



HAL
open science

Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin

Lucille Chauveau

► **To cite this version:**

Lucille Chauveau. Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01659370

HAL Id: dumas-01659370

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01659370>

Submitted on 8 Dec 2017

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

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



U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 2017

Par Mademoiselle Lucille CHAUVEAU,

née le 11 Janvier 1990 à Pontoise

**Recours aux soins du sujet âgé en
milieu isolé en Polynésie Française :
déterminants et vécu du soin.**

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre Dubus

Assesseurs :

Madame le Docteur Sylvie Maurice
Madame le Docteur Claire Roubaud
Madame le Docteur Marie-Pierre Lucu

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sylvie Duhamel

Co-directeur de thèse :

Madame le Docteur Sandrine Papon

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Docteur Christophe Adam



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 2017

Par Mademoiselle Lucille CHAUVEAU,

née le 11 Janvier 1990 à Pontoise

Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin.

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre Dubus

Assesseurs :

Madame le Docteur Sylvie Maurice
Madame le Docteur Claire Roubaud
Madame le Docteur Marie-Pierre Lucu

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sylvie Duhamel

Co-directeur de thèse :

Madame le Docteur Sandrine Papon

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Docteur Christophe Adam

Remerciements

A notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre Dubus, doyen de l'U.F.R. des Sciences Médicales de Bordeaux,

En présidant au jury de cette thèse vous me faites l'honneur encore une fois d'accompagner mon travail, je vous prie d'accepter ma très sincère gratitude et mon plus grand respect

A nos assesseurs,

Madame le Docteur Claire Roubaud, maître de conférences, praticien hospitalier CHU Bordeaux, pôle de gérontologie clinique

Madame le Docteur Sylvie Maurice, maître de conférences, praticien hospitalier CHU Bordeaux, ISPED Santé Publique, épidémiologie

Madame le Docteur Marie-Pierre Lucu, praticien hospitalier,

Merci d'accorder votre intérêt à ce travail qui m'est précieux en acceptant de le juger, je vous prie de croire en l'expression de ma considération

A nos directeur et co-directeur de thèse

Madame le Docteur Sylvie Duhamel, maître de conférences associé, département de médecine générale

Vous avez cru en ce projet alors qu'il n'était encore qu'une ébauche, pour vos conseils avisés et votre présence bienveillante malgré les milliers de kilomètres je vous remercie sincèrement

Madame le Docteur Sandrine Papon,

Pour avoir accepté de participer à la direction de ce travail et m'avoir ainsi permis d'entreprendre ce qui me tenait à cœur

A notre rapporteur de thèse,

Monsieur le Docteur Christophe Adam, maître de conférences associé, département de médecine générale

Pour avoir accepté d'être le premier à juger mon travail, je vous remercie

A mes parents,

Papa, parce que tu es celui qui croit en moi même lorsque je doute, et me soutient dans ce que j'entreprends là où d'autres me diraient que c'est impossible, grâce à toi l'envie de voler a toujours été plus forte que la peur du vide

Maman, pour m'avoir appris très jeune à voir la beauté de l'Humanité dans la singularité de chaque culture

Didi, mon frère, antonyme mais toujours complémentaire

Mémé, mon enthousiasme c'est toi

Mamé, pour le cadeau que tu m'as fait d'aider mes études

Ninin et Dudu, je n'aurais pas pu avoir de meilleurs parrain et marraine

A mes amis,

Sarah, les premières lignes de cette thèse je les discutais avec toi

François, maintenant et toujours : team up, merci d'être là

Taote Jambon (comme le ma'a), pour tes conseils judicieux en codage

Clovis, pour avoir eu la patience de m'apprendre à jouer avec les vagues lorsque j'avais la tête trop pleine de travail

A ceux avec lesquels j'ai eu la chance de faire équipe,

L'équipe féminine de basket de l'université de médecine Paris VI, si j'avais su lorsque je l'ai créée que votre cohésion me rendrait si fière

Ceux qui se reconnaîtront et partagent avec moi ce goût du Grand Nord sous une tente

Les pompiers de Polynésie

A ceux qui m'ont apportée leur soutien dans ce travail

Taote Biarez, merci de ta confiance et de ton aide, nous y arriverons

Taote Laudon pour ton soutien

Taote Dana, Taote Rouveyrol, Ruka, Anita, Mamie Ida, pour m'avoir permis de réaliser ces entretiens aux quatre coins de la Polynésie

Les services de Cardiologie et de Réanimation de l'hôpital Taaone, où j'ai pris racine à des heures improbables pour la rédaction

Et à toutes ces personnes qui m'ont portée de leur amour et de leur bienveillance sincère,

Merci.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	5
TABLE DES MATIÈRES	9
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES TABLEAUX	14
ABBREVIATIONS	15
LEXIQUE FRANÇAIS/TAHITIEN/MARQUISIEN.....	16
I. INTRODUCTION GENERALE	19
II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	22
1. Géographie de la Polynésie Française, population et isolement	22
A. Situation géographique de la Polynésie Française	22
B. Démographie	24
C. Démographie médicale.....	26
D. Moyens de transports	26
a. Le transport aérien	26
b. Le transport maritime.....	26
E. Langues.....	26
F. Religion.....	27
2. Organisation du système de santé	28
A. Organisation de l'offre de soin primaire	28
B. La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS)	29
3. La personne âgée, entre culture et modernité	29
A. Démographie de la population de l'étude	29
B. Décohabitation.....	32
C. Aides financières	34
D. Structures d'accueil pour personnes âgées.....	34
4. Notion de santé.....	35
A. Définition.....	35
B. Le bien vieillir	35
RÉSUMÉ DU CONTEXTE	36
III. MÉTHODE	37
1. Question de recherche.....	37
2. Objectifs de recherche	37
3. Type d'étude.....	37
4. Population de l'étude et méthode de recrutement.....	38
5. Méthodologie de la recherche documentaire.....	39
6. Origine des données	40
7. Guide d'entretiens	40
8. Consentement.....	41

9. Méthode d'analyse des données	41
10. Force	42
IV. ANALYSE	43
1. Caractéristiques des patients	43
2. Analyse descriptive : le sujet âgé, pratiques, habitudes et mode de vie . 46	
A. Lieu de vie	46
B. Organisation des familles et rôle des petits-enfants	47
C. Habitudes de soin.....	48
D. Être en bonne santé	50
a. Définir ce qu'est "être en bonne santé"	50
b. Ce qui y concourt.....	51
c. Ce qui la menace.....	51
E. Être malade	52
F. Comparaison à la santé des générations précédentes	52
G. Notion d'urgence	53
H. EVASAN.....	54
a. Indication de l'EVASAN	54
b. Prise de la décision d'EVASAN	55
c. Difficultés liées à l'EVASAN.....	55
I. La prise de traitement	56
J. Les médicaments tahitiens.....	58
a. La prise cachée au médecin.....	58
b. Conscience des risques	58
c. Composante mystique	59
d. Transmission du savoir.....	59
e. Remplacés par les traitements conventionnels	61
K. Craintes	62
L. Se projeter dans l'avenir	63
M. Ce qu'il manque	65
RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE.....	66
3. Analyse transversale : vécu du soin et rapport à la santé qui sous-tendent les comportements de santé	69
A. Le concept de bonne santé difficile à appréhender	69
B. Responsabilité de santé	71
a. Responsabilité individuelle	71
b. Responsabilité collective	71
C. Le concept de travail	72
D. La santé : entre mérite et châtement	73
E. Santé et statut.....	74
a. Être en bonne santé travailleur.....	74
b. Être malade ou être âgé, le statut de dépendant.....	74
F. Médecins et traitement : entre confiance et culpabilité	75
a. Confiance	75
b. Culpabilité.....	76
G. La place de Dieu	77
H. La dualité du refus du soin.....	78
a. Quand le temps est révolu.....	78

b. La peur des actes invasifs	79
I. La prise de décision chez ou plutôt “pour” le sujet âgé	80
a. Remise aux enfants	80
b. Remise au médecin	80
J. L’évolution	81
a. Changements à l’origine de problématiques nouvelles	81
b. L’évolution acceptée malgré la perte d’un savoir	82
K. Mourir chez soi	83
RÉSUMÉ DE L’ANALYSE TRANSVERSALE	84
V. DISCUSSION	86
1. Discussion de la méthodologie	86
A. Choix de la méthode	86
B. Choix du recrutement	87
C. Déroulement des entretiens.....	88
D. Réalisation des codages	88
E. Analyse des résultats.....	89
a. Validation interne ou crédibilité.....	89
b. Validation externe ou transférabilité	89
c. Fidélité	89
2. Discussion des résultats	90
A. Concept de santé.....	90
B. Les médicaments tahitiens	91
C. Discussion du refus du soin.....	91
D. Discussion de l’évolution	91
E. Espérance de vie et année de vie sans incapacité	92
F. Prise en charge.....	92
G. Ce qu’il manque	93
H. Rapport au soignant	94
I. Discussion de la transition culturelle	94
3. Comparaison bibliographique	95
A. Importance de la culture	95
B. Santé et maladie.....	95
C. Prise de traitements.....	96
D. Médicaments tahitiens/marquisiens.....	97
E. Prise de décision	97
F. Soignants	97
G. Craintes en matière de santé	98
H. Vécu du soin en milieu isolé	99
I. Mise en place des initiatives de santé.....	100
RÉSUMÉ DE LA COMPARAISON BIBLIOGRAPHIQUE.....	100
4. Ouvertures	102
A. Travail au schéma directeur de la politique publique de prise en charge des personnes âgées en Polynésie Française	102
B. Information à destination des soignants et formation.....	103
C. Ouvertures de recherche des axes de la discussion	104
RÉSUMÉ DES AXES DE RECHERCHES OUVERTS PAR CE TRAVAIL	105

VI. CONCLUSION	107
VII. BIBLIOGRAPHIE	111
VIII. ANNEXES	115

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte des liaisons aériennes assurées par Air Tahiti	23
Figure 2 : Carte des liaisons aériennes internationales de Polynésie Française	24
Figure 3 : Espérance de vie à la naissance en Polynésie Française de 1985 à 2015	24
Figure 4 : Démographie en Polynésie Française pour l'année 2015	25
Figure 5 : Langue parlée en famille en Polynésie Française en 2015.....	27
Figure 6 : Population de 60 ans et plus rapportée à la population globale en Polynésie Française	30
Figure 7 : Archipel de la Société.....	31
Figure 8 : Archipel des Marquises	32
Figure 9 : Espérance de vie en bonne santé à la naissance et espérance de vie à la naissance, en France (en 2015) et dans l'Union européenne (en 2014).....	35
Figure 10 : La personne âgée	110
Figure 11 : Dépendance	110

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Population par archipel par type de ménage.....	33
Tableau 2 : Diagramme de flux.....	45

ABBREVIATIONS

ACR : Allocation Complémentaire Retraite

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

CHPF : Centre Hospitalier de la Polynésie Française, hôpital Taaone situé à Pirae sur l'île de Tahiti.

CM : Centre médical (avec présence d'un médecin de la direction de la santé)

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale

EVASAN : Evacuation sanitaire, transfert d'un patient vers un centre de référence (hôpital archipélagique, CHPF, Nouvelle-Zélande ou métropole)

HAS : Haute Autorité de Santé

I : Infirmerie (avec présence d'une infirmière de la direction de la santé)

ISLV : Îles Sous le Vent

ISPF : Institut statistique de Polynésie Française

OMS : Organisation mondiale de la santé

PF : Polynésie Française

WHO : World Health Organization

LEXIQUE

FRANÇAIS/TAHITIEN/MARQUISIEN

Faamu (enfant) : enfant adopté

Fiu : être fatigué, las, blasé

Ia Orana : bonjour

Kaoha : bonjour (marquisien)

Kaikai/popoi : repas (marquisien)

Ma'a : repas

Mafatu : coeur

Mape : rein

Maururu : merci

Matahiapo : personne âgée

Motua : petits-enfants

Noni : fruit utilisé pour ses vertues thérapeutiques

Opu : ventre

Pakalolo/paka : cannabis

Ra'au tahiti : médicaments tahitiens

Ra'au popa'a : médicaments "français", traitements médicamenteux conventionnels

Tamarii : les enfants

Tane : mari, homme

Taote : médecin

Titi : sein

Tupuna : personne âgée (marquisien)

Ville (la) : Papeete, Tahiti

Vini : téléphone portable

« A celui qui veut connaître l'âme humaine, il faut lui conseiller de marcher à travers le monde avec un cœur humain. Il reviendra chargé d'un savoir plus riche que lui auraient donné les manuels les plus épais. »

—Carl Gustav Jung, médecin psychiatre

« Le véritable réalisme consiste à tenir compte de la présence de la culture dans le vécu d'un mal. »

—Docteur Jean Benoist, médecin et anthropologue

I. INTRODUCTION GENERALE

« - Qu'est-il écrit sur le panneau d'information?

- Que le médecin passera dans le village la semaine prochaine.
- Vient-il souvent ?
- Deux fois par an. »

—Place du village, Kulusuk, Côte Est du Groenland, Juin 2015

Affectée un an plus tard en Polynésie Française, de retour dans une région du monde qui m'a vue grandir, je réalise que les conditions sont différentes mais les problématiques similaires, entre santé, culture et isolement, qu'en est-il du vécu du soin ?

En effet, le recours aux soins en Polynésie Française, territoire constitué de 121 îles dont 72 habitées réparties sur une aire égale à celle de l'Europe est un sujet complexe. Complexe on le sait par la problématique de la distance, et avec elle les délais et les coûts, en faisant un sujet de santé publique d'actualité.

Mais pas uniquement.

La Polynésie c'est aussi une culture, un peuple, des communautés « réunies plus que divisées par le plus grand océan du monde »^[13]. Et bien que le rôle de la « culture Pacifique » dans les croyances et les comportements en matière de santé soient cités par de nombreux auteurs, la littérature n'en rapporte pas les termes précis ni leurs conséquences. Ce que l'on sait, c'est qu'il a été décrit qu'être conscient et sensible aux facteurs culturels est fondamental à la réussite de toute intervention de santé dans le Pacifique^[6]. Il devrait donc en être de même pour comprendre les besoins en matière de santé et adapter l'offre de soin. En me concentrant sur le sujet âgé, ce qui m'a intéressée est leur point de vue sur leur santé actuelle et la manière dont ils la vivent au quotidien. Où le concept même de santé et maladie est différent de celui présent en Europe, bien que les échanges culturels tendent à faire diminuer cet écart de manière variable.

De plus, il est montré qu'au-delà de la culture spécifique d'une population donnée, d'autres comportements peuvent sous-tendre le rapport aux soins des personnes en ayant besoin (maladies chroniques notamment) en milieu isolé ^[3]. Ces comportements parfois décrits sous le nom de « culture rurale », influencent le ressenti de la prise en charge médicale et peuvent y faire obstacle.

Il me semble que ces facteurs, aussi différents et multidimensionnels soient-ils, influencent le recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française. Tout comme ils influencent leur ressenti de santé, d'isolement ou de vulnérabilité, et ce potentiellement d'une manière différente de celle à laquelle on pourrait s'attendre.

La démographie en Polynésie Française évolue, l'espérance de vie augmente et certaines mutations s'opèrent ^[14]. Les moyens techniques évoluent eux aussi : moyens de transport, missions, télémédecine, réseau de soin ^[26, 29].

Je pense que la compréhension du patient dans sa globalité est un point clef de la prise en charge en médecine générale, qu'il se peut qu'un fossé invisible existe entre soignants et soignés de part notre formation métropolitaine et qu'y être sensibilisé bénéficierait à tous.

L'offre de soin ne peut être la même dans ses termes, identique et superposable à celle de la métropole, c'est un fait. Alors quitte à l'adapter (et à s'adapter), autant que cela se fasse en écho à des besoins, qui peut-être différent.

J'ai donc réalisé mon travail avec axes principaux se rejoignant autour d'un même objectif : la meilleure prise en charge du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française par la compréhension de celui-ci.

- Le premier axe : identifier dans des entretiens les besoins du sujet âgé en matière de soin afin d'adapter l'offre à la demande, sans anticiper à tort ces derniers.
- Le second : extraire du vécu du soin d'un panel de patients des éléments et concepts forts, divergeant peut-être de notre habitude de soignant formé à d'autres populations, d'autres cultures. Ceci afin d'informer les médecins amenés à travailler en Polynésie Française avant qu'ils ne les prennent en charge.

Puisqu'à mon sens il faut écouter pour apprendre, apprendre pour comprendre, et comprendre pour soigner, ma question de recherche était la suivante :

Existe-t-il chez les sujets âgés vivant en milieu isolé en Polynésie Française, des particularités notamment culturelles, influençant leur recours au soin et le vécu de celui-ci ?

En allant à la rencontre de cette population à travers 5 îles et 2 archipels, mon objectif principal était d'identifier et de décrire ces déterminants du recours comme du vécu du soin. Mon objectif secondaire consistait à identifier les réponses que l'on pourrait y apporter, afin d'adapter l'offre à la demande.

II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

1. Géographie de la Polynésie Française, population et isolement

A. Situation géographique de la Polynésie Française

La Polynésie Française (PF) est un territoire singulier. Composée d'un ensemble de 121 îles dont 72 habitées soit 3500 kilomètres carrés de terres émergées abritant 272,8 milliers d'habitants, elle s'étend sur un espace maritime de plus de 4,8 millions de kilomètres carrés faisant ainsi de la France un des plus grands territoires maritimes mondial. De manière plus concrète, la Polynésie est un espace superposable à celui de l'Europe pour un nombre d'habitants égal à celui de la ville de Strasbourg, à l'origine d'enjeux majeurs de santé publique en matière d'accès aux soins.

Cet espace se découpe en cinq archipels : les Marquises au Nord, celui des Tuamotu, les Gambiers, les Australes au Sud et l'archipel de la Société.

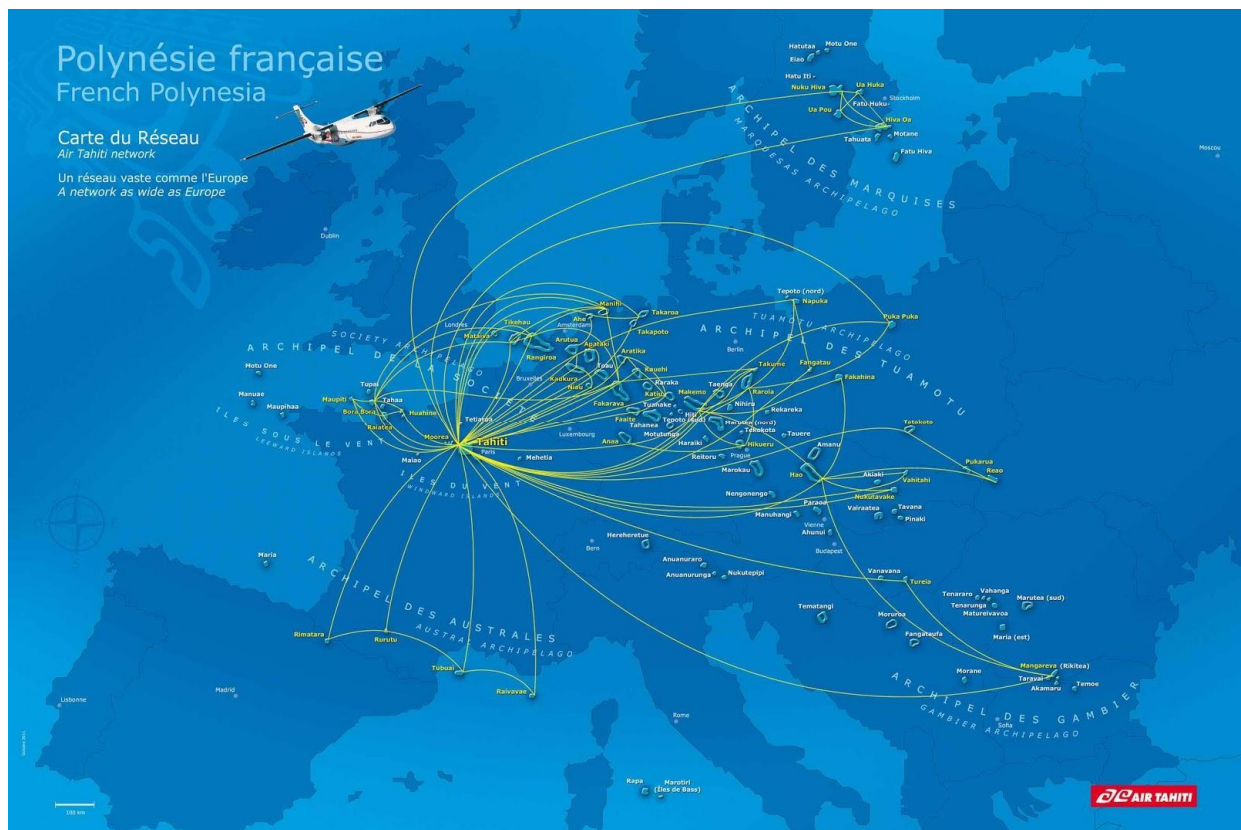


Figure 1 : Carte des liaisons aériennes assurées par Air Tahiti
(Source : www.airtahiti.pf)

Tahiti (Latitude : 17°32'14" Sud et Longitude : 149°33'59" Ouest), île la plus peuplée concentrant la plupart des activités administratives et économiques, rassemble quant à elle près de 185 milliers d'habitants, soit plus de la moitié de la population du territoire. Cette organisation concentrique autour d'un centre unique se retrouve dans l'organisation des moyens de transports et du système de soin.

À plus grande échelle, elle se situe à 17 100 kilomètres de la France métropolitaine et est reliée pour la continuité des soins, via les évacuations sanitaires (EVASAN), à Paris et Auckland par des vols quotidiens à pluriquotidiens.



Figure 2 : Carte des liaisons aériennes internationales de Polynésie Française
 (Source : www.thebrando.com)

B. Démographie

Selon les données récentes de l’Institut Statistique de Polynésie Française (ISPF) au 31 décembre 2015 la population du territoire s’élevait à 27 2800 résidents avec un accroissement de plus en plus faible (+0.4% sur un an en 2015), lié à la baisse de la fécondité et une hypothèse de déficit migratoire élevé. 88.7% des résidents sont originaires de Polynésie ^[14].

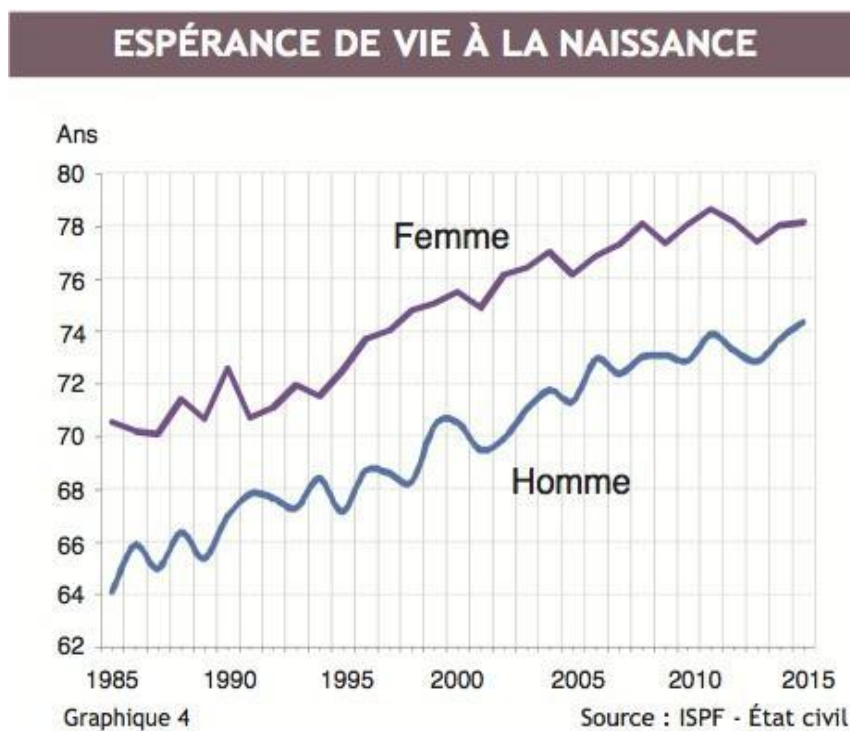


Figure 3 : Espérance de vie à la naissance en Polynésie Française de 1985 à 2015
 (Source : www.ispf.pf)

La population de plus de 70 ans représente quant à elle un peu plus de 11 100 résidents, soit 4% de la population générale. On enregistre une espérance de vie à 74,4 ans pour les hommes et 78,1 ans pour les femmes, inférieures à celles de la métropole (respectivement 79 et 85,1 ans).

Plus spécifiquement, les causes de décès diffèrent de la métropole dans leurs proportions. Les maladies cardiovasculaires y représentent encore la première cause de mortalité, et c'est dans cette catégorie que se creuse l'écart le plus important en comparaison à la France métropolitaine (taux standardisé 2.3 fois plus élevé). Face à des taux très élevés de maladies non transmissibles telles que diabète et hypertension artérielle dont la prévalence reste très supérieure malgré une diminution récente, les maladies cardiovasculaires sont responsables d'un peu plus d'un décès sur quatre ^[19, 31]. Viennent ensuite les tumeurs en deuxième cause de décès, puis les causes externes de blessures et d'empoisonnement responsables d'1 décès sur 10.

La démographie évolue, avec un taux de mortalité toutes causes confondues ayant diminué de 2.3% entre 1984 et 2010 dans la population générale en Polynésie Française.

CHIFFRES CLÉS POUR 2015		
	Polynésie française	France métropolitaine
Au 31 décembre 2015		
Population au 31 décembre 2015 (milliers)	272,8	64 513
Pour l'année 2015		
Croissance de la population (%)	0,4	0,5
Naissances	3 888	762 000
Indice conjoncturel de fécondité	1,84	1,93
Taux de mortalité infantile (‰)	7,5	3,5
Âge moyen des mères	28,0	30,5
Décès	1 394	587 000
Espérance de vie (en années)		
Homme	74,4	79,0
Femme	78,1	85,1
Mariages	1 456	234 000
Taux de nuptialité (‰)	5,3	3,6
Age moyen au 1 ^{er} mariage		
Époux	36,5	32,6
Épouse	33,3	30,9

Tableau 1

Sources : ISPF, INSEE - Recensements de la population et État civil

Figure 4 : Démographie en Polynésie Française pour l'année 2015
(Source : www.ispf.pf)

C. Démographie médicale

On estime en 2015 la population médicale à 192 médecins, secteur public et privé confondus ^[14]. Ce nombre est difficile à rapporter à la population générale en termes de nombre de patients par médecin, compte tenu des particularités du territoire et de l'adaptation de l'offre de soins. D'un côté une forte densité médicale dans les îles du Vent, et de l'autre de nombreuses îles ne bénéficiant pas de la présence de médecin du fait de leur faible population. L'offre primaire de soin y est ainsi assurée par une infirmière ou un auxiliaire de santé.

D. Moyens de transports

a. Le transport aérien

Air Tahiti couvre un réseau de 47 îles en Polynésie Française grâce à une flotte composée d'ATR, de Twin Otter et de Beachcraft. Certaines îles recevant plusieurs vols par jour (Bora, Raiatea,...), d'autres atolls un à deux vols par semaine (Tuamotu Est).

b. Le transport maritime

Il approvisionne les différentes îles en denrées alimentaires, fret et médicaments par des goélettes réalisant des rotations régulières selon les archipels. Les îles pour lesquelles une infirmerie est présente (plus de 300 habitants), sont approvisionnées en médicaments et dispositifs médicaux par Pharmapro®, tous les 3 mois. Pour celles ayant recours à un poste de soin tenu par un auxiliaire de santé, les approvisionnements sont semestriels, à l'origine d'aléas.

E. Langues

Les langues polynésiennes restent la langue maternelle dans de nombreuses îles ^[14]. Au cours de l'étude, certains des entretiens ont dû être traduits du marquisien, d'autres du tahitien, par des aidants familiaux ou une tierce personne.

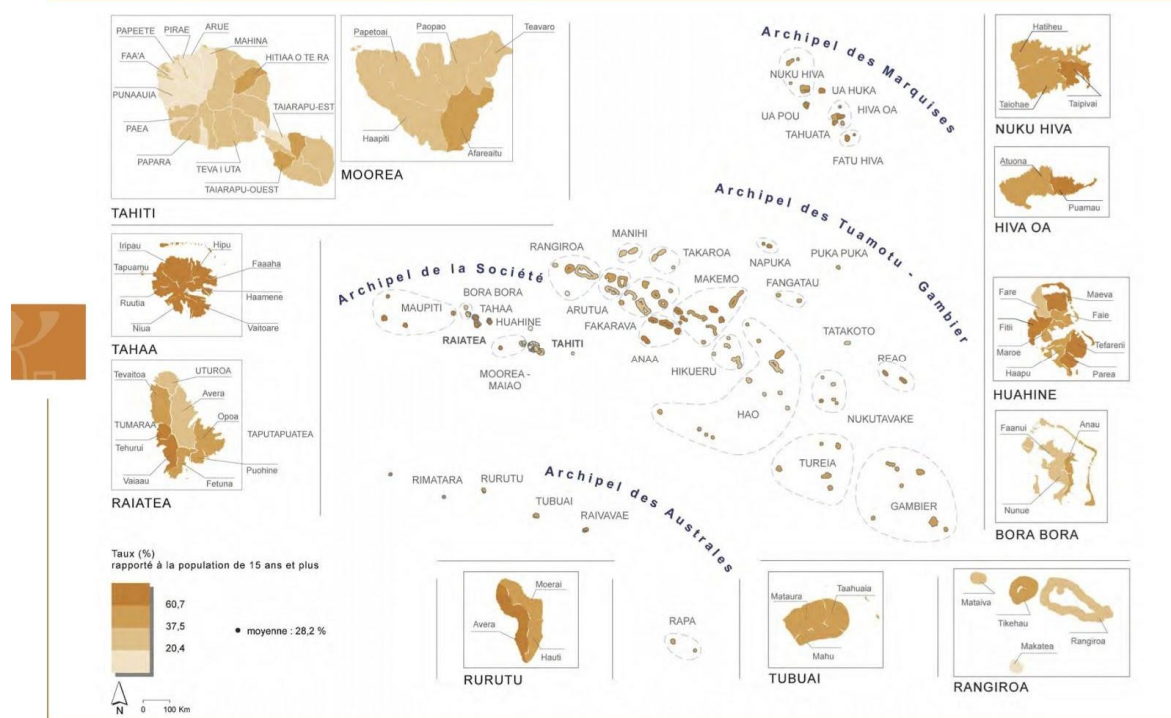


Figure 5 : Langue parlée en famille en Polynésie Française en 2015
(Source : www.ispf.pf)

F. Religion

La religion occupe encore une place importante dans les familles en Polynésie Française [27]. Ainsi, en termes de confessions les plus représentées, on retrouve :

- L'Église protestante (45% de la population), anciennement Église Évangélique de Polynésie Française, devenue Église Protestante Ma'ohi qui place l'identité ma'ohi au centre des pratiques
- L'Église catholique (34% de la population), plus fortement représentée aux îles Marquises notamment
- L'Église Mormone ou Église de Jésus-Christ des Saints des derniers jours (6% de la population)

2. Organisation du système de santé

A. Organisation de l'offre de soin primaire

Le gouvernement de la Polynésie Française est compétent en matière de santé depuis 1984, le système de santé est alors, dans son organisation, indépendant de celui de la métropole et la Direction de la Santé Publique en assume la responsabilité.

