



HAL
open science

Évaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques des habitants de Oremu, Vaiare et Rimatara concernant la vaccination contre la COVID-19

Florence Bayle

► **To cite this version:**

Florence Bayle. Évaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques des habitants de Oremu, Vaiare et Rimatara concernant la vaccination contre la COVID-19. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03340760

HAL Id: dumas-03340760

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03340760>

Submitted on 10 Sep 2021

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

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

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°71

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par BAYLE Florence

Née le 14 Avril 1993 à Nantes

Le 28 Juin 2021

**« Évaluation des Connaissances, Attitudes et
Pratiques des habitants de Oremu, Vaiare et
Rimatara concernant la vaccination contre la
COVID-19 »**

Sous la direction de : Dr DAURET Cindy

Membres du jury :

Pr GAY Bernard – Professeur Émérite de Médecine Générale - Président de Jury.

Dr DURIEUX William - Professeur associé de Médecine Générale- Rapporteur.

Dr NGUYEN Duc- Praticien Hospitalier en Infectiologie- Membre du jury.

Dr ADAM Christophe - Professeur associé de Médecine Générale- Membre du jury

Remerciements

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Bernard GAY

Professeur Émérite de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de ma thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

À Monsieur le Docteur William DURIEUX

Professeur associé à l'Université Bordeaux 2, Médecin généraliste à Targon. Je vous remercie de l'attention que vous avez consacrée à mon travail en tant que rapporteur. Veuillez agréer tout mon respect et ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Duc NGUYEN

Praticien Hospitalier en Infectiologie au CHU de Bordeaux. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère considération.

À Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Professeur Associé en Médecine générale à l'Université de Bordeaux, Médecin généraliste à Mérignac. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Mes remerciements s'adressent également

Au Dr Cindy Dauret, je te remercie d'avoir proposé d'assumer la direction de ma thèse. Mais avant tout merci pour cette rencontre qui marquera un avant et un après, merci pour ton accompagnement et ton écoute, pour tes précieux conseils et ton amitié par delà les océans.

Au Dr Antonin Roussey, merci de m'avoir embarquée dans l'aventure de cette thèse, de m'avoir accompagnée dans toutes ses étapes, de m'avoir coachée et aidée dans sa réalisation avec une immense bienveillance.

Au Dr Philippe Biarez, à l'équipe du dispensaire de Moorea, en particulier l'équipe de promotion de la santé, ainsi que les équipes d'enquêteurs d'Oremu, Vaiare et Rimatara, merci pour cette aventure partagée, pour votre implication dans ce travail et l'enthousiasme avec lequel vous l'avez fait.

A Stéphane Tuffier, merci pour ta précieuse aide d'homme de statistique, ton implication et ton regard bienveillant sur mon travail.

Aux Dr Ana Gomes et Dr Elisa Loubet, merci de m'avoir confirmée mon attachement pour la Médecine Générale et mis sur la voie de mon métier avec tant d'engouement.

A mes parents, frères et belles-sœurs. Mes parents, surtout. Merci de m'avoir portée et supportée pendant ces dix années d'études, de m'avoir accompagnée malgré vous dans cette épopée. Vous avez été mieux que tout ce que je pouvais imaginer.

A Sophie, mieux qu'une sœur, tu ne m'as pas lâchée et surveillée pendant tout ce travail, jusqu'à minuter mes siestes à la bibliothèque et me lancer des regards réprobateurs à la moindre minute de déconcentration. Sans toi, je n'aurais jamais fait ce travail aussi vite ; Merci.

A mes colocs et amis qui ont partagé mes années de labeurs médicales estudiantines : Aurelie, Bertille, Max, Féline, Maylis, Titi, Lena, Elise, Momo, Ali, Arnaud, Morwenn... et en particulier ceux qui m'ont connue, écoutée et portée pendant ce travail : Nono, Valentine, Flore, Simon et Guillaume, vous avez fait de mon quotidien une fête, au point que je prolonge mon séjour parmi vous. Mention spéciale à Valentine pour ses conseils avisés, à Flore pour son soutien informatique salvateur et à Simon, pour nos réconfortants debriefs de mi journée ; Merci.

A mes amis d'ici et d'ailleurs :

Laura, ma globe trotteuse toujours à bout de téléphone, Thomas, mon fidèle acolyte bordelais et ange gardien de la mise en page, Claire, ma confidente et relectrice nocturne de dernier moment, et tous les autres : Pierre-Hugo, Antoine, Mathieu, Cécile, Pauline, Justina, Mélissa, Gregory, Cloé, Léa et Marina, qui m'ont soutenue de près ou de loin, à tour de rôle, et dont chaque âme m'est infiniment précieuse ; Merci.

Table des matières

Table des matières.....	4
Abréviations.....	6
Lexique.....	7
Introduction.....	8
I. Contextualisation.....	9
1) Présentation des trois terrains d'enquête.....	9
2) Historique des épidémies en Polynésie française.....	11
3) Système de santé en Polynésie française.....	13
4) Habitus polynésien.....	16
5) L'exception vaccinale en Polynésie française.....	19
6) Arrivée de la COVID-19 et mesures gouvernementales.....	20
7) Plan COVID-Amui et enquêtes CAP.....	21
8) Revue de la littérature.....	22
II. Méthodologie.....	25
1) Type d'étude et objectifs.....	25
2) Bibliographie.....	25
3) Composition de l'équipe de recherche.....	25
4) Élaboration du questionnaire.....	26
5) Mobilisation et formation des enquêteurs.....	26
6) Constitution de l'échantillon.....	27
6) Méthodologie d'approche du terrain.....	29
7) Recueil et analyse des données.....	31
8) Aspects éthiques et réglementations.....	31
III. Résultats.....	32
1) Description de la population de l'étude.....	32
a) Caractères démographiques.....	32
b) Habitus.....	33
2) Connaissances, Attitudes et Pratiques.....	33
a) Connaissances de la population.....	33
b) Attitudes.....	35
c) Pratiques.....	38
3) Analyses statistiques des résultats.....	38
IV. Discussion.....	41
1) Analyse des données et confrontation à la littérature.....	41
2) Les forces et les limites.....	47
3) Répercussions et perspectives.....	49
Conclusion.....	52

Bibliographie.....	54
Annexes	59

Abréviations

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CHPF : Centre Hospitalier de la Polynésie Française

CJA : Centre des Jeunes Adolescents

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale

EVASAN : Evacuation Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROR : Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratoire Syndrome Coronavirus 2

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Lexique

Enfants motua: petits-enfants

Fenua: terre, île territoire

Mana : pouvoir surnaturel, qui a le pouvoir

Matahiapo: personnes âgées

Ra'au Tahiti: pharmacopée traditionnelle polynésienne

Reo mā'ohi: langue polynésienne de l'île de Tahiti et Moorea

Reo Rimatara: langue de Rimatara

Tahu'a ra'au: tradipraticien de médecine traditionnelle polynésienne

Taote: médecin

Tavana: maire, chef de village

Va'a: pirogue polynésienne

Introduction

L'infection par le coronavirus SARS-CoV-2 est une infection pandémique émergente dont l'importante capacité à se propager dans une population dénuée d'immunité n'est plus à prouver (1). La première réponse de l'État Français face à la flambée de la COVID-19 fut de mettre en place des mesures barrières (distanciation, port du masque, etc...) associées à des mesures de confinement et de couvre-feu, non sans répercussions sur le plan économique et social.

L'état de pandémie due à la COVID-19 est déclaré en Polynésie française le 11 mars 2020. Deux îles sont touchées et toutes les autres sont soumises au confinement, à l'interdiction de la vente d'alcool, et à un couvre-feu pendant une période de deux mois. L'arrêt total des flux aériens internationaux associé à ces mesures radicales permet de limiter le nombre de nouveaux cas importés et de vaincre officiellement l'épidémie le 20 mai 2020.

La crise économique liée à ces nouvelles mesures mène le gouvernement à décider de la réouverture des frontières aériennes le 15 juillet pour redynamiser le secteur du tourisme et relancer l'économie du pays. Le 1^{er} août 2020, de nouveaux cas sont diagnostiqués en Polynésie française, une seconde vague épidémique commence (2).

Devant cette situation inédite, un des seuls espoirs réside dans le développement d'un vaccin efficace contre la COVID-19. Cependant, l'acceptation de ce vaccin par la population n'est pas certaine car, outre les nombreuses inconnues qui vont peser inévitablement devant la réalisation rapide de ce vaccin, le scepticisme des hésitants vaccinaux risque à nouveau de se développer (3). La campagne de vaccination risque de se heurter à la méfiance des Polynésiens et ces comportements peuvent potentiellement induire à terme un échec du plan de vaccination qui prolongerait la circulation et l'incidence de la COVID-19 en Polynésie française.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les Connaissances, Attitudes et Pratiques des habitants de trois zones spécifiques de Polynésie française (Oremu, Vaiare et Rimatara) concernant la vaccination contre la COVID-19 afin de mettre en avant les réticences et les facteurs d'acceptabilité concernant l'arrivée de cette vaccination dans la population polynésienne.

Ce travail s'intègre dans le plan global COVID Amui mis en place en Polynésie Française en septembre 2020, qui a pour but d'accompagner les communautés dans l'organisation de la nouvelle manière de vivre avec la COVID-19, à travers une démarche participative des communautés. Il a vu le jour en collaboration avec la Direction de la Santé de Polynésie Française, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Communauté du Pacifique.

I. Contextualisation

La Polynésie française, située à 18 000 km de Paris, au sud de l’océan Pacifique, est composée 118 îles réparties en cinq archipels : Îles-du-vent (Tahiti et Moorea), Îles-sous-le-vent, Australes, Tuamotu-Gambier et Marquises, éparpillés sur un territoire aussi vaste que l’Europe (Carte de la Polynésie française en Annexe 1).

La population s’élève à 276 000 habitants dont les trois-quarts résident à Tahiti ; les bassins de population des autres îles sont faibles et dispersés. 43,1 % de la population a moins de 20 ans ; l’espérance de vie est de 77 ans ; le taux de chômage atteint 14,5 % (4).

Collectivité d’outre-mer, la Polynésie française bénéficie, par la loi organique de 2004, d’un statut d’autonomie interne à spécialité législative. Son parlement est élu démocratiquement et un gouvernement autonome assure la gestion des affaires publiques. Elle est compétente dans le domaine de la santé et dispose d’un ministère de la Santé. Le Haut-commissaire de la République en Polynésie française représente l’État.

1) Présentation des trois terrains d’enquête

Oremu, quartier de la commune Faaa, sur l’île de Tahiti.

Tahiti est une île de la Polynésie française faisant partie des îles du Vent et de l’archipel de la Société. Cette île haute et montagneuse, entourée d’un récif de corail, est à la fois la plus grande et la plus peuplée des îles de Polynésie française avec ses 1042 km² et 192 760 habitants, répartis sur 12 communes (5,6).

L’histoire de Tahiti est marquée tout d’abord par le peuplement de l’île par les navigateurs polynésiens, d’origine austronésienne puis par la découverte de l’île par les explorateurs européens en 1767. A la fin du XVIII^e, l’île est colonisée par des missionnaires protestants anglais, puis devient protectorat français au milieu du XIX^e siècle. L’île devient ensuite une colonie, membre des Établissements Français de l’Océanie avant d’être rattachée à un ensemble d’archipel que le grand public appelle Polynésie française (7).

Tahiti concentre l’essentiel de l’activité économique de l’archipel polynésien. L’économie de l’île est caractérisée par la part prépondérante du secteur tertiaire et le poids des activités non marchandes (administration, éducation et santé principalement). Mais Tahiti est également le premier producteur agricole de la Polynésie et accueille aussi une grande part de l’industrie du territoire.

L’occupation humaine de l’île est largement contrastée, marquée d’une part par la macrocéphalie urbaine de Papeete et d’autre part, par l’opposition entre un littoral très peuplé et aménagé et l’intérieur des terres, quasiment inoccupé (5).

Le climat de Tahiti est de type tropical humide avec deux grandes saisons : une saison sèche de mai à octobre et une saison humide de novembre à avril.

Le français est la langue officielle, la langue vernaculaire est le tahitien qui reste maîtrisé par 70% de la population. Un peu plus de la moitié de la population est protestante et un quart est catholique.

Oremu est un quartier de Faaa, commune située au nord-ouest l'île de Tahiti, limitrophe de Papeete (Carte en Annexe 2). Faaa est la ville la plus peuplée de toute la Polynésie française avec près de 30 000 habitants. La construction de l'aéroport international à Faaa en 1960 engendra un bouleversement géographique et économique majeur. Les aménagements résidentiels se sont particulièrement développés sur cette commune, pour absorber l'excédent de population de la capitale voisine, Papeete (7).

Vaiare, district de l'île de Moorea.

Moorea, île de près de 18 000 habitants est située à proximité de Tahiti et de sa capitale Papeete (un chenal de 20 km à peine les sépare) avec laquelle elle entretient des liens quotidiens en raison de rotations maritimes multiples et régulières. La commune s'étend sur 134 km² et sa circonférence est de 60 km (Carte en Annexe 2). Les habitants sont regroupés en 8 villages, principalement situés sur le littoral ; dont Vaiare, au sud de l'île. Cette île est connue pour ses sommets volcaniques et ses plages de sable fin (8).

L'île s'appelait jadis Aimeho ou Eimeo ; Moorea (lézard jaune) pourrait être le nom d'une des anciennes familles régnantes. Moorea fut longtemps une terre d'asile pour les tahitiens vaincus au cours des conflits de pouvoir qui faisaient rage à Tahiti. Découverte par Samuel Wallis en 1767 puis évitée par les premiers européens, elle va pourtant devenir la tête de pont à partir de laquelle la *London Missionnaire Society* christianisa les autres îles (7).

Jusqu'à la seconde guerre mondiale, l'économie de l'île était basée sur le coprah, la vanille et le café. Dans les années 70, une usine de jus de fruit (Jus Rotui) y est construite et reste un pôle économique de Moorea.

De nos jours, les principales activités sont le tourisme (qui assure la moitié des emplois), la culture de l'ananas et du nono et la pêche. Moorea est devenue le principal centre de plantation d'ananas en Polynésie française.

Actuellement, cette commune présente un environnement socio-économique marqué par la précarité (43% de la population vit dans des quartiers prioritaires) qui touche particulièrement la jeunesse (42% des jeunes de moins de 29 ans sont au chômage). Dans le même temps, cette commune est la troisième île la plus visitée de Polynésie, avec une augmentation continue des touristes étrangers mais aussi, atout majeur en cette période, des touristes résidents en provenance des zones urbaines de Tahiti (9).

Au sud, le village, le port et le phare de Vaiare se tiennent au fond d'une baie. Les multiples départs et arrivées des ferries et des catamarans rapides effectuant la navette entre Moorea et Papeete rythment la vie de cette petite localité où notre enquête a été effectuée.

Ile de Rimatara, dans l'archipel des Australes.

A 600 km au sud de l'île de Tahiti, Rimatara est une des cinq principales îles de l'archipel des Australes. Son climat se rapproche de celui des zones tempérées, en saison fraîche, et de celui des zones tropicales, en saison chaude. Au niveau agricole, cette particularité en fait un des «garde manger» de Tahiti et ses îles.

Parmi les îles des Australes, Rimatara est la plus petite avec une superficie de 9 km². Peuplée sans doute aux alentours des X-XI^{ème} siècles après Jésus-Christ par les Polynésiens, l'île fut «découverte» tardivement par les visiteurs extérieurs, en 1821. Une dynastie de roi et de reine, les Temaeva, dirigeait alors la vie des habitants. Cette dynastie fut l'une des dernières à se maintenir dans les îles polynésiennes puisqu'il faut attendre le tout début du XXI^{ème} siècle et l'année 1901 pour que Rimatara cesse d'être un royaume. La Reine Temaeva V abandonna son pouvoir au profit de l'administration coloniale française. Rimatara fut ainsi la dernière île de Polynésie à être annexée par la France.

Aujourd'hui, les 780 habitants de Rimatara sont répartis dans les villages de Amaru (chef lieu de l'île), Anapoto et Mutuaura. Les principales activités sont l'agriculture, la pêche et l'artisanat. L'île est une terre fertile pour la culture des légumes, des fruits et de végétaux divers. Son artisanat est également très réputé et comme dans de nombreuses îles, la pêche tient également une place importante. La population de l'île est dans une grande majorité de confession protestante. Comme dans tout l'archipel, la religion tient une place capitale dans la vie des habitants.

Jusqu'en 2006, l'île a vécu dans un relatif isolement en raison de l'absence de liaison aérienne. Cela lui a cependant permis de conserver une faune et une flore riches et préservées, notamment au niveau des espèces endémiques. Les traditions et la vie communautaire sont également fortement implantées. Le *reo rimatara*, langue propre des Australes dérivée du proto tahitien est une langue bien présente. Toutes ces spécificités culturelles ajoutées à un environnement d'une grande richesse font de l'île de Rimatara, une rencontre forte avec la Polynésie (10).

2) Historique des épidémies en Polynésie française

La difficulté lorsque l'on évoque la période pré-européenne réside dans l'absence d'écrits par les Polynésiens. La société polynésienne pré-européenne est une société de tradition orale. L'historique des maladies infectieuses en Polynésie française remonte à l'arrivée des Européens et aux premiers écrits restants de ces expéditions qui permettent d'avoir une idée sur la situation sanitaire de l'époque.

Les premiers visiteurs Européens sont, au XVI^{ème} siècle, les Portugais avec Magellan qui aurait approché Puka Puka dans les Tuamotu en 1521. Cependant, c'est au cours du XVIII^{ème} siècle que se multiplient les expéditions. En effet, Samuel Wallis et son équipage sont les premiers Européens à fouler le sol des Îles de la Société en 1767, suivis par Louis-Antoine de Bougainville, puis James Cook (11).

A son arrivée à Tahiti, Samuel Wallis décrit dans son journal de bord: « Nous n'avons vu aucun signe que les insulaires souffrent de maladies quelconques ».

James Cook quant à lui, attribue le peu de maladie à l'alimentation (composée de légumes, poisson et peu de viande) mais il décèle des maladies de peau (lèpre, ulcères, furoncles...).

James Morrison, l'un des premiers Européens à vivre à Tahiti deux ans (1789-1791), rapporte que leurs maladies sont peu nombreuses et qu'ils n'ont pas de remèdes pour les douleurs internes, mais qu'ils sont excellents en chirurgie.

On peut donc avoir une idée sur la situation sanitaire à l'arrivée des Européens : les maladies endémiques observées à l'époque sont la lèpre, les rhumes, l'asthme, la filariose, divers infections cutanées et le rhumatisme.

Rapidement, les populations vont être exposées aux maladies importées ; des épidémies se propagent à l'arrivée des bateaux : la syphilis pour commencer puis la grippe, la tuberculose pulmonaire, la dysenterie, la variole, la gale chinoise, la rougeole, la typhoïde, la scarlatine, la coqueluche etc.

Lors de ces nombreuses épidémies dévastatrices, la population polynésienne ne savait alors pas ce qu'il se passait. Elle avait fait le lien entre l'arrivée d'Européens sur ce qui était encore des îles indépendantes les unes des autres et l'apparition de maladies, mais personne n'avait encore découvert l'existence des microbes.

Ces épidémies ont alors totalement ébranlé le monde polynésien. Une mortalité effrayante a sévi durant le XIX^{ème} siècle. On peut se demander si l'attitude de résignation devant la maladie et la mort relève de la culture ou d'une pathologie induite par l'apparition de ces nouvelles endémies produisant une situation d'impuissance (12).

Pendant 200 ans, la tuberculose et la syphilis furent des fléaux dans la société polynésienne. A l'époque de la syphilis, les malades porteurs de la maladie étaient encartés. Ils portaient une carte signifiant qu'ils étaient malades et étaient alors mis en retrait de la société.

Certaines familles rapportent le cas d'enfants séparés de leurs parents mourant de la tuberculose, assistant à leur décès de loin, sans pouvoir les serrer dans leurs bras.

Dans les années 1800, aux Marquises, lorsqu'un malade était décelé au sein d'une famille, le reste de la famille se baignait, s'allongeait en cercle autour de lui et tous attendaient de mourir eux aussi.

