grande fréquence. Les mauvaises habitudes regroupent plusieurs comportements. D'abord le fait de ne pas « s'occuper » suffisamment de son corps, de « ne pas prendre soin » suffisamment de son corps.

Ensuite le fait de ne pas faire assez d'exercice, de rester devant la télévision. Les patients disent qu'ils ne s'entretiennent pas assez ou qu'ils négligent leur corps.

Ici encore on voit le lien fort qui unit le corps et la santé.

*Te tino*<sup>82</sup> en reo mā'ohi semble être l'unité, le contenant de la santé, s'il est usé, ou abîmé, celle-ci disparaît, et il faut prendre le temps de le réparer.

« Prendre soin de son corps pour éviter de tomber malade » est une idée qui dépasse la simple médecine curative. Une idée sur laquelle des messages préventifs peuvent et doivent s'appuyer.

## **(4) Aqir, réagir face à la maladie**

La maladie est toujours rattachée au comportement qu'elle va inconsciemment déclencher. Les patients nous en parlent en nous expliquant que la maladie que développe un individu « doit » le mener à consulter son médecin et à prendre des médicaments. On voit ici le caractère normatif de l'inconscient collectif : « il faut », « il doit ». Ces comportements sont inscrits dans la culture des patients. L'apparition d'un symptôme, la manifestation de la maladie « doit » engendrer ces comportements et ainsi mener vers la guérison.

*« La maladie, mais... je suis malade... il faut aller au médecin, faut chercher un moyen, tu n'as pas, tu cherches pas un moyen après tu vas... vaut mieux que tu cherches un moyen... aller au taote, le taote il va te donner un ra'au et il va te donner un peu de la bonne santé pour toi. »*

---

<sup>82</sup> *Te tino* : le corps

A l'unanimité, les patients répondent qu'il faut réagir quand on est malade, il ne faut pas rester les bras croisés. La reconquête de la santé est une tâche où il faut être actif. Un changement de comportement est perçu comme nécessaire lorsque l'on est malade. Les patients expriment bien cette notion et deux visions se dégagent :

- Voir en premier lieu le médecin du dispensaire dès les premiers signes  
ou
- Utiliser d'abord les *ra'au tahiti* avant d'aller voir son médecin.

*« En premier je vais pas hei vite, parce que je sais c'est quoi que je gonfle [...] j'attends, quand je bois les ra'au tahiti il faut que j'attends 3 jours, et si ça passe pas, je vais au dispensaire ».*

*« Il faut faire attention, quand on est malade, il faut prendre soin de hein ? Ouais! Ça me fait penser faut prendre les ra'au, médicament, quand il y a maladie alors là il faut voir le docteur, ouais si tu es malade, il faut aller voir le docteur, voilà, comme ça il fait... voilà, (inaudible), aya ! Je suis malade. Je suis malade, alors tu dois passer voir le docteur. »*

L'invariable réside dans l'action face à la maladie. Les patients agissent tous lorsqu'il y a un symptôme. Le recours à la médecine biomédicale n'est pas toujours le premier recours, les *ra'au tahiti*, préparés dans la sphère familiale font souvent partie de la première dynamique mise en place par les patients.

### (5) Rôle du taote et attente des patients

Le rôle principal du *taote* aux yeux des patients est la prescription de médicaments. La guérison est espérée si l'on respecte l'enchaînement :

<b>Symptômes → Taote → Ra'au → Respect des consignes → Guérison</b>
---

En plus de prescrire les médicaments, les patients attendent du *taote* qu'il fasse disparaître la douleur.

En leur posant la question : « qu'est-ce qu'il faut dire au *taote* ? » Les patients nous répondent qu'il faut localiser la douleur qu'ils ont. La douleur est une motivation supplémentaire pour entraîner une consultation médicale.

Une des interviewée nous explique que la pharmacopée polynésienne contemporaine ne possède pas de *ra'au* contre la douleur. C'est le médecin qui lutte contre la douleur grâce aux médicaments.

Les patients recherchent également une forme de réassurance lorsqu'ils consultent un *taote*, c'est un moyen de déterminer la gravité de ce qui leur arrive. Et s'il arrive quelque chose de grave, les patients s'en remettent à son jugement et sa compétence.

Au-delà de la réassurance, certains patients recherchent une forme d'autorité dans la rencontre avec le médecin. C'est le médecin qui interdit et qui autorise.

Probablement héritée des décennies de paternalisme médical, il semble que les patients plus âgés soient les plus sujets à ce genre d'attente.

*« Le taote qu'est-ce qu'il va faire pour m'aider, bon, il va prendre la température, il va me vacciner tout ça mais si ça va pas il va m'hospitaliser et là il va me tenir dans sa main jusqu'à ce que j'allais me guérir »*

## **(6) Guérir**

Nous avons interrogé les patients sur les moyens qui existent pour guérir en Polynésie aujourd'hui. Le but est de repérer les alternatives à la biomédecine qu'utilisent les patients.

Pour les patients la première chose à faire est de respecter les consignes du « docteur », comme on l'a dit précédemment, le non-respect des recommandations, la transgression des interdits peuvent être la cause d'une incurabilité, d'une complication.

*« Il faut écouter le docteur, si tu veux guérir la maladie, il faut écouter. Pourquoi ? Tu veux aussi être docteur aussi ? non non non ! C'est comme ça le tahitien il veut être aussi comme le docteur. Le docteur il dit il faut faire ça il faut faire ça, non, non non c'est moi le docteur. (rires), c'est comme ça le tahitien le mā'ohi la hein ! »*

Le respect des consignes médicales se focalisent surtout sur la prise des médicaments et sur le respect des règles alimentaires.

Un deuxième élément est l'utilisation des *ra'au tahiti* que nous verrons plus loin.

### **C.3. Représentations relatives aux traitements**

#### **(1) Le médicament, première étape vers la guérison**

La prescription de médicaments par le médecin semble être la motivation principale des patients pour chercher de l'aide auprès des *taote*. Le médicament est l'objet autour duquel se construisent les espoirs de la guérison, ou du moins de l'amélioration des symptômes comme la douleur.

Pour ce qui est des maladies qu'on ne guérit pas, la question se pose alors de l'intérêt de prendre des médicaments puisque la guérison ne sera pas atteinte grâce à eux. Et on le sait d'avance.

Pour les patients, le but primaire du traitement est la guérison. On peut alors se questionner sur l'observance d'un traitement préventif qui n'est pas associé à la guérison. L'exemple le plus évident en Polynésie est bien la distribution systématique à la population de NOTEZINE® et ZENTEL® pour lutter contre les épidémies de filariose lymphatique. Ces campagnes ont vu l'observance varier mais la prise objectivée directe<sup>83</sup> a été nécessaire pour assurer une couverture suffisante de la population et permettre une prévention efficace. (107)

## **(2) Les ra'au popa'a : meilleur traitement contre la douleur**

Les patients nous disent que les médicaments occidentaux sont efficaces et qu'il n'y a pas d'équivalent pour la douleur dans les autres médecines.

Nous voyons que l'expression de la douleur est culturelle, si elle diffère du mode d'expression occidentale, elle n'en est pas moins présente. L'accès aux traitements antalgiques via la consultation médicale est un motif de consultation fréquent.

Les exemples de situations pour lesquelles les polynésiens ont recours à la médecine occidentale sont le plus souvent en lien avec la prise en charge de la douleur.

## **(3) Fonctionnement des médicaments**

La majorité des patients ne connaissent pas le fonctionnement des médicaments. Quelques-uns évoquent la circulation du médicament dans le sang. La plupart des patients ignore ce qu'il se passe une fois ingéré. Les délais d'action ou les durées d'action sont méconnus<sup>84</sup>.

Le fonctionnement du médicament est de l'ordre du mystère. C'est le médecin qui sait, et en plaçant sa confiance entre ses mains, le patient ne s'intéresse pas au fonctionnement du médicament. L'efficacité ou non du traitement est l'élément qui juge de la compétence du médecin.

L'ordonnance devient le seul rempart pour l'observance. La méconnaissance du fonctionnement du médicament confine le patient à un respect scrupuleux des inscriptions parfois illisibles de l'ordonnance.

Un travail de recherche porte justement sur le devenir de l'ordonnance à la sortie du cabinet du médecin généraliste, et les résultats nous laissaient penser que ce rempart n'est pas efficace. La plupart des ordonnances terminant à la poubelle moins de 24h après la consultation. (108)

*« Les médicaments ça me fait penser à quoi ? ça me fait penser à me guérir, à me soulager le corps,... prendre soin de son corps, tu sens dans les médicaments, mais y'a d'autres choses tu vois encore, c'est ça qui est terrible. Y'a d'autres jours, on y pense plus qu'on devait prendre*

---

<sup>83</sup> Prise objectivée directe (POD) : méthode permettant d'améliorer l'observance. Les comprimés sont distribués au domicile des patients par des ambassadeurs POD qui « observent » le patient avaler les comprimés.

<sup>84</sup> Une exception doit être mentionnée pour un patient diabétique qui maîtrise parfaitement les noms, les formes galéniques, les voies d'administration et les durées de vie de ses traitements.

*des médicaments tu vois, c'est là ça revient encore la maladie et là quand ça revient c'est encore plus pire. Plus pire.  
C'est à cause de la personne si elle prend pas ses médicaments. »*

Le médicament le plus souvent cité dans l'ensemble du corpus est le DOLIPRANE®. Les vertus du Paracétamol sont bien connues des patients : antipyrétique et antalgique. Le fonctionnement du médicament reste pour sa part obscure.

#### **C.4. Perceptions dans la relation médecin-malade et comportement en santé**

##### **(1) La confiance envers le médecin, marque de respect des études et du diplôme qu'il détient**

Les patients affirment avoir confiance dès la première rencontre avec un médecin. Les prescriptions et les conseils qu'il donne sont toujours écoutés avec attention car il est « celui qui sait » grâce aux études de médecine qu'il a faites. Les patients affirment vouloir suivre les conseils du médecin systématiquement car ils sont en cohérence avec le diagnostic du médecin.

##### **(2) Observance ou de l'inobservance d'après les patients**

On a vu plus haut que l'observance était la condition pour espérer une guérison.

On a aussi vu qu'en l'absence de guérison espérée, les patients ne perçoivent pas l'intérêt de prendre un traitement.

L'absence de symptômes qui motivent la consultation et la prise du traitement est une autre cause d'arrêt prématuré d'un traitement.

Aucun patient ne mentionne le coût des traitements comme frein à l'observance. C'est un signe d'une organisation des soins plus égalitaire que dans d'autres pays. L'exemple des Tonga ne va pas dans ce sens. (109)

*« Pour être en bonne santé, il faut écouter aussi les docteurs parce que maintenant, les tahitiens ils écoutent pas, il vient seulement voir les docteurs, les docteurs ils auscultent tout, prend note tout, arrivés à la maison, ils changent. »*

La prise de *ra'au tahiti* peut parfois mener à l'inobservance. L'incompatibilité des *ra'au popa'a* et des *ra'au tahiti* en est souvent la cause.

Tout comme pour les traitements occidentaux, les patients ne respectent pas toujours les prescriptions des *ra'au tahiti*.

*Ah... c'est comme le ra'au popa'a y'en a hoa qui écoutent, y'en a hoa qui écoutent pas, je crois que c'est comme je t'ai dit, c'est têtû !*

*« Des fois, ils pensent à des ancêtres, ils pensent aux médicaments des ancêtres, des trucs comme ça. Tu sais quoi, je vais t'expliquer pour la santé, pour les ra'au des ancêtres. Parce que avant quand tu as mal, tu as mal au dos, tu as mal à la tête, tu as mal aux bras, aux poumons, essoufflé comme ça. Quand les ancêtres il fait les ra'au, le médicament, il fait seulement un pour tous les malades.*

*A : Un médicament et c'est tout le monde qui le boit.*

*H : Il faut un médicament il soigne tout, le machin le problème. Maintenant non, ça y est je t'ai expliqué, je prends 4 médicaments, tu as plein... parce que les ancêtres, c'est ça le problème, ils pensent aux ancêtres, c'est pas pa'i<sup>85</sup> la même chose. Au docteur y'en a les diabètes tout tout tout, c'est pas les mêmes ra'au, après plusieurs formules [médicaments] pour le diabète y'a besoin. Tu fais le ra'au pour les maladies qui est sur toi, peut-être c'est ça qui gêne les autres hein ! »*

De cet extrait, il faut comprendre que le nombre de comprimés peut être un frein pour les patients polynésiens. Alors qu'avec la médecine traditionnelle, il n'y aurait qu'un traitement qui agit sur tous les problèmes, la biomédecine propose plusieurs traitements pour un seul problème.

Une croyance partagée par les patients consiste à dire qu'avaler beaucoup de comprimés entraîne une baisse de l'appétit. Quand on a compris la place primordiale qu'occupe l'alimentation en Polynésie, on comprend que la perte d'appétit soit aussi associée à une mauvaise santé.

Pour l'observance des règles hygiéno-diététiques, la difficulté pour les patients est la tentation alimentaire. «C'est trop bon», «je suis trop gourmande», sont parfois des causes d'inobservance identifiées.

### **(3) Tabu dans la consultation médicale : Dire ou Ne pas dire**

On note une hétérogénéité dans la réponse des patients lorsque l'on touche au sujet de ce que l'on peut ou de ce que l'on ne peut pas dire à un soignant.

Un premier groupe de patients suggère qu'on doit tout dire au *taote*, qu'il est là pour les aider et qu'il lui faut tous les « éléments pour pouvoir décider au mieux pour la santé » du patient.

*« Pourquoi je cache si j'ai mal... à quoi ça sert d'aller voir le docteur et après tu vas pas dire la vérité, c'est pas ia la peine de voir le docteur, vaut mieux ia à la maison. Quand tu vas aller voir le docteur il faut montrer tout, il faut dire tout voilà, comme ça le docteur il va te prendre en charge, il va faire justement. »*

---

<sup>85</sup> Pa'i : mot qui renforce le discours, équivalent « eh bien ! »

Un autre groupe de patients nous signale que certaines choses ne peuvent pas être évoquées. Le premier point concerne les désaccords avec le médecin. Par respect, le patient refuse d'exprimer son désaccord. Il préfère écouter le discours du soignant, et une fois rentré chez lui d'oublier la consultation car il n'était pas d'accord.

« A : Si par exemple on est pas d'accord avec lui ? Est ce qu'on a le droit de lui dire ou pas ?

T : Non

A : Et alors comment on fait alors ?

T : Et bien on l'écoute,

A : Et après.

T : Voilà et juste après tout ce qu'il dit... après on oublie (rires) »

La manifestation d'un désaccord renvoie à l'idée de conflit entre deux personnes qui comme on l'a démontré plus haut est perçu négativement et devient un obstacle au bonheur.

Un autre élément qui est occulté par les patients : la prise de *ra'au tahiti*. Cette omission volontaire semble fonder par l'intolérance des soignants de cette méthode thérapeutique. Comme on l'a vu avec les professionnels de santé, les expériences négatives liées à l'utilisation de *metuapua'a* pourraient être le fondement de cette intolérance. Les messages répressifs contre les *ra'au tahiti* véhiculés par les soignants sont probablement la cause de ce non-dit autour des *ra'au tahiti*.

Un bon exemple d'omission des *ra'au tahiti* au cours de la consultation médicale est le suivant : un patient diabétique secondairement à plusieurs pancréatites médicamenteuses subies au cours d'une hospitalisation en France nous raconte sa guérison miraculeuse d'une plaie chronique qui évoluait depuis 6 mois. Au cours d'un bref séjour sur son île d'origine, ce patient bénéficie de l'aide d'une tradipraticienne qui lui prescrit des *ra'au tahiti*.

Après 3 jours de traitement, la plaie est en voie de guérison.

La consultation de contrôle en métropole se déroule quelques semaines plus tard, et le patient n'abordera jamais les causes de sa guérison qu'il a identifié : les *ra'au tahiti*.

« A : Et alors après, tu leur a expliqué ça ?

V : J'ai pas expliqué

A : Tu ne leur as pas expliqué ?

V : J'ai pas expliqué

A : Et pourquoi tu ne leur as pas expliqué ?

V : Parce que peut être le médecin il, va pas aimer je sais pas, c'est pour ça que j'ai pas expliqué. »

Un autre sujet que les patients évitent avec les *taote* concerne la prise de toxique et notamment de cannabis. Un patient nous confie avoir une consommation régulière, mais il ne pense pas que la médecine *popa'a* puisse être efficace pour ce genre de problème. A cela s'ajoute le *hama'a* qu'il subirait s'il l'évoquait en consultation.

### C.5. Ra'au tahiti

Les *ra'au tahiti* sont omniprésents dans le quotidien des polynésiens. Ils sont source de fierté mais ne sont pas reconnus par les soignants du système biomédical qui ont tendance à diaboliser leur utilisation.

*« Si ! tu peux guérir mais seulement si y'a d'autres moyens parce que le tahitien il a aussi ses ra'au. Tu mets le ra'au tahiti, il y a le ra'au tahiti qui est mieux pour ce malade là, y'en a le ra'au »*

Les patients nous éclairent sur leur consommation de *ra'au tahiti*, tous les patients interrogés ont déjà pris, prennent ou dispensent à leurs enfants des médicaments traditionnels.

On peut schématiser le parcours du patient face à la maladie. Il commence par prendre des *ra'au tahiti* dès les premiers symptômes. C'est le premier recours face aux symptômes. Après 3 jours de traitement (durée normée par les *ra'au tahiti*) et en l'absence d'amélioration, la consultation avec le médecin du dispensaire est envisagée.

*« Non d'abord je vais voir le taote d'abord, et si ça empire, tu vas pas boire les ra'au tahiti là, tu peux pas boire des trucs comme ça, après tu touches les médicaments des taote, ça va abimer »*

Si on note une amélioration de l'état de santé de celui qui bénéficie du traitement traditionnel, celui-ci peut être renouvelé jusqu'à la guérison, la biomédecine n'est pas nécessaire.

#### (1) Incompatibilité ra'au tahiti, ra'au popa'a

*« T : Euh... si tu prends le ra'au, oui, c'est rien ça, sauf y'a un machin dedans il faut jamais mélanger avec le ra'au popa'a*

*A : C'est quoi alors ?*

*T : C'est le mea, mopua*

*A : Une fougère ?*

*T : Oui, comment ça s'appelait ; mopua*

*A : Metuapua'a ?*

*T : Metuapua'a, voilà, ça c'est dangereux, ça peut, ça pourrait mourir si mélangé avec... »*

Ici le patient sous-entend qu'il existe une interaction entre les médicaments traditionnels et les médicaments occidentaux. L'utilisation de certains traitements traditionnels en première ligne diminuerait l'efficacité des traitements occidentaux.

## (2) Transmission et pratique intra-familiale

Le plus souvent ce sont les grands parents qui détiennent le savoir pour la préparation des *ra'au tahiti*. La décision de traiter les membres de la famille avec les *ra'au tahiti* revient aux parents et aux grands parents, c'est une décision collective. C'est à ce moment-là également que le noyau familial va décider du recourir ou non à la médecine occidentale ou au *ra'au tahiti*.

Dans certaines situations plus spécifiques (lithiases urinaires, infertilité...) certains patients auront recours, en dehors de la structure familiale, à un tradipraticien qui est reconnu pour ses préparations pour une pathologie spécifique.

La règle générale reste la fabrication à domicile des *ra'au tahiti*. Les recettes sont transmises des parents aux enfants.

## (3) Les grandes lignes des ra'au tahiti exposé par les patients

Il existe plusieurs classes de médicaments fabriqués à partir de la pharmacopée polynésienne. Le but ici, n'est pas d'en proposer une liste exhaustive, mais de recenser ceux qui ont été cités par les patients, et donc ceux qui sont les plus fréquemment utilisés, ceux susceptibles d'être évoqués en consultation.

*Ra'au fati* : Ces médicaments sont dédiés aux pathologies traumatiques. Le plus souvent ils se présentent en emplâtre associé à un enveloppement qu'il faut laisser agir pendant plusieurs jours jusqu'à ce qu'il se décolle par lui-même. Ces traitements ne concernent pas les plaies.

*Ra'au he'a* : Ces médicaments sont destinés à purifier, à nettoyer. Ils sont destinés aux hommes et aux femmes mais il semble que son efficacité sur les leucorrhées l'associe plutôt à un remède pour les femmes. L'efficacité du traitement est conditionnée par la période du cycle menstruel pendant lequel il est pris. L'élimination des impuretés internes est assurée par le drainage urinaire. Les recettes diffèrent d'une famille à l'autre, la prise est orale.

*« Te ma'i o te he'a : les pertes gynécologiques chez les femmes qui symbolisent que le corps de la femme est impropre ; il faut le nettoyer en buvant de l'eau de coco de coloration vert foncé »*

*Ra'au ira* : C'est le traitement pour l'énervement, l'agitation des enfants mais c'est aussi un ensemble de traitements qui traite les convulsions. Il consiste en une immersion de l'enfant dans un bain de feuille et/ou de fleurs. C'est un traitement très répandu.

Il existe de nombreuses autres préparations, on peut également citer le traitement pour les angines, pour les lithiases urinaires, et nous verrons plus loin pour la fièvre et les douleurs siégeant dans le dos.

Une constante semble pouvoir être établie : la durée des traitements par voie orale est quasi-exclusivement de trois jours. Cette durée est reprise par la majorité des patients, tant à Raiatea qu'à Moorea.

Plusieurs récits d'une guérison miraculeuse nous ont été rapportés. Ils ont été ajoutés en annexe N°12.

#### **(4) La foi, premier ingrédient des recettes des ra'au tahiti**

*« Mais moi, quand je fais mon ra'au... quand le ra'au je finis avant de mettre dessus, je fais la prière d'abord, avant je mets mon ra'au »*

Souvent les *ra'au tahiti* sont associés à une prière ou à une référence religieuse. Les *ra'au tahiti* ne soignent pas que le corps.

#### **C.6. Deux exemples pour illustrer le pluralisme médical : Puta to'eto'e et Tapu te niho**

##### **(1) Puta to'eto'e**

L'intérêt de l'étude de cet ensemble réside dans l'homogénéité de sa description entre Raiatea et Moorea. Tous les patients décrivent les mêmes symptômes, le même traitement. Cet exemple est un modèle qui permet de montrer que la transmission des connaissances en matière de médecine traditionnelle n'est pas altérée et défectueuse au point où l'on ne pourrait plus faire confiance à ces connaissances. Notre propos n'est pas de dire que la médecine biomédicale doit s'effacer pour laisser la place à la médecine traditionnelle. Notre propos est d'encourager la tolérance d'une autre médecine, d'autres croyances. En les connaissant, en échangeant avec les patients, il est probable que le lien soignant-soigné soit renforcé.

Nous avons décidé d'ajouter cet item à notre guide d'entretien après avoir discuté au cours des consultations au dispensaire avec des patients, des connaissances qui progressivement nous ont distillé leur savoir concernant les croyances éloignées des sciences biomédicales. Les mêmes questions ont été abordées à la fois au dispensaire de Raiatea et au dispensaire de Moorea à la différence près que les unes étaient en français, les autres en tahitien.

*Putu :*

- ouverture, trou, blessure par balle ou par objet pointu, crevaisson.
- être percé, crevé, blessé par balle ou un objet pointu.
- être touché moralement.
- être pénétré par le froid.
- apparaître.
- frapper (comme une parole).

*To'eto'e*

- adj. froid.

*Ua putu 'oia i te to'eto'e* = Elle a pris froid.

*Ua pohe 'oia i te to'eto'e* = Elle a pris froid.

**Figure N° 10 : traduction de ces termes par le dictionnaire de l'académie tahitienne(98)**

La traduction littérale de *putu to'eto'e* pourrait être « transpercé par le froid », « être pénétré par le froid ». Les patients préfèrent dire « attraper froid », « avoir pris froid ».

Les données qui nous ont permis de décrire cette entité sont disponibles en annexe 11.

### **Terrain/facteur de risque**

L'exposition au froid semble l'élément majeur pour s'exposer à *putu to'eto'e*. La composante humide de ce froid est également importante. Le fait de rester mouillé pendant une période prolongée favorise la pathologie (ex : « ne pas se mettre au sec après la plongée », « garder les pieds dans l'eau froide » pendant la lessive...).