L'offre de soin primaire est assurée en Polynésie Française par le secteur privé et le secteur public. Les médecins généralistes privés, répartis de manière très inégale sur le territoire, proposent les consultations de médecine générale en cabinet libéral. Au sein des dispensaires, des médecins, infirmiers (population supérieure à 300 habitants et inférieure à 1000), ou auxiliaires de santé (îles de population supérieure à 40 et inférieure à 300 habitants) employés par la Direction de la Santé Publique, assurent les soins et les actions de prévention. Enfin l'organisation de missions médicales permet de desservir les îles les plus isolées.

Le centre hospitalier de Polynésie Française (CHPF), vers lequel se font les EVASAN, regroupe la plupart des spécialités médicales et chirurgicales, et accueille les patients de toute la Polynésie nécessitant une prise en charge spécialisée. Son organisation est indépendante de la Direction de la Santé.

La Direction de la Santé Publique est donc responsable de l'accès aux soins primaires dans les îles polynésiennes ^[8]. Elle y est présente à travers un réseau de 120 structures dans 58 îles :

- 4 hôpitaux archipélagiques ou périphériques : Taravao, Moorea, Raiatea et Nuku Hiva
- 27 centres médicaux et dispensaires : 13 à Tahiti, 1 à Moorea, 5 aux ISLV, 2 aux Australes, 2 aux Marquises et 4 aux Tuamotu Gambier
- 22 infirmeries : 2 aux ISLV, 3 aux Australes, 7 aux Marquises et 10 aux Tuamotu Gambier
- 40 postes de santé tenus par des auxiliaires de santé : 1 à Maiao, 8 aux Marquises, 3 aux Australes et 28 aux Tuamotu – Gambier
- 20 centres dentaires : 8 à Tahiti, 1 à Moorea, 5 aux ISLV, 3 aux Marquises, 1 aux Australes, 2 aux Tuamotu Gambier
- 7 centres spécialisés en santé publique, tous sur Tahiti : CCS en protection materno-infantile, CCS en hygiène et santé scolaire, CCS en alcoologie et toxicomanie, CCS

en hygiène mentale infanto-juvénile, CCS en hygiène dentaire, CCS en maladies infectieuses et tropicales, Centre médico-sociale précoce

Les infirmiers et auxiliaires de soins, en charge d'une population insulaire, sont en lien par téléphone avec des médecins travaillant au sein de centres d'appels. C'est le cas du dispensaire des Tuamotu Gambier situé à Pirae (Tahiti) qui répond aux questions d'ordre médical, assure l'administration de traitement et l'organisation des EVASAN programmées ou urgentes. Il en est de même avec le centre 15.

B. La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS)

Organisme en charge des remboursements, il est indépendant du régime métropolitain géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), bien que des conventions puissent exister. Celle-ci rembourse les consultations médicales à hauteur de 70% et les médicaments entre 30 et 70% selon de Service Médical Rendu (SMR) allant de A (majeur) à E (insuffisant). Les patients porteurs d'une maladie chronique bénéficient de l'ouverture d'un "carnet rouge", carnet de suivi à l'image du carnet de santé, ouvrant les droits aux remboursements à 100%.

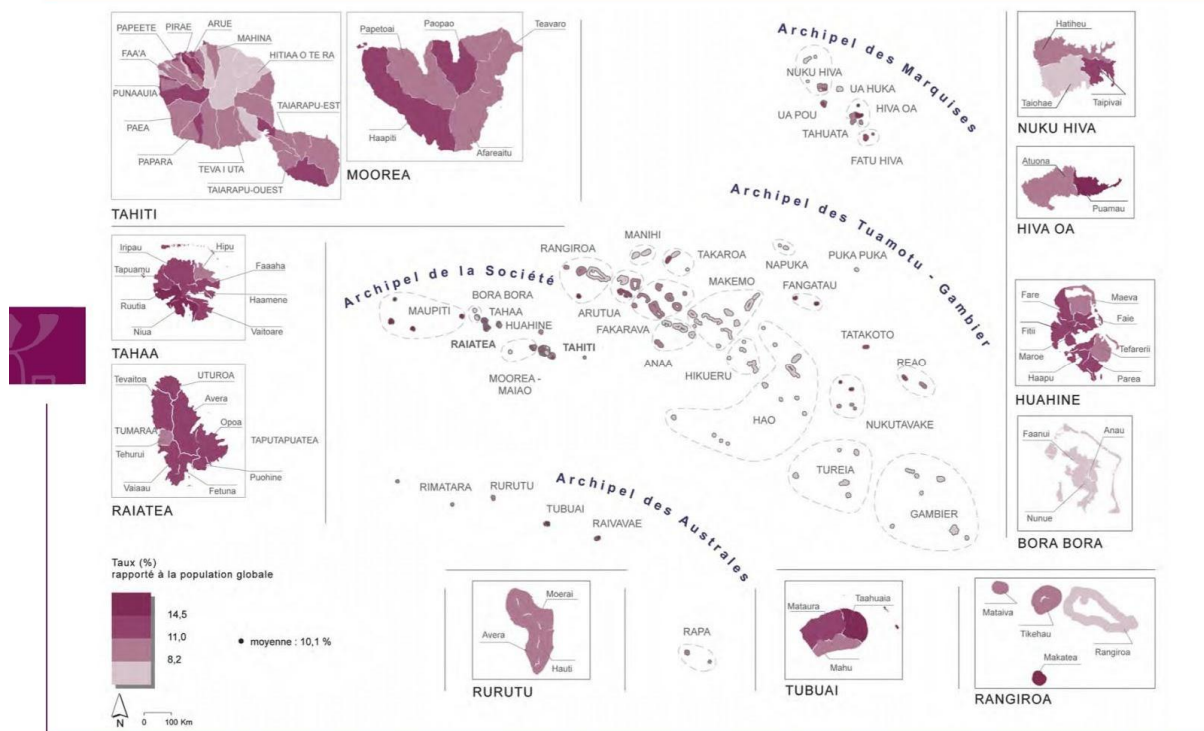
3. La personne âgée, entre culture et modernité

A. Démographie de la population de l'étude

L'étude s'est effectuée dans les îles de Polynésie Française hors Tahiti et Moorea. La rencontre avec les sujets âgés s'est déroulée dans les îles sous le vent de Tahaa et Maupiti, et aux Marquises à Hiva Oa, Tahuata et Ua Pou, auprès de patients de plus de 70 ans.

Avec l'attraction de Tahiti pour les générations plus jeunes, qui y sont envoyées pour les études parfois dès le collège et y reste travailler, on observe une population âgée proportionnellement plus nombreuse dans les îles plus éloignées.

POPULATION Personnes de 60 ans et plus



ISPF ATLAS 2012 Recensement de la population

Source : Recensement de la population 2012 - ISPF-INSEE

Figure 6 : Population de 60 ans et plus rapportée à la population globale en Polynésie Française (Source : www.ispf.pf)

Les personnes âgées rencontrées dans le cadre de l'enquête vivaient sur 5 îles appartenant à 2 archipels :

- Tahaa compte 5 220 habitants dont 327 de plus de 70 ans^[14], 1 dispensaire, 2 médecins privés. Cette île qui partage le même lagon que l'île de Raiatea ne disposant pas d'aéroport, une heure de navette maritime est nécessaire pour rejoindre Uturoa où se trouve un hôpital et l'aéroport reliant Tahiti à Raiatea.
- Maupiti compte 1 223 habitants dont 74 âgés de plus de 70 ans, 1 dispensaire. Elle est desservie par un aéroport avec des vols 5 jours par semaine jusqu'à Tahiti. Sa desserte est limitée en nombre de places mises à disposition sur les vols, du fait d'une piste courte interdisant une masse trop élevée au décollage.

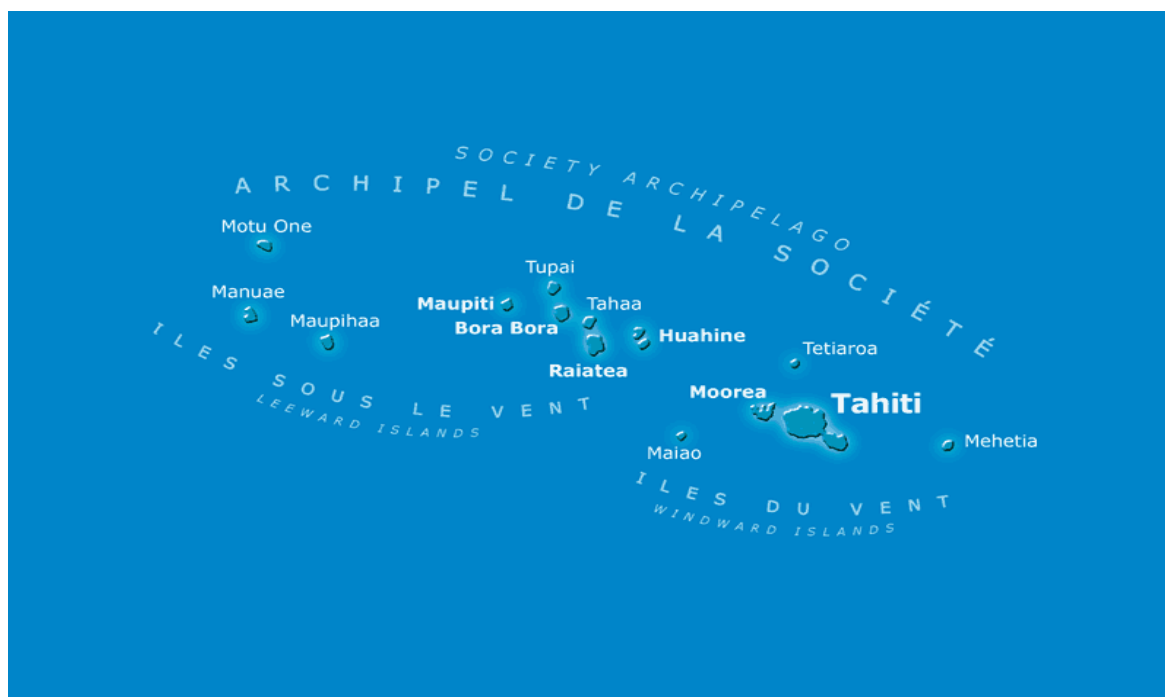


Figure 7 : Archipel de la Société
(Source : www.airtahiti.pf/polynesie-par-archipel)

- Hiva Oa dénombre 2 184 habitants dont 101 personnes âgées de plus de 70 ans, 1 dispensaire et 1 médecin privé installé à Atuona. Certaines vallées en sont éloignées par près d'une heure de piste partiellement cimentée. L'île dispose d'un aéroport non éclairé rendant les atterrissages et donc les EVASAN de nuit par Air Archipels impossibles. Elle est reliée à Tahiti par les ATR® sans changement 5 jours par semaine, et à Tahiti via Nuku Hiva par le Twin Otter tous les jours. Le temps de trajet est de 3H à 5H.
- Tahuata compte 703 habitants dont 18 sujets âgés. Elle est accessible depuis Hiva Oa par une heure de bateau d'où l'on accède ensuite à l'aéroport reliant Nuku Hiva et Tahiti avec les contraintes décrites ci-avant. L'île dispose d'une infirmerie et de 2 postes de soins.
- Ua Pou, 2 175 habitants dont 104 sujets de plus de 70 ans. Elle possède un aéroport accessible, si les conditions météorologiques le permettent, uniquement au Twin Otter du fait d'une piste d'atterrissage courte et difficile d'accès, le Twin Otter transportant une dizaine de passagers. L'île est ainsi reliée à Nuku Hiva et par ce biais à Tahiti 1 fois par jour 6 jours par semaine.



Figure 8 : Archipel des Marquises
(Source : www.airtahiti.pf/polynesie-par-archipel)

B. Décohabitation

L'ISPF rapporte depuis vingt-cinq ans la diminution des ménages complexes, jusqu'alors composés de plusieurs noyaux familiaux, contribuant à la baisse régulière de la taille moyenne du ménage. Cependant l'organisation de la famille et du foyer, où plusieurs générations ou plusieurs familles cohabitent sous le même toit, persiste encore. Il y a ainsi actuellement autant de personnes vivant dans un foyer constitué d'un couple avec enfant(s) que de personnes vivant dans un foyer constitué de plusieurs noyaux familiaux ou de personnes seules cohabitant^[14].

Tableau 1 : Population par archipel par type de ménage
 (Source : <http://www.ispf.bases/Recensements/2012/SynthesesLocales.aspx>)

Individus des résidences principales		Type Ménage											Grand Total	
Subdivision	Ile	Personne seule	Famille monoparentale avec 1 enfant	Famille monoparentale avec 2 enfants	Famille monoparentale avec 3 enfants et +	Couple sans enfant	Couple avec 1 enfant	Couple avec 2 enfants	Couple avec 3 enfants et +	Ensemble des personnes seules (2 et +)	1 famille et des personnes seules	2 familles avec ou sans personne seule		3 familles et + avec ou sans personne seule
Iles Du Vent		7 546	5 380	3 801	3 044	16 450	24 477	28 424	26 152	2 897	18 136	38 863	23 170	21
Iles Sous-le-Vent		1 460	746	417	428	3 022	4 296	5 240	5 552	477	2 811	6 878	3 145	
Marquises		380	222	159	145	670	1 251	1 536	2 056	128	698	1 630	345	
Australes		304	190	135	166	410	702	972	1 332	101	635	1 574	278	
Tuamotu-Gambier		844	360	261	213	1 320	2 124	2 203	3 260	334	1 697	2 768	949	
Grand Total		10 534	6 888	4 773	3 906	21 072	32 850	38 440	38 352	3 937	23 977	51 633	27 857	21

C. Aides financières

Plusieurs aides financières sont disponibles pour les personnes âgées en Polynésie Française : elles sont dispensées par le pays par le biais de la Direction des Affaires Sociales pour certaines, par la CPS pour d'autres. Cette pluralité d'intervenants complique les démarches des personnes concernées, devant des aides financières méconnues et non centralisées.

A partir de 60 ans (ou 50 ans en cas d'inaptitude médicale) toute personne de nationalité française ayant résidé sur le territoire depuis plus de 15 ans et dont les revenus sont inférieurs à 80 000 Fcfp (environ 670 euros) peut bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) si elle n'est pas déjà titulaire d'une pension de retraite^[4]. Cette allocation mensuelle est versée le premier jour du mois par la CPS à hauteur de 80 000 Fcfp (670 euros) en l'absence de conjoint, 120 000 Fcfp (1 000 euros) en présence d'un conjoint à charge de plus de 45 ans et 140 000 Fcfp (1 170 euros) en faveur du couple.

La CPS verse ainsi en prestations sociales le minimum vieillesse, l'allocation complémentaire retraite pour les salariés (ACR), l'allocation solidarité, la pension retraite et la pension de réversion (conjoint survivant). Existe en parallèle des aides financières à la réhabilitation du logement espérant favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

D. Structures d'accueil pour personnes âgées

On trouve sur Tahiti différents types de structures accueillant les personnes âgées (familles d'accueil, unités de vie, maisons de repos,...), en nombre insuffisant face à une demande croissante particulièrement pour les personnes dépendantes (la seule maison de retraite accueille 20 pensionnaires de plus de 60 ans, autonome dans les actes de la vie quotidienne). Aucune réglementation ou agrément n'encadre ces établissements d'accueil, à l'origine de dérives et polémiques.

Dans les îles, aucune de ces structures n'existe.

4. Notion de santé

A. Définition

Selon la définition inscrite au préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), “la santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité” [24]. Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis la signature par 61 états de la convention en 1946.

La santé ainsi n'inclut pas uniquement la présence ou l'absence de maladie mais bien la perception de celle-ci et son retentissement, dépendants de multiples facteurs.

B. Le bien vieillir

La question qui se pose chez le sujet âgé avec l'augmentation de l'espérance de vie est aussi le “bien vieillir” ou “vieillir en bonne santé” [15]. L'espérance de vie en bonne santé, ou espérance de vie sans capacité est un reflet de celle-ci [12]. En 2015 en France, l'espérance de vie en bonne santé atteint 62,6 ans pour les hommes et 64,4 ans pour les femmes, soit 16 à 20 ans par individu de vie avec incapacités. On se place alors dans une dynamique de promotion de la santé, afin de faire reculer la dépendance.

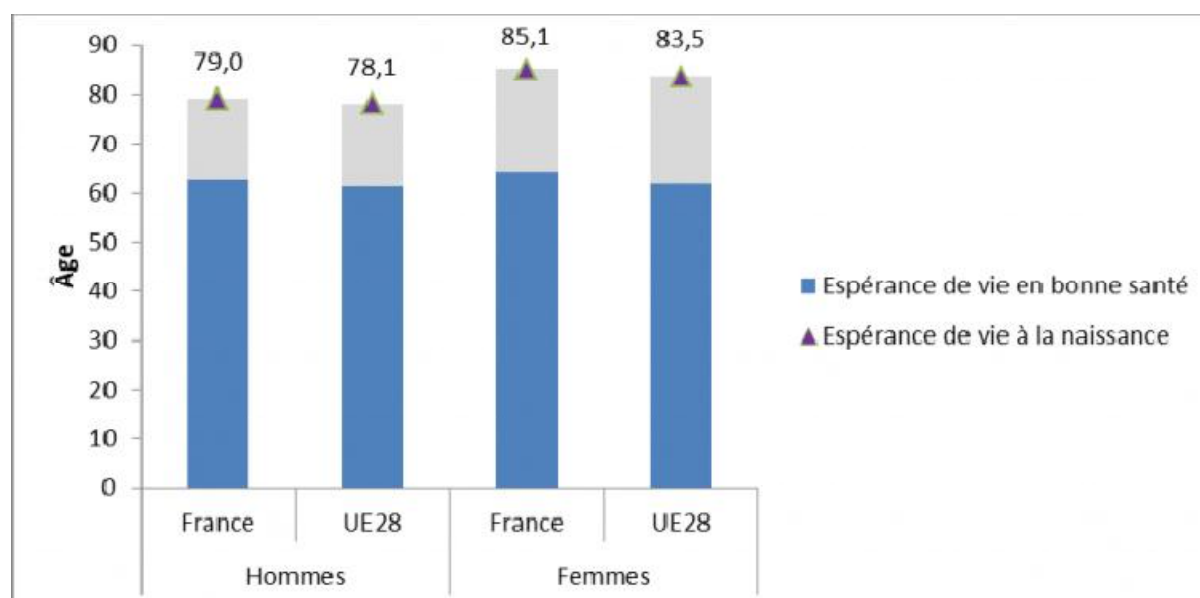


Figure 9 : Espérance de vie en bonne santé à la naissance et espérance de vie à la naissance, en France (en 2015) et dans l'Union européenne (en 2014)
(Source : <http://www.gouvernement.fr/indicateur-espérance-de-vie>)

RÉSUMÉ DU CONTEXTE

La Polynésie Française présente par sa géographie particulière des enjeux de santé singuliers, encadrés par la Direction de la Santé et la CPS. Les deux principales langues parlées sont le tahitien et le marquisien.

La population âgée en Polynésie Française croît avec l'augmentation de l'espérance de vie. Cette croissance comme partout, se fait aussi par l'augmentation de l'espérance de vie avec incapacité, posant des problèmes de santé publique face aux besoins spécifiques de cette population à travers les îles. On y observe de plus des mutations à l'origine de problématiques nouvelles, face à des habitudes de vie qui évoluent.

III. MÉTHODE

La finalité de la recherche s'est articulée autour de deux grands axes :

- Tenter d'adapter l'offre de soin aux besoins ressentis et exprimés
- Informer les médecins et internes en médecine des connaissances empiriques issues des interrogatoires, permettant une meilleure compréhension de la population concernée et une meilleure prise en charge

1. Question de recherche

Existe-t-il chez les sujets âgés vivants en milieu isolé en Polynésie Française des particularités, notamment culturelles, influençant le recours au soin et le vécu de celui-ci ?

2. Objectifs de recherche

Objectif principal : Identifier les déterminants de la demande et le vécu du soin du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française

Objectifs secondaires :

- déterminer la notion d'urgence en milieu isolé chez cette population
- comprendre les alternatives
- évaluer le ressenti face aux solutions proposées
- proposer des moyens d'adapter l'offre à la demande

3. Type d'étude

Cette étude qualitative s'est basée sur des entretiens semi-dirigés individuels ou en couple de sujets âgés vivants dans les archipels de Polynésie Française, sur des îles isolées par les moyens de transport et la distance de structure de soins spécialisés.

4. Population de l'étude et méthode de recrutement

La population de l'étude était constituée de sujets âgés de plus de 70 ans vivants en Polynésie Française dans des îles de différents archipels, géographiquement isolées des grandes structures de soins (hôpitaux, cliniques) : Tahaa, Maupiti, Hiva Oa, Tahuata et Ua Pou. Le choix a été fait de cette classe d'âge avec un seuil à 70 ans car choisi par l'institut statistique pour l'étude de la population (tranches d'âge "70 à 80 ans" et "80 ans et plus") permettant d'obtenir ainsi des données fiables quant aux caractéristiques de la population étudiée.

On sait ainsi, à partir des données du recensement de 2012, que les plus de 70 ans en Polynésie Française représentent 4% de la population, et qu'au sein des îles sur lesquelles s'est déroulée l'étude 95% des sujets âgés sont originaires de Polynésie. Ceci en fait une population représentative pour l'étude.

Le panel était homogène quant à ces critères (âge et lieu de vie hors Tahiti et Moorea) et représentatif par sa diversité :

- géographique : patients de différentes îles, différents archipels, desservis par des moyens de transports variés permettant un accès au CHPF allant de plusieurs heures à plusieurs jours
- ayant accès à des structures de soins primaires différentes : dispensaires, médecins privés, infirmeries
- une histoire différente : retraités de la ville ou résidents permanents, originaires d'îles aux passés différents en termes de désenclavement

L'inclusion a été réalisée en 3 temps : le premier sur l'île de Tahaa permettant d'appréhender quelques éléments de réponses, le deuxième aux îles Marquises d'Hiva Oa, Tahuata et Ua Pou permettant de développer les idées plus finement et enfin une troisième phase d'inclusion à Maupiti afin de confirmer la saturation d'idées.

5. Méthodologie de la recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée sur différentes bases de données :

- ISPF : pour la démographie, l'institut statistique de la Polynésie Française dont sont issus les diagrammes
- PubMed
- RefDoc
- Banque de Données de Santé Publique
- Système Universitaire de Documentation (pour les thèses de médecine)
- Cairn.info

Avec comme mots-clef :

- "Professional Practice Location" [Mesh]
- General Practice [Mesh] General Practitioners [Mesh]
- Remote area / remote location
- Isles [Mesh]
- Rural population [Mesh]
- Polynesia [Mesh]
- Remote Consultation [Mesh] / telemedicine
- Aging [Mesh], Chronic diseases [Mesh], Multiple chronic conditions [Mesh]
- Vécu
- Soins
- Personne âgée / elderly [Mesh]

Ainsi que les bibliographies des articles pertinents trouvés.

Avec l'aide de la bibliothèque médicale de Pau ainsi que la bibliothèque médicale de l'université de Bordeaux pour l'accès aux thèses de médecine, et la bibliothèque inter-universitaire de médecine de Paris pour les articles.

6. Origine des données

Les données ont été collectées au domicile des personnes interrogées, lors d'entretiens en face à face, parfois en présence d'une tierce personne permettant la traduction du tahitien ou du marquisien au français. L'intégralité des données, tant concernant les réponses de l'entretien que les caractéristiques de l'échantillon provenaient des informations données par le patient au cours de celui-ci.

Le consentement oral du patient a été recueilli avant de commencer l'entretien après explications claires du sujet de la thèse et de ses objectifs, ainsi que des modalités de sa réalisation.

L'entretien était semi-dirigé selon une trame préalablement définie (cf. Annexes 1, 2 et 3) et testée en amont par des entretiens de patients évasanés hospitalisés à l'hôpital Taaone non inclus dans l'étude afin de vérifier la bonne compréhension des questions après accord du directeur de l'hôpital (cf. Annexe 5).

Enfin, les données ont été recueillies par un investigateur unique.

7. Guide d'entretiens

La trame d'entretien a d'abord été écrite puis discutée avec le Docteur Papon pour répondre aux questionnements que nous avons (cf. Annexe 1). Cette trame a ensuite fait l'objet d'une micro-analyse au cours de laquelle je me suis confrontée au terrain auprès de patients évasanés logés temporairement à l'hospitel, ce qui m'a permis d'appréhender un peu mieux leurs réponses potentielles et de reformuler mes questions.

Elle a ensuite été testée en amont de l'étude par des entretiens de patients hospitalisés à l'hôpital Taaone en service de cardiologie après accord du directeur de l'hôpital (cf. Annexe 5), patients non inclus dans l'étude afin de valider la compréhension questions. Les résultats obtenus lors des entretiens de cette micro-analyse n'ont pas été codés ni inclus aux résultats.

Puis le questionnaire a été traduit en tahitien afin d'expliciter certains points, pour obtenir la version finale utilisée lors des premiers entretiens (cf. Annexe 2).

Par ailleurs, la trame a été approfondie sur certains axes et allégée sur d'autres devant l'importance de certains sujets plus complexes. Notamment concernant les médicaments traditionnels. Le questionnaire n'abordait au début que la prise, effective ou non de ces traitements. Très rapidement est apparu que toutes les personnes âgées y avaient déjà eu recours et que le sujet était plus vaste, élément important de la santé et du soin de cette population. Il a alors été approfondi afin de comprendre mieux ses implications : avec la transmission du savoir, le lien entre médicaments traditionnels et médicaments conventionnels et l'avis des sujets rencontrés sur la prise ou la disparition de ces traitements.

8. Consentement

Le consentement de chaque personne a été obtenu par oral et écrit après information des modalités de l'entretien, de l'objectif de l'étude et de la forme que celle-ci prendrait dans le cadre d'une thèse de médecine générale (cf. Annexe 4). Un des formulaires de consentement était laissé à la personne âgée et la famille sur lequel figuraient le nom et le numéro de téléphone de l'investigateur. Un deuxième formulaire, identique, était signé par la personne rencontrée et conservé par l'investigateur.

9. Méthode d'analyse des données

Les données collectées par enregistrements audio sur enregistreur vocal mono Sony® ICD-PX240 ont ensuite été retranscrites ad integrum en format texte, puis analysées par codage d'abord manuellement (Annexe 6) puis à l'aide du logiciel NVivo® Version 11.1.0 (1550) puis 11.4.1 (2079). Les idées, concepts, thèmes et termes récurrents ont été comptabilisés par l'analyse du verbatim selon les principes de récurrence, de saturation d'idée, et l'intégration en catégories ^[20].

Les entretiens ont d'abord été analysés de façon descriptive les uns après les autres afin de répertorier les réponses faites par les sujets aux questions posées. Puis une analyse transversale a permis d'isoler les idées et concepts exprimés par les personnes interrogées au cours des entretiens selon le principe de récurrence.

Les premiers verbatims ont dans un second temps été codés par un deuxième intervenant, extérieur à la recherche, afin de conforter la validité des résultats extraits de l'analyse.

Les résultats ont été comparés aux données bibliographiques disponibles sur le sujet et répertoriés en amont de la recherche, dans le chapitre Discussion.

Enfin, nous avons recherché les réponses apportées de façon empirique aux hypothèses justifiant la recherche.

10. Force

La micro-analyse et les entretiens test non inclus dans l'étude ont permis d'obtenir un questionnaire mieux adapté à la compréhension des sujets.

Les patients ayant répondu et été inclus appartenaient à différentes îles, de différents archipels, afin de constituer un panel varié. Ils parlaient deux dialectes distincts : le tahitien ou le marquisien.

Les patients interrogés provenaient de façon indifférenciée de zones pourvues en termes de structures de soins de maison médicales, dispensaires ou infirmeries.

Les entretiens ont permis d'arriver à saturation d'idées sur des points clefs.

IV. ANALYSE

1. Caractéristiques des patients

La population cible était les personnes âgées de plus de 70 ans vivants dans une île isolée de Polynésie Française.

L'isolement était défini par :

- la distance à Tahiti et les moyens de transport pour s'y rendre dans le cadre d'un besoin médical,
- un nombre de soignants restreint et des moyens limités en service de santé sur place (îles ne bénéficiant que d'un accès aux soins primaires par l'intermédiaire d'un médecin généraliste ou d'une infirmière hors mission médicale ponctuelle).

