



HAL
open science

Médecine traditionnelle Ma'ohi et soins de santé primaires : étude qualitative sur les attentes des patients polynésiens du dispensaire de Raiatea

Giulia Roulx

► **To cite this version:**

Giulia Roulx. Médecine traditionnelle Ma'ohi et soins de santé primaires : étude qualitative sur les attentes des patients polynésiens du dispensaire de Raiatea. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03795903

HAL Id: dumas-03795903

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03795903v1>

Submitted on 4 Oct 2022

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.

**MÉDECINE TRADITIONNELLE MĀ'OHĪ ET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES DES PATIENTS POLYNÉSIENS DU
DISPENSARE DE RAIATEA**

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 septembre 2022

Par Madame Giulia ROULX

Née le 7 décembre 1994 à Briançon (05)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur PARRAT Eric

Assesseur

Monsieur le Docteur BIAREZ Philippe

Assesseur

Monsieur le Docteur ROUSSEY Antonin

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
<input type="checkbox"/> aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
<input type="checkbox"/> à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
<input type="checkbox"/> à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
<input type="checkbox"/> pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
<input type="checkbox"/> Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
<input type="checkbox"/> aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

<input type="checkbox"/> sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
<input type="checkbox"/> relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
<input type="checkbox"/> DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
<input type="checkbox"/> DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
<input type="checkbox"/> DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

<input type="checkbox"/> PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
<input type="checkbox"/> DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
<input type="checkbox"/> DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
<input type="checkbox"/> DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
<input type="checkbox"/> Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
<input type="checkbox"/> DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
<input type="checkbox"/> DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
<input type="checkbox"/> DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
<input type="checkbox"/> Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
<input type="checkbox"/> Etudiant	:	Elise DOMINJON



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : Monsieur Philippe SAUVAGEON

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : Monsieur Sébastien COLSON

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN
RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYSS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUBE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie

PROFESSEURS HONORAIRES

CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe

MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette

MAJ 01.09.2021

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

MAJ 01.09.2021

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard

PROFESSEURS HONORAIRES

MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

WEILLER Pierre-Jean

MAJ 01.09.2021

EMERITAT

2008

M. le Professeur LEVY Samuel 31/08/2011 Mme le Professeur JUHAN-VAGUE Irène 31/08/2011 M. le Professeur PONCET Michel 31/08/2011 M. le Professeur KASBARIAN Michel 31/08/2011
M. le Professeur ROBERTOUX Pierre 31/08/2011

2009

M. le Professeur DJIANE Pierre 31/08/2011
M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2012

2010

M. le Professeur MAGNAN Jacques 31/12/2014

2011

M. le Professeur DI MARINO Vincent 31/08/2015 M. le Professeur MARTIN Pierre 31/08/2015
M. le Professeur METRAS Dominique 31/08/2015

2012

M. le Professeur AUBANIAC Jean-Manuel 31/08/2015 M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2015 M. le Professeur CAMBOULIVES Jean 31/08/2015 M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2015
M. le Professeur MATTEI Jean-François 31/08/2015 M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2015
M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2015

2013

M. le Professeur BRANCHEREAU Alain 31/08/2016 M. le Professeur CARAYON Pierre 31/08/2016 M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2016 M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2016 M. le Professeur HENRY Jean-François 31/08/2016 M. le Professeur LE GUICHAOUA Marie-Roberte 31/08/2016
M. le Professeur RUFO Marcel 31/08/2016
M. le Professeur SEBAHOUN Gérard 31/08/2016

2014

M. le Professeur FUENTES Pierre 31/08/2017 M. le Professeur GAMERRE Marc 31/08/2017 M. le Professeur MAGALON Guy 31/08/2017 M. le Professeur PERAGUT Jean-Claude 31/08/2017
M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2017

2015

M. le Professeur COULANGE Christian 31/08/2018 M. le Professeur COURAND François 31/08/2018 M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2016
M. le Professeur MATTEI Jean-François 31/08/2016 M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2016
M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2016

Secrétariat Général - RH - MAJ 01.09.2021 2016

M. le Professeur BONGRAND Pierre 31/08/2019 M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2017 M. le Professeur BRUNET

EMERITAT

Christian 31/08/2019 M. le Professeur CAU Pierre 31/08/2019 M. le
Professeur COZZONE Patrick 31/08/2017 M. le Professeur FAVRE
Roger 31/08/2017 M. le Professeur FONTES Michel 31/08/2019 M. le Professeur
JAMMES Yves 31/08/2019 M. le Professeur NAZARIAN Serge
31/08/2019 M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2017 M. le Professeur
POITOUT Dominique 31/08/2019 M. le Professeur SEBAHOUN
Gérard 31/08/2017
M. le Professeur VIALETTES Bernard 31/08/2019