Le navigateur James Cook avait comptabilisé 70 000 habitants à Tahiti, à son arrivée en 1769. En 1842, il ne restait plus que 6 100 personnes à Tahiti, 1 000 aux Marquises (13).

En 1863, le navire « Le Diamant » fait escale à Nuku Hiva aux Marquises et répand une épidémie de variole qui emportera 50% de la population. Le motu Uta de Papeete est alors transformé en lazaret de quarantaine l'année suivante.

Malgré des campagnes de vaccination dans les districts et à Moorea, des épidémies de typhoïde (1890), de dysenterie (1892), de rougeole (1854, 1902), de grippe (1907-1908) sévissent régulièrement. La lèpre également se développe en 1907. Les lépreux sont initialement éloignés de Tahiti avant qu'un village pour hanséniens soit inauguré à Orofara.

En 1918, la Polynésie fait face à l'épidémie mondiale de grippe espagnole. Lorsqu'un décès survenait dans un foyer, la famille accrochait un chiffon jaune devant la maison pour qu'une charrette passe récupérer le corps. Les défunts étaient alors enterrés dans des fosses communes. En

un mois, 3 000 personnes meurent ainsi de la grippe espagnole. Des familles entières sont décimées. Il n'y a alors aucun médicament. Ni paracétamol, ni aspirine. Les *ra'au tahiti* aussi restent en échec (14).

Jusqu'à la fin des années cinquante, la mortalité en Polynésie française était surtout le fait de pathologies infectieuses où les épidémies tenaient une large part. Des années soixante date l'apparition d'une morbidité nouvelle : les états pathologiques de surcharge, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs ainsi que les décès par traumatismes et empoisonnements vont prendre le dessus dans les causes de mortalité face à une incidence des maladies infectieuses qui diminue progressivement.

La récurrence des épidémies de dengue depuis plusieurs décennies et l'émergence du virus Zika et du Chikunguya dans la région du Pacifique ont été les principaux enjeux infectieux de ce début de XXI^{ème} siècle. Le virus Zika ne circule plus en Polynésie française car la grande majorité de la population a été immunisée depuis la dernière épidémie en 2013-2014.

Actuellement, les infections à transmission vectorielle restent difficilement contrôlables en milieu tropical : les épidémies de leptospirose et de dengue sont encore mal maîtrisées. La régression de l'endémie filarienne ne permet pas encore d'envisager une interruption des campagnes de prévention dans certaines zones du territoire (Marquises Sud et Île Sous le Vent). En revanche, le territoire résiste assez bien à la pandémie d'infection par le VIH et l'incidence de la tuberculose a connu une diminution spectaculaire ces cinquante dernières années, bien qu'elle reste encore 2,7 fois plus élevée qu'en métropole (15).

Par ailleurs, la très bonne couverture vaccinale des enfants en Polynésie française a permis une quasi disparition de la majorité des maladies concernées. De la même façon, la vaccination contre la grippe des groupes à risque est en place et fonctionne grâce à des campagnes de prévention efficaces.

Les maladies infectieuses ont longtemps été la principale cause de mortalité en Polynésie française. Mais l'évolution de ces maladies est plutôt satisfaisante, résultant à la fois de l'amélioration des conditions de vie, d'un meilleur accès à des soins de qualité et enfin des programmes de prévention (vaccination, dépistage, traitement préventif, modification de comportements...) notamment spécifiques à la Polynésie (tuberculose, VIH, filariose, Rhumatisme Articulaire Aigu) (16).

3) Système de santé en Polynésie française

Le premier service de santé naît consécutivement à la signature du protectorat de 1842 qui place la Polynésie française dans les Établissements français de l'Océanie. Des infrastructures médicales naissent peu à peu, encadrées par les personnels de navires militaires ; et notamment l'hôpital de Papeete voit le jour mais la patientèle reste essentiellement Européenne. Même si les autochtones contractent des maladies importées par les Européens, aucune démarche de soins ne sera mise en place pendant le premier siècle de présence Européenne. L'accès à l'hôpital pour les Polynésiens se fait « grâce » à une épidémie de syphilis qui atteint rapidement les Polynésiennes puis les Polynésiens (17). Le premier dispensaire pour le traitement des maladies vénériennes ouvre en 1854.

C'est à partir de l'annexion de 1880 que va progressivement se structurer un service de soins. C'est alors que naît un nouvel hôpital colonial, un centre médical à Raiatea (Îles Sous le Vent) et aux Marquises et que naît une léproserie réservée aux patients polynésiens.

De 1918 à 1939, il existe un développement et une extension géographique du service de santé. Des médecins et infirmiers sont installés dans les îles les plus peuplées et des tournées médicales dans les atolls des archipels sont peu à peu organisées.

Les infirmiers, souvent issus de la culture polynésienne, se voient parfois confier la tâche d'assurer la permanence sanitaire sans médecin sur certaines îles lointaines. Polynésiens eux-mêmes, et à ce titre mieux compris sinon mieux acceptés, ils ont ainsi assuré la diffusion des soins et la promotion de la médecine en luttant contre des préjugés et des pratiques mal assurées (18).

A la fin des années 90, l'offre de soins est inégale, et concentrée sur Tahiti, mais des efforts sont faits pour amener la santé au plus près des patients (postes de secours, infirmeries, consultations spécialisées décentralisées). Le développement du secteur privé permet une offre de soins comparable à celle des pays les plus développés mais pour la seule île de Tahiti. La multiplication du nombre de lits sur ces 30 dernières années permet de faire de l'hôpital territorial un centre vers lequel convergent les patients des archipels éloignés par le biais des EVASAN. La fréquence du recours aux EVASAN est inversement proportionnelle aux moyens (hôpitaux, lits d'hospitalisation, personnels, équipements) disponibles sur l'île où vit le patient.

L'immense dispersion géographique des îles et des populations de la Polynésie française induit des stratégies innovantes et adaptées aux besoins des patients. A l'heure actuelle, le système de soins polynésien repose sur :

- Un niveau de proximité immédiate porté quasi exclusivement par le secteur public aux Australes, Marquises et Tuamotu-Gambier, et par les secteurs public et libéral aux Îles du Vent et Îles Sous le Vent. Il inclut les soins de santé primaires et les équipements permettant la prise en charge du patient dans l'attente d'un transfert vers un niveau supérieur;
- Un niveau de proximité renforcée répondant aux besoins d'hospitalisation des patients (un hôpital à Taravao, un à Moorea, un à Raiatea et un aux Marquises) ;
- Un niveau territorial assurant des activités de soins spécialisés : le Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF) basé à Tahiti. Trois cliniques privées et les professionnels libéraux complètent l'offre de soins sur Tahiti.

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

Cependant, de nos jours, la répartition géographique de l'offre de santé reste profondément déséquilibrée et celle-ci est particulièrement dégradée dans les archipels. Avec 70% de la population totale du territoire, l'île de Tahiti concentre 82% des médecins, 96 % des pharmaciens, 78% des dentistes et 85% des lits hospitaliers. A l'opposé, les Tuamotu-Gambiers où vivent 7 % de la population du territoire ne disposent que de 2 % des médecins, dentistes et infirmiers, et d'aucun lit d'hôpital (19).

Enfin, concernant la protection sociale, le premier régime de protection sociale obligatoire en Polynésie française a été mis en place en septembre 1956 lorsque la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) a été créée. La couverture sociale généralisée à toute la population a ensuite été instituée en 1994.

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

Les dépenses de santé sont financées à hauteur de 60,2 % par les cotisations salariales, versées à la CPS, de 28 % par la Polynésie française, et de manière plus marginale par les ménages (6,4 %) et l'État (2,5 %) (20).

Les situations sanitaires des trois lieux où a été effectuée notre étude sont donc très différentes : Oremu, situé sur l'île de Tahiti, bénéficie d'une offre de soin complète avec des secteurs publics et privés très développés ; Vaiare à Moorea, dispose de la présence d'un dispensaire de proximité (comprenant 12 lits d'hospitalisation, un service d'urgence et un service de consultations) ainsi que de quelques médecins et personnels paramédicaux libéraux ; enfin, Rimatara aux Australes possède un dispensaire tenu par une équipe d'infirmiers diplômés d'Etat avec un passage d'un médecin dépêché depuis Tubuai pour des missions de quelques jours tous les trimestres.

4) *Habitus polynésien*

Médecine traditionnelle : Maladies, *ra'au tahiti* et tradipraticiens.

À côté de la médecine publique ou privée, les Polynésiens restent encore attachés, pour partie, aux soins de médecine traditionnelle. Mais, bien que leur importance réelle dans la consommation médicale actuelle soit impossible à chiffrer, il est certain qu'ils comptent encore beaucoup, aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine.

Dans la médecine traditionnelle polynésienne, les maladies se classent selon deux catégories : les maladies naturelles ou maladies du corps, liées à un dysfonctionnement d'organe ; et les maladies causées par des esprits ou d'autres explications surnaturelles, dont l'origine est liée le plus souvent à l'infraction d'un interdit ou à la négligence dans les relations sociales ou familiales. La reconnaissance de la transgression et la réparation de l'offense, qui peut parfois remonter aux générations précédentes, font partie du traitement.

Ces dernières croyances se distribuent dans la population selon un gradient générationnel, les jeunes ayant plutôt tendance à abandonner ces concepts, phénomène qu'il faut rapprocher de l'acculturation présente sur le territoire.

Les massages et les *ra'au tahiti* (pharmacopée traditionnelle polynésienne) sont les deux principaux pans de la médecine traditionnelle. Les massages ont une grande importance dans la culture polynésienne. Ils sont soit préventifs et pratiqués de manière familiale, soit thérapeutiques et pratiqués par des spécialistes. Les massages familiaux sont pratiqués dès la naissance par la mère et sont effectués avec du monoï qui a des propriétés médicinales propres. La technique en est très codifiée. Les bains à base de décoctions de feuilles sont extrêmement pratiqués (17).

Les *ra'au tahiti* sont les remèdes traditionnels, leur omniprésence dans la vie des patients est un fait. Ils sont profondément ancrés dans la culture polynésienne. Ils utilisent une large pharmacopée à partir des ressources locales autochtones (plantes, substances animales et minérales).

Les *ra'au tahiti* sont le plus souvent utilisés comme méthode de premier recours. Leurs recettes sont souvent enrobées d'un secret qui rend leurs divulgations difficiles, la transmission familiale des recettes est la règle. La préparation des traitements nécessite parfois que le patient apporte certains ingrédients qu'il sera allé chercher à un moment précis de la journée et à une localisation géographique précise.

Les personnes qui préparent les *ra'au tahiti* sont appelés *tahu'a ra'au*, qui peut correspondre à la traduction de tradipraticien. Chez le *tahu'a*, la capacité de soigner, ou de préparer les médicaments est un don, ce n'est pas un choix. La transmission héréditaire de ce don est la plus fréquente, via les anciens qui le livrent sur leur lit de mort ou en rêve.

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

Cette pensée, même si elle est minoritaire aujourd'hui, est la preuve que la compréhension de la maladie et de la médecine ne pouvait se faire autrefois sans l'irruption du surnaturel dans la santé (13). Il existe également une intrication entre médecine traditionnelle et religion. Pour les

tradipraticiens, le pouvoir des plantes est un don du Seigneur. Les préparations sont souvent associées à des prières issues de la Bible.

Les soins sont traditionnellement gratuits, le don en nature est le système de rétribution classique. Aujourd'hui les Polynésiens ont recours aux *ra'au tahiti* par un connaisseur qui fait le plus souvent partie de la famille ou qui est un ami. La prise de décision polynésienne est une affaire de famille : souvent, les patients réfèrent aux parents ou grands-parents pour décider en matière de santé. L'orientation vers les *ra'au tahiti* ou le système biomédical est prise de manière collective.

Le système traditionnel est encore considéré par les Polynésiens car il est pourvoyeur de repères culturels. Malgré l'efficacité de la médecine occidentale (que dans certains domaines, personne ne conteste), la tendance est de se tourner en priorité vers le *tahu'a* qui connaît la famille, parle le même langage, fait partie de la communauté et dont la confiance est instinctive (17). De son côté, le système biomédical est perçu comme le système de deuxième recours. Il est utilisé pour les situations graves ou pour les problématiques urgentes. Les prises en charges sont centrées sur le ou les organes défectueux. La plupart des soignants sont occidentaux et s'expriment en français.

Au total, les patients ont une gestion pragmatique de leur santé. Leur logique est de ne pas se rallier à une médecine de manière définitive et absolue mais bien d'osciller entre différentes méthodes (21). Si la médecine tahitienne n'a pas disparu, c'est certes en raison de l'attachement des tahitiens à leurs médicaments et à la vision du monde associée à leur médecine, mais c'est aussi à cause de leur méfiance vis à vis de la médecine occidentale, méfiance qui n'a pas totalement disparue aujourd'hui. Malgré la science du médecin, ses moyens modernes d'investigation et la variété des médicaments à sa disposition, la place du *tahu'a* dans la société traditionnelle ne semble pas compromise pour autant. Même si son intervention dans le domaine purement médical s'en trouve réduit, il en restera sa dimension sociale et psychologique.

Communauté, *Tavanas* et Religion.

La communauté est l'unité fondamentale de la société polynésienne, elle repose sur le concept de famille élargie. L'entraide communautaire repose sur des valeurs polynésiennes importantes, c'est un facteur de soutien social conséquent qui permet des réseaux d'entraide forts. Les Polynésiens sont très sensibles au jugement de la communauté. La coutume d'enterrement du placenta, fort pratiquée encore de nos jours, a pour but d'attacher l'enfant au *fenua*, à sa terre natale, mais également de le relier à la communauté polynésienne, y compris ses ancêtres, dont les placentas sont enterrés là. Si cette coutume n'est pas respectée, le bébé risque de tomber malade (17).

Avant la période des contacts avec les Européens, les relations hiérarchiques et statutaires étaient fortes et personnalisées dans les sociétés polynésiennes. Le chef polynésien tirait en effet son pouvoir légitime d'une hérédité prestigieuse conjuguée à des actions reconnues comme efficaces par l'opinion publique.

Dans le cadre des institutions actuelles de la Polynésie française, particulièrement complexes (deux niveaux institutionnels centraux, ceux du territoire et ceux de l'État), le maire, comme l'ancien chef polynésien, représente un incontournable point d'équilibre politique au niveau local. Il est garant de

l'harmonie et de la paix sur le territoire communal. Ses administrés attendent de lui qu'il intervienne bien au-delà de sa sphère de compétence définie par la loi.

Dans l'ensemble polynésien, la figure du *tavana* (maire) n'est pas séparable de son soubassement culturel ancien. L'autorité ayant toujours une dimension sacrée, le pouvoir du maire reste étroitement lié à la finesse de son alliance avec les autorités religieuses, même si l'on observe, à des degrés divers, une autonomisation de la sphère politique du champ religieux (22).

La particularité de la Polynésie française en matière de religion, réside dans la force extrême de l'acculturation chrétienne intervenue au XIXème siècle. Celle-ci s'est traduite par l'abandon rapide et complet du polythéisme au profit du seul Dieu Jehova, par la disparition absolue des cultes liés aux divinités ancestrales et par l'intégration de l'ensemble des autochtones dans une paroisse dépendant de l'Église chrétienne : protestante, catholique, adventiste, ou mormone. Le bien-être spirituel des Polynésiens passe par la pratique d'une religion. L'intégration dans le groupe religieux répond à l'idée de l'importance de l'esprit communautaire. Les autorités religieuses conservent une certaine aura dans la société polynésienne contemporaine. Les chefs religieux sont respectés et écoutés. Le poids local des religions demeure en effet très important dans tous les archipels. La religion continue localement à jouer un rôle politique majeur, la société polynésienne fragmentée étant dépourvue de corps intermédiaires sur le modèle français agissants comme contrepoids entre la société civile et l'État.

Les représentations culturelles polynésiennes liées à la maladie et aux soins accordent une dimension centrale à la signification sociale des maladies : la maladie est la conséquence d'un désordre dans le monde social, qui a lui-même perturbé le monde invisible. Ces représentations constituent des déterminants culturels qui renforcent le rôle des autorités politiques et religieuses dans la gestion des réponses sanitaires à l'échelle de la commune. Ceci explique que leur influence potentielle dans l'organisation et l'acceptabilité de mesures contraignantes, comme les mesures de confinement ou de couvre-feu, peut être majeure (17).

Mode de vie et phénomène d'acculturation

A la fin de la seconde guerre mondiale, la Polynésie est passée d'une économie rurale à une économie dominée par le secteur secondaire et surtout tertiaire. Cela a entraîné un changement considérable dans le mode de vie des habitants. Les salaires et les aides sociales ont permis à la majorité des habitants d'avoir accès à des habitations de type occidental, équipées de réfrigérateurs, machines à laver... Un nombre considérable de personnes dispose d'une voiture ou d'un véhicule à moteur. Mais cette aisance matérielle s'accompagne le plus souvent de dettes avec tous les soucis, parfois très lourds, qu'elles entraînent (23).

Le passage de la vie rurale à la vie urbaine a entraîné un changement profond dans les mentalités qui sont devenues plus individualistes. Il est symptomatique de voir que les personnes qui accompagnent des malades évacués des îles vers l'hôpital de Papeete réclament que leur soit construit un foyer d'accueil, car elles ne trouvent plus l'hospitalité chez leurs parents habitant Papeete. Mais en dépit d'un individualisme grandissant sous l'influence des nouveaux modes de vie, le besoin de solidarité et de vie communautaire reste très fort. Il se manifeste par exemple dans les deuils et les épreuves vécues par un membre de la communauté (24).

La culture a subi de fortes transformations, mais elle peut cependant se reconnaître dans le succès de sports locaux comme le surf ou le *va'a* (pirogue polynésienne) et dans la vitalité de l'artisanat traditionnel. Cependant, les langues polynésiennes reculent chez les jeunes et s'ils sont attirés par la danse traditionnelle, l'influence des modes vestimentaires, de la musique occidentale et même des idées « mondialistes » est très forte chez eux. Les parents se plaignent de la difficulté à transmettre des valeurs qui sont en contradiction avec les modèles que les jeunes découvrent dans les médias ou dans l'exemple de certains de leurs camarades.

Par ailleurs, l'atmosphère sociale s'est certainement dégradée dans la zone urbaine où l'on déplore les vols et le manque de sécurité ; pourtant, les relations sociales restent empreintes de cordialité. Dans cette société pluriethnique et pluriconfessionnelle, il y a beaucoup de tolérance.

L'acculturation est observable dans la plupart des domaines de la vie quotidienne des Polynésiens. Elle bouleverse le mode de vie traditionnel en redéfinissant une nouvelle organisation, de nouvelles représentations. L'influence de la culture occidentale sur la vie des Polynésiens prend une part de plus en plus importante sur leur nouveau mode de vie avec notamment l'urbanisation et la virtualisation du monde. Ce phénomène est davantage présent dans les Iles de la Société que dans les archipels éloignés qui restent encore épargnés. De nos jours, les modes de vie (habitats, structure familiale...) des Polynésiens sont divers en suivant un continuum entre le mode de vie occidentalisé et le mode de vie dit « traditionnel ».

5) L'exception vaccinale en Polynésie française

La vaccination en Polynésie française fait l'objet de textes officiels depuis 1910. Le calendrier vaccinal est régulièrement adapté en fonction de l'évolution épidémiologique des maladies à prévention vaccinale, des vaccins disponibles et des orientations générales de l'OMS. En Polynésie française, les modalités de vaccination sont définies par l'arrêté n°1349 du 19 Juillet 2019 (25). Cet arrêté ne concerne que les enfants, car il n'existe pas en 2021 de recommandations pour la vaccination des adultes en Polynésie. La vaccination fait partie des missions de prévention de la Direction de la Santé de Polynésie française, les vaccins sont administrés gratuitement dans les 163 structures de la Direction de la Santé étendues sur tout le territoire.

A l'heure actuelle, la couverture vaccinale des enfants en Polynésie française est évaluée à 95%, ce qui correspond à l'objectif attendu en santé publique pour une bonne couverture de la population générale. Cette couverture vaccinale a été en constante amélioration de 1992 jusqu'en 2012 où elle était évaluée à 97% .

Ces bons chiffres de couverture vaccinale découlent de divers facteurs.