Au cours de l'étude 19 personnes âgées ont été rencontrées et parmi elles 18 ont pu être interrogées (P1 à P18) : 8 hommes et 10 femmes dont 3 couples, en présence ou non de tierces personnes permettant la traduction (T1 à T18). L'inclusion s'est déroulée en 3 phases comme décrite dans la méthode.

A Tahaa, P1 à P4 habitaient Patio, P5 à P7 à Haamene. Aux Marquises, P8 à P11 à Atuona sur l'île d'Hiva Oa. P12 à P14 aux abords de Vaitahu sur l'île de Tahuata, dans la vallée de Motopu la doyenne de l'île a été rencontrée mais n'a pu être incluse du fait d'une trop grande surdité (personne rencontrée non interrogée). Enfin P15 et P16 à Hakahetau une des vallées de Ua Pou.

Aucune personne rencontrée n'a refusé de répondre à l'étude.

Ont été exclus de l'analyse les verbatims :

- de la personne 8, qui étant âgée de 67 ans sortait des critères d'inclusions définis en amont de l'étude
- de la personne 10 rencontrées avec son mari qui présentait des troubles cognitifs difficilement objectivables

La population source comptait donc 19 personnes, pour un échantillon permettant l'analyse de 16 entretiens. Ainsi les verbatims de 7 hommes et 9 femmes de 77 à 97 ans ont été utilisés pour la réalisation de l'étude pour un échantillon final de 16 personnes.

Les caractéristiques des personnes âgées rencontrées sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Diagramme de flux

Personnes âgées	Âge	Sexe	Nombre d'enfants	Archipel	île	Moyen d'EVASAN programmée	Temps d'accès à Taane	Type de structure	Présence médecin privé	Retraité de la ville ou Résident permanent	Parent	Langue	Aide à la traduction
1	86	M	4	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	R	chinois	Français	O
2	82	F	4	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	R	chinois	Français	O
3	79	F	2	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	RV		Français	N
4	97	M	12	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	RV		Français	N
5	80	M	6	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	RV		Français	N
6	78	F	6	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	RV		Français	O
7	88	F	11	ISLV	Tahaa	bateau	< 6h	CM	O	R		Tahitien	O
8	67	M	3	Marquises	Hiva Oa	avion	> 6h	CM	O	RV		Français	N
9	91	F	8	Marquises	Hiva Oa	avion	> 6h	CM	O	R		Français	O
10	82	F	11	Marquises	Hiva Oa	avion	> 6h	CM	O	R		Français	N
11	87	M	11	Marquises	Hiva Oa	avion	> 6h	CM	O	R	bretton	Français	O
12	83	M	11	Marquises	Tahuata	bateau	> 6h	I	N	R		Marquisien	O
13	82	F	15	Marquises	Tahuata	bateau	> 6h	I	N	RV		Français	N
14	78	F	19	Marquises	Tahuata	bateau	> 6h	I	N	R		Marquisien	O
15	77	F	7	Marquises	Ua Pou	avion	> 6h	I	O	R		Marquisien	O
16	83	M	14	Marquises	Ua Pou	avion	> 6h	I	O	R		Marquisien	O
17	77	M	14	ISLV	Maupiti	avion	< 6h	CM	O	RV		Français	N
18	95	F	5	ISLV	Maupiti	avion	< 6h	CM	O	RV	bretton	Français	N

2. Analyse descriptive : le sujet âgé, pratiques, habitudes et mode de vie

A. Lieu de vie

La plupart des sujets âgés rencontrés vivent dans leur maison. Ils restent vivre à leur domicile, et un de leurs petits-enfants ou enfant faamu (enfant adopté) vient emménager avec eux.

P3 : *Oui j'ai toujours habité ici.*

L : *Dans cette maison là?*

P3 : *Ouais.*

L : *Et y a tes enfants qui habitent avec toi maintenant?*

P3 : *Non, mes enfants ma fille aînée habite à Tahiti, et mon fils il habite un peu plus loin et là c'est ma fille adoptive depuis sa naissance je l'ai adoptée.*

L : *C'était la fille de qui?*

P3 : *De ma fille adoptive! (rires) J'avais adopté sa maman, et puis quand elle est née je l'ai adoptée elle.*

L : *Et sa maman c'était qui par rapport à toi?*

P3 : *Sa maman c'était de la famille de mon mari, c'était pas de mon côté. Parce qu'à ce moment-là je voulais avoir un bébé j'aime bien les bébés, et comme j'étais jeune mon mari ne voulait pas, mais j'ai pas écouté j'ai quand même adopté. Et pour finir il a accepté, il en est devenu fou de ce gosse là et après elle s'est mariée, et quand elle est née je l'ai pris elle depuis sa naissance. Oui elle a trois enfants mais là elle est avec moi elle a sa famille elle vit là-bas mais elle vient de temps en temps me voir pour faire le ménage, voir comment je vais, elle me surveille toujours.*

P11 : *Les enfants (rires), il faudra qu'un des enfants se dévoue.*

L : *A venir habiter avec vous?*

P11 : *Oui.*

Certains restent vivre dans leur maison et les enfants se relaient auprès d'eux.

T14 : *C'est sa maison à elle et son mari. Ça c'est sa fille.*

L : *Elle vit avec elle ?*

T14 : *Non elle habite là-bas toute seule avec ses enfants mais elle vient tous les matins. Un frère et deux sœurs qui s'occupent pour l'instant. Sinon pour les vacances les filles reviennent, y a pas de soucis elles se relaient.*

T12 : *Ici ils vivent en communauté, sinon il a vécu avec sa femme derrière le dispensaire la première maison, aujourd'hui ce sont ses deux fils qui sont là-bas. Et aujourd'hui bah il est ici il a son grand fils qui habite ici avec sa femme et ses enfants, bon le grand fils prend en charge son papa mais ça n'empêche que tout le monde s'en occupe.*

B. Organisation des familles et rôle des petits-enfants

Il existe un lien privilégié entre personnes âgées et petits-enfants, en charge d'eux. Lien souvent plus étroit qu'avec leurs enfants. Ce lien privilégié existe à deux âges de la vie. Les personnes âgées rapportent leur souhait et la joie qui en découle de s'entourer des plus jeunes avec une volonté de partager un savoir, de raconter. Le terme toofa existe pour désigner cette place de "lit" autour duquel les membres de la famille se rassemblent pour écouter et on retrouve cette aspiration à travers les verbatims.

P9 : *Il faut faire la prière, je dis aux petits-enfants, mes petits-enfants comme ça petits, tous les matins il faut prier 1 seul notre père, 3 je vous salue marie et 1 gloire au père. C'est tout, y en a assez pour les enfants. Comme ça un jour quand il va grandir il va avoir quelques prières.*

Quand ceux-ci grandissent ils endossent alors la charge des grands- parents dont ils s'occupent au domicile de ces derniers.

T12 : Rien, il est content. Des fois quand il est malade il y a les petits-enfants qui font le travail à sa place.

L : Et qui est-ce qui t'aidera? (à son fils:) Sa fille tu disais?

T7 : Non, les motua, que des motua.

Enfin, ces derniers jouent un rôle primordial dans la prise de décision en matière de soin et santé. A de nombreuses reprises, on m'évoque par exemple le fait que l'EVASAN se fera si les enfants le décident, en concertation.

L : Si tu as une urgence, ou une situation urgente, comment tu fais dans ces situations là ?

P3 : Je l'appelle (le docteur), j'appelle d'abord mes enfants, c'est eux qui l'appellent. D'abord mes enfants.

C. Habitudes de soin

La plupart des sujets rencontrés rapportent rencontrer leur médecin une à deux fois par mois, celui-ci se rendant à leur domicile de manière programmée. Il est ici important de noter qu'il s'agit dans ce cas de médecins "privés", médecins libéraux, proposant les visites à domicile. Les médecins des dispensaires n'assurant que les consultations sur place dans les îles visitées.

P4 : Bah moi je sais pas j'ai pas été voir le docteur c'est le docteur qui vient me voir.

T9 : *C'est rare rare rare. De toute façon c'est le taote qui passe ici. Taote privé! Parce que pour elle pour aller à l'hôpital (N.B. : au dispensaire de l'île) c'est dur aussi d'attendre. C'est mieux que c'est les taotes qui viennent. Maintenant on appelle le docteur privé, c'est lui qui vient.*

Par ailleurs on note une opinion positive du recours au médecin libéral malgré la présence d'un dispensaire pour les sujets âgés, avec une facilité d'assistance à la personne.

T9 : *Comme on a un privé maintenant on peut appeler carrément, le soir, il s'en fout. Avant faut carrément amener à l'hôpital, et après il faut appeler, il faut avoir le vini sur soi pour appeler, « dépêchez-vous ». C'est vrai qu'il faut payer mais ça va, surtout pour les personnes âgées, pour nous ça va.*

Ceci est évidemment conditionné par l'offre de soin. A Tahuata notamment où il n'y a pas de médecin sur l'île, l'infirmière joue ce rôle, et comme dans les vallées isolées de certaines autres îles les personnes âgées profitent des missions médicales ponctuelles pour voir le médecin.

T12 : *Ca fait tellement longtemps il se souvient plus.*

T16 : *Quand il y a des personnes qui viennent (pour les missions) ils les voient, mais autrement...*

Enfin, les EVASAN font partie intégrante du soin pour bon nombre de personnes interrogées. Que ce soit vers un des hôpitaux archipélagiques (Raïatea, Nuku Hiva) ou le CHPF, les EVASAN sont organisées et décrites spontanément dans le recours au médecin et la démarche de soin.

T15 : *C'est assez récent mais quand même, elle vient juste de revenir d'en face, de Nuku Hiva, depuis le mois de Mai, oui elle a été hospitalisée en face.*

P17 : *Le mois de mars/avril. Le 5 avril je pars pour Raiatea, prise de sang, ensuite on rentre. Les taotes arriveront de Papeete là, c'est pour ça (en mission).*

D. Être en bonne santé

a. Définir ce qu'est "être en bonne santé"

Cette question a demandé un temps de réflexion aux personnes interrogées. Ainsi sont cités la capacité à travailler le plus souvent, ou celle de prendre part à la vie de la communauté comme réponse à ce qu'est "être en bonne santé". Certains évoquent d'être bien, de ne pas avoir mal.

L : *Qu'est-ce que ça signifie pour lui être en bonne santé ?*

T12 : *Pour lui être en bonne santé y a pas grand chose (rires). C'est quand il a mal il prend des médicaments après il a plus mal : il est en bonne santé, c'est facile. Il a dit qu'il a envie de travailler, travailler travailler, mais maintenant avec son âge il veut travailler mais il se fatigue vite. Au fait là je le prends de court, sinon il aimerait bien travailler travailler travailler, c'est un travailleur y a pas à dire.*

L : *Qu'est-ce que ça signifie pour toi être en bonne santé ?*

P5 : *Je veux aller à Haamene dans la ville et je peux pas. Y a la messe y a tout.*

Enfin, ce que l'on attend de la santé dépendrait aussi du contexte avec l'impact de l'âge.

L : *Qu'est-ce que ça signifie pour toi être en bonne santé ?*

P13 : *Je suis bien !*

T13 : *Elle dit qu'elle demande plus rien elle est vieille.*

b. Ce qui y concourt

Lorsque l'on demande aux personnes âgées ce qui leur permet de rester en bonne santé, ou de citer ce qui d'après eux permet d'être en bonne santé quatre items reviennent : le travail (souvent le premier cité), l'alimentation, la prise de médicaments tahitiens/marquisiens et la prière.

P6 : *Sport, aller travailler, et après je vais boire aussi les ra'au tahiti.*

T15 : *Et autre chose : ils ne mangent jamais de boîtes de conserve. Et voilà aussi qu'elle reste en bonne santé.*

L : *Est-ce que tu peux me citer des choses qui t'aident à rester en bonne santé?*

T7 : *Prier.*

c. Ce qui la menace

Les personnes interrogées ne rapportent aucun item menaçant leur santé, cette question n'a par la suite que peu été développée.

T14 : *Elle dit y a rien qui l'empêche d'être en bonne santé.*

E. Être malade

Quand on en vient à parler de ce qu'est "être malade" et de ses conséquences, plusieurs concepts émergent. Certains des sujets interrogés avaient aussi du mal à le définir, à l'instar de la difficulté à définir ce qu'est "être en bonne santé".

Pour plusieurs "être malade" se rapporte à la douleur, à avoir mal. Ce qui pose la question de la difficulté de suivi que l'on observe en Polynésie, notamment pour les facteurs de risque cardiovasculaires : si être malade est avoir mal, alors lorsque l'on a pas mal, pourquoi se ferait-on suivre ?

T14 : *C'est bizarre qu'ils répondent tous la même chose, que quand ils sont malades ils prennent doliprane® mais sinon ils sont bien! Quand ça passe ça passe sinon ils vont voir le médecin que si ça se passe pas mais ça va.*

La maladie et la vieillesse sont liés dans les verbatims, comme conséquence l'une de l'autre, mais aussi comme similaires : âgé comme malade, on ne peut plus "faire", et en cela le statut de la personne âgé ou du malade.

T13 : *Elle a commencé à être malade en prenant plus de l'âge.*

Enfin deux personnes ont évoqué les essais nucléaires du Pacifique lorsque l'on parle de la maladie.

T16 : *Je lui dis "tu es en bonne santé ?", il dit ça gratte partout, il est "contaminé". D'après lui ça vient là de l'histoire de la bombe atomique.*

F. Comparaison à la santé des générations précédentes

A la question de savoir si les personnes rencontrées se trouvent en moins bonne ou meilleure santé que leurs parents (question ayant parfois présenté des difficultés de

compréhension), la réponse a très souvent été de dire que leurs parents se portaient mieux, n'étant jamais malade.

P13 : *Ils ont jamais été malades ! Oui mon père et maman non, jamais, en forme, toujours !*

T14 : *Du temps de ses parents ils étaient jamais malades, ils mangeaient les produits de la terre, les produits d'ici, manioc, uru, banane. Les parents ils n'étaient jamais malades.*

Parfois est évoqué le paradoxe entre accès au soin et maladie, le fait d'être mieux soignés mais plus malades.

T1 : *Y avait pas de Taote à cette époque alors qu'aujourd'hui y a des taotes mais on est plus malade.*

G. Notion d'urgence

A été abordé avec les interrogés ce qu'était à leurs yeux une urgence à avoir recours au soignant. On s'aperçoit au cours des rencontres que le plus souvent, plus que d'être relatif, le concept d'urgence "n'est pas".

L : *Quelle situation constitue pour toi une urgence ?*

P14 : *Y a pas.*

T4 : *Il veut pas aller le voir en fait, y a rien qu'est urgent.*

"L'urgence" est plus appréhendée et verbalisée par la famille présente lors des entretiens.

T9 : *Pour nous c'est quand elle tremble, qu'elle peut plus se lever.*

Quand est cité un motif de recours il s'agit de la douleur.

P5 : *Quand ça fait mal on va voir le Taote, on téléphone. Sinon c'est le Taote qui vient.*

L'urgence est semblerait-il de plus, à l'image de l'EVASAN, conditionnée par l'âge comme contexte du recours. Comme si passé un certain âge, il n'y avait plus d'urgence.

T15 : *Elle dit, de toutes façons si jamais je vais être malade je resterais à la maison, je vais pas aller voir le taote parce que je suis vieille. (rires)*

H. EVASAN

Différents phénomènes interviennent concernant l'acceptation ou non des EVASAN.

a. Indication de l'EVASAN

Les EVASAN pour les sujets âgés interrogés sont ainsi bien acceptées lorsqu'il s'agit de suivi, l'EVASAN permettant l'accès au plateau technique et aux consultations spécialisées (cf. II.C.), ainsi que pour la prise en charge de pathologies intercurrentes ou traumatiques sévères. Quelques patients n'y ont jamais eu recours, mais la majorité est familier avec celles-ci, et se sont pour la plupart rendu ainsi sur Tahiti au cours de l'année passée.

Elle est par contre non souhaitée si le pronostic vital est engagé, ou s'il y a un risque de décès au cours de celle-ci avec une réelle volonté de mourir chez soi exprimée par les sujets.

L : *Qu'est-ce qu'elle pense d'aller à l'hôpital, des EVASAN ?*

T13 : *C'est dur de la déplacer, elle veut pas.*

P13 : (interrompant) *Je veux mourir ici dans ma maison !*

T13 : *Si y a vraiment une urgence urgence je crois qu'elle n'irait pas à l'hôpital... Si, la dernière fois on l'a évasané parce qu'elle s'est cassé le bras mais elle se sentait bien!*

b. Prise de la décision d'EVASAN

On remarque aussi fréquemment verbalisé que la prise de décision concernant de l'EVASAN est remise au médecin traitant et aux enfants.

T5 : *Les EVASAN peut être si c'est vraiment grave grave. Tout dépend. Si c'est grave. Je crois il faut que les enfants soient tous là. Oui si on dit qu'il faut y aller.*

T9 : *Elle est en train de te dire si c'est fort sa maladie, c'est mieux d'aller. Si le taote il va dire bah elle respecte : elle va aller.*

c. Difficultés liées à l'EVASAN

Enfin, certains évoquent les difficultés pratiques que présente l'EVASAN dans sa réalisation du fait de l'isolement et des moyens de transport, définies ou non comme des obstacles.

P5 : *C'est ça aussi c'est un peu difficile pour aller, on monte sur le bateau, on monte sur la voiture pour aller sur le bateau, aller à Raiatea 7 km pour aller sur le quai.*

L : *Pour aller à l'hôpital ça met combien de temps toi ?*

P17 : *Oooh, pas longtemps, si je pars le dimanche je reviens le mardi, c'est comme ça. Oui, je prends le bateau, mon bateau, ensuite on emmène sur l'avion. Mon petit motua qui m'accompagne. Une demi-heure seulement, il est tout près. Tu vois des roches, y a des maisons qui se trouvent, c'est là que j'habite autrefois, c'est là le bateau. Tu montes. Et ensuite je téléphonais quand j'arrive là-bas, avec la voiture que j'ai on vient me chercher amène à la maison.*

Mais aussi les difficultés liées au fait d'être évasané sur Tahiti, à l'origine de dépenses dépassant leurs moyens pour se loger et se nourrir.

L : *Est-ce qu'il y a des choses qui te manquent et que tu aimerais voir changer ou évoluer ?*

P11 : *La difficulté c'est de partir sur Papeete hein, pour les soins. Des fois on peut pas ici, il faut descendre sur Papeete. C'est difficile.*

L : *Qu'est-ce qui est difficile, de s'y rendre? De rester?*

P11 : *C'est d'y rester sur Papeete. Il faut que tu aies un petit capital pour aller sinon tout ça ça s'achète sur Papeete.*

L : *C'est trop cher ?*

P11 : *La nourriture, le logement. A moins que tu as des parents mais les parents c'est une semaine après...*

I. La prise de traitement

Les personnes âgées ont dans leur ensemble une opinion positive des médicaments prescrits et acceptent volontiers la prise quotidienne. Ils n'émettent spontanément pas de craintes par rapport aux prises ou aux effets adverses.

L : *Qu'est-ce que tu penses des médicaments ?*

P9 : *Mai'tai (ça va).*

Certains expriment une lassitude.

P13 : *Tous les jours tous les jours prendre des médicaments !*

T13 : *Elle en a marre mais elle les prend.*

Ils attachent de l'importance à la prise. Et insistent sur l'observance en rapport avec les recommandations du médecin et l'importance de ne pas aller contre.

P2 : *J'ai peur maintenant de ne pas prendre mes médicaments.*

T16 : *Lui il admet tout ce qu'on lui donne comme médicament. Si on te donne des médicaments bah lui il les prend, sans exception.*

Lorsque l'on aborde la prise de médicaments les personnes interrogées rapportent spontanément le plus fréquemment prendre du Doliprane® pour les douleurs, et citent l'hypertension et le diabète comme indications de leurs traitements quotidiens lorsqu'ils en ont.

T12 : *Lui, il aime bien en fait quand il a mal il prend du doliprane, il aime bien.*

A plusieurs reprises le nombre de médicaments pris est mis en rapport avec la gravité de la maladie : plus ce nombre est important plus la pathologie est grave.

P2 : Avant je prenais beaucoup des comprimés presque 10 ou 11 par jour parce que c'était un peu grave la maladie et maintenant non.

J. Les médicaments tahitiens

Tous les sujets âgés rencontrés ont sans exception par le passé ou encore récemment, eu recours pour se soigner aux ra'au tahiti, médicaments tahitiens ou marquisiens de fabrication artisanale à partir de plantes locales. Plusieurs grands thèmes de discussions autour de la prise de ra'au tahiti reviennent, certains ont été abordés plus spécifiquement par la suite.

a. La prise cachée au médecin

Lorsque l'on pose la question de la prise de médicament traditionnel la réponse a parfois été d'éluder dans un premier temps, puis au fil de la discussion et de l'échange les personnes âgées se sont confiées sur la prise effective, par le passé ou actuelle de ces thérapeutiques parallèles.

P3 : On a fait aussi pour ma fille et ça s'est bien passé, on l'a pas opérée elle. C'est efficace. Quand mon mari est arrivé avec le médicament on m'a fait sortir permission, et mardi on devait m'opérer, mais avant l'opération on a fait ma radio : y a plus rien. Ils étaient tous étonnés. J'ai pas osé dire, j'ai pas dit. Non on m'a pas opérée !!

L : Et est-ce qu'elle elle a déjà pris des médicaments tahitiens ?

T7 : Non.

L : Jamais ?

T7 : Quand elle était jeune.

b. Conscience des risques

Les personnes âgées abordent spontanément les risques et limites de ces traitements.

P11 : *Comme ce sont des produits qui n'ont pas été analysés alors, c'est à tes risques et périls. (rires)*

P18 : *Des fois ça réussi, des fois ça réussi pas.*

c. Composante mystique

Quelques rares fois, des évènements “paranormaux” en rapport avec l’administration des médicaments sont décrits par les familles présentes et les personnes âgées.

T9 : *Avant elle prend tous les médicaments, elle donne pour les gens mais elle, elle est toujours malade. Moi je vois quand tu fais un médicament tu donnes pour quelqu'un il est malade et toutes ses maladies il vient sur toi. Moi j'ai entendu ma mère marquisien quand ma sœur elle avait deux pieds plein de bobos et le pied ça guérit pas. Et quand elle refait le médicament pour les autres, ça recommence encore le pied. Et mon papa il était mort ça faisait 2 ans, un soir la fille elle rêve et son papa lui a dit : "tu sais ma fille tu vas ramasser le noni qui est mur, tous les noni et tu mets sur ton pied, à partir d'aujourd'hui tu vas plus faire le médicament pour les gens, si les gens ils viennent chercher le médicament tu donnes, tu dis de faire ça ça ça, c'est pas toi qui va faire, mais toi sinon tu vas toujours tomber malade." C'est depuis là que ma sœur, quand elle a fait le noni sur son pied c'est guéri jusqu'à maintenant c'est guéri son pied. C'est pour ça elle est bien maintenant elle n'est plus malade. (P9 acquiesce)*

d. Transmission du savoir

Le premier questionnaire n’abordait que les médicaments tahitiens, pris ou non. Après les premiers entretiens et la relecture du contenu il est apparu intéressant d’aborder plus précisément la transmission de ce savoir concernant les ra’au tahiti, très liés à la santé pour de nombreux sujets rencontrés.

Il apparaît que les ra’au tahiti se transmettent au sein d’une famille de génération en génération, chaque famille ayant généralement ses médicaments attitrés traitant des pathologies précises. Les personnes du village s’adressent alors à la famille concernée pour recevoir le traitement en rapport avec la pathologie en cours, et celle-ci peut décider de le

préparer ou non, ou de leur donner ou non la recette. Cela se transmet donc de parents à enfants, ou de grands-parents à petits-enfants.

Au cours de l'étude, en demandant aux personnes âgées à qui elles ont transmis leur savoir, la majorité répond ne pas l'avoir enseigné à qui que ce soit. Bien souvent il n'y a pas de raison citée.

L : *Et c'était qui qui les préparait ?*

T7 : *Sa grand-mère.*

L : *Et elle avait appris de qui ?*

T7 : *Elle ne sait pas.*

L : *Et est-ce qu'elle l'a appris à quelqu'un après ?*

T7 : *Non.*

L : *Pourquoi ?*

T7 : *Elle sait pas.*

Certaines fois est évoqué le fait que l'on ne transmette pas ce savoir à n'importe qui.

L : *Qui est-ce qui lui a appris à faire ça ?*

T15 : *C'est y a une dame qui lui a remis. C'était une parente à lui.*

L : *Et elle elle a donné à quelqu'un ce savoir ?*

T15 : *Elle a jamais transmis.*

L : *Pourquoi ?*

T15 : *Tu parles! On ne donne pas on transmet pas à n'importe qui. Chez nous on ne donne pas on ne transmet pas à n'importe qui, parce que aujourd'hui tu vois... t'as bien vu à Papeete c'est comme ça maintenant. Parce qu'il y a des personnes qui font autrement quoi, qui ne font pas selon ce qu'on demande. Par exemple moi je sais que ma grand-mère c'était aussi comme ça : quand on transmet cette recette là à quelqu'un d'autre, les tupuna, tu me suis? ils savent que cette personne c'est pas la peine de lui transmettre, parce que ils sentent, que cette personne elle fera pas bien.*

A d'autres reprises le fait que cette transmission par tradition orale n'ait plus lieu.

T4 : *Eh, y a personne qui vient à côté de moi pour faire ces médicaments là! Y a personne. Non j'ai pas expliqué, j'ai pas donné mon ra'au tahiti.*

Enfin, lorsqu'on le leur demande, les personnes qui préparent ces médicaments traditionnels déclarent ne pas en garder de trace écrite.

L : *Et donc elle n'a jamais écrit ses recettes ?*

T15 : *Non, elle dit c'est ici (montre sa tête). C'est là.*

T9 : *Elle a pas écrit elle garde dans sa tête. Comme maman avant.*

e. Remplacés par les traitements conventionnels

Pour les personnes rencontrées, il est acquis que la prise de traitement conventionnel contre-indique formellement la prise de médicaments tahitiens simultanément. Les sujets âgés ayant des traitements au long cours expliquent ainsi avoir cessé ces prises dès la mise en place des traitements de fond, et l'importance de ne pas prendre les deux de manière concomitante.

L : *Et depuis que t'as tes problèmes de mape tu prends plus ?*

P17 : *Non, y a plus. Je mélange pas.*

P18 : *Non je prends plus parce que c'est le médicament français, alors je prends plus pour le moment.*

Par ailleurs on observe que les personnes rencontrées ne manifestent aucun affect négatif à la disparition des médicaments tahitiens en faveur des médicaments "français".

L : *Et ça marche sur quoi? Quel genre de maladie ça soignait ?*

P4 : *La fièvre, quand tu as la fièvre tu prends la feuille de tiare de tahiti, cuire, piapia, et ça coule la sueur, c'est ça les médicaments tahitiens. Maintenant c'est le doliprane®.*

L : *Maintenant tu prends les ra'au popa'a ?*

P4 : *Ouais ouais c'est bon les ra'au popa, c'est bon aussi.*

K. Craintes

La question a été posée à la suite de la discussion aux personnes interrogées de savoir quelles étaient leurs craintes pour leur santé, leurs craintes pour l'avenir.

Dans la grande majorité des cas la réponse était immédiate et sans appel, à savoir l'absence de crainte. Lorsqu'on leur demandait de développer, les personnes âgées expliquaient ne pas avoir de peur pour l'avenir ou ne pas s'interroger à ce sujet, certains ayant abordé spontanément la mort et expliqué s'y préparer.

L : *Est-ce que tu as des craintes ou des peurs par rapport à ta santé ?*

P13 : *Noooooon. J'ai pas peur.*

T13 : *Elle prie elle se prépare tous les jours.*

P13 : *J'ai pas peur.*

T16 : *Non, il craint pas, puisque la fleur est fanée.*

Ils évoquent Dieu, le fait de s'en remettre à lui et d'ainsi ne pas craindre.

T9 : *Non, n'a pas peur. Tu sais ce qu'elle dit ? C'est le seigneur qui va la regarder jusqu'à son dernier jour. Elle dit comme ça le jour où on viendra la chercher, elle accepte, mais nous non pas encore.*

Certains rapportent que la crainte concernant leur santé est les soins invasifs, qu'ils refuseraient.

L : *Est-ce que toi tu as des craintes, des peurs par rapport à ta santé ?*

P17 : *Oui, oui, du jour qu'on m'a opéré j'ai peur. Peur si ça doit être réussi ou pas. C'est ça la peur. Mais, enfin, Dieu m'a aidé. Voilà.*

L : *Et tu as encore peur maintenant pour plus tard ?*

P17 : *Ah, j'attends la mort, ma mort, c'est tout. Oui je suis prêt pour que ça arrivait quelque chose pour moi, j'accepte. Mais tout homme mourra après. Voilà. Dans les 77 ans. 80 ans ! C'est foutu.*

Deux femmes et le mari de l'une d'elle disent avoir peur que leur maladie n'empire ou peur du cancer. Ce sont trois personnes de Tahaa dont un couple et ce sont les seuls.

P6 : *Le cancer j'ai peur (rires).*

T2 : *Ah non elle c'est pas pareil elle a peur pour sa maladie, pour son cœur.*

L. Se projeter dans l'avenir

La question "Où seras-tu dans 5 ans? Dans 10 ans?" a souvent été accueillie par des rires. Se projeter dans l'avenir apparaît ne pas être un exercice facile ou habituel et il semble qu'il n'y ait pas ou peu de réponses descriptives (de ce que la personne fera, ou la manière dont elle sera).

A plusieurs reprises la première chose avancée par les sujets interrogés est qu'ils ne pensent plus être de ce monde à ce terme. Ils l'évoquent sans tristesse ni crainte. Ils verbalisent la volonté affirmée de rester chez eux jusqu'à leur dernier jour.