2017

M. le Professeur ALESSANDRINI Pierre 31/08/2020 M. le Professeur
BOUVENOT Gilles 31/08/2018 M. le Professeur CHAUVEL
Patrick 31/08/2020 M. le Professeur COZZONE Pierre
31/08/2018 M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2018 M. le Professeur
FAVRE Roger 31/08/2018 M. le Professeur OLIVER Charles
31/08/2018
M. le Professeur SEBBAHOUN Gérard 31/08/2018

2018

M. le Professeur MARANINCHI Dominique 31/08/2021 M. le Professeur
BOUVENOT Gilles 31/08/2019 M. le Professeur COZZONE Pierre
31/08/2019 M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2019 M. le Professeur
FAVRE Roger 31/08/2019 M. le Professeur OLIVER Charles
31/08/2019
M. le Professeur RIDINGS Bernard 31/08/2021

2019

M. le Professeur BERLAND Yvon 31/08/2022 M. le Professeur
CHARPIN Denis 31/08/2022 M. le Professeur CLAVERIE Jean-Michel
31/08/2022 M. le Professeur FRANCES Yves 31/08/2022 M. le Professeur
CAU Pierre 31/08/2020 M. le Professeur COZZONE Patrick
31/08/2020 M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2020 M. le Professeur
FAVRE Roger 31/08/2020 M. le Professeur FONTES Michel
31/08/2020 M. le Professeur MAGALON Guy 31/08/2020 M. le Professeur
NAZARIAN Serge 31/08/2020 M. le Professeur OLIVER Charles
31/08/2020
M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2020

2020

M. le Professeur DELPERO Jean-Robert 31/08/2023 M. le Professeur
GRIMAUD Jean-Charles 31/08/2023 M. le Professeur SAMBUC Roland
31/08/2023 M. le Professeur SEITZ Jean-François 31/08/2023 M. le
Professeur BERLAND Yvon 31/08/2022 M. le Professeur CHARPIN Denis
31/08/2022 M. le Professeur CLAVERIE Jean-Michel 31/08/2022 M. le
Professeur FRANCES Yves 31/08/2022 M. le Professeur BONGRAND
Pierre 31/08/2021
M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2021

MAJ 01.09.2021

Secrétariat Général - RH -

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2021 M. le Professeur FONTES
Michel 31/08/2021 M. le Professeur NAZARIAN Serge
31/08/2021
M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2021

2021

M. le Professeur BOUBLI Léon 31/08/2024 M. le Professeur LEGRE
Régis 31/08/2024 M. le Professeur RAOULT Didier 31/08/2024 M. le Professeur

EMERITAT

DELPERO Jean-Robert	31/08/2023 M. le Professeur	GRIMAUD Jean-
Charles	31/08/2023 M. le Professeur	SAMBUC Roland
	31/08/2023 M. le Professeur	SEITZ Jean-François
Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023 M. le
	31/08/2022 M. le Professeur	CHARPIN Denis
Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022 M. le
Pierre	31/08/2022 M. le Professeur	BONGRAND
Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022 M. le
Roger	31/08/2022 M. le Professeur	FAVRE
	NAZARIAN Serge	31/08/2022 M. le Professeur
M. le Professeur	31/08/2022	
	OLIVER Charles	31/08/2022

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

DOCTEURS HONORIS CAUSA

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

DOCTEURS HONORIS CAUSA

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
ALBANESE Jacques Surnombre	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia

GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominic	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI--TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISSCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(Mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouïl (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	GASTALDI Marguerite
RESSEGUIER Noémie		
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
 FIERLING Thomas
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2021

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna
(MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

SECQ Véronique (MCU-PH)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401****ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION
CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE
LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**LEVY-MOZZICONNACCI
Annie (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (PU-PH)

MAJ 01.09.2021

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

CARDIOLOGIE 5102

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY RANJEVA Jean-

Philippe (PR) (69ème section)

Franck (PU-PH)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique
Médicale et Technologies de
Communication 4604**

BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

MANCINI Julien (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BIRNBAUM David (MCU-PH)

DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

GUERIN Carole (MCU PH)

MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE 5002**

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)

BLONDEL Benjamin (PU-PH)

