



HAL
open science

Anthropologie de la maladie : regard des gens de Maré sur le diabète de type II

Romain Kuhm

► **To cite this version:**

Romain Kuhm. Anthropologie de la maladie : regard des gens de Maré sur le diabète de type II. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-01945979

HAL Id: dumas-01945979

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945979>

Submitted on 5 Dec 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Ex. 2

Université Joseph Fourier

Faculté de médecine de Grenoble

Année : 2009

N° : T17 2009/5058

ANTHROPOLOGIE DE LA MALADIE:

REGARD DES GENS DE MARE

SUR LE DIABETE DE TYPE II

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement le 1er octobre 2009 à Grenoble

par Romain KUHM [Données à caractère personnel]

Composition du jury:

Président: Monsieur le Professeur Serge HALIMI

Membres: Monsieur le Professeur Olivier CHABRE

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Monsieur le Docteur Michel DEPOISIER

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Dominique SALINO



Aux gens de Maré, qui m'ont permis de réaliser ce travail grâce à leur gentillesse et leur accueil,

A Dominique SALINO, mon directeur de thèse qui m'a guidé dans mon travail et qui a permis de le faire connaître en Nouvelle-Calédonie,

A Monsieur le Professeur Halimi, mon président de thèse, qui s'est montré intéressé par le sujet de mon travail,

A Messieurs les Professeur Chabre et Professeur Esturillo d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,

A Michel Depoisier, qui m'a conforté dans mon choix de la médecine générale,

A mes parents grâce à qui je suis ce que je suis aujourd'hui,

A ma chérie, pour sa patience et ses encouragements tout au long de ce travail.

PLAN

| | |
|--|------|
| Introduction | p 8 |
| Généralités..... | p 11 |
| 1/ Présentation de Maré | p 11 |
| 1-1/Description géographique | p 11 |
| 1-2/Description démographique | p 12 |
| 1-3/Description historique | p 15 |
| 1-3-1/Les origines | p 15 |
| 1-3-2/ Nombreuses migrations | p 15 |
| *L'anthropophagie | |
| *Les types maréens | |
| 1-3-3/Les XVI, XVII et XVIII ième siècles. | p 16 |

| | |
|--|------|
| 1-3-4/Le XIX ième siècle | p 16 |
| 1-3-5/Le XX ième siècle | p 17 |
| 2/L'organisation tribale | p 18 |
| 3/L'identité Kanak | p 19 |
| 4/La grande case..... | p 23 |
| 5/Le "boucan" | p 25 |
| 6/Conception générale de la maladie | p 27 |
| 7/Présentation de la médecine traditionnelle | p 32 |
| 8/Place du dispensaire | p 34 |
| 8-1/Présentation du dispensaire | p 34 |
| 8-2/Mode d'exercice | p 36 |
| 9/Système de santé | p 38 |

Moyens et Méthodes p 40

1/Pathologie étudiée, p 40

2/Critères d'inclusion-d'exclusionp 41

3/La discussion anthropologiquep 42

Résultatsp 47

1/Population ayant participé à l'étudep 47

2Définition du diabète selon les personnes interrogées

p 48

3/Manifestations du diabètep 48

4/Facteurs étiologiquesp 49

5/Devenir perçu..... p 50

6/Thérapeutiques p 51

| | |
|---|-------------|
| Discussion | p 52 |
| 1/Biais du travail | p 52 |
| 2/Généralités | p 54 |
| 3/Notion de maladie | p 56 |
| 4/Notion de gravité | p 59 |
| 5/Mode de révélation | p 60 |
| 6/Facteurs étiologiques | p 62 |
| 7/Thérapeutiques | p 69 |
| | |
| Conclusion | p 72 |
| | |
| Annexes | p 74 |
| 1/Cartes de la Nouvelle Calédonie | p 74 |
| 2/Carte de Maré..... | p 75 |
| 3/Schéma d'une grande case | p 76 |

| | |
|---|-------------|
| 4/Questions posées lors des entretiens..... | p 77 |
| 5/Tableau réponses | p 79 |
| | |
| Bibliographie | p 85 |
| | |
| Glossaire | p 86 |
| Mots Clés..... | p 87 |
| Résumé | p 92 |
| Abstract..... | p 94 |
| Serment d'Hippocrate..... | p 96 |

INTRODUCTION

Soigner, c'est identifier des souffrances ou les éviter, les traiter pour - au mieux - les guérir, au moins les soulager.

L'écoute et la compréhension du patient dans toute sa dimension culturelle, sociale et physique sont nécessaires lors d'une consultation. La maladie est définie, aussi bien biologiquement, que socialement et culturellement.

Un patient doit être perçu dans sa culture, dans les interactions qu'il a avec les autres, dans la société dans laquelle il vit. C'est ainsi, qu'un phénomène pourra être perçu comme maladie, au sens large du terme, dans une société et pas du tout comme telle dans une autre société.

Claudine Herzlich va jusqu'à dire dans son livre, « *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* » (1), que c'est le médecin qui crée la maladie.

Cette notion d'approche culturelle de la maladie et du patient est très importante, pour faire, du patient, un allier du thérapeute, afin d'optimiser la prise en charge, d'améliorer l'éducation et l'observance thérapeutique.

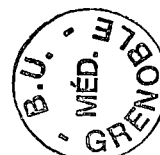
Si la médecine occidentale peut fournir une explication complète et cohérente de la maladie, les univers traditionnels offrent souvent au patient d'autres interprétations ainsi que d'autres perspectives thérapeutiques. La culture a un

regard sur la maladie dont il faut prendre compte pour éviter que médecine traditionnelle et médecine occidentale soient mises en opposition et que cette opposition soit à l'origine de difficultés.

Le monde kanak* constitue une Cosmogonie visant à une explication totale. La caractérisation des maladies constitue une introduction possible à une vision plus large.

Le choix d'étudier le diabète et notamment sa représentation n'est pas anodin. En effet, le diabète représente un véritable problème de santé publique en Nouvelle-Calédonie. La prévalence du diabète chez l'adulte en Nouvelle-Calédonie est supérieure à la prévalence mondiale (10,2% toutes ethnies confondues en 1993) (2).

* j'utilise le terme "kanak" tel qu'il a été déterminé par des représentants de la communauté mélanésienne qui le souhaite invariable.



L'hypothèse de départ est que le diabète est mal équilibré sur l'île de Maré, contrairement à d'autres pathologies chroniques. Comment expliquer cela? Les maréens ont-ils une représentation particulière du diabète? Le discours médical occidental est-il compris et surtout intégré?

GENERALITES

1/ Présentation de Maré

1-1/Description géographique

La Nouvelle-Calédonie est le quatrième archipel du Pacifique Sud par sa superficie, après la Nouvelle-Guinée, la Nouvelle-Zélande et les îles Salomon. Situé à l'extrême sud de la Mélanésie, ce territoire est situé à 20 000km de la France métropolitaine, 1500km à l'est de l'Australie et 1700km au nord de la Nouvelle-Zélande (Annexe 1).

Elle est constituée par la Grande Terre (400km de long sur 50 km de large) l'île des Pins au sud, les îles Belep au nord et les îles Loyauté à l'est.

Maré, ou Nengone en langage vernaculaire, est une des trois îles Loyauté, avec Lifou et Ouvéa. C'est la plus méridionale des îles Loyauté. Deuxième île par la superficie (650 km²), Maré compte 7 401 habitants. Dans sa plus grande dimension, elle mesure 42km de long pour une largeur de 20 à 30 km (annexe 2). La plus grande altitude est de 138 mètres. L'île est entourée par la ceinture corallienne de l'ancien atoll. Maré est un atoll exondé construit sur un volcan éteint daté de 24 millions +/- 4 millions d'années. (3)

Maré est une île luxuriante. L'île ne compte aucune rivière. Par contre, on trouve de nombreux trous et grottes servant de puits ou de piscines, plongeant

dans une nappe phréatique.

1-2/Description démographique

Maré est divisé en huit districts différents: Guahma, La Roche, Tadine, Pénélo, Eni, Medu, Wabao et Tawainedre, et chaque district est lui même divisé en différentes tribus.

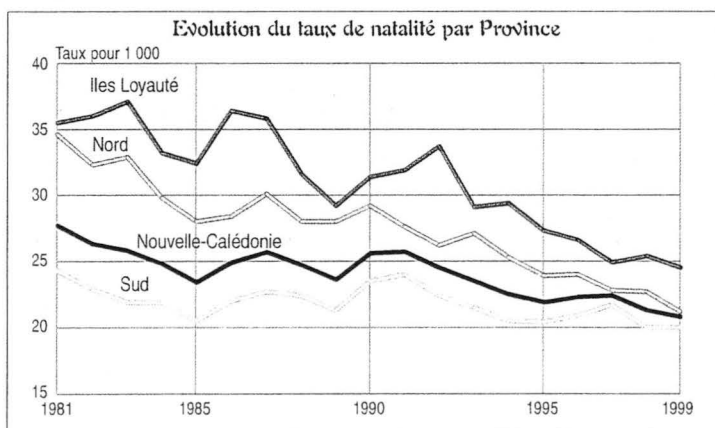
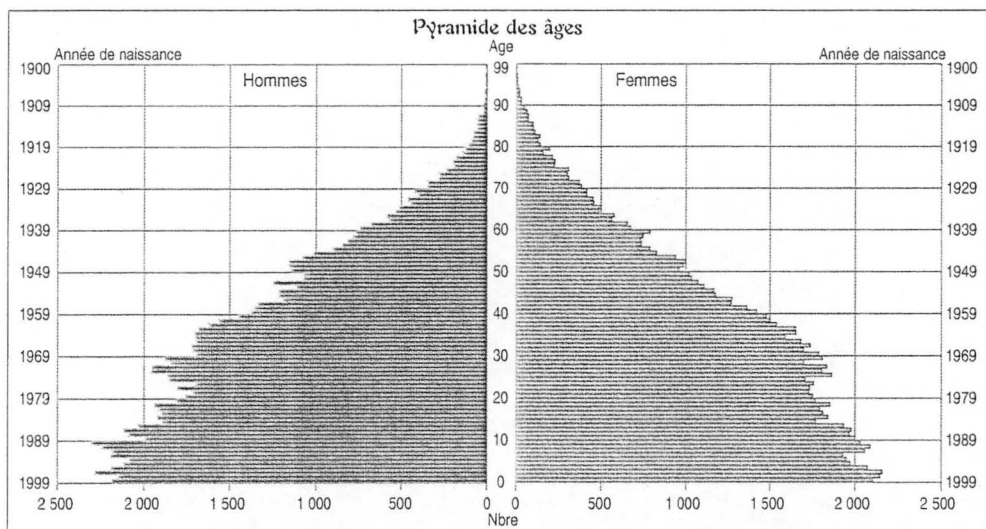
D'après le dernier recensement de 2004, 263 620 personnes vivent en Nouvelle-Calédonie.

11 091 personnes déclaraient résider sur l'île de Maré, mais en réalité seulement 7 401 personnes y vivaient plus de six mois dans l'année, soit une densité démographique de 11,4 habitants par km²(4). Deux communautés y sont représentées, avec en très grande majorité la communauté mélanésienne (plus de 99%) et une petite communauté d'occidentaux. Cette répartition n'est pas le reflet de ce que l'on trouve en Nouvelle Calédonie, puisqu'il existe sur la Grande Terre un plus grand nombre de communautés (wallisienne, polynésienne, asiatique notamment).

50,8% sont des hommes, 49,2% sont des femmes. (4)

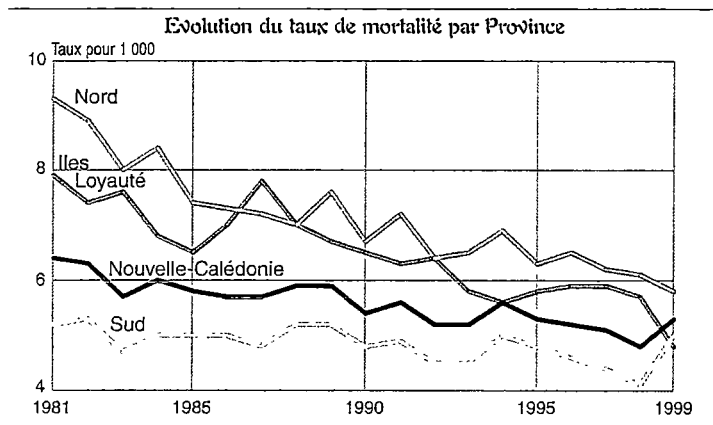
La population des îles Loyauté est toujours la plus jeune avec un âge moyen de 27,5 ans. Cependant, la forme effilée de la pyramide de 1989, témoin de la

vitalité démographique, s'est contractée.

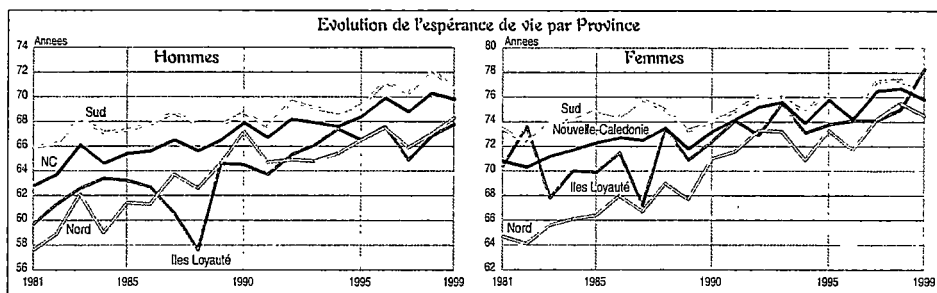


Trait commun aux trois provinces, le rétrécissement de la base est très marqué, signe de la diminution des naissances : le taux de natalité provincial est passé en effet de 26,7‰ en 1996 à 19,8‰ en 2004 (5) (contre 17,3 pour 1000 sur l'ensemble du territoire).