Le contexte après un effort physique également (ex : après la pêche à la ligne ou la pêche sous-marine en apnée, après le *va'a*, après le travail au *faapu*).

Les facteurs météorologiques sont également à prendre en compte : pluie, température basse, vent, courants d'air. L'exposition des pieds au froid peut également comporter un risque (ex : marche sans chaussure sur le carrelage de la maison)

### **Physiopathologie**

Certaines zones du corps semblent plus sujettes à laisser le froid « pénétrer le corps ». C'est le cas de la tête, des pieds et du nombril (« zone de fragilité du corps »). La présence du froid à l'intérieur du corps sera responsable des symptômes du patient.

Le froid se répand lentement de manière ascendante. Par exemple il peut pénétrer les pieds puis remonter des jambes jusqu'au bas du dos.

Une fois atteinte, la maladie évolue par crises/rémission. L'importance de la prévention permet d'éviter de nouvelles rechutes.

### **Diagnostic, Symptômes et complications**

Les symptômes associés à *puta to'eto'e* sont les tremblements, les picotements, la sensation d'un froid pénétrant pour lequel on n'arrive pas à se réchauffer même malgré l'exposition au soleil.

Le tableau clinique est dominé par des douleurs qui peuvent être diffuses, ou localisées préférentiellement dans le bas du dos de part et d'autre de la colonne vertébrale ou dans les jambes.

Les complications consistent en la chronicité des douleurs, à leurs extensions dans la jambe unilatéralement s'accompagnant ensuite d'une paralysie qui rend la marche difficile.

Le diagnostic est souvent évident. C'est le patient qui en analysant ces symptômes reconnaît *puta to'e'eto'e*. Le recours à un *tahu'a* n'est pas toujours nécessaire, le recours à la médecine biomédicale n'est envisagé qu'en deuxième ligne.

### **Traitement**

Le traitement repose sur la chaleur, c'est la dualité thermique de la pathologie et de son traitement. Un excès de froid doit être compensé par un excès de chaleur.

Et comme nous l'avons vu concernant l'accumulation des impuretés, le mal sera éliminé par un drainage, ici un drainage par la sudation.

*Vai pihapiha : bain de vapeur. On s'assied devant un récipient d'eau bouillante dans lequel on a placé des plantes médicinales, en s'enveloppant avec le récipient d'une couverture. (source : dictionnaire en ligne de l'académie tahitienne) »(98)*

Les feuilles ajoutées dans l'eau sont des *Codiaeum variegatum*, aussi appelées communément crotons.

Au bain de vapeur, sont associés des massages à base de *mono'i*, préparation de *mono'i* chauffé et appliqué dans et autour du nombril.

Des tisanes chaudes à partir de plantes médicinales sont aussi décrites.

En l'absence d'amélioration ou si des signes de complications apparaissent, certains patients conseillent de consulter un médecin.

### **Prévention**

La prévention de *puta to'eto'e* associe une protection contre le froid (vêtements, imperméables), éviter les situations où l'humidité persiste (se changer après s'être baigné, ne pas garder un vêtement mouillé de sueur,) et l'application de *mono'i* sur le ventre (et donc

autour du nombril) pour conserver la chaleur du corps si l'on va dans l'eau. Éviter les écarts thermiques permet également de réduire le risque de maladie (éviter de boire de l'eau glacée s'il fait très chaud.)

## (2) Tapu te niho

*Tapu te niho* est une pratique qui consiste en l'incision de la gencive en cas de fièvre. C'est une spécificité de Raiatea-Taha'a. Les patients de Moorea n'ont jamais pour ainsi dire entendu parler de cette pratique. Concernant la poussée dentaire des bébés, les préconisations des acteurs sanitaires locaux, proposent de masser la gencive avec un linge imbibé d'une substance sucrée.

A Raiatea, les choses diffèrent, et les témoignages se corroborent entre eux, laissant apparaître un nouvel ensemble de croyances et de comportements.

*Tapu te niho* : littéralement « couper la dent » pourrait être rebaptisé (selon la suggestion d'un des patients interrogés) par *tapu te pa'i niho* : « couper la gencive ».

Le mot *pa'i* signifie « gencive » mais aussi « petite élévation ».

Contrairement aux idées véhiculées à Moorea, *tapu te niho* à Raiatea est une pratique qui s'applique autant aux enfants qu'aux adultes.

### Physiopathologie

Chez l'enfant une poussée dentaire associée de la fièvre, une douleur de la gencive, un bourgeonnement dentaire et une sialorrhée, c'est la même définition que la définition biomédicale de la poussée dentaire.

Chez l'adulte, une fièvre peut être interprétée comme la conséquence de l'apparition d'un bourgeonnement derrière les molaires, celui-ci est accompagné d'une douleur gingivale, de douleurs diffuses à type de courbatures qui siègent préférentiellement au niveau du cou. Les patients décrivent une tension cervicale.

Les bourgeonnements retro-molaires seraient dus à une accumulation d'impureté (sang noir nauséabond ou une substance purulente).

Pour traiter ces symptômes, un individu identifié incise la gencive du patient.

La première incision à l'âge adulte est réalisée entre 18 et 21 ans, elle peut être répétée à chaque poussée de fièvre ou lorsque les symptômes sont réunis pour évoquer cette maladie.

### **Diagnostics, symptômes et complications**

Seules certaines personnes désignées pour faire l'incision peuvent diagnostiquer ce trouble. En regardant dans la bouche puis en plaçant chaque pouce sur la gencive retro-molaire inférieure de chaque côté, elles repèrent le bourgeonnement et la gencive douloureuse.

Les principales complications surviennent dans la période qui suit le traitement. En effet l'incision peut être une porte d'entrée pour le froid qui pourrait pénétrer le patient. Et dans les cas les plus graves entrainer la mort.

### **Traitement**

Le traitement consiste en une petite incision de la face médiane de la gencive en regard du bourgeonnement à l'aide d'une petite lame recourbée d'un canif. Le traitement est efficace lorsque le sang noir chargé des impuretés s'écoule par l'incision. L'amélioration des symptômes est immédiate. La fièvre disparaît rapidement. Les patients nous confient que le geste est douloureux, qu'il est réalisé sans anesthésie mais qu'il est supportable.

### **Prévention**

Des prescriptions alimentaires doivent être respectées directement après l'incision (pendant 3 jours) : la consommation d'eau froide est interdite, les repas doivent être pris chauds, les aliments froids sont interdits.

Le patient ne doit pas s'exposer au froid, il doit toujours être couvert.

## **(3) Système étiologique traditionnel**

Nous avons identifié plusieurs systèmes étiologiques grâce aux explications des patients sur le fonctionnement des *ra'au tahiti*.

### **Accumulation de substances impures dans l'organisme**

On peut recouper le fonctionnement des *ra'au he'a* qui purifie le corps en drainant, en éliminant les substances impures, nocives pour l'organisme.

Les *ra'au he'a* sont directement liées aux impuretés gynécologiques féminines. La nécessité de prendre le traitement à une période du cycle menstruel donnée est un argument pour ce lien. L'accumulation des impuretés peut être une cause d'une infertilité. Le drainage par les urines des substances impures permet la guérison. Les *ra'au he'a* sont souvent utilisés de manière préventive.

On retrouve cette notion d'accumulation dans la « physiopathologie » de *tapu te niho*. La gencive est incisée de manière à ce que le sang, coagulé, noir, impur puisse être drainé et ainsi améliorer l'état du patient.

On retrouve cette idée de purification par le drainage dans la sudation provoquée par les méthodes de traitement de *puta to'eto'e* (*vaipihapiha*).

Un dernier élément concerne l'utilisation par quelques tradipraticiens, relaté par les patients, de ventouses qu'on applique sur une petite incision et qui permet de faire sourdre le sang noir, impur de la plaie et d'ainsi éliminer la cause des maux du patient qui s'accumule et circule à l'intérieur de son corps.

Cette notion d'impureté est à rapprocher de l'importance que les patients attachent à leur propre corps. A plusieurs reprises ils insistent pour dire que la maladie est finalement la résultante d'une négligence par rapport à l'entretien de leur corps. Il peut être mal nourri, les impuretés peuvent s'accumuler et provoquer la maladie.

### **Dualité thermique**

Comme on le retrouve dans de nombreuses cultures, nous avons observé au cours de notre étude une dualité thermique, l'importance de se protéger du froid et la guérison par l'exposition à la chaleur. L'exemple fondamental de ce concept repose sur l'entité que nous avons appelé *puta to'eto'e*. Le froid est le facteur déclenchant de la maladie, pour la combattre une exposition à la chaleur permet d'améliorer les symptômes.

### **Contamination**

Nous avons lu quelques articles qui relatent la possibilité de la persistance de certaines croyances relative à la contamination, notamment de la nourriture ou de certaines personnes. Aucun patient n'évoque cette idée, le principe de contamination n'est pas capital aujourd'hui dans les croyances des patients.

### **Ma'i tapiri**

C'est un ensemble de maladies causées par un mauvais esprit, un esprit maléfique qui agirait à la suite de la transgression d'un tabu ou de la production de mauvaises paroles par un individu que les ancêtres défunts n'ont pu tolérer. Les symptômes, le traitement, les facteurs de risque n'ont pas été recherchés dans cette étude.

## V. DISCUSSION

Cette thèse s'est construite sur la volonté d'entreprendre un travail préliminaire, exploratoire au sujet de l'impact de la culture polynésienne dans les problématiques de santé en définissant, puis en identifiant, les déterminants culturels de santé qui sont à l'œuvre au cours de la prise en charge des maladies chroniques.

L'ambition est d'initier une prise de conscience chez les professionnels de santé sur l'importance des effets de la culture au sein d'une activité humaine qui met en relation des individus qui croient et qui agissent différemment.

Cette étude au carrefour de la culture polynésienne et de la culture biomédicale nous permet d'interroger les interrelations qui peuvent exister entre la culture et les soins en Polynésie Française.

L'explosion des maladies chroniques (8) dans le monde et particulièrement en Polynésie sont une occasion pour le soignant de réfléchir sur sa pratique et d'améliorer son efficacité. Nous avons dégagé de nouvelles pistes pour la santé des patients polynésiens, là où la biomédecine constate sa moindre efficacité. Ce travail intervient dans le contexte où les professionnels de santé sont parfois désarmés, épuisés face à l'inefficacité de leurs mesures.

Cette analyse est une contribution à l'approche socio-anthropologique de la santé en Polynésie. Il permet par le prisme des sciences sociales d'apporter des éléments de réponse aux problématiques biomédicales comme l'observance thérapeutique et la modification des comportements individuels.

L'approche holistique et systémique de cette étude lui confère son originalité et il n'existe pas, selon nous, d'autre approche valable pour comprendre des variables d'ordre culturel. La culture, enracinée dans tous les domaines de la vie des individus dans la société, ne peut être envisagée isolément. La connaissance des liens, et connexions avec les variables contextuelles (socio-démographiques, économiques, géographiques, politiques), est indispensable pour comprendre leur influence sur les personnes.

### A. Principaux résultats

L'analyse des données de la littérature nous a permis de donner une définition des déterminants culturels de la santé.

De nombreuses études évoquent l'influence de la culture sur la santé, mais seulement quelques-unes s'appliquent à préciser les mécanismes de l'influence de l'une sur l'autre. (60)

Les institutions de référence ne donnent pas de définition précise des déterminants culturels de la santé. La culture est souvent avancée comme ayant un impact majeur sur la santé des individus mais la quantification, l'identification de cette influence est souvent perçue comme une perspective secondaire. (43)(49)(110)(111)

Par la synthèse des données de la littérature, nous avons proposé un cadre conceptuel qui définit plusieurs caractéristiques propres aux déterminants culturels de la santé. En une phrase, on peut dire qu'un déterminant culturel de la santé est une variable culturelle qui peut avoir une influence sur la santé.

L'étude des déterminants culturels de la santé nécessite de poser une définition précise de la culture afin que son analyse scientifique soit rendue possible. La définition à la fois simple et admise de la culture que nous avons retenue est la suivante :

« *La culture correspond à des valeurs, des croyances, des normes, et des comportements que l'on apprend des autres* ». (60)

Les déterminants culturels de la santé sont définis par le groupe. L'identification précise du groupe est donc essentielle pour aborder ces déterminants qui influencent les individus. Les résultats de l'étude de ces variables ne sont applicables qu'au groupe qu'on identifie préalablement.

Les déterminants culturels de la santé ont, par définition, une influence sur la santé. Les modalités de cette influence doivent être précisées pour toute étude quantitative d'un déterminant culturel de la santé.

Les déterminants culturels de la santé sont partagés et consensuels. Ils sont partagés par la majorité des individus du groupe. C'est l'aspect collectif d'un trait de caractère, d'un comportement qui peut permettre de l'identifier comme culturel. C'est la condition *sine qua non* pour dire qu'un déterminant est culturel. Ils sont consensuels, deux individus du groupe proche socialement s'influenceront mutuellement pour faire naître une culture *consensuelle*.

Les déterminants culturels de la santé possèdent une inertie générationnelle. Le caractère transmissible de la culture par l'apprentissage et le mimétisme les fait persister dans le temps. Ils peuvent cependant se modifier au contact d'autres cultures, ou par la modification du groupe.

La culture à une influence sur la santé de manière abstraite (influence sur le psycho-social par le biais des croyances) et de manière concrète (influence sur les comportements, résultat empirique des croyances).

Il ne s'agit pas ici de poser un dogme culturel, et de penser que « la culture est un tout » et que « tout est culture » mais d'entamer une réflexion sur l'importance des déterminants culturels de la santé. Nous avons conscience que chaque individu vit dans sa culture comme il l'entend et y attache l'intérêt qu'il entend. Les individus du groupe peuvent manifester ou non des déterminants culturels de la santé. La culture n'est pas une entité figée à laquelle seraient soumis les individus, c'est un construit dynamique qui évolue dans le temps et dans l'espace.

*« Ne jamais oublier : la culture est en permanence modifiée, remaniée, métissée, au gré des expériences singulières de chaque personne. » (62)*

Les déterminants culturels peuvent influencer la santé positivement ou négativement. Cette influence dépendra des conflits ou des vertus facilitatrices que la variable culturelle entretiendra avec la santé, son représentant (médecin, sage-femme, médicament...) ou son mécanisme (consultation, hospitalisation...)

Le fil de notre réflexion nous a conduit à penser qu'il existait peut être des groupes de déterminants culturels de la santé universels, applicables à tous les groupes. Cette réflexion nécessite un autre cadre d'étude anthropologique comparative.

La notion d'invariant culturel pourrait aussi s'appliquer à la santé.

## **B. Les déterminants culturels de la santé des patients polynésiens : le cas particulier des maladies chroniques**

L'analyse des résultats nous a permis de proposer des éléments de réponses concernant l'identification de déterminants culturels de la santé culturels polynésiens. La population à laquelle nos résultats se rapportent est la population polynésienne qui fréquente les structures de soins primaires de Moorea et Raiatea.

La difficulté pour l'identification des déterminants culturels de la santé dans le cadre du contexte polynésien que nous avons étudié est l'acculturation. Elle investit tous les secteurs de la vie de l'individu. L'influence de la culture occidentale sur la vie des polynésiens rend l'analyse des comportements et des croyances difficiles. Le métissage de la culture fait partie de la réinvention culturelle.

En reprenant la **définition de la culture** que nous avons vue précédemment, nous proposons de classer les déterminants culturels que nous avons identifiés dans chacune des catégories qui la définissent.

Nous allons montrer comment les déterminants culturels de la santé peuvent influencer la prise en charge et/ou la santé des patients dans le cadre des maladies chroniques par la recontextualisation sous forme d'illustration de la pratique quotidienne en médecine générale.

Chaque notion sera illustrée d'un exemple fictif ou issu de l'expérience relatée grâce aux entretiens.

Ces résultats servent à l'élaboration de recommandations pour l'inclusion des déterminants culturels dans la formation des professionnels de santé destinés à travailler au sein des établissements de soins de santé primaires. Ces recommandations seront la base théorique pour l'élaboration d'un outil de santé dont la finalité est l'homogénéisation des pratiques des professionnels

### **B.1. Croyances des patients**

#### **(1) Multiplicité des systèmes étiologiques**

La multiplicité des systèmes étiologiques est susceptible d'influencer la façon dont les patients peuvent avoir recours aux soins. Après l'identification des symptômes, le patient et sa famille identifieront une cause. La cause identifiée entraînera une action de lutte contre la maladie : un comportement en santé. La multiplicité des causes sous-entend la multiplicité des comportements en santé.

Ex. : L'écholalie est souvent identifiée comme secondaire à une entité surnaturelle. Elle fait souvent partie des symptômes de *ma'i tapiri*<sup>86</sup>. Sa prise en charge s'orientera vers la médecine traditionnelle plutôt que vers le système biomédical.

### **B.2. Représentations**

#### **(1) Représentation du médicament**

##### **Ra'au popa'a**

Le médicament est perçu comme nécessaire pour guérir et pour améliorer les symptômes et surtout lutter contre la douleur. La prise de médicaments occidentaux permet une amélioration rapide des symptômes douloureux. Il n'est pas nécessaire, s'il n'y a pas de signe de la maladie.

Ex. : L'hypertension artérielle dans ses premiers stades ne se manifeste par aucun symptôme, la prise de médicament est en contradiction avec cette croyance : c'est un facteur d'inobservance.

---

<sup>86</sup> *Ma'i tapiri : Maladies surnaturelles*

L'hypertension sévère entraîne des céphalées matinales. Le médicament est envisagé comme moyen efficace pour soulager les douleurs. La prise du traitement est en accord avec les croyances liées au médicament : c'est un facteur d'observance médicamenteuse.

### **Ra'au tahiti**

Les *ra'au tahiti* sont des *ra'au mā'ohi*, ils ont une dimension identitaire. Leur utilisation valorise l'environnement polynésien (pharmacopée traditionnelle endémique) et celui qui les prépare (savoir familial ancestral). Ils sont utilisés en premier recours tant que la douleur est tolérable. Leur composante spirituelle prévoit toujours une guérison par des mécanismes divins. La durée du traitement est dans la majorité des cas de 3 jours. C'est un médicament de premier recours.

Ex : Un patient pour lequel aucun traitement curatif n'est envisageable dans le cadre de la maladie néoplasique, préférera se tourner vers les *ra'au tahiti* plutôt que vers les chimiothérapies palliatives occidentales. Le cadre rassurant des *ra'au tahiti* permet de construire et d'entretenir des schémas d'espoir qui ne sont plus possibles avec la médecine biomédicale. Cette dimension influence son choix pour la décision thérapeutique.

### **Craintes de la représentation des soignants du ra'au tahiti**

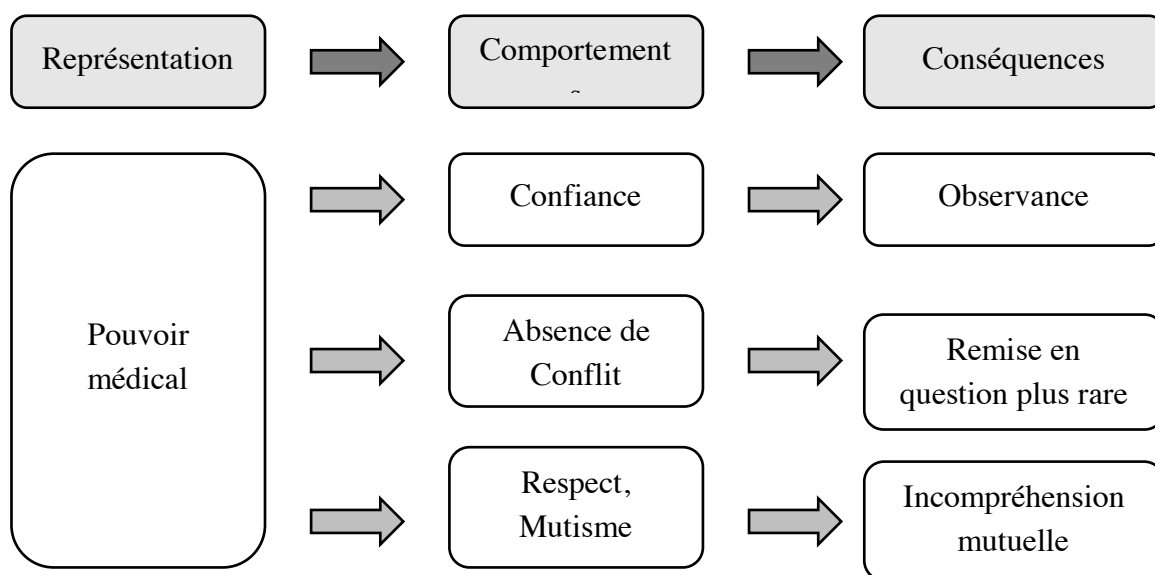
Les patients pensent que les médecins occidentaux sont opposés aux *ra'au tahiti*. Parler des *ra'au tahiti* au médecin occidental est perçu comme un affront ou est synonyme d'une crainte. La communication sur ce sujet devient difficile tant les projections défensives sont fortes et tant la méconnaissance des uns et des autres affecte leur perception et leur compréhension. L'utilisation de *ra'au tahiti* expose à des bénéfices et à des risques. Si le dialogue est rompu, il est impossible pour le soignant de faire la synthèse de la situation clinique. Le patient peut encourir des risques plus grands ou au contraire manquer une opportunité de bénéficier d'un traitement par *ra'au tahiti*.

Ex : Un patient hypertendu, utilise de manière concomitante un traitement anti-hypertenseur occidental et un traitement traditionnel. Le *ra'au tahiti* fait intervenir de l'eau de mer dans sa composition. La peur de l'intolérance du soignant mène le patient à ne pas lui révéler ce recours aux deux systèmes de soins. L'apport en sel favorisera son hypertension, l'escalade thérapeutique occidentale en sera la conséquence.

## (2) Représentations concernant les soignants

### Taote<sup>87</sup> : statut social, respect, confiance et mutisme

Le statut du médecin est auréolé d'un pouvoir médical acquis par les études qui lui confère un statut social privilégié. C'est un personnage notable du groupe, il est le gardien de la santé des individus. Son message est valorisé et respecté, les désaccords et les conflits avec lui sont perçus négativement. Les patients pensent que la communication est unilatérale, du *taote* vers le patient.



**Figure N°11: Influence des déterminants culturels sur la santé**

Ex. : Un diabétique de type 2, même s'il est en désaccord sur les objectifs ou sur la forme que les règles hygiéno-diététiques peuvent prendre, ne manifestera pas son opinion. La valeur de l'acquiescement que le soignant perçoit doit être évaluée. La réponse « oui » est systématique aux questions, c'est le corollaire de ce respect profond de la figure médicale mais ce n'est pas la garantie du respect des consignes.

<sup>87</sup> Taote : médecin

### (3) **Représentation du corps**

#### **Le corps**

Le corps des patients est perçu comme un capital qu'il faut entretenir, comme un réceptacle pour la santé. La maladie est perçue comme une altération du corps. Les mécanismes qui peuvent y conduire sont la négligence, les mauvaises habitudes de vie et le vieillissement.

Ex. : La mise en place de programmes de promotion de la santé peuvent s'appuyer sur cette représentation : en entretenant bien son corps, on prévient la survenue de la maladie, la santé est préservée. Cette croyance va dans le sens de la santé comme d'un capital qu'il faut préserver. Pour la prévention de l'obésité, on peut imaginer des campagnes de prévention utilisant une métaphore au corps comme contenant la santé, on la perd si le corps est abîmé par l'obésité.

#### **Vieillir et être malade**

La maladie est une étape de la vie inéluctable lorsque l'on vieillit. La place de la religion dans la société polynésienne est cruciale et influence les croyances des patients. Le vieillissement du corps est une conséquence de l'œuvre de Dieu, son affaiblissement s'inscrit dans l'ordre « naturel » des choses.

Ex. Une baisse de l'acuité visuelle chez une patiente diabétique de type 2 peut être considérée comme normale, obéissant aux règles « naturelles » du vieillissement du corps alors qu'elle peut être un symptôme d'une rétinopathie diabétique sévère et donc de la nécessité d'une prise en charge rapide et urgente du diabète.

### (4) **Représentation de la santé**

#### **Normal et pathologique**

La santé est définie par l'absence de maladie. C'est la norme. L'anormalité entraîne une réponse de l'individu pour rattraper cette normalité perdue. Cette conception de la santé signifie que le recours à la biomédecine n'est justifié que lorsque des symptômes s'expriment. Seule la perspective curative du système biomédical est envisagée.