FLECHER Xavier (PU PH)

OLLIVIER Matthieu (PU-PH)

ROCHWERGER Richard (PU-PH)

TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021

FAURE Alice (PU PH)

JOUVE Jean-Luc (PU-PH)

LAUNAY Franck (PU-PH)

MERROT Thierry (PU-PH)

PESENTI Sébastien (PU-PH)

VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

DARIEL Anne (MCU-PH)

BERTUCCI François (PU-PH)

CHINOT Olivier (PU-PH)

COWEN Didier (PU-PH)

DUFFAUD Florence (PU-PH)

GONCALVES Anthony PU-PH)

HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)

GUYOT Laurent (PU-PH)

LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2021

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE**
5004

BERTRAND Baptiste (PU-
PH)
CASANOVA Dominique (PU-
PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
4202

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)
GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ;

ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)

KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène
(MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)

ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BARTOLI Christophe (PU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

NEPHROLOGIE 5203

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MAJ 01.09.2021

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 (Nomination au 1/10/2019)

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH) GRAILLON Thomas (MCU PH) VALERO René (PU-PH) TROUDE Lucas (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-
PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

BOISSIER Romain (PU-
PH)

KARSENTY Gilles (PU-
PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-
PH)

ROSSI Dominique (PU-
PH)

Remerciements

La Thèse, l'ultime accomplissement d'un étudiant en Médecine, le point final à toutes ces années d'études. Je suis heureuse d'avoir trouvé un sujet passionnant. Sa concrétisation ne fut pas aisée mais la réalisation de cette thèse a tellement été intéressante et enrichissante tant sur le plan professionnel ou personnel que ce travail de recherche restera ancré en moi pour le reste de ma carrière.

Tout d'abord je tenais à remercier vivement mon directeur de thèse, le Docteur ROUSSEY Antonin envers qui je suis profondément reconnaissante et dont les précieux conseils m'ont guidé tout le long de ce travail. Merci infiniment d'avoir cru en ce projet.

Mes sincères gratitude vont à l'ensemble de mon jury de thèse,

Au Professeur des Universités en Médecine Générale, GENTILE Gaëtan, pour avoir accepté la présidence du jury,

À ma Tutrice, le Docteur et Maître de Conférences Associé, ROUSSEAU DURAND Raphaëlle pour avoir suivi mon parcours depuis le début de l'Internat.

À l'équipe polynésienne, Docteur PARRAT Éric et le Docteur BIARREZ Philippe pour m'avoir aidé aux prémices de la recherche jusqu'à son accomplissement. Tout au long de cette thèse vous m'avez beaucoup inspiré par votre engagement envers la santé de la population polynésienne.

Je n'oublie pas le Docteur BEYLIER Thierry, un grand merci pour ton encadrement pendant mon semestre où je me suis tant épanouie professionnellement. Une grosse pensée à la belle équipe du dispensaire, Tatie Ella, Herehau, Avatea, Taiana, Fano et tous les autres.

À Lucchini, merci beaucoup d'avoir été là depuis toujours mais surtout pour la relecture, tes commentaires hilarants qui ont illuminé mes longues journées de rédaction.

Un grand merci aux autres relecteurs (Dr. BROUSSE, Sarah, Mr. SALVI) qui ont pris le temps de relire minutieusement ma thèse à la chasse aux fautes d'orthographe et aux tournures de phrases biscornues.

À la Famille, à Maman, qui m'a toujours encouragé à ne jamais baisser les bras, tu mérites bien plus qu'une ligne de remerciement dans cette thèse, merci n'est pas suffisant pour exprimer toute la gratitude que j'ai pour toi. À Papa, à ta manière tu m'as toujours fait avancer, merci pour ton soutien de près ou à l'autre bout du monde, tu es toujours près de moi. A celles qui ont été un modèle de détermination, de force de caractère, mes étoiles, ce travail il est pour vous.

Aux Amis, ceux qui sont là depuis le début et ceux qui sont arrivés en cours de route, merci du fond du cœur. À Sarah pour ton aide si précieuse, à Coco ma binôme on a commencé ensemble, on finira ensemble, à Bombata pour être venu jusqu'au bout du monde, Aline, Shégaia, Alizée merci pour votre aide et tous les autres que je n'oublie pas.

Mention spéciale pour RaiateaMa, pour toutes ces rencontres à jamais gravées dans mon cœur et ma mémoire, aux patients et toutes les personnes que j'ai pu rencontrer, qui m'ont aidé dans ce travail de recherche de près ou de loin, merci pour toutes ces choses que vous m'avez apprises. Et pour finir à toi qui m'a donné la force et la motivation pour braver cet été si studieux, merci Toske.