Le taux de mortalité dans les îles est de 5,8 pour 1000 habitants (contre 4,9 pour mille habitants sur l'ensemble du territoire).



L'espérance de vie à la naissance, hommes et femmes confondus, est de 73,6 ans (contre 75,5 ans sur l'ensemble du territoire).



1-3/Description historique

1-3-1/Les origines

Les traditions indigènes sont très riches. Selon la tradition, l'eau, ou au moins la boue, couvrait le centre de l'île d'où émergeaient les deux "Ezi" (nom donné primitivement aux deux buttes de Rawa et de Peorawa). Les chefs habitaient la région de Peorawa et reçurent le nom de "Si Rue Ezi" (habitants des deux *Ezi*). Les sujets habitaient à Rawa.

1-3-2/Nombreuses migrations

Des migrations se firent principalement des Nouvelles Hébrides (actuellement le Vanuatu), puis les gens de *Ma* (peut-être Fidji ancien) et les Polynésiens qui formèrent de grandes chefferies (les *Si Weba*, les *Si Lawacele*).

*L'anthropophagie

Les premiers maréens n'auraient pas été anthropophages. L'augmentation de la population provoqua des guerres et l'affirmation de la victoire sur l'ennemi que l'on veut mépriser jusque par delà la mort passa par l'anthropophagie.

*Les types maréens

Ces migrations successives sont à l'origine des types physiques variés trouvés tant à Maré que dans les autres îles Loyauté. Traditionnellement les *Si Rueezi*

étaient très petits, les *Si Welo* très grands. Les *Si Weba* et les *Si Laswacele*, d'origine polynésienne, étaient primitivement à peau claire.

1-3-3/ Les XVI, XVII et XVIII ième siècles

Maré se fit coloniser par Lifou, ce qui fut à l'origine de beaucoup de chefferies. Ils apportèrent une petite pierre, le *Kazé* qui servit à fortifier les magies meurtrières. Cette pierre produisit une véritable révolution religieuse et renforça les penchants guerriers des maréens.

De nombreuses guerres se succédèrent alors.

1-3-4/ Le XIX ième siècle

A l'arrivée des Européens, les mélanésiens qui occupaient la grande terre, furent baptisés "canaques", terme emprunté au langage polynésien, signifiant "Hommes".

Les bateaux marchands allant d'Australie en Chine et les santaliers découvrirent Maré qui fut nommée Britannia, du nom du bateau du capitaine Raven qui aperçut le premier l'île, en 1793.

La London Missionary Society presbytérienne arriva le 9 avril 1841 et commença son travail d'évangélisation. Napoléon III poussait l'expansion des

missions catholiques pour compenser l'influence britannique.

1-3-5/ Le XX ième siècle

Pendant la guerre de 1914-1918, Maré envoya un petit contingent combattre.

Il y eut plusieurs victimes.

En 1940, Maré rallia la France libre et envoya des volontaires.

Au début des années 1950, le service de santé se développa. En 1954, le Père Dubois fondait la Société d'Entraide Maréenne, société commerciale pour venir en aide aux gens du pays.

En 1955, est construit l'aérodrome de La Roche.

En 1967, les protestants fondèrent une école. Une équipe des travaux publics arrangeaient les routes.

Depuis les hommes archaïques de Rawa, le pays s'est transformé, avec, maintenant, une ouverture sur le monde par la radio et la télévision.

2/L'organisation tribale

La société kanak s'organise par rapport à:

- d'une part la référence généalogique à un ancêtre et à un ou plusieurs totems. Ceci procède de la parenté agnatique. Les lignages se regroupent en clans et fonctionnent sur le modèle de l'exogamie et de la filiation patrilinéaire. Le patrilignage, par le biais de l'intervention des forces ancestrales agnatiques (ancêtres et totems) jouent un rôle fondamental dans la représentation de la genèse des maladies et de leurs soins.

- d' autre part, à la chefferie qui rassemble un ensemble de personnes relevant de lignages rattachés à des clans différents et accueillis par les occupants du lieu. "Le code des relations, les comportements et attitudes qu'un individu doit avoir vis-à-vis de ses frères de la tribu (...) est dictée par la parole. On est frappé par l'importance de celui qu'en français, on appelle faute de mieux, le Grand Chef. Il est considéré comme le "verbe du clan", l'incarnation même de la parole (...). Il est parfois appelé le poteau central pour l'identifier à la grande case, symbole même du clan. La relation n'est pas d'esclave à maître, ni du serf vis à vis de son seigneur. C'est une relation "d'ordre" entre les membres d'un même groupe." (6)

La grande case est alors considérée comme le symbole de l'ancêtre. Les esprits

des ancêtres y descendent pour conseiller l'Aîné. A Maré, on construit une enceinte en pierre pour lui donner une certaine prééminence.

Dans les grandes chefferies, le chef ne prend pas la parole lui même. La fonction est confiée au porte-parole. D'autres fonctions, comme la pêche, la chasse, la culture de la terre appartiennent à différents clans. Chaque clan confie cette responsabilité à l'aîné du clan ou à celui qui en est le plus digne.

L'ordre social se réfère à une "Loi" que l'on a traduite de façon imprécise par le mot "coutume". La loi sociale Kanak n'est pas dégagée des lois de l'univers.

L'ordre social est un ordre cosmique.

3/L'identité Kanak

Dans la société Kanak, la personne n'est pas pensée en tant qu'individu, comme dans nos sociétés occidentales mais elle est constituée de plusieurs principes dont l'animation ne relève pas d'elle seule, mais de relations sociales qui la dépassent. Pour illustrer cette conception de la personne, citons Jean-Marie TJIBAOU: "A l'origine, il y a l'arbre, le tonnerre, etc... Puis il y a la série des ancêtres, et puis il y a nous. Et la vie passe à travers cette généalogie, et cette généalogie, elle est celle de mes pères, mais elle est aussi celle du clan qui a donné ma mère et qui en donnant ma mère, me donne la vie. Le principe

de vie, nous disons que c'est la mère qui donne la vie. Le père donne le personnage, le statut social, la terre(...). La vie est donnée par le sang. Le sang, c'est la mère qui le donne. Et le propriétaire du sang, c'est elle, ses frères et ses pères. Alors je reste toujours duel. Je ne suis jamais individu. Je ne suis pas être-individu. Le corps n'est pas un principe d'individuation. Le corps est toujours la relation."(7)

Ce sont ces notions de "relation" et "d'échanges" qui sont à la base de la société traditionnelle.

L'omnipotence du monde ancestral amène chaque être humain à se penser dans une filiation qui les relie aux générations antérieures, à ses ancêtres, auxquels il est redevable de la vie elle-même mais aussi à son entretien (se nourrir, se soigner, se défendre...).

La notion de sang est capitale dans la représentation kanak du corps et de la santé (on dit de quelqu'un de résistant, que son sang est fort).

En effet, lors de la conception, la mère apporte le sang, le corps (parties molles) et la vie au moment de l'acte sexuel. Le sang est l'ensemble des fluides vitaux. Le père, quant à lui, apporte l'os (le squelette dans sa totalité). Pour que l'enfant soit vigoureux, il faut des rapports sexuels nombreux durant les trois premiers mois de grossesse. Au quatrième mois et jusqu'à la fin de

l'allaitement, les rapports sexuels sont interdits car le sperme du père risquerait de souiller le sang de l'enfant. Or, le sang de l'enfant est le sang de la mère qui forme la chair et le corps.

L'enfant ne sera vivant que lorsqu'il aura une âme. Cette âme est matérialisée par le souffle apporté par l'oncle maternel. Le souffle est une émanation de l'esprit ancestral, véhiculé par le sang. Cet esprit est dormant et il faut l'éveiller. Cet acte se fait par l'oncle maternel, personnage clé dans la culture kanak. C'est cet oncle qui va "lier" les trois parties de la personne, à savoir le squelette, le sang et l'esprit, par des prières.

Ce sont les oncles paternels qui donnent le nom à l'enfant. Ce nom porte la totalité de l'identité sociale; ce nom donne le rang dans la société, donne une fonction, un tertre, des terres, des trous d'eau, des forêts...

De la naissance au mariage, c'est la période de la construction de l'image qui a lieu en plusieurs étapes ponctuées par des coutumes. L'enfant est objet des rituels, l'adulte après son mariage devient acteur des rituels. Le défunt redevient objet des rituels.

On distingue trois catégories de décès:

- les décès par maladie: l'oncle maternel insuffle une certaine quantité de vie à la naissance qui s'assèche au fur et à mesure de la vieillesse.

- les morts violentes (accidents, assassinats, suicides): une partie des humeurs se déversent sur le sol et l'esprit de la personne s'enracine à cet endroit. Cet esprit de mort peut être dangereux. Il faut donc laver le sol.

- les morts violentes avec corps non récupérés génèrent des esprits extrêmement dangereux.

Le deuil n'est pas une séparation définitive. La mort n'est pas le néant, simplement un état différent d'existence (8).

Mais chez les kanak, cette perception du corps a radicalement changé en quelques décennies. Lorsque l'organisation communautaire était prépondérante, sans autre influence extérieure, le corps n'avait pas d'existence individuelle. Le corps était fondu au sein du groupe. Le groupe était lui fondu au sein de la nature. Une nouvelle représentation du corps fut inculquée par les missionnaires: le concept de culpabilité liée au corps (le malade est forcément fautif), la honte de la nudité, l'impureté d'un corps sans conscience religieuse et enfin la séparation du corps et de l'esprit ont amorcé le processus d'individuation (9).

Les kanak ont absorbé des éléments de la société occidentale. Néanmoins, les mondes magiques et mythiques sont étroitement présents dans la réalité quotidienne.

L'âme peut donc quitter le corps lors d'un rêve. De même les hallucinations, transes ou possessions correspondent à des perceptions vraies d'une autre réalité.

Une mauvaise interprétation de la cause de la maladie risque d'aboutir à un diagnostic erroné, posé sous l'angle du prisme occidental. Ainsi la psychiatrie transculturelle prend toute son importance.

Il importe de considérer cette philosophie de vie afin d'appréhender de manière plus appropriée l'approche sanitaire de cette population.

4/La grande case

La grande case (Annexe 3) reste pour les Kanak l'objet le plus chargé symboliquement de sa culture. Les paroles échangées lors des gestes coutumiers intègrent dans leur métaphore des images associées à la case. La case fait partie intégrante du patrimoine culturel Kanak.

Au sein de son architecture, on distingue:

- le poteau central, identifié au chef. Il fait l'objet de cérémonies et de coutumes lors de son abattage dans la forêt.
- le trou pour mettre le poteau central, contenant un médicament, paquet magique, déposé au fond du trou et déposé par les utérins (les oncles

maternels).

- la corbeille aménagée au sommet du poteau central qui a un rôle de soutien.

- les poteaux du pourtour de la case identifiés aux clans.

- la flèche faîtière, à laquelle est attachée une conque. Cette dernière est le symbole de la parole, l'instrument de l'appel des clans. Un médicament est déposé à l'intérieur.

- les chambranles sont des représentations des ancêtres, esprits protecteurs de la case et des clans.

- seuil et linteau sont les gardiens immédiats de la porte. Ils obligent au respect dû à l'aîné puisque l'on est obligé de se courber pour entrer dans la case.

Dans son organisation verticale, nous distinguons:

- le tertre sur lequel repose la case. Le tertre appartient au monde des morts.

- le sol de la case, lieu de vie qui appartient au monde des vivants.

- le haut de la case où s'accumule la fumée des feux de bois. Cette partie de la case appartient au monde des ancêtres.

Encore une fois, par ces descriptions de l'habitat traditionnel, nous remarquons les étroites relations entre vivants, défunts et ancêtres.

5/ le "boucan"

Ce mot d'origine indienne des caraïbes désigne une technique utilisée pour fumer la viande. Le feu n'est pourtant pas fréquemment utilisé dans les procédés maléfiques Kanak qui préfèrent plutôt, aujourd'hui, la manipulation des débris corporels (10). Néanmoins dans la symbolique Kanak, l'élément « feu » est lié à la guerre et par conséquent à la colère.

Ce terme, d'origine récente, est très imprécis. L'utilisation abusive dans les conversations de ce mot "boucan" semble motivée par le désir de rester dans le vague afin d'occulter la cause supposée d'un mal donné. Le boucan recouvre, en fait, un vaste domaine magique évolutif dans le temps.

Toutes les maladies envoyées par les forces ancestrales, sur sollicitation coutumière traditionnellement, sont les garantes du respect des règles sociales. Elles constituent une réponse aux transgressions des normes, punition ou simple avertissement destinés à faire réfléchir et à inciter à réparer son erreur. Tout manquement aux règles provoque ainsi, à terme, une sanction

automatique en retour.

A travers la Mélanésie, ce sont les magies du Vanuatu qui font peur. Ces magies sont à l'origine de maladies voire de décès.

Malinowski (11) insiste sur l'importance accordée à la magie noire aux îles Trobriands:

"Toutes les craintes et les inquiétudes des indigènes sont réservées à la magie noire, aux sorcières volantes, aux êtres malveillants, qui apportent la maladie (...). La maladie, la santé ou la mort, sont encore le résultat de la magie ou de la contre magie. Si un homme tombe malade d'une façon prolongée, si sa vigueur physique paraît réellement minée, c'est que des forces malfaisantes sont à l'œuvre."

Walter ajoute: " les actes de sorcelleries sont les moyens permettant d'induire une maladie chez un être humain (...). Lorsque j'ai demandé à mes informateurs pourquoi le sorcier, qui en avait évidemment la possibilité, décidait de nuire à telle ou telle personne, ils m'ont répondu: "c'est la jalousie!"(12).