T12 : *Il aimerait bien être à côté de Saint Pierre (rires).*

L : *Il va rester habiter ici ?*

T12 : *Oui.*

P3 : *Je vais rester toujours dans ma maison et m'en aller d'ici, de ma maison. On me sortir d'ici, quand on va me sortir on va m'envoyer là-bas à côté de mon mari. (désigne la tombe de son défunt mari dans le jardin devant la maison)*

La plupart du temps ils n'expriment pas de craintes pour l'avenir, qu'ils ne définissent pas. On observe lors des entretiens peu de projection dans l'avenir avec un ancrage dans le présent important, situation censée durer jusqu'à la fin de la vie de la personne interrogée, peut-être à l'origine de moindre craintes.

L : *Est-ce qu'il y a quelque chose qu'elle souhaiterait pour l'avenir ?*

P14 : *Y a pas.*

T14 : *Après il faut prendre des mangues elle dit.*

L : *Y a des mangues cachées sous le lit!*

L : *Et enfin, est-ce que tu peux lui demander comment elle s'imagine dans 5 ans ?*

T7 : *La joie.*

L : *Où ça ?*

T7 : *Ici.*

L : *Avec qui ?*

P7 : *Tamarii.*

Régulièrement ils évoquent Dieu et s'en remettent à lui. Surtout dans les îles Marquises.

L : *Comment est-ce que tu t'imagines dans 5 ans ?*

T14 : *Elle n'y pense rien, y a que Dieu seulement qui sait.*

Lorsque certains disent être inquiets, ce n'est pas pour eux mais pour les générations à venir.

L : *Comment est-ce que vous vous imaginez dans 5 ans ?*

(rires)

P11 : *Tu me poses une colle là!! Dans 5 ans alors là..... Là tous les enfants ont fait leur vie alors je sais pas, les petits-enfants qui arrivent... Ce sera autre chose pour eux ça va être compliqué. La situation en ce moment. C'est plutôt dans les villes mais on peut le sentir aussi dans les îles. Tous les produits augmentent par exemple tu achètes un article ici c'est multiplié par deux.*

M. Ce qu'il manque

Les personnes rencontrées se disent satisfaites des dispositifs de soins primaires en place, en ce sens qu'ils ne rapportent rien qui puisse manquer pour leur santé lorsqu'on leur pose la question directement et qu'ils ne l'abordent par ailleurs pas spontanément.

L : *Qu'est-ce qu'il te manque ? Qu'est-ce que tu aimerais voir changer ou évoluer ?*

P17 : *Pour nous deux, y a pas grand-chose. Je mets des sous à économiser pour ma vie jusqu'à la mort.*

Lorsque effectivement à l'interrogation quelque chose manque, il s'est à chaque fois agit d'une aide à la vie quotidienne. Cette aide n'était pas décrite comme médicale (infirmière, médecin,...) ni en terme de structure mais plus comme une aide au domicile pour les gestes de la vie courante.

L : *Est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais voir changer ou évoluer pour ta prise en charge ?*

P13 : *Non.*

T13 : *Elle a besoin de quelqu'un pour faire son ménage, parce que sa fille est partie à Tahiti. Sa toilette, comme on a fait sur papa mais nous les garçons comme c'est une maman... Si les petites filles elles ont le temps elles arrivent, comme elles sont mères au foyer aussi. Parce que là ce sont que des garçons autour. Sinon y a la petite fille aussi. Elles vont à l'école loin, les deux autres sont à Tahiti.*

P18 : *Je pense que quelqu'un il faut peut-être mieux s'occuper aussi. Enfin oui, parce que quand je marche aussi je marche pas bien, je peux tomber aussi sur la route. Je veux appeler quelqu'un pour venir me tenir ma main, pour aller chercher quelque chose, de l'eau ou... oui, c'est ça.*

RÉSUMÉ DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE

L'analyse descriptive des réponses apportées aux questions de la trame d'entretien a permis de décrire certains comportements de santé.

La tendance générale reste au maintien de la personne âgée dans la maison familiale, où un petit-enfant vient vivre avec lui, ou des enfants se relaient. Ils manifestent souvent une volonté affirmée de rester dans leur maison pour la fin de vie, avec une attache à la famille présente sur place, mais aussi avec un lien fort au lieu en lui-même. Ils ont recours au soignant régulièrement pour le suivi et le fait qu'un soignant puisse se rendre à domicile permet de poursuivre la prise en charge à un âge avancé.

Ils ont recours aux EVASAN pour le suivi de pathologie chronique ou la prise en charge de pathologie intercurrente ou traumatique mais semble être contre s'il existe une

notion de fin de vie. L'EVASAN est aussi source de difficulté, tant dans sa mise en place qu'une fois sur Tahiti où le coût de la vie est important pour cette population. De même la notion d'urgence est la plupart du temps très relative.

La prise de traitement médicamenteux est bien acceptée par le sujet âgé de manière générale avec une sensibilisation faite à l'importance de la prise au long cours pour les pathologies engendrant une augmentation des risques cardiovasculaires (HTA, diabète). Ils ont une opinion positive des traitements médicamenteux conventionnels et accordent de l'importance à l'observance. Le nombre de médicaments pris est mis en parallèle avec la gravité de la pathologie en cours.

Concernant les médicaments tahitiens/marquisiens, ils font partie intégrante des comportements de santé des personnes rencontrées qui y ont tous déjà eu recours. Nombre de ceux ayant cessé d'en prendre l'ont fait à l'instauration de traitement conventionnels au long cours. Parfois les patients en cachent la prise au soignant. On observe une perte du savoir pour les générations futures de ces techniques non transmises par les personnes âgées pour des raisons multiples. Cette disparition des médicaments traditionnels remplacés par les traitements conventionnels n'est pas à l'origine de regret, de craintes ou de réticence et est acceptée comme une évolution non critiquée.

« Être en bonne santé » pour les personnes rencontrées est souvent rapporté comme la capacité à travailler et à prendre part à la vie de la communauté. C'est être bien et ne pas avoir mal pour d'autres, sans opposer spontanément la santé à la maladie. Pour autant la maladie est quant à elle souvent définie comme le fait d'avoir mal et de rester chez soi. La santé a été un concept cependant difficile à définir : les personnes âgées répondant plutôt de leur santé (« je suis en bonne santé », « je suis malade », la santé statut) avec des difficultés à apporter des définitions. Enfin, concernant ce qui y concourt sont régulièrement cités le travail, l'alimentation, les médicaments tahitiens/marquisiens et la prière.

Nombre des personnes âgées rencontrées rapportent se trouver en moins bonne santé que leurs parents, argumentant que ces derniers n'étaient jamais malades, notamment là où eux sont suivis pour des pathologies chroniques.

Ils expriment clairement leur absence de crainte pour leur santé dans l'avenir bien souvent. Les actes invasifs tout comme la chirurgie potentielle sont par contre à l'origine de peur. Quelques rares expliquent avoir peur que leur maladie n'empire ou peur du cancer.

Enfin concernant ce qu'il manque pour leur santé et les évolutions qu'ils aimeraient voir, cela ne génère généralement que peu de réponse, tous les systèmes de soins primaires aussi différents soient-ils (infirmierie, médecin privé,...) les satisfont. Ils n'évoquent que le besoin de personnes à domicile pour une aide à la vie courante, besoin présent ou à venir.

3. Analyse transversale : vécu du soin et rapport à la santé qui sous-tendent les comportements de santé

A. Le concept de bonne santé difficile à appréhender

Définir ce qu'est « être en bonne santé » a souvent été très difficile pour les personnes âgées interrogées. La question s'est souvent suivie d'un silence ou d'une demande de reformuler la question. Le concept de bonne santé semble difficilement individualisable. « Être en bonne santé » s'apparenterait plus à un état de fait, à un statut au sein de la famille ou la communauté, plus qu'un ensemble de caractéristiques autres que celle de pouvoir travailler ou de prendre part à la vie de la communauté.

T2 : *Le truc qu'elle arrive pas tellement à saisir le sens.*

Ce que l'on observe au cours des rencontres c'est que pour les sujets âgés, on « est » malade ou en bonne santé, non pas par opposition à une maladie en particulier mais rapport à un statut qui nous définit, ce qui semble rendre le concept difficile à individualiser.

L : *Comment je pourrais lui poser la question pour qu'il comprenne, ce que ça signifie ?*

T16 : *Mais... (à voix basse) il n'est pas en bonne santé.*

L : *En fait sa définition de la santé, pas si lui est en bonne santé ?*

T16 : *Il répond pas tellement à la question. Parce que lui il est toujours là dans sa tête : il est malade. Alors la bonne santé, pour lui, y en a pas.*

L : *Mais s'il était en bonne santé il y aurait quoi de différent ?*

T16 : *Pour lui depuis qu'il a eu.... pour lui il n'y a plus de bonne santé.*

L : *Depuis Moruroa ?*

T16 : *Je crois.*

L : *Et sur quelqu'un d'autre, c'est quoi la bonne santé ?*

T16 : *La différence que lui qu'il pense, bon bien sûr il voit, par exemple, quelqu'un qui est en bonne santé mais lui il est toujours dans sa tête c'est pas ça, c'est pas ça sa vie, sa vie il est malade, tu vois. Mais grâce quand même à ces gens qui vivent en bonne santé. Mais lui il y a une différence, être en bonne santé et d'être malade. Alors lui il voit ces gens là il est heureux, il voit que la personne est heureux, mais tandis que lui il est toujours dans son système d'être « malade ». « Je n'ai pas sa vie comme moi, elle elle est en bonne santé et moi non », je sais pas. Et puis là maintenant, en vieillissant tout ça, eh bin ce n'est plus sa vie d'être robuste, bien fort quoi. Il se sent quand même : quelqu'un qui est malade, faible.*

Ce que l'on constate c'est que ces derniers peuvent répondre au sujet de leur santé, et se définir comme malade ou bien portant, mais ils peinent par ailleurs à expliquer à quoi correspondrait la bonne santé au sens global. Ils décrivent alors le fait d'être en bonne santé comme celui de pouvoir travailler. « Être malade », tout comme « être âgé » engendre la limitation de ces activités et l'incapacité au travail, avec ce même statut de dépendant en interaction avec la famille ou la communauté. Ainsi certains sujets âgés verbalisent bien la bonne santé comme la capacité à participer à la vie de la communauté (aller au village, aller à la messe,...). Il est aussi intéressant d'observer qu'il n'y a pas de définition par opposition, la bonne santé n'étant pas spontanément définie comme l'absence de la maladie ou son inverse, bien que les réponses qu'ils apportent à la définition de ces deux concepts s'opposent effectivement : être malade c'est rester chez soi et, comme lorsque l'on est âgé, ne plus pouvoir travailler.

B. Responsabilité de santé

a. Responsabilité individuelle

A plusieurs reprises les personnes interrogées expriment leur implication et leur responsabilité dans leur santé actuelle. Ils sont acteurs de cette santé, ce qui peut surprendre mis en parallèle avec les comportements d'acceptation et de remise de la prise de décision au tiers décrit par ailleurs. En effet, plusieurs verbalisent l'importance de leurs actes pour leur santé, déresponsabilisant le soignant sans entraver la confiance qu'ils lui portent.

P2 : *C'est toi-même aussi qui fait attention à manger, à boire, sinon on peut pas dire que c'est le docteur qui est méchant c'est toi même qui a pas fait attention.*

Ils ne font pas porter la responsabilité de leur santé sur quelqu'un d'autre.

P4 : *Moi tout seul. J'ai pas besoin des uns et des autres, j'ai besoin seulement de moi-même parce que c'est moi hein. C'est moi la raison de ma vie, c'est tout. A qui j'ai pensé alors ? Non... Maintenant elle vient m'aider, alors moi j'ai pensé pour elle, parce que c'est elle qui va surveiller ma mort.*

Par ailleurs le travail intervient ici encore, avec cette formulation de dire que leur bonne santé est conséquence du fait d'avoir beaucoup travaillé, conséquence de leurs actes.

b. Responsabilité collective

La santé des anciens est de la responsabilité des plus jeunes, notamment des petits-enfants très présents pour l'accès au soin de ces derniers. Ils jouent de plus un rôle primordial dans la prise de décision concernant leur santé, avec une réelle responsabilité collective, discutée au sein de la famille.

L : *Quand tu es malade c'est quoi les conséquences ?*

P18 : *Quand j'ai malade bin je dis à mon petit-fils « emmène-moi au docteur » ou bien je veux pas aller, je reste à la maison.*

T6 : *Les EVASAN peut être si c'est vraiment grave grave. Tout dépend. Si c'est grave. Je crois il faut que les enfants soient tous là. Oui si on dit qu'il faut y aller.*

P6 : *Et oui, c'est comme ça.*

A l'échelle supérieure on ressent aussi, lors de la visite des personnes âgées et la rencontre d'autres intervenants une certaine responsabilité collective au niveau de la communauté, avec une participation de tiers pour permettre l'accès aux soins (EVASAN par bateau dans les îles non pourvues en médecin, etc.).

C. Le concept de travail

De l'analyse transversale des verbatims se dégage un concept fort et multidimensionnel de travail. En effet, comme décrit plus avant on observe dans un premier temps le travail comme garant d'un statut, celui de travailleur actif, opposé à celui de malade ou de personne âgée dépendante. On est en bonne santé car on est en mesure de travailler. Ainsi la maladie est elle décrite comme l'incapacité, ou la perte de cette capacité à travailler.

P5 : *Je suis revenu parce que je peux plus travailler, je suis malade à ce moment-là.*

P1 : *Avant on est pas malade, on travaillait on était pas malade.*

Cependant on observe aussi une dimension supplémentaire du travail, où la bonne santé en est une conséquence : on est en bonne santé car on a beaucoup travaillé, avec un lien de cause à effet.

P4 : *Et bah je ne suis pas malade. Je suis né le 4 novembre 1919 mais je suis pas malade c'est rare.*

T4 : *Oui c'est vrai Taote, c'est rare.*

P4 : *Parce que moi je suis musclé, parce que j'ai travaillé.*

La parole du médecin ou des intervenants extérieurs avec ces mots est alors entendue, mais présente une portée souvent sous-estimée par le soignant pour lequel ce terme n'a pas le même écho. Dire à une personne âgée d'arrêter de travailler (pour se reposer), cela peut vouloir dire mettre un terme à sa « bonne santé » et l'établir dans un statut de sujet âgé dépendant, un statut de malade. Dire « ne travaille plus » c'est dire « tu as fait ton temps ».

P9 : *Ils veulent pas que je travaille, ils me fâchent pour pas travailler, c'est eux qui vont faire.*

[...]

L : *Mais toi qu'est-ce que tu voulais faire ?*

P9 : *Je voulais faire le kaikai.*

T9 : *A son âge elle veut cuire encore le ma'a. Et elle cuit ! Non elle veut mais nous on gronde, on dit « ça suffit, tu as fait ton temps ».*

P9 : *Je travaille plus, c'est eux qui travaille maintenant, ça c'est mon fils et ma belle-fille qui me remplacent pour travailler là-bas pour le restaurant.*

D. La santé : entre mérite et châtement

Emerge alors un concept de santé particulier, difficile à définir en lui-même par les personnes âgées rencontrées, mais qui semble être conséquence de leurs actes, de leur vie. Comme si le fait de beaucoup travailler permettait de « mériter » sa santé en y concourant. Et comme évoqué plus haut le médecin n'est pas tenu responsable de la santé de la personne prise en charge.

P17 : *Mais j'ai travaillé beaucoup, mais je suis à 100 %.*

Le corollaire de cela est exprimé par une personne se considérant comme malade de dire qu'il « assume » (et non « accepte » par exemple) sa maladie.

T16 : *Ne pas être en bonne santé mais lui, il assume. Et Jobbe, dans la Bible, et comme il disait. Béni soit seigneur, comment je peux te dire ça : assume. Lui il assume ses douleurs, sa maladie.*

E. Santé et statut

a. Être en bonne santé travailleur

Pouvoir travailler à subvenir à ses besoins et à sa place dans la famille et la communauté, c'est être en bonne santé. Il faut travailler.

L : *Tu peux plus travailler ?*

P17 : *Ah si je peux !!!!!!! (s'exclame) Des choses toutes simples. Il faut qu'on travaille. Ah oui !*

P4 : *C'est bien il faut travailler, c'est ça la vie, il faut travailler.*

b. Être malade ou être âgé, le statut de dépendant

Cesser de pouvoir travailler, ne plus en avoir la force, c'est être trop âgé ou malade : c'est être dépendant. C'est avoir ce statut similaire de malade ou de personne âgée dépendante.

T16 : *Et puis là maintenant, en vieillissant tout ça, eh bin ce n'est plus sa vie d'être robuste, bien fort quoi. Il se sent quand même : quelqu'un qui est malade, faible.*

La perte d'activité comme la perte d'autonomie.

T7 : *Tous les matins après son bain elle vient s'asseoir, après elle regarde les gens passer, que ça. Avant elle faisait du taore, elle tressait pour faire le chapeau, elle faisait ça, plus maintenant.*

F. Médecins et traitement : entre confiance et culpabilité

a. Confiance

Il n'y a pas de remise en cause du bien-fondé de la prescription d'un traitement, mais au-delà de cela, la parole du médecin pour les personnes rencontrées n'est à aucun moment remise en question. Il y a une adhérence très forte des patients aux recommandations du soignant quelles qu'elles soient et confiance en leur jugement. Il n'y a pas de demande de second avis et les décisions prises tiennent souvent lieu de vérités.

T16 : *Lui il admet tout ce qu'on lui donne comme médicament. Si on te donne des médicaments bah lui il les prend, sans exception.*

P17 : *Ce que le docteur me donne, j'accepte.*

Le médecin n'est de plus pas tenu pour seul responsable de la santé de ses patients. Il y participe et pour cela ils se disent reconnaissant.

P3 : *Tous les médicaments m'embêtent mais je prends quand même. Parce que les docteurs ils sont là à faire tout pour moi.*

P2 : *Il faut aussi que c'est nous qui fait faire attention aussi, c'est pas confiance seulement sur le docteur il est pas Seigneur lui. C'est toi même aussi qui fait attention à manger, à boire, sinon on peut pas dire que c'est le docteur qui est méchant c'est toi même qui a pas fait attention.*

De plus comme nous l'évoquions plus haut (cf. IV.2.H. : La prise de traitement), les personnes interrogées ont globalement confiance dans les traitements médicamenteux prescrits.

b. Culpabilité

Ceci peut être source de craintes, craintes de mal faire ou d'aller contre la volonté du médecin et d'être pris en faute, à l'origine d'une forme de culpabilité. Utilisée parfois, on le sait, à dessein pour favoriser l'observance.

L : *Et qu'est-ce que tu penses de prendre des médicaments tous les jours ?*

P17 : *Oui, mais, c'est comme ça qu'on m'a dit. Les ra'au, il faut toujours accepter les ra'au. Eh bien oui !!*

L : *Qui est-ce qui t'a dit ça ?*

P17 : *Le docteur. Mais... On verra sur les prises de sang. Ahiiii !! (rires) Maintenant c'est bon.*

P3 : *Les ra'au j'en ai marre. Je prends, on me dit si tu prends pas tu vas encore avoir un AVC. Mais des fois j'oublie. (rires)*

G. La place de Dieu

La santé et la vie sont liées (on définit sa vie et son statut plus que de définir sa santé), et avec elle la notion de Dieu. Aucune des questions de la trame d'entretien n'abordait la religion mais à de très nombreuses reprises les personnes interrogées l'ont spontanément abordée pour répondre.

Dans un premier temps, la prière est citée parmi les facteurs permettant de rester en bonne santé.

L : *Qu'est-ce qui te permet d'être en bonne santé ?*

T13 : *Elle prie le bon Dieu. Tous les jours.*

IDE (présente pour aider à la traduction) : *On m'a jamais répondu ça!*

L : *Moi on me le répond souvent...*

P13 : *Le matin, le soir, jamais oublier ma prière, jamais.*

Elle est de plus mise en avant par les personnes rencontrées comme comportement de santé lorsque celles-ci sont malades.

T7 : *Elle prie. Elle croit en Dieu. Quand elle est malade elle prie.*

Est aussi évoqué le fait de s'en remettre à Dieu dans les prises en charge difficiles ou inquiétantes pour la personne âgée, elle s'en remet à Dieu et ainsi ne « craint pas ».

P17 : *Oui, oui, du jour qu'on m'a opéré j'ai peur. Peur si ça doit être réussi ou pas. C'est ça la peur. Mais, enfin, Dieu m'a aidé. Voilà.*

Enfin, il est le plus souvent cité lorsqu'il s'agit de se projeter dans l'avenir ou d'aborder leurs craintes pour leur santé à venir, ils disent alors simplement s'en remettre à Dieu. Ils n'expriment pas de craintes à ce sujet ni de sentiment d'impuissance (pas de ressenti négatif verbalisé).

P2 : *C'est le seul moyen taote, de vivre avec le seigneur, c'est lui qui commande et quel jour il me prendre.*

P9 : *C'est le seigneur qui sait tout c'est le seigneur qui m'offre tout, si je suis là à 91 ans.*

H. La dualité du refus du soin

L'analyse transversale des verbatims en tentant de repérer les phénomènes motivant le refus du soin, ou le refus du recours au soin chez les personnes âgées rencontrées permet d'isoler plusieurs concepts importants. Au-delà de l'acceptation du soin et du soignant, on observe deux phénomènes distincts liés au refus du soin. La peur des actes invasifs et la notion de temps révolu, lorsque la personne âgée considère avoir fait son temps, tous deux pouvant être à l'origine de refus de soin, d'absence de recours, ou de perte de vue des patients jusqu'alors suivi.

a. Quand le temps est révolu

Dans de nombreux entretiens les personnes âgées expriment le fait de considérer que le temps est révolu, qu'ils sont âgés et par conséquent que leur demande en matière de soin et de prise en charge diffèrent. Qu'il s'agisse de la prise de traitement, des EVASAN et de la notion d'urgence, ou du recours au soin.

T15 : *Elle dit, de toutes façons si jamais je vais être malade je resterais à la maison, je vais pas aller voir le taote parce que je suis vieille. (rires)*

P4 : *Parce que moi je suis vieux maintenant je n'ai plus besoin de... de médicament, non je n'ai plus besoin, je reste seulement dans la maison comme ça. Ah voilà ma copine, quand elle me donne quelque chose je mange.*

P1 : *Mais moi c'est fini. Je suis vieux taffé.*

T1 : *Aujourd'hui il se dit il a plus envie (d'aller en EVASAN). Comme il dit qu'il est très âgé il a plus envie.*

P1 : *C'est fini!*

Ils n'expriment par ailleurs pas de critique de cela ni de sentiment d'abandon du soin, c'est une volonté de la part des personnes rencontrées de s'écarter du soin à un âge avancé.

b. La peur des actes invasifs

Un second phénomène s'individualise quant aux refus du soin qu'est la peur des actes invasifs. A la lumière de cela on se rend compte que cette dernière est effectivement à l'origine de nombreux perdus de vue ou de rupture de suivi inattendus dans la pratique clinique. Au-delà d'une peur elle motive de s'écarter du soin.

T15 : *Non. Non, elle ne voudra pas évasanée. L'inquiétude qu'elle avait quand tu dis là de évasaner, elle a vu une tante à elle qui habite dans une autre vallée, que elle a été opérée plusieurs fois, ça l'a, vraiment... (effrois)*

L : *Ça lui a fait peur ?*

T15 : *Voilà. Et elle ne voudrait pas qu'on l'opère euh... n'importe, elle voudrait rester tel quel. Aussitôt qu'elle va être malade elle restera chez elle et elle ne voudra pas aller à l'EVASAN ou alors on l'opère je sais pas son ventre ou autre.*

T6 : *C'est longtemps maintenant. Parce que l'autre fois y a le docteur il a pris un petit bout dedans le titi, opéré. Elle a eu peur. Depuis elle a plus envie d'être hospitalisée.*

T15 pour l'époux de P15 : *Il est allé à Taaone et puis il en a vu, des opérations, des fois comment on dit, couper la jambe, tout ça. Ça lui a tellement marqué il a dit « le mien vous n'allez pas toucher, c'est Dieu qui a créé ma jambe et pas vous ! »* (rires)

I. La prise de décision chez ou plutôt “pour” le sujet âgé

En rapport avec plusieurs problématiques (la décision d'EVASAN, la nécessité à consulter,...) on extrait des verbatims la prise de décision laissée à des tiers par les personnes âgées.

a. Remise aux enfants

Les enfants et les petits-enfants jouent un rôle primordial dans la prise en charge du sujet âgé, plusieurs personnes rencontrées les citent comme preneur de décision pour leur santé.

L : *Si tu as une urgence ou une situation urgente comment tu fais dans ces situations là ?*
P3 : *Je l'appelle (le médecin), j'appelle d'abord mes enfants, c'est eux qui l'appellent. D'abord mes enfants.*

T6 : *Je crois il faut que les enfants soient tous là. Oui si on dit qu'il faut y aller.*
P6 : *Et oui, c'est comme ça.*

b. Remise au médecin

Parallèlement à cela il ressort des entretiens une place importante de la décision du médecin pour la personne âgée. Cette décision n'est pas remise en question ni critiquée par ces derniers. Il est preneur de décision pour leur santé.

P6 : *C'est le Taote qui décide !*

T9 : *Si le taote il va dire bah elle respecte : elle va aller.*

J. L'évolution

Il apparaît un concept d'évolution, de transition et de changement possédant deux facettes bien distinctes.

a. Changements à l'origine de problématiques nouvelles

Certaines personnes interrogées expriment leur inquiétude face à des mœurs qui changent, à l'origine de problèmes nouveaux. Bien souvent il s'agit de l'alimentation, décrivant une nourriture plus saine par le passé, à l'origine de maux nouveaux tels que l'obésité ou le diabète.

T1 : *En fait il disait aussi pour lui pour être en bonne santé c'est plutôt au niveau de la nourriture aussi, c'est à dire avant y'avait pas ça comme on dit en français la malbouffe. Aujourd'hui il y en a comme le riz, tout ce qui est boîte de conserve. A l'époque non, eux ils mangeaient tout ce qui est fruits et tout ce qui est naturel, c'est à dire du taro, du manioc, des patates douces, des légumes quoi en gros. Alors que maintenant...*

P1 : *Magasin ! Avant on pêchait. Et le four tahitien avant.*

P11 : *Eux ils vivaient mieux que nous en ce moment, parce qu'à l'époque on avait pas de frigidaire ni de congélateur, on vivait des produits bio. Juste pour la viande on salait la viande et puis pour manger on dessalait avant de manger. Oui c'est mieux, c'est mieux à l'époque. Pour te dire la première année que j'ai été à Papeete en 48, bah tu voyais pas de gros à Papeete, y avait pas de gros, pas de gros.*

L'autre source de crainte vis à vis du changement concerne la situation économique et le travail dans les îles comme à la ville, surtout pour les générations à venir.

P11 : *Ce sera autre chose pour eux ça va être compliqué. La situation en ce moment. C'est plutôt dans les villes mais on peut le sentir aussi dans les îles. Tous les produits augmentent par exemple tu achètes un article ici c'est multiplié par deux.*

T15 : *C'est ça la différence, c'est qu'à l'époque c'était surtout le partage et qu'aujourd'hui il faut payer.*

b. L'évolution acceptée malgré la perte d'un savoir

Par ailleurs un concept émerge des verbatims d'évolutions acceptées pleinement par le sujet âgé, en rupture avec ce qui se faisait par le passé sans que cela ne fasse l'objet de critique. Il s'agit alors simplement d'une technique remplacée par une autre.

P4 : *Doliprane® c'est tout. C'est ça les ra'au maintenant. Les ra'au popa 'a maintenant qui remplaçait. Y a plus de ra'au tahiti.*

T5 : *Y a d'autres femmes qui donnent pas leur savoir. Je sais pas pourquoi. Même pour leurs enfants, eux ils donnent pas. C'est rare les tahitiens qui donnent leur savoir aux autres. Pourquoi ça ne se transmet plus alors là ça je sais pas.*

Ils décrivent ainsi les médicaments traditionnels remplacés par les médicaments conventionnels, ou encore lors des rencontres lorsqu'on le demande spécifiquement la disparition des pirogues à voiles au profit des moteurs, qui sont "bien aussi" comme ils l'expriment.

K. Mourir chez soi

Enfin, apparaît dans les entretiens conduits dans les différents archipels une volonté forte, exprimée clairement et répétée par les personnes âgées rencontrées de mourir chez elles. Ce sujet est abordé spontanément à plusieurs moments de la discussion par ces personnes. Souvent au décours des questions concernant les EVASAN où est alors expliqué qu'elle sera refusée si elle présente un risque de décès au cours de celle-ci, ou encore au cours des questions concernant l'avenir ou ce qu'il pense faire dans 5, 10 ans.

P13 : *Je veux mourir ici dans ma maison.*

P3 : *Je vais rester toujours dans ma maison et m'en aller d'ici, de ma maison. On me sortir d'ici, quand on va me sortir on va m'envoyer là-bas à côté de mon mari.*

T15 : *Mais leurs enfants sont tous là-bas à Papeete, ils demandent des fois de partir sur Papeete pour qu'on les voit : ils ne veulent pas descendre sur Papeete pour pas quitter leur île, même s'ils sont malades.*

RÉSUMÉ DE L'ANALYSE TRANSVERSALE

L'analyse transversale des verbatims a permis d'isoler des phénomènes récurrents intervenant dans le vécu du soin, relaté à différent moment des entretiens selon les individus.

Le concept de santé si difficile à définir car inhérente à l'être, comme une caractéristique de celui-ci. Avec des personnes rencontrées capable de se définir, et avec elles leur santé, mais non d'y apporter une définition. La santé n'est alors jamais définie comme une absence de maladie ou l'opposé de celle-ci mais comme un statut, de personne en bonne santé et active. « Être malade », tout comme « être âgé » limite ces activités, avec une notion de dépendance, au médicament ou à l'entourage.