Ex : L'adhésion aux campagnes de prévention du cancer du sein qui signifie un recours au système biomédical occidental par la réalisation de mammographies est influencée par cette croyance.

## (5) Représentation de la maladie

### Gravité de la maladie

La gravité d'une pathologie est définie par l'incapacité et la douleur qu'elle engendre. L'incapacité peut être liée à un symptôme, une séquelle ou à la nécessité d'une hospitalisation qui confine le patient à sa chambre d'hôpital. Une maladie à un stade asymptomatique, même si elle est associée à des risques élevés de létalité, ne sera pas considérée comme grave.

### Pluralité des causes

Une maladie dans le système biomédical est identifiée comme secondaire au dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction. Pour les polynésiens, les causes pour un même mal peuvent être multiples. Chaque cause relève d'un système de soins différent, de comportements différents qui se superposent.

Ex.: Le diabète peut être envisagé comme un dysfonctionnement de la régulation glycémique, une volonté divine, une maladie des ancêtres, la conséquence d'un mauvais sort jeté au patient, la punition pour la transgression d'un interdit. Chacune des causes, que le patient interprétera est associée à un traitement spécifique.

### Accumulation des impuretés

Le traitement traditionnel de l'accumulation des impuretés (*ra'au he'a*) permet d'éviter certaines maladies. Le concept de prévention pour certains groupes nosologiques polynésiens est évident et montre une potentialité pour la pénétrance des concepts de la médecine préventive occidentale. L'utilisation des croyances traditionnelles par l'analogie peut être une base de réflexion pour les programmes de santé publique. En symbolisant les messages sanitaires par des représentations connues des patients et notamment au travers des croyances traditionnelles, on peut proposer des analogies qui s'intègrent dans les systèmes de causes à effets du patient, on utilise la logique qui est partagée par le groupe. Les messages, s'ils sont véhiculés sous la forme d'images familières pour le patient sont compris et retenus plus facilement.

## (6) Le mana, le pouvoir, la décision

L'importance du statut et de la reconnaissance sociale des acteurs qui participent à l'élaboration de projet de santé est capitale. Les décisionnaires doivent être associés à un *mana* puissant pour que leurs choix soient respectés par la communauté. La mise en place d'actions de santé sur le terrain doit se faire en étroite relation avec les notables de la commune et des différentes paroisses pour que son implantation soit réussie.

Ex. : L'expression publique lors de réunions communautaires ou communales de ces représentants permet d'affirmer le caractère consenti des mesures qui sont mises en place. Le poids de leur *mana* va dans le sens de l'appropriation des messages sanitaires par la population.

### **B.3. Normes et Valeurs de la société polynésienne**

#### **(1) La langue**

Le *reo mā'ohi* est la langue maternelle des polynésiens. Les concepts qu'elle véhicule sont familiers et intelligibles pour les polynésiens.

La méconnaissance du *reo mā'ohi* par les soignants est un obstacle pour la bonne compréhension de l'information médicale. Elle participe à la diminution de la littératie (112) en santé des patients.

Ex. : L'explication des apports et des dépenses énergétiques pour la perte de poids doit se baser sur des concepts polynésiens en *reo mā'ohi*. On peut imaginer la traduction en français de consignes pensées en *reo mā'ohi*.

Le faible niveau de littératie en santé peut être lié à une mauvaise maîtrise du français, mais nous suggérons que le niveau d'étude et la profession peuvent également influencer cette variable. Un faible niveau de littératie en santé nécessite que le niveau d'abstraction des informations des explications soit abaissé afin que le patient et le soignant trouvent un médium où ils se comprennent tous les deux(113). Passer de l'écrit à l'oral, qui véhiculent tous deux des informations abstraites à des représentations dessinées, schématisées qui véhiculent des informations plus analogiques, permet au patient un accès simplifié au sémantique donc au sens des messages échangés.

#### **(2) Esprit communautaire et partage**

La communauté repose sur le concept de la famille élargie. Elle est l'unité fondamentale de la société polynésienne. Sa structure permet des réseaux d'entraide forts. L'entraide communautaire repose sur des valeurs polynésiennes importantes : le partage et *te arofa*. *Te arofa* est une forme de compassion communautaire qui renforce les liens entre les individus dans les situations difficiles. C'est un facteur de soutien social important.

Ex : L'annonce d'une maladie chronique grave (cancer) doit être une annonce qui inclut la famille. L'inclusion familiale permet le développement d'un soutien familial d'abord puis communautaire ensuite qui participe à l'observance, la régularité du suivi, au bien-être du patient.

### (3) Traditions

Les traditions sont perpétuées par les polynésiens, c'est une marque de leur culture. Elles sont un moyen d'identification culturel puissant. L'attachement aux traditions permet la création de repères identitaires. Elles doivent être respectées voire encouragées pour éviter les situations anormales pourvoyeuses de mal-être psychique qui peuvent aussi avoir des répercussions sur l'organique.

Ex. : L'accouchement compliqué par césarienne d'une patiente diabétique de type 2 ne doit pas faire oublier l'importance symbolique de l'enfouissement du placenta.

### (4) Religion

Le bien-être spirituel des polynésiens passe par la pratique d'une religion. L'intégration dans le groupe religieux répond à l'idée de l'importance de l'esprit communautaire.

### (5) Les sentiments polynésiens

L'approche lexicale en langue française réduit la portée des termes qui véhiculent plus de sens en *reo mā'ohi*. Ces sentiments sont susceptibles d'intervenir dans la relation de soins. Leur connaissance permet aux soignants de dépister, d'identifier les stigmates ou les marques d'une incompréhension, d'un désaccord, d'un conflit.

- a. *Te ha'ama* (la honte) ce sentiment peut mener un patient à ne plus parler pendant la consultation ou à ne pas dire certaines choses s'il éprouve ce sentiment. (114)
- b. *Te arofa* (la compassion), ce sentiment est mis en jeu dans les situations d'entraide. C'est sur celui-ci que la communauté repose. Il faut l'évoquer pour les patients qui recherchent de l'aide.
- c. *Te fiu* (le flegme, la lassitude) : les patients évoquent ce terme en consultation il faut le connaître et comprendre à quoi il fait référence. Cette lassitude peut être un frein à la prise de décision, il peut aussi être une forme d'expression du découragement ou du désespoir et du rejet de l'autorité. (115)

### (6) La douleur : expression, soulagement

L'expression de la douleur prend une forme différente en Polynésie. L'absence de démonstration ne signifie pas l'absence de souffrance. Il faut adapter le système occidental de prise en charge au système d'expression polynésien de la douleur. La souffrance peut parfois prendre les traits d'un silence profond et impassible, un repli sur soi qui exprime autant la douleur que de puissantes plaintes. (76)

## (7) Fenua, attachement à la terre

L'attachement à la terre est symbolisé par la pratique du *pufenua*. Le lien qui unit un individu à la terre n'est pas un lien sacré, c'est un lien identitaire. Il identifie son origine, ses racines, son appartenance à un groupe. Négliger l'importance de ce lien ou au contraire le valoriser peut influencer la décision des patients.

Ex : Une hospitalisation pour la prise en charge initiale d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive, qui comprend aussi une réadaptation pulmonaire, n'est possible que sur l'île de Tahiti. Une hospitalisation prolongée en dehors de son île peut être un frein que le patient identifie. Il faut en tenir compte avant de constater l'échec de cette prise en charge.

### B.4. Comportements des patients

#### (1) Pluralisme médical

Le pluralisme médical se définit par la variété de l'offre de soin pour un même problème de santé.

L'omniprésence des *ra'au tahiti* dans la vie des patients est un fait. Les *ra'au tahiti* sont le plus souvent utilisés comme méthode de premier recours et sont fabriqués à l'intérieur de la structure familiale le plus souvent au domicile du patient.

#### Système traditionnel

Le système traditionnel permet de prendre en compte le patient dans la globalité de son quotidien. Le cadre familial de son exercice est rassurant. Les soignants (*tahu'a*, *ta'ata ra'au*, *ta'ata tauromi*<sup>88</sup>...) sont polynésiens et s'expriment en *reo mā'ohi*. Les connaissances et les mots sont partagés par le soignant et le soigné. Les soins sont gratuits, les médicaments sont fabriqués à partir de ressources locales autochtones.

Le système traditionnel fait partie de la culture, les patients sont rassurés par sa pratique. C'est un élément identitaire qui est aussi pourvoyeur de repères culturels.

#### Putā to'eto'e

Avec les yeux de la médecine biomédicale, il est difficile de ne pas voir là un problème rhumatologique de lombalgie commune ou de lombosciatique déficitaire. C'est bien l'occasion de voir que les modèles étiologiques cohabitent et que le seul modèle biomédical,

---

<sup>88</sup> *Tahu'a* : expert – sorcier

*Ta'ata ra'au* : expert en pharmacopée polynésienne

*Ta'ata tauromi* : masseur traditionnel

univers des médecins et des soignants, est tout à fait éloigné de l'univers des patients pour lesquels plusieurs causes sont identifiables pour leurs maux.

### **Systeme biomédical**

Le système biomédical est perçu comme le système de deuxième recours. Il est utilisé pour les situations graves ou pour les problématiques urgentes. Les prises en charges sont centrées sur le ou les organes défectueux. Les soignants sont polynésiens et *popa'a*. La plupart des médecins sont occidentaux et s'expriment en français.

### **La religion**

La religion occupe une place fondamentale dans l'organisation sociale des individus, elle dicte le rythme des rencontres communautaires. Elle véhicule aussi des systèmes étiologiques de la maladie propre. Elle participe donc au pluralisme médical. Elle peut être une alternative thérapeutique aux autres systèmes.

### **Itinéraire de soins**

Les patients ont une gestion pragmatique de leur santé. Leur logique est de ne pas se rallier à une médecine de manière définitive et absolue mais bien d'osciller entre différentes méthodes. Il n'y a qu'un commandement qui soit très largement partagé, et vers lequel s'orientent les différentes thérapies : celui du soulagement et de la guérison.

## **(2) Organisation familiale**

Le bonheur des individus est conditionné par la famille. L'instabilité familiale, la désunion des membres de la famille peuvent être des causes de mal-être des individus. Le réseau de soutien que constitue la famille est un système interinsulaire souvent efficace. La structure du foyer polynésien regroupe plusieurs générations qui vivent en communauté et pose les fondations du concept de famille élargie.

Ex. : Pour un patient diabétique qui doit bénéficier d'une dialyse quatre fois par semaine sur une autre île, l'argument familial doit être pris en compte, comme contrainte (refus de l'éloignement des autres membres) ou comme facteur facilitateur (réseau d'aide sur une île voisine).

## **(3) Processus décisionnel polynésien**

La prise de décision polynésienne est une affaire de famille. Souvent les patients réfèrent aux parents ou grands-parents pour décider en matière de santé. L'orientation vers les ra'au tahiti ou le système biomédical est prise de manière collective. Il n'y a pas de secret autour de la

santé dans la famille. L'individu fait partie d'une entité plus grande que lui, la famille va l'aider à prendre la bonne décision. Souvent les décisions sont prises à distance de la consultation médicale. Le patient collecte les informations et la décision est prise à distance de la consultation avec les soignants.

## **B.5. Acculturation / anomie**

L'acculturation est observable dans la plupart des domaines de la vie quotidienne des polynésiens. Elle bouleverse le mode de vie traditionnel en redéfinissant une nouvelle organisation, de nouvelles représentations. Les anciennes et les nouvelles se chevauchent pendant un temps jusqu'à ce qu'un équilibre nouveau émerge. C'est alors qu'une nouvelle culture s'exprime.

### **(1) Alimentaire**

L'abondance ostentatoire occidentale a remplacé l'abondance ritualisée des polynésiens. L'aliment est perçu comme un bien de consommation comme un autre. Les systèmes de production reposent sur l'importation. Les systèmes de distribution reposent sur le commerce. Cette nouvelle organisation coexiste avec le modèle traditionnel : l'autoproduction et l'autoconsommation. L'acculturation alimentaire joue un rôle fondamental dans l'émergence des maladies chroniques.

Ex. : Pour un patient obèse qu'on encourage à basculer vers un mode alimentaire traditionnel bénéfique qui associe activité physique (*fa'apu*) et équilibre alimentaire (peu de sucres rapides, abondance de légumes et de fruits), la question se pose des moyens qu'on met à sa disposition pour ce changement. L'acculturation fait disparaître les savoirs en termes d'agriculture et de pêche. Elle rompt la transmission intergénérationnelle. La politique du pays doit converger avec la politique de santé publique vers l'évolution raisonnée du système alimentaire.

### **(2) Langue**

La pidginisation de la langue est un fait. La question de la langue qui est la plus productive d'idées est posée. C'est sur son identification que reposent l'efficacité de l'information et l'appropriation des messages sanitaires.

Il existe une fracture générationnelle pour l'utilisation du *reo mā'ohi*. La langue choisie pour les campagnes de prévention ou d'information doit en tenir compte, surtout pour les jeunes générations.

### (3) Télévision et Publicité

La télévision occupe une place centrale dans les séjours des familles polynésiennes. Comme dans les pays occidentaux, les individus passent plusieurs heures devant et subissent les assauts publicitaires à intervalles réguliers. La publicité tend à structurer une croyance qui valorise les biens de consommation occidentaux et avec eux, les biens alimentaires importés. Les heures passées devant la télévision sont autant d'heures de moins passées à se dépenser.

Nous avons donc identifié des déterminants culturels de la santé mais nous rappelons encore une fois l'importance de les considérer comme influencés entre eux et influençant les autres déterminants sociaux de la santé. Les déterminants culturels de la santé sont souvent intriqués avec les déterminants sociaux de la santé.

Il ne fait aucun doute que ces déterminants influencent la santé. La difficulté maintenant réside dans la quantification de ces phénomènes afin de pouvoir les comprendre, et pouvoir les manipuler, les utiliser.

On retrouvera dans la partie 2 les mêmes résultats présentés sous la forme de recommandations aux professionnels de santé et enrichis des situations qui dépassent le cadre des maladies chroniques.

### **C. Forces et faiblesses du travail**

Nous avons été confrontés à une problématique à la frontière de plusieurs disciplines scientifiques : l'anthropologie médicale, la santé publique, la médecine générale. Ce travail original permet d'explorer de nouvelles facettes de la relation médicale dans un contexte unique, celui de la confrontation de deux cultures : celle des soignants du système biomédical et celle des patients polynésiens.

Notre travail a tenté d'aborder avec exhaustivité toutes les variables culturelles susceptibles d'influencer la prise en charge des maladies chroniques en Polynésie.

Un des points forts de cette étude est la proposition dans la partie 2 de recommandations pour les professionnels de santé des établissements de soins de santé primaires (ESSP) de Polynésie Française. Elles sont un moyen d'inscrire les résultats de cette étude dans la pratique des soignants ou du moins d'initier une réflexion sur l'altérité et sur l'importance de la culture dans la santé. L'objectif final étant de faire basculer le monde du soin biomédical dans un nouveau paradigme où la place du curatif serait secondaire, sans être sous-estimée et où la connaissance des personnes, de leurs modes de vie, et de leurs organisations seraient la base de la réflexion pour la santé.

L'approche ethnographique que nous avons favorisée a été un moyen efficace pour collecter des données brutes. Cette méthode autorise une approche originale de la problématique qui permet de répondre aux problématiques des soins primaires grâce à l'anthropologie médicale.

Les entretiens avec les soignants ont permis de dégager les pistes de réflexion et les hypothèses concernant les déterminants culturels de la santé. Interroger les professionnels de santé ayant exercé leur métier pendant une période prolongée en Polynésie nous a donné accès à la synthèse de leurs expériences. Au fil de notre réflexion, nous nous sommes rendu compte que les déterminants culturels de santé incombent aux deux parties mises en relation dans la rencontre thérapeutique. Les représentations et comportements du soignant influencent tout autant sur la santé des patients. Une faiblesse de l'étude réside dans ce manque d'anticipation. Nous avons choisi de nous concentrer sur les défauts, les écueils des comportements des patients en allant chercher dans la culture de ceux-ci une réponse. Par ce choix nous avons écarté l'influence de la culture des soignants sur la santé des patients. Ce postulat était indispensable pour aborder notre problématique en profondeur. Mais il est évident que la culture des soignants, leurs « rituels », leurs « traditions » dans la manière de faire la santé peut être un sujet de recherche qui dépasse les frontières ethniques ou nationales.

Les entretiens que nous avons réalisés avec neuf professionnels de santé sont cependant riches de significations, et nous proposons une courte liste des déterminants culturels que nous avons perçus.

Concernant les croyances des soignants, nous pensons que leurs connaissances et leurs préjugés concernant le patient et les *ra'au tahiti* sont des déterminants de la culture biomédicale.

Penser par exemple qu'un patient n'est pas capable de se projeter dans le futur est un préjugé qui risque d'influencer la manière dont le soignant va interagir avec lui. Ce jugement est arbitraire, discriminatoire et guide vraisemblablement les interactions entre les individus qui communiquent générant de part et d'autre des effets d'attentes enfermant l'autre et altérant les échanges.

Pour les *ra'au tahiti*, les identifier comme de la phytothérapie qui permet une alternative aux médicaments de synthèse, est une croyance qui va influencer la santé des patients.

Une autre croyance issue du dogme biomédical est constituée par l'idée que la santé des individus dépend aussi de leurs capacités à changer leurs comportements individuellement. Cette pensée ne va pas encourager les soignants à mettre en place des actions collectives ou à mener des réformes à l'échelle du pays pour améliorer la santé des individus.

Le comportement lié à l'expression de la culture biomédicale des soignants risque d'impacter la santé du patient. La durée de la consultation ou, on pourrait dire, la perception par les soignants du « manque de temps » à cause de la durée réduite de la consultation est une variable culturelle biomédicale. Le patient est étranger au monde des soins (dispensaire, hôpital...) et on peut penser qu'en l'absence d'une « acclimatation » et d'une prise de confiance suffisante, celui-ci ne pourra pas développer les problématiques de santé comme il les perçoit.

L'attitude moralisatrice et l'utilisation du discours symbolique violent sont des comportements qui peuvent entraîner chez le patient une forme de rejet avec le risque qu'il soit perdu de vue. Par exemple, l'utilisation du spectre des complications et de la mort chez les diabétiques de type 2 sont susceptibles de leur donner une bonne raison de chercher des

solutions ailleurs...un ailleurs où on leur propose espoir et guérison.

La capacité du soignant à adapter son discours aux capacités de compréhension, à la littératie du patient est un déterminant culturel des professionnels de santé. La formation du soignant à cet exercice est alors décisive. La formation du soignant à l'inter-culturalité peut également être un déterminant qu'il faut prendre en compte tout comme sa formation initiale. Un soignant qui aura appris au cours de son cursus initial que la culture est un facteur important à prendre en compte dans les prises en charge sera plus à même de modifier son comportement qu'un soignant qui n'aura jamais entendu parler d'inter-culturalité.

Le partage de valeurs qui permettent de s'intéresser aux déterminants culturels de santé des patients est un facteur qui influence la santé du patient. Un soignant qui comprend que l'ouverture à l'autre, l'ouverture à la différence permet de mieux comprendre et donc de mieux agir est un soignant plus performant.

A l'inverse, un soignant qui sera confiné à l'ethnocentrisme risque de négliger ces aspects.

Enfin, la non-maîtrise de la langue polynésienne empêche les soignants non bilingues d'avoir accès aux systèmes de causalité et au vocabulaire des patients. Alors que les soignants bilingues auront plusieurs outils pour décoder le discours et les attitudes du patient.

Ces quelques points ne sont que des perspectives qu'il faudra approfondir à la fois par une méthode qualitative focalisée sur les soignants et ensuite par une méthode quantitative pour savoir comment ces déterminants de santé influencent les prises en charge des patients et donc leur santé. Des méthodes d'analyse comme le « *Culture Survey Module* » de Hofstede's, déjà utilisé pour quantifier le lien entre santé et culture dans la prescription d'antibiotique (66), ou la méthode IRAMUTEQ(116), utilisée dans l'enseignement sont des perspectives pour la recherche sur ce thème.

Le recrutement des patients interrogés reflète bien la population à laquelle les résultats pourront être extrapolés c'est-à-dire les patients des structures de santé publiques.

Les limites inhérentes aux travaux qualitatifs s'appliquent aussi à cette étude. Mais ces limites ne sont pas des obstacles qui empêchent l'utilisation des résultats.

*« Avant tout, retenez: le terme ethnographie ne signifie pas « qualitatif ». Comme nom il correspond à une description d'une culture, ou d'une partie d'une culture. Comme verbe (faire de l'ethnographie) il correspond à la collection de données qui décrivent une culture » (RUSSEL, 1995)(117)*

Notre étude ne permet pas de vérifier les liens de causalité entre les déterminants culturels de la santé et les comportements en santé. Elle ne permet pas d'approche quantitative de l'influence des déterminants sur la santé. Ce n'était pas l'objectif de l'étude. Des études quantitatives pourront répondre à ces questions après avoir pris les dispositions nécessaires pour l'étude de variables culturelles mesurables objectivement.

*« Il ne faut pas faire dire à l'enquête de terrain plus qu'elle ne peut donner. Ainsi pourra-t-elle proposer une description des principales représentations que les principaux groupes d'acteurs*

*locaux se font à propos d'un "problème" donné, ni plus ni moins. Ainsi permettra-t-elle, similairement, de décrire l'espace des diverses logiques d'action ou des diverses stratégies mises en œuvre dans un contexte donné, ni plus ni moins. Elle ne dira rien de la représentativité quantifiée de ces représentations ou de ces stratégies, sauf à faire appel à une autre configuration méthodologique. » (118)*

La réalisation des entretiens avec les patients en français est un écueil méthodologique que nous n'avons pas dépassé dès la rédaction du protocole de l'étude. La transcription des entretiens puis leur traduction en français était une séquence trop fastidieuse et chronophage pour pouvoir répondre aux exigences chronologiques que nous nous étions fixées. D'autres auteurs ont rencontré ces difficultés qui ont parfois mis en péril leurs travaux. C'est au cours de l'analyse des données qu'il nous est apparu nécessaire de les compléter en collectant les informations en *reo mā'ohi*.

Pour autant, les entretiens en français permettent de mettre en évidence plusieurs éléments qui sont autant de données sur le degré d'acculturation de la population étudiée.

Ils montrent le niveau de maîtrise du français des patients qui fréquentent le dispensaire de Raiatea. Une analyse linguistique des entretiens permettrait d'évaluer ce niveau. Ce point est déterminant pour quantifier la littératie en santé des patients et donc d'adapter les méthodes d'informations des soignants.

La densité et l'abondance des résultats empiriques ont permis de dépasser les limites des études exclusivement culturalistes. Cette étude s'enracine dans la réalité des perceptions des patients polynésiens et s'appuie sur des observations concrètes non fantasmées de la culture polynésienne.

L'intrication des déterminants socio démographiques et des déterminants culturels nous a peut-être amené à mettre en évidence un lien entre la culture et la santé alors que d'autres facteurs étaient à l'œuvre. C'est le biais de l'interprétation que nous avons essayé de contrôler dès le début de notre analyse en corrélant chaque récit aux données démographiques que nous avons collectées. Ainsi, certains *verbatim* ont été écartés des résultats. Pour autant nous ne pouvons pas garantir l'absence de biais d'interprétation dans une étude qualitative organisée autour d'une analyse inductive. L'aspect exploratoire explique ce besoin de liberté nécessaire pour aborder dans son ensemble la problématique posée.

*« Il s'agit de se prémunir de l'écueil des représentations et d'une vision culturaliste des populations, ce qui alimente les stéréotypes des professionnels de l'humanitaire et du développement. Cette vision a tendance à faire du culturel un moyen de justification de la différence et du manque de dialogue, au lieu de s'en servir pour l'ouvrir. S'il ne faut pas négliger la part du culturel dans les comportements des populations confrontées aux activités humanitaires, il est par ailleurs facile de verser dans le tout culturel pour expliquer les échecs des projets. Pour trouver cet équilibre entre analyse des déterminants socioculturels et justifications systématiques par le culturel, il s'agit d'encourager l'autoréflexivité de chaque acteur sur sa pratique. Cette posture souhaite ainsi éviter une lecture ethnocentrique, donc subjective, des normes de l'autre et une interprétation culturaliste des problématiques rencontrées. »(62)*

La réalisation des entretiens uniquement au dispensaire permet de normaliser leur cadre. Cependant l'environnement direct au cours de l'entretien a pu influencer les réponses du patient. Nous pensons que les entretiens pourraient aussi bien se faire au domicile du patient afin de recueillir des données contextuelles supplémentaires. La réalisation des entretiens en deux temps permettrait un recueil encore plus exhaustif.