6/Conception générale de la maladie

L'analyse des agents pathogènes passe par la description des esprits. (13)

Dans toute l'Océanie, on peut classer ces esprits en deux catégories. On distingue d'une part les esprits des morts et d'autre part les esprits de vie qui peuvent être des génies ou esprits gardiens, ou alors des esprits ancestraux.

Les esprits des morts se classent en différentes catégories ("âme des morts", "morts avec racine"...) et peuvent apparaître de différentes manières (en rêves, en apparitions, sous formes totémiques...). Les morts ont notamment deux fonctions: premièrement, ce sont eux qui envoient les Maladies (et qui peuvent les soigner); deuxièmement, ce sont eux qui donnent les éléments rituels au bon fonctionnement de la société.

Parmi les esprits gardiens, on en distingue plusieurs sortes, dont les "*mo-yaac*" en nengone ("lutins"). Les "*mo-yaac*" sont très présents dans la vie quotidienne des maréens. Ils sont extrêmement puissants, vivent la nuit et ont été les premiers occupants de la terre. Ils sont les gardiens de la terre sauvage. Il existe des lutins sauvages et des lutins domestiques qui sont les gardiens des maisons, qui aident au travail...

Dans la société Kanak, comme dans toute société, la maladie, et plus généralement le malheur, demandent un sens. Cette recherche de sens

n'annule pas le diagnostic mais elle est nécessaire dans le processus de guérison. On va donc faire appel à un spécialiste qui recherche une correspondance entre le réseau social (les obligations, les devoirs au sein de la société) et les malédictions (sanctions envoyées par les ancêtres). Cette recherche de sens se fait dans la relation d'échanges décrite précédemment.

La maladie est perçue comme un désordre, bien plus large que biologique. Elle s'intègre dans le cosmos. Le malade est appréhendé dans son entité individuelle mais aussi dans son être social, à savoir son appartenance à un lignage, à un clan, à un système d'alliance. L'acceptation d'une interdépendance régie par les forces ancestrales entre la nature, la société et l'individu implique qu'une rupture d'équilibres désorganise le rapport de la personne à elle-même mais aussi à son environnement tant social que naturel.

Parce que la maladie place l'individu dans un état suspendu entre la vie et la mort, le malade est coupé de toutes fonctions sociales. Le comportement "normal" d'un malade est alors l'alitement. Ce qui peut être interprété en Occident comme du courage, lorsque le patient continue à fonctionner malgré la maladie, serait compris chez les Kanaks comme du déni.

Quand un membre de la famille est malade, tous les parents, au sens large, s'inquiètent de l'état de santé, non pas par compassion, mais parce qu'on a intérêt à résoudre un problème dont la maladie révèle l'urgence et qui est

susceptible de rejaillir sur d'autres parents (14). Le cercle familial se doit de faire corps avec le malade. Diagnostics et traitements sont affaires de spécialistes mais le nursing demeure l'affaire du cercle familial. C'est une des raisons qui explique que tant de personnes viennent au dispensaire sans consulter.

La notion de séquelles n'existe pas. Si un élément issu de la maladie persiste, les kanaks parlent, alors, de "traces mnésiques" (15). Cette trace s'inscrit dans la réalité du corps plutôt que dans un trouble nécessitant des soins. On parle alors de "bruit de la maladie". Un nouvel état de santé est défini.

Christine Salomon, dans son livre "Savoirs et Pouvoirs thérapeutiques Kanak", classe les maladies en deux grands groupes. Tout d'abord, elle repère les "maladies du docteur", "maladies importées" ou encore "maladies nouvelles", qui sont les pathologies que l'on rencontre dans notre pratique médicale courante et pour lesquelles les Kanak consultent au dispensaire. En effet, ces maladies du docteur seront mieux soignées par les docteurs eux-mêmes que par le recours à la médecine traditionnelle. Puis, elle distingue les "maladies indigènes" ou "maladies d'autrefois" qui sont des maladies autochtones. Ces "maladies indigènes" se décomposent en trois catégories:

- les "vraies maladies"

- les "maladies duês aux ancêtres"

- les "maladies (intentionnellement) provoquées"

Les vraies maladies sont généralement causées par des accidents climatiques, l'alimentation ou des rapports sexuels interdits. Elles surviennent lors de la rupture d'un équilibre entre l'Homme et la nature. Elles sont, la plupart du temps, courantes et bénignes.

Les "maladies dues aux ancêtres" renvoient, en revanche, à une causalité strictement sociale: réponse des ancêtres aux transgressions des normes par les vivants, elles relèvent de l'avertissement ou de la punition en réponse à des comportements socialement transgressifs (mauvais entretien des cimetières, manquements à l'égard des oncles maternels, médisance) et peuvent à ce titre, viser n'importe qui au sein du groupe de filiation déviant.

Enfin, les "maladies provoquées intentionnellement" résultent de conflits plus individualisés, la "jalousie" présumée d'un tiers se retournant en cas de maladie en accusation de sorcellerie. Les affections envoyées sont souvent désignées en français par le terme obscur de "boucan".

Mais ces catégories de maladies ne sont pas figées. Ainsi lorsqu'une "vraie maladie" se prolonge dans le temps ou résiste à un traitement, la causalité naturelle est mise en doute, et il peut alors s'agir d'une maladie liée aux

ancêtres résultant d'une transgression d'un tabou.

La gravité d'une maladie est définie par certaines notions. Des maladies sèches et froides inquiètent plus que des maladies chaudes et humides car elles renvoient à la mort. La diarrhée est considérée comme moins grave que la constipation, du moins au début de l'évolution, car c'est un excès d'humide qui est extériorisé. La thérapeutique pour rétablir l'équilibre entre l'humide et le sec utilise la loi des contraires. De même, les maladies des parties molles sont plus graves que celles touchant les os, ainsi que tout ce qui se rapproche de l'axe central (tête, cœur, poumons).

Une maladie bénigne peut se transformer en malheur au sens large dès lors qu'il y a intensification de la maladie, aggravation ou répétition de celle-ci ou lorsqu'il y a accumulation d'évènements négatifs (intempérie, accident de voiture, mauvaise récolte...).

La classification des maladies présentées rend possible une grande variabilité des liaisons causales : un même symptôme peut rentrer dans plusieurs catégories de maladies. Tout, ici, est affaire d'interprétation, laquelle est à la charge de thérapeutes spécialisés.

7/Présentation de la médecine traditionnelle

L'anthropologie a longtemps essayé de mettre en parallèle ou en opposition la médecine traditionnelle à la médecine occidentale. Il est nécessaire d'"oublier ces distinctions et d'analyser la médecine traditionnelle comme une thérapie aux nécessités et aux exigences de la vie des indigènes".(15)

La médecine traditionnelle est vue de la part des occidentaux comme une "bizarrerie" comme en témoigne l'ouvrage universitaire d'E. Metais qui conclut en disant que "le médecin blanc est le seul artisan du salut" et que les malheureux kanak ensorcelés n'ont d'avenir que dans l'assimilation au monde européen (16). Cette vision est en train d'évoluer, l'industrie pharmaceutique s'intéressant de plus en plus aux plantes locales.

Dans les plus anciennes civilisations connues, les hommes se servaient des plantes à des fins thérapeutiques. Ceci témoigne de l'effort fourni par l'Homme pour comprendre et utiliser la nature, "répondant à l'une des plus anciennes inquiétudes, celle qui naît de la maladie et de la souffrance" (17).

De nombreuses pratiques de santé visent à prévenir les maladies et ne nécessitent pas le recours à un spécialiste, la pharmacopée familiale et le respect des règles en sont la base. Les mesures préventives sont très fréquemment suivies. Ainsi au début de chaque nouvelle année, on assiste aux

purges à base de plantes ou à l'eau de mer afin de purifier le corps. L'utilisation de "protèges", constitués de feuilles et d'écorces est aussi fréquente pour éviter les mauvais sorts.

Chaque famille possède sa propre pharmacopée. Seuls, les médicaments kanaks auraient peu d'effet. Les espèces végétales utilisées dans les médicaments traditionnels ne sont pas considérées comme ayant un pouvoir thérapeutique, elles ne représentent que le support par lesquelles les forces ancestrales transitent. Il est nécessaire de lier l'utilisation des plantes à un rituel d'incantation aux esprits des ancêtres afin que ces derniers rendent efficace le médicament. Le patient doit être lui aussi concentré et actif dans sa prise en charge, en respectant certains interdits.

Les modalités d'administration des médicaments sont diverses: par voie orale (décoctions, macérations, infusions), insufflées, instillées ou appliqués sur la peau (massages, cataplasmes).

Le traitement se fait en une prise par jour, préférentiellement le matin, lorsque le jour se lève, le soleil faisant le lien entre le domaine des morts (sous terre), des vivants et des ancêtres (les cieux). La durée du traitement est courte, généralement d'une durée de cinq jours. Beaucoup d'interdits (alimentaires, sexuels, liés aux médicaments) sont alors à respecter. Les trois premiers jours correspondent à la phase active du médicament, le quatrième

jour à la phase de repos de l'organisme et au cinquième jour est administré un produit pour arrêter l'effet du traitement.

Les médicaments apparaissent en rêves au guérisseur. Ce dernier va ensuite recueillir les plantes nécessaires à la confection du médicament.

Les pouvoirs des tradithérapeutes sont transmis par legs ancestraux lors de rêves ou par initiations de père en fils.

Cette façon de diagnostiquer, qui consiste à identifier la nature et le nombre d'atteintes permet, lors d'un échec thérapeutique, de ne pas invalider les compétences du praticien. Le traitement traditionnel fonctionne toujours par définition; si la maladie persiste, c'est qu'il y a soit mauvaise application des médicaments, soit une autre maladie, soit que le sort jeté est plus puissant que le guérisseur. Ainsi, ce système autorise le recours aux voyants, guérisseurs puis aux médecins.

8/Place du dispensaire

Le dispensaire s'intègre dans le pluralisme médical présent sur l'île.

8-1/Présentation du dispensaire

Le dispensaire est une structure de soins ouverte 7 jours sur 7 et 24h sur 24. Il est situé à La Roche, à 25 km de Tadine, la capitale administrative de

l'île. Y travaillent une secrétaire, une personne chargée de la "pré consultation" pour prendre : tension artérielle, température, pouls, poids et motif de consultation, trois infirmiers répartis entre la salle de soins pour les pansements et autres prises de sang et les lits d'hospitalisation, une femme de ménage, trois médecins et un ambulancier.

Une heure par jour, un kinésithérapeute, rattaché au Centre Médico-Social de Tadine, vient prodiguer ses soins.

Deux sages-femmes viennent deux fois par semaine assurer les suivis de grossesse et la Protection Maternelle Infantile. Les accouchements se déroulent, en principe, sur Tadine ou Nouméa.

Des vacations de médecins spécialistes ont également lieu: le gynécologue passe deux fois par mois, cardiologue, pédiatre, pneumologue et psychiatre viennent de Nouméa, une fois par trimestre.

Le dispensaire est composé de trois cabinets médicaux, d'un cabinet de sage femme, d'une salle de soins, d'une salle d'urgence, d'une radiographie permettant des clichés de débrouillage, d'une pharmacie, du secrétariat et de 4 chambres d'hospitalisation.

Il n'y a pas de salle d'attente à proprement parler, les patients attendant dans les longs couloirs assis sur des bancs ou bien à l'extérieur du dispensaire.

Toutes les personnes présentes au dispensaire ne sont pas forcément des patients. Le dispensaire est aussi un lieu de rencontre où les gens peuvent discuter entre eux.

La salle d'urgence est très bien équipée: dynamap, défibrillateur semi-automatique, matériel d'intubation, sac d'urgence du SAMU, appareil d'échographie...

Le dossier patient est à la fois un dossier papier et un dossier informatique. Ce dossier informatique peut être consulté à partir des postes informatiques des médecins.

Les chambres d'hospitalisation comportent deux lits chacune, sanitaires et douches. Un service de livraison de "gamelles" est disponible pour les trois repas de la journée.

Les bilans biologiques, prélevés quotidiennement, sont envoyés par vol régulier du matin ou du soir, sur Nouméa, dans un laboratoire d'analyses médicales privé.

8-2/Mode d'exercice

Les médecins assurent quotidiennement, de 7h30 à 11h30 et de 14h à 17h des consultations de médecine générale.

A 7h30, se tient un staff médical avec les trois médecins et les infirmiers. Ce staff est l'occasion de reprendre les dossiers des patients hospitalisés durant les gardes et le moment de la relève infirmière. Puis, fait suite une visite des patients hospitalisés dans leur chambre. Vers 8h, nous commençons les consultations. Les dossiers sont pris par les médecins, en salle de pré consultation, les uns après les autres par ordre d'arrivée des patients sauf urgence. Il n'y a donc pas de médecin référent pour un patient. Rares sont les patients souhaitant passer exclusivement avec un médecin.

Un médecin est de garde quotidiennement, assurant les urgences entre midi et 14h et après 17h jusqu'au lendemain matin. Le week-end, la garde commence le vendredi midi pour se finir le lundi matin.

Les urgences vitales conduisent parfois à des évacuations sanitaires (EVASAN) sur Nouméa, par vols réguliers ou par avion SAMU. Le délai minimum, entre l'appel du centre 15 et l'arrivée de l'équipe sur le tarmac, nécessite 1h30.

En outre, une fois par semaine, un des trois médecins assure les visites en tribus, à bord d'un véhicule de fonction. Ces visites permettent de consulter des personnes âgées ou handicapées, ne pouvant se rendre au dispensaire.