Des concepts émergent des entretiens, notamment celui de responsabilité de santé. Cette responsabilité est d'une part individuelle, exprimée comme la capacité et le devoir des personnes âgées vis à vis de leur santé d'y faire attention par des actes de la vie quotidienne (alimentation,...). Ainsi, le soignant n'est pour eux pas le seul garant de leur santé, laissant entrevoir la possibilité non négligeable de sensibilisation à la promotion de la santé et la prévention. D'autre part, une dimension collective de cette responsabilité est aussi observée, avec le rôle des proches, de la famille et de la communauté, important dans la maladie et la vieillesse.

Le concept de travail, vaste et complexe autour d'un mot unique, semble à l'origine d'implications plus conséquentes. Il est le garant d'un statut, celui de travailleur et donc de personne en bonne santé, mais aussi pourvoyeur de celle-ci qui se mérite. La santé peut alors sembler liée aux actes des personnes rencontrées, comme quelque chose qui se mérite par le travail, ou dont l'absence s'assume.

Les personnes âgées rencontrées manifestent souvent une confiance totale dans le jugement du soignant. Celle-ci se manifeste par l'observance stricte des dires de ces derniers comme les mieux à même de juger leur santé, qui ne sont sujets ni à méfiance ni à contestation. Ainsi, plus que de confiance, il s'agit alors d'un devoir, d'une obligation d'observance exprimée par les personnes, pouvant parfois être à l'origine d'un sentiment de culpabilité en cas d'écart. Ce que le soignant donne est accepté. Quand bien même les soins proposés seraient refusés ils ne sont pour autant pas critiqués.

« Dieu » est régulièrement spontanément évoqué au cours des entretiens bien que la religion ne soit mentionnée à aucun moment dans la trame d'entretien. Ainsi la prière fait partie à part entière des comportements de santé pour les sujets interrogés, pour maintenir la bonne santé ou en cas de maladie. Se projeter dans l'avenir, exercice semblant difficile, fait aussi régulièrement intervenir le fait de s'en remettre à Dieu dans la conversation.

Le refus du soin possède plusieurs caractéristiques. Deux éléments reviennent régulièrement motivant le refus du soin chez le sujet âgé. D'un côté le concept de temps révolu où celui-ci considère être vieux, âgé, ne voulant plus des soins qui auraient été acceptables plus jeune. Et de l'autre la peur des actes invasifs et de la chirurgie, à l'origine d'une importante part de perdu de vue.

Concernant la prise de décision en matière de santé, on constate que celle-ci est souvent déléguée à des tiers, remise au soignant (notamment au médecin) ou aux enfants et petits-enfants, qui discutent et décident entre eux pour le parent.

Le concept d'évolution, de transition, présente une dualité. Bien accepté lorsqu'il s'agit de technique, de thérapeutique, remplaçant ce qui se faisait auparavant mais ayant fait ses preuves, même si cela se fait au prix de la perte d'un savoir. Mais à l'origine d'inquiétude si générant des problématiques nouvelles, en terme de santé ou de société.

Enfin un leitmotiv chez les personnes rencontrées, intervenant à différents moments des entretiens est la volonté de mourir chez soi, et de refuser de ce fait ce qui pourrait le compromettre (EVASAN,...).

V. DISCUSSION

1. Discussion de la méthodologie

A. Choix de la méthode

L'objectif de l'étude étant de relater le vécu du soin et le point de vue des personnes âgées sur leur santé afin d'adapter l'offre et les pratiques à cette population dans les îles de Polynésie Française, la recherche qualitative a été choisie.

Celle-ci permettant d'obtenir des informations de terrain, contextuelles et empiriques, aidant à la compréhension de comportements individuels ou communautaires.

Jusqu'à présent la plupart des initiatives sanitaires, tout comme dans le domaine de la santé, ont été d'apprécier d'un point de vue logistique comment exporter le système de soin disponible dans des zones pourvues en structures de soin et personnel médical, vers des îles aux moyens plus restreints. Ceci après évaluation de la population, du mode de vie et des pratiques par recensement. Cette stratégie dans des territoires aux contraintes particulières (faible densité de population répartie sur une multitude d'îles à des milliers de kilomètres du centre administratif, culture insulaire) a déjà prouvé ses limites par le passé. Le questionnement ne s'était alors pas fait dans l'autre sens : à savoir d'évaluer un besoin, un ressenti, de connaître une demande afin d'adapter l'offre à celle-ci dans la mesure où les ressources sont limitées. Pour se faire, la rencontre avec la population et le recueil de leur point de vue semblait un vecteur privilégié. Il ne s'agissait pas de répertorier des risques ou la prévalence de pathologies ni de quantifier la prise de traitement mais d'appréhender les phénomènes qui sous-tendent les comportements de santé et leur vécu.

L'étude a donc porté sur des expériences subjectives du soin et de la vie d'une population ciblée afin de mieux comprendre pour mieux soigner. Elle ne permet par conséquent encore une fois ni de quantifier, ni de généraliser les comportements observés mais bien de les décrire : une des limites de ce type de recherche se trouvant dans le nombre

de personnes rencontrées, ne permettant pas de généraliser à une population entière, hétérogène.

Cette méthode semblait par conséquent la plus pertinente afin de faire apparaître des concepts et apporter un éclairage nouveau aux soignants et personnes en charge de la santé des aînés.

B. Choix du recrutement

Les îles ont été choisies afin de représenter plusieurs archipels et de correspondre aux critères définis en amont d'isolement de structure de soin de grande envergure. Des entretiens avaient initialement également été envisagés dans les Tuamotu Est mais n'ont pu être réalisés du fait de l'annulation de la mission médicale liée à une avarie avionique, ceci rendant compte des difficultés de terrain. Les Îles Marquises et les Îles sous le Vent ont par ailleurs été choisies au hasard.

A Tahaa, l'île sur laquelle ont été réalisés les premiers entretiens, les personnes âgées rencontrées ont été fléchées par les médecins privés. Les premiers inclus désignés par le médecin exerçant à Patio, la deuxième partie par le second médecin de l'île, exerçant à Haamene. A Hiva Oa le chef de corps des pompiers de l'île ainsi que le maire d'Atuona ont proposé des personnes répondant aux critères de la recherche, ceux effectivement rencontrés ont été choisis de manière aléatoire. Sur Tahuata l'infirmière de l'île a présenté les personnes âgées et réalisé une partie des traductions. A Ua Pou la vallée dans laquelle se sont passées les entretiens a été choisie au hasard, une personne âgée a présenté les sujets répondant aux critères de la recherche et accompagné les entretiens. Enfin sur Maupiti l'avis de la population a été demandé quant aux personnes âgées vivant sur l'île et deux d'entre elles ont été rencontrées ainsi.

La plupart des personnes rencontrées l'ont donc été par l'intermédiaire d'une tierce personne qui les a présentées à l'investigateur, ce qui pourrait constituer un biais de sélection. On note cependant que ces personnes étaient d'horizons différents (soignants, administratifs, ou civils) et que, sauf pour deux d'entre elles, celles-ci n'assistaient pas à l'entretien.

C. Déroulement des entretiens

Les entretiens n'ont été menés que par un seul et même intervenant, permettant la reproductibilité et l'adaptation au fur et à mesure des entretiens successifs de manière unique.

Il est important de noter que l'investigateur bénéficiait d'un statut qui s'est avéré propice à des entretiens de qualité. En effet, d'une part présenté comme taote, médecin, permettait de rapidement faire naître la relation de confiance avec la personne âgée pour l'entretien. De l'autre, le fait d'être extérieur à la prise en charge, de ne pas être le soignant de l'individu rencontré et ne pas faire partie de la communauté a permis d'éviter des réponses de complaisance, ou qui aurait été biaisée par la peur de décevoir son médecin, concernant des prises de traitement alternatif par exemple, le refus d'une prise en charge ou de relater un vécu négatif.

La langue maternelle de la majorité des personnes âgées rencontrées était le tahitien ou le marquisien. Certains entretiens se sont déroulés intégralement en langue française. Pour d'autres, en tahitien ou en marquisien, il a fallu que les questions et les réponses soient traduites par un intervenant extérieur. Cette traduction peut être à l'origine d'un biais ou de perte d'information. Afin de le limiter, la traduction a été réalisée pour la plupart des rencontres par plusieurs personnes, soient directement lors de l'entretien par les aidants familiaux, soit a posteriori par une seconde personne vérifiant la traduction apportée dans les enregistrements anonymisés.

La barrière de la langue et la traduction reste un biais bien présent mais néanmoins réfléchi, il aurait été source d'un biais encore plus grand que de ne rencontrer que des personnes âgées parlant couramment le français compte tenu de la population étudiée.

D. Réalisation des codages

Les codages ont été réalisés manuellement puis avec le logiciel N'Vivo®. Ce logiciel d'analyse s'est finalement révélé d'un soutien modeste quant à l'analyse des résultats, quantifiant des données qualitatives, ne permettant en soi que peu d'avancées pertinentes.

Les premiers verbatims ont été secondairement codé de manière indépendante par un deuxième intervenant extérieur à l'étude afin de conforter la validité des items retrouvés.

E. Analyse des résultats

a. Validation interne ou crédibilité

Les résultats des transcriptions et codages n'ont pu être rapportés aux personnes interrogées et réévaluées avec elles du fait du design de l'étude (personnes rencontrées sur les îles éloignées). Néanmoins lors des entretiens le soin a été pris de reformuler le plus souvent possible les propos des sujets rencontrés afin de valider avec eux la bonne compréhension de l'investigateur.

La validation interne ^[9] a de plus malgré tout pu être réalisée dans une certaine mesure par la présentation des résultats au cours de la réunion du 18 Juillet 2017, en présence de la Directrice de la Santé Publique et du Ministre des solidarités et de la santé. Cette réunion avait pour objet d'envisager les directives d'une politique publique pour la prise en charge des personnes âgées en Polynésie Française. A cette fin y prenaient part plusieurs représentantes d'associations de personnes âgées, ces dernières se retrouvant dans les différents points abordés lors de la présentation ce qui conforte la crédibilité des résultats obtenus.

b. Validation externe ou transférabilité

La validité externe ^[9] a été recherchée en tentant de faire définir et décrire les termes employés par les personnes rencontrées, ainsi qu'en incluant des personnes âgées issues d'îles, d'archipels, de parcours de vie et d'historique médicaux différents autour de caractéristiques communes (être âgées de plus de 70 ans et vivre en Polynésie Française sur une île ne bénéficiant pas du plateau technique d'un hôpital ou de spécialité médicale). Le nombre de personnes incluses a permis d'arriver à saturation d'idées autour des thèmes abordés.

c. Fidélité

L'analyse des verbatims dans leur globalité n'a dans un premier temps été réalisée que par une personne unique. Il aurait été souhaitable que deux chercheurs réalisent les codages dans leur ensemble simultanément. Il fallait pour cela que l'intervenant réalisant cette deuxième analyse des enregistrements comme des textes connaisse la méthode ainsi que le terrain, compte tenu des particularités de langage, d'expression, et d'allusion à ce qui se fait au niveau local présentes tout au long des verbatims. Cette deuxième analyse a effectivement pu être réalisée secondairement de façon indépendante, par un intervenant

extérieur à la recherche ayant exercé en Polynésie Française et eu une expérience de recherche qualitative par le passé. Les concepts isolés par récurrence dans cette deuxième analyse recourent ceux mis en évidence dans la première, appuyant les résultats de l'étude. Les verbatims regroupés dans le tome 2, restent par ailleurs disponibles à une analyse a posteriori.

2. Discussion des résultats

Aucune étude de ce type n'avait encore été réalisée en Polynésie Française. De même, les conditions de vie des personnes âgées n'ont fait l'objet d'aucune étude approfondie à ce jour, les enquêtes sociales ne portant que sur l'attribution des aides.

Dans l'évolution de la recherche, plusieurs concepts ont posé problème dans leur compréhension ou généré un questionnement, pour lequel les entretiens successifs ont permis d'affiner les traits. Cette démarche progressive dans la compréhension des phénomènes apparaît ci-après dans la discussion des résultats, ainsi que des informations collectées lors du recueil de données auprès d'intervenants sur le terrain (infirmières, maire, assistante sociale, médecin, famille,...) permettant un éclairage des observations faites.

A. Concept de santé

Ce qui a été marquant dès les entretiens tests, est de voir les personnes rencontrées apporter des réponses différentes de celles auxquelles nous pouvions nous attendre. Ce qui l'a été encore davantage fut d'observer que ces réponses se répétaient d'un interrogatoire à l'autre. Il en est ainsi pour les notions imbriquées de santé et de travail. C'est en analysant au fil des entretiens les facettes multiples de ce lien qu'est apparue la notion de "statut" de malade. Le statut de malade, comme celui de personne âgée, incompatible avec le travail et l'autonomie, mais pas forcément avec le bonheur. Ainsi la santé n'est pas spontanément définie en opposition à la maladie, mais chacun décrit sa santé, son état, son statut, lorsque l'on aborde la question.

B. Les médicaments tahitiens

Aux vues des réponses obtenues, il est apparu impossible de faire l’impasse sur les médicaments traditionnels dans la prise en charge des sujets âgés, comme évoqué dans la méthode (cf. III. 7.). Même si le sujet ne portait pas à proprement parlé sur les médicaments tahitiens en premier lieu, l’évocation de ceux-ci a mené à d’intéressantes observations. Elles ont alors été développées en approfondissant la trame d’entretien, concernant leur transmission, la perte d’un savoir, et leurs liens avec les traitements conventionnels à l’origine de réponses sur un sujet minimisé au début de l’étude.

C. Discussion du refus du soin

Regrouper la notion de “temps révolu” au sein de celle du “refus de soin”, à côté de celle de la “peur des actes invasifs” a été à l’origine de questionnements et d’errance sémantique. J’ai réalisé ensuite que cette notion de “temps révolu” n’est pas une caractéristique du refus du soin mais l’inverse : c’est bien lorsque le sujet interrogé considère avoir fait son temps, que “*la fleur est fanée*”, que le refus de soin apparaît comme une des conséquences. Le refus du soin est une propriété de la catégorie qu’est “le temps révolu”, et non l’inverse^[20].

D. Discussion de l’évolution

En reprenant ce qui a trait à des évolutions ou transitions et le point de vue que les personnes âgées interrogées portent sur celles-ci, on individualise deux phénomènes.

D’un côté une réelle inquiétude vis-à-vis des changements à l’origine de nouveaux problèmes, c’est le cas notamment du changement d’alimentation et du lien de celui-ci avec l’obésité ou le risque de diabète. C’est aussi le cas du changement de mode de vie et de la transition économique et sociale : avec une disparition de l’agriculture vivrière et de la pêche pour subsister, en faveur de la consommation, et avec cela la croissance du chômage pour les générations à venir qui les inquiète.

Et de l'autre l'absence d'inquiétude ou d'opinion négative vis-à-vis du changement en termes de technique : il n'y a pas d'affect retrouvé dans les entretiens quant à la perte d'un savoir traditionnel si une technique la remplace. Il en est ainsi des médicaments tahitiens/marquisiens remplacés par les médicaments "français", ou encore de la disparition des pirogues à voile en faveur de l'utilisation du moteur dans des entretiens en dehors de l'étude avec la perte de toutes connaissances du sujet.

E. Espérance de vie et année de vie sans incapacité

Le fait qu'une grande partie des personnes interrogées répondent se trouver en moins bonne santé que leurs parents était étonnant. En effet, l'espérance de vie a gagné près de 7 ans sur les 30 dernières années. En cause étaient régulièrement cités le diabète et l'hypertension pour lesquels des traitements au long cours sont pris. Ces pathologies silencieuses parfois à l'origine d'inquiétude de santé, et pour lesquels disaient-ils leurs parents n'avaient jamais été vus ou suivis. Les personnes âgées rapportaient n'avoir pour ainsi dire jamais connu leurs parents malades, bien qu'ils évoquent le fait que la vie ait été dure. L'espérance de vie n'est alors pas un reflet de la santé vécue et ressentie.

C'est à partir de ces observations que la bibliographie a été approfondie en ce sens et avec elle la notion d'espérance de vie sans incapacité qui apparaît être un élément clef du vécu du soin.

Et en tant que soignant de savoir si parce que l'on peut, on doit, ce qui pourrait faire l'objet d'un autre travail.

F. Prise en charge

L'analyse des verbatims et les récits des personnes rencontrées tout au long de la recherche mettaient en évidence ce comportement d'acceptation face au changement, sans crainte de la perte de savoir-faire lorsqu'une technique nouvelle remplace la précédente (cf. IV.3.J.b.).

La question que l'on peut se poser serait de savoir si ces comportements s'appliquent aussi dans l'organisation sociale. Car il serait important de savoir si la proposition d'alternatives, de schémas de prise en charge de la personne âgée différents ne serait pas à

l'origine, par leur acceptation, de la perte de comportements de santé jusqu'ici appliqués dans les îles éloignées. Il faudrait donc veiller à proposer des alternatives pérennes.

G. Ce qu'il manque

Comme le suggèrent les résultats de l'analyse des verbatims, bien souvent la demande que peuvent formuler les personnes âgées concernant leur prise en charge ne concerne ni les soignants ni les structures mais bien les aides et présences humaines au domicile pour les actes de la vie quotidienne.

La phase de recueil de données a été l'occasion de rencontrer des travailleurs sociaux et paramédicaux en lien avec la prise en charge des personnes âgées au niveau local et territorial. Ont été abordées lors des rencontres les aides aux personnes âgées disponibles compte tenu de la modification des foyers (jeunes partant travailler à la ville, diminution des fratries,...), et notamment le concept d'aidants familiaux rémunérés. Dans les Marquises ce qui était marquant était le retour que ces derniers en faisaient d'une solution délétère pour la prise en charge de la personne âgée. Ils expliquaient même essayer de limiter cette demande en exigeant des aidants qu'ils se forment à Tahiti pour bénéficier du statut et être ainsi rémunérés.

Ce point de vue a été source de grandes interrogations, l'idée d'aider financièrement les enfants à garder leurs parents au domicile ne semblant de prime abord pas si mauvaise dans le contexte étudié, et en tous cas mieux que l'absence d'aidant. Cela a donc fait l'objet de quelques investigations sur le sujet.

Il se trouve que des soignants exerçant dans les Tuamotu sont de la même manière réfractaires à cette mise en place de cette rémunération. Par ailleurs, certains médecins rapportent avoir observé un changement de statut de la personne âgée dès lors que celle-ci est devenue une source de revenus pour la famille (cf. II.3.C.), à l'origine d'abus et de détournement de ses revenus de leur intérêt premier. Plus conceptuellement, la relation parents-enfants évoluant vers celle d'employeur-employé serait-elle vraiment bénéfique dans le maintien du sujet âgé à domicile? C'est un sujet qui pourrait faire l'objet d'études complémentaires.

Quoi qu'il en soit, ce que l'on sait c'est que la rémunération n'empêche pas l'épuisement, et avec cela la réflexion sur les aides les plus pertinentes encore en cours d'élaboration.

H. Rapport au soignant

Les personnes rencontrées ne manifestaient pas de méfiance vis à vis des soignants au cours des entretiens ni en dehors des enregistrements lorsque l'on abordait le sujet. Une seule personne a exprimé un avis négatif concernant un médecin lors d'un entretien. Il ne s'agissait alors pas du traitement, des recommandations ou de la prise en charge de la pathologie mais du fait que le médecin l'ait laissé rentrer au domicile encore très dépendante, légitimé par le fait que son médecin traitant ait dit du mal de ce praticien. Il n'y avait de plus pas de verbalisation de préférence de soignant quant à leur provenance, de la métropole ou de Polynésie, plusieurs personnes expliquaient même préférer les intervenants extérieurs, plus à même de garder une position neutre lors du soin sans que les litiges interpersonnels ou affectant la communauté ne viennent compromettre la relation soignant-soigné. Cette question aurait sans doute pu être posée plus clairement dans la trame d'entretien semi-dirigé afin d'y apporter une réponse claire.

I. Discussion de la transition culturelle

Tôt dans le déroulement des entretiens successifs, il a semblé que le contact avec la ville (y avoir résidé durant sa vie active, y avoir été formé) et la métropole (avoir un parent d'origine métropolitaine) avait très rapidement un impact sur l'expérience du quotidien des personnes rencontrées. Les personnes âgées ayant par exemple vécu leur vie durant sur leur île de naissance semblaient, lorsque les questions abordaient le sujet, moins à même de se projeter dans l'avenir, qui restait inconnu et pour lequel elles n'exprimaient pas de craintes. D'autres traits étaient ainsi plus marqués, comme la difficulté à définir la santé. Cependant ce ressenti au cours des entretiens est difficilement perceptible dans le codage des verbatims, raison pour laquelle il n'est pas mentionné dans les résultats de l'étude.

3. Comparaison bibliographique

Il est toujours difficile de savoir quelle part attribuer à la culture, et quelle part attribuer au contexte dans l'étude de comportements individuels ou communautaires. Ainsi les faits décrits correspondent à la réponse faite du panel étudié, qui ont pu être des comportements partagés par d'autres populations à une période donnée ou par des groupes partageant des caractéristiques similaires en plus des particularités culturelles qui les sous-tendent. Mais elles sont actuelles chez les personnes âgées en milieu isolé en Polynésie Française et c'est bien cet ensemble qu'il faut comprendre. Quel qu'en soit le fondement ces comportements retentissent sur le recours au soin, que nous retrouvons aussi à travers la littérature.

A. Importance de la culture

Plusieurs auteurs rapportent l'importance de l'intégration de connaissances culturelles à toute initiative de santé si on espère des résultats durables dans le temps au sein des communautés du Pacifique. C'est ce qu'évoque notamment Thierry JUBEAU, directeur du département de la santé publique et secrétaire général de la Communauté du Pacifique (CPS) à Nouméa en 2008 ^[17], qui décrit les problématiques de santé comme variées et parfois très spécifiques du fait de l'organisation singulière du territoire.

En effet, malgré quelques travaux ethnologiques, sociaux et culturels sur la Polynésie très peu ont spécifiquement eu lieu en Polynésie Française. On observe cependant des similarités dans de nombreux domaines notamment celui de la santé chez les communautés du Pacifique, soumises à de même contraintes géographiques et en terme de migration de populations probablement issues pour la plupart d'un même peuple navigateur ^[22]. Ainsi déjà il y a 20 ans tentait-on de développer le concept de "healthy islands" (îles en bonne santé) axé sur la promotion de la santé, la prévention et la valorisation des ressources, là où la mise en place de thérapeutiques lourdes est difficile du fait de l'isolement géographique ^[7].

B. Santé et maladie

Une vaste et riche revue de la littérature publiée en 2009 par une équipe néo-zélandaise sur la relation entre culture et santé en Polynésie (toutes nationalités confondues) relatait avec des mots pertinents le concept de santé ^[6], en faisant une entité liée à l'individu et non définie en opposition à la maladie comme le codage a permis de le mettre en évidence dans cette étude qualitative.

Il y est décrit l'exemple des Samoa, où la conception de la santé comme l'absence de maladie serait inappropriée, à la place, la maladie y est considérée comme un inévitable et pourtant important élément perturbateur de la vie et du système social. Les auteurs ajoutent que dans le Pacifique, il se pourrait que la santé soit plus ouvertement considérée comme une ressource sociétale en elle-même, donnant un sens à la place d'un individu et à ses actions dans le contexte de la communauté ^[10].

De la même manière aux îles Samoa et sur les îles Cook, la santé est expliquée comme "fermement intégrée à l'expérience d'être vivant parmi ses proches", et de même la maladie décrite comme une "perturbation de l'ordre social lui-même basé sur les apparentés" ^[18] ce qui se superpose avec justesse aux traits dessinant ces concepts dans les résultats de l'étude.

La littérature confirme donc des éléments clés mis en évidence au cours de l'étude réalisée, que la santé n'est pas définie en opposition à la maladie, mais conçue comme la capacité à prendre part à la vie de la communauté et de la famille, et où dès lors la maladie comme la vieillesse est dépendance, et la santé l'activité pour ou au sein de ces entités.

Aux îles Samoa un concept encore très présent de maladie "conséquence" a été décrit par Kiwi Tamasese en 2005 pour les maladies mentales ^[28]. La maladie mentale serait alors liée à un acte contre un interdit par exemple, ou un comportement antisocial. Cette notion de maladie-conséquence et de l'importance des actes de l'individu, est également perceptible à travers l'analyse des codages de l'étude.

C. Prise de traitements

Comme proposé dans la thèse de Nanethida NOUANESSENGSY, la prise de traitement est bien acceptée par le patient ^[23], ce qui est aussi le cas auprès des personnes âgées de cette étude. Le risque dans les îles demeure le fait que les prescriptions médicamenteuses soient reconduites à l'identique sans en alléger le contenu avec l'avancée

de l'âge. Ainsi reconduites pour une durée indéterminée sans critique de la personne âgée attachée à l'observance, ces prises sont à l'origine de iatrogénie.

D. Médicaments tahitiens/marquisiens

L'étude mettait en avant le fait que l'utilisation des médicaments traditionnels perdure de manière effective, bien qu'un phénomène de perte du savoir par l'abandon de la transmission de génération en génération s'observe. De nombreuses recherches sont actuellement en cours pour tenter de répertorier ces savoirs. Ils font l'objet d'un chapitre dans les Orientations Stratégiques 2016-2025 de la Politique de Santé de la Polynésie Française [16]. En effet bien que interdits pendant de nombreuses années cette parution au Journal Officiel de la Polynésie Française évoque la possibilité d'intégrer ces pratiques après réglementation et contrôle de leur qualité ainsi que de leur innocuité. Elle mentionne aussi la possibilité dans un second temps d'autoriser des tradipraticiens, en faisant un sujet d'actualité de santé publique.

La question se pose cependant de savoir quelles connaissances perdurent et seront utilisées, compte tenu de la perte d'informations depuis plusieurs générations.

E. Prise de décision

Claire Parsons décrivaient en 1985 au Tuvalu le fait qu'en pratique la prise de décision en matière de santé, maladie et traitement, est une "affaire de famille" [25]. Ce que l'analyse des verbatims met en évidence dans le vécu relaté du soin chez les personnes âgées rencontrées. Soulignant ainsi qu'il y ait un réel bénéfice voir une nécessité d'impliquer volontairement la famille dans la prise de décision.

F. Soignants

Le fait abordé dans la discussion des résultats et à développer que l'origine du soignant ne semble pas être un frein au recours au soin peut être comparable à l'observation faite par Kathrin L. Braun. Son étude évaluait une intervention basée sur la culture pour le dépistage

du cancer colorectal. Elle rapportait qu'il n'y avait pas de meilleure observance que l'information adaptée soit faite d'un côté par un praticien d'origine hawaïenne ou un patient guéri, ou de l'autre par une infirmière non-hawaïenne, bien que cette étude présente de nombreuses limites ^[2]. Seul le fait que l'information en elle-même soit adaptée à la compréhension de la culture présentait un avantage.

Une étude conduite en parallèle en Polynésie Française et au Québec en 2004, portait sur les particularités de l'exercice du soin infirmier en milieu isolé ou semi-éloigné dans le but d'adapter la formation des soignants amenés à y travailler. Bien que la méthodologie, à cheval entre le qualitatif et de quantitatif dans la constitution du panel et les difficultés de terrain présentent des biais, elle demeure cependant pertinente dans ces résultats. Les soignants interrogés rapportent en Polynésie Française des particularités culturelles rendant difficile leur pratique, qu'ils définissent comme un "*fatalisme*" et décrivent l'évocation de Dieu. Ils donnent l'exemple de la mort accidentelle d'un proche, acceptée et relatée par les polynésiens comme ce qui "*devait advenir*" ou encore comme le fait que "*Dieu a décidé de le reprendre*" en contradiction avec leurs références occidentales ^[1]. Ces particularités décrites par les soignants ressortent aussi fortement des entretiens menés auprès des personnes âgées. On observe que ces spécificités sont à l'origine d'une incompréhension du soignant, mais pourvoyeuse de peu d'angoisse pour les personnes rencontrées. L'étude de 2004 insiste alors sur l'importance d'une formation spécifique des soignants à l'exercice de ces fonctions, notamment "*acquérir les connaissances spécifiques [...] de la communauté incluant une approche anthropologique*", ce qui prend sens dans l'étude actuelle.

G. Craintes en matière de santé

Une étude quantitative de grande envergure a été réalisée en France métropolitaine par l'INPES sous la direction de Christophe Leon et François Beck au sujet des comportements de santé des 55-85 ans ^[21]. Il y est question des connaissances des individus sur leur santé, et de leurs craintes parmi d'autres thèmes, il s'agit d'une étude quantitative. Cette analyse rapporte le fait qu' "*après ajustement, il apparaît qu'avoir un faible niveau de diplôme s'avère étroitement lié à un niveau de crainte plus élevé*" or ce qu'il ressort de l'étude présente est un faible taux de craintes chez les personnes interrogées concernant leur avenir et leur santé, personnes pour la grande majorité n'étant pas détentrice d'un diplôme.

Ainsi selon les résultats de l'INPES un *“faible niveau de diplôme, une perception négative de sa situation financière et une incapacité physique (maladie chronique ou limitation fonctionnelle) sont des facteurs qui contribuent à un niveau de crainte plus élevé.”* On observe donc une tendance drastiquement différente à travers les entretiens réalisés pour l'étude.

L'étude réalisée n'étant pas quantitative les parallèles sont difficiles, néanmoins la tendance diverge des résultats obtenus par l'INPES où une personne sur deux parmi les 45-65 ans rapportent des craintes en rapport avec leur santé, et à peine une sur six parmi les personnes rencontrées.

Cependant cette étude quantitative rapporte quand même une diminution des craintes en matière de santé dans la tranche la plus âgée de la population par rapport notamment aux 55-64 ans qui sont les plus inquiets. Il se peut que le fait que l'étude présente ne porte uniquement sur les plus de 70 ans la rapproche de ces résultats.