Un dernier point qui fait la richesse de notre travail se matérialise par la documentation ethnographique de deux phénomènes : *Tapu te niho* et *Putu to'eto'e*.

L'extension de notre travail à l'étude de ces deux concepts polynésiens met en évidence l'importance du pluralisme médical en Polynésie. Par cet exemple, nous démontrons que plusieurs systèmes étiologiques peuvent être mis en cause pour un même symptôme ou pour une même maladie. Le modèle biomédical n'a pas le monopole du sens ou du traitement des problèmes des patients. Les recours aux soins traditionnels et leurs organisations nous permettent d'entrevoir la logique du système symbolique et les liens de causes à effets qui régissent la logique médicale traditionnelle. Nous montrons que les patients oscillent entre culture biomédicale et culture traditionnelle pour expliquer leurs maux. La documentation de ces deux entités permet le développement d'outils pédagogiques à destination des professionnels de santé polynésiens pour les sensibiliser aux déterminants culturels de la santé. Ces exemples aident le professionnel de santé néophyte de la culture polynésienne à comprendre les liens logiques, les représentations et les pratiques qui sont en jeu lors des problématiques de santé polynésiennes. C'est l'occasion de voir à travers le miroir des usages et de prendre du recul sur ses propres représentations, normes, valeurs et comportements.

La documentation de ces deux exemples peut servir à expliciter cette réalité pour les soignants, c'est un outil pédagogique qui s'inscrit dans la réalité organique et culturelle des patients.

## **D. Hypothèses et perspectives de recherches**

Cette étude est la première à proposer des résultats au sujet des déterminants culturels de la santé en Polynésie dans le cadre des maladies chroniques.

D'autres études en anthropologie de la santé ont été menées en Polynésie Française ou au sein du triangle polynésien. Les deux études détaillées dans la partie « Données de la littérature » sont les études qui se rapprochent le plus de notre problématique. Pour autant aucune ne s'intéresse empiriquement à l'impact de la culture sur la santé.

Nous retrouvons des perspectives et des dimensions similaires dans les résultats que nous montrons. L'importance du pluralisme médical, la variété des systèmes étiologiques, l'importance de la communauté et de la religion sont les points les plus marquants.

Le caractère préliminaire et exploratoire de cette étude doit encourager les professionnels de santé à poursuivre la recherche dans cette voie. Les conclusions que nous avançons doivent

être prises comme des hypothèses à vérifier. Les variables culturelles, difficilement quantifiables et mesurables sont toujours des hypothèses. Elles restent des facteurs explicatifs tant qu'un autre modèle plus convaincant n'a pas pu expliquer de lien de causalité. Des études quantitatives doivent confirmer l'implication des déterminants culturels de la santé dans des situations précises.

L'approche holistique de notre étude et la quête d'exhaustivité qu'elle a remplie sont des éléments qui permettront aux professionnels de santé néophytes de la culture polynésienne de mieux comprendre leurs patients et ainsi de mieux les soigner.

Les résultats obtenus avec les soignants sont un matériel riche et dense que nous n'exploitons pas en totalité car nous évaluons notre sujet comme suffisamment large. Les représentations des soignants apparaissent comme autant de facteurs structurants, améliorants ou délétères pour la santé de leurs patients. Il y a de grande chance pour que des déterminants culturels de santé soient également présents au sein de la population constituée par les soignants des polynésiens. L'identification de représentations, de normes, de valeurs et de comportements au sein de la culture biomédicale et en lien avec la santé, pourrait permettre une approche réflexive sur les moyens de produire de la Santé individuellement et collectivement. Individuellement, par l'évaluation puis l'amélioration des compétences des professionnels de santé *via* la formation continue en se focalisant sur leurs erreurs ou leurs lacunes concernant la connaissance de l'autre. Ces nouvelles compétences doivent aussi mettre en avant les attitudes et les discours qui favorisent la santé des patients (l'observance, la qualité de la relation soignant-soigné) pour les généraliser. Et collectivement en réfléchissant sur la pertinence de l'organisation de la santé et de sa cohérence avec l'organisation de la société polynésienne.

D'un point de vue épistémologique, il apparaît nécessaire de procéder à une réorganisation de l'épidémiologie en Polynésie Française afin de collecter des données qui permettent une organisation raisonnée des soins. Le manque de données épidémiologiques condamne la santé publique polynésienne à échafauder des actions et des programmes dans l'incertitude et pour une efficacité aléatoire. Dans cette nouvelle organisation, il faudrait que la perspective culturelle, en dehors de toute approche culturaliste puisse être abordée.

*« L'un des apports majeurs de l'anthropologie à la santé publique est sa capacité de mettre au jour les croyances, les valeurs, les représentations, les mythes et autres éléments de culture populaire qui peuvent servir de points d'arrimage aux messages axés sur la modification des comportements. » (4)*

L'omniprésence des *ra'au tahiti* dans la vie des patients nous fait penser qu'une étude de grande échelle est nécessaire afin de faire une mise à jour des connaissances concernant les *ra'au tahiti*. Cette étude aurait pour objectif de poser les arguments scientifiques, quantifiés, pour que des actions concrètes soient menées en cohérence avec les recommandations de l'OMS (119) et des directives du plan santé 2016-2025. (32)

Incompatibilité ou complémentarité des *ra'au tahiti* et des médicaments occidentaux ? La cohabitation et la co-intervention culturelle et sociale de ces traitements est un sujet intéressant pour l'étude de l'impact de leur association.

Des études épidémiologiques observationnelles seraient nécessaires afin de mettre à jour les connaissances concernant les traditions polynésiennes (*peritome mā'ohi* et *pūfenua*). Ces pratiques peuvent être de bons indices concernant l'acculturation de la population autochtone *mā'ohi*. Ces données permettraient de renforcer l'idée que ces pratiques doivent être respectées et encadrées de manière officielle. La marche arrière des pouvoirs publics en matière de circoncision est un frein pour la perpétuation de cette pratique en conjuguant tradition (la circoncision) et modernité (anesthésie, aseptie).

Ces études seraient l'occasion de proposer des arguments tangibles pour qu'à nouveau les polynésiens puissent pratiquer leurs rituels avec moins de risque pour la santé. Une occasion de plus d'inclure la culture au sein du système biomédical et ainsi d'améliorer la confiance des patients dans ce système.

## E. Conclusion

Il est temps pour le système biomédical d'ajouter à ses compétences, l'interculturalité. Dans le monde contemporain mondialisé dans lequel nous vivons et dans lequel nous allons vivre, la société multiculturelle est le schéma qui tend à s'imposer partout. La circulation de l'Homme est une contrainte dont il a pu s'affranchir. Le défi aujourd'hui est de vivre ensemble, de s'aider et de rester en bonne santé.

Les crises migratoires sont désormais fréquentes et la question de l'Autre devient et doit devenir systématique dans les questions de santé. Le réchauffement climatique, les guerres, la répartition des richesses dans le monde sont autant de facteurs qui nous poussent vers des situations qui nécessitent que l'on se comprenne tous pour mieux soigner.

Le travail de cette thèse est une petite contribution pour la réflexion des soignants sur ce sujet. Les enjeux sont énormes, l'apprentissage et la recherche sont les outils qui nous permettront d'y répondre.

La culture ne doit pas être envisagée comme un obstacle qui empêche, limite, contraint les soignants et les patients. Il faut la percevoir comme un outil, un moyen, une richesse autour de laquelle la santé doit être construite. Culture et santé ne doivent plus être opposées, il faut les conjuguer. Le bénéfice qu'on espère est celui de la santé des hommes mais aussi individuellement, un pas de plus vers l'altruisme, qualité nécessaire dans un monde où l'individu s'isole dans son égocentricité.

En cela, les Polynésiens ont beaucoup à nous apprendre, c'est le dernier point sinon fondamental de notre réflexion.

## VI. RECOMMANDATIONS POUR L'INTEGRATION DES DETERMINANTS CULTURELS DE LA SANTE AU PROJET DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE

### A. Introduction

Le projet « Etablissement de soins de santé primaires de Polynésie française » fait suite à l'objectif prioritaire « Bâtir un établissement public polynésien de soins primaires » (120) du schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2016-2021 (121) adopté par l'Assemblée de Polynésie française.

La mise en œuvre de l'établissement de soins de santé primaires est programmée pour le premier trimestre 2019.

Les phases d'expérimentation sont déjà en cours. Notre travail s'inscrit dans une optique d'harmonisation des pratiques professionnelles grâce à un programme de formation et au développement d'outils standardisés.

La base théorique que constituent ces recommandations est un point de départ pour la conception d'un de ces outils de santé à la destination des professionnels de santé qui travaillent dans les structures publiques du territoire.

L'outil qui sera développé a pour intitulé : « Les déterminants sociaux et culturels de santé des patients Polynésiens ». Une première phase s'étend jusqu'au troisième trimestre 2018 et a pour but de constituer un document expérimental. Une phase d'expérimentation sur le terrain débutera en janvier 2019. Une fois l'outil réévalué et validé, il sera généralisé pour tous les établissements de soins de santé primaire de Polynésie Française et disponible en open source sur une plateforme numérique.

Les objectifs de ces recommandations sont :

- de donner une définition simple et intelligible pour tous les soignants des caractéristiques d'un déterminant culturel de santé.
- d'identifier les déterminants culturels de santé les plus importants.

## B. Recommandations

### B.1. Qu'est ce qu'un déterminant culturel de santé ?

Un déterminant culturel de santé est un déterminant social de la santé. C'est un facteur invisible, inconscient qui influence la santé d'un malade. On dit qu'il est culturel car il est le fruit des croyances, des valeurs ou de normes et des comportements que partage le groupe et qui se transmettent de génération en génération.

**Une croyance** peut être religieuse mais elle peut aussi être laïque. Par exemple on peut croire en Dieu mais on peut aussi croire que les extra-terrestres existent. Ces deux idées sont des croyances. Ce sont des idées pour lesquelles on pense qu'elles sont exactes sans que cela soit forcément vérifié. Elles englobent aussi les représentations, c'est à dire l'ensemble des idées qui sont associées à quelque chose.

**Une valeur** est une idée, une pensée qui définit les règles de bonnes conduites, et les règles de penser. Ces idées sont accompagnées d'un sentiment de vérité, de juste, d'exact chez les personnes qui partagent ces valeurs.

Ex : Les valeurs de la République Française sont : Liberté, Egalité Fraternité

**Les comportements** : c'est ce que l'on fait, un comportement culturel correspond à un comportement que tous les individus du groupe font aussi.

Ex : se rassembler le dimanche autour d'un *ma'a tahiti* est un comportement culturel

### B.2. Les déterminants culturels de santé des patients polynésiens

Nous allons nous intéresser à l'impact sur la santé de ce que les patients pensent, font et de ce qu'ils pensent juste et vrai. Nous tâcherons d'illustrer par des exemples concrets chacune des recommandations.

Pour prendre en compte la culture dans les soins en Polynésie il faut...

1

Il faut privilégier les prises en charge qui font intervenir le **groupe**, encourager les patients à rechercher de l'aide au sein de leur **famille** ou de leur **communauté**. Les patients polynésiens sont attachés à l'idée de la communauté, **l'entraide**, et les réunions de famille ou de groupe sont importantes. C'est un facteur de **soutien social**, cette valeur permet d'éviter que les patients fragiles soient isolés, il favorise la santé. Les liens du groupe doivent être entretenus et renforcés.

*Ex : un patient qui prend des médicaments tous les jours aura plus de facilité à ne pas les oublier si sa famille est informée qu'il doit en prendre et que sa santé en dépend.*

2

Il faut connaître les **autres systèmes** qui permettent d'expliquer la maladie. Les explications que les patients polynésiens donnent à leurs maladies sont **multiples**. En plus de l'explication que leur donnera le *taote*, d'autres **interprétations** sont faites en même temps. Si on ne les connaît pas, on risque de ne pas comprendre les comportements des patients.

*Ex : un patient atteint d'une pathologie mentale peut arrêter son traitement et prendre des ra'au Tahiti pendant une période si l'efficacité n'était pas satisfaisante, il y a un risque qu'on le perde de vue. L'explication de sa pathologie mentale peut venir de phénomènes surnaturels pour lesquels la biomédecine ne propose pas de traitement.*

3

Il faut favoriser la compréhension des patients par l'utilisation du **reo mā'ohi** par tous les soignants. Pour les patients bilingues, la langue maternelle

permettra de véhiculer plus de sens que la langue française. Utiliser le français pour les patients jeunes qui ne maîtrisent pas la langue tahitienne. Les professionnels de santé doivent avoir une **formation** pour l'utilisation du *reo mā'ohi* médical.

*Ex : Les consultations avec les personnes âgées qui ne maîtrisent pas le français couramment doivent être suivies d'une consultation avec un soignant bilingue. Un médecin qui utilise le reo mā'ohi en consultation véhicule son message avec plus de force, il favorise la relation de confiance avec les patients en montrant son implication pour aller vers l'autre.*

4

Les mots médicaux doivent être abandonnés au profit de **métaphores** issues de **l'environnement** qu'on trouve autour de soi. Les explications pragmatiques et « **terre à terre** » doivent être privilégiées. Les patients polynésiens sont observateurs et connaissent bien leur île. C'est là qu'il faut puiser des exemples dans la nature pour leur expliquer les dysfonctionnements que la science médicale a identifiés.

5

Les **traditions** des patients doivent être respectées et ne doivent pas être jugées par les soignants. La pratique de la **circoncision** et du **pufenua** doivent être permises par le système de santé, et connues des soignants.

*Ex : Lors d'un accouchement, le refus de transmettre le placenta à la famille de la maman peut être vécu comme un traumatisme, une atteinte au respect de la dignité de la maman.*



6

Les soignants doivent être sensibilisés à l'importance de la **religion** en Polynésie. Les patients polynésiens croient et il faut respecter ces **croyances**. La religion peut être un outil dont les soignants se servent pour faire circuler des informations ou pour organiser des actions de santé. Les responsables religieux ont une **influence** forte, les fidèles adhèrent à ses paroles, et pas seulement à ces sermons. La **collaboration** entre la santé et les religions ne doit pas être un tabou.

*Ex : une campagne de prévention à l'échelle locale qui s'appuie sur l'organisation de la paroisse et de l'église touche un grand nombre de personnes et favorise l'accueil du message de santé en dehors des structures de soins*

7

Les soignants doivent connaître et reconnaître quelques traits de la personnalité polynésienne qui peuvent avoir une influence sur le comportement des patients pendant la consultation. Il faut reconnaître :

- **Te ha'ama** (la honte) ce sentiment peut mener un patient à ne plus parler pendant la consultation ou à ne pas dire certaines choses s'il éprouve ce sentiment.

- **Te ārofa** (la compassion), ce sentiment est mis en jeu dans les situations d'entraide. C'est sur celui-ci que la communauté repose. Il faut l'évoquer pour les patients qui recherchent de l'aide.

- **Te fiu** (le flegme, la lassitude) : les patients évoquent ce terme en consultation il faut le connaître et comprendre à quoi il fait référence.

*Ex : un patient qui répond toujours « oui » aux questions gênantes ou pour lesquelles il peut avoir « honte » ne donne pas forcément la réponse qui reflète la réalité, il*

*donne la réponse qui « fait plaisir » au docteur pour ne pas avoir honte.*

8

Il faut **accepter** les **ra'au tahiti**, éviter leur diabolisations et **encourager** le dialogue avec les patients à ce sujet. Nier leur existence c'est prendre les risques de s'exposer à des retards de diagnostic ou de traitement, ou pire à perdre de vue un patient.

*Ex : un patient diabétique à qui l'on explique que sa maladie ne guérira jamais sera tenté d'avoir recours au ra'au tahiti qui lui promettent un espoir et une prise en charge rassurante de sa maladie. Si le patient pense que les soignants des ESSP sont réfractaires à ces méthodes, il risque de ne pas en parler en consultation ou pire, d'éviter le conflit et de ne plus se présenter aux consultations de suivi.*

9

Il faut connaître les **parcours de soins** des patients qui ne se limitent pas aux consultations et au traitement de la médecine occidentale. Il faut s'intéresser aux explications des systèmes traditionnels et de la religion, il faut **comprendre** pourquoi le patient en a eu besoin pour éviter qu'il soit insatisfait par les prises en charge qu'on lui propose.

*Ex : Un patient avec une douleur du dos aura peut-être déjà essayé des traitements, il faut se renseigner sur ce qu'il a déjà fait et évaluer l'intérêt de poursuivre ou non ces traitements. Les bains de vapeurs pour les lombalgies sont une bonne méthode qui favorise la décontraction musculaire, on peut poursuivre ce traitement et ajouter les traitements contre la douleur correspondants.*



10

Il faut appuyer les actions en santé sur les valeurs fortes et valorisantes de la culture polynésienne : l'attachement à la **terre**, la cohésion **familiale**, le savoir vivre au **présent**, le respect de la **nature**.

*Ex : les programmes de dépistage centrés sur une seule personne sont moins bien suivis que les programmes qui s'adressent à un groupe. Un meeting dans une commune qui rassemble toutes les femmes d'un quartier permet de sensibiliser le groupe et non l'individu et ainsi d'espérer une meilleure adhésion au dépistage.*

11

Il faut attacher de l'importance au **mana** des décisionnaires en santé et des intervenants qui mènent les actions de santé sur le terrain. Le choix des collaborateurs pour la construction d'un projet de santé est déterminant pour sa longévité et son efficacité. Les intervenants jouissant d'un **mana** important sont des atouts majeurs pour la projection de la santé au plus proche des patients.

12

Il faut savoir que les patients pensent leur **corps** comme le socle sur lequel se construit leur santé. Par l'entretien, et en évitant d'abîmer son corps, on reste en bonne santé. Cette représentation est une porte d'entrée pour permettre l'adhésion aux campagnes de prévention. Il faut l'utiliser pour imaginer de nouveaux projets.

*Ex : Le surpoids est un signe visible que le corps souffre, il accumule la graisse et modifie le corps. Cette déformation du corps est un risque pour la santé. Il faut prendre soin de son corps.*

13

Il faut savoir que la notion de **gravité** n'est pas la même pour les patients ou les soignants. Les patients craignent de ne plus pouvoir réaliser leurs tâches quotidiennes, ils craignent une **incapacité**. La gravité est intimement liée aux **symptômes** qu'ils éprouvent. Une maladie sans symptôme et sans limitation de l'activité quotidienne n'est pas une maladie grave.

*Ex : un patient considère comme plus grave une fracture qui entraîne une douleur, une limitation des tâches quotidiennes que l'hypertension qui ne se manifeste que rarement.*

14

Les soignants doivent être sensibles à l'expression ou à « **silence** » de la **douleur** des patients polynésiens, elle est parfois subtile et il faut la reconnaître pour la prendre en charge correctement. Le partage d'expérience est une bonne méthode pour comprendre cette particularité polynésienne.

15

Les soignants doivent savoir que les traditions, et la culture polynésienne sont en pleine **réinvention**, le bien-être des individus passe aussi par l'identification de **repères** culturels, familiaux et communautaires. Il ne faut pas négliger le caractère **identitaire** de certaines pratiques (*pufenua, peritome maohi, ra'au tahiti,...*). Il ne faut pas priver les patients de leur culture en prétextant la santé.

Il nous semble que trois points doivent être abordés séparément, ils ne sont pas propres à la culture polynésienne mais sont des invariants pour tous les patients. Ces recommandations s'appliquent à tous les patients et dans toutes

les situations cliniques. Elles découlent des conclusions de l'étude des déterminants culturels de santé des patients en Polynésie.

16

Il faut favoriser une relation **d'égal à égal** dans les soins, les soignants n'ont pas le monopôle du pouvoir médical, il faut donner les moyens aux patients d'agir. Il faut **désacraliser** le statut du médecin pour favoriser une attitude d'écoute et d'échange et oublier les rapports hiérarchiques qui empêchent les patients de dire ce qu'ils pensent, ce qu'ils attendent, ce qu'ils espèrent.

17

Les soignants doivent comprendre que les patients ont une connaissance limitée du fonctionnement interne de leur organisme, les **symptômes** qu'ils éprouvent auront un autre **sens** que celui que les médecins leur attribueront. Il ne faut pas nier ou mépriser le sens qu'ils leurs donnent, celui-ci a la même valeur que le sens que le médecin lui attribue sinon plus.

18

Il faut se former pour favoriser la **littéracie** en santé des patients. Les soignants doivent mettre à la disposition des patients des **outils** qui permettent un apprentissage sur leur maladie et sur leurs médicaments (sous forme d'atelier de groupe, de groupe d'échange, de repas d'éducation thérapeutique...). La littéracie en santé est influencée par la **culture** du patient mais des variables comme le niveau d'étude et la profession sont d'autres critères qui entrent en jeu.

Il faut prendre en compte les déterminants culturels de la santé mais surtout ne pas oublier de prendre en compte les autres déterminants sociaux de la santé au risque de perdre une chance d'influencer positivement sur la santé d'un patient.



## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Mauss M. Sociologie et anthropologie. Quatrième édition. Paris : Les Presses universitaires de France; 1950. 482 pages. (Bibliothèque de sociologie contemporaine).
2. Galand C, Salès-Wuillemin É. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé, Abstract. Sociétés. 15 mars 2010;(105):35-44.
3. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med [B]. janv 1978;12:85-93.
4. Massé R. Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: G. Morin; 1995. 499 p.
5. Fainzang S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. Sci Soc Santé. 2001;19(2):5-28.
6. Besson R, Bernard M, Traoré AT, Gobatto I. Le diabète, une épidémie mondiale? Construction et qualification d'un fait épidémiologique. :13.
7. OMS. Obésité et diabète: une bombe à retardement [Internet]. WHO. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/fr/>
8. OMS. Maladies non transmissibles [Internet]. WHO. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>
9. Evans M, Sinclair RC, Fusimalohi C. Mondialisation, alimentation et santé : l'exemple des Tonga. 2002;(6):7.
10. OMS | Allocution du Dr Margaret Chan à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé [Internet]. WHO. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/dg/speeches/2017/address-seventieth-assembly/fr/>
11. Cottino G. Obesity « epidemic » in the kingdom of Tonga. J Anthropol. 2 avr 2015;(138-139):65-87.
12. OMS. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata. 1978.
13. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 125 p. (Rapport sur la santé dans la monde).
14. Sillamy N. Grand dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse; 1991. (Sciences de l'homme).
15. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Diet, food supply and obesity in the Pacific. Geneva: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 2003.
16. Coyne T, Commission SP, Eng N (New C, Badcock J (ed ), Taylor R (ed ) 184046. The effect of urbanisation and Western diet on the health of Pacific Island populations. 1984 [cité 7 juin 2018]; Disponible sur: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=XF2015036051>
17. OMS, Alwan A. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 Résumé d'orientation [Internet]. 2011 [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report-summary\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf?ua=1)
18. C. Tarquinio,1, M.-P. Tarquinio2. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Prat Psychol 13 2007 1-19 [Internet]. [cité 3 mai 2017]; Disponible sur: <http://sci-hub.cc/http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1269176306000836>
19. Noury A, Galipaud J-C. Les Lapita, nomades du Pacifique [Internet]. IRD Éditions; 2011 [cité 20 mars

- 2018]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/irdeditions/653>
20. BARÉ J-F. Le malentendu pacifique, Des premières rencontres entre Polynésiens et Anglais et de ce qui s'ensuit avec les Français jusqu'à nos jours. 2e édition. Paris: Éditions des archives contemporaines; 1985. 279 p. (Ordres sociaux).
  21. Serra-Mallol C. Bien manger, c'est manger beaucoup : comportements alimentaires et représentations corporelles à Tahiti. *Sci Soc Santé*. 2008;26(4):81-112.
  22. Babadzan A. Le crépuscule de la Coutume : culture et politique à l'heure du tournant néolibéral dans le Pacifique Sud. *Crit Int*. 2007;37(4):71.
  23. Gauchenot I, Breuilh F. Recensement de la Polynésie: La population légale en Polynésie française [Internet]. Conférence de presse du 13 Novembre 2017; 2017 Aout [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.ispf.pf/docs/default-source/rp2017/cpo\\_rp2017.pdf?sfvrsn=2](http://www.ispf.pf/docs/default-source/rp2017/cpo_rp2017.pdf?sfvrsn=2)
  24. Institut d'émission d'outre mer. Polynésie Française 2016: Rapport annuel. Paris; 2017 p. 180.
  25. Constitution du 4 octobre 1958 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071194#LEGIARTI000006527587>
  26. Besancenot J-P, Vigneron E., Le territoire et la santé. La transition sanitaire en Polynésie française. *Ann Géographie*. 2001;110(617):109-109.
  27. Bertrand S, Berry AL. Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles [Internet]. 2013. 326-32 p. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=11606](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11606)
  28. Le Breton-Lerouillois. La démographie médicale en région DOM-TOM: Situation en 2013 LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION DOM-TOM Situation en 2013 [Internet]. Ordre national des médecins; [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom\\_tom\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom_tom_2013.pdf)
  29. Leca A. Aperçu historique sur la mise en place et le développement de l'assurance maladie e Polynésie Française (1956-2009). *Rev Jurid Polynésienne*. :11-25.
  30. Vigneron E. Le territoire et la santé: la transition sanitaire en Polynésie française. Paris, France: CNRS éd; 1999. 281 p.
  31. Soins et santé. In: Atlas de la Polynésie Française. Paris: Éditions de l'ORSTOM; 1993. p. 100.
  32. Journal officiel de la Polynésie Française. La politique de la santé de la Polynésie Française: Orientation Stratégiques. févr 24, 2016.
  33. Mutel M, Sibelet N. L'interprétation des données : 2013;7.
  34. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23.
  35. Le MeSH bilingue anglais - français [Internet]. Disponible sur: <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>
  36. Mallol CS. Nourritures, abondance et identité: une socio-anthropologie de l'alimentation à Tahiti. *Au vent des îles*; 2014. 753 p.
  37. Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Rowman Altamira; 2011. 681 p.
  38. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens

- à des données brutes. *Rech Qual.* 2006;26(2):1-18.
39. Paillé P. Les conditions de l'analyse qualitative. *Réflexions autour de l'utilisation des logiciels. SociologieS* [Internet]. 6 juill 2011 [cité 26 mars 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologies/3557>
  40. Lemieux N. Guide pédagogique lié à l'utilisation du logiciel ATLAS.ti. Université du Québec; 2015.
  41. Imbert G. Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications, Summary. *Santé Publique.* 4 juill 2008;20(2):113-24.
  42. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. [Internet]. Adélaïde; 2010. Disponible sur: [http://www.who.int/social\\_determinants/french\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1)
  43. Fassin D. Les inégalités sociales de santé [Internet]. *La découverte*; 2000 [cité 7 juin 2018]. 448 p. (Recherche). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475.htm>
  44. Gray AM. Inequalities in health. *The Black Report: a summary and comment. Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 1982;12(3):349-80.
  45. INPES. INPES - Inégalités sociales de santé: Définition et concepts du champ [Internet]. [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
  46. Commission des, OMS. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008.
  47. World Health Organization. Les déterminants sociaux de la santé les faits. [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10062373>
  48. Paquette J, Leclerc B-S, Bourque S, CSSS de Bordeaux-Cartierville- Laurent-CAU. La santé dans tous ses états: les déterminants sociaux de la santé : trousse pédagogique [Internet]. 2014 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.csssbctsl.qc.ca/votre-ciusss/documentation/publications-et-videos/la-sante-dans-tous-ses-etats-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>
  49. Anctil H, Jobin L, Pigeon M, Émond A, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, et al. La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2012.
  50. Taras V, Rowney J, Steel P. Half a century of measuring culture: Review of approaches, challenges, and limitations based on the analysis of 121 instruments for quantifying culture. *J Int Manag.* déc 2009;15(4):357-73.
  51. Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/>
  52. UNESCO. Définition de l'UNESCO de la culture. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles; 1982.
  53. LEVI-STRAUSS C. *Tristes tropiques*. 3eme éd. Paris: Plon edi8; 2014. 377 p. (Terre humaine, civilisations et sociétés).
  54. Levi-Strauss C. Introduction a l'oeuvre de M. Mauss: sociologie et anthropologie. In: *Sociologie et anthropologie*. Paris: Pesse Universitaire Française; 1966.
  55. Radcliffe-Brown AR. Structure et fonction dans la société primitive [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2004 [cité 25 mai 2018]. (Classiques des sciences sociales.). Disponible sur: [http://www.uqac.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/classiques/radcliffe\\_brown/radcliffe\\_brow](http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/radcliffe_brown/radcliffe_brow)

## BIBLIOGRAPHIE

- n.html
56. Herskovits MJ. *Man and his works : the science of cultural anthropology*. 6<sup>ème</sup>. Alfred A. Knopf; 1952. 678 p.
  57. Redfield R, Redfield MP. *The papers of Robert Redfield*. Chicago: University of Chicago Press; 1962. 2 p.
  58. Mercier P. *Anthropologie sociale et culturelle*. In: *Ethnologie générale*. Paris: Gallimard; 1968. (Encyclopédie de la pléiade).
  59. Saura B. *Tahiti Mā'ohi: culture, identité, religion et nationalisme en Polynésie française*. Pirae, Tahiti, Polynésie française: Au vent des îles; 2008. 529 p.
  60. Hruschka DJ. Culture as an explanation in population health. *Ann Hum Biol*. janv 2009;36(3):235-47.
  61. Desenclos J-C. The risk of vibrio illness in the Florida raw oyster eater population 1981-1988. *Am J Epidemiol*. 134(290):7.
  62. Bouchon M. Accès aux soins, les déterminants socioculturels. *Médecins Monde*. 2013;1(1):52.
  63. Vidal L. Les pièges du culturalisme. *Transcr Rev Crit Actual Sci Int Sur VIH Virus Hépat* [Internet]. 2004 [cité 1 juin 2018];Février/mars(114). Disponible sur: [http://www.pistes.fr/transcriptases/114\\_338.htm](http://www.pistes.fr/transcriptases/114_338.htm)
  64. Saura B. *Politique et religion à Tahiti*. Au vent des îles; 2014. 686 p.
  65. Becker AE. *Body, Self, and Society: The View from Fiji*. University of Pennsylvania Press; 1995. 223 p.
  66. Touboul-Lundgren P, Jensen S, Draï J, Lindbæk M. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us". *BMC Public Health* [Internet]. 17 sept 2015 [cité 1 juin 2018];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574721/>
  67. Hofstede GH. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. 2<sup>nd</sup> éd. SAGE; 2001. 620 p.
  68. Capstick S, Norris P, Sopoaga F, Tobata W. Relationships between health and culture in Polynesia - a review. *Soc Sci Med* 1982. avr 2009;68(7):1341-8.
  69. Ma'ia'i. *Cultural sensitivity and the Pacific Islander*. 1994;
  70. Stewart DW, DePue J, Rosen RK, Bereolos N, Goldstein MG, Tuitele J, et al. Medication-taking beliefs and diabetes in American Samoa: a qualitative inquiry. *Transl Behav Med*. mars 2013;3(1):30-8.
  71. Norris P, Fa'alau F, Va'ai C, Churchward M, Arroll B. Navigating Between Illness Paradigms: Treatment Seeking by Samoan People in Samoa and New Zealand. *Qual Health Res*. oct 2009;19(10):1466-75.
  72. Guiart J. *Mon Dieu là haut, la tête en bas! Le Rocher-à-la-Voile et Haere Po*. Noumea Papeete; 2009. 308 p. (Essai pour servir à l'intelligence du temps présent).
  73. Lemaitre Y. Terminologie et théorie médicales tahitiennes. 1985;34:49-75.
  74. Grand S, Dunis S. *Contribution à une anthropologie de la maladie à Tahiti: pour une médiation entre les mondes de soins et en ethnopsychiatrie*. Lille, Polynésie française: Atelier national de reproduction des thèses; 2006.
  75. Grand S. *Tahu'a, tohunga, kahuna: le monde polynésien des soins traditionnels*. Pirae (Tahiti), Polynésie française: Au vent des îles, DL 2007; 2007. 354 p.

76. Monconduit D. Le douleur est-elle un objet d'étude anthropologique applicable à la Polynésie ? 1987-1999, Polynésie française: Université française du Pacifique; 1999. 149 p.
77. Monconduit D. Anthropologie du silence polynésien: « gémir n'est pas de mise aux Marquises... » France; 2017. 279 p.
78. FITZPATRICK-NIETSCHMANN J, Francisco S. Pacific Islanders Migration and Health. West J Med. :6.
79. Imbert-Berteloot G. Décryptage de la trajectoire sémiologique et phénoménologique des complications chez les diabétiques de type 2: le cas des Polynésiens autochtones [Thèse de doctorat]. [1970-2013, France, Canada]: Université de Bordeaux II; 2007.
80. Bajcar J. Task analysis of patients' medication-taking practice and the role of making sense: A grounded theory study. Res Soc Adm Pharm. 1 mars 2006;2(1):59-82.
81. Boissin J-L. L'obésité et le diabète: un objet d'étude anthropologique applicable a la Polynésie? Memoire de DEA; 2000.
82. Baré JF. Tahiti, les temps et les pouvoirs: pour une anthropologie historique du Tahiti post-européen. ORSTOM, Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération; 1987. 578 p.
83. Barbe D, éditeur. Le monde Pacifique dans la mondialisation. Paris: CNRS; 2013. 262 p. (Hermès).
84. Saura B. Le placenta en Polynésie française: un choix de santé publique confronté à des questions identitaires. Montrouge, France: J. Libbey Eurotext; 2000.
85. Garnier G. Te peritome mā'ohi : réflexions sur la circoncision polynésienne [Internet]. 2000 [cité 23 juill 2017]. Disponible sur: <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb428008904>
86. Académie Tahitienne - Fare Vāna'a [Internet]. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.farevanaa.pf/dictionnaire.php>
87. Tersigni S. Pour quelques gouttes de sang, Confl Normes Déontologie Médicale Face À Circoncision À Hyménorrhée Rev Sci Soc. 2008;(39):104-113.
88. Maco T. Le Polynésien et le temps. Tahiti-pacifique magazine. Aout 2000;(112).
89. Rigo B. Altérité polynésienne, ou, Les métamorphoses de l'espace-temps. CNRS; 2004. 358 p.
90. Browne CV, Mokuau N, Ka'opua LS, Kim BJ, Higuchi P, Braun KL. Listening to the Voices of Native Hawaiian Elders and 'Ohana Caregivers: Discussions on Aging, Health, and Care Preferences. J Cross-Cult Gerontol. juin 2014;29(2):131-51.
91. Kaholokula JK, Look MA, Wills TA, de Silva M, Mabellos T, Seto TB, et al. Kā-HOLO Project: a protocol for a randomized controlled trial of a native cultural dance program for cardiovascular disease prevention in Native Hawaiians. BMC Public Health. 17 avr 2017;17(1):321.
92. Smith HW, Ma C. The Daniel K. Inouye College of Pharmacy Scripts: Transition from Traditional to Western Medicine in Hawai'i (Part 2) Western Legislative Impacts on Traditional Medical Practices. Hawaii J Med Public Health J Asia Pac Med Public Health. 2016;75(5):148-50.
93. Alu L. Eola mau: Native Hawaiian Health-Needs Study [Internet]. Honolulu; 1985. Disponible sur: [www.papaolalokahi.org](http://www.papaolalokahi.org).
94. Oliver DL, Jouan R. Les îles du Pacifique: l'Océanie, des temps primitifs a nos jours. Paris: Payot; 1952. 366 p. (Bibliothèque historique).
95. Savoie-Zajc L. L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel

## BIBLIOGRAPHIE

- NUD•IST. :25.
96. Saura B. Façon de dire, manière de penser. Les piri — devinettes — de Tahiti. *J Société Océan.* 2000;110(1):35-47.
97. Montillet N. Fare, la maison polynésienne d’hier à aujourd’hui. *Hiro’a*, journal d’information culturelle. Service de la culture et du patrimoine, Pu no te taere e no te faufaa tumu. :10-5.
98. Académie Tahitienne - Fare Vāna’a. Dictionnaire en ligne [Internet]. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.farevanaa.pf/dictionnaire.php>
99. Audras F, Bambridge T, Gaulme F. La République, le Pays et le Tavana. :218.
100. Levi-Strauss C. *Anthropologie structurale*. 1<sup>re</sup> éd. Paris: Plon; 1958. 416 p.
101. Culture et santé. Littéracie en Santé. D’un concept à la pratique [Internet]. 2016. Disponible sur: [www.culture-sante.be](http://www.culture-sante.be)
102. Pétard P (1912-1980) A. Raau Tahiti : plantes médicinales polynésiennes et remèdes tahitiens. Commission du Pacifique sud. Nouméa; 1972.
103. Chinain. Ciguatera: connaissances d’antan, connaissances modernes.
104. Bouchut J. Nouveautés dans la ciguatera: étude des facteurs de risque de gravité parmi une cohorte hospitalière polynésienne et conséquences sur la prise en charge en structure de soins de santé primaires [Thèse d’exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014.
105. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège.* :7.
106. Benoist J., Agir, répondre : où siège l’efficacité en médecine ?, in AMADES, La dimension culturelle de la maladie, Toulouse, p. 27-37. 1990;
107. Esterre P, Vigneron E, Roux J. Histoire de la lutte contre la filariose lymphatique en Polynésie française : leçons de 50 années d’efforts. *Bull Soc Pathol Exot.* 2005;10.
108. Nanethida NOUANESNGSY. Prescrire des médicaments en médecine générale : que nous suggèrent les patients de Polynésie française ? [Internet]. 2017 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/37397642-9561-440a-9b33-1e57eb0c9e9f>
109. Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *N Z Med J.* 30 janv 2004;117(1188):U743.
110. Commission des, OMS. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008.
111. Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l’élaboration d’un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Genève: Groupe de recherche en environnement et santé (GRES); 2010. (Institut des sciences de l’environnement, et Université de Genève).
112. Culture et santé. Littéracie en Santé. D’un concept à la pratique [Internet]. 2016. Disponible sur: [www.culture-sante.be](http://www.culture-sante.be)
113. Collège des médecins de famille du Canada. Conseil Pratique –Littéracie en santé dans le Centre de médecine de famille. 2016.
114. Levy RI. Tahitians: Mind and Experience in the Society Islands [Internet]. University of Chicago Press. 1973 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=aQSRjyTT59UC&oi=fnd&pg=PR13&dq=tahitians+robert+>

levy&ots=3OxfpzW5zd&sig=kWq7CAnfl16dGBYIjqJlul2ZiHA#v=onepage&q=tahitiens%20robert%20levy&f=false

115. Virieu R. Un épreuve psychique polynésien - le fiu : approche psychologique clinique et psychopathologique [Thèse de 3e cycle]. [France]: Université de Nice; 1981.
116. Iramuteq — IRaMuTeQ [Internet]. [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: <http://iramuteq.org/>
117. Russel HB. Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Rowman Altamira; 2011. 681 p.
118. Olivier de Sardan J-P. « Les applications de l'anthropologie », Jean-François Baré (Sous la direction) Paris, Karthala, 1995, 275 p. Bull APAD [Internet]. 1 déc 1995 [cité 27 mai 2018];(10). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/apad/1281>
119. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
120. Rupp-Terris e, Biarez P, Melix G, Beylier dt. Phase de conception volet santé décembre 2017. 2017;74.
121. Gouvernement de la Polynésie Française. Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie Française 2016 - 2021 [Internet]. Polynésie Française; 2016 [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/06/Sche%CC%81ma-dorganisation-Sanitaire-en-PF-2016-2021-web.pdf>

## VIII. LEXIQUE

LISTE DE MOTS et EXPRESSIONS EN TAHITIEN ET LEUR TRADUCTION	
<b>A rave te ohipa, aita e moni</b>	Pas de travail, pas d'argent
<b>Ahima'a</b>	Four tahitien
<b>Aita</b>	Non
<b>Aita e tama'a</b>	Ne pas manger
<b>Aito</b>	Casuarina equisetifolia ou bois de fer ou filaos : arbre tropical qui pousse sur le littoral et à basse altitude, notamment utilisé pour la dureté de son bois (aito : dur, solide, brave)
<b>Arii</b>	Chef principal dans la société pré-européenne caractérisée par son système de caste.
<b>Ciguatera</b>	La ciguatera est une intoxication alimentaire que l'on rencontre dans la zone caraïbe, dans les îles du Pacifique et dans l'Océan Indien. La maladie est liée à une toxine qui se concentre dans la chair et le tissu nerveux de certains poissons qui vivent dans le monde corallien
<b>Coprah</b>	Amande de noix de coco desséchée par le soleil et la chaleur. Ce fut, pendant de longues années, la principale exportation agricole de la Polynésie
<b>Fa'a'mu</b>	Forme d'adoption intra-familiale
<b>Fa'alavelave</b>	littéralement « fardeau commun » qui consiste en une donation pécuniaire de la famille pour les mariages ou autres événements majeurs de la vie de l'individu
<b>Faapu</b>	Potager familial destiné à l'autoconsommation
<b>Fare</b>	Maison - Habitation
<b>Fiu</b>	Flemme
<b>Ha'ama</b>	la honte
<b>Haere mai e tama'a</b>	"Viens manger"- locution en lien avec la tradition de l'accueil polynésien
<b>Hei</b>	Interjection
<b>Heiva</b>	Fête traditionnelle du mois de juin regroupant danses, chants et sports traditionnels
<b>Hoa</b>	Interjection
<b>Hotu painu</b>	Hotu: graine d'un arbre - Painu: dériver
<b>Ira</b>	Crise
<b>Ma'a</b>	Nourriture
<b>Ma'a Tahiti</b>	Repas du dimanche matin empruntant des méthodes de préparation traditionnelles
<b>Mā'hoi</b>	Indigène, Autochtone, qui n'est pas étranger
<b>Ma'i tapiri</b>	Maladies surnaturelles
<b>Ma'i tupuna</b>	Maladies des ancêtres - maladies héréditaires
<b>Maita'i</b>	Bien, bon
<b>Maita'i te tino</b>	Bien pour le corps
<b>Mana</b>	Pouvoir surnaturel, qui a le pouvoir
<b>Mana mana</b>	pouvoir ancien
<b>Marae</b>	Plate-forme construite en pierres sèches et où se déroulait le culte ancien, associé souvent à des cérémonies à caractère social ou politique

<b>Metuapua'a</b>	Fougère. Phymatosorus scolopendria (Burman) est surtout est très utilisée dans la pharmacopée traditionnelle. Des accidents assez nombreux ont été constatés à la suite d'une utilisation erronée des rhizomes
<b>Monoï</b>	Huile de coco parfumée obtenue par une préparation spéciale. On utilise l'amande des noix germées. En l'exposant au soleil après préparation, on obtient par exsudation une huile que l'on parfume avec des fleurs ou de la sciure de santal.
<b>Moruroa</b>	île de l'archipel des Tuamotu sur laquelle ont eu lieu les essais nucléaires
<b>Motu</b>	Îlot de sable sur un récif
<b>Noni</b>	Le Nono ou noni (Morinda Citrifolia, est indigène dans l'ensemble des îles du Pacifique. Il se retrouve dans la quasi-totalité des îles de la Polynésie française du fait de ses importantes vertus médicinales traditionnelles.
<b>Orero</b>	L'art oratoire
<b>Orero</b>	
<b>Ori</b>	Danse traditionnelle
<b>Pa'i</b>	mot qui renforce le discours, équivalent « eh bien ! »
<b>Paha</b>	Peut être, probablement, sans doute
<b>Papara</b>	Ville de la côte ouest de Tahiti
<b>Pape ha'ari</b>	Eau de coco
<b>Paumotu</b>	Langue parlée dans les Tuamotu
<b>Peritome</b>	Circoncision, supercision pratiquée dans le cadre rituel de la tradition
<b>Peritome mā'ohi</b>	expression dérivée d'un terme biblique grec qui signifie circoncision et opposée à peritome popa'a qui désigne la circoncision circulaire totale. On peut également entendre : « à la tahitienne » qui correspond à peritome mā'ohi.
<b>Popa'a</b>	Etranger
<b>Pufenua</b>	Enfouissement du placenta dans la terre
<b>Pufenua</b>	Enfouissement du placenta dans la terre
<b>Putā to'eto'e</b>	Attraper froid
<b>Ra'au</b>	Médicament
<b>Ra'au fati</b>	Médicament pour les traumatismes
<b>Ra'au he'a</b>	Médicament pour les humeurs
<b>Ra'au ira</b>	Médicament pour l'agitation
<b>Rahui</b>	Interdit alimentaire visant à préserver les ressources et caractérisé par son aspect cyclique. Il permet la régulation de l'impact de l'homme sur les ressources limitées de l'écosystème insulaire fragile. Cette organisation permet la pérennisation de l'installation des Hommes sur les îles. C'est une adaptation culturelle à l'environnement.
<b>Reo mahoï</b>	Langue polynésienne
<b>Ta'ata ra'au tahiti</b>	Préparateurs en pharmacopée traditionnelle - Tradipraticien
<b>Ta'ata tauromi</b>	Tradipraticiens qui soignent par le massage
<b>Tabu</b>	Interdit
<b>Tahinu</b>	Tournefortia argentea (Linné) - arbre des sols coralliens permettant la préparation des médicaments traditionnels contre la ciguatera
<b>Tahu'a</b>	Personnages clefs de la vie religieuse, sociale et culturelle des anciennes sociétés polynésiennes. Dotés de connaissances approfondies et de pouvoirs dans de nombreux domaines spécialisés (médecine traditionnelle, construction de pirogues...) - Expert, sorcier
<b>Tahua tehe</b>	Tahua : expert, Tehe : inciser le prépuce
<b>Tama'a, haere mai i te fare i te</b>	"Viens à la maison pour manger" - locution en lien avec la tradition de l'accueil

LEXIQUE

<b>tama'a</b>	polynésien
<b>Tané</b>	Homme
<b>Taote</b>	Médecin
<b>Tapu</b>	Restriction, interdit. La société polynésienne pré-européenne organise un système d'interdits sacrés et infranchissables qui permettent l'organisation en castes hiérarchisées et dont le franchissement est puni par la mort.
<b>Tapu te kokoro</b>	Tapu: Couper - Moa: penis
<b>Tapu te moa</b>	Tapu: Couper - Moa: penis
<b>Tapu te niho</b>	Pratique qui consiste à couper les gencives
<b>Taro</b>	Espèce comestible de Caladium. Collocasia esculenta (Linné)
<b>Tarua</b>	Tubercule de la famille du manioc cultivé dans les fa'apu
<b>Tatau</b>	Tatouage
<b>Te fetii</b>	La famille
<b>Te ma'i ote he'a</b>	Maladie des humeurs
<b>Te ora</b>	Vivant, santé, vie
<b>Te pū</b>	Le noyau
<b>Te tino</b>	Le corps
<b>Tiare</b>	emblème floral de Tahiti, plante endémique de la Polynésie française
<b>To</b>	Canne à sucre
<b>Tuamotu</b>	Archipel des îles de la Polynésie au nord de Tahiti
<b>Tumu</b>	Racine, origine, cause, raison, fondation, source, tronc, arbre, pied
<b>Uru</b>	Fruit de l'arbre à pain
<b>Uturoa</b>	Chef-lieu de l'île de Raiatea
<b>Va'a</b>	Pirogue

## IX. ANNEXES

ANNEXE N°1 : Carte de la Polynésie française

ANNEXE N°2 : Guide d'entretien – Soignants

ANNEXE N°3 : Guide d'entretien – Patients

ANNEXE N°4 : Données démographiques - Soignants

ANNEXE N°5 : Liste des codes – Soignants

ANNEXE N°6 : Nuage de mots – Soignants

ANNEXE N°7 : Récits expériences négatives *Ra'au Tahiti*

ANNEXE N°8 : Données démographiques – Patients

ANNEXE N°9 : Liste des codes – Patients

ANNEXE N°10 : Nuage de mots – Patients

ANNEXE N°11 : Données *Putā to'eto'e et Tapu te Niho*

ANNEXE N°12 : Récit guérisons miraculeuses *Ra'au Tahiti*

ANNEXE N°1



# GUIDE D'ENTRETIEN

## *Entretien exploratoire pré-test*

« Interroger les soignants »

---

### **Questionnaire de données générales**

<b>Age</b>	
<b>Sexe</b>	F M
<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Spécialité, diplômes, formations</b>	
<b>Année d'arrivée sur le territoire</b>	
<b>Nombre d'années d'exercice en PF</b>	
<b>Nombre d'années d'exercice hors PF</b>	
<b>Maitrise de la langue tahitienne ?</b>	
<b>Visite à domicile</b>	
<b>Famille</b>	
<b>Appartenance ethnique</b>	

### **Enregistrement Audio**

Consentement :

Dictaphone numérique:

Nom du fichier :

Lieu de stockage :

Date:

Durée:

## Consigne

Je suis Antonin ROUSSEY, je suis interne en médecine générale en stage pour 6 mois au dispensaire de Uturoa. C'est ma dernière année d'étude, et dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine, je mène une recherche sur la culture polynésienne et son influence sur la prise en charge des maladies non transmissibles (obésité, diabète, HTA) dans les îles de la Société. C'est en ta qualité de médecins/infirmière/sage femme/kiné installé de longue date en Polynésie que je vais m'entretenir avec toi aujourd'hui.