Une demi-journée par semaine, un médecin est aussi détaché dans un

dispensaire périphérique, dans la tribu de Pénélo. Ce dispensaire est beaucoup plus sommaire mais permet de réaliser des consultations et prise de sang et d'apporter les premiers soins (aérosols, pansements, sutures...)

Enfin, le dernier volet de notre activité, est bien évidemment la prévention. Celle-ci passe par la visite scolaire dont le calendrier est établi chaque début d'année scolaire: examen clinique général, état bucco-dentaire, vérification du statut vaccinal, Intra Dermo Réaction à la tuberculine et bandelettes urinaires sont réalisés.

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées au cours des consultations sont pour la plupart les mêmes qu'en métropole, à savoir les pathologies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme de manière très importante, ainsi que les Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives et Dilatations Des Bronches. S'ajoutent à cela, des pathologies plus spécifiques comme les problèmes cutanés, très nombreux, les pathologies infectieuses, la ciguatera (ou "gratte"), la dengue...

9/système de santé

Le système de santé calédonien est indépendant de celui de la métropole. Il repose sur trois régimes principaux (18):

- le régime général des salariés géré par la caisse de compensation des prestations familiales, accidents du travail et de prévoyance (CAFAT) créé en 1958,

- le régime des fonctionnaires géré, pour la maladie, par la Mutuelle des Fonctionnaires et les employeurs publics (hospitalisation) et, pour la retraite, par la caisse locale de retraite .

- le régime de l'aide sociale géré par les Provinces : pour les personnes ayant un revenu inférieur au salaire minimum garanti (77.169 F CFP/mois soit 648 euros) ils bénéficient de l'aide médicale ou de l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées (revenus < 27 000 F CFP par mois soit 227 euros pour les personnes âgées).

La population de Maré est, à 97%, détentrice de l'Aide Médicale Gratuite.

MOYENS ET METHODES

1/ Pathologie étudiée

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le diabète est défini comme un état d'hyperglycémie, c'est-à-dire de concentration excessive de glucose dans le sang, qui peut résulter de nombreux facteurs génétiques et environnementaux, agissant souvent de concert. Il s'agit d'une maladie chronique, évolution lente et de longue durée. On distingue, sur le plan physiopathologique, le diabète de type 1 ou de type 2, respectivement insulino-dépendant ou non insulino-dépendant. Dans tous les cas, le diabète conduit à des lésions affectant plusieurs systèmes, en particulier vasculaire, rénal, rétinien et nerveux.

Le diagnostic est posé sur une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l, à deux reprises, d'après les critères de la Haute Autorité Sanitaire (19).

Pour ce travail, j'ai choisi d'étudier le diabète non insulino-dépendant.

Le diabète est une priorité de santé publique dans le monde et tout particulièrement en Nouvelle-Calédonie, où sa prévalence est près de trois fois supérieure à celle de la France Métropolitaine.

En 2006, en Nouvelle-Calédonie, le diabète représente 17,6% des pathologies prises en charge au titre des « Longues Maladies ». (20)

2/Critères d'inclusion - d'exclusion

La population étudiée est constituée de:

- patients adultes de plus de 18 ans, sans limite d'âge supérieur.
- Ils sont diabétiques de type 2, diagnostiqués selon les critères de l'HAS.
- Ils appartiennent à l'ethnie mélanésienne, originaires de Maré et vivants sur cette île.

Les critères d'exclusion sont :

- le diabète de type 1,
- le diabète gestationnel,
- les patients diabétiques atteints de pathologies psychiatriques,
- l'âge inférieur à 18 ans,
- les mélanésiens n'étant pas originaires de Maré,
- les patients appartenant à une autre ethnie
- les patients originaires de Maré mais ne vivant pas sur l'île plus de six mois par an.

J'avais à ma disposition un listing des patients diabétiques grâce aux dossiers informatiques. J'ai recruté la population étudiée lors de mes consultations de médecine générale au dispensaire de La Roche. Lors de ces consultations, je leur demandais s'ils acceptaient de participer à mon étude.

J'expliquais au préalable l'objectif de mon travail et le déroulement de mon recueil de données. Le recueil de données s'est déroulé entre le 1er septembre 2007 et le 29 février 2008, soit six mois.

3/La discussion anthropologique

L'anthropologie médicale repose sur le postulat que la Maladie (fait universel) est gérée et traitée suivant des modalités différentes selon les sociétés et que ces modalités sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminés, en fonction de la culture dans laquelle elle émerge. Bien que cet énoncé n'ait été systématisé que plus tard, on en trouve l'ébauche chez Rivers (1924) dont les travaux sur la médecine magico - religieuse lui valent d'être considérés comme un précurseur de la discipline.

L'objet principal des travaux de Rivers a été de cerner la nature des concepts de maladie élaborés par les différentes sociétés. Il a tenté, le premier, de relier de façon systématique les médecines traditionnelles et d'autres aspects de la

culture et de l'organisation sociale. Dans "Medicine, Magic and Religion", Rivers montre que les pratiques médicales des sociétés « primitives » découlent de certaines croyances médicales, et qu'elles prennent un sens en fonction de ces croyances. Il a ainsi suggéré d'une part, que la pratique médicale était un processus social qu'il fallait étudier au même titre que les autres processus sociaux, et que, d'autre part, les conceptions médicales qui sont selon nous erronées, n'en sont pas moins fondées sur un système de croyances cohérent et logique.

Travaillant en dispensaire de brousse sur Maré, j'étais au plus proche de la population pour concrétiser ce travail de thèse.

J'ai effectué un travail d'investigation analytique visant à mettre en évidence des relations entre différents déterminants et la représentation de la maladie diabétique.

Avant d'effectuer ce travail, il m'a fallu me documenter sur la culture Kanak et l'appréhension de la maladie, complétant le travail de terrain.

Tout d'abord, grâce aux dossiers médicaux informatisés, j'ai pu recueillir une liste des patients diabétiques. C'est au cours de mes consultations de médecine générale au dispensaire, ou lors des visites tribu, que je demandais aux patients leur autorisation de participer à ce travail. Je demandais à les

voir à leur domicile.

Je prenais note de leur âge, des antécédents familiaux de diabète, de l'année de découverte du diabète et de son mode de découverte et enfin le taux de la dernière hémoglobine glyquée.

Avant chaque entretien, je donnais une information sur l'étude. Je leur assurais le respect de l'anonymat des réponses recueillies ainsi que le respect du secret médical. Tous les patients participant à ce travail m'ont donné leur accord au préalable.

Je demandais également leur accord pour l'enregistrement, par dictaphone, de notre entretien.

J'ai utilisé la méthode de la discussion anthropologique afin de recueillir mes données.

Cette discussion se déroulait chez le patient, en tribu. Je m'y rendais en dehors de mes heures de travail. Je leur expliquais que je ne venais pas en tant que médecin pour refaire le point sur leur diabète. Je venais chez eux pour discuter de ce que représentait le diabète pour eux.

La discussion permettait de poser des questions ouvertes, sans suggestion des réponses (annexe 4). Au cours de l'entretien, mon rôle était simplement de

diriger la discussion, en posant un minimum de questions, laissant le patient libre de parler. Cela conduisait parfois à de grandes digressions, mais qui s'avéraient utiles dans la compréhension de la conception de la maladie chez les kanak.

J'avais cinq grands axes de questions, avec quelques questions formulées de façon différente en fonction de la compréhension de mon interlocuteur.

Les cinq axes sont les suivants:

- définition du diabète
- notion de gravité
- notion de complications
- facteurs étiologiques
- recours à la médecine traditionnelle

Les réponses étaient formulées en Français, en Nengone ou parfois les deux. Lorsque les patients s'exprimaient en Nengone, j'avais recours à un membre de la famille pour une traduction fiable ou lorsqu'il s'agissait de quelques mots, j'utilisais le dictionnaire du père Dubois (21).

Puis, avec les réponses fournies lors des interviews, je remplissais une grille de réponse comprenant mes 5 axes afin de pouvoir les traiter de façon statistiques avec un tableur « excel ». (annexe 5)

RESULTATS

1/Population ayant participé à l'étude

J'avais un listing de 104 patients diabétiques dans mes dossiers informatiques.

J'ai demandé à trente personnes leur accord pour participer à mon étude. Vingt neuf d'entre elles ont accepté. Elles répondaient toutes aux critères d'inclusion.

Les discussions s'étaient entre 18 minutes et 1h40 pour une moyenne de 36 minutes.

62% des personnes interrogées (N=18) avaient accepté d'être enregistrées à l'aide d'un dictaphone, alors que 38% (N=11) avaient refusé. Le recueil avait alors été fait grâce à des prises de notes.

La population étudiée était constituée de 58,62% de femmes (N=17) et 41,38% (N=12) d'hommes. La moyenne d'âge était de 56,5 ans (37 ans-72 ans).

Le diabète évoluait depuis 8 ans et 9 mois en moyenne (3 mois-28 ans). La moyenne de l'hémoglobine glyquée était de 8,34% (5,6%-15,2%).

78,5% des patients avaient un ou plusieurs membres de leur famille atteints de diabète. La notion de famille est restreinte à la vision occidentale du terme, à

savoir des membres du même sang.

2/Définitions du diabète selon les personnes interrogées

89,6% (N=26) des personnes interrogées considéraient le diabète comme une maladie, et 10,4% (N=3) comme un évènement de vie ne faisant pas partie du domaine de la santé.

88% (N=25) des personnes considéraient le diabète comme un évènement "grave".

Un patient, sur les 29 interrogés, ne considérait pas le diabète comme une maladie mais comme un évènement grave survenant dans sa vie. Le diabète était alors un évènement étiqueté par le médecin.

3/Manifestations du diabète

Dans 75% (N=22) des cas, la découverte du diabète a été fortuite, c'est à dire lors d'un examen biologique ou d'urines, lors de bilans systématiques.

25% des patients ont été diagnostiqués diabétiques sur des symptômes liés au diabète:

- 2 patients ont été diagnostiqués diabétiques suite à une baisse d'acuité

visuelle.

- 4 patients ont été diagnostiqués diabétiques suite à une infection (cutanée ou pulmonaire).

- 1 patiente a été diagnostiquée diabétique dans les suites d'un diabète gestationnel.

69% (N=20) des personnes interrogées ressentait des symptômes au quotidien, contre 31 % (N=9) qui ne ressentait aucun symptôme de leur diabète. Le symptôme le plus fréquemment décrit était une asthénie.

61,5% (N=18) ne ressentait aucune gêne par rapport à leur entourage ou par rapport aux membres de la tribu. 38,5%(N=11) ressentait une gêne par rapport à autrui.

4/ Facteurs étiologiques

Quatre explications à la survenue du diabète étaient avancées par les patients.

96,5% (N=28) avançaient l'hypothèse d'une cause alimentaire. 100% d'entre eux mettaient en cause leurs denrées traditionnelles, à savoir les tubercules comme les ignames et les tarots. 50% (N=16) incriminaient également les sucres rapides et autres sodas que l'on retrouve dans les différents magasins

de l'île.

Par ailleurs, 25% (N=7) des personnes interrogées avançaient l'hypothèse d'une certaine hérédité, au sens occidental du terme. Ces derniers avaient tous une hérédité familiale.

Concernant les boucans, 6,9% (N=2) pensaient qu'ils pouvaient être responsables du diabète, contre 75,9% (N=22) qui ne le pensaient pas. 17,2% (N=5) ne se prononçaient pas sur le sujet ou se posaient des questions sur la responsabilité des boucans dans l'apparition du diabète.

Enfin, 17,2% (N=5) de la population étudiée estimaient que la sorcellerie pouvait être incriminée dans l'apparition du diabète. 69% (N= 20) ne le pensaient pas et 13,8% (N=4) ne se prononçaient pas sur le sujet.

5/ Devenir perçu

34,6% (N=10) des personnes interviewées ne pensaient pas guérir du diabète. 61,5% (N=18) pensaient en guérir et 3,8%(N=1) ne se prononçaient pas.

94,4% (N=17) personnes pensaient guérir du diabète malgré les informations données par leur médecin. Les médecins les avaient bien informées qu'à l'heure actuelle, il n'y avait pas de guérison possible, mais certains étaient

persuadés du contraire. Leur guérison passait par l'usage de plantes traditionnelles.

Quant à ceux qui ne pensaient pas en guérir, l'argument avancé était que le diabète était dans le sang.

6/ Thérapeutiques

L'ensemble de la population dit utiliser les traitements cartésiens, de façon plus ou moins rigoureuse.

L'ensemble de la population utilisait les traitements indigènes. Mais seulement 79,3% (N=23) d'entre eux prenaient un traitement indigène spécifique au diabète alors que 20,7% (N=6) n'en prenaient pas.

24,1% (N=7) ont eu recours à un guérisseur dans le cadre de leur maladie diabétique, contre 75,9% (N=22) qui n'avaient pas consulté de guérisseur pour leur diabète.

DISCUSSION

1/Biais du travail

Tout d'abord je relève plusieurs biais au cours de ce travail.

1-1/Biais de recueil de données

L'obstacle majeur du recueil de données était la barrière de la langue. Les personnes âgées ne maîtrisent pas toutes, la langue française. J'ai donc été obligé, lors de certaines interviews, de demander un traducteur au sein de la famille. Des informations ont pu être perdues lors de la traduction nengone-français et inversement par une tierce personne.

Aussi, mon recueil de données n'a pas été homogène. La majorité des interviews ont été recueillies par dictaphone, mais certaines personnes interrogées refusaient d'être enregistrées. J'ai donc pris des notes lors de ces entretiens. Toutefois, j'ai minimisé le risque de perte d'informations lors de mes prises de notes, en traitant les interviews immédiatement.

Enfin, le recueil de données était basé sur des questions ouvertes. La discussion était plus ou moins dirigée. Les questions n'étaient donc pas forcément identiques d'une personne interrogée à l'autre, le but n'était pas de répondre à un questionnaire.