Mauruuru Roa Te Porinetia, Mauruuru Roa RaiateaMa

Table des matières

INTRODUCTION	3
METHODE	7
Type d'étude	7
Population	7
Recueil des données	7
Aspects éthiques et réglementaires	8
Analyse des données	8
RESULTATS	9
Revalorisation du monde des soins traditionnels et de la culture Mā'ohi	9
Grands principes du système de soins traditionnels polynésiens	9
Vécu et croyances des soins traditionnels	11
Importance des liens dans la culture polynésienne et dans la médecine traditionnelle	12
Perspectives d'amélioration des soins de santé primaires perçus par les patients polynésiens	14
Construire une communication bienveillante entre médecine popa'ā et patient polynésien	14
Sensibilisation du Taote à la culture polynésienne et à la médecine traditionnelle Mā'ohi	15
Renaissance de la médecine traditionnelle grâce à la modernisation des soins de santé primaires	16
Parallèle et rupture entre médecine traditionnelle et médecine popa'ā	16
Les tradipraticiens intégrés au sein du dispensaire	17
Institutionnalisation des ra'au tahiti souhaitée par les patients	20
DISCUSSION	21
Limites et perspectives	23
CONCLUSION	25
ANNEXES	26
Annexe n°1 : Contexte de la question de recherche,	26
Annexe n°2 : Points clefs d'anthropologie médicale	30
Annexe n°3 : Notice d'explication	32
Annexe n°4 : Grille d'entretien	33
Annexe n°5 : Liste de Codes et familles de code	35
Annexe n°6 : Nuage de mot par Atlas ti	37
RESUME	38
BIBLIOGRAPHIE	39

Table des Illustrations

Tableau 1 :Tableau récapitulatif des données socio-démographiques	9
---	---

Introduction

« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés »¹

Mā'ohi, terme signifiant qui vient du pays, autochtone, Polynésien (1). Depuis les années 1980, l'emploi du terme *mā'ohi* s'est généralisé parmi les polynésiens pour s'autodésigner, il s'utilise aussi pour des objets, plantes ou animaux par opposition à ce qui provient de l'occident ou qui est importé, *papa'ā*.⁽²⁾ Ainsi tout professionnel de santé venant exercer en Polynésie française, découvre la culture polynésienne. Notamment le domaine de la médecine traditionnelle *mā'ohi* et les *ra'au tahiti*. *Ra'au* en langue tahitienne définit en premier une plante ou un arbre, mais aussi un médicament (1). *Ra'au tahiti* pour préciser que ce sont des médicaments issus des plantes médicinales du *fenua*³, c'est-à-dire du territoire polynésien. Par opposition, aux *ra'au papa'ā* qui sont des médicaments qui proviennent de l'étranger et le plus souvent ceux du système biomédical⁴.

Quand les sciences médicales et la culture s'intriquent, l'anthropologie médicale entre en jeu. Il s'agit d'une science qui se concentre sur les représentations de la maladie, les itinéraires des malades, le rôle des thérapeutes ou les pratiques thérapeutiques diverses tout en considérant la sphère socioculturelle dans laquelle ils s'intègrent (4). Elle permet d'améliorer les connaissances sur l'univers des soins des différents groupes d'individus étudiés. L'anthropologie médicale apparaît comme l'outil nécessaire pour améliorer la compréhension du système de soins traditionnels par les soignants du monde biomédical en Polynésie française.

Le « turn over ⁵ » médical et para médical laisse supposer un manque ou une insuffisance de connaissances sur le système de soins traditionnels polynésiens. Ce turn-over s'explique par plusieurs facteurs : l'absence de cursus universitaire complet pour les études de médecine (hormis la première année), l'éloignement géographique familial et affectif pour les professionnels de santé métropolitains, la rareté des contrats à durée indéterminée uniquement accessibles par voie de concours à la fonction territoriale. L'offre de formation institutionnelle et de sensibilisation à la culture du monde polynésien pour les professionnels de santé métropolitain est pauvre. Aucune formation culturelle, linguistique n'est requise avant le départ.

¹ Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978.

² *Papa'ā* : personne ou produit d'origine étrangère, introduit (s'oppose à *Mā'ohi*).