H. Vécu du soin en milieu isolé

Une revue de la littérature qualitative (en Ontario, Canada hors Ontario, Australie et Angleterre) s'est intéressée aux avantages et désavantages dont les patients atteints de maladies chroniques vivants en milieu isolé font l'expérience dans le vécu du soin sur place et lors d'accès à des structures de soin plus urbaines. Les populations étudiées étant très différentes de celle de l'étude les résultats de ce recueil ne sont pas comparables à cette dernière de façon parallèle et relève d'importantes oppositions. Cependant certains comportements regroupés sous le nom de « culture rurale » dans cette analyse^[3] recourent ce qui a pu être observé sur le terrain lors des rencontres.

Ainsi est décrit un phénomène de « self-reliance » ou autosuffisance, autonomie, par lequel le patient chronique se prend en charge et gère de façon autonome sa maladie. Ce comportement, que l'on retrouve dans ce qui est décrit dans l'analyse sous le nom de « responsabilité individuelle » et encourage selon les auteurs l'autogestion des maladies chroniques permettant aux individus de diminuer le sentiment de vulnérabilité^[5, 30].

Est aussi décrit le sentiment d'appartenance à une communauté qui là encore réduit celui de vulnérabilité. Ce lien à la communauté est ainsi une source de soutien dans la maladie, mais aussi nous l'avons vu dans la vieillesse^[3]. Cette notion peut faire écho à ce que décrit l'analyse par « responsabilité collective ».

Ces deux dernières composantes ont un impact positif sur la prise en charge de la personne malade chronique (diabète, infarctus du myocarde). La revue de la littérature suggère ainsi que les leviers que sont l'autosuffisance et l'appartenance à la communauté puissent être des outils à développer dans ces régions afin de palier à l'offre de soin plus restreinte, afin d'en dispenser une plus adaptée et personnalisée. C'est un concept superposable aux vues des résultats de l'étude.

I. Mise en place des initiatives de santé

Heather Young Leslie remarquait en 2002 que la pratique liée à la culture va au-delà de la simple traduction de message de promotion de la santé de types occidentaux en message didactique ^[32]. Selon l'auteur, la clef vers la promotion de la santé et pour comprendre la véritable transition en matière de santé vient du travail à accomplir localement avec des membres de la communauté, et leurs idiomes, plutôt que d'essayer de les contourner. L'étude a mis en évidence que les personnes âgées rencontrées sont effectivement demandeuses de présence, d'aides à la vie quotidienne mais pas forcément soignantes, et volontaires dans leur prise en charge avec une certaine responsabilité individuelle de leur santé. L'étude a aussi fait apparaître le paradoxe entre espérance de vie (croissante) et ressenti de santé (moins bonne que les générations passées) intégrant la notion d'espérance de vie sans incapacité au centre des objectifs. L'importance d'axer le soin sur la prévention, et de développer le concept de *Healthy Islands*, ou îles et santé prend alors beaucoup de sens dans cette population. Les acteurs locaux, tant dans l'aide au domicile que pourvoyeurs de messages de promotion de la santé peuvent être une solution à envisager. Cette démarche s'intègre dans le développement de la promotion de la santé, mesures de plus en plus évaluées y compris en France métropolitaine, mais où l'articulation entre recherche et implications pour la pratique via la formation reste à mettre en place ^[11].

RÉSUMÉ DE LA COMPARAISON BIBLIOGRAPHIQUE

On constate alors que plusieurs caractéristiques décrites dans les résultats de l'étude chez les personnes âgées rencontrées corroborent des notions observées dans d'autres études sur les populations du Pacifique tout âge confondu ce qui appuie la validité de ces éléments.

Il est tout de même important de souligner que les études citées portent sur des îles du Pacifique telles que les îles Cook, Fidji ou Tonga, mais aucune sur la Polynésie Française. Cette étude est ainsi la seule du genre à décrire des comportements de santé chez le sujet âgé entre culture et contexte en Polynésie Française. Digne d'intérêt est aussi de constater que ces comportements sont partagés par des communautés différentes, de nationalités différentes, "unies plus que divisées par le plus grand océan du monde"¹⁰. C'est le cas de la conception de la santé et de la maladie, non en opposition l'une à l'autre mais bien de la santé comme statut, d'être capable de prendre part à la vie de la communauté et de la famille et la maladie synonyme de dépendance. C'est aussi le cas de la maladie "conséquences" d'actes antisociaux ou interdits.

La notion de "fatalité" rapportée par des soignants, acceptation de la mort même brutale est de même un élément fondamental et récurrent que l'on retrouve clairement dans la recherche qu'il faut savoir appréhender.

Concernant le sujet âgé plus spécifiquement, en comparaison avec l'étude réalisée en France métropolitaine des similarités apparaissent, mais aussi de nettes différences. Le faible niveau de diplôme ne semble pas être à l'origine de plus grande crainte dans cette population. Cependant on peut estimer que les résultats se rejoignent pour dire qu'avec l'avancée de l'âge les craintes diminuent. Il existe donc peut-être des comportements liés à la tranche d'âge.

Les personnes rencontrées décrivent de plus des comportements superposables à ceux observés dans des communautés très différentes (Canada, Etats-Unis,...) soumises aux mêmes contraintes que sont celles de milieu isolé, comme nous nous posions la question en entamant cette étude. Ainsi la responsabilité individuelle de santé et l'appartenance à la communauté sont des concepts importants sur lesquels peuvent s'appuyer des interventions de santé et de prévention dans ces territoires spécifiques.

Enfin d'autres concepts importants mis en évidence dans l'étude, tel que le concept de travail, l'acceptation de l'évolution de la technique et la perte de la transmission de certains savoirs, l'importance des personnes âgées de mourir chez soi et l'attachement à la terre ou encore certains déterminants du refus du soin sont absents de la littérature parcourue.

4. Ouvertures

A. Travail au schéma directeur de la politique publique de prise en charge des personnes âgées en Polynésie Française

2017 a été l'année de remise à jour du schéma directeur de la politique publique de prise en charge des personnes âgées en Polynésie Française, coordonnée par le pays. Aucune étude n'ayant été faite sur les conditions de vie des personnes âgées et le soin en Polynésie Française sinon les recensements. Cette étude pilote a permis de répondre à des interrogations et discuter de la mise en place de mesures sanitaires et sociales pour les personnes âgées des archipels autour des problématiques évoquées (cf. II.3.). L'investigateur a ainsi été consulté à titre de personne ressource pour la rédaction des axes de travail, notamment concernant les personnes âgées des îles.

Plusieurs points ont donc été portés à la connaissance des responsables et personnes impliquées dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées au niveau du territoire. D'autres ont été discutés avec l'éclairage apporté par les résultats de l'étude.

Parmi les éléments discutés l'on peut citer :

- La demande formulée par les personnes âgées d'**aide à la vie** quotidienne et non de moyens médicaux supplémentaires, d'auxiliaires de vie pour les actes du quotidien plus que de soignants
- Le fait que ces derniers soient **satisfaits de l'offre de soins primaires** dispensée sur leur île quel qu'en soit les termes (médecin privé, dispensaire ou infirmière)
- La réticence d'acteurs médicaux et sociaux exerçant dans les archipels concernant la mise en place d'une rémunération de l'**aidant familial**, cette mesure pouvant être selon eux délétère et l'expliquer
- Mieux faire connaître les aides notamment financières accessibles aux aidants familiaux pour réhabiliter leur domicile lorsqu'ils hébergent une personne âgée
- La création d'une **équipe de gérontologie** multidisciplinaire sur Tahiti avec un objectif de formation des acteurs locaux : à l'évaluation et l'aménagement de l'habitat, à la sensibilisation des soignants sur les particularités du sujet âgé, à la réévaluation effective des ordonnances pour **limiter la iatrogénie dans les archipels**

- La volonté exprimée des personnes âgées de demeurer sur leur île pour la **fin de vie**
- L'importance de favoriser le maintien à domicile comme solution dans un environnement aux contraintes décrites, lorsque la création de maisons de retraite archipélagique a été évoquée, synonyme d'abandon de leur île pour les personnes âgées
- L'idée d'**aidant partagé** : tierce personne fournissant une aide à la vie courante en vue du maintien à domicile, pouvant se rendre chez plusieurs personnes âgées et rémunérée comme aide à domicile
- Dans ces territoires insulaires où responsabilité individuelle et responsabilité collective de santé sont présents, **s'appuyer sur ces comportements** en les valorisant pour développer la promotion de la santé et la cohésion autour de la place de la personne âgée dans la famille
- Ne pas méconnaître l'**organisation des foyers**, où plusieurs générations voir plusieurs noyaux familiaux cohabitent sous le même toit dont la personne âgée fait partie afin de valoriser les liens intrafamiliaux : concept ancestral de "lit" autour duquel les petits-enfants viennent écouter les histoires, petits-enfants qui assument par la suite la charge des grands-parents

En pratique, les directives décidées feront l'objet de la stratégie de politique publique de prise en charge des personnes âgées en Polynésie Française.

B. Information à destination des soignants et formation

Il a été proposé que les résultats de cette étude permettent la réalisation d'une information adaptée aux soignants amenés à travailler en Polynésie Française, auprès des personnes âgées en milieu isolé ou insulaire. Il s'agissait de lister, d'expliquer, des comportements de soin divergeant des habitudes des soignants de formation métropolitaine afin de permettre une meilleure compréhension soignant-soignés dans les îles.

Des idées fortes à l'attention des médecins, internes et soignants qui seront de plus en plus amenés à prendre en charge cette population dans les années à venir se dégagent des résultats de l'étude, tels que :

- L'importance d'**impliquer la famille** dans la prise en charge médicale des personnes âgées, pour lesquelles la prise de décision est souvent déléguée
- Entendre **la volonté de fin de vie à domicile** exprimée et préférée par ces dernières pour y mourir, savoir qu'elle est présente pour de nombreuses d'entre elles et peut faire obstacle au soin si non anticipée
- Utiliser **le terme de travail** à bon escient et connaître les implications conceptuelles de l'arrêt de celui-ci pour les personnes âgées
- Comprendre que **la santé** puisse être faite statut caractérisant un sujet, d'activité et de participation à la vie de la communauté ou de la famille, et non une entité définie comme l'absence de maladie
- Appréhender les **phénomènes qui sous-tendent le refus du soin** chez les personnes âgées des îles : d'un côté le refus de soin lorsque l'individu se considère suffisamment âgé pour avoir fait son temps, exprimant n'avoir plus le besoin de thérapeutiques et préférant s'éloigner de celles-ci pour ne pas risquer de décéder loin de chez lui, et de l'autre la peur des actes invasifs et chirurgicaux à l'origine de refus de prise en charge ou de perdus de vue
- Prendre conscience de l'**impact de la parole du médecin** et du fait que celle-ci n'est pas remise en cause
- Avoir des notions de l'**organisation des foyers** et de la famille autour de la personne âgée
- Comprendre que la proposition d'autres outils peut entraîner la **perte d'un savoir** ou de comportements de santé
- Avoir conscience des **alternatives** encore utilisées telles que les médicaments tahitiens ou marquisiens dans la prise en charge des maux par la population rencontrée

C. Ouverture de recherche des axes de la discussion

Certaines questions évoquées dans la discussion des résultats pourraient bénéficier d'investigations afin d'y apporter réponse.

C'est le cas notamment concernant les solutions proposées pour le maintien des personnes âgées à domicile de rémunérer l'aidant familial, il pourrait être intéressant d'évaluer la manière dont cela est vécu, pour la personne âgée et pour l'aidant, avec le risque de bascule des rôles : mère-fille/soignant-soigné/employeur-employé.

Il pourrait être pertinent d'évaluer l'impact de l'environnement (contact avec la ville et la métropole) sur la modification du vécu et l'évolution des pratiques, évoquées dans la discussion mais non recherché dans cette étude descriptive. La transition culturelle s'opérant rapidement.

N'ont pas été abordées non plus les caractéristiques des soignants que les personnes âgées en milieu insulaire pourraient souhaiter afin d'établir une relation de confiance. Il n'a pas été recherché si des comportements, origines, habitudes des soignants pouvaient faire obstacle à cet aspect relationnel et influencer le vécu du soin. Ce que l'on peut dire c'est que l'origine du médecin ne semble pas être un obstacle au recours au soin dans l'étude ni dans les entretiens entourant celle-ci, corroborant certaines données de la littérature ^[2]. Cependant cela pourrait profiter de plus amples investigations.

L'étude mettant en avant deux phénomènes que sont l'intérêt porté par les personnes âgées aux recommandations des médecins et la notion de responsabilité individuelle où le sujet est acteur de sa santé, il pourrait être pertinent de favoriser et d'évaluer les actions de promotion de la santé chez ces populations, comme l'envisage le concept de Healthy Island proposé par l'OMS.

L'année prochaine une étude similaire à l'objet de cette thèse va être conduite sur l'île de Moorea à plus grande échelle dont il sera intéressant de suivre les résultats.

RÉSUMÉ DES AXES DE RECHERCHES OUVERTS PAR CE TRAVAIL

Le sujet de l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée est vaste et complexe, mais devient chaque jour une problématique de santé publique plus présente. De nombreux axes de recherches peuvent être envisagés à partir de ce travail ou complémentaire à celui-ci afin de mieux comprendre et mieux soigner. Le but étant, encore une fois, de "donner de la vie aux années".

L'intégration de la culture dans la compréhension des comportements de santé et l'utilisation de ces leviers pour la mise en place de solutions pérennes devrait être recherchée plus qu'ignorée et c'est actuellement une volonté pour l'avenir. L'étude de cette

population ouvre le champ à de nombreuses problématiques conceptuelles et éthiques qui gagneraient à être évaluées par des études de terrain.

Le maintien de la personne âgée à domicile semble être l'axe de travail le plus pertinent en contexte insulaire. Le but est alors de le valoriser. Par une préservation de la place de la personne âgée dans la famille, porteuse d'une tradition orale en lien avec les petits-enfants, mais aussi en soutenant matériellement et financièrement les parents en charge de leurs proches. La rémunération de l'aidant familial est un sujet non consensuel. La proposition d'aidant partagé, personne de la communauté locale formée aux particularités du sujet âgé se rendant au domicile pour une aide à la vie quotidienne et se partageant entre plusieurs familles est une option envisagée. Source d'emploi et extérieur au cercle familial qui a un regard sur ces aides, afin d'éviter les détournements, et l'épuisement des aidants. Le but étant de renforcer la cohésion au niveau local, d'éviter l'épuisement d'un aidant rendu unique par l'exode des jeunes générations vers la ville et d'aider celui-ci par des moyens concrets (financement de réfection des sanitaires, réhabilitation du domicile, auxiliaire de vie,...), afin de permettre la fin de vie à domicile, bien souvent souhaitée par les personnes âgées.

VI. CONCLUSION

Entre modernité et tradition dans un monde en transition, la personne âgée est au cœur des évolutions et des problématiques de santé. Cette étude qualitative avait pour objectif de rechercher l'existence de particularités chez le sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française, influençant le recours au soin et son vécu. Les entretiens, riches par leur contenu, ont permis d'appréhender des comportements de soins singuliers et complexes, liés à la culture, au contexte géographique et à l'âge, apportant les réponses aux questions posées.

Ce travail a mis en exergue plusieurs concepts forts relatifs au soin, celui de la santé, de la maladie et de la vieillesse, du travail et de la dépendance, aux définitions distinctes. Ces différences sémantiques et aspects du vécu peuvent être à l'origine d'un fossé dans la compréhension soignant-soigné ou dans le recours au soin, comme autant d'obstacles. Il en va ainsi de la santé, définie comme un statut d'une capacité à travailler et non en opposition à la maladie, du statut de malade ou de personne âgée comme la perte de cette capacité et l'entrée dans la dépendance, ou du concept de travail dont les implications au-delà du simple mot sont indissociables de celui-ci.

Pour autant ces comportements sont également des leviers pouvant avoir un impact positif sur la prise en charge, et être encouragés dans le cadre de la promotion de la santé. C'est le cas des concepts de responsabilités individuelle et collective de santé.

Le rapport à la vie, à la mort et au religieux, à l'image de l'acceptation souvent interprétée comme un fatalisme peuvent être à l'origine d'un sentiment d'incompréhension des soignants. Ils doivent cependant être entendus. Le refus du soin revêt ainsi deux aspects, la notion de temps révolu exprimée par le sujet âgé pour lequel les soins n'ont alors plus lieu d'être, et la peur des actes invasifs à l'origine de perdus de vue.

L'organisation de la famille autour de la personne âgée et le lien étroit que celle-ci entretient avec ses petits-enfants et enfants adoptés a pu être observé et décrit. Tout comme le

rapport au soignant et la confiance portée à ses jugements. On individualise alors un comportement lié au soin par lequel la personne âgée ne se fait pas maîtresse de la prise de décision, et la remet à la concertation des enfants ou du médecin traitant.

Ce travail a de plus permis de mettre en évidence que les comportements de santé passent encore régulièrement par l'utilisation des médicaments tahitiens ou marquisiens, ra'au tahiti, bien que cela semble tendre à diminuer. Il est acquis que l'utilisation des traitements médicamenteux conventionnels contre-indique le recours à ces derniers, raison pour laquelle la plupart des personnes âgées prenant des traitements au long cours (diabète, hypertension,...) en limite la prise. Originellement, une famille détient la connaissance d'un ou plusieurs médicaments soignants des maux spécifiques et la transmet de façon orale de père en fils ou de mère en fille. Les membres de la communauté se rendent chez une famille afin d'obtenir le remède pour une pathologie en cours et chaque famille détient les siens. Cette étude met cependant en lumière la perte d'un savoir dans l'interruption de la transmission de génération en génération. Les traitements médicamenteux conventionnels bénéficient d'une opinion positive des personnes âgées, qui considèrent qu'ils remplacent les médicaments tahitiens et ne manifeste aucune critique vis à vis de cette perte de ce savoir.

L'évolution est de la sorte acceptée par les personnes âgées rencontrées dès lors qu'une alternative existe, sans opinion négative quand bien même celle-ci se fait au prix de la perte d'un savoir-faire. On observe néanmoins une inquiétude vis à vis des changements lorsque ceux-ci sont à l'origine de problématiques nouvelles : modification de l'alimentation, conjuncture économique pour les générations à venir.

Ces notions ont permis d'initier une démarche intégrative, de compréhension du sujet âgé vivant en milieu isolé en Polynésie Française. Les attentes exprimées par ces derniers concernent avant tout l'aide à l'autonomie, plus humaine que matérielle par la présence d'aide au domicile pour les actes de la vie quotidienne. Ils semblent satisfaits des moyens médicaux disponibles quel que soit le soignant dispensant les soins primaires (médecin en

dispensaire, médecin privé, infirmière), et l'accès aux EVASAN. Les EVASAN sont perçues favorablement lorsqu'il s'agit d'assurer le suivi d'une prise en charge spécialisée, ou pour des pathologies intercurrentes nécessitant l'accès au plateau technique. Elles font l'objet du refus de soin chez le sujet âgé si celui-ci considère avoir fait son temps, manifestant alors le souhait de rester chez lui. Elle sera refusée en cas de pathologie engageant le pronostic vital afin de rester mourir au domicile.

La comparaison bibliographique a permis de rapprocher certains des concepts isolés par l'étude aux comportements déjà décrits dans d'autres populations du Pacifique, d'autres, à ceux de communautés soumises aux mêmes contraintes en termes d'isolement en rapport à l'accès au soin.

Ce travail a permis d'ajuster les objectifs de la politique publique de prise en charge des personnes âgées en Polynésie Française concernant les archipels par la présentation des résultats aux cours des réunions en établissant les directives.

Il ouvre la voie à de plus amples investigations, notamment en matière de promotion de la santé mais aussi de communication appropriée entre soignants et soignés, incontournables chez cette population. Elle m'a fait m'interroger sur le bien fondé de la volonté d'un soignant lorsque celle-ci se heurte à celle du soigné. Réapprendre les mots et leurs poids. Et permis d'entrevoir les possibles de l'utilisation de comportements existants pour améliorer leur prise en charge.

L'étude montre aussi une population fragile, par le risque de perte de comportements positifs de santé au profit d'alternatives non pérennes.

De nombreux axes de recherche restent à explorer, et avec eux l'avancée vers une meilleure compréhension des comportements de soin afin d'optimiser la prise en charge grâce et avec les données du terrain.

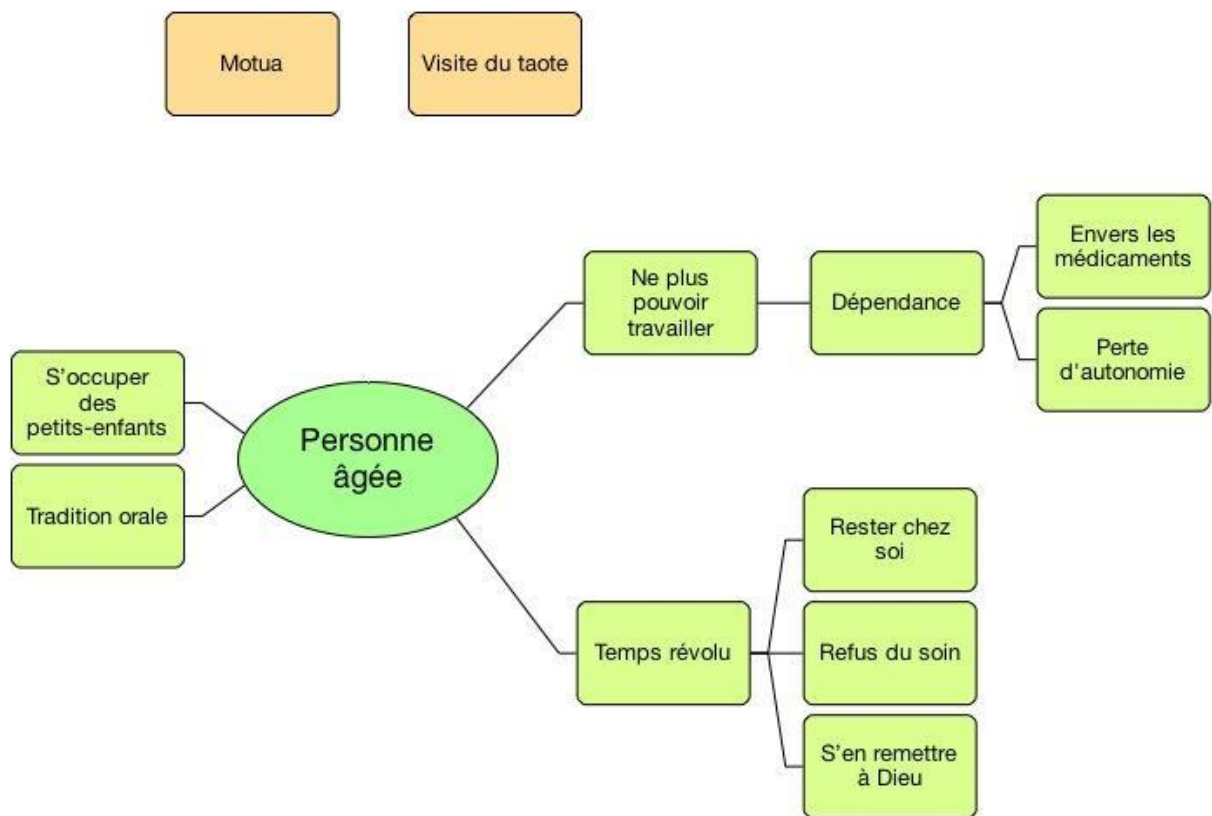


Figure 10 : La personne âgée

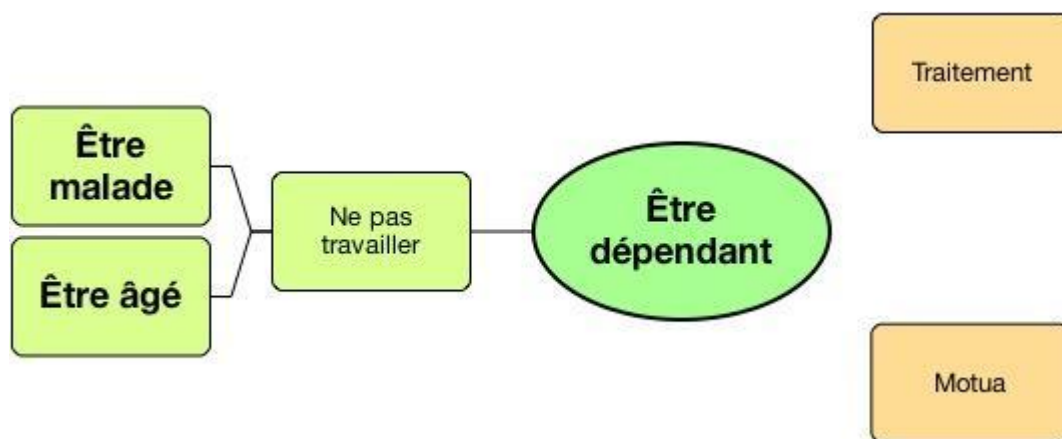


Figure 11 : Dépendance

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Berteloot G, Gagnayre R, d'Ivernois J-F. L'exercice infirmier dans un contexte d'isolement géographique. Implications pour la formation. *Santé Publique*. 2008;16(2):239-50.
2. Braun KL, Fong M, Kaanoi ME, Kamaka ML, Gotay CC. Testing a culturally appropriate, theory-based intervention to improve colorectal cancer screening among Native Hawaiians. *Preventive medicine*. 2005;40(6):619–27.
3. Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, Vanstone M, Winsor S, Smith A. Chronic Disease Patients' Experiences With Accessing Health Care in Rural and Remote Areas: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 2013;13(15):1.
4. Caisse de Prévoyance sociale. Vous avez 60 ans et plus [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.cps.pf/espace-assure/droits-et-demarches/par-situationpersonnelle/vous-avez-60-ans-et-plus>
5. Caldwell P, Arthur HM, Rideout E. Lives of rural women after myocardial infarction. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*. 2005;37(1):54–67.
6. Capstick S, Norris P, Sopoaga F, Tobata W. Relationships between health and culture in Polynesia – A review. *Social Science & Medicine*. avril 2009;68(7):1341-8.
7. Dever GJ, Finau SA. The Yanuca Island declaration: Pacific health in the twenty-first century. *Pacific Health Dialog*. 1995;2(2):70–4.
8. Direction de la Santé Publique. Rapport annuel 2016 d'activités de la Direction de la Santé Publique (D.S.P) [Internet]. Direction de la Santé Publique; 2016 [cité le 26 septembre 2017]. Disponible sur : <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/08/Rapport-annuel-2016-dsp.pdf>
9. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*. mars 2004;10(1):79-86.
10. Drummond W, Va'ai-Wells O. Health and human development models across cultures. Palmerston North: Nagare Press; 2004.

11.

Fayard A, Marchand A-C. La place de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé dans le système de santé français. *Promotion & Education*. 2008;15(1_suppl):31-4.

12.

Gouvernement.fr. Espérance de vie [Internet]. [cité 27 août 2017].

Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr/indicateur-esperance-de-vie>

13.

Hau'Ofa E. Our sea of islands. In : Hau'Ofa E, Waddel E, Naidu V ; University of the South Pacific School. *A new Oceania: Rediscovering our sea of islands*. Suva, Fidji : School of Social and Economic Development, The University of the South Pacific in association with Beake House; 1993. p. 2-16.

14.

Institut de la statistique de la Polynésie Française. Synthèses locales [Internet]. [cité 27 août 2017].

Disponible sur : <http://www.ispf.pf/bases/Recensements/2012/SynthesesLocales.aspx>

15.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Vieillir en bonne santé [Internet]. [cité 27 août 2017].

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/bien-veillir/index.asp>

16.

Journal Officiel de la Polynésie Française. La politique de santé de la Polynésie Française orientations stratégiques 2016-2025 [Internet]. Assemblée de la Polynésie Française; février 2016 [cité 20 mai 2017]. Report No.: Délibération n°2016-11.

Disponible sur : <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101353/122067/F-2066324806/FRA-101353.pdf>

17.

Jubeau T. Enjeux sanitaires et priorités de santé dans le Pacifique. *Revue hospitalière de France*. 2008;(525):64-8.

18.

Laing P, Mitaera J. Samoan and Cook Islanders' perspectives on health. In : Spicer J, Trlin A, Walton JA, Eds. *Social dimensions of health and disease in New Zealand : New Zealand perspectives*. Palmerston North : Dunmore Press; 1994. p :204-18.

19.

La Ruche G, Mallet HP, coordinateurs scientifiques. Numéro thématique : Polynésie française : une situation épidémiologique particulière [Internet]. *Bull Epidémiol Hebd*. 22 décembre 2009;(48-49-50):497-528. [cité 20 mai 2017].

Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/48_49_50/index.htm

20.

Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. Louvain-la-Neuve : De Boeck; 2014 [cité 27 août 2017].
Disponible sur : <https://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/172944>

21.

Léon C, Beck F, dir. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010 [Internet]. Saint-Denis : Inpes ; 2014 [cité 27 août 2017].
Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportementssante-55-85/pdf/sentiment-information-craintes.pdf>

22.

Levison M. Ward RG, Webb JB. The settlement of Polynesia: a computer simulation [Internet]. Canberra : Australian National University Press; 1973 [cité 27 août 2017].
Disponible sur : <https://openresearchrepository.anu.edu.au/handle/1885/114825>

23.

Nouanesengsy N. Prescrire des médicaments en médecine générale : que nous suggèrent les patients de Polynésie Française ? [Internet]. Thèse de Médecine, Lille : Université Lille 2 Droit et Santé; 2016 [cité 20 mai 2017].
Disponible sur : <http://pepite-depot.univlille2.fr/nuxeo/site/esupversions/37397642-9561-440a-9b33-1e57eb0c9e9f>

24.

Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948». [Internet]. [cité 27 août 2017].
Disponible sur : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

25.