En Polynésie française, la signature du « Carnet de grossesse, de maternité et de suivi des visites médicales de l'enfant » contribue à un bon suivi des vaccinations pendant la petite enfance. En effet, la population perçoit les allocations familiales uniquement si le carnet de grossesse est signé à chaque vaccination obligatoire de la petite enfance (26). Par ailleurs, l'inscription à l'école est soumise à la production d'un certificat de vaccinations à jour. Enfin, depuis l'instauration du principe d'obligation vaccinale, la population s'est habituée à ce principe et il y a peu de remise en cause de ce système par la population.

Toutefois, il est à noter que la couverture vaccinale est passée de 97% à 95% lors de cette dernière décennie. Cette chute de taux, même si elle est minime, est à surveiller de près car si elle persiste, la Polynésie risque d'en payer les conséquences lors d'une prochaine épidémie de maladie à prévention vaccinale.

Cela demeure un équilibre fragile comme il a été constaté lors de la dernière épidémie de rougeole aux Îles Samoa dans le Pacifique fin 2019, qui a fait 83 morts (27). Cette épidémie a eu lieu suite à un taux de vaccination particulièrement faible (à 31%) contre la Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR) secondaire à la mort de deux nourrissons à la suite de vaccination contre le ROR mal administrées. Cependant, les responsables de la santé affirment que les taux de vaccination ont chuté pour des raisons multifactorielles et étaient déjà en baisse avant cet incident. La diminution de la couverture vaccinale était constatée au Samoa depuis 2013 et a été attribuée aux préoccupations croissantes concernant la sécurité des vaccins de la part des groupes anti-vaccins. Suite à l'épidémie de 2019, une campagne de vaccination de masse obligatoire a ramené le taux de couverture vaccinale à 95%.

6) Arrivée de la COVID-19 et mesures gouvernementales

Suite à la survenue d'une épidémie de cas d'infections respiratoires à SARS-CoV-2 chez des personnes ayant fréquenté un marché de la ville de Wuhan, en Chine, une alerte sanitaire a été déclarée par les autorités chinoises début janvier 2020.

Le virus se propage rapidement à travers le monde : il est détecté en France métropolitaine le 23 janvier.

Située à plus de 18 000 km de Paris, la Polynésie française subit avec un décalage temporaire l'importation de malades de la COVID-19 : le premier cas de coronavirus a été confirmé en Polynésie française le 11 mars 2020 (28).

A la suite de la confirmation de ce premier cas, le Haut commissariat de la Polynésie française décide d'activer le dispositif ORSEC (Organisation de Réponse de Sécurité Civile). Il active également le plan de mobilisation interne des hôpitaux appelé « Plan Blanc ».

Une campagne d'information sur les gestes barrières, la distanciation physique et le port du masque est mise en place.

Dès le 20 mars 2020, le gouvernement impose la fermeture des magasins non essentiels et le confinement avec un système d'attestation dérogatoire de déplacement comme en métropole. A compter du 27 mars, pour maîtriser au mieux la propagation de l'épidémie, les frontières sont fermées et les liaisons aériennes inter-îles sont suspendues. Une livraison de la grande distribution reste assurée par transport maritime.

Le confinement dans les archipels ayant porté ses fruits, un début de déconfinement est autorisé le 21 avril 2020 mais ne sera effectif sur Tahiti et Moorea qu'à la fin de la première vague épidémique le 21 mai 2020 (29).

Au mois de juin 2020, la Polynésie a connu 60 cas de coronavirus et aucun décès, le territoire ne comporte plus aucun cas de coronavirus actif. La réouverture des frontières aériennes est décidée par le gouvernement le 15 juillet devant une situation économique préoccupante face à la diminution du tourisme. Les vols commerciaux reprennent progressivement et une quatorzaine

est imposée à l'arrivée. Le 1er Août 2020, les premiers cas sont diagnostiqués, une seconde vague épidémique commence.

Un couvre-feu est instauré à Tahiti et Moorea de 21h à 4h mais les établissements de secteur tertiaire restent ouverts. Seules les discothèques et salles des fêtes sont maintenues fermées.

Cette seconde vague épidémique atteint plus durement la Polynésie. Le pic d'incidence a été recensé le 6 novembre 2020 avec 241 nouveaux cas dans la journée. Les îles les plus touchées sont Tahiti et Moorea, mais certaines îles éloignées ne connaîtront aucun cas de coronavirus, comme à Rimatara.

Au fil des mois, l'épidémie s'estompe. Malgré le faible nombre de nouveaux cas positifs en mars 2021, la COVID-19 circule toujours en Polynésie française et la vigilance est maintenue en raison de l'arrivée de nouveaux variants du virus dans le monde : les vols commerciaux sont de nouveau interrompus.

Au 8 avril 2021, la Polynésie française recense 18 643 cas et 141 décès dû au SARS CoV-2 depuis le début de l'épidémie. L'incidence des cas de coronavirus tombe à environ 20 cas/semaine. Les mesures gouvernementales sont allégées: le couvre-feu est décalé à 22h et les frontières ré-ouvrent le 1er mai 2021 (30).

La campagne de vaccination contre la COVID-19 coordonnée par la Direction de la Santé a débuté le 18 janvier par une Phase 1 qui a concerné les personnes âgées de plus de 75ans et les personnels médicaux et paramédicaux. Initialement, le seul vaccin disponible était le Pfizer-BioNTech. Le 15 mars 2021, la vaccination est élargie à toute la population de 18 ans et plus. A ce jour, la Polynésie dispose de deux vaccins pour poursuivre sa campagne de vaccination : le Pfizer-BioNTech et le Moderna. Au total, 26 674 personnes ont été vaccinées en Polynésie française en date du 8 avril 2021 (31).

7) Plan COVID-Amui et enquêtes CAP

Afin de faire face à la pandémie de COVID-19, la Polynésie française a élaboré le plan « COVID Fenua » dont l'objectif principal est de mobiliser les institutions du Pays pour gérer la circulation virale, le dépistage et l'isolement des cas de coronavirus et préparer le système de santé à l'arrivée de l'épidémie.

Mais le véritable défi de la gestion épidémique consiste à obtenir la participation des populations : la maîtrise épidémique ne peut exister sans l'implication des individus à leur propre santé. Pour ce faire, et en accord avec les recommandations de l'OMS, la Polynésie française a élaboré le plan « COVID Amui » de communication et mobilisation communautaire. Ce plan représente la réponse de la population à l'épidémie de COVID-19, en complément du plan « COVID Fenua », qui lui représente la réponse institutionnelle.

Le plan « COVID Amui » a pour objectif général d'accompagner les communautés dans l'organisation de la nouvelle manière de vivre avec la COVID-19, à travers une démarche participative des communautés. Pour ce faire, plusieurs axes stratégiques ont été définis dont l'un consiste à approfondir les connaissances sur les attitudes et pratiques adoptées par les différentes communautés, ainsi que sur les représentations et les défis rencontrés, pour appliquer les mesures et gestes nécessaires afin de faire face à la COVID-19. Cette stratégie s'appuie notamment sur des

ressources et dispositifs déjà existants (cellule de promotion de la santé de la Direction de la santé, dispositifs élaborés dans le cadre du programme de modernisation des Soins de Santé Primaires, guides sanitaires, etc.), permettant une mise en œuvre des actions et une disponibilité des supports dans des délais adaptés à la situation sanitaire actuelle.

C'est dans ce cadre qu'une première enquête de Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) a été effectuée en Août 2020 sur les représentations communautaires de la COVID-19 dans le district de Maatea, sur l'île de Moorea afin d'évaluer l'impact des mesures de lutte contre la propagation du virus dans cette population (2).

La qualité des représentations sur la COVID-19 (notion sur les mesures barrières, mode de transmission et contamination de la maladie etc...) collectées lors de cette étude a mis en exergue la bonne efficacité des moyens et des campagnes d'informations sur le sujet.

Cependant, les résultats de cette enquête ont pu mettre en évidence l'apparition d'un sentiment d'inquiétude globale et d'une méfiance de l'autre fondée sur l'obsession des microbes, majoré par l'omniprésence des informations de la sphère médiatique.

Il en est ressorti également une donnée préoccupante concernant la sur-occupation des logements et l'hébergement de personnes vulnérables dans la majorité des familles qui pourraient favoriser la propagation du virus et l'apparition de formes graves dans ces environnements. La mise en place de centre communautaires de soins garantissant la qualité de l'isolement et l'accompagnement médical des malades est apparu comme une option cohérente et efficace pour ce problème.

Cette étude a fait percevoir par ailleurs, un espoir collectif fondé sur la résilience de la population et sa capacité d'entraide communautaire. Ces résultats ont permis de mettre en avant l'enjeu du système de santé qui doit s'appliquer à proposer des modalités pour une nouvelle normalité.

Notre enquête de Connaissances, Attitudes et Pratiques concernant la vaccination contre la COVID-19 en Polynésie française est la seconde enquête qui ait eu lieu dans le cadre du plan COVID-Amui.

8) Revue de la littérature

Les enquêtes de Connaissances, Attitudes et Pratiques sont basées sur une méthodologie régulièrement utilisée en santé publique pour quantifier et mesurer un phénomène grâce à des questionnaires quantitatifs.

De nombreuses enquêtes CAP sur la vaccination ont eu lieu dans le monde, ceci afin d'évaluer les connaissances et intentions vaccinales dans l'optique de les améliorer par des actions au décours.

Concernant la vaccination contre la COVID-19, peu d'enquêtes CAP sont actuellement publiées.

Une étude française de Connaissances, Attitudes, Pratiques et préférences autour de la vaccination contre la COVID-19 des personnels de santé en France a été effectuée de décembre à février 2021 (32). Elle met en exergue que les connaissances sur la vaccination par le personnel de santé sont globalement bonnes et que les intentions vaccinales vont en s'améliorant au fil de l'étude (mais sont variables de 20 à 89% en fonction des professions). Les résultats mettent également en avant l'importance des considérations de sécurité et de balance bénéfico-risque dans la décision vaccinale des professionnels de santé.

Il serait pertinent d'étudier à l'avenir dans quelles mesures les connaissances et attitudes sont associées à l'intention vaccinale et comment elles pourraient être prises en compte pour améliorer la promotion de la vaccination contre la COVID-19 auprès de la population générale française.

Par ailleurs, de nombreuses études ont vu le jour à propos de l'intention vaccinale contre la COVID-19 montrant des disparités entre les différentes régions. Une revue de la littérature indexée dans PubMed effectuée le 25 décembre 2020 (33) analyse les résultats de 31 enquêtes sur les taux d'acceptation du vaccin contre la COVID-19 dans 33 pays différents. Les taux d'acceptation du vaccin COVID-19 les plus élevés ont été observés en Équateur (97,0%), en Malaisie (94,3%) et en Indonésie (93,3%). Cependant, les taux d'acceptation du vaccin COVID-19 les plus bas ont été observés au Koweït (23,6%), en Italie (53,7%), en Russie (54,9%), aux États-Unis (56,9%) et en France. (58,9%). De faibles taux d'acceptation du vaccin COVID-19 ont été signalés au Moyen-Orient, en Russie, en Afrique et dans plusieurs pays Européens. Cela pourrait représenter un problème majeur dans les efforts mondiaux pour contrôler la pandémie actuelle de COVID-19. Ces résultats suggèrent qu'il est nécessaire d'étudier les raisons des faibles taux d'intention vaccinale dans les pays concernés.

Sur la base du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), l'hésitation à la vaccination est le terme utilisé pour décrire : « un retard dans l'acceptation ou le refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination » (34). Des études antérieures ont montré que l'hésitation vaccinale est un phénomène courant dans le monde, avec une variabilité des raisons de refus d'acceptation du vaccin. Les raisons les plus courantes comprennent : les risques perçus par rapport aux avantages, le manque de connaissances et de sensibilisation et certaines croyances religieuses ou culturelles traditionnelles (34). Ces différentes raisons peuvent être appliquées à l'hésitation vaccinale du vaccin contre le coronavirus, comme le révèlent des publications récentes qui ont montré une forte corrélation entre l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 et sa sécurité perçue notamment (35).

Une étude menée en France auprès de 1942 adultes en âge de travailler (3), montre que le refus catégorique de se faire vacciner et l'hésitation à la vaccination contre la COVID-19 étaient tous deux significativement associés au sexe féminin, à l'âge (avec une relation en forme de U inversé), à un niveau d'éducation inférieur et à une faible observance des vaccinations recommandées dans le passé. Le refus catégorique de se faire vacciner était également associé à une gravité perçue plus faible de la COVID-19.

Une autre étude menée sur un échantillon de 13 426 participants sélectionnés dans 19 pays à forte charge de COVID-19 en juin 2020 (36), a évalué les variabilités d'âges, de sexes et de niveaux d'éducation avec l'acceptation des vaccins. Plusieurs tendances notables ont émergé : les femmes en France, en Allemagne, en Russie et en Suède étaient beaucoup plus susceptibles d'accepter un vaccin que les hommes dans ces pays. Les personnes plus âgées (≥ 50 ans) au Canada, en Pologne, en France, en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni étaient nettement plus favorablement disposées à la vaccination que les jeunes répondants, mais la tendance inverse est retrouvée en Chine. Des personnes très instruites en Équateur, en France, en Allemagne, en Inde et aux États-Unis ont déclaré qu'elles accepteraient un vaccin ; pour autant, des niveaux d'éducation plus élevés étaient associés à une acceptation plus faible de la vaccination au Canada, en Espagne et au Royaume-Uni.

L'hétérogénéité des volontés vaccinales en fonction des facteurs démographiques selon les pays suggère qu'il existe des raisons différentes de refus de vaccination ; et ce, probablement du fait des contextes et des cultures différentes. Cette notion devrait faire prendre conscience aux autorités de santé publique qu'il est nécessaire de cibler plus efficacement les messages de promotion des vaccins en fonction des spécificités locales.

Aucune étude a été effectuée sur les facteurs d'acceptabilité des vaccins en Polynésie française, tant sur les vaccinations obligatoires et recommandées déjà connues, que sur la vaccination contre la COVID-19. La culture polynésienne est riche et a nécessairement une incidence sur des facteurs d'acceptabilité ou de réticences face à une nouvelle vaccination. La médecine polynésienne traditionnelle, l'esprit communautaire, la forte religiosité, sont tant de facteurs qui peuvent influencer une décision et qu'il s'agit de ne pas ignorer.

II. Méthodologie

1) *Type d'étude et objectifs*

Une étude observationnelle analytique a été réalisée par des entretiens directifs via un questionnaire près établi sous le modèle d'une enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP).

Les enquêtes CAP, sous forme de questionnaires, permettent de révéler et visualiser, à l'échelle d'un territoire donné, des us et pratiques, des croyances, des comportements, des manières d'agir ou de penser.

L'objectif principal de notre étude était d'explorer les connaissances, attitudes et pratiques de trois districts polynésiens concernant la vaccination contre la COVID-19. L'objectif secondaire de ce travail était d'évaluer les facteurs d'acceptabilité et de réticences vis à vis de cette vaccination dans le but d'adapter les messages portés par la future campagne de vaccination en Polynésie Française.

La méthodologie de cette étude est inspirée des recommandations de l'OMS Pacifique pour les enquêtes CAP COVID (37) ainsi que d'un guide de collecte de données en méthodes quantitatives, produit par Médecin du monde (38) et de la précédente enquête CAP ayant eu lieu à Maatea (2).

2) *Bibliographie*

La bibliographie a été réalisée en partie *via* les bases de données disponibles sur le portail de la bibliothèque de l'Université de Bordeaux. Le Sudoc a été utilisé pour rechercher les thèses ou publications sur le sujet de la vaccination et sur les déterminants culturels en Polynésie Française. Les bases de données PubMed et CAIRN ont été des consultées. Les termes MESH utilisés étaient « *vaccination* », « *vaccine hesitancy* », « *vaccine hesitate* » « *COVID-19* », « *Pacific Island* », « *French polynesia* », « *health knowledge, attitudes, practice* », « *pandemics* », « *medicine traditional* » et « *religion* ».

Des livres ont été empruntés à la bibliothèque universitaire de Polynésie Française dans la section « *Ethnologie et anthropologie de Polynésie française* », « *Histoire de la Polynésie française* », et « *Géographie du Pacifique Sud* ».

3) *Composition de l'équipe de recherche*

L'équipe de recherche était composée de trois investigateurs : Le Dr Antonin Roussey, médecin de l'hôpital de Moorea, le Dr Cindy Dauret, la directrice de cette thèse, et Mme Florence Bayle.

Par ailleurs, ce travail a été effectué en collaboration avec la Direction de la Santé de Polynésie Française, avec l'OMS Western Pacific et la Communauté du Pacifique.

4) *Élaboration du questionnaire*

Le questionnaire a été élaboré par le Dr Antonin Roussey et Mme Florence Bayle. Il a été établi à partir de diverses sources bibliographiques notamment OMS et de l'expérience des précédentes enquêtes CAP COVID Amui. Il est visible en Annexe n°3.

Le questionnaire débute par une introduction pour contextualiser l'étude pour le participant, lui en expliquer les modalités et obtenir son accord. Les sujets, dont le consentement est recueilli verbalement, sont informés des objectifs et des conditions de leur participation à l'étude.

Le questionnaire est anonyme. Celui-ci est composé de plusieurs sections de questions quantitatives qui explorent les différentes problématiques soulevées par l'arrivée de la COVID-19 et de la vaccination contre la COVID-19 en Polynésie française :

- Données socio-démographiques
- Connaissance attitudes et pratiques sur la COVID- 19
- Connaissances attitudes et pratiques sur le vaccin contre la COVID-19

Le questionnaire a d'abord été testé sur un petit échantillon d'une dizaine de Polynésiens pour valider le corpus lexical et favoriser la compréhension des questions par la population.

Celui-ci n'est pas traduit en *reo ma'ohi* (langue tahitienne), les équipes d'enquêteurs sont constituées pour pouvoir adapter le niveau de langage et la langue utilisée pour favoriser la compréhension des questions.

5) *Mobilisation et formation des enquêteurs*

Les enquêteurs ont été recrutés parmi les agents communaux et élus locaux de chaque district, les agents de santé et les guides sanitaires. Les guides sanitaires sont employés de la commune sous Convention d'Aide à l'Emploi ; ils participent à la réassurance de la population et ont pour mission de sensibiliser et informer dans les lieux publics, les sites touristiques, les aéroports, ports, tant la population que les professionnels et les visiteurs aux mesures barrières et aux protocoles sanitaires (39).

A Moorea et Tahiti, il s'agit des mêmes équipes qui avaient été formées et qui avaient participé aux enquêtes CAP précédentes. A Rimatara, les équipes ont été recrutées et formées pour cette étude *via* visioconférence.

Une réunion de *briefing* initiale a eu lieu pour chaque secteur avec les équipes d'enquêteurs pour vérifier la compréhension du questionnaire et reformuler les ambiguïtés. Des ateliers de jeux de rôle ont été mis en place pour s'assurer d'une bonne méthodologie sur le terrain.

En second lieu, l'enquête a été planifiée avec un calcul du nombre de journées nécessaire pour couvrir la zone d'intervention selon les disponibilités des équipes et leur nombre.

Les équipes d'enquêteurs était constituées, au minimum de deux personnes, dont une personne bilingue et une personne pour la saisie des données sur papier.

6) Constitution de l'échantillon

Sélection des quartiers

Trois quartiers ont été choisis pour participer à cette étude, archétypal de trois modes de vie différents que l'on retrouve dans trois segments de la population de la Polynésie française.

Ce sont chacun des quartiers circonscrits et facilement accessibles pour lesquels il existe une équipe de recueil facilement mobilisable sur le terrain. Ils appartiennent chacun à une île de Polynésie française, respectivement Tahiti, Moorea et Rimatara :

- Quartier Oremu de la commune de Faa'a : quartier urbain de l'agglomération de Papeete, sur l'île principale de Tahiti.



Image 1 : Photographie de Faa'a (Vue du ciel). Quartier Oremu entouré en bleu.

- District de Vaiare : quartier semi rural de l'île de Moorea, île voisine de Tahiti.



Image 2 : Photographie de Moorea (Vue du ciel). Vaiare entouré en rouge.

- Rimatara : île éloignée et rurale, de l'archipel des Australes.