³ *Te Fenua* : 1. pays. *Te fenua Marite*, les États-Unis... 2. Terre (opposée à la mer, ou à l'espace). 3. terrain, sol. *Te fenua tupuna*, les terres de famille. 4. île haute (opposée à motu, île basse, atoll).» (1)

⁴ *Système biomédical* : De manière caricaturale, le système de santé biomédical est un modèle basé sur la science et les preuves, de hautes spécialisations et de hautes technologies. Il s'intéresse à la maladie et aux symptômes comme un dysfonctionnement d'organe qu'on diagnostique grâce à des scores, des examens paracliniques et que l'on traite par des médicaments. On utilise volontairement le terme « système biomédical » pour parler du « système conventionnel » pour mettre en exergue les différences d'approche avec le système traditionnel dont l'approche apparaît comme globale / écologique.(3)

⁵ *Turn-over* : anglicisme pour décrire la haute fréquence de renouvellement des professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans les structures de santé.

Des études montrent qu'une bonne connaissance de la culture de la population soignée améliore son adhésion aux parcours de soins, et améliore la confiance envers le personnel soignant. (5,6). Ce qui renvoie au concept anthropologique de sécurité culturelle, selon lequel les professionnels de santé devraient prendre conscience des répercussions de leur culture sur les soins de santé dispensés aux populations originaires du territoire où ils viennent exercer. Cette notion de sécurité culturelle implique de connaître la culture des populations mais également de comprendre les causes d'inégalité de soin et de santé. Ce concept a donc pour but de mettre en lumière les déterminants sociaux, culturels, économiques et politiques qui ont une incidence sur la santé de la population native du territoire, dans notre contexte la Polynésie française. (7)

Les perceptions occidentales, même si elles considèrent la santé comme "un état complet de bien-être physique, social et mental" tel que le définit l'OMS, ont parfois tendance à réduire la santé à l'absence de maladie et à penser la maladie comme une dysfonction d'organe. Celle-ci peut être vue indépendamment d'une personne qui en souffre.

Didier Sicard, professeur de médecine français, résume bien la situation en ce sens :

"-La médecine moderne a fini de considérer la maladie plutôt que le malade, le médecin tend à devenir un technicien de l'organe malade et le malade un usager de la médecine voir un simple consommateur".(8)

Les patients polynésiens et le monde biomédical ne partagent pas la même vision de la santé et de la maladie (9). Dans la langue tahitienne, il n'y a pas de mot pour traduire *stricto sensu* la santé. Le peuple marquisien traduit la santé par "e'a" un équilibre sain entre le corps, l'âme et l'esprit (10). La représentation de la santé pour les polynésiens correspond à l'absence de comportement normatif en réponse à des symptômes ou une maladie : "la santé est le 'négatif photographique' de la maladie" (6). On est en « bonne santé » quand on ne va pas voir le médecin, quand on ne consomme pas de médicaments... La représentation de la maladie en Polynésie apparaît comme plus précise que celle de la santé. Les symptômes sont connus et le système étiologique repose souvent sur un dysfonctionnement exogène. Le corps meurtri n'est qu'un reflet d'un dysfonctionnement du corps social lui-même. (10)

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. (11). Depuis 1976, l'OMS incorpore la médecine traditionnelle dans ses programmes(12) et priorise les soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires sont définis par l'OMS et l'UNICEF de la manière suivante (8):

« Ils constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble. Ainsi ils visent à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins, en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »⁶

⁶ A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, copublié par l'OMS et l'UNICEF.

Ils représentent le moyen le plus inclusif, équitable, économique et efficace d'améliorer la santé physique, mentale et le bien-être social. (13) Selon l'OMS, l'objectif des soins de santé primaire est de fournir des soins aux personnes dans leur globalité. Ne pas simplement traiter des maladies mais analyser les besoins de santé tout au long de la vie du patient.

Cela rejoint ce que soulignait Violla François (14) :

“Le médecin ne soigne pas qu'un organe, il soigne un corps qui n'est pas seulement un corps vivant mais aussi un corps vécu à travers une éducation, un environnement familial, culturel et social. L'ignorer c'est passer à côté du “prendre soin”, passer à côté d'une partie importante du patient.”

Que ce soit dans les perspectives de la santé occidentale ou polynésienne, il faut tenir compte de l'importance de la prise en charge holistique du patient. Notion fondamentale des soins de santé primaires.

La considération de l'utilisation de la médecine traditionnelle par le patient, dans sa prise en charge au sein d'un système de soins, ne ferait-elle pas partie intégrante de sa globalité physique, psychique, sociale, environnementale et culturelle ?