Ma qualité de médecin a pu influencer les réponses fournies par les interviewés. Malgré les explications sur mon travail, les personnes interrogées me voyaient comme leur médecin, avec tout le respect qu'ils ont pour cette fonction au sein de la société. Or, les Kanak répondent aux questions en fonction de celui qui les pose et de la confiance qu'ils ont en l'interviewer. Certaines questions ont pu provoquer des réponses orientées, acceptables pour un homme blanc exogène à la culture Kanak.

1-2/Recrutement

J'avais en ma possession un listing de tous les patients diabétiques. Mais cette population n'a pas été traitée par un programme statistique permettant un tirage au sort aléatoire des interviewés. Le biais peut être retenu par le fait que l'on demande peut être aux patients les plus sensibilisés à leur diabète et à la médecine occidentale.

Cependant, je proposais de participer à l'étude, aux patients appartenant au listing qui venaient en consultation au dispensaire soit pour leur diabète, soit pour une autre raison.

2/généralités

Le taux moyen d'hémoglobine glyquée est de 8,34%. Ce chiffre me fait poser des questions: est ce lié à une mauvaise observance? Est ce lié à un traitement inadapté?

Le contact de la population indigène avec l'Homme blanc occidental a profondément modifié le mode de vie des Kanak. Bien que le fait de "faire leur champ" (c'est à dire le travail de la terre) reste une activité fondamentale dans leur vie quotidienne, ils sont devenus plus sédentaires. En effet l'urbanisation, le développement du parc automobile sur Maré, entraînent une diminution de l'activité physique. De nombreuses épiceries, largement fournies en produits gras et hautement caloriques et autres sodas et boissons sucrées, se développent sur l'île. En 1993, l'étude CALDIA réalisée sur l'ensemble du territoire, montrait une consommation importante d'hydrates de carbone (55%) (22). La nourriture est facilement accessible sans effort particulier. Or le Kanak est un bon vivant et a conservé son "habitude" de manger en grande quantité. Un individu est en bonne santé lorsqu'il est corpulent. Cet aspect physique est également un signe de richesse (au même titre que posséder une grosse voiture). Donc d'un coté, on réduit les activités physiques et le métabolisme et de l'autre on augmente l'apport calorique.

Par ailleurs, les modes de cuisson et la manière de faire la cuisine sont également en mutation. Traditionnellement, les aliments étaient cuisinés en grillade, à la vapeur au dessus du feu de bois. La cuisson à l'étouffée était aussi un mode de cuisson privilégié par les Kanak (cuisson sur des pierres brûlantes, enfouies dans le sol et recouvert de terre). De nos jours, ces modes de cuisson ont été remplacés par les fritures, plus économes en temps.

Les heures de repas ne sont pas respectées. Les grignotages sont très fréquents (biscuits apéritifs, chips...), comme j'ai pu le remarquer notamment lorsque les patients attendaient au dispensaire... Lors des cérémonies coutumières, les gens se suralimentent du fait de la convivialité. La nourriture est un moyen d'échange, de don coutumier et de respect.

Tous ces facteurs sont responsables de syndrome métabolique et de diabète.

Il existe également de "fausses idées reçues". Notamment, lors de mes discussions, le facteur alimentaire ressortait dans 96,5% des cas. Certes, l'alimentation retrouvée dans les différents magasins était incriminée, ainsi que les sodas sucrés. Mais dans de nombreux cas, les personnes interrogées rejetaient la faute sur la consommation d'ignames. L'igname est omniprésente dans la culture Kanak, aussi bien en tant qu'aliment "sacré" que lors des cérémonies coutumières. On parle même de "civilisation de l'igname" en parlant de la civilisation mélanésienne. L'igname est un tubercule. C'est un

sucré lent. Sur le plan diététique, sa consommation n'est pas à exclure du repas mélanésien. Le mésusage, notamment l'abus, peut néanmoins entraîner un surpoids et par voie de conséquences un syndrome métabolique.

Les patients comprenaient jusque là que la consommation d'ignames étaient impropres aux patients diabétiques. Malgré tout, cet aliment restait majeur dans leur alimentation, leur donnant un sentiment de culpabilité devant le médecin. Les kanak pouvaient voir, par là, une mauvaise compréhension par les blancs de l'importance de cet aliment dans leur société. Tout ceci pouvait représenter un obstacle à la compréhension du diabète et de l'hygiène alimentaire associée.

3/Notion de maladie

89,6% des personnes interrogées considèrent le diabète comme une maladie. Mais cette notion de "maladie" est à nuancer. En effet, certains considèrent le diabète uniquement parce qu'ils prennent des médicaments. C'est donc l'usage du médicament des occidentaux qui les définit comme diabétiques. Une patiente m'a même confié qu'elle "refusait l'insulinothérapie sinon elle serait malade à partir du moment où elle utiliserait l'insuline".

Dans le même ordre d'idées, certains se considèrent "malades" du diabète

parce que ce sont les médecins qui les ont définis ainsi. C'est le médecin qui crée la maladie. D'autres se considèrent malades car ils perçoivent des symptômes ou ont eu des complications à leur diabète.

Enfin, certains patients définissent le diabète comme une maladie mais ne se l'approprient pas comme telle, même si le médecin a posé un diagnostic. Ils ne ressentent pas la maladie ou la dénie, ne se déclarant ainsi pas malades.

Pour 10,4%, le diabète n'est pas une maladie. Ces personnes se sentent en "pleine santé".

R. Leriche disait: " La maladie est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie ". Le fait de prendre des médicaments quotidiennement, de s'injecter de l'insuline, ou de ressentir des symptômes est source de gêne dans l'exercice normal de leur vie.

Pathologique est-il un concept identique à celui d'anormal? Et normal est-il identique à celui de sain? Toutes les techniques modernes d'investigation médicale montrent que l'on peut s'estimer " en bonne santé " tout en étant objectivement affecté par la maladie. C'est le cas d'un diabète latent encore non diagnostiqué comme tel. C'est ce qui avait amené R. Leriche à énoncer que " la santé, c'est la vie dans le silence des organes ", c'est-à-dire l'inconscience que le sujet a de son corps tant que les symptômes ne sont pas

encore apparus. C'est ici que s'inaugure la séparation entre la normalité du point de vue du sujet - car il n'éprouve pas de souffrance - et la normalité du point de vue du médecin - car le silence des organes n'équivaut pas forcément à l'absence de maladie. J'en déduis donc que certains patients ne trouvent pas de raison à adapter leur régime alimentaire ou à suivre leur médication puisqu'ils ne se sentent pas malades.

Lors des entretiens, plusieurs personnes déclaraient ressentir des symptômes de leur diabète (symptômes pas forcément liés au diabète d'un point de vue médical), après le diagnostic posé par le médecin.

38,5% des personnes déclaraient ressentir une gêne par rapport aux autres. Cette gêne peut être expliquée par le fait que l'anonymat et la confidentialité ne sont pas forcément respectés. La société Kanak est une société où la maladie est d'une part un événement partagé par la communauté, et d'autre part un espace où l'interconnaissance prévaut. En effet, la maladie n'est pas une affaire privée, car elle peut représenter une sanction contre le groupe, envoyée par les ancêtres. Par conséquent, tout le monde se sent concerné par la maladie et suit de près le traitement du malade. Le secret et le silence demeurent donc, en ce qui concerne l'annonce de la maladie aux proches. Les individus attachent alors une importance aux conséquences sociales de la déclaration de cette maladie.

4/Notion de gravité

La notion de gravité est très personnelle.

Pour 88% des interrogés le diabète est un événement grave survenant dans leur vie. Toutes ces personnes ont été confrontées soit à des complications de leur diabète, soit à la mort d'un proche diabétique. Mais, je remarque un certain fatalisme chez les patients. Un patient s'est fait amputer une jambe en 2001 suites aux complications angiopathiques. Ce dernier me dit lors de notre entretien: "en 2001, c'était mon heure de couper la jambe."

D'autres personnes ne considèrent pas le diabète comme leur maladie.

"Ma maladie, ce n'est pas le diabète mais c'est le mal de dos.". Cette patiente m'expliquait que ce qui la gênait le plus dans sa vie quotidienne était son mal de dos. Ce mal l'empêchait de travailler son champ, alors qu'elle ne ressentait aucun symptôme du diabète. Par conséquent, son mal de dos était plus "grave" que son diabète. Cet exemple renvoie à la citation de Leriche quelques lignes plus haut.

Inversement, certains patients attribuent des symptômes au diabète de façon déraisonnée comme des gonalgies d'allure arthrosique.

J'observe que le ressenti du diabète et ses conséquences sur la vie quotidienne, c'est à dire le handicap qui en découle, des personnes interrogées déterminent

la notion de gravité du diabète. Cette gravité varie beaucoup d'une personne à une autre.

5/Mode de révélation

Le mode de révélation du diabète est dans la majorité des cas une découverte fortuite lors d'examens sanguins ou urinaires (75% des cas). Toutefois, dans 25% des cas le diagnostic de diabète a été posé lors d'une consultation dont les symptômes ont fait rechercher un diabète. Un patient se souvient des circonstances de diagnostique: "le diabète m'a pris mes yeux".

Mais dans la plupart des cas, le fait que le diabète soit une pathologie insidieuse, pose question aux Kanak. Comme je l'ai montré précédemment, la gravité d'un événement de vie se définit par l'incapacité ou la difficulté à réaliser les tâches de la vie quotidienne. Si le patient Kanak ne ressent aucun symptôme, alors il n'a aucune raison pour venir consulter et encore moins pour prendre des médicaments des occidentaux. On l'a vu plus haut, la prévention existe dans le monde Kanak. Elle passe par l'utilisation de traitements indigènes à base de plantes. Mais le soin doit entraîner une guérison. L'éducation est donc très difficile.

Les 38,4% de personnes qui ressentent une gêne par rapport aux autres

membres de la tribu, décrivent un isolement, un repli sur soi et une certaine tristesse. La peur est également décrite. En effet la gestion des hyperglycémies, mais surtout des hypoglycémies effraye beaucoup de patients. Aussi, ils ont peur d'aller au champ seul et de faire un malaise.

Pour beaucoup, le diabète entraîne aussi un certain découragement. La prise quotidienne de médicaments, tout au long de leur vie est source d'usure. Un traitement médical qui dure plusieurs années est mal intégré. Nous avons vu précédemment que la durée de traitement était ordinairement de 5 jours (ou un multiple de 5) et ne dépassait que très rarement un mois. Nous nous rendons compte qu'une prescription prolongée va à l'encontre des thérapeutiques Kanak.

La notion de découragement revient également régulièrement: découragement vis à vis du "régime diabétique", découragement lié à la prise quotidienne de thérapeutiques. En parallèle, ils utilisent aussi les plantes traditionnelles puis viennent au dispensaire pour la surveillance de leur « dextro » ou de leur hémoglobine glyquée, sans succès jusque là, ce qui entraîne, une fois de plus, du découragement.

Aussi, le passage à l'insuline fait très peur. Nombre de patients refusent l'insulinothérapie, parce qu'il faut se « piquer ». Ceux qui sont déjà sous insuline se cachent pour réaliser leurs injections.

6/Facteurs étiologiques

Mon travail montre également que 75% des personnes pensent que le diabète est une maladie nouvelle. Par "maladie nouvelle", il faut comprendre maladie liée à l'arrivée des blancs sur le territoire. On l'appelle également "maladie du docteur". Il n'existe pas de terme pour désigner le mot "diabète" en langage vernaculaire. Lorsque l'on écoute les maréens parler entre eux, ils utilisent le mot français "diabète". Le fait qu'il n'y ait pas de terme en Nengone pour désigner cette pathologie nous montre que le diabète n'est pas intégré dans la nosologie maréenne. Néanmoins, 14,3% des personnes pensent qu'il s'agit d'une pathologie ancienne. Mais les moyens diagnostiques ne pouvaient révéler cette maladie. Donc la maladie n'était pas nommée "diabète" et les symptômes étaient reliés à d'autres entités. Je peux donc dire que, même lorsque les gens me répondent que c'est une pathologie ancienne, elle est en relation avec l'arrivée des blancs. C'est le médecin qui nomme cette maladie.

Les personnes qui me répondent "maladie ancienne" ne veulent-elles pas traduire le fait que le diabète serait un nouveau moyen apparent pour signaler la présence ancestrale?

Un chiffre est marquant dans l'analyse des résultats. 61,5% des personnes interrogées pensent guérir du diabète. Cela malgré le message de leur médecin,

puisque la majorité me soulignait que leur médecin leur avait dit que c'était une maladie à vie. D'autres me disaient qu'ils avaient entendu, à la télévision, des reportages sur le diabète qui leur confirmaient qu'il n'existait pas, à l'heure actuelle, de moyen de guérison. La télévision fait irruption dans beaucoup de foyers mais les messages ne sont pas adaptés à leur mode de vie et à leurs représentations. Les messages de prévention sont des messages destinés aux européens. Ainsi, quasiment 2/3 pensent guérir du diabète alors qu'ils ont bien entendu une information contraire.

Ceux qui ne pensent pas guérir du diabète le formule ainsi: "il n'y a pas de guérison possible car malgré l'utilisation de traitements indigènes, le diabète est toujours là".

Je pense donc qu'il faut se pencher sur la question des facteurs étiologiques.

96,5% incriminent le facteur alimentaire.

Comme je l'ai dit plus haut, le diabète est une maladie nouvelle, une maladie du blanc et du docteur.

75,9% des personnes ne pensent pas que le diabète soit le résultat de boucans.