Image 3 : Photographie de l'île de Rimatara (Vue du ciel)

Sélection de la population

Les populations cibles sont :

- La population polynésienne urbaine et péri-urbaine
- La population des districts des îles de la société
- La population des îles éloignées

La population source est la population de Oremu, Vaiare et Rimatara.

Cette population a été approchée par porte-à-porte par nos équipes d'enquêteurs dans les foyers situés dans les quartiers pré-définis. Les participants devaient avoir plus de 18 ans, et un seul questionnaire par foyer a été entrepris.

Avant de débiter le questionnaire, les enquêteurs ont introduit le contexte de l'étude, en ont expliqué les modalités et ont obtenu le consentement oral libre et éclairé de leurs interlocuteurs ; c'est-à-dire un consentement donné en pleine connaissance de ce que sont les principes et les objectifs de l'enquête et de ce à quoi serviront les informations recueillies. Le consentement oral est la preuve que la personne accepte de participer à l'enquête et en autorise son inclusion dans la recherche.

6) Méthodologie d'approche du terrain

Le respect des mesures barrières pendant toutes les réunions a été une priorité tout au long de cette étude.

La participation de la commune est au centre du déploiement de chaque enquête. La commune et son équipe a été aidée par les investigateurs pour planifier la mise en œuvre opérationnelle de l'étude *via* des réunions en présentiel ou en visioconférence.

Une information a été délivrée à la population par tous les moyens de communications disponibles et adaptés au contexte local pour favoriser l'accès au terrain et limiter le nombre de refus. Dans les Îles de la Société, une communication a notamment été plus intensive sur les réseaux sociaux tandis qu'à Rimatara, l'information a été diffusée par discours des élus locaux et par la paroisse.



Image 4 : Exemple d'affiche de communication sur l'enquête publiée sur le groupe Facebook de la commune de Moorea-Maiao.

Sur le terrain, les équipes d'enquêteurs se sont présentées en faisant du porte-à-porte. Un seul questionnaire par foyer était effectué. L'entretien se déroulait dans le jardin, au calme, idéalement assis, avec un masque pour les enquêteurs et l'enquêté.



Image 5 : Photographie de Mme Bayle effectuant un questionnaire en binôme avec un guide sanitaire chez une habitante de Moorea.

Le questionnaire était lu et traduit si besoin par un agent qui assurait la médiation entre le questionnaire et l'enquêté. Le second agent relevait par écrit sur questionnaire papier les réponses données. Pour chaque réponse erronée, l'enquêteur reprenait la réponse type inscrite sur le questionnaire et en validait la compréhension.

L'objectif d'administration du questionnaire était en 20-30minutes.

L'objectif de recueil de données était de 40 questionnaires par terrain d'enquête soit 120 questionnaires au total.



Image 6 : Photographie de L'équipe d'enquêteurs dont Mme Bayle faisant du porte-à-porte pour l'enquête à Moorea en janvier 2020.

7) Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été fait sur un questionnaire papier sur le terrain avec transposition des réponses *a posteriori* sur questionnaire informatique établi sur Google Forms.

Les données ont ensuite été récupérés sur un tableur Excel (extrait en Annexe n°4).

Les logiciels utilisés pour l'analyse statistique des données ont été Libre office et BiostaTGV avec réalisation d'un test du X² lorsque les effectifs sont supérieurs à 5 et d'un test de Fischer exact dans le cas contraire.

8) Aspects éthiques et réglementations

L'étude a été conduite selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et les chercheurs se sont engagés à respecter la méthodologie de référence MR-004.

Dans la mesure où cette étude ne contient que des données déclaratives en population générale, elle se situe hors du cadre de la loi Jardé de novembre 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine ; l'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) n'a donc pas été nécessaire.

III. Résultats

Les entretiens ont été effectués:

- les 16, 17 et 21 décembre 2020 à Oremu par une équipe de 12 enquêteurs.
- les 4 et 5 Janvier 2021 à Vaiare par une équipe de 6 enquêteurs.
- le 20 Janvier 2021 à Rimatara par une équipe de 16 enquêteurs.

Nous avons obtenu 40 questionnaires représentatifs de 40 foyers dans chacun des terrains d'enquête.

1) Description de la population de l'étude

a) Caractères démographiques

La population d'étude est pour majorité d'âge inférieur à 50 ans. Les enquêtés sont représentés par 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes.

Les caractéristiques de la population de l'étude sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques démographiques de la population d'étude.

Variables		Oremu	Vaiare	Rimatara	Total
Sexe (%)	Féminin	24 (60)	26 (65)	31 (77,5)	81 (67,5)
	Masculin	16 (40)	14 (35)	8 (20)	38 (31,6)
	Non renseigné	0 (0)	0 (0)	1 (2,5)	1 (0,8)
Age (%)	Entre 18-29ans	14 (35)	10 (25)	3 (7,5)	27 (22,5)
	Entre 30-39ans	8 (20)	11 (27,5)	9 (22,5)	28 (23,3)
	Entre 40-49ans	8 (20)	5 (12,5)	9 (22,5)	22 (18,3)
	Entre 50-59ans	7 (17,5)	11 (27,5)	6 (15)	24 (20)
	Entre 60-69ans	0 (0)	1 (2,5)	8 (20)	9 (7,5)
	Entre 70-79ans	3 (7,5)	1 (2,5)	5 (12,5)	9 (7,5)
	Sup à 80ans	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)
Profession (%)	Salarié	11 (27,5)	9 (22,5)	4 (10)	24 (20)
	Patenté	0 (0)	1 (2,5)	6 (15)	7 (5,8)
	Etudiant	2 (5)	4 (10)	0 (0)	6 (5)
	Artisan	0 (0)	3 (7,5)	6 (15)	9 (7,5)
	Sans emploi	21 (52,5)	17 (42,5)	11 (27,5)	31 (40,8)
	Retraité	4 (10)	3 (7,5)	11 (27,5)	18 (15)
	Autre	2 (5)	3 (7,5)	2 (5)	5 (5,8)
Dernière classe fréquentée (%)	Aucune classe	2 (5)	0 (0)	1 (2,5)	3 (2,5)
	Primaire/CJA	4 (10)	11 (27,5)	7 (17,5)	22 (18,3)
	Collège	5 (12,5)	10 (25)	13 (32,5)	28 (23,3)
	Lycée	27 (67,5)	15 (37,5)	13 (32,5)	55 (45,8)
	Université	2 (5)	4 (10)	6 (15)	12 (10)

Le niveau d'étude moyen retrouvé est faible avec une majorité de la population qui s'est arrêtée au lycée, mais il existe une forte scolarisation globale.

Sur le plan professionnel, 40% des personnes interrogées n'avaient pas d'emploi, les seconds les plus représentés étaient les salariés.

La majorité de la population parle aussi bien le français que la langue locale (*reo ma'hoi* ou *reo Rimatara*) mais un tiers préfère parler le *reo ma'hoi* (ou le *reo Rimatara*). Concernant la religion, la plus représentée est le protestantisme avec 59% des interrogés, suivi par le catholicisme avec 15% d'entre eux.

A noter que la population de Rimatara se démarque par sa prédominance féminine (77,5% des interrogés) sa moyenne d'âge plus élevée ; il s'agit d'une population de niveau d'étude supérieur (15% ont fréquenté l'Université), avec un proportion plus importante de retraités et une préférence pour l'emploi du *reo Rimatara*.

Enfin, il n'y a eu aucune infection par COVID-19 à Rimatara contrairement aux deux autres districts dans lesquels nous avons relevé un taux de contamination rapporté par les interrogés de 15%.

b) Habitus

L'utilisation des *ra'au Tahiti* reste encore prédominante, de 50% de la population interrogée à Tahiti et jusqu'à 80% à Vaiare et à Rimatara.

La croyance en la biomédecine occidentale acquiert tout de même une place non négligeable avec 62,5 % de confiance dans cette forme de médecine à Tahiti et respectivement 82,5% à Vaiare et 80% à Rimatara.

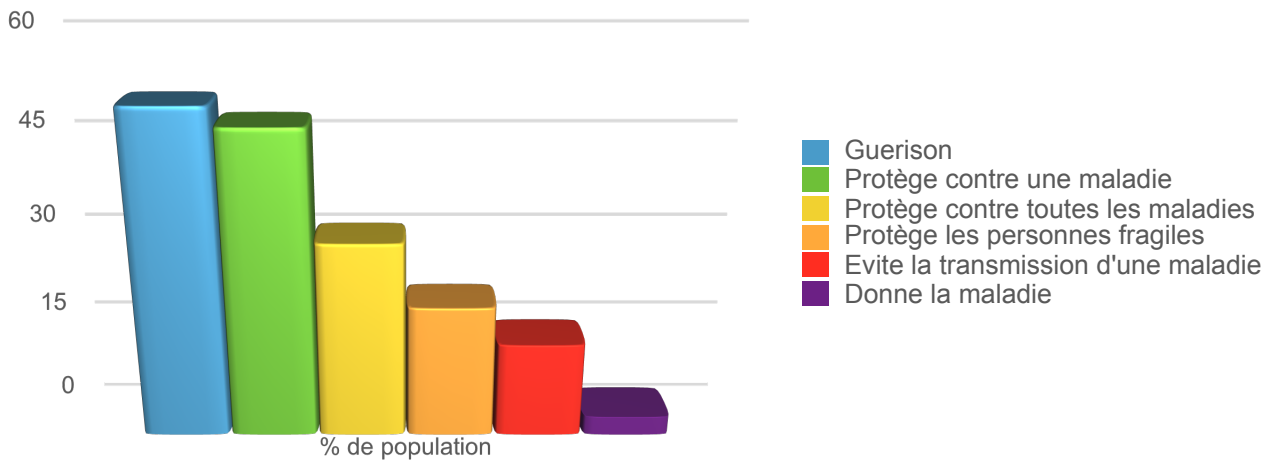
2) Connaissances, Attitudes et Pratiques

a) Connaissances de la population

Vaccination générale

La notion globale de ce qu'est un vaccin serait acquise par 78% de la population, toutes îles confondues. Cependant, il existe de nombreuses fausses idées qui circulent sur ces vaccins et notamment la moitié de la population interrogée pense qu'ils permettent de guérir des maladies. Le graphique n°1 met en exergue ces différentes croyances et leurs proportions d'adhésion par la population.

Malgré tout, 48% ont conscience que le vaccin est fait pour protéger d'une maladie en particulier, 15% savent qu'il permet d'éviter la transmission de la maladie et 21% réalisent que cela protège les personnes fragiles.

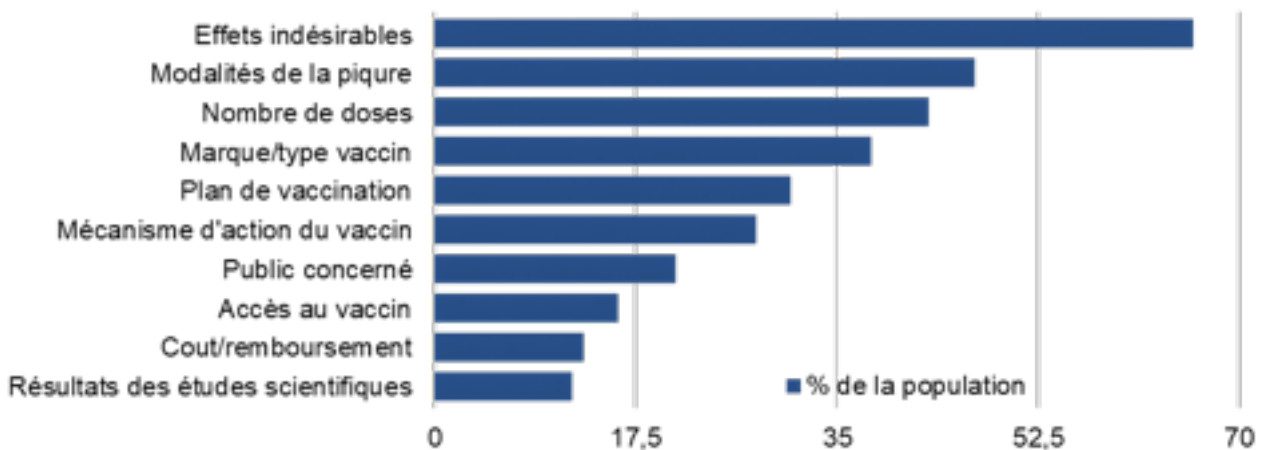


Graphique 1 : Représentation en pourcentage des principales croyances de la population d'étude sur l'utilité des vaccins.

Vaccination contre la COVID-19

L'existence d'un vaccin contre le SARS-Cov19 est déjà bien connue des populations. A Tahiti, 73% de la population interrogée en est informée, contre 83% à Moorea et 93% à Rimatara. Cependant, la population s'estime mal informée sur cette vaccination : 84% toutes îles confondues rapportent trouver ses connaissances limitées ou insuffisantes sur celle-ci.

Il existe un souhait d'information prégnant, de la part de plus de 88% de la population de l'étude, plus axé sur les effets indésirables, la piqûre et le nombre de doses nécessaires. Le graphique n°2 représente les proportions des différentes informations désirées par la population.



Graphique 2 : Représentation en pourcentage des souhaits d'information sur la vaccination contre la COVID-19 par la population d'étude.

Peu de rumeurs circulent sur cette nouvelle vaccination, notamment en ce qui concerne les rumeurs relayées par les médias internationaux comme l'affaire « Bill Gates et le tracking des individus », sur les « puces électroniques et nanotechnologies » ou des théories du complot des États. 47% de la population interrogée estime ne jamais avoir entendu de rumeurs sur ce vaccin.

Les principales rumeurs qui circulent concernent les effets secondaires (de stérilité, de mort, de perte de mémoire, d'apparition d'autisme) et sur le fait que le vaccin ait été « bâclé » ou soit inefficace.

A noter que 23% de la population interrogée à Rimatara pense qu'il peut induire un décès.

La population a été informée de ces idées-là par la TV/radio (51%), Facebook (39%) et le bouche à oreille (27%) principalement.

En règle générale, les connaissances acquises sur la vaccination par la population ont pour source la TV/radio pour 82%, suivi de Facebook pour 38% d'entre eux, et enfin *via* les professionnels de santé pour 24%.

La source d'information jugée la plus fiable par la population est la TV/radio (pour 50% d'entre eux), suivi par les professionnels de santé (pour 24%) et enfin Facebook et la Direction de la Santé (pour 10%).

En revanche, la source d'information estimée comme étant la moins fiable est pour 53% le bouche à oreille et pour 19% la TV/radio.

b) Attitudes

La majorité de la population d'étude a confiance dans la vaccination en général : 54% rapporte avoir une confiance en tous les types de vaccins et 23% à seulement certains vaccins. Le calendrier d'obligation vaccinale des enfants est accepté par 77% de la population avec des chiffres similaires dans les trois îles.

Cependant, 43% des interrogés estiment que l'obligation de se faire vacciner est une forme de privation de liberté.

88% souhaitent connaître le mode de fonctionnement d'un vaccin avant d'accepter de se faire vacciner ou de faire vacciner ses enfants.

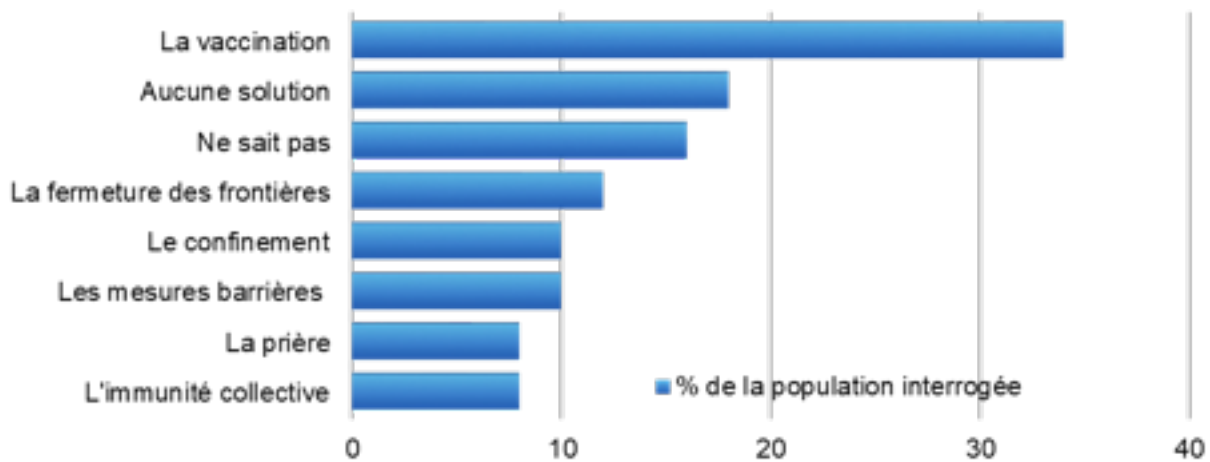
Concernant l'arrivée d'un nouveau mode de vie avec toutes les nouvelles contraintes imposées par les mesures sanitaires en Polynésie française, la plupart des Polynésiens rapportent s'habituer à ces nouvelles contraintes: 44% disent « faire avec », 24% s'habituent au changement, même si 26% rapportent que la vie est plus difficile qu'avant. A Rimatarara, c'est 86% de la population interrogée qui s'adapte et n'a pas de plaintes vis à vis de cette nouvelle situation.

La majorité des interrogés dit ne manquer de « rien » depuis l'arrivée de la pandémie de COVID-19, alors que 28% trouvent que les sorties et déplacements libres manquent, et 23% souffrent de l'empêchement des rassemblements familiaux et rencontres.

Au total, dans les trois îles, les nouvelles restrictions instaurées par les autorités sont jugées comme acceptables pour 19% de la population et inacceptables pour 13%.

Il ressort dans les pourcentages un manque de confiance important dans les autorités (jusqu'à 37% des enquêtés) avec une réponse du gouvernement face au coronavirus jugée insuffisante pour 48% des interrogés. Cette tendance se ressent d'autant plus à Tahiti (60% jugent la réponse insuffisante) que dans les îles plus éloignées (48% à Vaiare et 38% à Rimatarara).

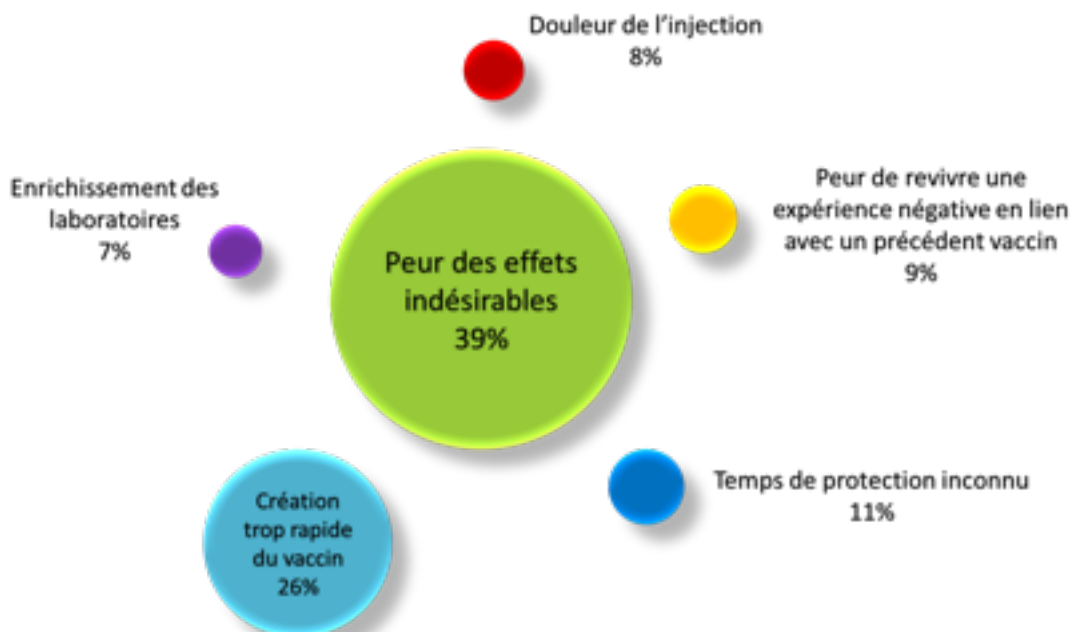
Les solutions envisagées par les populations interrogées face à la pandémie de coronavirus sont représentées dans le graphique n°3.