L'OMS effectue des rapports sur son évolution à travers le monde comme en témoigne le rapport : “La stratégie de la médecine traditionnelle pour 2014-2023”. Dans ce rapport, on retrouve la volonté d'associer les guérisseurs aux soins de santé primaires. Respectés dans leur milieu et connaissant le contexte culturel de la population à laquelle ils appartiennent, ils peuvent devenir de précieux auxiliaires dans une société en pleine maturation et au budget sanitaire limité.

Depuis 1803⁷, il y a une réaffirmation du monopole médical en France. Le dispositif juridique protège le titre de médecin et l'exercice médical. Il prohibe ainsi l'exercice illégal de la médecine. Les tradipraticiens soignent dans l'illégalité. Ils occupent alors une place marginale dans le monde du soin. Leur situation devient irrégulière : hors de la loi. Il n'y a plus de place juridique pour l'exercice médical alternatif par des thérapeutes non titulaires d'un doctorat en médecine même si le titre est obtenu de manière régulière dans un autre état européen.

En 2004, le ministère de la santé polynésien souhaite une mise en lumière de la médecine traditionnelle lors d'un nouveau projet. (8) Il s'agit en l'espèce de la mise en place d'un département de médecine traditionnelle au sein du ministère. Nommée la « maison polynésienne de la médecine traditionnelle », « *Pu'ora* » en tahitien, ses missions sont la contribution au recueil, à la préservation et l'approfondissement des connaissances en matière de médecine traditionnelle. A noter que ce département est en partenariat avec des organismes de recherche sur les plantes médicinales pour étudier leurs substances actives, leurs effets indésirables, appliquer la protection intellectuelle entre autres. En 2007 le tribunal administratif met fin au projet car non viable au point de vue juridique. (8)

En Polynésie française, la situation juridique diffère de celle déjà établie en France car ici la médecine traditionnelle est omniprésente dans les faits. Elle est cependant ignorée par le droit qui a renoncé à la réprimer mais qui n'établit aucun cadre légal à son usage. Ainsi les projets qui voient le jour avec comme objectif de faire évoluer la pratique de la médecine traditionnelle

⁷ « Loi du 10 mars 1803 relative à l'exercice de la médecine », *Les Tribunes de la santé*, vol. 59, no. 1, 2019, pp. 125-125.

sont donc jusqu'ici mis en échec et cela malgré les dernières recommandations de l'assemblée de Polynésie française (12).

Effectivement le 16 février 2016, se tient la délibération de l'assemblée de Polynésie française sur l'approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé(15). Elle aborde le sujet d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système de soins en allant dans le sens de la stratégie de l'OMS pour les médecines traditionnelles(16) . Mais sans réel cadre légal, les tradipraticiens ont une peur constante des sanctions et poursuites pour exercice illégal de la médecine même si celles-ci sont rares (sauf cas d'escroqueries, abus de faiblesses etc...). L'utilisation de la médecine traditionnelle ne peut avoir alors qu'une utilisation intrafamiliale non encadrée.

En 2021, à l'initiative du ministre de l'Agriculture, de l'économie bleue ⁸ et du domaine en charge de la recherche, un séminaire de travail a lieu avec comme projet la mise en place d'un cadre juridique de valorisation des plantes médicinales, aromatiques et cosmétiques. L'issue de ce séminaire a fait ressortir la nécessité, dès 2022, de relancer sous une forme officielle, le recensement de l'ensemble des plantes, d'enrichir la base des connaissances et ainsi de créer une réglementation pour conserver, protéger et définir les usages et pratiques.

L'idée et la nécessité d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système de soins a été soulevée à plusieurs reprises ces dernières années. Cependant aucune étude, à ce jour, ne s'est intéressée aux attentes des patients polynésiens en matière d'intégration de leur médecine traditionnelle au sein de leur parcours de soins officiel. Comme le spécifie Bruno Saura, la prise de parole est importante dans la tradition polynésienne « Il est très important que chacun exprime ce qu'il a à dire, ce qui sous-entend qu'il soit venu et donc qu'il ait été invité et qu'il se soit exprimé. [...] Sinon ils vont dire : ils ne nous ont pas demandé ce que l'on en pensait ». « *To matau fenua teie* »⁹(12).

Le système de médecine traditionnelle est un système de soins à part entière en Polynésie française. Son intégration aux soins de santé primaires, qui accueillent en majorité des familles polynésiennes, permettrait une relation de confiance plus solide entre le médecin et le patient ainsi qu'une adhésion plus forte aux soins qui leur sont proposés. Dans cette mesure nous posons la question suivante :

Quelles sont les attentes des patients en Polynésie française envers l'intégration de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires en 2022 ?