De manière à ne pas dénaturer ou décontextualiser tes propos, et si tu n'y es pas opposé, cet entretien sera enregistré à l'aide de ce dictaphone. Une fois traité, l'enregistrement sera détruit sauf si tu souhaitais disposer d'une copie. Il n'y a pas de durée limitée, mais en moyenne les entretiens durent 45min à 1h00.

Évidemment, les règles d'anonymat, de confidentialité et de discrétion seront toujours respectées. Les informations de cet entretien ne seront partagées qu'entre toi et moi pour que tu puisses me parler le plus librement possible et que tu puisses me dire tout ce qui te passe par la tête. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je ne porterai aucun jugement ou critique sur tes propos. Le but étant de connaître ce que tu penses et ton avis sur la question dans les moindres détails. C'est grâce à ton expérience que je pourrais faire avancer mes recherches.

Je te poserai des questions pour préciser certains détails qui pourront te paraître insignifiants, mais c'est parfois dans les petits détails que réside une information importante. Si toutefois ma question n'était pas claire ou bizarre n'hésite pas à me faire répéter.

Si tu as la moindre question ou appréhension concernant cet entretien et son objectif n'hésite pas à m'en faire part. Tu peux m'interrompre à tout moment, et on peut arrêter l'entretien quand tu le souhaites.

As tu des questions ?

## Questions à l'enquête pour entretien pré-test :

C'est quoi la culture polynésienne pour toi aujourd'hui?
C'est quoi être médecin à Raiatea/Tahaa/Huahine/Moorea/Tahiti aujourd'hui?
Je souhaiterais que tu fasses la liste des problèmes ou difficultés rencontrés avec les patients polynésiens au cours de leurs maladies
Quelles sont les solutions/arrangements/stratégies pour contourner/éviter ces difficultés, ces problèmes ?
Peux-tu me dire en quoi la culture polynésienne a influencé ta pratique médicale et ta vie au quotidien ?
D'après ton expérience, que signifie « être malade » pour un polynésien?
Pour toi qu'elles sont les particularités de la médecine (communautaire) en Polynésie ?
Qu'est-ce que le patient polynésien?
Qu'est ce qui rend les prises en charge des patients chroniques difficiles ou compliquées ?
Quelles particularités se manifestent dans la relation de soins (médecin/malade) avec les polynésiens ?
Selon toi que veut dire « prendre en compte la culture dans les prises en charges » des patients polynésiens ?
Au début de ton exercice en Polynésie, quelles sont les difficultés que tu as rencontrées, et qu'est ce qui a changé dans ta pratique ?

## Notes :

## **Notice d'information pour l'interviewé**

Bonjour,

Je suis J. T. , je suis infirmière à l'hôpital de Moorea, je m'occupe entre autre de la promotion de la santé. Pour un projet de recherche en médecine, je m'intéresse à la culture polynésienne et son influence sur la prise en charge des maladies non transmissibles (obésité, diabète, HTA) dans les îles de la Société.

Je souhaiterais te poser quelques questions sur ce sujet.

Le but de cette étude est d'aider les médecins à mieux connaître la culture polynésienne, à mieux comprendre les polynésiens pour au final mieux les soigner.

*Si enregistrement* : De manière à ne pas dénaturer ou décontextualiser tes propos, et si tu n'y es pas opposé, cet entretien sera enregistré à l'aide de ce dictaphone. Une fois traité, l'enregistrement sera détruit sauf si tu souhaitais disposer d'une copie.

Il n'y a pas de durée limitée, mais en moyenne les entretiens durent 30 à 45min.

Les règles d'anonymat, de confidentialité et de discrétion seront toujours respectées. Les informations de cet entretien ne seront partagées qu'entre toi, moi et le groupe de recherche, pour que tu puisses me parler le plus librement possible et que tu puisses me dire tout ce qui te passe par la tête. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je ne porterai aucun jugement ou critique sur tes propos. Le but étant de connaître ce que tu penses vraiment et ton avis sur la question dans les moindres détails. C'est grâce à ce que tu vas me dire que je vais pouvoir faire avancer mes recherches.

Je te poserai des questions pour préciser certains détails qui pourront te paraître insignifiants, mais c'est parfois dans les petits détails que résident une information importante. Si toutefois ma question n'était pas claire ou bizarre n'hésite pas à me faire répéter.

Si tu as la moindre question ou appréhension concernant cet entretien et son objectif n'hésite pas à m'en faire part. Tu peux m'interrompre à tout moment, et on peut arrêter l'entretien quand tu le souhaites.

As tu des questions ?

*Consentement éclairé* : Avant de commencer, je dois te demander si tu as bien compris ce que je viens de t'expliquer et si tu es d'accord pour répondre à ces questions pour ce projet de recherche ?

## GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTS

Maladies non transmissibles et culture polynésienne aujourd'hui

### Représentations et croyances en Santé

Quand je te parle de "santé" quels sont les premiers mots qui te viennent à l'esprit?

Est ce que tu pourrais me décrire ton état de santé aujourd'hui?

C'est quoi le bien-être selon toi?

C'est quoi pour toi "être heureux"? C'est quoi le bonheur selon toi?

Quels sont les mots qui définissent le mieux la "santé" en tahitien?

A quoi sert le corps humain? Est ce que tu sais comment ça marche à l'intérieur?

Que faut il faire pour être en "bonne santé"?

Pourquoi est ce qu'on vieillit?

### Représentations et croyances de la Maladie

Quels sont les premiers mots auxquels tu penses si je te dis le mot "maladie"?

Pourquoi l'Homme est il malade?

Qu'est ce qui donne les maladies?

HTA

Diabète

Obésité

Cancer

Asthme

Qu'est ce qu'il faut faire pour guérir d'une maladie?

### Représentations et croyances relatives au traitement

Quels sont les premiers mots qui te viennent à l'esprit si je te dis le mot "médicament"?

Est ce que tu prends des médicaments?

Est ce que tu connais les noms de tes médicaments?

A quoi servent tes médicaments?

Comment fonctionnent les médicaments?

Qu'y a t'il dans les médicaments?

En combien de temps agissent ils?

Quelle est la durée pendant laquelle ils peuvent agir?

### Comportement en Santé

Si tu es malade, quelle est la première chose que tu fais?

Pourquoi vas tu voir le taote?

Si tu ne vas pas voir le médecin qu'est ce que tu fais?

Comment on décide s'il faut aller chez le taote ou prendre des ra'au tahiti?

Qu'est ce que tu attends d'un bon médecin?

Ra'au tahiti: si thème abordé, préciser:

Qui prépare? Quelle est la recette? Comment ça marche? Combien de jours? Pourquoi

## Relation médecin malade

Y-a t'il des choses qu'on ne peut pas dire au médecin?

Qu'est ce qu'il faut dire au médecin?

D'après toi, comment fait le médecin pour t'aider?

Es-tu obligé d'écouter ce que dit le médecin? Pourquoi?

Si le médecin interdit de faire quelque chose et que tu le fais quand même, que se passe t-il?

## Informations socio-démographiques

Sexe

Age

Lieu de naissance

Lieu de résidence

Famille

Parents

Mariage

Enfants

Petits enfants

Fa'amu

Niveau d'étude

Profession

Revenus

Facebook: possession d'un compte, fréquence d'utilisation, modalité d'utilisation (information, loisirs, communication)

Moyen de transport

Engagement politique / parti / fonction

Religion/ statut religieux / poste

Pūfenua / Peritome / tatau

## Divers

Est ce que tu sais ce que c'est puta to'eto'e? si oui, explique moi

Comment ça marche?

Comment ça se traite?

Est ce que tu sais ce que c'est "tapu te niho" ou "tapu te pa'i niho"? Si oui, explique moi

Comment ça marche?

Comment ça se traite?

Est ce que tu connais d'autre maladies comme ça?

## GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTS (français/tahitien)

### Maladies non transmissibles et culture polynésienne aujourd'hui

*Te ma'u ma'i pe'e ore e te hiro'a ote ma'ohi no te'ie ta'u*

#### **Représentations et croyances en Santé**

***(te ma'u fa'ho'oa ra'a été ma'u ti'aturi ra'a no te paru ote e'a)***

Quand je te parle de "santé" quels sont les premiers mots qui te viennent à l'esprit?

*ia para'u hi'a te para'u ote e'a e'aha te mau tatarara'a tei puta matamu'a mai i a o'e?*

C'est quoi le bien être selon toi?

*I ta o'e tatarara'a e'aha te auma'ita'ira'a ote tino?*

C'est quoi pour toi être heureux? C'est quoi le bonheur selon toi?

*i ta o'e tatarara'a e'aha te o'ao'a eaha te mata'a ata ata*

Quels sont les mots qui définissent le mieux la "santé" en tahitien?

*Eaha te ta'o tanoro'a note tatarara'a ote para'u ote EA*

A quoi sert le corps humain? Est ce que tu sais comment ça marche à l'intérieur?

*e'aha te ohipa a te tino ote ta'ata? E nahe'a te tere ra'a i roto i te tino?*

Que faut il faire pour être en "bonne santé"?

*E'aha te mau ohipa e tano e rave note maitai ote EA*

Pourquoi est ce qu'on vieillit?

*Note ha'a tatou e ru'au ai?*

#### **Représentations et croyances de la Maladie**

***(te ma'u fa'ho'oa ra'a ete te ma'u tatarara'a no te para'u ote ma'i)***

Quels sont les premiers mots auxquels tu penses si je te dis le mot "maladie"?

*ia para'u o va'u te para'u ote ma'i e'aha te mau tatarara'a tei puta matamu'a mai i a o'e*

Pourquoi l'Homme est il malade?

*Note aha te ta'ata e ma'i hi'a e?*

Qu'est ce qui donne les maladies?

*E'aha te ma'u me'a e horo'a mai ai te ma'i?*

Qu'est ce qui cause l'hypertension / diabète / obésité/ cancer/ asthme ?

*e'aha te ma'u tumu ote ma'i tension/ma'i omaha tihota/ te ma'i poria/ te ma'i ai ta'ata/ te aho pa'u*

Qu'est ce qu'il faut faire pour guérir d'une maladie?

*E'aha te ma'u ohipa e tano e rave note rapa'u ra'a te'ie ma'u ma'i*

#### **Représentations et croyances relatives au traitement**

***(te mau faho'o'a ra'a été ma'u tiaturi ra'a ite mau ra'au rapa'au ma'i)***

Quels sont les premiers mots qui te viennent à l'esprit si je te dis le mot "médicament"?

*hi'a para'u atu va'u te para'u ote ra'au rapa'au ra'a ote ma'i e'aha te ma'u tatarara'a e puta matamu'a mai ia o'e*

Est ce que tu prends des médicaments?

*Te ravera nei o'e te ra'au rapa'au ma'i?*

Est ce que tu connais les noms de tes médicaments?

*Ua ite a nei o'e te ma'u hi'o'a o te ra'au o ta o'e e rave nei*

A quoi servent tes médicaments?

*Note aha te ma'u raa'u o ta o'e e rave nei*

Comment fonctionnent les médicaments?

*I to o'e feruri raa me na'eha te tere ra'a ote ma'u ra'au*

Qu'y a t'il dans les médicaments?

*I to o'e mana'o e'aha te ma'u me'a e vaira i roto ite ma'u ra'au*

En combien de temps agissent ils?

*E'aha te ma'oro ra'a ote ta'ime e ohipa'e te ra'au i ni'a ite ma'i*

## ANNEXE N° 3

Quelle est la durée pendant laquelle ils peuvent agir?

E'aha te ma'oro ra'a ote tape'e ra'a ote pu'ai ote ra'au

### Comportement en Santé

#### (Te huru, te ti'ara'a note ea)

Si tu es malade quelle est la première chose que tu fais?

la ma'i hi'a o'e e'aha te ohipa matamu'a ta o'e e rave?

Pourquoi vas tu voir le taote?

Note 'aha o'e e ha'ere ai e hi'o ite taote?

Si tu ne vas pas voir le médecin qu'est ce que tu fais?

A'ore o'e e ha'ere e hi'o ite taote e'aha ta o'e e rave?

Comment on décide si il faut aller chez le taoté ou prendre des ra'au tahiti?

*E nahe'a o'e e fa'a'oti ai e ha'ere e hi'o ite taote e aore ra e rapa'au no'a ite ra'a'u ma'ohi?*

Qu'est ce que tu attends d'un bon médecin?

E'aha ta o'e e ti'a'i ra iha haere o'e e hi'o ite ho'e taote 'aravihi

Ra'au tahiti: si thème abordé préciser:

qui prépare ? Quelle est la recette? Comment ça marche ? combien de jours ? Pourquoi  
*na va'i e hamani ite ra'a'u ? E'aha te'i ta'a'ohipa hi'a i roto ite ra'a'u?*

*e nahe'a tona fa'anaho ra'a? ehea mahana e fa'atere te ra'a'u? note aha?*

### Relation médecin malade

#### (Te 'aura'a ote taote été ta'ata ma'i)

Y-a t'il des choses qu'on ne peut pas dire au médecin?

Te ti'a ane'i e vai mu no'a te tahi ma'u me'a i roto ite 'a para'u ra'a mua ete taote

Qu'est ce qu'il faut dire au médecin?

E'aha te ma'u me'a e ti'a e fa'a'ite atu ite taote?

D'après toi comment fait le médecin pour t'aider?

Ito o'e faruri ra'a e nahe'a te taote e ta'uturu ai ia o'e?

Es tu obligé d'écouter ce que dit le médecin? Pourquoi?

E fa'ahepo hi'a ne'i te fa'aro'o ite taote? Note 'aha?

Si le médecin interdit de faire quelque chose et que tu le fais quand même, que se passe t'il?

*E hi'a fa'aro'o ore o'e ite opanipani ra'a ate taote e'aha te tupu mai?*

### Informations socio-démographiques

Sexe ( e mero tane aore ra e mero vahine)

Age ( te matahiti)

Lieu de naissance( te vahi i fana'u hi'ai)

Lieu de résidence ( te o'ire fa'ah'e'a ra'a)

Famille ( utu'afare)

Parents ( metu'a)

Mariage ( fa'ahipohipo hi'a)

Enfants ( e tamari'i)

Petits enfants ( e mo'otu'a)

Fa'amu

Niveau d'étude ( te fa'a'ito ote ite ha'api'ira'a)

Profession ( te ti'ara'a ohipa)

Revenus ( te fa'a'ito moni ite ava'e)

Facebook: possession d'un compte, fréquence d'utilisation, modalité d'utilisation (information, loisirs, communica  
*natirara facebook:te numera facebook, te pinepine ra'a ote fa'ohipara'a, te ra'u ote fa'a'ohipa ra'a( ha'api'ira'a,*  
*ohipa ha'uti, te para'upara'u*

Moyen de transport ( te fa'ura'o pere'o'o)

### ANNEXE N° 3

Engagement politique ( *te fa'a'o ra'a i roto te pupu porotita* ) / parti ( *te pupu porotita* ) / fonction ( *te ti'ara'a i roto ite pupu porotita* )

Religion ( *te fa'aro'o* ) / statut religieux ( *te ti'ara'a i roto ite fa'aro'o* ) / poste ( *te ti'ara'a ohipa i roto ite fa'aro'o* )

Pūfenua / Peritome / tatau

#### **Divers**

#### **(Te tumu parau ra'u)**

Est ce que tu sais ce que c'est puta to'eto'e? si oui, explique moi

U'a ite ane'i o'e te para'u ote puta to'eto'e? e'aha ta o'e tatarara'a?

Comment ça marche?

Me'a nahe'a tona tupu ra'a?

Comment ça se traite?

Me'a nahe'a e rapa'a'u ?

Est ce que tu sais ce que c'est "tapu te niho" ou "tapu te pa'i niho"? Si oui, explique moi

Ua ite o'e te para'u ote tapu te niho aore ra te pa'i niho e'ha ta oe tatara ra'a

Comment ça marche?

Nahe'a tona fa'anaho ra'a?

Comment ça se traite?

Nahe'a e rapa'a'u

Est ce que tu connais d'autre maladies comme ça?

E u'a ite anei o'e e ra'u atu'a ma'i ma'ohi?

## ANNEXE N°4

### RESULTATS - DONNEES DEMOGRAPHIQUES ENTRETIENS SOIGNANTS

Nom soignant	Sexe	Âge	Lieu de naissance	Spécialité, diplômes, formations	Année d'arrivée sur le territoire	Nombre d'années d'exercice en Polynésie	Nombre d'années d'exercice hors Polynésie	Maitrise de la langue tahitienne ?	Famille	Commentaires	Appartenance ethnique
Dr. H.	M	61	Dinard	MG, santé publique,	1983	32	0	Très très succinctement	Ex-femme polynésienne, 2 enfants demi		Français
Dr. B.	F	65	Toulouse	MG	1989	27	10	Non	Ses enfants ont des conjoints polynésiens, Motua demi		Franco-polynésienne
SF. M	F	51		SF, Santé publique, rééduc périnéale...	1989	22	6	Vocabulaire de consultation	2 enfants	Pufenua	Française
Dr. BE.	M	56		DU santé pub, DU méd urgence	1988	30	3	Compréhension partielle, maîtrise du vocabulaire	Fa'amu 2 enfants	Va'a	?
Dr. BA	M	57	Saint-Etienne	MG, med. urgence, med. catastrophe, MMAA	1987	30	0	Compréhension, parler simple	Femme chinoise, 2 enfants demi chinois métropolitains		Popa'a
IDE E.	M	69		Infirmier, itinérant	1949	32	0	Blingue	Famille polynésienne		Tahitien/marquisien /français
IDE H.	F	53	Papeete	IDE		32	0	Bilingue			Demi, privilégiée
Dr. R	M	83		Médecin	1980	36	8	Un peu	2 enfants fa'amu		Popa'a

**ANNEXE N°5**  
LISTE DES CODES  
INTERROGER LES SOIGNANTS

<b>Alimentation</b>	<b>La famille polynésienne</b>
Système de distribution de l'alimentation	Violence conjugale
Satiété	Troubles psychologiques liés au fa'amau
Régime alimentaire des anciens polynésiens	Structure familiale
Progression obésité	Soutien familial
Produit locaux	Promiscuité
Obstacles pour une alimentation saine	Matahiapo
Manger beaucoup car travail difficile	Mal être familial
Le repas	Lien filial
Gourmandise	Les jeunes
Défaut des aliments importés	Inceste
Comportement alimentaire	Fa'amau traditionnel
Addiction au sucre	Fa'amau moderne
<b>Communiquer avec le patient</b>	Education des enfants
Ne pas dire	Conditions socio-économiques des familles
Montrer pour expliquer	Communicatio intra-familial
Mimetisme linguistique	<b>Mutation du moe de vie</b>
Métaphore	Vandalisme, insécurité
J'ecoute et puis j'oublie	Utilisation de la terre
Information médicale	Télévision
Temps de communication collectif	Tahiti centre de l'acculturation
Etalage de la vie privée	Société de consommation
Critique de l'information	Sédentarité
Accès a l'information	Reprise de l'activité physique
<b>Comportement en santé</b>	Publicité
Satisfaction des patients vis a vis du médecin	Produits occidentaux
Retard de consultation	Pauvreté et acculturation
Représentation de la santé	Occidentalisation
Obstacles a la performance sportive	Mutation du monde du travail
Observance	Mutation du mode de vie traditionnel
Nombre de médicament a prendre	Mode de vie traditionnel
Nomadisme médical	Mode de vie contemporain
Médecine gratuite	Logement
Lutte contre la maladie	L'ideal polynésien contemporain
Les polynesiens sont assistés	Individualisme
Les polynésiens ne sont pas des consommateurs de soins	Changement des habitudes alimentaires
La douleur, 1er motif de consultation	Changement cuturels récents
Inobservant si asymptomatique	CEP
Facteur financier	Alcool
Défiance	acculturation
Consultation tardive	<b>Personnalité polynésienne</b>
Choix du médecin	Savoir attendre
Automédication	Satisfaction du plaisir immédiat
Activité physique / sport	Privacy
Acculturation en Santé	Moins compléxés
<b>Universalité</b>	lunatisme polynésien
Universalité	Joie de vivre
#universalité : Perceptions différentes	Intolérance a la frustration
#univeralisme: Pauvreté = obésité	Hypocrisie polynesienne
#universalité	Expression / Perception différente de la douleur
<b>La femme et l'homme</b>	Différence du fonctionnement congntitif
Place de la femme dans la société	Caractéristique du patient polynesien
Place de l'homme dans la société	Anxiété polynesienne
Performance physique	Affectivité
Infertilité	
Importance des règles dans la représentation polynésienne	
Caractéristique de la culture polynesienne	

**ANNEXE N°5**  
LISTE DES CODES  
INTERROGER LES SOIGNANTS

<b>Croyances des Médecins</b>	<b>Ra'au tahiti</b>
Valorisation personnelle de la culture polynesienne	Transmission ra'au tahiti
Valorisation du morphotype polynésien	Ta'ata ra'au Tahiti / tradipraticien
Système étiologique des soignants	Reconnaissance des bienfaits des ra'au tahiti
Respect des religions	Recette ra'au tahiti
Peprésentation obésité	Ra'au tahiti
Représentation des soignants des ra'au tahiti	Orientation ra'au tahiti
Reconnaissance d'une culture polynesienne bienfaitrice	Organisation pour la production des ra'au tahiti
Prédisposition génétique des polynésiens au diabète	Metua Pua
Peu de syndromes européens chez les polynésiens	Méfiance ra'au tahiti
Passéisme	Incompatibilité ra'au tahiti / ra'au popa'a
Mépris système étiologique polynésien	Grande pharmacopée pour les ra'au tahiti
Meconnaissance de la culture polynesienne	Expérience personnelle ra'au tahiti
Expérience personnelle familiale de la culture polynesienne	Encadrement ra'au tahiti
Dévalorisation des polynésiens	Effet placebo des ra'au tahiti
Ciguatera	Compatibilité ra'au tahiti / ra'au popa'a
Causes de l'obésité / prise de poids	Coexistence des ra'au popa'a et tahiti
Attitude superioriste	Bénéfice de l'utilisation des ra'au tahiti
Systemes étiologiques polynésien	Accepter les ra'au tahiti
Représentation du bébé	Médecines traditionnelles internationelles
Représentation de la fièvre	<b>Rituels et traditions</b>
Représentation de l'enfant	Va'a
Persistance du surnaturel	Ségrégation sexuelle
<b>Hiatus culturel</b>	Rituels et traditions polynésiennes
Rapport avec la mort différent	Respect des vieux
Intolérance de l'attente des popa'a	Pufenua
Fossé culturel / hiatus culturel	Prescription alimentaire
Difficulté pour accéder la culture polynesienne	Prénoms multiples
Différence dans la perception / conceptualisation / interaction du t	Les prénoms
Diffère de la culture occidentale	Les îles sont plus "traditionnelles"
Défiance, méfiance des patients popa'a	Le rêve polynésien
Culture popa'a	Danses polynésiennes
<b>Particularité polynésienne</b>	Circoncision / supercision / Peritome
Polymorphisme de la douleur	<b>Conseils aux néophytes</b>
Personnalité polynésienne	Valoriser les polynésiens
Patience infinie	S'ouvrir à l'autre
Le polynésien n'aime pas le chalala	Question conseils aux néophytes
Culture unique	Nécessité de l'humilité médicale
<b>Représentation polynésienne de la biomédecine</b>	Ne pas nuire
Statut du médecin en polynésie	Ne pas être moralisateur
Représentation perception polynésienne de la médecine occidentale	Egal à égal
Piqures	Du temps pour comprendre les polynésiens
Peur de la médecine occidentale	Conseils aux néophytes
Ma'i	Absence de supériorité médicale
La maladie n'existe que sous forme de souffrance	Abandonner la pensée métropolitaine
Croyances des patients	
Croyance polynésienne ra'au popa'a	
Connaissance du rythme de la nature	
Connaissance de la physiologie	
Connaissance de la nature	
Connaissance de l'anatomie	

**ANNEXE N°5**  
LISTE DES CODES  
INTERROGER LES SOIGNANTS

<b>Religion</b>	<b>Relation médecin malade</b>
Soutiens social religieux	Soumission
Religions diverses	Soigner par l'interdit
Religion	se faire gronder par le médecin
Politique et religion	Satisfaction
Obstacles religieux	respect du taote
Lien des polynésiens avec la religion	Relation médecin malade contractuelle conditionée par l'efficacité
La religion n'est pas un obstacle	Rareté des conflits
Croix bleue	Processus décisionnel polynésien
Bénéfice de la religion	Patient passif
<b>Reo mā'ohi</b>	Négociation
Rôle conservateur du reo mā'ohi de l'Eglise	Motivation
Porte d'entrée vers la culture polynésienne	Méthodes et expériences dans la relation de soins
Pidgin, créolisation de la langue	Méthodes et expérience pour la communication avec les patients
Géographie de l'utilisation du reo mā'ohi	Manque de temps
Etiollement du reo mā'ohi	Le patient polynésien est un patient plus facile
Desinvestissement de la langue par les jeunes	La médecine occidentale doit être efficace
Bénéfice de l'utilisation du reo mā'ohi	inobservance
Apprentissage, maîtrise du reo mā'ohi	incompréhension
Utilisation du reo mā'ohi par les Soignants	Fidélité au médecin
Utilisation du reo mā'ohi par les patients	Discontinuité confiance- observance
	difficulté pour aider les polynésiens
	Confiance au médecin
	C'est toi qui sais, c'est toi qui me dis
	Attitude paternaliste médicale
	Apprendre à écouter, soyez patient
	Affects dans la relation soignant / soigné
	Acculturation inverse
	"oui" pour te faire plaisir
	Conflit
	<b>Pensée mā'ohi</b>
	vivre ensemble, vie commune
	Resilience polynesienne
	Renouveau culturel
	Philosophie polynésienne
	Moins egocentré
	Materialisme
	Le temp présent
	independantisme
	Ha'ama
	Fiu
	Fiérté, identité
	Fatalisme polynésien
	Abstraction
	Absence de projection dans l'avenir
	Croyances metaphysique individuelle

XSL Stylesheet: HU Tag Cloud - A simple tag cloud viewer browser for HU entities

Description: A tag cloud is a visual depiction of content tags used in your HU. More frequently used tags are depicted in a larger font; display order is alphabetical. This lets you find a tag both by alphabet and by frequency.