Parsons CDF. Healing practices in the South Pacific [Internet]. Hawaii : Institute for Polynesian Studies; 1995 [cité 27 août 2017].
Disponible sur :
<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=KhwukAp7jSsC&oi=fnd&pg=PR12&dq=Healing+Practices+in+the+South+Pacific&ots=YY5liKETfF&sig=ndISqQhYmtoTyU5kX1wlxselwoI>

26.

Raby F-X. Modernisation des soins primaires en Polynésie française : mise en place de la télésanté dans les îles isolées [Internet] Thèse de Médecine, Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2013 [cité 8 sept 2017].
Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/145/>

27.

Tahiti Tourisme. Les religions en Polynésie Française [Internet]. [cité 27 août 2017].
Disponible sur : <http://www.tahiti-tourisme.fr/index.php?id=3577>

28.

Tamasese K, Peteru C, Waldegrave C, Bush A. Ole Taea Afua, the new morning: a qualitative investigation into Samoan perspectives on mental health and culturally appropriate services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(4):300–9.

29.

Tekuataoa T. Nécessité de la mise en place d'un réseau de santé publique dans les archipels polynésiens. Thèse de Médecine, Toulouse : Université de Toulouse 3 Paul Sabatier; 2004.

30.

Utz SW, Steeves RH, Wenzel J, Hinton I, Jones RA, Andrews D, et al. « Working Hard With It »: Self-management of Type 2 Diabetes by Rural African Americans. *Family & Community Health*. 2006;29(3):195–205.

31.

Yen Kai Sun L, Ghosn W, Rey G. Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010 et tendances évolutives de 1984 à 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(10):183-95.

32.

Young LH. Producing what in the transition? Health messaging and cultural constructions of health in Tonga. *Pacific health dialog*. 2002;9(2):296–302.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Trame d'entretien, première version

ENTRETIEN SEMI DIRIGE – PATIENT AGE

1. Quelles sont les circonstances/situations/motifs pour lesquels vous consultez **en pratique** ?
 - Combien de fois par mois/an ?
 - Comment s'organise le **suivi** (diabète/HTA) ?
 - Avez-vous des **alternatives** ici ? (médecine traditionnelle, croyances)
2. Quelles situations constituent pour vous une **urgence** à recourir aux soins ?
 - Comment faites-vous dans ces situations-là?
 - Et s'il on vous propose une évacuation sanitaire comment réagissez-vous ?
3. Quels sont les **difficultés**/obstacles que vous rencontrez pour vous soigner ?
 - Qu'est-ce qu'il manque selon vous ?
 - Refus/demanda de soins ?
4. Comment définiriez-vous votre **santé** actuellement ?
 - Par rapport à celle de vos parents au même âge ?
 - Citer 3 choses qui contribuent à votre bonne santé / 3 choses qui y portent atteinte
 - Quelles sont vos **crain**tes par rapport à votre santé ?
5. Comment vous imaginez-vous dans 5 ans/10 ans ?
 - Où vivrez-vous ? Iriez-vous en structure adaptée ?
 - Que souhaiteriez-vous pour l'avenir ?

CARACTERISER L'ECHANTILLON

Âge

H/F

Situation familiale + nombre d'enfants

Profession avant la retraite

Lieu de vie (domicile personnel, domicile des enfants,...)

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON A RECUEILLIR
TAPA'O (HURU) TA'A'E O TE HOHO'A (TUHA'A) ITI E RAVE (TAPE'A) MAI

Âge Matahiti

H/F Tane/Vahine

Situation familiale + nombre d'enfants Orara'a utuafare / Rahira'a tamarii

Profession avant la retraite Ohipa hou te fa'atuha'ara'a

Lieu de vie (domicile personnel, domicile des enfants,...)

Vahi nohora'a (no'u iho, no te mau tamarii)

Bonjour,

Je m'appelle Lucille Chauveau, je suis médecin, je fais une étude pour ma thèse sur les personnes âgées polynésiennes et souhaite vous interroger sur vos habitudes de soins. Si vous acceptez, pourriez-vous vous décrire et me dire qui vous êtes, votre âge, où vous habitez, votre situation et composition familiale, et si vous avez occupé un emploi ?

Ia ora na,

O vau nei o Lucie Chauveau, e taote vau, te rave nei au i te ma'imira'a no ni'a i te tumu o te feia paari 'e te hinaaro nei au e uiui atu ia outou i te huru o to outou mau rapa'uraa.

Ia faarii outou, e ti'a anei ia outou i te fa'a'ite i to outou huru, o vai outou, te matahiti, to outou nohora'a, te mau mero i roto i te utuafare 'e mai te peu e, ua rave ana'e na outou i te ohipa.

Cette enquête est anonyme et l'enregistrement de notre conversation respectera le secret, vous pouvez parler de tout. Elle n'a aucune conséquence sur la suite de vos prises en charge ou vos choix.

E titorotorora'a huna teie 'e te haruharura'a o ta tatou taua'apara'ura'a e vai noa i roto i te hunara'a, e ti'a ia outou i te fa'a'ite i te mau huru parau ato'a. Aita roa te reira e ha'ape'ape'a noa a'e i ni'a i te tuha'a e fana'ohia e outou aore ra i ta outou i ma'iti i muri a'e.

Ensuite je vous poserai quelques questions plus précises, mais à tout moment vous pourrez ajouter ce qui vous semble important.

I muri i te reira, e aniani atu ia vau ia outou ia pahono ti'a mai i te tahi mau uira'a, tera rā, e ti'a roa ia 'outou i te 'amui faahou mai i te tahi mau mana'o faufa'a.

QUESTIONS DE RELANCE

1. Quand vas-tu voir le Taote en pratique ?
 - Combien de fois par mois/an ?
 - Comment fais-tu pour y aller ? Combien de temps ?

- Et si tu ne peux pas le voir quelles sont tes **alternatives** ici ? Qu'est-ce que tu peux faire d'autre ?

1-E aha mau te taime 'oe e haere ai e farerei i te taote ?

E hia taime i te 'ava'e / matahiti ?

E nahea 'oe i te haere e farerei i te taote ? E hia roara'a (taime) ?

Mai te mea e, eita e nehenehe ia 'oe i te tere e farerei i te taote, e aha ia ta 'oe opuara'a i reira ? E aha atu ta 'oe e nehenehe i te rave ?

2. Que signifie pour toi être en bonne **santé** ?

- Quand tu es malade, qu'est-ce que cela implique ?
- Que penses-tu de ta santé par rapport à celle de tes parents au même âge ?
- Qu'est-ce qui permet d'être en bonne santé (citer des choses) ? Qu'est-ce qui pour toi t'empêche de rester en bonne santé ?

2-E aha te aura'a no 'oe : tupu maita'ira'a, ora maita'ira'a

Ia ma'ihia 'oe, e aha te tupu i muri mai ?

E aha to 'oe mana'o no ni'a to 'oe ea ia faitohia i te ea o to 'oe mau metua ?

Na vai e horo'a mai i te ho'e orara'a maita'i (a fa'a'ite mai i te tahi mau tumu)

E aha, i to 'oe hi'ora'a, e 'opani (fa'a apiapi) i te ho'e orara'a, tupura'a maita'i ?

3. Quelles situations constituent pour toi une **urgence** ?

- Comment fais-tu dans ces situations-là ?
- Que penses-tu d'aller à l'**hôpital** (EVASAN) ? Pourquoi ne veux-tu pas y aller ?

3-I to 'oe mana'o, e aha te mau fa'anahora'a rū ?

E aha ta 'oe ohipa e rave i mua i te rūra'a ?

E mana'o anei ē e tere i te fare ma'i ? No te aha 'oe e 'ore ai e haere i te fare ma'i ?

4. Que penses-tu des **médicaments** ?

- De prendre des médicaments tous les jours ?
- Et les ra'au tahiti ?

4-E aha to 'oe mana'o i ni'a i te mau ra'au ?

I te ravera'a i te ra'au i te mau mahana ato'a ?

E to 'oe mana'o i ni'a i te ra'au tahiti ?

5. As-tu des **crain**tes ou non par rapport à ta santé, pour aujourd'hui ? Pour demain ?

- Qu'est-ce qu'il te manque, qu'aimerais-tu voir changer/évoluer ?
- Qu'est-ce qui est de trop ?

5-E mana'ona'ora'a anei, e mata'ura'a anei to 'oe, aore ra aita, i ni'a i to 'oe ea, no teie nei ? no ananahi ?

E aha te 'ore e rava'i ra ia 'oe , e aha to 'oe mana'o no te ha'amaita'ira'a aore ra no te tauira'a i te tahi mau fa'anahora'a ?

E aha tei rahi atu ?

6. Comment t'imagines-tu **dans 5 ans/10 ans** ?
- Où vivras-tu ? Irais-tu en structure adaptée ?
 - Que souhaiterais-tu pour l'avenir ?

6-E aha to 'oe mana'o, no to 'oe orara'a, i roto i na matahi e pae (5) aore ra ahuru (10) i mua nei ?

E noho ia 'oe i hea ? E fa'ari'i anei 'oe i te tahi mau faanahora'a fa'ata'ahia 'e tano ia 'oe ?

E aha to 'oe mana'o no a muri atu, no te mau tau i mua nei ?

Merci, tu as quelque chose à ajouter ?

Annexe 3 : Trame d'entretien, troisième version

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON A RECUEILLIR

Âge

H/F

Situation familiale + nombre d'enfants

Profession avant la retraite

Lieu de vie (domicile personnel, domicile des enfants,...)

Bonjour,

Je m'appelle Lucille Chauveau, je suis médecin, je fais une étude pour ma thèse sur les personnes âgées polynésiennes et souhaite vous interroger sur vos habitudes de soins. Si vous acceptez, pourriez-vous vous décrire et me dire qui vous êtes, votre âge, où vous habitez, votre situation et composition familiale, et si vous avez occupé un emploi ? Cette enquête est anonyme et l'enregistrement de notre conversation respectera le secret, vous pouvez parler de tout. Elle n'a aucune conséquence sur la suite de vos prises en charge ou vos choix. Ensuite je vous poserai quelques questions plus précises, mais à tout moment vous pourrez ajouter ce qui vous semble important.

QUESTIONS DE RELANCE

1. Quand vas-tu voir le Taote **en pratique** ?
 - Combien de fois par mois/an ?
 - Comment fais-tu pour y aller ?
 - Combien de temps ?
2. Que signifie pour toi être en bonne **santé** ?
 - Quand tu es malade, qu'est-ce que cela implique ?
 - Es-tu en meilleure/moins bonne santé que tes parents ?
 - Qu'est-ce qui diffère par rapport à tes parents ?
 - Qu'est-ce qui permet d'être en bonne santé (citer des choses) ?
 - Qu'est-ce qui pour toi t'empêche de rester en bonne santé ?
3. Quelles situations constituent pour toi une **urgence** ?
 - Que penses-tu d'aller à l'**hôpital** (EVASAN) ?
 - Pourquoi ne veux-tu pas y aller ?
 - Comment cela se passe-t-il, les EVASAN?
4. Que penses-tu des **médicaments** ?
 - De prendre des médicaments tous les jours ?
 - Et les ra'au tahiti ?
 - Qui les fabriquait ?
 - Qui t'a transmis ce savoir ?
 - Et à qui l'as-tu transmis ?

5. As-tu des **craintes** ou non par rapport à ta santé, pour aujourd'hui ? Pour demain ?
- As-tu peur ?
 - Qu'est-ce qu'il te manque pour ta santé ?
 - Qu'aimerais-tu voir changer/évoluer ?
 - Qu'est-ce qui est difficile pour toi et comment pourrait-on l'améliorer ?
 - Qu'est-ce qui est de trop ?
6. Comment t'imagines-tu **dans 5 ans/10 ans** ?
- Où vivras-tu ?
 - Que penses-tu des maisons de retraite ?
 - Que penses-tu des familles d'accueil ?
 - Que souhaiterais-tu pour l'avenir ?

Merci, tu as quelque chose à ajouter ?

Annexe 4 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Thésarde : Lucille Chauveau

Directeur de thèse : Docteur Sandrine Papon

Co-directeur de thèse : Docteur Sylvie Duhamel

Tu es invité(e) à participer à une étude sur le recours au soin dans le cadre d'une thèse de médecine. Si tu y participes, il te faut signer un formulaire de consentement, ta signature atteste que tu acceptes de participer. Il y aura un exemplaire pour toi et un pour l'étude.

1. Procédure de l'étude

Il s'agit d'un entretien. Celui-ci vise à mieux comprendre ce que tu ressens par rapport à ta santé et la manière dont tu as recours ou non au taote. Celui-ci est anonyme. Tu es libre de répondre aux questions comme bon te semble.

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque, ni pour toi, ni pour ta prise en charge, les réponses que tu feras n'auront aucune conséquence sur tes soins actuels.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Comprendre pour mieux soigner. Cibler tes besoins et ton vécu du soin.

4. Participation volontaire

Ta participation à cette étude est volontaire.

5. Obtenir des informations complémentaires

Tu peux contacter Lucille Chauveau, par vini au 87.34.82.00 ou mail, ou les directeurs et co-directeur de la thèse.

6. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Tes réponses comme celles des autres participants feront l'objet d'un traitement, sans que ton nom n'apparaisse, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Nous sommes assujetties au secret professionnel.

Tu peux avoir accès à tes données et les modifier à tout moment. Tu peux également t'opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

J'ai bien compris les informations orales et écrites qui m'ont été données.

J'accepte de participer à l'étude.

Signature

Annexe 5 : Autorisation de réaliser les entretiens test avant inclusion au CHPF

A Pirae, le 2 décembre 2016

Je soussigné Monsieur René CAILLET, directeur de l'hôpital du Taaone, autorise Mademoiselle Lucille CHAUVEAU, née le 11/01/1990, actuellement interne dans le service de cardiologie, à conduire les entretiens nécessaires à la réalisation de sa thèse de médecine générale au sein de l'établissement, sous réserve du consentement personnel éclairé des patients et de celui du chef de service concerné. Les entretiens n'interagissant en rien avec la prise en charge des patients.

Thèse de médecine générale : Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française - étude qualitative.

Thésarde : Lucille CHAUVEAU

Directeur de thèse : Docteur Sandrine PAPON

Co-directeur de thèse : Docteur Sylvie DUHAMEL

Fait à

Le

Pirae
2^a décembre 2016

René Caillet

M. René CAILLET
Directeur
CENTRE HOSPITALIER
de la POLYNÉSIE FRANÇAISE
PIRAE - TAHITI

Annexe 6 : Exemple de codage manuscrit

* santé est une action pas un état ?
 * rapport inverseur proportionnel faire X santé

Je m'appelle
 Aujourd'hui elle a 82 ans.

H: Oui je vis maintenant ici avec mon mari.
 L: C'est ta maison?
 H: Oui c'est ma maison.
 L: Et tes enfants ils habitent avec toi? *s'occuper des autres*

A: Non chacun ils vivent leur vie. En fait c'est moi qui s'occupe d'eux, de leur hygiène, au niveau de leur maladie, s'occuper de faire à manger pour eux deux, ranger tu vois. *altruisme*

L: Tu travaillais avant comment?
 A: Elle travaillait pas en fait elle est agricultrice à cette époque et elle faisait en même temps aussi, comment on dit ça, tu vois les petites épiceries à l'époque comme des magasins mais pas comme ça.
 L: Et Papy?
 A: Les mêmes mais avant lui il faisait aussi à la mairie. *prendre part à la communauté*
 P: C'est moi qui allait travailler c'est moi le chef. *communauté*
 A: C'est lui qui s'occupe de ça à cette époque.

L: Quand est-ce que tu vas voir le Taote toi
 H: Toutes les fins du mois maintenant. *proximité*

L: Et avant, quand tu étais plus jeune?
 H: Avant au dispensaire alors, maintenant j'ai mon vrai Taote, c'est mon Taote. Avant j'allais à Raiatea avec le Taote, mais il est reparti à Papeete. Et comme je suis un peu crevée peux pas bien marcher je lui ai demandé de rester ici avec le Docteur avec parce que je peux pas bien marcher c'est un peu difficile pour moi pour aller à Raiatea je vais voir seulement avec Taote. Après maintenant j'ai demandé à est-ce que il peut pas venir me voir ici à la maison parce que si je vais là bas faut quelqu'un qui me porte parce que pas bien marcher. Il est d'accord. Toutes les fins du mois il vient, pour faire mon ordonnance aussi pour les médicaments. *dépendance*

L: Qu'est-ce que ça signifie pour toi être en bonne santé?
 A: Elle aime bien, quelqu'un qui aimerait pas être malade quand même. Elle aimerait bien parce qu'on ce moment elle peut plus faire. *santé faire*
 Elle comprend pas bien, comme elle comprend plutôt le tahitien de cette époque.
 H: Je comprend en français un peu

L: Qu'est ce que tu penses de ta santé par rapport à celle de tes parents quand ils avaient le même âge que toi? *mais bonne santé*
 A: A l'époque il disait que à l'époque de leur parents, cette époque, avant y avait pas tellement les moyens quand ils étaient malades mais ils étaient en bonne santé. Y avait pas de Taote à cette époque alors qu'aujourd'hui y a des taote mais on est plus malade.

L: Et pourquoi?
 P: Avant on est pas malade, on travaillait on était pas malade. Le matin un café et allé travailler après 4H (...) commencer après baigner. *travailler*

SANTÉ

A: Si tu veux y a que de maintenant qu'ils sont malades.
P: 86.

L: Et tu as arrêté de travailler quand?

P: 80? Comme ça.

H: 90.

A: Il avait quel âge grand mère?

A: 70 ans il a pris sa retraite. C'est que de maintenant après 70 ans qu'il est tombé malade.

P: J'ai travaillé, c'est fini de travailler. Chez moi je travaillais, avant beaucoup travailler, au faapu, au magasin.

travailler

L: Qu'est-ce qui permet d'être en bonne santé pour toi?

A: C'est ce qu'il disait c'est le travail. Non y a que ça.

P: Le manioc, le taro, les tahitien manger les

A: En fait il disait aussi pour lui pour être en bonne santé c'est plutôt au niveau de la nourriture aussi, c'est à dire avant y avait pas ça comme on dit en français la malbouffe. Aujourd'hui il y en a comme le riz, tout ce qui est boîte de conserve. A l'époque non, eux ils mangeaient tous ce qui est fruits et tout ce qui est naturel, c'est à dire du taro du manioc des patates douces, des légumes quoi en gros. Alors que maintenant...

rien manger

à manger

nourriture importée

P: Magasin! Avant on pêchait. Et le four tahitien avant.

L: Tu penses que le fait de moins bien manger c'est mauvais pour la santé. J'ai compris.

A: En fait à l'époque c'était le four tahitien, maintenant c'est le four moderne.

accepter la transition

L: Et tu penses que ça a changé quand, à partir de quand vous avez commencé à moins bien manger.

évoluer / transition

A: Lui quand il a commencé à avoir 70, maintenant c'est rare quand il mange du poisson du taro du manioc, c'est plus comme avant. En fait il a pas vraiment arrêté c'est qu'ils ont réduit tu vois. C'est parce que ici on vend pas tellement, c'est pas comme avant, avant ils avaient leur propre jardin, et maintenant ils ne peuvent plus aller et il ne fait plus. Alors comme il dit ils sont obligé d'aller au magasin.

L: Qu'est-ce qui constitue pour toi une urgence?

P: Quand beaucoup malade, l'hôpital à Raiatea.

A: C'est quand il était tombé.

P: Opéré moi, 1 an sans caca! A Papeete, à la clinique Cardella.

L: Ah la stomie. Et qu'est-ce que tu penses d'aller à l'hôpital, des EVASAN.

P: Eh beh si malade, si beaucoup malade il faut aller là bas à Papeete. Voir le Taote. Oui EVASANé.

L: Toi ça te pose pas de problème d'aller à Papeete?

P: Non, c'est bien.

L: Et Mamie?

H: Maintenant on a plus envie de déplacer, on peut pas bien marcher. Si jamais un moment on a grand malade on me EVASAN mais pour marcher je peux pas.

P: Mais moi c'est fini. Je suis vieux taffé.

être trop âgé (pour accepter une EVASAN)

EVASAN

A: Aujourd'hui il se dit il a plus envie (d'aller en EVASAN). Comme il dit qu'il est très âgé il a plus envie.

P: C'est fini!

L: Tu as des craintes pour ta santé?

A: Non il a pas peur. Non il craint pas, pas du tout, oui il y a le taote qui vient le voir mais bon il veut plus parce qu'il est tellement âgé. Il a mal dans les jambes ses jambes le supporte pas, il préfère rester.

L: Et toi Mamie tu as peur?

A: Ah non elle c'est pas pareil elle a peur pour sa maladie, pour son coeur.

L: Et qu'est-ce qu'il faudrait pour que tu aies moins peur tu penses?

A: Pour qu'elle ait moins peur elle évite toutes les nourritures qui peuvent la constiper par exemple, surtout au niveau de la nourriture, ou quand elle bouge, elle fait plus attention.

H: Oui on mange mais je fais attention, on peut plus manger comme avant. Docteur il me dit on peut pas dire régime parce qu'on est vieux et régime va te crever encore. Alors je lui ai dit que c'est moi même qui fait attention à manger. C'est vrai.

L: Et qu'est-ce que tu évites?

A: Le sel, le gras, pas beaucoup le riz. En fait c'est moi qui fait à manger c'est moi qui fait attention à ce que leur nourriture soit toujours saine.

L: Et les médicaments?

A: Elle aime bien ses médicaments. Ca l'aide dans sa maladie à moins souffrir.

H: Pour le coeur, j'ai des comprimés pour mon coeur.

P: Le matin et le soir.

A: Ca remonte à pas tellement longtemps, quand il est tombé malade après 70 ans c'est là qu'il a commencé à manger tout ces raa'u.

L: Et qu'est ce qu'il pense des raa'u tahiti.

P: A plu raa'u tahiti. Avant avant les raa'u tahiti quand y avait pas de taote ici. C'était le citron, le sucre.

A: C'est des vieux à cette époque. Ce sont ses ancêtres. Eux ils préfèrent les médicaments, parce que les raa'u tahiti c'est autre chose.

H: Un peu, mais j'ai pas beaucoup malade quand j'étais jeune, je prenais pas beaucoup de raa'u tahiti. Pas beaucoup parce qu'on est pas tellement malade quand on est jeune. C'est depuis quand j'avais 60 ans ça a commncé un peu malade. Là on a été voir le docteur pour soigner pour le coeur. On m'a déjà demandé pour opéré mais j'ai pas accepter.

L: Pourquoi?

H: J'ai peur. J'ai demandé qu'on me donne seulement des comprimés. De là ça fait des années maintenant on m'a pas opéré.

Avant je prenais beaucoup des comprimés presque 10 ou 11 par jour parce que c'était un peu grave la maladie et maintenant non.

A: En fait pourquoi elle avait peur parce qu'elle avait peur de ne plus pouvoir marcher d'être paralysée.

Le truc c'est que ce qui est bien avec eux c'est qu'ils n'oublient pas les raa'u.

CRAINTES

MEDICAMENTS

RAA'U TAHITI

révélé

avoir peur de l'autre

responsabilité individuelle

faire attention

(c'est elle)

opinion

ne plus prendre de RT

changeant

raa'u // malade

refus du saï

peu du saï

refus du saï

santé // travail X médicaments.

L: Qu'est-ce qui te manque pour ta santé?

A: Le truc qu'elle arrive pas tellement à saisir le sens.

j'ai peur
prise de lit

H: J'ai peur maintenant de ne pas prendre mes médicaments.

A: En fait lui il dit que eux c'est plutôt ils essayent de vivre, ils préfèrent être à côté de leur raa'u. Quand ils ont très mal ils appellent le taote.

L: Comment tu t'imagines dans 5 ans?

A: Ils vont rester comme ça. Il dit que maintenant c'est plus à eux de travailler, c'est leurs enfants qui travaillent à leur place.

perte d'autonomie

Et ne plus travailler on reste au lit et on dépend des médicaments.

dépendance

Lui il est fatigué de rester par là alors il va devant, parler, mais il reste assis.

médicaments

H: Parler un peu avec les gens, c'est bien de parler, pas des gros mots, il faut parler, c'est ce que le docteur il me dit aussi.

impact de la parole du médecin
croire en médecin

A: Elle dit qu'elle veut rester heureuse malgré la maladie jusqu'au jour où elle s'en ira. Oui. Mais de toutes façons elle est prête comme elle dit, comme grand-père il dit.

confiance?

Ils sont prêt tous les deux à accepter la mort, mais ils aimeraient bien encore vivre plus longtemps, enfin pas plus longtemps, dans 5 ans, 10 ans, malgré leurs maladies.

acceptabilité?

Pour lui avant c'était quelqu'un de travailleur, il a été maire, après lui il a été ancien diacre de notre église, et puis aujourd'hui il fait plus rien c'est plus comme avant.

temps revolu

L: Qu'est-ce que tu souhaiterais pour l'avenir?

A: Elle veut bien rester comme ça heureuse, même avec sa maladie. Elle aimerait bien rester comme ça.

être heureuse

H: Devant le bon Dieu, c'est le bon Dieu qui décide c'est le seul moyen. C'est le seul moyen taote, de vivre avec le seigneur, c'est lui qui commande et quel jour il me prendre.

changeant

ne se maître de la décision

se satisfaire

Remercier bien le taote qui vient nous soigner nous donner des médicaments tout ça remercier beaucoup comme on est crevé on peut pas aller ailleurs, c'est gentil le taote de venir à la maison.

gratitude

s'en remettre à Dieu.

A: Eux deux ils disent qu'ils aimeraient bien voir le taote plus souvent. Parce que des fois quand il est absent c'est difficile pour renouveler les raa'u.

H: Il faut aussi que c'est nous qui fait faire attention aussi, c'est pas confiance

responsabilité individuelle

seulement sur le docteur il est pas seigneur lui, C'est toi même aussi qui fait attention à manger, à boire, sinon on peut pas dire que c'est le docteur qui est méchant c'est toi même qui a pas fait attention. Comme je vous dit avant je prend 10 comprimés par jour, maintenant 4 le matin et 2 le soir. Pour le coeur, la tension.

Parce que mon coeur taote avant quand on m'a demandé opéré après un mois ça ouvert pas, mais j'ai pas accepté. J'ai cherché un moyen, ya un papa il m'a donné un moyen, faut boire le citron pur. Il dit que le coeur n'est pas pourri c'est les veines qui est bouché et le citron ça draine. Tu bois deux citrons matin, deux le soir. Avant quand on m'a demandé d'aller opéré j'ai fait ça tous les matins et les soirs. Pur, on mélange pas avec de l'eau. Tu fais bouillir l'eau dans le casserole et quand ça boue tu mets les deux citrons dedans tu éteints ton four. Tu attends un peu, 10 minutes par là tu verses dans l'évier et tu prends le verre et tu verse dans le verre avec une serviette pour les graines et tu bois. Tu bois pur, à jeun le matin. Après tu prends le petit déjeuner. J'ai fait cette année là. Après quand j'ai été voir à Papeete les taote

alternative

alternative

LA MORT

Dieu

LA PAU TAHITI
TOUJOURS DANS
N'ZND TERRS

ils m'ont dit on va plus opérer. De là on m'a plus demandé de opérer. On dirait ça à marcher.

C'est une femme elle est de Papeete, c'est un grand-père qui lui avait dit de faire ça de boire le citron. J'ai bien repris.

Avant tous les 3 mois on allait à Papeete. Maintenant on me dit plus d'aller à Papeete simplement de rester ici.

C'est mieux de rester ici. Avant c'est parce qu'on était beaucoup malade alors on allait mais on pouvait bien marcher.

Maintenant ce sont les enfants qui me portent par dessus mon pousse-pousse. J'ai pitié aussi aux enfants. Y a des petits-enfants qui nous gardent et d'autres qui vont garder seulement leur travail ils vont pas faire attention aussi à nous deux.

Heureusement il y a elle elle fait le ménage lave le linge tout. Elle est gentille sur nous deux. Elle sait comment faut faire. C'était ma fille qui avait trouvé.

Dépendance
motus

A: Qui m'a employé en tant que garde malade.

H: Elle est très très gentille sur nous deux. Et s'il elle est malade on va avoir peur surtout moi mais non elle est gentille. Y a des moments elle nous masse avec l'huile de coco.

A: Lui il a un papa chinois, son papa est retourné en chine.

H: C'est comme moi, papa chinois, maman tahitienne.

A: Les chinois qui sont venu à cette époque travailler dans le coton, la canne à sucre.

H: Moi j'ai 4 enfants, 3 filles 1 garçon, mais il est mort. Une à nouméa. La dernière c'est le maire.

Merci beaucoup.

A: Eux ils adorent carrément la visite des docteurs.

Annexe 7 : Présentation des personnes âgées rencontrées

Personne 1

Il s'agit d'un homme, il est l'époux de la personne 2.

L'entretien a lieu en présence de la tierce personne qui traduit une partie des questions.

Comme elle il vit à Patio, à Tahaa, et y est né d'un père chinois et d'une mère polynésienne.

Ils ont eu 4 enfants et vivent toujours dans leur maison.

Avant la retraite il cultivait, pêchait, et faisait vivre son commerce repris par ses enfants. Il a été maire du village pendant longtemps et diacre. Il accorde beaucoup d'importance au travail.

Il n'est plus autonome au domicile, limité dans ses déplacements par ses jambes qui ne le supportent pas. La tierce personne s'occupe de sa femme et lui.

Il reçoit le médecin privé chez lui tous les mois.

Il pense être en moins bonne santé que ses parents.

Il a été évasané il y a quelques années pour chirurgie digestive avec réalisation d'une stomie et rétablissement de continuité dans un second temps. Il considère qu'il faut être évasané s'il l'on est très malade, mais ne veut plus l'être à présent car il est âgé.

Pour lui ce qui permet d'être en bonne santé c'est de travailler, et de manger comme ils le faisaient avant, « naturel » et non importé.

Prendre des médicaments ne lui pose pas de problème et il est observant.

Il n'a aucune crainte pour sa santé.