Graphique 3 : Représentation en pourcentage des différentes solutions envisagées par la population interrogée pour éradiquer la pandémie de la COVID-19.

La vaccination contre la COVID-19 est envisagée comme une bonne solution à Oremu et à Vaiare (pour 40 et 43% des enquêtés respectivement) tandis qu'ils sont seulement 23% à le penser à Rimatara. Sur les trois îles confondues, 35% des personnes interrogées envisagent cette vaccination comme une solution à la pandémie.

Cependant, il existe de nombreuses craintes en lien avec cette future vaccination représentées par le graphique n°4.



Graphique 4 : Représentation en pourcentage des principales craintes de la population interrogée concernant la vaccination contre la COVID-19

Pour ce qui est de l'accessibilité au vaccin, les personnes interrogées souhaitent y avoir accès en premier lieu à l'hôpital ou au dispensaire/infirmerie, puis chez leur médecin traitant et enfin, dans des lieux de rassemblements locaux.



Graphique 5 : Classement des trois lieux souhaités par la population d'étude pour avoir accès au vaccin.

Ils ont par ailleurs une idée précise sur les groupes de personnes à vacciner en priorité : la majorité veut vacciner les *matahiapo* (personnes âgées) en premier, suivi des personnes malades. Puis, ils veulent axer la priorité sur les bébés et les enfants. Enfin, un tiers estime le personnel de santé prioritaire et un quart souhaiterait voir les personnalités politiques se faire vacciner en premier.



Graphique 6 : Classement des groupes de personnes à vacciner en priorité selon la population d'étude.

Enfin, 68% de la population interrogée souhaite que le vaccin soit facultatif contre 23% qui souhaite le voir devenir obligatoire.

c) Pratiques

En pratique, 8% des enquêtés ont déjà refusé de faire un vaccin. 53% de la population interrogée a déjà été vaccinée contre la grippe. On relève peu de vécu d'effets indésirables sur des vaccinations antérieures avec seulement 6% de personnes s'en plaignant.

Au total, on note une intention vaccinale vis à vis de la vaccination contre la COVID-19 s'élevant à 66% des personnes interrogées. On peut relever une différence notable entre les Iles du Vents (Tahiti et Moorea) où l'intention vaccinale s'élève à 70% et Rimatara où elle s'élève à 58% seulement.

Les chiffres de l'intention vaccinale pour les proches sont superposables avec 72% d'intention vaccinale pour sa famille sur le total des trois districts et seulement 50% à Rimatara.

Les raisons avancées par les enquêtés pour accepter cette vaccination reposent :

- en premier lieu sur le fait qu'il les empêchera de tomber malade de la COVID-19 ;
- en second lieu sur le fait qu'il les empêchera de transmettre la maladie dans leur communauté ;
- et en troisième lieu sur le fait qu'il va permettre de protéger les plus fragiles et qu'il va permettre à leurs vies de revenir à la normale.

En revanche, en ce qui concerne les refus de vaccination contre la COVID-19, les raisons avancées pour ce refus sont :

- en premier lieu, que le vaccin peut être dangereux et provoquer des effets secondaires ;
- en second lieu, il n'y a pas de raisons particulières retrouvées ;
- en troisième lieu, la peur d'être pris pour un « cobaye » et le fait que le vaccin risque de ne pas être efficace.

Par ailleurs, il existe une tendance non négligeable à accepter cette vaccination, que ce soit pour les *matahiapo* de la communauté (68% d'avis favorable) ou pour les petits-enfants (60% d'avis favorable). Rimatara se démarque une fois de plus avec seulement 35% d'avis favorable pour la vaccination des petits-enfants.

A noter enfin que seulement 2% de la population interrogée rapporte avoir été confrontée à un professionnel de santé lui déconseillant le vaccin.

3) Analyses statistiques des résultats

Pour information, il n'a pas été fait de comparaisons des données inter îles pour la simple raison que le petit échantillonnage ne permettrait pas de créer des données pertinentes pour cette étude.

Concernant l'intention vaccinale pour la vaccination contre la COVID-19, respectivement 66% des hommes et des femmes interrogés souhaitent se faire vacciner contre la COVID-19.

Cette intention vaccinale apparaît plus importante chez les personnes plus âgées avec 100% d'intention chez les plus de 80ans et jusqu'à 89% chez les 70-79 ans contre une intention moins prégnante dans la jeune génération avec seulement 53% des 30-39 ans qui souhaitent se faire vacciner ; mais il n'a pas été retrouvé de différence significative lors de l'étude statistique (p-value à 0,39).

Nous pouvons également relever une tendance à la vaccination non statistiquement significative en lien avec le niveau d'étude : plus le niveau d'éducation s'élève et moins l'intention vaccinale est forte. 72% de ceux qui se sont arrêtés au primaire souhaitent se faire vacciner contre 58% de ceux qui ont été à l'Université (p-value à 0,65).

En s'intéressant à l'intention vaccinale selon la religion, nous relevons que 66% des protestants et 72% des catholiques (les deux religions les plus représentées) souhaitent se faire vacciner. Le pourcentage s'élève jusqu'à 85% chez les mormons et est au plus bas chez les athées avec seulement 40% d'intention vaccinale. L'intention vaccinale chez les personnes ayant une religion apparaît plus importante que chez les athées, mais de façon non statistiquement significative (p-value à 0,19).

Par ailleurs, nous avons retrouvé que 50% des personnes qui ont déjà refusé un vaccin par le passé souhaitent se faire vacciner contre la COVID-19.

Il y a seulement 33% d'intention vaccinale chez les personnes totalement opposées aux vaccins obligatoires pour les enfants contre 80% chez les personnes qui sont d'accord avec ce principe (p-value à 0,19).

Concernant la part de population utilisant la médecine traditionnelle, 67% des utilisateurs de *ra'au Tahiti* souhaitent se faire vacciner contre 61% de ceux qui ne les utilisent pas, mais cette différence n'est pas statistiquement significative (p value à 0,75).

De la même façon, 40% des utilisateurs de *ra'au Tahiti* voient le vaccin comme la solution face à la pandémie de COVID-19 contre 26% des personnes n'utilisant pas les *ra'au Tahiti* (p-value à 0,13).

Seulement 43% des personnes qui croient en la médecine occidentale voient la vaccination comme une solution à la pandémie contre 35% en population générale (p-value à 0,21).

Enfin, les personnes qui ont confiance dans les autorités du Pays sont 73% à vouloir se faire vacciner contre 66% chez ceux qui ont perdu toute confiance dans ces autorités (p-value à 0,19).

Les deux tableaux suivants représentent pour exemple la méthode utilisée pour faire les analyses statistiques.

Tableau II : Tableau de contingence représentant la distribution de la population d'étude (en nombre) selon les intentions vaccinales contre la COVID-19 et la confiance accordée dans les autorités du Pays.

	Souhait du vaccin	Refus du vaccin
Confiance dans les autorités	39	13
Absence de confiance dans les autorités	31	4

Tableau III : Tableau des effectifs attendus sous H_0 avec le test du X^2 obtenu sur le logiciel BiostatTGV à partir du tableau II.

	Y1	Y2
X1	41.839	10.161
X2	28.161	6.839

p-value : 0,19

IV. Discussion

Le coronavirus qui cause la COVID-19 a créé une pandémie dont les chercheurs espèrent qu'elle sera atténuée par le déploiement de vaccins sûrs et efficaces. Cependant, l'hésitation à la vaccination pourrait diminuer l'impact de cette mesure de protection, d'autant plus qu'environ 70% de la population a besoin d'une immunité naturelle ou vaccinale pour lutter contre une pandémie (40). Notre enquête a tenté d'entraîner les comportements des Polynésiens vis à vis de la vaccination contre la COVID-19 et d'en comprendre leurs fondements.

Il est important de préciser que, n'ayant pas retrouvé de résultats statistiquement significatifs dans cette étude, les résultats obtenus sont à interpréter comme des tendances, des ouvertures, des possibilités de réponses amenant une réflexion sur le sujet mais ne peuvent être considérés comme des vérités.

1) Analyse des données et confrontation à la littérature

Une revue de la littérature effectuée en décembre 2020 à partir d'articles publiés dans PubMed (33) met en évidence une grande variabilité des taux d'acceptation du vaccin contre la COVID-19 dans le monde : un nombre important d'études ont rapporté des taux d'acceptation du vaccin inférieurs à 60%, ce qui poserait un problème sérieux pour les efforts de contrôle de la pandémie actuelle de COVID-19. La France fait partie des pays avec un taux d'acceptation les plus bas avec 58,9% d'acceptation vaccinale. Le résultat en France peut être considéré sous l'angle d'un manque de confiance dans la sécurité des vaccins, une telle attitude négative ayant déjà été signalée lors d'une précédente étude de grande envergure sur la vaccination en 2006 (41).

L'enquête CAP que nous avons menée en Polynésie Française a montré pour sa part un taux d'intention vaccinale à 66% au mois de janvier 2021. Ce taux, supérieur au chiffre que l'on retrouve en métropole à la même période, est encourageant quant à la réussite d'une campagne de vaccination et nous pouvons considérer plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat qui dénote par rapport à la métropole.

a) Facteurs d'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19

Confiance acquise dans la vaccination

Comme précédemment explicité, la couverture vaccinale infantile est exceptionnellement satisfaisante en Polynésie française, avec un taux supérieur à 95% : la vaccination semble donc rester une mesure de santé publique largement acceptée par la population. Nous retrouvons dans notre étude une confiance dans les vaccins obligatoires pour les enfants puisque 77% de la population les approuvent. Nous avons également retrouvé que les antécédents de refus vaccinal étaient rares dans la population étudiée. Ces notions peuvent rassurer quant à la capacité d'acceptation de la population d'un nouveau vaccin. En effet, comme suspecté, l'intention vaccinale pour la COVID-19 est plus importante et monte jusqu'à 80% chez les Polynésiens qui sont d'accord avec le principe des obligations vaccinales chez les enfants.

Cependant, la confiance acquise dans les vaccins par la population polynésienne ne peut être prise pour acquise. On note déjà une baisse lors de cette dernière décennie du taux de couverture vaccinale en Polynésie française puisqu'il est passé de 97% à 95%.

Dans le monde, de nombreuses flambées récentes de maladies évitables par la vaccination ont été liées à des communautés sous-vaccinées ou non vaccinées. Comme ce fut le cas aux Îles Samoa dans le Pacifique en décembre 2019 où une épidémie de rougeole a fait ravage, suite à une chute du taux de couverture vaccinale contre la rougeole (27). La réémergence de maladies évitables par la vaccination, en particulier la rougeole, est devenue un problème critique et a conduit l'OMS à classer l'hésitation à la vaccination parmi les 10 principales menaces sanitaires mondiales en 2019 (42).

Ces phénomènes s'expliquent en grande partie par le développement de mouvements anti-vaccins qui se répandent à travers le monde.

Faiblesse des mouvements anti-vaccins

L'opposition aux vaccins n'est pas un événement nouveau et est apparue peu après l'introduction du vaccin antivariolique à la fin du 18^e siècle. Ces phénomènes sont aussi anciens que la vaccination existe et ne disparaîtront probablement pas. Les croyances et les arguments des mouvements anti-vaccins sont restés inchangés au cours des deux derniers siècles, mais ont pris de l'ampleur au cours des 20 dernières années avec l'arrivée de nouveaux médias sociaux qui ont facilité la propagation d'informations contre les vaccins. Ils sont devenus un outil de diffusion de la désinformation, avec des groupes exploitant les sentiments anti-vaccins et anti-science et promouvant les théories du complot (43). Avec le développement d'internet, ils prennent de l'ampleur et ont le potentiel d'atteindre et d'influencer de plus en plus de patients.

Dès le début de l'épidémie de coronavirus, la communauté scientifique a été averti que le mouvement anti-vaccin croissant pourrait fragiliser le déploiement de tout futur vaccin contre la COVID-19. Le Center for Countering Digital Hate (CCDH), une organisation non gouvernementale à but non lucratif qui cherche à lutter contre la désinformation en ligne, a mené une enquête qui a révélé que les personnes qui comptaient sur les médias sociaux pour obtenir des informations sur la pandémie étaient plus hésitantes à propos du vaccin potentiel. L'OMS a mis en garde contre une infodémie de fausses informations sur la propagation du COVID-19 en ligne (44).

Avec un accès aux médias et notamment aux réseaux sociaux grandissant en Polynésie française et une jeune génération qui s'occidentalise, ces idéologies anti-vaccin risquent de prendre de l'envergure en Polynésie et de mettre en péril l'acceptation de nouveaux vaccins par l'instauration d'une forme de méfiance vis à vis de ceux-ci.

En effet, nous avons retrouvé dans notre étude que les médias (télévision, radio et réseaux sociaux) étaient une grande source d'information chez la population interrogée, et qu'ils étaient considérés comme des sources d'informations relativement fiables.

Cependant, nous avons pu relever que, bien que de fausses idées et rumeurs circulent quant à la sécurité du vaccin, les grandes théories du complot qui se propagent dans les médias sont peu connues de la population polynésienne.

Bien qu'une inquiétude naisse de l'accessibilité à de mauvaises sources d'information, il est cependant rassurant de s'apercevoir que les théories du complot ne se sont pas encore propagées au point d'avoir un impact en Polynésie.

Toutefois, il serait naïf de prendre cette situation pour pérenne car il est probablement inéluctable qu'elles s'insinueront sournoisement dans les consciences avec le déploiement de l'utilisation d'internet sur le territoire.

Résilience Polynésienne et confiance dans les Autorités

Nous avons trouvé par ailleurs que l'ancienne génération est plus encline à se faire vacciner que la jeune génération. Cela peut s'expliquer en partie par la présence d'une jeune génération qui subit un phénomène d'acculturation avec une plus ample connexion à internet et qui est donc plus sensible aux messages détracteurs du vaccin.

De plus, il est probable que le phénomène de confiance dans les autorités locales soit plus conséquent chez l'ancienne génération, pour des raisons culturelles.

En effet, en Polynésie française, il existe une forme d'acceptation complète voire presque de résilience de la population face aux soins qu'on lui administre. La résilience polynésienne est cette facilité à accepter et supporter de mauvaises nouvelles ou des bouleversements sous une forme d'abnégation, de résistance que l'on ne retrouve pas chez les occidentaux (21). La population est habituée à se faire vacciner sans qu'un avis lui soit demandé. Même si le concept de vaccination n'est pas forcément acquis par la population, il existe une confiance acquise en quelque chose d'installé depuis près d'un siècle. Les Polynésiens agissent conformément à une confiance installée dans les autorités locales. Ce mode de fonctionnement n'est pas sans rappeler la façon ancestrale de s'en remettre au chef du village, le *tavana*, quant aux décisions prises pour la communauté. On retrouve de nos jours une similitude dans les habitudes de la population qui accorde toute sa confiance, que ce soit, dans le *tahu'a* (tradipraticien), le *taote* (médecin), son *tavana* ou en l'autorité religieuse (17).

C'est probablement dans cette optique là que la population interrogée lors de notre enquête a réclamé que les leaders locaux se fassent vacciner en premiers. L'idée est qu'ils donnent confiance à la population par un acte fort de signification puisqu'ils donneront l'exemple pour la communauté.

Toutefois, cette forme d'abnégation polynésienne n'empêche pas la population d'exprimer une insatisfaction concernant la prise en charge de la crise sanitaire par les autorités polynésiennes. Dans notre étude, nous avons retrouvé un pourcentage inédit et préoccupant de 37% des enquêtés qui estimaient ne plus avoir confiance dans les autorités et 48% qui trouvaient les réponses du gouvernements insuffisantes face à cette crise sanitaire. La confiance acquise perd du terrain et des doutes émergent au sein de la population quant aux capacités des leaders à s'assurer de la sécurité de la communauté.

Dans une étude effectuée en Juin 2020 sur l'acceptation potentielle d'un vaccin COVID-19 chez 13 426 personnes sélectionnées au hasard dans 19 pays, il est retrouvé que les taux d'acceptation des vaccins relativement élevés sont attribués à une forte confiance dans les gouvernements (45). De plus, une étude CAP effectuée dans les pays francophones sur l'acceptation du vaccin contre la COVID-19, met en évidence que la méfiance envers le ministère de la santé pour assurer la sécurité des vaccins, était le deuxième facteur fortement associé à une acceptation plus faible des vaccins contre la COVID-19 (46).

Cette perte de confiance envers les autorités que l'on met nouvellement en évidence en Polynésie française est donc à prendre en considération car elle peut potentiellement mettre à mal la campagne de vaccination. Il est clair qu'une politique transparente et fondée sur des données

factuelles et une communication claire et précise amélioreraient l'adhérence de la population à ce projet de vaccination.

Cependant, bien que notre étude révèle une nouvelle défiance de la population vis à vis des dirigeants, celle-ci n'entache pas la confiance qu'elle accorde dans les structures médicales. En effet, l'hôpital et le cabinet du médecin sont les deux premiers lieux où les personnes interrogées dans cette étude souhaitent se faire vacciner.

Par ailleurs, nous retrouvons aussi une forme de résilience chez les Polynésiens dans leur manière d'aborder la nouvelle façon de vivre avec la COVID-19. La plupart des personnes interrogées disent s'habituer et faire avec ce nouveau quotidien. Il y a peu de plaintes rapportées face aux contraintes imposées par les mesures sanitaires. Cette capacité à accepter ces changements est probablement en lien avec un mode de fonctionnement ancré dans la culture polynésienne. Cette adaptabilité de la population face à ce nouveau mode de vie d'une part, mais aussi face aux soins qu'on lui administre, d'autre part, peut être considérée comme un facteur d'acceptabilité basé sur des déterminants culturels pour l'arrivée de nouvelles thérapeutiques comme le vaccin contre la COVID-19.

Compatibilité avec la médecine traditionnelle

Un autre élément culturel fort qui prend une grande part dans le monde polynésien est le soin médical traditionnel. La présence de la médecine traditionnelle ne paraît pas être un frein à l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 comme nous en avons fait l'hypothèse. Au contraire, nous avons retrouvé dans les résultats que les utilisateurs de *ra'au Tahiti* étaient non seulement plus enclins à se faire vacciner, mais voyaient également pour une grande partie, la vaccination comme la solution face à la pandémie de COVID-19. Nous retrouvons ici l'idée que les Polynésiens utilisent les outils médicaux à leur disposition, que ce soit tant la médecine traditionnelle que la biomédecine (21). Nous avons même trouvé que l'adhésion au vaccin apparaissait plus importante chez les utilisateurs de *ra'au Tahiti* que chez les adeptes de la biomédecine.

La compatibilité de la médecine traditionnelle et du vaccin contre la COVID-19 en Polynésie française n'est pas surprenante si l'on se réfère au modèle culturel polynésien. Il en est différemment dans d'autres endroits du monde. Dans une étude effectuée en Malaisie en 2019 sur les facteurs d'hésitation vaccinale, il est retrouvé que l'utilisation des médecines traditionnelles et alternatives contribuent au refus de se faire vacciner (47). Une autre étude ayant eu lieu en Zambie en 2016, met en évidence que les remèdes traditionnels, la consommation d'alcool et les croyances religieuses sont des facteurs d'hésitation à la vaccination, probablement renforcés par un arrière-plan de méfiance à l'égard de la médecine occidentale (48).

Il en est autrement en Polynésie française, où la médecine traditionnelle, bien qu'elle prenne une grande part dans les soins utilisés, ne semble pas être incompatible avec l'acceptation de nouvelles thérapeutiques comme un vaccin.

Compatibilité avec les religions

De la même façon, la religion n'apparaît pas, dans la population étudiée, comme étant un frein à la vaccination contre la COVID-19 comme nous en avons fait l'hypothèse.

En effet, il apparaît dans des études scientifiques que la religiosité est un puissant prédicteur des croyances anti-vaccinales. Pour exemple, dans la communauté musulmane, le vaccin COVID-19 a été décrit comme un complot occidental pour stériliser les femmes musulmanes (49). Dans une enquête faite aux États-Unis sur 502 participants en mars 2020 sur le rôle de la religion dans l'intention vaccinale (50), il est retrouvé que la religiosité était associée de manière significative et négative à l'intention vaccinale contre la COVID-19.