⁸ *Economie relative aux activités économiques maritimes, océaniques et côtières*

⁹ *Extrait d'entretien entre Bruno SAURA et Docteur BIAREZ, décembre 2017*

Méthode

Type d'étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi une approche méthodologique qualitative inspirée de l'analyse inductive générale. L'objectif principal de ce type d'analyse était de dégager les significations principales et évidentes parmi les données brutes et relevant des objectifs de recherche. Ce type d'analyse permettait d'étudier des objets de recherche à caractère exploratoire, pour lesquels le chercheur n'avait pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature et dont il existe peu de modèles ou de théories. Le résultat attendu au terme de l'analyse était d'établir les catégories les plus révélatrices des objectifs de recherche identifiés au départ par le chercheur(17). Même si le sujet a été documenté dans la littérature comme en témoignent les recherches sur la médecine traditionnelle polynésienne(18) ou la culture en santé(6,19), nous avons choisi un angle innovant pour l'étudier. Une étude sur l'avis de patients polynésiens à propos de l'intégration de leur médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires, ce qui n'a jamais été réalisé auparavant.

Population

Dans notre étude, la population cible était les patients issus de la population polynésienne des districts des Iles-sous-le-vent, en Polynésie française et la population source était la population polynésienne qui consultait au dispensaire d'Uturoa à Raiatea. Du fait de l'emploi méthodique de l'analyse inductive générale nous avons utilisé un échantillonnage raisonné à variation maximale c'est-à-dire recruter des participants avec un souci d'expression maximale de la diversité. Les critères d'inclusion étaient l'âge, être majeur, être issu de familles polynésiennes et avoir grandi dans la culture polynésienne, être suivi au dispensaire d'Uturoa, avoir les capacités intellectuelles et linguistiques de suivre l'entretien en français ou en tahitien. Les critères d'exclusion étaient l'absence d'identification individuelle au groupe issu de la culture polynésienne, ne pas être suivi au dispensaire.

Le recrutement se faisait à la fin d'une consultation de médecine au dispensaire, les secrétaires distribuaient des notices d'information aux patients lors de leurs inscriptions au début de la journée de consultation. Nous leur demandions s'ils étaient d'accord avec le fait d'être contactés pour participer à une étude portant sur la médecine traditionnelle. Ils étaient informés qu'ils n'avaient pas à donner une réponse immédiate, ils devaient laisser un numéro de téléphone, indiquer où ils préféreraient réaliser l'entretien et exprimer leur préférence pour la réalisation de l'entretien en *reo mā'ohi*¹⁰ ou en langue française. Un temps de réflexion leur était accordé, ainsi les potentiels interviewés n'étaient soumis à aucune pression qui aurait pu être exercée par « l'aura ou l'autorité médicale »

Recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés structurés par un guide d'entretien¹¹. Une revue de la littérature en amont a permis d'élaborer une grille d'entretien afin de répondre au mieux à la question de recherche. Les bases de données utilisées étaient PubMed, Sudoc, Lissa, Dumas, Science Direct, Cairn, Anthropologie et santé. Les entretiens ont été réalisés au dispensaire ou au domicile des patients selon leur convenance dans la langue de leur choix.

Lorsque les entretiens se déroulaient aux dispensaires les symboles de l'autorité médicales (blouse, uniforme, badge, stéthoscopes) étaient volontairement occultés pour limiter leur influence sur les réponses des interviewés. Une attitude neutre, bienveillante et accueillante permettait de mettre à l'aise le participant. Les entretiens se déroulaient en face à face du même côté du bureau pour éviter l'effet

¹⁰ *Reo mā'ohi* : langue polynésienne

¹¹ Cf. Annexe n°4, p.64

« barrière » entre l'investigateur et le participant. L'équipe du dispensaire était informée du déroulement des entretiens. Leur durée n'était pas prédéterminée ou limitée. Personne n'a demandé à réaliser l'entretien en tahitien, nous n'avons pas eu recours à un traducteur. Lors des entretiens nous avons un carnet de bord pour noter les expressions en tahitien, les émotions et ressentis des patients. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application « enregistreur Vocal » Samsung, retranscrit intégralement sur Word et anonymisés.