Personne 2

Il s'agit d'une femme de 82 ans, elle est l'épouse de la personne 1.

L'entretien a lieu en présence de la tierce personne qui traduit une partie des questions.

Elle vit à Patio, à Tahaa une des îles sous le vent, sur laquelle on trouve deux médecins privés et plusieurs infirmières.

Elle est née à Tahaa d'un père chinois et d'une mère polynésienne.

Elle a eu 4 enfants, 3 filles dont une vivante à Nouméa et 1 garçon décédé.

Avant la retraite elle travaillait au champ et dans leur magasin attenant à la maison, maintenant ses enfants s'en occupent.

Elle vit avec son mari dans leur maison derrière le magasin.

Ses enfants et petits-enfants lui rendent visite mais c'est une tierce personne, rémunérée par sa fille, qui s'occupe d'eux au quotidien pour la toilette et les repas.

Elle n'est pas autonome au domicile.

Elle reçoit la visite du médecin privé chez elle tous les mois.

Elle ne veut plus être évasané car elle est trop âgée et se déplacer est difficile.

Elle a des craintes en rapport avec « sa maladie » et son cœur.

Elle prend des médicaments tous les jours et les préfère aux ra'au Tahiti, elle ne mélange pas, mais en a pris dans sa vie régulièrement et leur attribue d'avoir soigné son cœur lui évitant la chirurgie.

Elle rapporte être contente à présent qu'elle a moins de traitements quotidiens mais est inquiète à l'idée de ne pas pouvoir prendre les médicaments prescrits.

Elle dit être prête à accepter la mort.

Elle évoque Dieu et s'en remet complètement à lui.

Personne 3

C'est une femme de 79 ans.

L'entretien se déroule en français, sa fille adoptive la rejoint à la fin de l'entretien.

Ses parents étaient de Bora Bora.

Elle est veuve depuis 4 ans et a eu 2 enfants.

Elle vit à Patio à Tahaa, dans sa maison. Pour se rendre à l'hôpital elle doit prendre le bateau jusqu'à Raiatea puis l'avion jusqu'à Tahiti. Elle était évasanée régulièrement sur Tahiti pour le suivi et la prise en charge d'un AVC avec séquelles motrices.

Elle a adopté plusieurs enfants dont une qui vient l'aider pour l'aider aux tâches ménagères et s'occupe d'elle.

Avant la retraite elle était institutrice, elle s'est formée et a travaillé à Tahiti et est retournée travailler à Tahaa.

Le médecin privé passe la voir à son domicile une fois par mois, l'infirmière à domicile une fois par semaine.

Elle se dit malheureuse de sa santé depuis son AVC qui limite son autonomie, et dit ne pas avoir le moral, elle pleure lors de l'entretien.

Pour elle être bien c'est ne pas avoir mal.

Elle trouve que le ra'au Tahiti aussi sont efficaces et y a eu recours régulièrement. Elle prend les médicaments qu'on lui prescrit mais avoue les oublier de temps en temps.

Elle dit n'avoir plus goût à rien, la seule chose qui ait encore de l'importance ce sont ses petits-enfants.

Enfin elle dit ne pas craindre pour sa santé mais être lasse, et pense que dans 5 ans elle aura rejoint son mari décédé, d'ici là elle compte rester dans sa maison.

Personne 4

C'est un homme de 97 ans.

L'entretien a lieu en français, sa belle-fille se joint à nous au milieu de l'entretien.

Il vit à Patio, sur l'île de Tahaa.

Il est veuf. Père de 12 enfants dont il s'est beaucoup occupé sa femme étant handicapée.

Il vit chez lui avec la femme de son petit-fils qui s'occupe de lui depuis que sa fille est hospitalisée.

Il a travaillé à Tahiti il y a 40 ans comme agent d'entretien dans un collège sur Papeete.

Le médecin privé lui rend visite à son domicile deux fois par mois.

Il est autonome à domicile pour les déplacements et la toilette mais on lui prépare ses repas.

Pour lui la santé est synonyme de force, il répète ne pas être malade car il a beaucoup travaillé.

Il soignait ses enfants par les médicaments tahitiens qu'il fabriquait. Son père lui avait transmis ce savoir mais lui ne l'a transmis à personne, il soutient que maintenant les médicaments popa'a les remplacent.

Il n'a rien contre les médicaments mais pense être à présent trop vieux pour en avoir besoin.

Il n'a pas de craintes pour l'avenir et en ri.

Il s'en remet à Dieu.

Personne 5

C'est un homme de 80 ans.

Il vit à Haamene, sur l'île de Tahaa dont il est originaire, depuis 1997. Il a vécu avant cela à Papeete pendant 25 ans où il était entrepreneur dans la construction.

Il vit dans sa maison avec sa femme, ils ont eu 6 enfants, 2 filles et 4 garçons. Ses enfants leurs rendent visite et s'assurent qu'ils ne manquent de rien.

Il voit le médecin tous les mois, car celui-ci se rend à leur domicile.

Pour se rendre à l'hôpital le plus proche il lui faut être déposé au quai par quelqu'un puis prendre le bateau jusqu'à Raiatea.

Pour lui être en bonne santé c'est pouvoir se rendre en ville, pour aller à la messe notamment.

Il a du mal à définir ce que pourrait être une urgence le poussant à consulter et n'a pas envie d'aller à l'hôpital.

Prendre ses médicaments tous les jours ne lui pose pas de problème même s'il aimerait ne pas avoir à le faire. Il ne prend pas de médicaments tahitiens.

Il dit avoir peur que sa maladie empire.

Il ne pense pas être encore de ce monde dans 5 ans mais ne s'imagine pas vivre ailleurs que chez lui d'ici là. Ni lui ni ses enfants n'accepteraient qu'il aille en maison de retraite.

Il dit avoir été intimidé par l'entretien car personne ne lui avait jamais posé toutes ces questions.

Personne 6

C'est une femme de 78 ans, elle est l'épouse de la personne 5.

L'entretien a lieu chez eux, entourés de plusieurs enfants et nièces.

Elle habite à Haamene sur l'île de Tahaa, dans sa maison.

Pour elle être en bonne santé c'est travailler. Lorsqu'elle est malade, il reste chez elle.

L'activité physique et les médicaments tahitiens concourent à sa bonne santé selon elle. C'est sa grand-mère qui a transmis à sa mère ce savoir, qui le lui a donné après elle. Pour sa part elle l'a transmis à sa fille. Ses proches ne savent pas bien pourquoi ce savoir se perd, ils attribuent ça à une évolution vers la modernité.

Elle ne veut pas aller à l'hôpital car elle a peur d'être opérée, elle rapporte une chirurgie du sein il y a plusieurs années qui l'a marquée.

Elle a peur du cancer, mais dit accepter sa maladie.

Elle n'arrive pas à exprimer ce qui peut bien manquer en termes de soin là où elle vit, elle ne peut qu'énumérer ce que l'on ne trouve pas sur l'île.

Personne 7

Il s'agit d'une femme de Tahaa, née à Vaitiare.

L'entretien a lieu en présence de sa cousine habitant Tahiti et venant lui rendre visite et d'une de ses filles.

Elle a 88 ans.

Elle a eu 11 enfants et était femme au foyer.

Elle vit dans sa maison où ses enfants et petits-enfants se relayent pour s'occuper d'elle.

Le médecin vient la voir environ tous les mois au domicile. Elle a été évasanée récemment sur Tahiti pour son cœur mais c'était exceptionnel. Elle n'aime pas aller à l'hôpital car elle en a peur et qu'elle est « fiu », elle préfère rester chez elle.

Elle répète sans cesse qu'elle est bien et ne développe pas le concept de bonne santé autrement.

Au quotidien, elle fait elle-même sa toilette le matin, mange, puis va s'asseoir afin de regarder la rue et y passe la journée.

Lorsqu'elle est malade elle prie et préfère rester chez elle.

Elle dit qu'elle va bien dès que les enfants sont de retour à la maison.

Elle pense que sa santé est moins bonne que celle de ses parents.

Elle a pris des médicaments tahitiens dans sa jeunesse, qu'elle a appris de sa grand-mère.

Mais cela n'a pas été transmis.

Elle n'a aucune crainte en rapport avec sa santé, la seule chose qu'elle souhaite pour l'avenir c'est l'entente entre ses enfants, elle ne souhaite pas que quoi que soit change.

Elle sait qu'elle aura besoin d'aide à l'avenir et s'en remet à ses petites-filles.

Personne 8

Il s'agit d'un homme de 67 ans.

L'entretien a lieu en français, assis sur un tronc d'arbre devant sa maison.

Il vit à Atuona sur l'île d'Hiva Oa dans les Marquises. Il est originaire des Marquises et rapporte un arrière-grand-père samoan.

Il est père de 3 enfants, 2 fils et 1 fille.

Il a passé 23 ans à Tahiti, après y avoir fait l'armée il travaillait sur les quais au déchargement, puis a été brièvement matelot, il est rentré à Hiva Oa en 1992.

Il a beaucoup pratiqué la boxe et de nombreux sports de combat.

Il fait partie de l'académie marquisienne qui protège et partage la culture et la langue marquisienne, il déplore que les jeunes ne parlent pas correctement leur langue et perdent leur culture.

A présent qu'il est à la retraite il continue à s'entraîner sur le sac de frappes et sculpte le bois.

Il est suivi par le docteur privé et réalise régulièrement des évasans sur Tahiti.

Pour lui, il est en bonne santé quand il peut aller travailler, et rentrer ensuite s'entraîner. A l'inverse il décrit qu'être malade revient à avoir mal partout et ne pas pouvoir travailler.

Il pense avoir été en meilleure santé que ses parents car ces derniers buvaient (de l'alcool) et fumaient, ce qui n'est pas son cas car on le lui a interdit très jeune pour la pratique du sport en compétition. L'alcool, le tabac et le pakalolo sont selon lui ce qui menace la santé.

Il n'a rien contre les EVASAN mais sous-entend que ce sera peut-être le cas quand il aura pris de l'âge.

Il insiste sur le fait qu'il faille respecter ce que prescrit le médecin.

Il a pris des médicaments marquisiens toute sa vie mais admet qu'ils ne soignent pas tout. Il a appris de son grand-père mais n'a transmis ce savoir à personne car personne ne le mérite selon lui (pas assez d'altruisme).

Il n'a pas de crainte concernant sa santé. Il dit être heureux.

Il ne sait pas ce qu'il fera dans 5 ans ni où il sera précisément. Il dit qu'il sera avec sa femme, et que sa fille et ses petites-filles viendront les aider.

Personne 9

C'est une femme de 91 ans.

L'entretien se déroule sur sa terrasse en présence d'un de ses fils adoptif et d'une de ses filles qui assurent la traduction des questions, elle répond en marquisien et en français.

Elle est mère de 8 enfants, 6 garçons et 2 filles, et 8 enfants adoptés. Elle a 71 petits-enfants.

Elle est née à Hiva Oa, dans les Marquises et y a vécu toute sa vie.

Elle a travaillé comme femme de ménage, puis a ouvert un restaurant.

Le médecin privé lui rend visite à domicile ponctuellement.

Elle est très entourée par ses enfants qui veulent tous l'avoir chez eux pour s'occuper d'elle, mais elle refuse, préférant rester dans la maison familiale.

Elle prenait des médicaments marquisiens et raconte qu'ils l'ont guéri d'un cancer du sein.

Elle n'en prend plus à présent. Elle rapporte avoir appris de sa mère adoptive et l'avoir transmis à une de ses filles, et que la confection de ses médicaments peuvent avoir des effets adverses pour celui qui les prépare.

Elle n'a pas de craintes pour sa santé.

Elle dit s'en remettre à Dieu pour veiller sur elle jusqu'à sa dernière heure et accepter la mort, elle prie pour ses proches et invite ses petits-enfants à faire de même, puisqu' « avec l'amour de Dieu on peut tout faire ».

Personne 10

Il s'agit d'un homme de 87 ans.

L'entretien se déroule en présence de son épouse, la personne 11.

Il est fils d'un breton arrivé aux Marquises en 1910 et d'une marquisienne décédée en couche lorsqu'il était très jeune, il a été élevé par sa sœur aînée dont ils se sont occupés à la fin de sa vie.

Il vit à Atuona, sur l'île d'Hiva Oa où il est né et a passé sa vie.

Avant la retraite il était copraculteur.

Il vit dans sa maison qu'il a construit lui-même avec sa femme, ainsi qu'une de leurs petites-filles qui habite avec eux.

Il a récemment été évasané sur Tahiti.

Il est suivi par le médecin privé sur Hiva Oa et un second médecin traitant à Papeete lorsqu'ils y passent. Il ne consulte que pour le renouvellement d'ordonnance.

Pour lui, être en bonne santé c'est vivre un peu plus longtemps.

Il considère être en nettement moins bonne santé que ses parents, et cite le diabète notamment comme preuve d'une moins bonne santé. Il pense que le changement d'alimentation y est pour beaucoup.

Pour lui éviter les aliments importés (de Tahiti) aide à rester en bonne santé.

L'urgence médicale a des limites assez floues pour lui, il la définit comme des situations de mal être qui force l'alitement, rendant nécessaire l'appel du médecin. Il est réticent aux EVASAN car elles génèrent d'importantes dépenses, difficile pour le ménage.

Il n'a rien contre la prise quotidienne de médicaments. Par ailleurs il lui arrive de prendre des médicaments marquisiens mais est conscient des risques.

Il n'a pas de craintes pour l'avenir et évoque le destin.

Pour lui la difficulté concernant les soins et la santé c'est s'il doit se rendre sur Papeete compte tenu du coût de la vie sur place.

L'inflation l'inquiète pour l'avenir, même si selon lui elle concerne plus la ville que les îles. Il pense qu'il vaudrait mieux pour ses petits-enfants qu'ils restent habiter dans les îles mais sais que pour l'éducation on ne peut pas faire autrement que de se rendre à Tahiti.

Il a une opinion défavorable concernant les maisons de retraite et mitigée concernant les familles d'accueil.

Personne 11

C'est une femme de 82 ans, elle est l'épouse de la personne 10, toujours souriante.

Elle est mère de 11 enfants.

Elle vie à Atuona, sur l'île d'Hiva Oa dans les Marquises.

Elle a brièvement travaillé à l'école des sœurs dans sa jeunesse puis a été mère au foyer.

Elle a été régulièrement évasanée sur Tahiti à la suite d'un AVC il y a 3 ans pour lequel elle gardé quelques séquelles.

Elle est autonome au domicile pour la toilette et la prise des repas.

Pour elle, « c'est bien comme ça », en ce qui concerne la santé.

L'alimentation est importante selon elle pour rester en bonne santé.

Elle répète qu'elle est bien et qu'il ne manque rien.

Personne 12

Il s'agit d'un homme de 83 ans.

Il est le père de 11 enfants.

L'infirmière de l'île assure la traduction de l'entretien en grande partie en marquisien. Celui-ci se passe en présence d'une de ses petites-filles de 13 ans et de son arrière-petite fille de quelques mois.

Il est né et vit sur l'île de Tahuata, île des Marquises du Sud ne disposant pas d'aéroport et reliée à Hiva Oa par bateau de manière intermittente. La structure de soin de premier recours est une infirmerie, l'île bénéficie d'une infirmière depuis 5 ans.

Il est né avec un pied bot, et son prénom fait référence au fait qu'il soit « de travers ».

Avant la retraite il était agriculteur et copraculteur.

Il habite dans la maison de son fils aîné où 4 générations vivent sous le même toit, la maison qu'il occupait avec sa femme hébergeant à présent un autre de ses fils.

Il est autonome au domicile dans ses déplacements, sa toilette et la prise des repas.

Il a été évasané il y a quelques mois sur Tahiti en urologie, avant cela il ne se rappelle plus de la dernière fois qu'il ait consulté un médecin, le dernier passage de médecin à Tahuata remontant à plus de 2 ans et il ne l'avait pas vu.

Il lui est difficile de définir ce qu'est être en bonne santé mais il insiste sur le fait qu'il ait envie de travailler, alors qu'à présent il doit limiter ses activités.

Il trouve que sa santé est moins bonne que celle de ses parents.

Pour lui ce qui l'aide à rester en bonne santé c'est de bien dormir et de bien manger, il ajoute que la pension reçue de la CPS permet l'achat d'extras.

Le concept d'urgence lui est difficile à définir, il évoque les douleurs non soulagées par ses propres moyens.

Il a bénéficié d'une EVASAN est en est content. Pour lui, c'est le médecin qui est maître de la décision.

Il n'a pas de traitement de fond.

Il prend des médicaments marquisiens pour se soigner. C'est une grand-mère qui lui a transmis ce savoir.

Il n'a aucune crainte pour l'avenir et lorsqu'on l'évoque sa réponse est vive.

Il n'a pas de souhait pour l'avenir et plaisante en ajoutant qu'il aimerait peut-être du vin à sa table tous les dimanches.

Lorsque l'on évoque l'avenir il pense et souhaite être décédé dans 5 ans et compte rester chez lui jusqu'à sa mort dans les années qui arrivent.

Personne 13

C'est une femme de 82 ans.

Elle est vue lors de l'entretien en présence de l'infirmière, d'un de ses fils et de sa petite fille de 6 ans.

Elle est veuve, mère de 15 enfants.

Elle est née à Tahuata, dans les Marquises. Elle a vécu à Tahiti quelques années, puis est revenu s'installer à Tahuata.

Elle a travaillé dans la culture du copra et du café avec son mari toute sa vie.

L'infirmière lui rend visite à domicile 2 fois par mois.

Elle vit avec ses fils et ses petits-enfants dans une maison de plain pied.

Elle a déjà été évasanée sur Tahiti suite à une chute il y a quelques mois avec fracture du col du fémur.

Elle ne définit pas le concept de bonne santé. Elle se trouve simplement bien et rapporte qu'elle n'attend plus rien compte tenu de son âge.

Elle se trouve en moins bonne santé que ses parents qui n'ont selon elle jamais été malades.

Pour rester en bonne santé, elle prie Dieu tous les jours.

Pour elle il n'y a pas d'urgence.

Lorsqu'on évoque les EVASAN elle répond simplement qu'elle souhaite mourir dans sa maison.

Elle prend des médicaments tous les jours.

Elle ne prend plus de médicaments marquisiens mais sait les faire. C'est sa mère et sa grand-mère qui le lui ont appris mais elle ne l'a transmis à personne.

Elle n'a aucune crainte pour sa santé et prie quotidiennement pour préparer sa mort.

Elle dit ne rien vouloir voir changer. La seule chose qui lui manque c'est de l'aide pour sa toilette car elle n'a que des fils.

Evoquer l'avenir dans 5 ans la fait rire, elle répète qu'elle se prépare chaque jour à partir.

Personne 14

C'est une femme de 78 ans.

L'entretien a lieu en présence de deux de ses filles et de l'infirmière de l'île.

Elle est née à Tahuata dans les Marquises et y a toujours vécu.

Elle est mère de 19 enfants.

Avant la retraite elle était balayeuse pour la commune et travaillait le copra.

Elle vit dans sa maison, un fils et deux de ses filles se relaient pour s'occuper d'elle.

Elle n'est plus autonome pour ses déplacements et est installée dans un lit sur la terrasse de la maison sous lequel elle cache des cartons de mangues. Elle adore jouer au Bingo et ses enfants s'y prête de bon cœur tous les soirs.

Elle n'a pas vu de médecin depuis plus de 2 ans, lors d'une mission cardiologique sur l'île.

Elle trouve qu'elle va bien.

Elle n'a jamais été évasanée.

Elle trouve qu'elle est en moins bonne santé que ses parents qui mangeaient les produits de la terre.

Elle prend des médicaments tous les jours et en a une opinion positive.

Elle prend souvent des médicaments marquisiens. Elle les a appris de sa mère, et les a transmis à une de ses filles.

Pour elle, il n'y a pas d'urgence.

Elle n'a pas de craintes concernant sa santé, et ne souhaite rien voir évoluer en particulier.

Concernant l'avenir elle s'en remet à Dieu.

Personne 15

C'est une femme de 77 ans.

Elle vit dans sa maison à Ua Pou aux Îles Marquises, dans la vallée de Hakatehau, avec son mari.

Elle a eu 7 enfants mais 3 sont décédés.

Une de ses petites-filles vient les visiter pour s'occuper d'eux.

Avant la retraite elle faisait de l'artisanat et tenait la boulangerie avec son mari.

Elle a toujours vécu sur son île et ne veut pas en partir, même lorsque ses enfants leur demande de venir à Tahiti.

Elle a été en EVASAN avec son mari à Nuku Hiva récemment car il a une plaie chronique du pied qui le fait souffrir.

Elle trouve que sa vie n'est pas comparable à celle de ses parents, mais qu'ils vivaient bien.

L'alimentation a une grande importance pour sa santé selon elle.

Lorsque l'on aborde le sujet des EVASAN et des urgences elle explique que de toutes façons si elle venait à être malade elle resterait chez elle et ne voudrait pas voir de médecin car elle est âgée et en rigole.

Elle craint les actes invasifs et les refuse en bloc.

Elle ne prend que ponctuellement des médicaments, pour les douleurs, et préfère les médicaments marquisiens qu'elle prépare elle-même.

Elle a reçu ce savoir d'une parente et ne l'a jamais transmis.

Elle n'a pas de crainte pour l'avenir.

Personne 16

C'est un homme de 83 ans.

Il vit dans la vallée de Hakatehau, à Ua Pou dans les Marquises.

Il a eu 6 enfants, dispersés à présent sur différentes îles.

C'est un homme au caractère fort, un peu bougon.

L'entretien a lui dans la salle du restaurant que tiennent ses enfants, traduit du marquisien par une marquisienne du même âge.

Il vit dans sa maison, qu'il a construite sur d'anciens sites, ou pae pae, après en avoir déplacé les ossements. Il y vit avec sa fille et son beau-fils popa'a, retraité de la marine.

Il a travaillé dans sa jeunesse pour le CEA ce qui l'a amené à beaucoup voyager dans les îles, dans les Tuamotu et surtout à Moruroa. Il pense avoir été contaminé à Moruroa, et a du mal à savoir ce qui peut être dû à cette irradiation ou non.

Il ne se considère pas en bonne santé mais il lui est impossible de définir ce qu'est « être en bonne santé », répétant à cette question que ça n'est juste pas ça vie.

A la question de ce qui l'aide à rester en bonne santé il répond simplement être heureux et s'en remettre à Dieu, quant à ce qui l'empêche d'être en bonne santé il cite la Bible et dit qu'il « assume » ses douleurs et sa maladie.

Il est observant sur les traitements et ne critique pas la prescription.

Il décrit la vie comme une fleur et dit être arrivé à ce que celle-ci fane. Il est heureux, mais ne peut plus travailler, au crépuscule de sa vie.

Il n'a pas de craintes pour l'avenir.

Personne 17

C'est un homme de 77 ans.

Il vit à Maupiti, dans les Îles sous le Vent, et a eu 14 enfants.

Il n'a vécu que quelques années à Tahiti, quand il venait d'avoir 18 ans, et est rentré à Maupiti à la mort de son grand-père. Il s'y est marié et n'en est plus parti. Avant la retraite il dit avoir beaucoup travaillé, dans l'agriculture, la pêche et à la boulangerie notamment. Avec son épouse il exportait leurs fruits vers Raiatea et Papeete car de nombreux bateaux le permettaient ce qui n'est plus le cas.

Il vit dans sa maison avec sa femme, construite après le cyclone et plus ergonomique que la précédente. Leurs enfants passent régulièrement leur porter des repas.

Son fils étant au chômage, il a fait bâtir avec ses économies un snack devant chez lui où celui-ci travaille à préparer des repas à emporter.

Il est porteur d'une néphrostomie.

Il attend les missions médicales pour voir les médecins et réalise ses bilans sanguins à Raiatea, l'île voisine où se trouve un hôpital. Sinon il consulte le médecin généraliste environ une fois par mois.

Il est favorable aux EVASAN (programmées) et trouve qu'il est rapide d'arriver à l'hôpital : il lui suffit de prendre son bateau jusqu'à l'aéroport accompagné de sons petit-fils, puis l'avion, puis de se faire récupérer en voiture à l'aéroport et le chemin inverse sur 48H. Lorsque l'on évoque ce que pourrait être une urgence il ne sait quoi répondre.

Il se trouve en bonne santé, et apporte une grande importance au fait de travailler, toujours, pour être en bonne santé.

Il a une opinion positive des médicaments et est observant.

Il continue de se rendre à Mopelia (atoll comptant une quinzaine d'habitants situé à une centaine de kilomètres de Maupiti et dépendant de la commune) et à plonger en bouteilles pour s'occuper des nacres et produire des perles qu'il vend à Papeete.

Il pense que ses parents étaient comme lui malade et peut-être davantage car il est issu d'une famille « cancéreuse », et note qu'à l'époque il était bien plus difficile de se rendre à l'hôpital.

Le travail et la nourriture concourent à sa bonne santé.

Il ne prend plus de ra'au tahiti mais en a pris étant jeune, sa femme les préparait. Elle les avait appris de son arrière-grand-mère.

Il se rappelle avec crainte le jour où l'on a dû l'opérer (néphrostomie) et c'est bien sa seule crainte, mais dit avoir été aidé par Dieu.

Il n'a pas peur de la mort et pas de crainte en l'avenir, il dit être prêt.

Son inquiétude concerne ses petits-enfants, il ne sait pas si ses enfants pourront subvenir à leurs besoins après que lui et sa femme soient décédés.

Personne 18

C'est une femme de 95 ans vivant à Maupiti, dans les Îles sous le vent.

Quand je me rends chez elle elle est en train de faire la vaisselle penchée au-dessus d'un robinet dans le jardin. Elle regagne le salon pour nous recevoir.

Elle est née à Maupiti d'un père breton qu'elle a peu connu et d'une mère polynésienne et s'y est mariée, puis elle est allée travailler avec son mari à Papeete dans un magasin de bicyclette, jusqu'en 1975.

Elle a eu 5 enfants.

Elle vit dans une maison en bord de route, construite après le passage du cyclone avec les subventions accordées aux sinistrés. Son petit-fils, qu'elle a élevé, vit avec elle est l'aide.

Elle va consulter le médecin environ deux fois par mois et lorsqu'elle ne se sent pas bien, c'est son petit-fils qui l'accompagne.

Elle a du mal à définir le concept de « bonne santé ».

Elle se plaint de solitude et souhaiterait une présence pour l'aider dans les gestes de la vie quotidienne, car son petit-fils s'absente régulièrement.

Elle écoute les recommandations du médecin et prend ses médicaments quotidiennement.

Elle ne prend plus de médicaments tahitiens car elle est à présent traitée par des « médicaments français » à présent mais y a eu recours plus jeune. Sa mère et d'autres personnes de l'île les préparaient.

Elle est triste et dit ne plus avoir envie de vivre, car il est trop difficile pour elle de se débrouiller seule et qu'elle préférerait ainsi ne plus supporter sa maladie.

Prénom : Lucille
Nom : Chauveau
Discipline : médecine générale
U.F.R. des Sciences Médicales, Université de Bordeaux

Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin.

Introduction : Il s'agit d'une population singulière, entre tradition et modernité. L'objectif était de rechercher les particularités influençant le recours au soin et son vécu, afin d'envisager les possibilités d'adaptation de l'offre de soin.

Matériels et méthodes : Etude qualitative par entretiens semi dirigés de personnes > 70 ans vivants sur 5 îles.

Résultats : 16 entretiens ont été codés. L'étude montre que la santé est faite statut, celui permettant de travailler, et la maladie à l'instar de la vieillesse comme le passage au statut de dépendant par la perte de cette capacité. L'espérance de vie n'est pas un reflet de la notion subjective de santé. Les médicaments traditionnels font partie intégrante du soin mais l'on observe une perte de la transmission du savoir, non critiquée par les sujets. Le refus de soin est motivé par la notion de temps révolu et l'acceptation, ou la peur d'actes invasifs. La demande concerne les aides à la vie quotidienne, non l'augmentation de moyens médicaux. Enfin, les notions de responsabilité individuelle et collective de santé en font des acteurs volontaires de leur santé.

Discussion : Des comportements spécifiques existent, liés à la culture, au contexte géographique et à l'âge. Ils sont à l'origine d'une incompréhension soignant-soigné. Ils peuvent cependant être utilisés comme leviers pour améliorer la prise en charge, via la promotion de la santé et le maintien à domicile. Cette étude première du type ouvre le champ à de plus amples investigations de stratégies adaptées à la culture.

Mots-clés : milieu isolé, ethnologie, culture, Polynésie, personnes âgées, comportements de santé

Accessing healthcare in remote places among the elderly in French Polynesia : aspects, determinants and experience.

Introduction : The aim of the study was to describe and evaluate the influence of singular behaviors on the procurement of healthcare services, in order to adapt supply to demand in this population, where there lies a great difference between modernity and tradition, particularly in older generations.

Methods : Qualitative research based on semi-structured interviews of people above 70 years of age living on 5 different islands.

Results : 16 interviews were transcribed. The study shows that health is seen as a status, allowing for work, and illness as aging, as the loss of this ability. Life expectancy isn't reflective of the subject's notion of health. Traditional medication is still a deeply embedded part of health behaviors, but we observe a breakdown in the family transfer of knowledge, which is not criticized. Refusal of care is motivated by the acceptance of whatever may happen when that person considers his/herself old enough, or by the fear of invasive procedures. The demand is not on medical supply but on the extent to which it is possible the help of another in everyday life. Finally, the notions of individual and collective responsibility of health have a positive impact on healthy behaviors.

Discussion : Specific behaviors exist and are linked to culture, geographical isolation and age. They can be somewhat of an obstacle in the understanding between patients and caregiver. They can, however, also be a powerful instrument in order to improve effective healthcare via the promotion of health and allowing the elderly to stay in their own homes through end-of-life care. This research, a first of its kind, opens the way for further investigations on healthcare strategies adapted to culture.

Keywords : remote places, culture, ethnology, Polynesia, elderly, health behavior