Toutefois, dans notre étude, les intentions vaccinales chez les protestants et catholiques, qui représentent la majorité de la population, sont similaires au pourcentage retrouvé en population générale. Cette dernière donnée, rassurante quant à l'impact de la religion dans l'acceptation du vaccin en Polynésie française, nous permet d'envisager que la religion n'est pas un facteur de réticence au vaccin contre lequel il faudrait engager une lutte.

La mise en place d'une collaboration avec les institutions religieuses peut même influencer l'adoption du vaccin COVID-19 comme il a été suggéré dans différentes études (51,52).

Respect et protection des matahiapo

Un autre déterminant culturel pouvant favoriser l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 est le respect des anciens, encore prégnants dans les familles polynésiennes, bien qu'il ait tendance à s'effiloche avec le changement des modes de vie (13,21).

De manière globale, le processus décisionnel est une affaire de famille dans la culture polynésienne, notamment en affaire de santé. Cette approche de responsabilité collective est d'autant plus vraie pour la santé des *matahiapo*, qui relève de la responsabilité des plus jeunes (53). Dans notre étude, ce sont les *matahiapo* que la population souhaite voir vaccinés en premier. Les Polynésiens souhaitent non seulement protéger leur communauté mais par-dessus tout, les anciens. Cette envie de les préserver d'une maladie comme la COVID-19 peut probablement favoriser l'acceptation d'un vaccin au sein de la population générale.

b) Facteurs de réticences à la vaccination contre la COVID-19

En revanche, nous avons pu grâce à cette étude, relever des facteurs pouvant avoir une mauvaise influence sur l'acceptation du vaccin.

Manque de connaissance sur le vaccin et insécurité perçue

Les connaissances de la population polynésienne, que ce soit sur la COVID-19 (2), sur la vaccination en général ou sur la vaccination contre la COVID-19 sont relativement faibles, comme nous avons pu le voir à travers cette enquête. La population interrogée paraît être mal informée et avoir assimilée de fausses croyances sur le vaccin. Ceci peut à terme induire de la méfiance vis à vis de cette nouvelle thérapeutique. Des études antérieures ont montré que parmi les facteurs d'hésitation vaccinale se trouvait le manque de connaissance et de sensibilisation sur la vaccination en premier lieu (54,55). Il apparaît donc clair qu'une bonne communication sur le vaccin peut améliorer son acceptation.

Dans notre étude, les principales inquiétudes concernant ce nouveau vaccin portent sur sa sécurité et notamment ses effets secondaires ou son inefficacité. Il existe une crainte en lien avec la

fabrication trop rapide du vaccin. Par ailleurs, l'idée d'être utilisé comme « cobaye » par le système de santé circule au sein de la population interrogée.

En octobre et novembre 2020, une enquête CAP sur la vaccination contre la COVID-19 a été effectuée auprès de 2678 agents de santé impliqués dans la vaccination de la population générale en France, en Belgique francophone et au Québec (46). Cette enquête a révélé que le facteur principal associé à une forte acceptation de la vaccination était sa sécurité perçue devant notamment l'urgence de sa création. La réplique de ce résultat dans des analyses séparées pour chaque pays suggère que ces résultats sont solides. La perception selon laquelle les vaccins développés dans une situation d'urgence ne peuvent être garantis sûrs, semble jouer un rôle important dans l'acceptation des vaccins contre la COVID-19.

En revanche, la population polynésienne interrogée dans notre étude rapporte un grand souhait d'obtenir des informations sur cette vaccination. 88% veulent être informés avant d'accepter le vaccin. Ce souhait d'en savoir davantage est un bon espoir que la campagne d'information sera bien reçue par la population. Les Polynésiens ont besoin d'être mis en confiance, d'être sensibilisés à cette nouvelle thérapeutique.

Barrière de la langue

Un possible frein à cette campagne, qu'il est nécessaire de prendre en compte, est le risque de barrière de la langue. En effet, le *reo Ma'ohi* véhicule pour les Polynésiens, dont c'est la langue maternelle, plus de sens que la langue d'adoption, à travers des concepts familiers et intelligibles. Il existe cependant une grande différence de la maîtrise du *reo* entre les anciens et les plus jeunes. La méconnaissance du *reo* par les soignants est un obstacle pour la bonne compréhension de l'information médicale. Elle participe également à la diminution de la littératie en santé. Cette dernière donnée est une préoccupation connue de la Direction de la Santé qui lutte déjà contre dans ses différentes actions (53).

Dans notre étude, la plupart des enquêtés rapportent maîtriser le français, sauf à Rimatara où la langue vernaculaire prend une plus grande part. Il s'agit donc d'être attentifs à transmettre des informations sur la vaccination contre la COVID-19 dans les deux langues utilisées, sans quoi une partie de la population risque de ne pas être bien informée, et de fausses idées risquent de persister dans les consciences, altérant l'acceptation du vaccin.

Manque de perception du risque

Nous avons pu relever dans notre étude qu'il semble exister un moindre engouement pour la vaccination contre la COVID-19 à Rimatara. Il y a sur l'île un bon vécu de cette crise pandémique avec une tolérance plus grande des changements dus aux mesures sanitaires (qui ont été moindres que dans les Îles de la Société). La population interrogée à Rimatara est plus sereine face à l'épidémie de coronavirus, qui ne l'a pas touchée directement. Ces dernières constatations peuvent expliquer pourquoi la population présente un moindre souhait de vaccination, l'impact de la pandémie de COVID-19 ayant été peu ressenti aux Australes.

Une étude sur 1072 participants américains ayant eu lieu en octobre 2020 a montré que la vulnérabilité perçue au COVID-19 était le prédicteur le plus fort de l'intention de se faire vacciner (56). De tels résultats suggèrent que le fait de faire prendre la mesure de la vulnérabilité vis à vis de la COVID-19 à la population pourrait améliorer l'intention vaccinale à Rimatara.

Notre étude de Connaissances, Attitudes et Pratiques au sein de la population polynésienne a pu nous faire prendre conscience des lacunes de la population en matière de connaissances sur la vaccination contre la COVID-19 et du danger que cela pouvait représenter quant à l'acceptation de la vaccination. Ces dernières données sont appuyées par les résultats retrouvés dans d'autres études sur le sujet ailleurs dans le monde. Cependant, les Polynésiens tendent tout de même à accepter ce nouveau vaccin, notamment en raison de déterminants culturels favorisant cette attitude, et nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir une population ouverte sur l'arrivée de nouvelles thérapeutiques. Il s'agit toutefois de maintenir, voire d'améliorer, cette intention vaccinale par une communication et une sensibilisation adaptée au contexte local sur la vaccination contre la COVID-19.

2) Les forces et les limites

a) Les forces

L'étude que nous avons menée en Polynésie française sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 revêt un caractère exceptionnel puisqu'il s'agit d'une des premières enquêtes de type CAP concernant la santé faite en population générale sur le territoire. Il s'agit donc d'entretiens inédits avec une population, à qui on demande pour la première fois de donner son avis sur ce qui impacte sa santé.

Le format de cette étude CAP sous la forme d'une enquête quantitative permet de produire des données qui permettent d'orienter la réponse sanitaire face à l'arrivée du plan de vaccination contre la COVID-19 d'une part ; mais elle est aussi l'occasion d'un travail de proximité d'écoute et d'information de la population en amont. Il s'agit de rendre la population actrice de ses besoins en informations.

Notre enquête a été menée sur trois terrains différents, représentatifs de la variété insulaire polynésienne. Le secteur de Oremu, à Tahiti, représente la partie la plus urbaine de Polynésie française ; Vaiare, un district de Moorea est archétypal de l'organisation insulaire polynésienne des districts des Îles du Vent et des Îles Sous le Vent, que l'on peut qualifier d'«intermédiaire» ; et enfin, Rimatara représente les microsociétés isolées des atolls ou des îles éloignées. Cette étude englobe ainsi les variabilités territoriales de Polynésie française qui sont majeures et importantes à prendre en compte.

Nous avons limité le périmètre de l'étude dans des zones restreintes et bien définies afin de rencontrer chacune des familles qui y vit et ainsi obtenir des résultats qui reflètent la diversité du district polynésien. La petite taille des agglomérations nous permet d'avoir un recueil de données exhaustif explorant chacun des foyers qui la compose.

L'aspect communautaire (recueil de données sur le terrain, proximité, en *reo mā'ohi*) de cette étude est un point fort pour permettre de se rapprocher de la réalité de la vie des districts polynésiens.

L'ajout de la proposition « autre » dans le questionnaire avec des espaces pour la collecte d'informations brutes pour certaines questions, a permis de relever des réponses auxquels nous

n'avions pas pensé, au plus près des préoccupations de la population. Nous avons notamment rajouté la proposition « hommes politiques » dans la question sur les personnes à vacciner en priorité dans le questionnaire pour Rimatara car elle avait été suggérée de nombreuses fois sur les autres terrains d'enquête. Cela constitue un biais de mesure car la proposition n'a pas été proposée dans tous les terrains d'enquête mais l'impact de ce biais est limité par le fait qu'il n'y a pas eu d'analyse statistique inter-îles.

Le fait d'avoir pu tester le questionnaire en amont sur un échantillonnage de Polynésiens nous a permis de modifier et d'adapter le vocabulaire des questions avant de débiter l'enquête afin de favoriser au mieux la compréhension de l'échange entre les enquêteurs et l'enquêté.

Nous avons pu favoriser l'accès au terrain pour les enquêteurs et limiter le nombre de refus de participation grâce à un travail préliminaire d'approche du terrain réalisé par l'équipe d'enquête en amont de celle-ci : une information a été délivrée à la population sur tous les moyens de communications disponibles et adaptés au contexte local (rencontre avec les responsables religieux, les élus communaux et leaders locaux, campagne de communication sur les réseaux sociaux...).

b) Les limites

La petite taille de l'échantillon est une limite assumée de l'étude. La méthode d'investigation de proximité ne permettait pas un recueil rapide pour recueillir les données d'un grand nombre d'habitants. Ainsi, l'interprétation des résultats ne peut pas être extrapolée à la totalité de territoire polynésien du fait de ce petit échantillonnage. De la même façon, les résultats ne peuvent être comparés entre les trois terrains d'enquête.

Par conséquent, les éléments mis en évidence au cours de cette enquête seraient à approfondir sur un panel géographique plus étendu et plus représentatif de la Polynésie française de manière à affiner les résultats.

Nous avons identifié au cours de ce travail plusieurs biais. A commencer par un biais de recueil d'information *via* le questionnaire, d'une part par le vocabulaire employé et la tournure des phrases, et d'autre part, en raison de la barrière de la langue. Nous avons tenté de limiter ce biais grâce aux séances de lecture en amont avec les enquêteurs et en constituant des équipes d'enquêteurs avec des personnes bilingues. Cependant, il apparaît à la lecture de certaines réponses lors de l'analyse des données que des questions n'ont pas été comprises malgré ce travail de préparation. Les agents locaux ont pu ne pas savoir traduire ou reformuler dans les bons termes. De plus, il existe une incertitude sur les données manquantes. Nous avons pour certaines questions jusqu'à 6% de réponses « non déclarées ». La barrière de la langue pourrait être un des éléments d'explication, d'autant plus qu'il existe un nombre de réponses « non déclarées » supérieur à Rimatara, où le français est moins bien maîtrisé.

Par ailleurs, il existe de façon certaine un biais de sélection de la population. En effet, les enquêtes ont eu lieu par porte-à-porte sur des horaires ouvrables (8h-14h). Nous avons donc eu accès à la population qui est au domicile sur ces plages horaires. Nous avons par conséquent sélectionné probablement plus de personnes sans emploi. De la même façon, nous avons sélectionné une population qui a accepté de participer à une enquête concernant sa santé et notamment la vaccination, donc qui présente probablement une moindre méfiance vis à vis de la médecine occidentale.

3) Répercussions et perspectives

La finalité de cette étude est de faire émerger des réflexions autour d'une stratégie de communication et de pédagogie adaptée qui permettrait de favoriser l'efficacité du plan de vaccination mis en place pour endiguer cette pandémie mondiale.

Les résultats de ce travail vont permettre d'adapter les messages diffusés autour de la vaccination aux préoccupations directes des populations locales et de prendre en compte leurs spécificités culturelles.

A noter que les résultats de notre étude datent de décembre 2020/janvier 2021, et qu'il est à prendre en considération qu'ils ne sont plus d'actualité. En effet, la campagne de vaccination ayant débutée, de plus amples informations ont pu circuler sur la vaccination contre la COVID-19 et une enquête similaire aujourd'hui ne donnerait en conséquence pas les mêmes résultats.

Nos résultats ont été présentés en deux parties *via* des diaporamas lors de réunions en janvier et février 2021 à la Direction de la santé de Polynésie française ainsi que lors de réunions avec les agents communaux des trois terrains d'enquête. Ils ont également été communiqués à la chargée de l'information et de la communication de la Communauté du Pacifique qui les a transmis à l'OMS et l'UNICEF.

Ces résultats ont eu des applications directes et notamment celle de confirmer l'utilité des démarches fraîchement entreprises pour la campagne de vaccination par la Direction de la Santé.

Dans un premier temps, il a été décidé de médiatiser la vaccination des élus et des leaders locaux pour « montrer l'exemple », démarche que la population polynésienne a réclamé lors de nos entretiens afin d'acquiescer une confiance plus grande dans ce nouveau médicament.

Les médecins traitants ont été intégrés dans le processus de vaccination car ce sont les seconds que la population interrogée souhaitait rencontrer pour débiter une vaccination. L'équipe chargée de la campagne de vaccination de la Direction de la Santé a rédigé des fiches d'information sur la vaccination à leur intention ainsi que des protocoles de consultation pré vaccination, et des ordonnances de vaccins ont été mise à leur disposition sur le site de la Direction de la Santé.

Une autre thèse en cours, effectuée par Mr Gregory Perrault de façon contemporaine à notre étude, a évalué les Connaissances, Attitudes et Pratiques des médecins concernant la vaccination contre la COVID-19. Il en est ressorti qu'il y avait un manque d'information préoccupant chez les professionnels de santé également concernant cette vaccination. Beaucoup d'entre eux restaient sceptiques sur le vaccin et nécessitaient de plus amples informations dessus avant de pouvoir le promouvoir auprès de leur patientèle.

Au décours de ces travaux, il a été évoqué la nécessité d'une campagne interne de communication sur le vaccin auprès des professionnels de santé de Polynésie française (avec un format à définir, sous forme de visioconférences, *via* des visiteurs médicaux, *via* les syndicats...)

A l'éclairage de ces données, il est apparu nécessaire de proposer une campagne d'information fiable sur la vaccination contre la COVID-19 que ce soit autant pour les médecins généralistes que pour les infirmiers ou les guides sanitaires.

La population interrogée nous a révélé des carences en matière de connaissances sur la vaccination et un souhait prégnant d'information. Il a été décidé de tout mettre en œuvre pour leur apporter une information fiable, adaptée et accessible à tous. Des fiches d'informations ont été mise en ligne sur le site de la Direction de la Santé. Des traductions en *reo ma'ohi* ont été envisagées.

Les guides sanitaires ont été formés pour assurer une information de proximité. Celle-ci a eu lieu en sillonnant les quartiers.

Une campagne d'information *via* les grands média audio-visuels a été organisée compte tenu du fait que la majorité de la population s'informe *via* ce moyen de communication : des spots publicitaires, des témoignages de vaccinés, des interview de soignants, des vidéo TikTok ont été tournés et diffusés dans ce but.



Image 7 : Extrait d'article paru sur le groupe Facebook de la Commune de Moorea-Maiao concernant la tournée de prévention des guides sanitaires (à gauche). Extrait d'article paru sur le groupe Facebook de la commune de Moorea-Maiao avec Interview de Taote Biarez répondant à des questions sur la vaccination contre la COVID-19 (à droite).

Par ailleurs, notre étude a suggéré que les communautés religieuses n'avaient pas d'impact négatif sur l'acceptabilité du vaccin. Il est apparu dans de nombreuses études que le travail conjoint de sensibilisation de la population avec les cadres religieux pouvait avoir de l'efficacité dans une campagne de vaccination. Il paraîtrait intéressant d'instaurer un canal de communication avec les différentes communautés religieuses dans le cadre de la campagne de vaccination, ceci afin de

sensibiliser les Polynésiens au vaccin, par le biais d'une communauté dans laquelle ils accordent leur confiance.

Il est apparu nécessaire de mettre en place des actions pour favoriser l'accès à la vaccination en sollicitant les communes et les centres locaux de santé. Les enquêtés ont pour certains suggérés l'utilisation de lieux de rassemblement locaux pour accéder à la vaccination car le centre de santé ou dispensaire le plus proche n'est pas toujours facilement accessible, tant sur le plan de la distance, de la qualité de la route que sur les moyens à disposition pour se déplacer. Cette décentralisation de la vaccination atteint pour le moment ses limites en raison des modalités de conservation des vaccins qui ne permettent pas de mettre en place facilement des centres de vaccination dans tous les quartiers.

Enfin, un des points primordiaux sur lequel travailler lors de cette campagne est la lutte contre la désinformation. En effet, nous avons constaté à travers cette enquête qu'il existait beaucoup de fausses informations qui circulaient, et surtout *via* le bouche à oreille. Il a été mis en place un système de remontée de l'information *via* les guides sanitaires et les élus communaux afin de lutter contre ces fausses idées avec dans l'idéal un *fact checking* de ces informations par la cellule de communication de la plateforme COVID de la Direction de la Santé afin d'adapter la campagne d'information directement aux préoccupations des Polynésiens.

Pour terminer, une des informations les plus préoccupantes de notre enquête est le fait qu'il y ait une perte de confiance notable de la part de la population polynésienne dans les autorités du Pays. Cette nouvelle donnée n'avait pas eu de précédent. Il apparaît très important pour la cohésion communautaire, d'améliorer cette confiance. Cela passe par une transparence des démarches et un accompagnement au plus près des préoccupations de la population. Il s'agit également de valoriser les efforts fournis par la population polynésienne qui lutte contre cette épidémie depuis bientôt un an, et qui malgré les difficultés, fait face et respecte les directives du gouvernement, bien qu'elles ne soient pas toujours comprises.

A l'avenir, une étude de plus grande envergure serait nécessaire pour évaluer les actions réalisées, savoir quelles sont celles qui ont fonctionné et celles sur lesquelles les autorités de santé devraient travailler d'ores et déjà alors que la campagne de vaccination bat son plein.

Par ailleurs, devant la découverte à l'occasion de cette enquête d'une couverture et d'une volonté vaccinale qui se dégrade en Polynésie française, il s'agirait d'être extrêmement prudents et de continuer à sensibiliser la population sur l'utilité des vaccins. La pandémie en cours offre à la communauté de la santé publique une opportunité importante de développer la connaissance des vaccins et la confiance pour soutenir l'adoption d'un vaccin COVID-19 potentiel, mais aussi pour renforcer les programmes globaux de vaccination pour toutes les maladies évitables par la vaccination.

Conclusion

La pandémie de COVID-19 frappe le monde entier depuis le début de l'année 2020 avec des vagues successives de contamination ne laissant que peu de répit. L'espoir de la communauté scientifique pour mettre un terme à cette épidémie réside dans le succès de la mise en place d'un vaccin. L'évaluation des taux d'acceptation et des attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 paraît nécessaire afin de lancer des campagnes de communication adaptées aux préoccupations des populations, et indispensables pour renforcer la confiance dans les autorités sanitaires.

Dans cette étude, un manque profond de connaissances sur la vaccination a été mis en évidence dans la population polynésienne mais qui n'entache pas une attitude positive envers l'arrivée d'un nouveau vaccin avec une intention vaccinale supérieure à celle retrouvée en France métropolitaine.

Le principe général de vaccination, sans qu'il soit forcément compris, est bien accepté par les Polynésiens. Les principales craintes de la population envers cette nouvelle vaccination résident dans les possibilités d'effets secondaires. Il existe un manque de confiance lié à la création jugée trop rapide de ces vaccins mais qui n'empêche pas les Polynésiens de voir en la vaccination, la meilleure solution existante pour combattre la COVID-19.