HU: Interroger les Soignants by Antonin ROUSSEY

## HU Tag Cloud

"oui" pour te faire plaisir #universalité #universalisme: Pauvreté = obésité #universalité : Perceptions différentes Abandonner la pensée métropolitaine

Abstraction Accepter les ra'au tahiti Acculturation en Santé Acculturation inverse Accès à l'information

Activité

physique / sport Addiction au sucre Affectivité Affects dans la relation

soignant / soigné Alcool Apprendre à écouter, soyez patient Apprentissage,

maitrise du reo ma'ohi Attitude paternaliste médicale Automédication

Bénéfice de l'utilisation des ra'au tahiti Bénéfice de l'utilisation du reo

ma'ohi Bénéfice de la religion C'est toi qui sais, c'est toi qui me dis CEP Caractéristique

du patient polynésien Caractéristique de la

culture polynésienne Causes de l'obésité / prise

de poids Changement culturels

récents Changement des habitudes

alimentaires Choix du médecin Ciguatera Circoncision /

supercision / Peritome Communicatio

intra-famillial Compatibilité ra'au tahiti / ra'au popa'a Conditions socio-économiques des

familles Confiance au médecin Conflit Connaissance de l'anatomie

Connaissance de la nature Connaissance de la physiologie Connaissance du rythme de la nature

Conseils

aux néophytes Coexistence des ra'au popa'a et

tahiti Critique de l'information Croyances des médecins Croyances des

patients Culture popa'a Culture unique Danses polynésiennes Desinvestissement de la langue par les jeunes Difficulté pour

accéder la culture polynésienne Diffère de la culture

occidentale Différence dans la perception / conceptualisation / interaction du temps

Différence du fonctionnement cognitif Discontinuité confiance- observance Du temps pour comprendre les polynésiens Défaut des aliments importés Défiance Défiance, méfiance des patients popa'a Dévalorisation des

polynésiens Education des enfants Effet placebo des ra'au tahiti Egal à egal Encadrement ra'au tahiti Etallage de la vie

privée Etiolement du reo mā'ohi Experience personnelle familiale de la culture polynésienne Experience

personnelle ra'au tahiti Expression / Perception différente de la douleur Fa'amu moderne Fa'amu traditionnel Facteur financier Fatalisme polynésien Fidélité au

médecin Fiu Fiérté, identité Fossé culturel / hiatus

culturel Grande pharmacopée pour les ra'au tahiti Hypocrisie polynésienne Importance des règles dans la représentation polynésienne

Incompatibilité ra'au tahiti / ra'au popa'a Infertilité Information médicale Intolérance a la frustration Intolérance de l'attente des popa'a J'écoute et puis j'oublie Joie de vivre L'ideal polynésien contemporain La douleur, 1er motif de consultation La maladie n'existe que sous forme de souffrance La médecine occidentale doit être efficace La religion n'est pas un obstacle Le

patient polynésien est un patient plus facile Le polynésien n'aime pas le chalala Le repas Le temp présent Les iles

sont plus 'traditionnelles" Les jeunes Les polynésiens sont asistés Les polynésiens ne sont pas des consommateurs de soins Les

prénoms Lien des polynésiens avec la religion Lien fillial Logement Ma'i Mal être familial Manger beaucoup car travail

difficile Manque de temps Matahiapo Materialisme Metua Pua Mimetisme linguistique Mode de vie contemporain Mode

de vie traditionnel Moins compléxés Moins egocentré Montrer pour expliquer Motivation Moyens de communication Moyens de communication virtuels Mutation du monde du travail Médecines traditionnelles internationelles Méfiance ra'au tahiti

Méthodes et expérience

pour la communication

avec les patients Méthodes et

expériences dans la relation de soins Ne pas dire Ne pas etre moralisateur Ne pas nuire Nomadisme médical Nombre de médicament a prendre Nécessit de l'humilité médicale Négociation Obstacles a la performance

sportive Obstacles pour une alimentation saine Obstacles religieux Occidentalisation Organisation pour la

production des ra'au tahiti Orientation ra'au tahiti Patience infinie Patient passif Pauvreté et acculturation Performance

physique Persistance du surnaturel Personnalité polynésienne Peu de syndromes européens

chez les polynésiens Peur de la médecine occidentale Philosophie polynésienne Pidgin, créolisation de la

langue Piqures Place de l'homme dans la société Place de la femme dans la société Produit

Polymorphisme de la douleur Porte d'entrée vers la culture polynésienne Privacy Processus décisionnel polynésien

locaux Produits occidentaux Progression obésité Promiscuité Prédilection génétique des  
polynésiens au diabète Prénoms multiples Pufenua Question conseils aux neophytes Ra'au tahiti Rapport avec la mort  
différent Rareté des conflits Recette ra'au tahiti Reconnaissance d'une culture polynesienne bienfaitrice  
Reconnaissance des bienfaits des ra'au tahiti Relation médecin malade  
contractuelle conditionnée par l'efficacité Renouveau culturel Reprise de l'activité physique Représentation de l'enfant  
Représentation de la fièvre Représentation de la santé Représentation des  
soignants des ra'au tahiti Représentation  
perception polynésienne de la médecine occidentale Resilience polynesienne  
Respect des religions Respect des vieux Rituels et traditions polynésiennes Role conservateur du reo mā'ohi  
de l'Eglise Régime alimentaire des anciens polynésiens Représentation du bébé S'ouvrir à l'autre Satisfaction Satisfacation du  
plaisir immédiat Satiété Savoir attendre Société de consommation Soigner par l'interdit Soumission Soutiens social religieux  
Statut du médecin en polynésie Structure  
familiale Système de distribution de l'alimentation Ta'ata ra'au Tahiti /  
tradipraticien Tahiti centre de l'acculturation Transmission ra'au tahiti  
Troubles psychologiques liés au fa'amū Télévision Utilisation de la terre Va'a Valorisation du morphotype polynésien Valorisation personnelle de la culture  
polynesienne Valoriser les polynésiens Vandalisme, insécurité Violence conjuguale absence de  
projection dans l'avenir absence de supériorité médicale acculturation anxiété polynesienne attitude  
superioriste comportement alimentaire consultation tardive croix  
bleue croyance polynésienne ra'au popa'a croyances métaphysique individuelle difficulté pour aider les polynésiens gourmandise géographie de  
l'utilisation du reo mā'ohi ha'ama inceste incompréhension independantisme individualisme  
inobservance inobservant si asymptomatique le rêve polynésien lunatisme polynésien lutte contre la maladie  
meconnaissance de la culture polynesienne médecine gratuite mépris système etiologique polynésien métaphore  
observance passéisme politique et religion prescription alimentaire publicité religions diverses reo mā'ohi représentation  
obésité respect du taote retard de consultation satisfaction des patients vis a vis du médecin se faire gronder par le médecin soutiens familial  
systemes etiologiques polynesien système etiologique des soignants sédentarité  
ségrégation sexuelle temps de communication collectif vivre ensemble, vie commune

## ANNEXE N°7

### Récits des expériences négatives des soignants avec les *ra'au tahiti*

#### Soignant 1

« Par ailleurs on a tous eu donc nos antécédents des gamins qui sont morts déshydratés, sur des gastro entérites qui ont été aggravées par des prises de soit, tout ce qui est nihi, soit à base de fougère... enfin à base de coco etc... que quand l'on en donne théoriquement à un gamin, qui aggrave sa diarrhée, qui le déshydrate, qui lui forme un troisième secteur et que le gamin il arrive avec une perte de poids de 10% de son poids corporel quand il arrive et donc il est mort. »

#### Soignant 2

**AR** : D'accord. Ensuite un autre sujet, les *ra'au tahiti* ? Toi tu as quelle relation avec ?

**DB** : Relation ? Alors moi le *ra'au tahiti*, alors ça s'est toujours fait, alors il y a des *ra'au tahiti* qui sont mauvais puisque moi j'ai fait 3 certificats de décès pour des bébés qui étaient morts de *ra'au tahiti*.

**AR** : Ca, c'est quand tu es arrivée ou c'est récent ?

**DB** : Quand je suis arrivée et 10 ans après. C'était la même famille donc ça a fait fureur donc là, ça a été... Bon alors... la première sûr, j'ai fait le constat du bébé, je m'en souviendrai toute ma vie, donc j'ai fait massage cardiaque et tout ça puis quand j'ai demandé mais ça fait combien de temps qu'elle est comme ça ? Un bébé qu'on m'a amené dans un linge, euh... on me la met sur le bureau, euh... oui donc je fais le massage cardiaque balambalmablama ! et au bout de une demi-heure tu te dis mais attend elle se réanime pas mais ça fait quelle heure ? ça fait combien de temps ? Donc ça devait faire 10h du matin, alors je fais « mais ça fait combien de temps qu'elle est comme ça ? », « Depuis 6h ce matin »... Je dis « ah ba non mais c'est fini, on peut pas, je peux pas la réanimer ». « Et si on l'amène à l'hôpital ? » « Mais tu pourras pas la réanimer non plus, elle est morte, elle est morte. »

Et dix ans après, la même famille, en fait c'est après que j'ai... donc ça c'est... on m'amène un bébé le lundi, je lui donne les médicaments et le jeudi on me le ramène, mais les yeux révolvés, brûlant de fièvre, donc vite je mets un suppo, j'appelle les pompiers à l'hôpital, il est mort à l'hôpital. Donc on a fait des recherches et en fait c'était la même grand-mère qui avait donné le même *ra'au tahiti* aux 2 bébés et les 2 bébés étaient morts... Donc du coup ça a fait enquête sociale etc... parce que c'était allé loin parce que à l'hôpital, bon... on m'a demandé, et j'ai dit « oui je pense qu'il y a dix ans il y avait eu le même problème » etc... donc ils ont fait des recherches, et après ils inscrivaient dans les carnets de santé des bébés : « ne pas donner... » Parce que à l'époque ils faisaient leurs *ra'au* à base de fougères (ludisme) ou je ne sais quoi. Donc ça a été terminé, et on leur disait... C'est vrai que les tahitiens me disent on va faire le *ra'au tahiti*. Les plantes, tu fais des bains, y'a pas de soucis, après tu veux faire le *ra'au* par dedans, per os, tu fais... 3 jours, moi je me retire, de toute façon ils savent qu'il ne faut pas mélanger les deux. Mais bon si on mélange.... Et de toute façon si tu dis : « non, il faut pas le faire », ils le feront quand même, ils le feront derrière toi donc tu dis : « ok, tu le fais mais dans 3 jours », parce que en général c'est 3 jours, « tu reviens dans 3 jours mais si tu vois qu'il y a quand même quelque chose après tu peux quand même piquer le suppo quand même pour la fièvre, lui donner à boire pour la déshydratation c'est pas mal aussi. »

Donc voilà, euh... du coup après c'est vrai qu'ils peuvent avoir de bon *ra'au*, le problème c'est qu'il n'y a pas de transmission, donc ils font par souvenir, et encore, voilà. Donc y'a des bains, y'a des trucs qui sont très bien pour la varicelle, il y a des bains de plantes qui sont très

efficaces. Euh... Pour ce qu'ils appellent le « *hira* », la nervosité c'est pareil, ils ont des bains à base d'hibiscus et de tiare qui calment, après tout un bain ça n'a jamais fait de mal à personne hein ? C'est pas nocif, après moi j'ai vu même une amie à moi, à l'époque ça faisait 6 mois-1an que j'étais là, elle m'a appelée en urgence, je suis allée la voir, mais elle était dans un deuxième sens, c'est à dire que elle ne me reconnaissait pas, elle hurlait de douleur, j'ai dû lui faire 3 piqûres pour la calmer, parce qu' on a appelé le *tahu'a*, qui a dit « oui, tu peux lui faire une piqûre si vraiment elle a trop mal et tout mais mon médicament est bon ».. ok... donc j'ai fait une piqûre, 2 piqûres, et à la troisième elle s'est calmée et voilà et elle est revenue 3 jours après et elle me dit : « écoute euh.. on m'a dit que tu étais venue me voir », je lui dis « oui je suis venue samedi. » et hier... donc elle est revenue le lundi, pendant 2 jours elle a eu un noir complet c'est à dire qu'elle ne sait pas du tout ce qui s'est passé, et elle me dit : « tu crois qu'il faut que je continue ? », alors je lui dis : « non, mais t'es timbrée toi ».

**AR :** Mais c'est quelque chose qu'elle avait bu ?

**DB :** Bu et inhalé, mais je lui ai dit mais tu sais pas, on aurait pu te tracter, on aurait pu te voler tout ce que tu avais, je veux dire, c'est vraiment dangereux. « Oui c'est vrai tu as raison, je vais pas recommencer, hein ? » « oui, non je ne pense pas » (rires)

Voilà, après, des exemples de *ra'au tahiti* on en a tous euh... Tous ceux qui sont anciens parce que les nouveaux je pense pas qu'on leur dise parce que bah... tu sais pas comment ils réagissent etc.. Moi j'avais, à l'époque il y avait un vieux *tahu'a* donc médecin traditionnel qui avait confiance en moi, parce que je le prenais pas de haut etc.. et bon les gens me disaient, je vais me faire masser par lui, « eh bien, vas y » etc.. en plus il faisait des crises de goût donc il venait pour que je lui fasse des piqûres pour quand il avait mal, mais il gardait ses responsabilités, c'est à dire que quand il voyait que ça dépassait ses pouvoirs, il leur disait « va voir Dominique et après tu reviendras ». Donc euh, c'était bien parce que, après... je ne sais pas ce qu'il faisait mais euh... voilà. Mais quand ça le dépassait trop, et il sentait que ça le dépassait et que c'était quand même plus grave il leur disait, « va voir Dominique, ça sera mieux quand même. Et après tu reviendras ». « D'accord ». Donc euh.. mais voilà après c'est vrai qu'il y a eu des cas extrêmes comme on en voit tous, ya plein de *ra'au tahiti* qu'on ne sait même pas que c'est fait, et puis tu en as d'autres ou ça déclenche des conséquences, j'avais un papy comme ça qui avait un ulcère de jambe mais qui ne guérissait pas, qui ne guérissait pas, un jour je lui ai dit « bon, il va falloir que tu ailles en chirurgie pour nettoyer et tout ». Qu'est ce qui s'est passé dans la famille je ne sais pas, on le convoque, il y avait l'infirmière qui passait tous les jours et tout ça et au bout d'un moment on dit « bon il faut l'envoyer en chirurgie pour nettoyer tout ça », puis 2 jours après, il y avait un neveu qui était sorti du chapeau qui me dit « non, non, non mais moi je connais un bon *tahu'a*, on va lui faire un *ra'au tahiti* » « ok, 3 jours », donc on se retire, l'infirmière se retire, « on fait plus rien, tu fais 3 jours et puis tu me le ramènes, ok, ou tu m'appelles et je reviens te voir. »

3 jours après on me rappelle et on me dit « non mais on fait 3 jours de plus. » Ok, 3 jours de plus, y'a pas de souci... Et puis une semaine après, c'est la fille qui est venue me voir et qui me dit « écoute viens voir papa parce que ça pue, mais c'est une horreur, on ne peut même plus rentrer dans la pièce tellement ça sent, il y a quelque chose qui se passe. »

Je soulève le pansement, il y avait des asticots qui couraient. Je lui dis : « non, non remballe tout ça » j'appelle le chirurgien à Papeete, à l'époque il y avait Brizard à la clinique. Je lui explique : « écoute je t'envoie un monsieur, il a fait un *ra'au tahiti* et il y a des asticots de partout, c'est une horreur, je ne sais pas s'il va pas falloir que tu l'amputes et tout ».

Il me dit « écoute, ne fais rien, envoie-le-moi ». Je l'envoies avec les pompiers, les pompiers qu'est ce qu'ils ont à l'époque ? C'était le début des pompiers, ils prennent le patient à Papetoai et ils l'amènent à l'hôpital. Alors que j'avais dit : « tu l'emmènes au bateau », il est arrivé à ta ta ta . Ils l'amènent à l'hôpital, à l'hôpital il relayent : « haaaa ! C'est qui ton docteur ? ». Heureusement il y avait l'infirmière qui est arrivée sur ce et qui fait « non, non ,non nous ça fait une semaine qu'on ne le suit plus ». (rires)

« Ah bon mais c'est pourquoi tous ces asticots... » « non, non, non nous on y est pour rien, c'est pas nous qui l'avons mis dans cet état là », à l'époque il n'y avait pas d'asticots, donc le chirurgien et il a été amputé. C'est pour dire !

### **Soignant 3**

**BB** : Et tu as peut-être entendu parler de cette plante médicinale polynésienne qu'on appelle le Metua Pua, ça te dit quelque chose ?

**AR** : Alors, non je ne vois pas quelle plante c'est.

**BB** : Alors, je peux te montrer, c'est une fougère qui est hyper toxique, c'est un très bon médicament mais c'est un puissant anticoagulant. En particulier, donc je vois arriver un bébé un matin et les parents lui donnent du *metua pua* à avaler. Le bébé meurt quelques jours après dans un tableau hémorragique majeur. Parce qu'il fait non seulement une dengue hémorragique mais irrécupérable parce qu'il a bouffé du *metua pua*. Et voilà quoi, donc moi bien emmerdé, détresse d'un bébé, enfin d'une famille qui perd son bébé, tu te dis bon voilà... tu ne sais pas, même toi-même, quelle attitude adopter, tu vas engueuler les parents ? Les dénoncer, et puis ça peut aller très loin quoi, et puis tu attends quoi ? Quelque fois il est bon d'attendre. Et là quelques jours après, la famille vient et ils me disent : « non mais Taote, le problème est résolu pour nous, en tout cas parce que bébé a été rappelé par son grand-père qui est là-haut et qui a le même prénom et qui est dans la continuité... »

### **Soignant 4**

**AR** : Et les familles, elles utilisent beaucoup les *ra'au tahiti* ?

**EH** : Oui, je trouve qu'il y a une recrudescence des *ra'au tahiti*. J'ai eu dernièrement un cas. Un bébé qui a été hospitalisé en médecine, elle avait à peine 2 mois, elle était bien malade, ils sont sortis, la maman est venue me voir : « Ha, ma grand mère a donné du *ra'au tahiti*, ça fait 2 jours et »... l'enfant était mal, il était mal, et puis tout, là j'ai repris le truc du référent, j'ai dit: « C'est pas ta grand-mère qui décide, c'est toi et tu interdis », alors qu'on avait dit ça tout au début. On leur avait dit, les grands parents ont un pouvoir, donc euh...