Ce chiffre rejoint les 75% de personnes qui estiment que le diabète est une maladie nouvelle sans lien réel avec des histoires de "boucans". De même, 69% n'expliquent pas leur diabète par des histoires de sorcellerie. La sorcellerie se

dit "*Kazé*" en Nengone. Le Kazé est le mort devenu "esprit-dieu" (20). Une définition du mot Kazé est difficile étant donné l'ambiguïté des mots français "esprits", "dieu" par rapport aux termes maréens.

"La mentalité canaque ignore la mort en son néant. Le corps est cadavre parce que son esprit l'a quitté; mais le cadavre est déifié, et le dieu possède l'esprit que le corps possédait auparavant" (23). La puissance du cadavre-dieu est liée "*itrani*" par le sorcier nécromant "*aca-kazé*". Il prend un os de mort, par exemple une phalange. Il crache dessus des plantes spéciales, variant suivant les clans "*aca-kazé*". Il arrose le tout de jus de mort en décomposition. Il enveloppe cela d'une étoffe "*kaica*" et le lie "*itrani*". Le paquet ainsi fait est un kazé. Le kazé est une sorcellerie de nécromancie pour tuer ou pour nuire. Par extension, on appelle kazé tout objet magique servant à nuire, quelqu'en soit la nature tels que des bracelets de feuilles et autres objets vendus par les Néo-Hébridais, dont les kazé sont regardés comme extrêmement efficaces. Autrefois, la possession des kazé était l'apanage des "*aca-nia*" qui s'en servaient, en principe, uniquement pour le service de la chefferie à laquelle ils étaient rattachés. Maintenant, la possession du kazé est devenue une affaire privée. Après ces quelques lignes d'explications, on comprend mieux la méfiance des maréens à parler d'histoire de "kazé". Lorsque j'abordais le sujet, les visages se fermaient et les voix se faisaient moins sonores. Toutes les personnes

interrogées m'ont parlé de sorcellerie présente sur Maré. Seulement 17,2% pensent que leur diabète est lié à une histoire de sorcellerie. Il faut noter également que près de 14% des personnes interrogées ne se sont pas prononcées sur le sujet. Le sujet concernant les Kazé est relativement tabou. Les chiffres recueillis sont-ils sous estimés par peur de parler de 'kasé » ?

Les personnes ne pensant pas à un kazé dans la survenue du diabète, me l'ont expliqué en me disant que ce qui dépend du kazé se ressent physiquement dans le corps, notamment par des douleurs. Comme le diabète est insidieux, ils ne pensent pas que le kazé doit être mis en cause. Au contraire, ceux qui ont répondu qu'un kazé était à l'origine du diabète le justifiait en me disant: "ce qui est inexpliqué, est affaire de kazé".

Toutes les personnes interrogées, pensant être atteintes de kazé ou non, justifient l'envoi de kazé par la jalousie. Comme le kazé est de nos jours affaire privée, chacun peut envoyer un kazé sur un autre individu ou membre du clan. La jalousie est justifiée par le fait qu'une famille possède un champ prolifique, une voiture, des enfants faisant des études...

D'autres explications quant à la survenue du diabète m'ont été données. La baisse de l'utilisation des médicaments indigènes entraîne une augmentation de l'incidence du diabète. Les médicaments incriminés sont des médicaments à visée "préventive". Les vieux incriminent une baisse des purges chez les jeunes.

Les purges à l'eau de mer avaient lieu régulièrement par le passé afin d'éliminer les impuretés du corps. Actuellement, les purges se font en début d'année, mais tout le monde n'y participe pas (même si c'est encore très répandu sur Maré). Une autre explication est revenue à trois reprises également. Ces patients ont été évacués en Australie pour des problèmes de santé et à leur retour leur diabète était diagnostiqué. Le raccourci est rapide: "j'ai attrapé mon diabète en Australie". Cette explication montre une certaine défiance par rapport à la médecine occidentale.

Aussi, un patient me parle de la notion de "pur" sang pour m'expliquer que lui est diabétique contrairement à ses frères. En effet, sa mère est diabétique. Lors de la conception des enfants, seulement lui a "hérité" du "pur" sang de la maman. En fait, il veut m'expliquer que tout son sang provient de sa mère et qu'il n'a pas été mélangé au sang du père. Or la maman étant diabétique, il se retrouve lui aussi diabétique. Ses frères, eux ont reçu une partie du sang de la mère et une partie du sang du père. Ce mélange des deux sangs leur a permis de ne pas devenir diabétiques.

Enfin, un patient me dit que son diabète est lié à son grand père. En effet, il porte le même nom que celui de son grand père. Or ce dernier était diabétique. Le petit fils en déduit que son diabète est lié au nom. Ainsi le diabète est une maladie liée à l'ancêtre.

F. Laplantine (24) propose deux modèles de causalité : interne ou externe.

La causalité externe correspond au modèle exogène. Dans ce modèle la maladie est attribuée à l'action d'un élément (réel ou symbolique) étranger au malade.

L'une des notions clés expliquant son déclenchement est celle " d'intoxication " qui désigne l'incorporation lente mais continue d'éléments " malsains ".

Référée aux cultures dites primitives ou populaires, la maladie va être attribuée à une personnalité humaine ou surnaturelle : sorcier, génie, diable, ancêtre. L'individu ne saurait être responsable d'une maladie qui est provoquée par une volonté extérieure.

La maladie frappe alors comme un malheur ou comme une faute à expier. L'individu a causé sans le savoir du tort à un génie, un diable ou un ancêtre il doit donc payer pour cela.

Le modèle est le même lorsque nous évoquons une nourriture trop faible ou trop riche en calories, une nourriture industrielle, mal équilibrée ... Il s'agit toujours d'un agent perturbateur externe.

Si le modèle exogène justifie une attente de la guérison qui ne peut venir que de l'extérieur (l'intervention d'un guérisseur, le médicament ...), le modèle endogène amène au contraire à considérer la maladie de l'intérieur même du

sujet.

Cette conception peut de la même façon apparaître dans les interprétations populaires, traditionnelles comme dans les constatations scientifiques modernes.

La personne atteinte, par exemple d'un diabète, ne pourra être tenue pour responsable de son affection. L'interprétation de la maladie se place du côté du destin et de la fatalité : " C'est en moi, mais je n'y puis rien. ". C'est notamment le cas des maladies héréditaires.

Mon travail montre qu'une maladie comme le diabète peut être envisagée suivant les deux modèles endogène et exogène. Du côté du premier modèle, le diabète va être attribué à des prédispositions héréditaires, à une hypersensibilité héréditaire du sujet. Il s'agit d'une maladie insidieuse. Un patient me disait: "quand la nuit tu dors, le diabète est toujours là. On ne sent pas le mal, mais le diabète ronge tout le temps ". Du côté du second modèle, on incriminera plutôt les modes de vie, l'environnement malsain, mais aussi l'implication des ancêtres et des boucans.

Dans ces conditions, et scientifiquement parlant, il devient impossible de dénouer tous les facteurs qui interviennent dans n'importe quelle maladie, de vouloir séparer ce qui revient à l' " intérieur " et ce qui revient à l' " extérieur ".

Chaque situation de soin proposera toute une combinaison de perceptions de la maladie par les malades, chacune étant résolument singulière d'un individu à l'autre.

Cette perception, cette reconstruction vont conditionner l'adhésion au traitement.

7/Thérapeutique

Concernant la thérapeutique, les chiffres montrent que les maréens se tournent vers la médecine occidentale aussi bien que vers leur médecine traditionnelle.

100% disent prendre un traitement du dispensaire pour leur diabète. Je me pose la question de l'observance des traitements occidentaux dans certains cas aux vues des chiffres de l'hémoglobine glyquée, souvent supérieure à 10%. Le refus, ou du moins la peur, de passer à l'insuline explique une partie de ces résultats.

Parallèlement 79,3% disent utiliser la médecine traditionnelle dans le cadre de leur diabète (100% utilisent la médecine traditionnelle pour d'autres pathologies ou en prévention comme lors des purges annuelles). Ces chiffres témoignent donc du pluralisme médical sur l'île. Le diabète est pour la plupart

une maladie nouvelle, liée au docteur, mais cela n'exclut pas le recours à des thérapeutiques traditionnelles. Le recours aux deux types de médecine reflète-t-il un manque de confiance ou un moyen complémentaire des deux médecines? Je pense que ces deux médecines sont complémentaires l'une de l'autre. Les syndromes répertoriés renvoient au code étiologique de la société connu par la plupart des Kanak. Ce classement ne recoupe pas la terminologie médicale occidentale. Le mode diagnostic Kanak se réfère à l'origine de la maladie, ainsi l'action thérapeutique n'est pas symptomatique mais dépend de l'interprétation. On note une séparation avec les catégories occidentales de nosologie et d'étiologie. La personne est considérée dans son entité individuelle somato-psychique et également dans son être social.

Mon hypothèse est qu'en passant par la médecine traditionnelle, les Kanak trouvent un sens à leur maladie et par conséquent, se sentent moins impliqués par les traitements occidentaux. En réparant leur "faute" par rapport à la société, le diabète serait moins agressif et pourrait guérir.

Seulement 24,1% ont recours ou ont eu recours à un ou plusieurs guérisseurs. L'utilisation des traitements indigènes antidiabétiques se fait donc essentiellement au sein de la famille ou du clan. Un vieux ou une vieille qui connaît les plantes, prépare les médicaments indigènes. Les 20,7% ne prenant

pas de traitements indigènes l'expliquent par un manque de confiance dans les thérapeutiques indigènes. Ce qui revient régulièrement est la notion de posologie: "les docteurs, vous faites des études et vous savez combien de doses de médicaments donner; le guérisseur lui n'a pas fait d'études et les doses des médicaments indigènes sont aléatoires".

Les principales difficultés rencontrées par les maréens par rapport à leur diabète résident dans la gestion des hyper et surtout des hypoglycémies. Le diabète est une maladie pour les "scientifiques" dont la gestion passe par des chiffres, des normes, des seuils et des objectifs. Les Kanak pèchent dans ce domaine.

THESE SOUTENUE PAR : *Romain KUHM*

TITRE : *ANTHROPOLOGIE DE LA MALADIE: REGARD
DES GENS DE MARE SUR LE DIABETE DE TYPE II*

CONCLUSION

La maladie dans le monde Kanak n'échappe pas à la pression de la société. C'est encore plus vrai dans cette société communautariste où tout est lié. Le désordre, que représente le diabète, fait rechercher un sens dans la cosmogonie Kanak.

Le diabète est perçu chez les maréens comme une maladie à partir du moment où ce désordre entraîne un handicap dans leur vie quotidienne. Les messages de prévention paraissent alors difficiles à faire accepter, bien qu'il existe des traitements préventifs dans le cadre de la médecine traditionnelle, comme en témoigne les purges par exemple.

Le recours aux deux médecines n'est pas surprenant. D'une part, le diabète est considéré comme une maladie nouvelle et


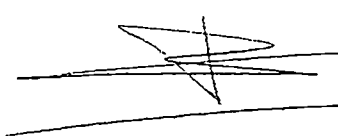
seuls les occidentaux peuvent la soigner. D'autre part, le diabète est considéré comme un désordre biológico-socio-environnemental dans la société Kanak ce qui justifie le recours à la médecine traditionnelle et le diabète peut devenir outil de sorcellerie. La recherche de sens passe alors par leur médecine traditionnelle.

Mais comment, la médecine occidentale, peut-elle améliorer son approche en terme d'éducation et de suivi thérapeutique, tout en prenant en compte le pluralisme médical existant sur l'île?

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

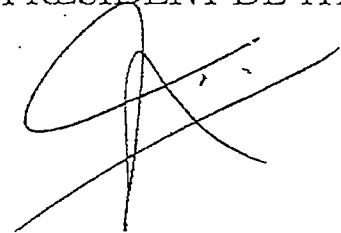
Grenoble, le 21/9/09

LE DOYEN



B. SELE

LE PRESIDENT DE THESE

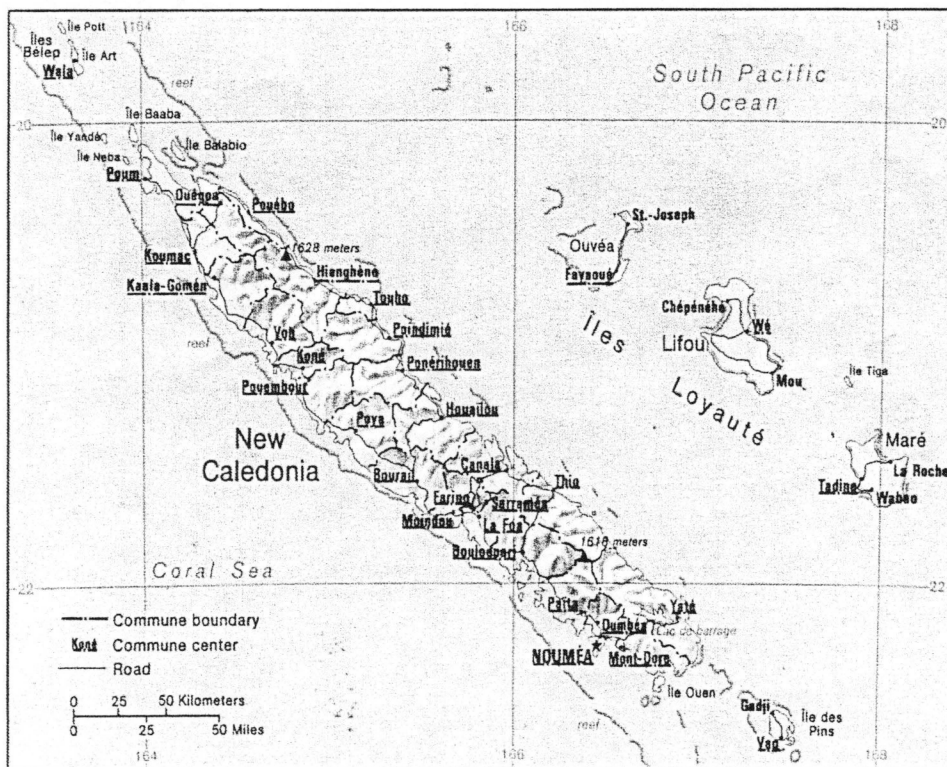
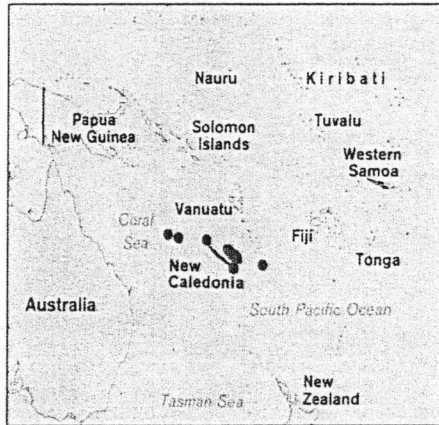