Les facteurs d'acceptabilité de cette vaccination sont principalement en lien avec des déterminants culturels polynésiens. La compatibilité de l'utilisation d'un vaccin avec la médecine traditionnelle et la pratique d'une religion en Polynésie française sont deux éléments particulièrement positifs retrouvés dans notre étude. Que ce soit l'attachement aux anciens et à la communauté ou cette forme de résilience polynésienne face aux événements, les attitudes des Polynésiens tendent à favoriser la nouvelle venue d'un vaccin.

Toutefois, il s'agit d'être prudents face à des facteurs de réticences à la vaccination émergeant en Polynésie française : le manque de sensibilisation au sujet du vaccin contre la COVID-19, l'arrivée de fausses rumeurs détractrices sur le vaccin en lien avec l'accès grandissant aux médias, une nouvelle attitude de défiance envers les autorités, sont autant de facteurs pouvant mettre en péril le plan de vaccination.

Il reste donc un grand défi à accomplir pour les autorités sanitaires : lutter contre ces facteurs de réticences en adoptant des mesures adéquates sans oublier d'entretenir les facteurs d'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19. La confiance dans les institutions par lesquelles l'information sur les vaccins est fournie est un moteur essentiel de l'acceptation des vaccins pour la population générale. Des efforts de collaboration sont nécessaires entre le gouvernement, les décideurs en matière de santé et les sources médiatiques pour renforcer la confiance dans la vaccination contre la COVID-19 parmi le grand public, *via* la diffusion de messages clairs et opportuns par des canaux de confiance prônant la sécurité et l'efficacité des vaccins COVID-19 actuellement disponibles.

Ces interventions doivent cependant être ajustées aux préoccupations spécifiques locales. En Polynésie, l'attachement aux traditions permet la création de repères identitaires et leurs pratiques

procurent une sécurité culturelle. Il s'agit de les respecter et d'en tenir compte dans la manière de sensibiliser la population sur la vaccination.

Quoi qu'il arrive, il est essentiel de comprendre l'enjeu qui se joue actuellement. Un échec du plan de vaccination contre la COVID-19 aurait un impact négatif, non seulement sur la pandémie actuelle, mais risquerait également d'avoir des répercussions en aval sur la confiance dans d'autres vaccins et de mettre en péril la gestion de prochaines maladies émergentes. Il est essentiel que les responsables gouvernementaux et les experts en santé publique comprennent qu'il sera tout aussi important de développer un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19, que d'éduquer, communiquer et générer de l'engagement communautaire pour favoriser l'adoption de cette intervention médicale, primordiale si nous voulons stopper la pandémie de COVID-19 et préparer le terrain pour les futures pandémies contre lesquelles nous serons amenés à lutter.

Bibliographie

1. Galmiche Simon, Charmet Tiffany, Schaeffer Laura, Poireau Juliette, Grant Rebecca, Cherry Olivia et al. Etude des facteurs socio-démographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARS-CoV-2 (ComCor) [Internet]. Institut Pasteur; 8 décembre 2020 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/file/37907/download>.
2. Roussey A, Biarez P. Connaissances, attitudes et pratiques à propos de la COVID-19 dans la population du district de Maatea, Moorea, Polynésie française : une étude de proximité exploratoire. Formations sanitaires Moorea-Maiao, Direction de la santé de Polynésie Française, 2020.
3. Schwarzinger M, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health*. 2021;6(4):21021.
4. Torterat Jérémie BM. Polynésie française. Le ralentissement démographique se confirme, les jeunes continuent à émigrer. *Insee Première*. 2018;(1721).
5. Regnault J-M. Tahiti tu connais ? Papeete: Api Tahiti; 2019.
6. Sablayrolles J. Atlas de Tahiti et de la Polynésie Française. Singapore: Times Editions; 1988.
7. Conte E. Une histoire de Tahiti: des origines à nos jours. Papeete: Au vent des îles; 2019.
8. Mahé C, Séguin F, Galzin R. Etat initial de la baie d'Opunohu Ile de Moorea – Polynésie française [Internet]. Communauté du Pacifique; 2016 [cité 10 avr 2021]. Disponible sur : <https://spccfpstore1.blob.core.windows.net/digitallibrary-docs/files/ff/ffef563da00f0cad384fb431a0f2a527.pdf>
9. Cour des comptes. Rapport d'observations définitives et sa réponse. Commune de Moorea-Maiao. Exercices 2014 et suivants [Internet]. Cour des comptes; 2020 [cité 10 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/commune-de-moorea-maiao-polynesie-francaise>
10. Dr Billard-Baltyde Serge. Mission médicale à Rimatara Tuhaa Pae Polynésie française [Internet]. 10 févr 2014 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur : <http://australes.info/wp-content/uploads/2014/02/MISSION-MEDICALE-A-RIMATARA.pdf>
11. Baré J-F. Le malentendu pacifique. *Journal de la Société des Océanistes*. 1985;81:283-287.
12. Margueron D. Médecine coloniale et soins aux indigènes ou l'inculturation de la médecine occidentale en Polynésie. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*. 1996;(30):1328.
13. Grand S. Tahu'a, tohunga, kahuna: le monde polynésien des soins traditionnels. Pirae, Tahiti, Polynésie française: Au vent des îles; 2007. 354 p.
14. Rallu J-L. L'épidémie de grippe de 1918 aux îles de la Société. *Population (French Edition)*. 1990;45(6):1083.

15. Giard M, Pescheux J-P, Ségalin J-M. La tuberculose en Polynésie française Rapport annuel 2018 [Internet]. Direction de la santé; 2018 [cité 20 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/04/Rapport-tuberculose-2018.pdf>
16. Hubert B. Situation des maladies infectieuses en Polynésie française 2001 [Internet]. Direction de la santé; 2015 [cité le 20 mars 2021]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/277141070_Situation_des_maladies_infectieuses_en_Polynesie_francaise_2001
17. Barbiera N, Margueron D, Peltzer L, Saura B, Troadec B, Nathan T, Tera'Ituatini Pambrun J-M, Lemaitre D, Reverzi J-F, Benoist J, Bauer O, Boissin J-L. Le paradis, savoir médical et pouvoir de guérir à Tahiti. 30. Grenoble: Pensée sauvage; 1996.
18. Besancenot J-P. Nature tropicale et santé des hommes (Tropical nature and human health). Bulletin de l'Association de Géographes Français. 2000;77(4):394-404.
19. Vigneron E. Relations between health levels, services and demand in French Polynesia. Social Science & Medicine. 1989;29(8):94351.
20. Cojan Bruno, Malatre Xavier, Labrousse Frédéric. Etats de santé et organisation sanitaire. Adsp. 2015;(91):27-49.
21. Roussey, Antonin. Culture polynésienne et maladies chroniques : une étude qualitative des déterminants de santé culturels dans la prise en charge des maladies chroniques. Thèse de médecine, Nantes; Université de Nantes; 2018.
22. Audras F, Bambridge T, Gaulme F, Iribarne P d', Torrente F. La République, le Pays et le Tavana: des politiques publiques à l'échelle communale en Polynésie française. Paris: Agence française de développement; 2017.
23. Cordobes S. Tahiti à l'épreuve de l'acculturation urbaine. Tous urbains. 2017;18(2):10.
24. Coppenrath Hubert. La Polynésie française pourra-t-elle demeurer un pays heureux ? Journal de la Société des océanistes. 2004;(119):223-228.
25. Renou L, Segalin J-M. Evaluation de la couverture vaccinale Polynésie Française 2012 [Internet]. Direction de la santé; 2013 [cité le 22 mars 2021]. Disponible sur : http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/evaluation_de_la_couverture_vaccinale_pf_2012-2.pdf
26. Caisse de prévoyance sociale. Les allocations prénatales [Internet]. Caisse de prévoyance sociale; 2021 [cité le 21 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.cps.pf/espace-assure/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/les-allocations-prenatales>
27. Thornton J. In the aftermath: the legacy of measles in Samoa. Lancet. 2020;395(10236):1535-1536.
28. Présidence de la Polynésie Française. Point de situation sur le coronavirus au 6 avril [Internet]. Présidence de la Polynésie Française; 2020 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur : https://www.presidence.pf/point-de-situation-sur-le-coronavirus-au-6-avril/?fbclid=IwAR2Tqp4GkoCKEBzu8ZG3c5gYvMjo_gGuXe5IfK2-6xMcQAVwOYa_j2zaybU

29. Haut-Commissariat de la République en Polynésie française. Allocution du Haut-Commissaire de la République relative à la levée du confinement sur toute la Polynésie française [Internet]. Haut-Commissariat de la République en Polynésie française. 2020; [cité 8 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Actualites/Communique-de-presse/2020/Allocution-du-Haut-Commissaire-de-la-Republique-relative-a-la-levee-du-confinement-sur-toute-la-Polynesie-francaise>
30. Haut-Commissariat de la République en Polynésie française. Reconduction du dispositif des mesures sanitaires et réglementaires applicables en Polynésie française [Internet]. Haut-Commissariat de la République en Polynésie française; 2021 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Actualites/Communique-de-presse/2020/Reconduction-du-dispositif-des-mesures-sanitaires-et-reglementaires-applicables-en-Polynesie-francaise>
31. Direction de la santé. Vaccination COVID-19 [Internet]. Direction de la Santé; 2021 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur : https://www.service-public.pf/dsp/covid-19/vaccination-covid/?fbclid=IwAR13KpBQoiTT-O2DrSO2hYu7f3oWgTGI_-xpFPvXDBXqp0H7I8ex5eKhTSI
32. Groupe d'Etude sur le risque d'exposition des soignants. Enquête CAPP-VaCov. Connaissances, attitudes, pratiques et préférences autour de la vaccination anti-COVID-19 des personnels de santé en France [Internet]. 2021 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur : https://www.geres.org/wp-content/uploads/2021/02/Résultats_CAPPVaCov_global_210212SITE_GERESV3DA.pdf
33. Sallam M. COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(2).
34. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine*. 2018;36(26):3861-3867.
35. Karlsson LC, Soveri A, Lewandowsky S, Karlsson L, Karlsson H, Nolvi S, et al. Fearing the disease or the vaccine: The case of COVID-19. *Pers Individ Dif*. 2021;172:110590.
36. Lazarus JV, Wyka K, Rauh L, Rabin K, Ratzan S, Gostin LO, et al. Hesitant or Not? The Association of Age, Gender, and Education with Potential Acceptance of a COVID-19 Vaccine: A Country-level Analysis. *J Health Commun*. 2020;25(10):799807.
37. Equipe conjointe de gestion des incidents COVID-19 dans le Pacifique. COVID-19 : enquête relative à la sensibilisation communautaire et à la communication sur les risques dans le Pacifique. 6 août 2020.
38. Gumocio Sybille. Collecte de données : Méthodes pour les enquêtes quantitatives [Internet]. *Médecin du Monde*; 2011 [cité 22 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/08/06/collecte-de-donnees-methodes-pour-les-enquetes-quantitatives>
39. Direction de la santé. Guides sanitaires: remise des attestations de formation et de kits sanitaires à Mahina. [Internet]. Direction de la santé; 2020 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.service-public.pf/dsp/2020/07/24/attestation-formation-sanitaires-mahina/>

40. Fontanet A, Cauchemez S. COVID-19 herd immunity: where are we? *Nat Rev Immunol.* 2020;20(10):5834.
41. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine.* 2016;12:295301.
42. Kuppalli K, Brett-Major DM, Smith TC. COVID-19 Vaccine Acceptance: We Need to Start Now. *Open Forum Infect Dis.* 2021;8(2):ofaa658.
43. Succi RC de M. Vaccine refusal - what we need to know. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(6):57481.
44. Burki T. The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19. *Lancet Digit Health.* 2020;2(10):e5045.
45. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med.* 2021;27(2):2258.
46. Verger P, Scronias D, Dauby N, Adedzi KA, Gobert C, Bergeat M, et al. Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Euro Surveill.* 2021;26(3).
47. Wong LP, Wong PF, AbuBakar S. Vaccine hesitancy and the resurgence of vaccine preventable diseases: the way forward for Malaysia, a Southeast Asian country. *Hum Vaccin Immunother.* 2020;16(7):151120.
48. Pugliese-Garcia M, Heyerdahl LW, Mwamba C, Nkwemu S, Chilengi R, Demolis R, et al. Factors influencing vaccine acceptance and hesitancy in three informal settlements in Lusaka, Zambia. *Vaccine.* 2018;36(37):561724.
49. Ali I. The COVID-19 Pandemic: Making Sense of Rumor and Fear. *Med Anthropol.* 2020;39(5):3769.
50. Olagoke AA, Olagoke OO, Hughes AM. Intention to Vaccinate Against the Novel 2019 Coronavirus Disease: The Role of Health Locus of Control and Religiosity. *J Relig Health.* 2021;60(1):6580.
51. Barmania S, Reiss MJ. Health promotion perspectives on the COVID-19 pandemic: The importance of religion. *Glob Health Promot.* 2020;28(1):15-22.
52. Galang JRF. Science and religion for COVID-19 vaccine promotion. *J Public Health (Oxf).* 2021; fdab128.
53. Direction de la santé de Polynésie française. Déterminants culturels de la santé en Polynésie française: recommandations pratiques. 2019.
54. Karafillakis E, Larson HJ, ADVANCE consortium. The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine.* 2017;35(37):4840-4850.

55. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med.* 2014;112:1-11.
56. Meier BP, Dillard AJ, Lappas CM. Predictors of the intention to receive a SARS-CoV-2 vaccine. *J Public Health (Oxf).* 2021; fdab013.

Annexes

Annexe 1 : Carte de la Polynésie Française

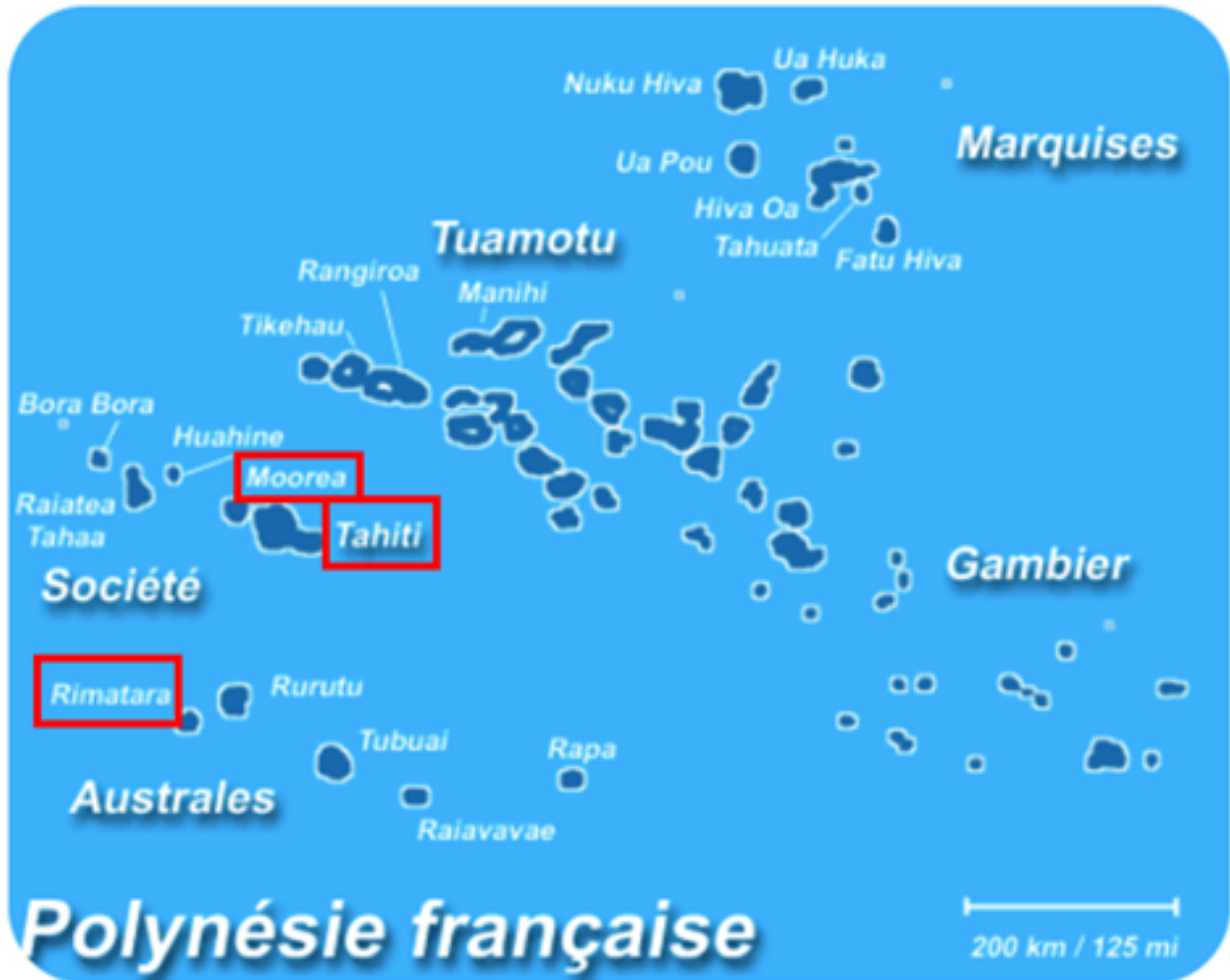


Figure 1 : Carte de la Polynésie française. Les îles Tahiti, Moorea et Rimatara sont encadrées en rouge.
(Source: pays-monde.fr)



Figure 4 : Carte de Rimatara (Source : Google Map)

Annexe 3 : Questionnaire enquête CAP COVAX

Questionnaire enquête CAP COVAX AMUI		
Notice:		
<i>(lire la notice a haute voix pour informer l'enquêté et recevoir son consentement)</i>		
la orana,		
Nous réalisons une étude pour évaluer les connaissances de la population des communes de Oremu, Vaïare et Rimatara en ce qui concerne la vaccination contre la COVID 19 afin d'améliorer les stratégies d'information de la population sur ce vaccin et réfléchir à sa mise en place à l'échelle du pays. Les réponses que tu vas nous donner sont anonymes, ton identité/nom/prénom n'apparaîtra nulle part. Ces réponses sont strictement réservées à ce travail de recherche et ne seront communiquées à aucun autre organisme. Le questionnaire prend environ 20minutes pour être complété. Les résultats de l'étude seront consultables à l'hôpital ou sur demande dans les structures de santé publique		
Es-tu d'accord avec ce que je viens de dire et es tu d'accord pour participer a l'étude?	1=OUI 2=NON	Si OUI -> Poursuivre le questionnaire
Date de l'enquete:		
Nom et prénom de(s) enquêteur(s):		
Heure de début:		
Heure de fin:		
Lieu de l'entretien:	Oremu/Vaïare/Rimatara	
Données Socio-démographiques	Codage réponse	Questions ou informations associées
A.1 Quel âge as-tu?	a. Entre 18 et 29 ans b. Entre 30 et 39 ans c. Entre 40 et 49 ans d. Entre 50 et 59 ans e. Entre 60 et 69 ans f. Entre 70 et 79 ans g. 80 ans et plus	
A.2 De quel sexe es tu?	a. Féminin b. Masculin c. Transgenre	
A.3 Quelle est la dernière classe que tu as fréquentée?	a. Maternelle b. Primaire / C.JA c. Collège d. Lycée e. Université f. Aucune classe fréquentée	
A.4 Quel est ton travail, ta profession?	a. sans emploi b. salarié c. patenté d. au foyer e. étudiant f. agriculture / pêche g. retraité h. Autre: _____	
A.5 Quelle est ta maîtrise du reo ma'ohi / rapa / marquisien?	a. Préfère parler reo ma'ohi/rapa/marquisien b. Parle autant le Français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien c. Comprend le reo ma'ohi/rapa/marquisien mais préfère parler le français d. Ne comprend pas e reo ma'ohi/rapa/marquisien, ni l'oral ni l'écrit	
A.6 Quelle est ta couverture sociale?	a. RST /RSPF b. RNS c. RS d. autre	
A.7 Quelle est ta religion?	a. protestant b. catholique c. mormons d. sanitos e. adventices f. témoins de jehovah g. athée h. autre i. ne souhaite pas répondre	
A.8 Crois-tu en la médecine d'aujourd'hui ?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
A.9 As-tu déjà eu la COVID-19?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
A.10 As-tu recours aux ra'au tahiti quand tu es malade?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
B Connaissances, attitudes et pratiques Vaccin		
Vaccination "en général"		
B.1.1 Qu'est ce qu'un vaccin?	a. Connaissance acquise b. non acquis	Réponse attendue: -Administration d'un dérivé pathogène (injection, médicaments...) -Développement d'une immunité (anticorps, mémoire des maladies) -Permet de protéger les personnes individuellement et collectivement
B.1.2 Pour toi, un vaccin ça peut servir à quoi? <i>(Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquêté)</i>	a. permet de guérir des maladies b. évite de tomber malade en général c. protège de la maladie pour laquelle on se fait vacciner d. évite la transmission aux autres e. protège les personnes fragiles (matahiapo, malades...) f. aucun effet g. risque pour la santé h. donne la maladie i. ne sait pas j. autre: _____	
B.1.3 As-tu déjà refusé de faire un vaccin pour toi ou tes enfants?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	