**ANNEXE N°8  
INTERROGER LES PATIENTS - PHASE 1**

Patients	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9
<b>Sexe</b>	M	F	F	M	F	M	M	M	M
<b>Âge</b>	59	41	38	50	48	40	60	73	52
<b>Lieu de naissance</b>	Raiatea	Taha'a, Patio	Raiatea	Uturoa	Tahiti	Uturoa	Uturoa	Vaiaau	Raiatea
<b>Lieu de résidence</b>	Tevaitoa	Faaroa		Tevaitoa	Avera	Uturoa	Tehurui	Tevaitoa	Raiatea
<b>Parents</b>		Raiatea-Taha'a	Raiatea-Taha'a	Raiatea	Raiatea - Huahine	Les Australes	Raiatea-Taha'a	Raiatea	Raiatea
<b>Enfants</b>	2	1	1	6	1	0	9	7+1	4
<b>Petits enfants</b>	4	0	0	2	0	0	12	10	non
<b>Fa'amu</b>	Non	1, fille de la petite sœur du tane	2, enfants du petit frère et de la grande sœur	Non	Non	Non	motua fa'amu	Non	Non
<b>Niveau d'éducation</b>	École jusqu'à 7 ans	Scolarité jusqu'à la 3eme	CJA	CJA	Certificat d'étude	CM2	Certificat d'étude	Scolarité jusqu'à 12 ans	CAP
<b>Profession</b>	Armée	Non	Non	Elevage et maçon	Non	Maçon	Mécanique	Menuiserie, polyvalent, Moruroa	Légion étrangère
<b>Revenus</b>	?	?	?	?	?	?	?	?	?
<b>Facebook</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Son fils		Oui
<b>Ordinateur</b>	Non	Non	Non	Non	non, mais smartphone	Non	Oui	Non	Oui
<b>Communication</b>	Vini	Vini	Vini	Vini	Vini	Non	?	Vini (pour sa femme et lui)	Vini
<b>Moyen de transport</b>	Scooter	Voiture	Non	Voiture	Voiture	Non	Voiture	Voiture	Voiture
<b>Politique</b>	"Non, j'aime pas la politique"	Non	Non	Tapura	Tavini	"Ça ne me donne pas à nourrir c'est gens là"	"non j'aime pas ce truc là"	"quand tu vois aujourd'hui, on dit c'est nul!"	interdit par la légion
<b>Religion</b>	Mormon	protestant	Protestant	Protestant	Protestant	adventiste	Protestant	Mormon	le Légion
<b>Pufenua</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Non, regret	Connaît mais pas d'enfants	Oui	Oui	Non
<b>Peritome</b>	Oui	Pas de garçon	Pas de garçon	Oui à la tahitienne	Pas de garçon	Oui à la tahitienne	oui, 4/6 (2 qui ont refusé)	Oui 3/3	Oui
<b>Tatau</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui

**ANNEXE N°8  
INTERROGER LES PATIENTS - PHASE 2**

Patients	Patient A	Patient B	Patient C	Patient D	Patient E	Patient F	Patient G	Patient H
<b>Sexe</b>	M	M	M	F	H	F	F	F
<b>Âge</b>	34	80	18	45	58	30	61	43
<b>Lieu de naissance</b>	Maiao	Papara	Papeete	Moorea	Paopao	Papeete	Nuku Hiva	Papeete
<b>Lieu de résidence</b>	Afareitu	Maatea	Haumi	Afareitu	Paopao	Teavaro	Haapiti	Temae
<b>Parents</b>								
<b>Enfants</b>	1	0	0	3	8	2	2	4
<b>Petits enfants</b>	Non	0	0	1	6	0	1	0
<b>Fa'amu</b>	1	0	0	Non	0	Non	0	0
<b>Niveau d'éducation</b>	École primaire	Elémentaire	Terminal bac pro	5eme	Primaire	?	Primaire	CAP couture
<b>Profession</b>	Non, pêche	Non	Etudiant	Artisanat	Manœuvre au service de l'équipement	Femme au foyer	Chauffeur de taxi	Femme au foyer
<b>Revenus</b>	20000	80000		15000	170000	50000	180000	180000
<b>Facebook</b>	Non				Non	Non	oui pour la pension de famille de son mari	non
<b>Ordinateur</b>								
<b>Communication</b>								
<b>Moyen de transport</b>	Voiture familiale	A pied, ou covoiturage	Transport en commun	Voiture	Voiture	Voiture	Voiture	Scooter
<b>Politique</b>	Taho'era hu'ira'atira	Taho'era hu'ira'atira	Non	Tapura	Taho'era hu'ira'atira	Taho'era hu'ira'atira	Tapura	
<b>Religion</b>	Protestant	Protestant	Protestant	Mormon	Protestant	Protestant, enseignante a l'école du dimanche	Catholique	Protestante
<b>Pufenua</b>	oui, Lien avec sa terre	non, source d'identité, nationalité	non, Sexe	oui Lien avec sa terre	Non	oui, Le placenta doit être mis en terre comme si on plante son enfant, preuve qu'il est de cette terre de cette patrie	oui, enterrer et planter un arbre fruitier dessus, l'arbre sera abondant et c'est le lien qui rattache l'enfant a sa patrie	oui, culturel, le placenta doit être mis en terre
<b>Peritome</b>	Non	incision à la tahitienne	Sexe	Culture et hygiène	c'est la culture	c'est la culture ma'ohi	c'es la culture mā'ohi et c'est l'affaire des hommes	C'est culturel et c'est les paretis qui s'en occupent
<b>Tatau</b>	pas de signification	"je n'aime pas ça"	culture mā'ohi	religion, ça salit le corps	c'est la culture mais pas au gout de tout le monde	Pas d'avis	c'est la culture mā'ohi, symbolique chez le peuple mā'ohi	pas bien vu, cela abime le corps

**ANNEXE N°9  
LISTES DE CODES - ENTRETIENS PATIENTS**

<b>Représentations et croyance SANTE</b>	<b>Comportement en santé</b>
Bonheur	Choix du médecin
Ma'a tahiti	Role du médecin
Incompréhension	Comportement en santé
Impact néfaste de l'importation	Réponse a la maladie
Pourquoi la santé	Alternative au médecin
Représentations et croyance SANTE	Urgence
EA / ORA /	<b>Ra'au tahiti</b>
Fonctionnement du corps humain	Ra'au tahiti
Peur de la chirurgie	Miracle médecine ma'ohi
Être en bonne santé	Ra'au administration
#1er mots Santé	Transmission intra familiale ra'au
Pourquoi boire	Ra'au durée
Tabu de santé	Ra'au fati
Bouger / santé	Nosologie / physiopathologie polynésienne
Pourquoi vieillir	Compatibilité ra'au tahiti/ popa'a
Pourquoi manger	Absence d'antalgique pharmacopée polyn.
Etat de santé	Ra'au fabrication
Pourquoi respirer	<b>Le patient polynésien</b>
Manger / santé	Eclatement familial
Bien être	Avant
<b>Représentation et croyances MALADIE</b>	Religion
Guérir	Education
Santé mentale	Les autres tahitiens
Maladie ma'a popa'a	Ha'ama
Maladie environnementale	Vouvoiement
Maladie naturelle	<b>Putu to'eto'e</b>
Représentation et croyances MALADIE	Complication putu to'eto'e
Maladie transgression	Symptomes putu to'eto'e
Maladie infectieuse	Traitement putu to'eto'e
Maladie stress	Putu to'eto'e
Semiologie	Prévention putu to'eto'e
Maladie mauvais parler	Facteur de risques putu to'eto'e
#1er mots Maladie	<b>Tapu te niho</b>
Cause de la maladie	Diagnostic différentiel tapu te niho
Repo	Prescription alimentaire tapu te niho
Facteur aggravant	Première fois tapu te niho
Facteur améliorant	Complication tapu te niho
<b>Représentations et croyances TRAITEMENT</b>	Outils tapu te niho
Fonctionnement des médicaments	Tapu te niho
Connaissance médicaments	Symptomes tapu te niho
#1er mots TRAITEMENT	Traitement tapu te niho
Prescription alimentaire	<b>Relation médecin malade</b>
Nom des médicaments	Qualité des médecins
Conséquece Inobservance	Relation médecin malade
Traitement de la douleur	Maladie punition
Consommation médicament	Ce qu'on ne peut/ne doit pas faire
Représentations et croyances TRAITEMENT	Dire
	Ce qu'on peut/doit faire
	Consommation de médecins
	Confiance
	Ne pas dire
	Observance?
	Attente du patient
	Déroulement de la consultation

XSL Stylesheet: HU Tag Cloud - A simple tag cloud viewer browser for HU entities

Description: A tag cloud is a visual depiction of content tags used in your HU. More frequently used tags are depicted in a larger font; display order is alphabetical. This lets you find a tag both by alphabet and by frequency.

HU: Interroger les patients by Antonin ROUSSEY

## HU Tag Cloud

#1er mots Maladie #1er mots Santé #1er mots TRAITEMENT Absence d'antalgique dans la pharmacopée polynésienne  
 Alternative au médecin Attente du patient Avant Bien être Bonheur Bouger / santé Cause de la  
 maladie Ce qu'on ne peut/ne doit pas faire Ce qu'on peut/doit faire Choix du médecin Compatibilité ra'au tahiti/ popa'a  
 Confiance Consommation de médecins Consommation médicament Déroulement de la consultation EA / ORA / Etat de santé Facteur  
 aggravant Facteur améliorant Fonctionnement des médicaments Fonctionnement  
 du corps humain Guerrir Maladie environnementale Maladie infectieuse Maladie ma'a popa'a Maladie mauvais parler Maladie naturelle Maladie  
 punition Maladie stress Maladie transgression Manger / santé Miracle médecine ma'ohi Nom des médicaments Nosologie / physiopathologie  
 polynésienne Observance? Peur de la chirurgie Pourquoi vieillir Prescription alimentaire tapu te niho  
 Prévention puta to'eto'e Puta to'eto'e Role du médecin Réponse a la maladie  
 Santé mentale Semiologie Symptomes puta to'eto'e Tabu de santé Traitement puta to'eto'e  
 Traitement tapu te niho complication puta to'eto'e complication tapu te niho connaissance médicaments conséquence  
 Inobservance diagnostic différentiel tapu te niho dire eclatement familial education facteur de risques puta to'eto'e  
 ha'ama impact néfaste de l'importation incompréhension les autres tahitiens ma'a tahiti ne pas dire outils tapu te niho pourquoi  
 la santé première fois tapu te niho prescription alimentaire qualité des médecins ra'au fati ra'au tahiti  
 religion reo ma'ohi repo symptomes tapu te niho tapu te niho traitement de la douleur transmission intra familiale  
 ra'au urgence vouvoisement Être en bonne santé

**ANNEXE N°11  
PUTA TO'ETO'E - Patients 1 à 9**

Patients	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9
<b>Fonctionnement</b>					Accumulation de sang durs dans les veines				
<b>Facteur déclenchant</b>	Carrelage au sol de la maison, marcher pieds-nus sur le sol carrelé	Travail sous la pluie		Travail au faapu sous la pluie, ou exposition à l'eau froide au soleil	Pêcheur, pêche en apnée, risque dépend de la profondeur	Toucher l'eau froide, avoir les pieds humides de manière prolongée, avoir le dos exposé a un courant d'air, la pluie	Pêche, la rame, rester dans du linge mouillé, aller à la mer s'il fait froid, s'ily a du vent, de la pluie		Marcher pied- nus
<b>Symptômes</b>	Pas de douleur, toujours froid, même au soleil	On a froid,		On se sent mal, on a des douelurs partout		Le froid, les douleurs, dans les jambes et ça peut remonter dans les mains, et froid dans le dos			Mal dans le dos
<b>Traitement</b>	Faire partir le froid en chauffant de l'eau et en la placant sous le malade puis faire transpirer comme dans un sauna	Bain d'eau chaude ou bain de vapeur, vaipihapiha		Ra'au tahiti, bains, pihapiha	Massages, ra'au tahiti, pihapiha avec feuille de crotons dedans	Massages avec du monoi, ou pihapiha	Masser, faire transpirer		
<b>Complications</b>	Paralysie de la jambe, car le froid pénètre par les pieds et remonte	Ca peut être grave, des fois besoin du docteur et de la pique, paralysé							
<b>Prévention</b>	Eau chaude pour les pieds			Imperméable, éviter le froid		Eviter l'eau froide y compris pour la vaisselle	Monoi		Mettre des chaussures, ne pas rester torse nu le soir, ne pas boire d'eau glacée quand il fait chaud



**ANNEXE N°11**  
**TAPU TE NIHO - Patients 1 à 9**

Tapu te niho	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9
<b>Fonctionnement</b>	Inciser les gencives			Pour les adultes comme pour les enfants		C'est le sang qui ne circule plus	Tapu te niho ou tapu te pa'i niho (pa'i= petite elevation et gencive) pour aider la sortie de la dent quand il y a une pousée	poussée dentaire des bébés, lutter contre la fièvre, couper la gencive pour que ça pousse vite. Pour les adultes aussi	La dent n'arrive pas à sortir facilement, c'est pour ça qu'on coupe pour qu'elle sorte plus facilement, adulte comme enfant
<b>Facteur déclenchant</b>									
<b>Symptômes</b>	Similaire a la dengue: fièvre courbatures. Il ne peut plus manger, il a mal dans le cou et derrière la tête, il ne peut plus manger			Tu as mal à la gencive, ça va arriver les nouvelles dents	Tu as de la fièvre, douleur partout, les yeux lourds collection purulente, masse de la gencive, des veines gonflées derrière	Ca me tire derrière la sur le cou, c'est tendu	Tu n'arrives plus a manger		
<b>Traitement</b>					On coupe la gencive, on applique des ventouses, quand on coupe y'a le pus, le sang cuole et quand le sang coule c'est bon	La personne elle me regarde dans la bouche, elle me dit:"c'est tout blanc, il faut couper", alors elle coupe et elle masse pour faire couler le sang + massages			
<b>Première fois</b>	40					18	17		
<b>Derniere fois</b>	50					39			
<b>Prévention des complications</b>					Pendant 3 jours, quand tu vas dehors il faut se couvrir, tu ne sors pas en T-shirt si il y a du vent, , il faut s couvrir, et tu presses le citron dedans comme ça ça nettoie	Il faut boucher les oreilles avec du coton, comme ça ça reste au chaud , faut pas que le froid il rentre sinon tu peux mourir Si on vient de te couper, il faut manger chaud, pas froid, on a pas le droit de manger de l'eau glacée	tu peux pas boire la café tout de suite, il faut attendre un ou deux jours que ça soit guéri, sinon ça peut enfler dans ta bouche	On attrape froid si tu ne fais pas attention, si on te donne de l'eau froide, c'est grave tu peux mourir	



## ANNEXE N°12

### Les guérisons miraculeuses grâce aux *ra'au tahiti*

#### Patient 1

*T : Voilà, et nous deux on masse aussi les gens*

*A : Ta'ata tauromi ?*

*T : Voilà*

*A : Et qu'est ce qu'on peut guérir avec ça ?*

*T : Là, il faut... enfin, y' a un jour mon enfant, a pris, enfin sa maladie c'est tousser tu vois, comme lui il sait pas il peut pas prendre le ra'au tahiti, 2 médicaments et comme on a donné le ra'au tahiti manque pour la toux, mais manque de pot, il a machin après, il peut plus respirer, alors j'ai paniqué, et j'ai travaillé seulement dessus, il peut plus respirer, et j'ai travaillé seulement, travaillé seulement, et j'ai tourné et heureusement quoi, dernier coup, bientôt au final j'ai travaillé dessus, j'ai prié le seigneur et là ma femme elle a couru (claquement dans les mains, inspiration bruyante),*

*A : Il a respiré ?*

*T : Quand il a re-respiré, d'un coup, il a bien machin les diarrhées là, pffff (inaudible) après il a pleuré, après il a vomi là...et les gens après ils ont fait et ils ont dit, ils ont vu monter le noir en haut. Après le docteur il a parlé à ma femme, après je suis venu et j'ai travaillé encore sur mon fils, j'ai cassé les pieds, on dirait il était en train de , j'ai travaillé, , après j'ai cassé comme ça seulement et c'est passé.*

*A : Et il est revenu ?*

*T : Et il est revenu normal. Après j'ai réussi et le docteur il est tourné t'a fait, il est guéri encore*

*A : Et il est grand maintenant ?*

*T : Oui il est grand*

*A : Pas de problème ?*

*T : Non*

*A : Rien ?*

*T : Son machin seulement, y'a que le comment on dit ça..*

*A : RAA,*

*T : voilà, il s'appelle Manutara*

*A : Et il vient il fait les piqûres*

*Ah oui quelle histoire !*

*T : rires*

*A : Mais tu l'as sauvé alors ?*

*T : Et l'autre petit, on est pas, y a pas que lui, y a un autre qui est parti qui est mort comme on a fait aussi, on a pas réussi, heureusement moi j'ai travaillé sur mon fils.*

*A : Et quand tu dis travailler ? ça veut dire tu l'as massé ?*

*T : J'ai massé, j'ai cherché un moyen, j'ai ramené le pied, c'est dur, alors après j'ai cassé et après j'ai massé, j'ai massé, mais comme le noir est en train de monter, après faut faire descendre parce que si ça monte, il va mourir. C'est comme ça que j'ai travaillé dessus.*

*A : Et c'est quoi ce noir alors qui montait ?*

*T : C'est pour son dernier machin. »*

## Patient 2

**A :** Est ce que toi tu as déjà entendu parler des ra'au tahiti ?

*Qu'est ce que tu en penses ?*

**V :** Très bien

**A :** Et est ce que toi tu en utilises ?

**V :** J'en utilise oui

**A :** Tu en utilises là ?

**V :** là là actuellement non

**A :** Avant ?

**V :** Mais j'en utilisais avant pour mon pied cheville, j'explique, quand on m'a opéré du pied, 2 ans je suis resté à l'hôpital, le pied n'a jamais dégonflé, si un professeur qui dit on ne peut plus maintenant, parce que le pied n'a jamais dégonflé depuis mon accident, je suis resté 2 ans sans soigner, je savais pas, j'avais le staphylocoque, infecté.... Le pied gros comme ça, il y avait des broches à l'intérieur on m'a dit. Au bout de 2 ans il m'a dit, « il faut que tu rentres chez toi. », je lui ai dit : « je peux pas » parce que revenir en Polynésie c'est, pour moi on ne peut pas partir comme ça, comme c'est la légion étrangère, on est suivi de près, ils veulent tout savoir, où est ce que tu es, donc il faut qu'ils soient au courant en permanence, ça passe par des généraux, et la légion et ... on a fait une demande tout ça, et après 2 semaines après, j'ai eu cette autorisation, et je suis rentré.

*Quand je suis rentré, je connaissais une dame qui faisait le ra'au tahiti .*

**A :** C'était sur euh... Raiatea ?

**V :** Ici à Raiatea, donc j'ai été voir cette dame là, et voilà, j'ai un problème parce que je suis rentré avec le pied dans un plâtre découpé, comme ça je peux enlever.. ;

*Elle m'a dit : je vais te soigner. C'est juste un bain de pied avec le jus de coco et titi et le metua pua et le tau, ce sont ces médicaments là : 3 fois par jour pendant 3 jours.*

**A :** En trois jours ?

**V :** En trois jours ! les broches, il y avait 2 broches qui sont sorties comme ça.

**A :** Ca a guéri quoi.

**V :** Ça a guéri. J'ai pris l'avion, je suis parti voir la clinique Paofai, j'avais vu le collègue du Professeur qui m'avait conseillé, il m'a enlevé les broches et il m'a mis un pansement dessus pour tenir et j'ai gardé ça pendant 10 jours ici et après je suis retourné.

**A :** Et tu es rentré en France ?

**V :** Je suis rentré en France pour voir le médecin, parce que je voulais pas garder trop longtemps comme ça parce que j'ai peur que ça s'infecte encore.

**A :** Et alors après, tu leur a expliqué ça ?

**V :** J'ai pas expliqué

**A :** Tu leur a pas expliqué ?

**V :** J'ai pas expliqué

**A :** et pourquoi tu ne leur a pas expliqué ?

**V :** Parce que peut être le médecin il, va pas aimer je sais pas, c'est pour ça que j'ai pas expliqué.

**A :** Et tu as fait que trois jours c'est ça ?

**V :** 3 jours c'est tout.

**A :** Et est ce que la, la mamie, c'était une mamie qui fait ça ? Et est ce que la mamie tu lui as donné quelque chose en échange ?

**V :** Non pas du tout

**A :** C'était complètement gratuit, tu es juste allé la voir, elle t'a dit ce qu'il fallait faire...

**V :** Oui »

### **Patient 3**

**A :** C'est quoi le ra'au pour le diabète ?

**H :** Le ra'au pour le diabète, une fois j'ai fait tu sais quoi, y'en a plein du diabète, des fois j'ai plus de diabète, j'ai bu l'eau de mer, j'ai pris le ra'au le matin, l'après midi et le soir.

**A :** De l'eau de mer ?

**H :** Oui de l'eau de mer, euh, en dehors tout à fait au large, ouais parce que tu vois au large ça vient dans la baie, ça vient dans la baie, j'ai pris ça parce que mon diabète c'est , je peux plus me lever, après j'ai essayé de prendre, après là je suis venu plusieurs fois, je suis venu voir Beylier. Tu sais ce qu'il a dit Beylier ? Il a regardé sur moi, il a regardé sur mon machin pour le mea et il a regardé : « ba quoi y'a un problème ? »

- « Non non, mais faut arrêter de prendre ton METFORMINE, il faut plus prendre, tu as plus de diabète. »

**H :** J'ai pas dit à lui que j'ai pris ça.

**A :** Et pendant combien de jours ?

**H :** Juste un jour seulement.

**A :** Juste un jour ? et ça....

**H :** Oui, tu sais quoi, quand j'ai pris ça, un verre le matin, un l'après-midi et un le soir. Tu bois de l'eau, 4l de l'eau

**A :** Et après tu as bu toute la journée ?

**H :** Après tu fais pipi dans le mea, j'ai été au toilette, je m'assois, presque 2h, pour faire pipi. J'ai pris 4 bouteilles, 4L, et il faut pas boire l'eau du robinet, il faut l'eau glacée. Si tu bois l'eau au robinet, tu vas pas arrêter de boire, ça va pas parce que ça va chauffer dans le... la dedans, et pour éteindre cette machin là il faut de l'eau glacée. Et maintenant non, je peux plus , j'ai un problème c'est pour le cœur, je peux pas manger salé alors, pour ça je prends plu.

**A :** Et ça venait d'où, cette recette ?

**H :** Cette recette là, tu sais comme je t'ai dit, ça vient dans la Bible.

**A :** Mais dans la Bible, y'a pas marqué : traitement du diabète , 3 verres d'eau...

**H :** Non mais dans la bible ils disent comme ça, la mer il nettoie la terre. Pourquoi j'ai fais ça, parce que la terre au Seigneur c'est propre trois ans. Parce que tu viens dans la terre. Euh le Seigneur il te dit il faut pas nettoyer ma terre, il faut nettoyer à toi. (rires) C'est toi, qu'il faut nettoyer. Et ça marche, et après, beaucoup de gens j'ai donné et il m'a remercié. Eh ! quand j'ai été au Taone là, là sur la machine dialyse, après, j'ai rencontré là au prise de sang, il m'a dit, il m'a remercié, il m'a dit « ich ! maururu »

- Pourquoi ?

- Le ra'au que tu m'as donné, je suis plus habitué à boire.

Et après j'ai rencontré au marché une femme qui m'a appelé :

- Hoy, qu'est ce qu'il y a ?

- Je sais pas si vous savez ça

- D'où tu viens ?

- De Taha'a

- Ah c'est à toi ce ra'au de la mer ?

- Je leur dis seulement j'ai eu machin pa'i,

- Hay, y'a aussi ce ra'au à Taha'a ?

Ba j'ai dit faut lire dans la Bible. »

Vu, le Président du Jury,  
*BONNAUD-ANTIGNAC Angélique*  
*Professeure d'université*

Vu, le Directeur de Thèse,  
*BIAREZ Philippe*  
*Médecin Généraliste*  
*Directeur de l'hôpital de Moorea*

Vu, le Doyen de la Faculté,

**POLYNESIAN CULTURE AND CHRONIC DISEASES**  
**A QUALITATIVE STUDY OF CULTURAL HEALTH DETERMINANTS IN THE MANAGEMENT OF**  
**CHRONIC DISEASES**

---

**ABSTRACT**

The management of chronic diseases in French Polynesia shows the limits of the effectiveness of the biomedical system to respond to multifactorial diseases.

At the crossroads of biomedical science and Polynesian culture, the idea was to identify and define the cultural determinants of health, essential to better care for Polynesian patients.

This study used social science methods through the conduct of 9 interviews with experienced carers and 17 interviews with Polynesian patients followed in the public primary health structures of the Society's islands.

Thus, it turned out that norms, beliefs or behaviors were cultural determinants that had an influence on health. Medical pluralism, language, representations of patients, acculturation and systems of explanation of the disease have been identified as important in the management of chronic diseases.

The anthropological approach of this study makes it possible to propose innovative actions to take into account the cultural determinants of health through recommendations addressed to all primary health care professionals in French Polynesia, with the aim of improving their health practices impacted daily by the Polynesian culture.

---

**KEY WORDS**

chronic disease, culture, cultural determinant of health, French Polynesia, Anthropology of health, acculturation, indigenous population

**CULTURE POLYNESIENNE ET MALADIES CHRONIQUES  
UNE ETUDE QUALITATIVE DES DETERMINANTS DE SANTE CULTURELS  
DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES**

---

**RESUME**

La prise en charge des maladies chroniques en Polynésie française fait apparaître les limites de l'efficacité du système biomédical pour répondre à des pathologies multifactorielles.

Au carrefour de la science biomédicale et de la culture polynésienne, l'idée a été d'identifier et de définir les déterminants culturels de la santé, indispensables à une meilleure prise en charge des patients polynésiens.

Cette étude a utilisé les méthodes des sciences sociales à travers la réalisation de 9 entretiens avec des soignants expérimentés et 17 entretiens avec des patients polynésiens suivis dans les structures publiques de santé primaires des îles de la Société.

Ainsi, il s'est avéré que les normes, les croyances ou les comportements étaient des déterminants culturels qui avaient une influence sur la santé. Le pluralisme médical, la langue, les représentations des patients, l'acculturation et les systèmes d'explication de la maladie ont été identifiés comme importants dans la prise en charge des maladies chroniques.

L'approche anthropologique de cette étude permet de proposer des actions innovantes pour prendre en compte les déterminants culturels de santé au travers de recommandations qui s'adressent à tous les professionnels de santé des soins primaires de Polynésie française, dans le but d'améliorer leurs pratiques impactées au quotidien par la culture polynésienne.

---

**MOTS-CLES**

Maladies chroniques, culture, déterminant culturel de la santé, Polynésie française, anthropologie de la santé, acculturation, population autochtone,