PROFESSEUR

ANNEXES

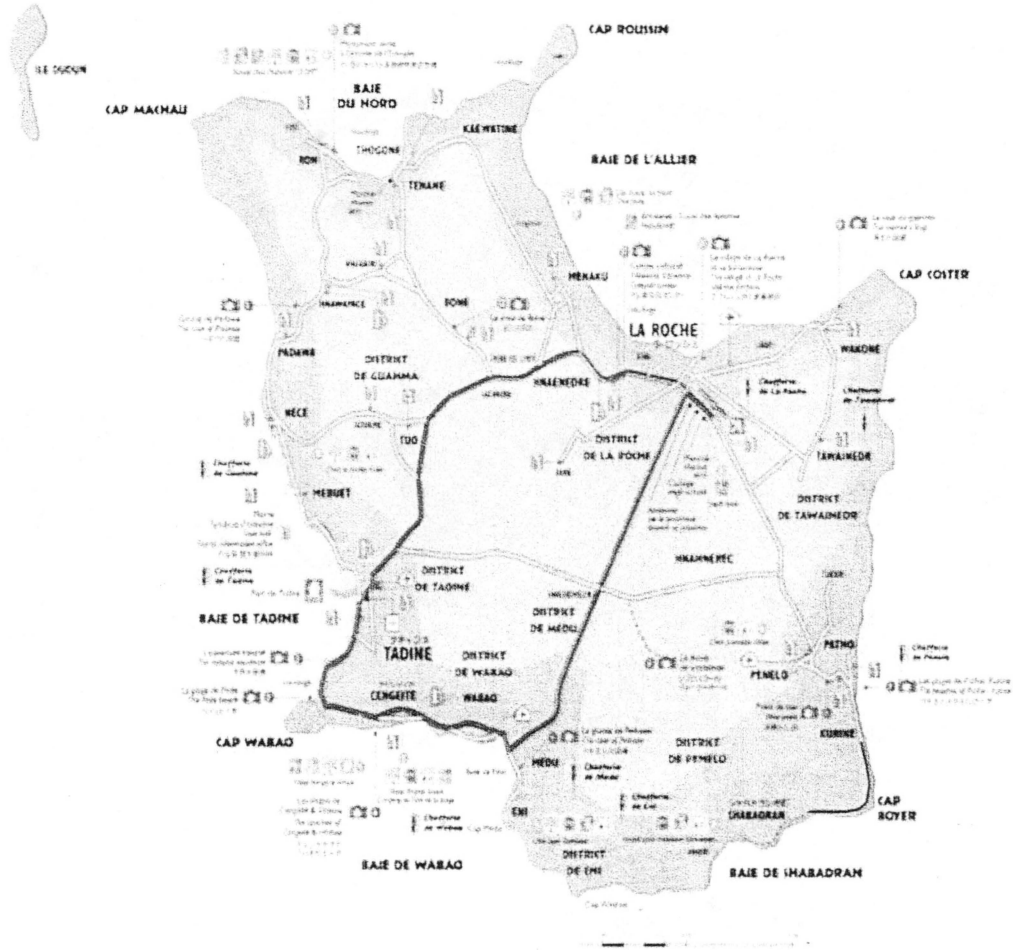
Annexe 1: Cartes de la Nouvelle Calédonie

New Caledonia's Pacific Setting

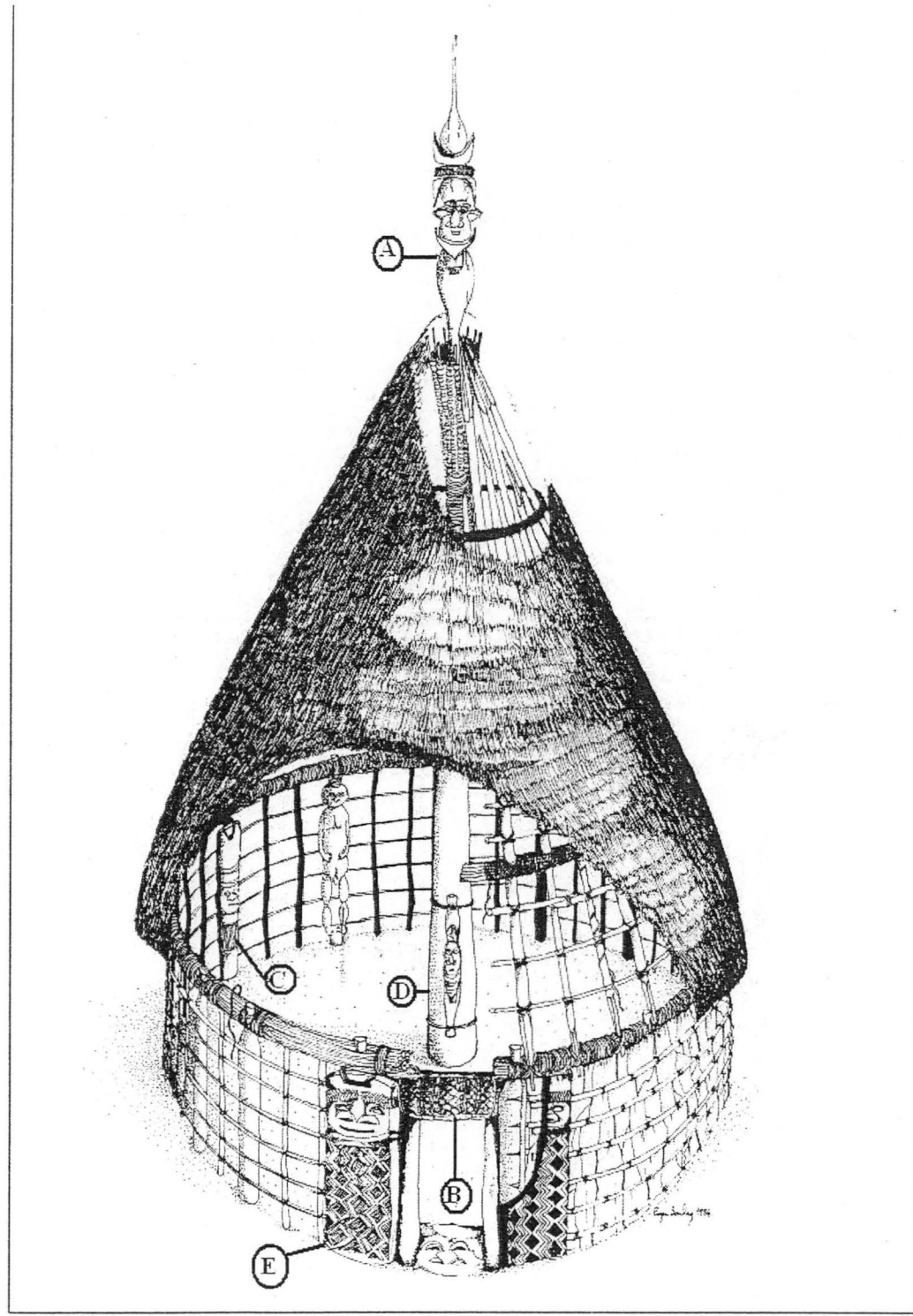


704817 (A05166) 9-85

Annexes 2 : Carte de Maré



Annexe 3 : Schéma d'une grande case



Annexe 4 : questions posées lors des entretiens:

Nom, prénom, âge, sexe, tribu d'origine, profession, aide médicale ou CAFAT-mutuelle, date de diagnostic du diabète (ou durée d'évolution du diabète), complications éventuelles liées au diabète, ATCD familiaux de diabète, traitement prescrit, observance au traitement, dernier taux d'HbA1C

Définition du diabète

Pour toi, qu'est ce que le diabète? Que signifie "être diabétique"? Qu'est ce que cela représente? Quelle signification donnes-tu au fait d'être diabétique? Comment le vis-tu? Comment le perçois-tu?

Notion de symptômes

Comment a-t-on fait le diagnostic de diabète?

As tu des symptômes, des signes qui te font dire que tu as le diabète? Ressens-tu le diabète dans ton quotidien? Le ressens-tu parfois? A ton avis as-tu besoin d'un traitement médicamenteux? Pourquoi?

Facteurs étiologiques

Est ce une maladie? Si oui, une maladie du médecin, une maladie importée? Une maladie indigène? Maladie ancestrale? Est-ce du à l'arrivée des blancs?

Quel facteur provoque le diabète? Existe-t-il une notion de sorcellerie, de sort jeté?

Projection dans le futur

Pour toi, y a-t-il des complications pouvant être liées au diabète? Comment vois-tu l'évolution du diabète? (guérison possible, aggravation possible, complications, stabilisation)

Interaction avec la médecine traditionnelle

Vas tu voir un guérisseur, un devin, un voyant pour ton diabète? Pourquoi?

Prends tu des potions autres que les médicaments donnés au dispensaire, pour ton diabète?

Pourquoi?

ANNEXE 5: Tableau réponses

| AGE | 45 ans | 55 ans | 48 ans | 67 ans | 71 ans |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| SEXE | M | F | M | M | M |
| DATE DE DECOUVERTE | 1992 | 1991 | 1990 | 2002 | 1996 |
| CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE | BAV | fortuite | fortuite | fortuite | fortuite |
| HbA1c | 10,90% | 8,60% | 12,60% | 5,90% | 8,60% |
| HÉRÉDITE | oui | oui | oui | non | oui |
| EST CE UNE MALADIE | oui | oui | oui | oui | oui |
| TYPE D'ÉVÉNEMENT | nouvelle | ancienne | ancienne | nouvelle | nouvelle |
| GRAVITÉ | oui | oui | oui | oui | oui |
| SYMPTOMES RESENTIS | oui | oui | non | non | non |
| GENES PAR RAPPORT AUX AUTRES | oui | oui | non | non | non |
| Est ce une conséquence alimentaire? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Est ce un problème d'hérédité? | oui | oui | non | non | NSP |
| Est ce un boucan? | non | non | oui | non | NSP |
| Est ce qu'il y a une notion de sorcellerie? | non | oui | oui | non | NSP |
| La guérison est elle possible? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous tournez vous vers les traitements cartésiens? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous tournez vous vers les traitements indigènes? | oui | oui | oui | oui | non |
| Avez vous recours à un guérisseur? | oui | oui | oui | non | non |
| | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |

ANNEXE 5: Tableau réponses

| AGE | 52 ans | 57 ans | 63 ans | 72 ans | 67 ans | 57 ans |
|--|----------|----------|----------|-----------------|-----------------|----------|
| SEXE | F | M | F | F | F | F |
| DATE DE DECOUVERTE | 2006 | 2001 | 2005 | 1997 | 1997 | 2000 |
| CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE | fortuite | fortuite | fortuite | infections cuta | infections cuta | fortuite |
| HbA1c | 6,30% | 7% | 5,60% | 10,10% | 8,50% | 9,50% |
| HÉRÉDITE | oui | non | non | oui | oui | oui |
| EST CE UNE MALADIE | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| TYPE D'ÉVÉNEMENT | nouvelle | nouvelle | nouvelle | nouvelle | nouvelle | nouvelle |
| GRAVITÉ | oui | oui | non | oui | oui | oui |
| SYMPTOMES RESENTIS | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| GENES PAR RAPPORT AUX AUTRES | non | oui | non | non | oui | oui |
| Est ce une conséquence alimentaire? | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Est ce un problème d'hérédité? | non | non | non | non | NSP | non |
| Est ce un boucan? | non | oui | non | non | non | NSP |
| Est ce qu'il y a une notion de sorcellerie? | non | non | non | oui | oui | NSP |
| La guérison est elle possible? | oui | non | oui | non | non | oui |
| Vous trouvez vous vers les traitements cartésiens? | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous tournez vous vers les traitements indigènes? | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Avez vous recours à un guérisseur? | non | oui | non | non | oui | non |
| | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 |

ANNEXE 5: Tableau réponses

| AGE | 63 ans | 44 ans | | 37 ans | 38 ans |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| SEXE | F | F | F | F | F |
| DATE DE DECOUVERTE | 1994 | 1994 | 2006 | 2006 | 2006 |
| CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE | fortuite | fortuite | fortuite | fortuite | fortuite |
| HbA1c | 7% | 8% | | 6,20% | 6,40% |
| HÉRÉDITE | oui | oui | non | oui | oui |
| EST CE UNE MALADIE | oui | oui | oui | non | oui |
| TYPE D'ÉVÉNEMENT | nouvelle | nouvelle | nouvelle | NSP | NSP |
| GRAVITÉ | oui | oui | oui | non | oui |
| SYMPTOMES RESENTIS | oui | oui | non | non | oui |
| GENES PAR RAPPORT AUX AUTRES | oui | oui | non | non | oui |
| Est ce une conséquence alimentaire? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Est ce un problème d'hérédité? | non | oui | non | non | oui |
| Est ce un boucan? | NSP | non | non | non | NSP |
| Est ce qu'il y a une notion de sorcellerie? | non | non | non | non | NSP |
| La guérison est elle possible? | NSP | non | non | NSP | non |
| Vous trouvez vous vers les traitements cartésiens? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous tournez vous vers les traitements indigènes? | oui | oui | oui | non | non |
| Avez vous recours à un guérisseur? | non | non | non | non | non |
| | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 |