B.1.4	As-tu déjà été vacciné contre la grippe?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
B.1.5	As-tu déjà eu des effets indésirables d'un vaccin?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	Si oui : Le(s)quel(s)?
B.1.6	Est-ce que tu fais confiance aux vaccins pour prévenir les maladies en général? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Oui, je crois en l'efficacité des vaccins et je les accepte b. Je fais confiance à certains vaccins mais pas tous c. Non, je ne leur fais pas confiance et je n'accepte aucun vaccins	
B.1.7	Que penses-tu de l'obligation des vaccins pour les bébés et les enfants? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. tout a fait d'accord b. plutôt d'accord c. pas d'avis d. plutôt contre e. totalement opposé	Pourquoi?
B.1.8	L'obligation de se faire vacciner est elle une forme de privation de liberté?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
B.1.9	Faut il connaître le mode de fonctionnement d'un vaccin pour se faire vacciner ou faire vacciner ses enfants?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
Vaccination anti Sars CoV2			
B.2.1	As-tu entendu parler d'un vaccin contre la COVID-19?	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	
B.2.2	Comment estimes-tu ta connaissance sur le vaccin contre la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Excellente b. Bonne c. Limitée d. Insuffisante	
B.2.3	Que penses-tu de la vaccination contre la COVID-19?	a. C'est une bonne solution b. Je n'ai pas confiance, c'est à éviter c. Il faut faire plus de recherches dessus avant de vacciner la population d. J'attends qu'on me prouve son efficacité e. Aucune idée f. Autre:	
B.2.4	Si un vaccin contre la COVID-19 était disponible et qu'il avait prouvé sa sûreté et son efficacité, serais-tu d'accord pour te faire vacciner?	a. Oui je souhaiterais l'avoir b. Non, je ne souhaiterais pas le recevoir c. Ne sait pas	
B.2.5	Si un vaccin contre la COVID-19 était disponible et qu'il avait prouvé sa sûreté et son efficacité, serais-tu prêt à encourager les autres membres de ta famille à se faire vacciner? (lire les propositions suivantes et cochez celle validée par l'enquête)	a. Oui, j'encouragerais TOUTE ma famille à l'obtenir b. Oui, j'encouragerais CERTAINS membres de ma famille à l'obtenir c. Non, je n'encouragerais pas ma famille à l'obtenir d. Ne sait pas	
B.2.6	Si au moins une réponse (Oui) aux 2 questions précédentes:	Quelles sont les raisons pour cette/ces réponses: (lire les propositions suivantes et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Le vaccin m'empêchera, moi ou ma famille, de tomber malade avec la COVID-19 b. Le vaccin nous empêchera de transmettre le COVID-19 à d'autres personnes de ma communauté c. Le vaccin nous permettra de voyager à l'étranger pour le travail, les études ou les loisirs d. Le vaccin permettra à nos vies de revenir à la normale e. Si je me vaccine, je protégerais ceux qui sont les plus fragiles f. Le vaccin est gratuit et accessible g. Ne sait pas h. Autre raison: _____
B.2.7	Si au moins une réponse (non) aux 2 questions précédentes	Quelles sont les raisons pour cette/ces réponses: (lire les propositions suivantes et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Le vaccin peut être dangereux et provoquer des effets secondaires imprévus b. Le nouveau vaccin pourrait ne pas me protéger, moi et ma famille, du COVID-19 c. J'évitais cette vaccination à cause d'histoires ou d'effets secondaires d'autres vaccins d. Il est difficile de se rendre dans les établissements de santé où les vaccinations sont proposées e. Il n'y a peut-être pas assez de vaccins pour tout le monde f. Je ne crois aux vaccins pour aucune maladie g. Je ne risque pas personnellement d'attraper la COVID-19 h. Moi même et/ou un membre de ma famille souffre d'une ou plusieurs autres maladies graves qui nous interdisent la vaccination i. Le processus de développement du vaccin semble avoir été précipité j. Je ne souhaite pas être un "cobaye" k. Je préfère les procédés naturels ou la nature pour me protéger l. Je ne veux pas participer au lobby des laboratoires m. Peur de la piqure n. Ma religion me l'interdit o. Je n'ai pas confiance dans nos dirigeants / autorités sanitaires p. ça coûte trop cher q. Ne sait pas r. Autre raison: _____
B.2.8	De quelle information as-tu besoin concernant la vaccination contre la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Information sur les effets indésirables (les effets qui ne sont pas souhaités mais qui risquent d'apparaître si l'on prend le médicament) b. Information sur le nombre de doses nécessaires c. Comment est fait le vaccin? piqure? et sur quelle partie du corps? (l'épaule, la fesse...) d. Public concerné e. Stratégie globale (quand se faire vacciner? comment se faire vacciner?) f. Type de vaccin (qu'est ce qu'il y a dans le vaccin? Quelle est la marque que le pays a choisi? Pfizer? Astra Zeneca? Sanofi?) g. Mécanisme d'action (comment fabrique t'on des anticorps, comment fabrique t'on la mémoire de la maladie?) h. Disponibilités, accès au vaccin (combien de doses le pays va t'il acheter? où pourra t'on se faire vacciner?) i. Résultats des études scientifiques j. Combien ça coûte, remboursement k. Aucune de ces informations l. Autre: _____	
B.2.9	Si un vaccin était disponible comment voudrais-tu y avoir accès? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Campagne porte-à-porte ou centre de vaccination mobile dans les quartiers b. Lieu de rassemblement local (par exemple églises, magasins, écoles, stades etc.) c. Hopital/dispensaire/infirmierie d. médecin privé/traitant e. Pharmacies f. Sur ton lieu de travail g. Un autre endroit: _____	

B.2.10	Quelles sont tes peurs par rapport au vaccin contre la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Création/fabrication trop rapide du vaccin b. Enrichissement des laboratoires c. Peur des effets indésirables (effets qui ne sont pas souhaités mais qui peuvent apparaître si on prend le médicament) graves d. Peur de la douleur au moment de l'injection e. Peur de revivre une expérience négative, souvenir traumatisant d'une vaccination passée (effets indésirables au cours d'une précédente vaccination, allergie, symptômes invalidant, douleur) f. Plusieurs piqûres nécessaire g. Ne pas savoir pendant combien de temps on est protégé de la maladie h. Ne sait pas i. Autre: _____	
B.2.11	Quelles sont les rumeurs que tu as entendu au sujet des vaccins contre la COVID 19?	Question ouverte	
B.2.12	Par quels moyens as-tu entendus parler de ces rumeurs? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Facebook b. Autres réseaux sociaux: lequel: _____ c. Moteur de recherche (google, bing, yahoo...) d. Tv/Radio e. Bouche à oreille f. Responsables religieux g. Professionnel de santé h. Famille/amis i. Autre: _____	
B.2.13		Si réponse « a.Facebook » à la question précédente Par quel moyen es tu tombé sur ces informations sur Facebook?	a. Par hasard b. Je cherchais cette information c. On me l'a partagé d. Je suis abonné à un groupe qui a partagé cette information e. Autre:
B.2.14	Quelles sont les sources d'information qui te permettent d'avoir un avis concernant la vaccination contre la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Facebook b. Moteur de recherche (google, bing, yahoo...) c. Tv/Radio d. Bouche à oreille e. Responsables religieux f. Professionnel de santé g. Famille/amis h. Autre: _____	
B.2.15	Parmi la liste ci-dessous quel est le moyen qui donne l'information la PLUS fiable concernant la vaccination contre la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Facebook b. Tv/Radio c. Bouche à oreille d. Responsables religieux e. Professionnel de santé f. Site de la direction de la santé g. Site du haut commissariat h. Autre: _____	
B.2.16	Parmi la liste ci-dessous quel est le moyen qui donne l'information la MOINS fiable concernant la vaccination contre la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Facebook b. Tv/Radio c. Bouche à oreille d. Responsables religieux e. Professionnel de santé f. Site de la direction de la santé g. Site du haut commissariat h. Autre: _____	
B.2.17	Un professionnel de santé t'as t'il déjà déconseillé de te faire vacciner contre la COVID-19?	a.Oui b.Non c.Ne sait pas	Si oui: De quel type de professionnel s'agissait t'il?
B.2.18	Préférerai-tu que le vaccin soit obligatoire ou facultatif?	a. Obligatoire b. Facultatif c. Ne sait pas	
B.2.19	Selon toi et dans la liste ci-après, quelle(s) est/ sont les groupes de personnes à vacciner en priorité? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Les personnes âgées b. Les bébés c. Les enfants d. Les adolescents e. Les adultes f. Les personnes malades g. Les professionnels de santé h. Les personnalités politiques (présidents, haut-commissaire, tavanas...) i. Autre: _____	
B.2.20	Serais-tu d'accord pour vacciner les matahiapo de ton quartier ?	a.Oui b.Non c.Ne sait pas	
B.2.21	Serais-tu d'accord pour vacciner les enfants de la maison/ Mootua?	a.Oui b.Non c.Ne sait pas	
C			
Connaissances, attitudes et pratiques COVID-19			
C.1	Quel est le niveau de gravité de la COVID-19 ? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Très grave b. Grave c. Peu grave d. Pas grave e. Ne sait pas	
C.2	Selon vous, quelle est la probabilité que vous ou un membre de votre famille tombiez malade du COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	a. Très probable b. Probable c. Peu probable d. Improbable/impossible e. Ne sait pas	
C.3	Quelles sont les personnes qui courent le plus grand risque si elles contractent la maladie ? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	a. Tout le monde b. Les personnes âgées c. Les personnes malades ou souffrant d'un problème de santé sous-jacent d. Ne sait pas e. Autre: _____	<i>Le virus peut infecter des personnes de tous les âges. Cependant, les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents (asthme, diabète, maladie cardiaque) présentent un risque accru de développer une forme grave de la maladie. Les personnes qui présentent des formes graves de la maladies ont besoin d'être hospitalisées pour recevoir de l'oxygène et sont parfois admises en réanimation pour qu'une machine les aide à respirer.</i>
C.4	Présentes tu des facteurs de risque de forme grave de la COVID-19? <i>Facteurs de risque = >65ans ou maladie chronique (diabète, HTA, Maladie chronique du cœur ou des poumons, traitement qui diminue le système immunitaire, obésité)</i>	a. Oui b. Non c. Ne sait pas	

C.5	Comment la maladie se transmet elle? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	<ul style="list-style-type: none"> a. Transfusion sanguine b. Gouttelettes de personnes infectées c. Dans les airs (aéroporté) d. Contact direct avec des personnes infectées e. Toucher des objets ou des surfaces contaminés f. Par Piqures de moustiques g. En mangeant des aliments contaminés h. En buvant de l'eau impure i. Ne sait pas 	<p>La COVID-19 est une maladie contagieuse qui se transmet par contact des voies aériennes avec des particules virales projetées par un sujet infecté présent dans l'air et sur les objets et surfaces dans un périmètre de 1 à 2m: c'est la contamination par gouttelettes, l'air expiré, les éternuements et les épreuves de toux sont hautement contagieuses.</p> <p>Les objets/surfaces contaminés peuvent contaminer les mains des personnes, si celles-ci entrent en contact avec le visage de quelqu'un, il risque de se contaminer par contact.</p> <p>Les gouttelettes se déposent comme des gouttes de pluie sur les surfaces et les objets autour de la personne infectée. Si une autre personne touche ces surfaces et ces objets et qu'elle met ensuite ses mains au visage, elle risque d'être contaminée elle aussi.</p>
C.6	Quels sont les signes de la COVID-19? (Lire la liste de propositions et cochez celles validées par l'enquête)	<ul style="list-style-type: none"> a. Fièvre b. Toux sèche c. Fatigue d. Courbatures et douleurs e. Nez qui coule f. Mal de tête g. Yeux rouges h. Maux de gorge i. Diarrhées j. Perte du goût ou de l'odorat k. Apparition de tâches sur la peau l. Décoloration des doigts ou des orteils m. Certaines personnes n'ont pas de symptômes n. Ne sait pas o. Autres: _____ 	<p>Les symptômes courants de la COVID-19 sont la fièvre, la toux sèche et la fatigue. Les symptômes suivants sont moins courants, mais peuvent toucher certains patients : courbatures et douleurs, congestion nasale, céphalées, conjonctivite (yeux rouges), maux de gorge, diarrhées, perte de goût ou d'odorat, et éruption cutanée ou décoloration des doigts ou des orteils.</p> <p>En général, ces symptômes restent bénins et apparaissent progressivement. Certaines personnes infectées ne ressentent que des symptômes très légers.</p>
C.7	Depuis le début de cette épidémie la vie a changé, que penses-tu de ta vie aujourd'hui? (lire la liste des propositions et cocher celle(s) validée(s) par l'enquête)	<ul style="list-style-type: none"> a. C'est plus facile qu'avant b. C'est plus difficile qu'avant c. On s'habitue aux changements d. On fait avec e. On en a marre, c'est fini f. Les restrictions décidées par les autorités sont acceptables g. Les restrictions décidées par les autorités sont inacceptables h. Ne sait pas 	
C.8	Qu'est ce qui te manque de ta vie d'avant la COVID-19?	<ul style="list-style-type: none"> a. Rien b. Le travail c. Les rassemblements familiaux et les rencontres d. Les sorties et déplacements libres e. Le contact physique avec les proches 	
C.9	As-tu confiance dans les autorités du pays pour assurer ta sécurité et celle de ta famille au cours de l'épidémie de COVID-19?	<ul style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. Ne sait pas 	
C.10	Tu dois finir la phrase suivante avec une des trois options disponibles: "La réponse du gouvernement de la Polynésie Française pour contrôler la COVID-19 a été... (Lire la liste de propositions et cochez celle validée par l'enquête)	<ul style="list-style-type: none"> a. Plus forte que nécessaire b. Appropriée c. Insuffisante d. Ne sait pas 	
C.11	Quelles sont les solutions pour que l'épidémie de COVID-19 prenne fin? (Lire la liste de propositions et cochez celle(s) validée(s) par l'enquête)	<ul style="list-style-type: none"> a. Immunité collective: le virus ne peut plus circuler d'une personne à une autre parce qu'un certain nombre de personnes a déjà eu la maladie b. Vaccination c. Aucune solution d. Ne sait pas e. Autre: _____ 	

Fin de l'étude

Merci d'avoir participé à cette étude. As-tu des questions sur ce dont nous venons de parler? Les résultats seront disponibles en ligne sur le site de la direction de la santé ou sur demande dans la structure de santé la plus proche.

Annexe 4 : Extrait du tableur Excel des données de l'enquête

ID	Lieu de l'entretien	A.1. Quel âge as-tu?	A.2. De quel sexe es-tu?	A.3. Quelle est la dernière classe que tu as fréquentée?	A.4. Quel est ton travail, ta profession?	A.5. Quelle est la maîtrise du reo ma'ohi / rapa / marquisien?
1	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Masculin	Collège	Salarié	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
2	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Préfère parler reo ma'ohi/rapa/marquisien
3	Oumu	Entre 70 et 79 ans	Féminin	Primaires/CJA	Retraité	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
4	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Masculin	Primaires/CJA	Autre	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
5	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Masculin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
6	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Lycée	Etudiant	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
7	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Masculin	Lycée	Salarié	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
8	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
9	Oumu	Entre 70 et 79 ans	Masculin	Aucune classe fréquentée	Retraité	Préfère parler reo ma'ohi/rapa/marquisien
10	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Masculin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
11	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Féminin	Collège	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
12	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Collège	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
13	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Lycée	Etudiant	Comprend le reo ma'ohi/rapa/marquisien mais préfère parler le français
14	Oumu	Entre 50 et 59 ans	Féminin	Primaires/CJA	Salarié	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
15	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Masculin	Primaires/CJA	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
16	Oumu	Entre 70 et 79 ans	Féminin	Lycée	Retraité	Préfère parler reo ma'ohi/rapa/marquisien
17	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Féminin	Université	Non déclaré	Comprend le reo ma'ohi/rapa/marquisien mais préfère parler le français
18	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Masculin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
19	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Masculin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
20	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Féminin	Lycée	Salarié	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
21	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Lycée	Salarié	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
22	Oumu	Entre 50 et 59 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
23	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
24	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
25	Oumu	Entre 50 et 59 ans	Masculin	Collège	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien
26	Oumu	Entre 30 et 39 ans	Féminin	Collège	Sans emploi	Ne comprend pas le reo ma'ohi/rapa/marquisien, ni loral ni l'écrit
27	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Masculin	Lycée	Salarié	Comprend le reo ma'ohi/rapa/marquisien mais préfère parler le français
28	Oumu	Entre 50 et 59 ans	Féminin	Lycée	Salarié	Comprend le reo ma'ohi/rapa/marquisien mais préfère parler le français
29	Oumu	Entre 40 et 49 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Comprend le reo ma'ohi/rapa/marquisien mais préfère parler le français
30	Oumu	Entre 18 et 29 ans	Féminin	Lycée	Sans emploi	Parle autant le français que le reo ma'ohi/rapa/marquisien

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

« Évaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques des habitants de Oremu, Vaiare et Rimatara concernant la vaccination contre la COVID-19 »

Introduction : L'espoir de la communauté scientifique pour mettre un terme à la pandémie de COVID-19 réside dans le succès de la mise en place d'un vaccin. L'évaluation des attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 paraît nécessaire afin de lancer des campagnes de communication adaptées aux préoccupations des populations. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Polynésie française concernant la vaccination contre la COVID-19, ceci afin de mettre en évidence les facteurs d'acceptation et de réticences vis à vis de cette vaccination dans la population polynésienne.

Matériel et méthode : Cette étude est basée sur une méthodologie de recherche sociale sous forme de recherche-action. Des binômes d'enquêteurs ont rempli un questionnaire quantitatif en faisant du porte-à-porte dans trois zones spécifiques de la Polynésie française : à Oremu, Vaiare et Rimatara. Le logiciel BiostatTGV a été utilisé pour réaliser les tests du X^2 et de Fisher exact.

Résultats : Cent-vingt questionnaires ont été recueillis entre décembre 2020 et janvier 2021. Un manque profond de connaissances sur la vaccination a été mis en évidence dans la population d'étude mais qui n'entache pas une attitude positive envers l'arrivée d'un nouveau vaccin. Les facteurs d'acceptabilité de cette vaccination sont principalement en lien avec des déterminants culturels polynésiens. La médecine traditionnelle, la religion, l'attachement à la communauté, le respect des anciens et la résilience polynésienne tendent à favoriser la nouvelle venue d'un vaccin. Toutefois, il existe des facteurs de réticences comme le manque de sensibilisation au sujet du vaccin contre la COVID-19, l'arrivée de fausses rumeurs détractrices sur le vaccin et une nouvelle attitude de défiance envers les autorités, qui sont autant de facteurs pouvant mettre en péril le plan de vaccination.

Conclusion : Bien que la population dévoile un manque de connaissances majeur sur la vaccination contre la COVID-19, le concept en est bien accepté et donne l'espoir qu'une campagne de communication adaptée puisse être efficace en Polynésie française.

Mots-clés : santé publique, COVID-19, vaccination, insularité, Polynésie, Faaa, Moorea, Vaiare, Rimatara.