ANNEXE 5: Tableau réponses

| AGE | 65 ans | 65 ans | 61 ans | 55 ans | 54 ans | 68 ans |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------------|----------|
| SEXE | F | M | F | M | F | M |
| DATE DE DECOUVERTE | 2000 | 2005 | 2005 | 1997 | 2005 | 2003 |
| CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE | fortuite | fortuite | fortuite | fortuite | infections cuta | fortuite |
| HbA1c | 8,10% | 6,50% | 7,50% | 8,20% | 9,10% | 7,70% |
| HÉRÉDITE | oui | oui | oui | oui | oui | non |
| EST CE UNE MALADIE | non | oui | oui | oui | non | oui |
| TYPE D'ÉVÉNEMENT | nouvelle | nouvelle | nouvelle | NSP | nouvelle | nouvelle |
| GRAVITÉ | oui | oui | oui | oui | non | oui |
| SYMPTOMES RESENTIS | oui | non | oui | oui | non | non |
| GENES PAR RAPPORT AUX AUTRES | non | | | non | | non |
| Est ce une conséquence alimentaire? | oui | oui | oui | oui | non | oui |
| Est ce un problème d'hérédité? | non | non | oui | non | oui | non |
| Est ce un boucan? | non | non | non | non | non | non |
| Est ce qu'il y a une notion de sorcellerie? | non | non | non | non | oui | non |
| La guérison est elle possible? | oui | oui | non | non | oui | non |
| Vous trouvez vous vers les traitements cartésiens? | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous tournez vous vers les traitements indigènes? | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Avez vous recours à un guérisseur? | non | non | non | non | oui | non |
| | P19 | P20 | P21 | P22 | P23 | P24 |

ANNEXE 5: Tableau réponses

| AGE | 51 ans | 72 ans | 38 ans | 48 ans | 59 ans |
|--|----------|----------|----------------------|----------|----------|
| SEXE | F | M | F | F | M |
| DATE DE DECOUVERTE | 2007 | 1985 | 1999 | 2004 | 1991 |
| CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE | fortuite | fortuite | diabète gestationnel | fortuite | |
| HbA1c | 15,20% | 8,50% | 6,50% | 6,40% | |
| HÉRÉDITE | oui | oui | oui | non | oui |
| EST CE UNE MALADIE | oui | oui | oui | oui | oui |
| TYPE D'ÉVÉNEMENT | nouvelle | ancienne | NSP | nouvelle | nouvelle |
| GRAVITÉ | non | oui | oui | oui | oui |
| SYMPTOMES RESENTIS | oui | oui | oui | non | oui |
| GENES PAR RAPPORT AUX AUTRES | non | non | oui | non | non |
| Est ce une conséquence alimentaire? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Est ce un problème d'hérédité? | non | non | non | non | NSP |
| Est ce un boucan? | non | NSP | non | non | non |
| Est ce qu'il y a une notion de sorcellerie? | non | NSP | non | non | non |
| La guérison est elle possible? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous trouvez vous vers les traitements cartésiens? | oui | oui | oui | oui | oui |
| Vous tournez vous vers les traitements indigènes? | non | oui | oui | non | oui |
| Avez vous recours à un guérisseur? | oui | non | non | non | non |
| | P25 | P26 | P27 | P28 | P29 |

ANNEXE 5: Tableau réponses

| | Moyenne | Chiffre max | Chiffre min |
|--|--|-------------|-------------|
| AGE | 56,5 ans | 72 ans | 37 ans |
| SEXE | 41,38% M ; 58,62% F | | |
| DATE DE DECOUVERTE | évolution depuis 8ans et 9mois | | |
| CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE | 75% de découverte fortuite, 25% sur symptômes | | |
| HbA1c | 8,34% d'HbA1C | 15,20% | 5,60% |
| HÉRÉDITE | 78,5% d'hérédité | | |
| EST CE UNE MALADIE | 89,6% pour qui c'est une maladie | | |
| TYPE D'ÉVÉNEMENT | 75% pour qui c'est une maladie nouvelle; 10,7% ne se prononcent pas | | |
| GRAVITÉ | 88% pour qui c'est un événement grave | | |
| SYMPTOMES RESENTIS | 69% ressentent des symptômes au quotidien | | |
| GENES PAR RAPPORT AUX AUTRES | 61,5% ne ressentent pas de gêne par rapport à autrui | | |
| Est ce une conséquence alimentaire? | 96,5% pensent que c'est une conséquence alimentaire | | |
| Est ce un problème d'hérédité? | 62,5% ne pensent pas que ce soit héréditaire; 12,5% ne se prononcent pas | | |
| Est ce un boucan? | 75,9% ne pensent pas que ce soit lié à un boucan; 17,2% ne se prononcent pas | | |
| Est ce qu'il y a une notion de sorcellerie? | 69% ne pensent pas que ce soit lié à de la sorcellerie; 13,8% ne se prononcent pas | | |
| La guérison est elle possible? | 34,6% ne pensent pas en guérir; 3,8% ne se prononcent pas | | |
| Vous trouvez vous vers les traitements cartésiens? | 100% ont essayé un traitement cartésien | | |
| Vous tournez vous vers les traitements indigènes? | 79,3% prennent un traitement indigène pour le diabète | | |
| Avez vous recours à un guérisseur? | | | |

BIBLIOGRAPHIE

(1) Claudine HERTZLICH et Marc AUGE, « Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie », collection Ordres sociaux , éditions des archives contemporaines, 1984

(3) Marie-Joseph DUBOIS, « Histoire résumée de Maré, Iles Loyauté », Nouméa :Société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie : 1981.

67 p. : ill. maps, ports. ; 22 cm.

(4) Institut Territorial de Statistiques et des Etudes Economiques, Recensement de la population Nouvelle-Calédonie 2004, www.isee.nc

(5) Gérard BAUDCHON, Bilan démographique, au seuil des années 2000, Notes et documents N° 82 ITSEE, Édition rectifiée de Février 2001

(6) Jean-Marie TJIBAOU – Philippe MISSOTTE, « La case et le sapin », Extrait de kanake, 1978, collection chemin de paroles, N°2, Editions du Pacifique

(7) Jean-Marie TJIBAOU, conférence Nouméa, 1981

(9) Erika DUJARDIN-HEBERT, Approche anthropologique de la maladie sida dans le monde kanak, thèse pour le titre de docteur en médecine, Marseille, 2005

(10) Hélène SAGLIBENE, La sorcellerie en Nouvelle-Calédonie, le Boucan, mémoire, Nouméa 1996.

(11) Bronislaw MALINOWSKI, Les argonautes du Pacifique occidental, 1922, trad. fr. 1963, rééd. Gallimard, coll. « Tel », 1989.

(12) Annie WALTER, Prestige et Savoirs des femmes: un aspect de la médecine populaire à Vanuatu, Thèse de Doctorat, Université de Droit d'Economie et des sciences sociales, 1991, 257 p. + 459 p. + 120 p. + annexes, Aix-Marseille, 1991

(13) Christine SALOMON, "Savoirs, savoir faire et pouvoirs thérapeutiques kanaks", Ed. Presses Universitaires de France, collection ethnologies, 1993

(14) Patrice GODIN, conférence "approche culturelle de la maladie", centre

culturel Tjibaou, 2007, Nouméa

(15) Frédéric Viesner, « La médecine des Aborigènes d'Australie, soins des corps et rétablissement des Ames », 2006, indigène éditions, 183p

(16) Eliane METAIS, "la sorcellerie canaque actuelle (Etude de l'angoisse de mort et du mal-ajustement social dans une tribu) : Thèse principale pour le doctorat es lettres présentée a la faculté des lettres et sciences humaines de l'université de Paris, 1967, Publications de la Société des océanistes ; no. 20

(17) Pierre DELAVEAU, « Secrets et vertus des plantes médicinales », selection du reader's digest, 2ème édition (24 mars 1977), 464 p

(18) Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, protection sociale, 2003, www.dass-gouv.nc

(19) Haute Autorité Sanitaire, Liste des actes et prestations, affection longue de longue durée, Diabète de type 1 et de type 2, Actualisation décembre 2008, Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, www.has-sante.fr

(20) Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, publications sur la situation sanitaire : « état de santé : les maladies chroniques », 2005-2006, www.dass-gouv.nc

(21) Marie-Joseph DUBOIS, Dictionnaire Nengone-Français (Nouvelle Calédonie), 1980, 4 vol.(1056p.)

(22) Valérie ALBERT, épouse DUNAIS, Prévalence du diabète à Lifou, Nouvelle Calédonie ; étude comparative 10 ans après CALDIA, thèse pour le titre de docteur en médecine, 2005, Poitiers

(23) Maurice LEENHARDT, La personne mélanésienne, Annuaire de l'école pratique des Hautes Etudes, section des sciences religieuses, Annuaire 1941-42

(24) François LAPLANTINE, Anthropologie de la maladie, 1992, Editions Payot, 411p

GLOSSAIRE

TERMES USUELS UTILISES DANS CETTE THESE

"*mo-yaac*" : (pluriel de catégorie) : génies, divinités, vivant en groupes, soit suivant leurs mœurs personnelles, soit à la manière des hommes. Ils peuvent être de petites tailles, celle d'un enfant de 10 ans. Ce sont les "*maica*", petits lutins. Ou bien ils ont une grande taille. Certains représentent l'état des membres du clan à son origine. Ce ne sont pas des ancêtres, mais des êtres que l'on respecte, que l'on redoute parfois. Certains ont leur territoire propre. Ils peuvent se lier d'amitié avec certains hommes qui deviennent leur compagnon. Les "*mo-yaac*" font des exploits, tels que faire des barrières dans des endroits inaccessibles à l'homme. Certains donnent des maladies. Mais il y a des "*aca-seret*" pour donner des remèdes contre ces maladies.

"*Kazé*" : le mort devenu "esprit-dieu", "objet-dieu"

Le Kazé est également la sorcellerie de nécromancie pour tuer ou pour nuire. Par antonomase, le Kazé est la pierre magique apportée

de Lifou.

Par extension, on appelle Kazé tout objet magique servant à nuire, quel qu'en soit la nature, tels que des bracelets de feuilles, et autres objets vendus par les Néo-Hébridais.

"*Aca-Kazé*" : maître de "Kazé"; sorcier propriétaire, gardien ou fabricant de "Kazé"; jeteur de sort (clan ou individu).

"*Kaica*" : arbre dont l'écorce sert à faire le tapa

"*Itrani*" : ficeler, lier (par une sorte de nœud de surliure) un paquet magique de "Kazé" avec la tresse de poils de roussette ou au moins de la cordelette.

"*Aca-nia*" : maître du mal; c'est un individu ou clan ayant un rôle assez complexe par rapport au chef ou à la chefferie. Les "*Aca-nia*" pouvaient avoir leur spécialité. L' "*Aca-nia*" s'occupe de ce qui est "mauvais" pour le chef.

MOTS CLES :

Anthropologie, diabète, Nouvelle-Calédonie, Maré, représentation de la maladie, médecine traditionnelle, kanak

RESUME

L'objet de ce travail a été de comprendre quelles représentations avaient les « gens de Maré » (Nouvelle-Calédonie) sur le diabète, véritable problème de santé publique dans le Pacifique. Vingt neuf patients diabétiques ont accepté de participer à cette étude fondée sur des discussions anthropologiques.

Maladie pour nous occidentaux, le diabète n'entre pas dans des cadres nosologiques connus pour les Kanak. Ainsi, l'éducation et les traitements occidentaux sont mal intégrés par les Kanak. Le diabète est perçu comme un événement déséquilibrant l'ordre social et fait rechercher un sens dans la cosmogonie kanak. Le diabète ne touche pas l'individu mais le groupe (famille, clan ou tribu). Les causes retrouvées à ce désordre sont nombreuses ; l'une d'entre elles est dénommée par le terme écran de « boucan », constitué principalement par la jalousie.

La représentation du diabète dans cette population est fortement imprégnée de sa culture. On comprend mieux le pluralisme médical existant en Nouvelle-Calédonie. D'une part, les Kanak consultent la médecine occidentale car le diabète fait partie des « maladies

nouvelles » importées par les blancs. D'autre part, les Kanak consultent les guérisseurs afin de trouver un sens au diabète et de traiter les actes de sorcellerie.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand what were the "Maré's inhabitants" (New Caledonia) representations on diabetes, a truly recognized social health issue in the Pacific.

29 diabetic patients have agreed to participate to this study, based on anthropologic discussions.

The culture has a view on the disease. Illness for the Westerners, diabetes doesn't fit in any known nosologic frame in the melanesian culture. The kanaks perceive diabetes as a social imbalanced event, implying a quest of a mean in their cosmogony.

Diabetes doesn't affect the individual but the group (family, clan, tribe). The origins of the disorder are multiple. One of them is known as the "boucan", mainly based on jealousy.

It's then easier to understand the medical pluralism of New Caledonia. On one hand the kanaks attend the occidental medicine as diabetes belongs to the "new diseases" imported by the white people, and on the other hand they would also consult the "witchdoctor" in order to find a mean of their diabetes and

treat accordingly the act of witchcraft.

The representations of diabetes in this population is strongly impregnated by its culture.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui diasmemorem laudes, repetamque fidèles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