Aspects éthiques et réglementaires

Une notice explicative¹² a été distribuée à tous les participants à l'étude expliquant le sujet et l'objectif du travail de recherche, le déroulement de l'entretien, le choix du lieu et de la langue de préférence pour le participant ainsi que les coordonnées téléphoniques et électroniques en cas de questions. Les points essentiels de ces notices étaient rappelés à l'oral et les interrogations levées avant le début du recueil. Le consentement pour participer à l'étude a été recueilli à l'oral tout comme l'accord pour l'enregistrement audio avant de commencer chaque entretien. L'ensemble du corpus a été anonymisé avant l'analyse. Compte tenu des données collectées et de l'intervention un comité d'éthique n'a pas été sollicité.

Analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel Atlas Ti 22 (Version 8.4.4 (1135), mise à jour le 8 juillet 2021), elle s'est déroulée en trois étapes. Après une lecture préliminaire des données brutes, une première étape était la création des codes descriptifs¹³. Ils étaient issus de segments de texte du corpus des entretiens. Ils étaient reliés spécifiquement aux objectifs de recherche. La deuxième étape appelée thématization du texte était le regroupement des codes en famille de codes ou catégories similaires pour créer des rubriques (obstacle, facilité, facteurs facilitants). La dernière étape a consisté à regrouper les thèmes pertinents par rapport à la question de recherche en axes représentant les différentes dimensions du phénomène étudié. Nous avons dégagé 3 axes principaux. La saturation des données a été atteinte lorsqu'aucune nouvelle étiquette n'est apparue lors du codage des derniers entretiens retranscrits.

Pour assurer la rigueur de l'analyse inductive nous avons réalisé une triangulation des données. Pour cela nous avons utilisé le codage parallèle en aveugle et la vérification de la clarté des catégories. Nous avons fait appel à un chercheur qui devait réaliser en premier un codage en aveugle. Il avait connaissance du thème général de l'étude mais il n'avait pas accès à notre liste de code. Pour cette étape, nous avons sélectionné un chercheur ayant déjà travaillé sur le terrain avec des patients polynésiens pour qu'il puisse créer une liste de code avec le contexte particulier de la recherche en tête (langage, tradition etc...). Nous avons ensuite sélectionné deux chercheurs supplémentaires, le premier avait déjà exercé en Polynésie et l'autre n'avait aucune connaissance de l'objet d'étude pour réaliser un codage avec la liste de code déjà réalisée par notre équipe de recherche. Nous leur avons donné des échantillons de texte différents pour qu'ils puissent assembler des unités de texte à notre liste de codes qui leur semblaient adéquates. La vérification auprès des participants du codage et de la catégorisation n'a pas été possible, l'analyse étant réalisée en métropole, loin du lieu de recueil des données.

¹² Cf. Annexe n°3, p.63

¹³ Cf. Annexe n°5 p.65

Résultats

L'étude s'est focalisée sur une population de 14 personnes avec une moyenne d'âge de 44 ans. Les entretiens ont duré entre 20 et 90 minutes. Il y a eu 10 entretiens individuels et 1 entretien collectif avec 4 participants. L'entretien collectif n'était pas envisagé au départ mais pour des raisons logistiques les entretiens individuels n'étaient pas possibles ; il s'est réalisé à domicile, chacun répondant aux questions à tour de rôle.

Entretien	Sexe	Age	Lieu de vie	Situation familiale	Nombre d'enfants	Emploi	Santé	Confession	Lieu d'entretien	Durée (min)	Langue d'entretien
N°1	F	62	Tehurui	Mariée	6	Retraitée	MM ¹⁴	Témoin de Jéhovah	Dispensaire	70	Français
N°2	F	48	Vaiiau	Divorcée	3	Patentée ¹⁵	MM	-	Dispensaire	40	Français
N°3	F	56	Vaiiau	Divorcée	1	Retraitée	MAI ¹⁶	Protestante	Domicile	60	Français
N°4	F	37	Tahina	Mariée	2	-	MRC ¹⁷	Mormon	Dispensaire	60	Français
N°5	F	20	Apoiti	Couple	2	-	-	Protestante	Dispensaire	29	Français
N°6	H	58	Uturoa	Célibat	-	SFP	-	Protestant	Dispensaire	60	Français
N°7	H	71	Tahina	Marié	6	Retraité	MM	Catholique	Dispensaire	20	Français
N°8	H	59	Apoiti	Divorcé	6	SE	MRC	-	Dispensaire	20	Français
N°9	H	67	Tehurui	Marié	5	SFP	MM	Protestant	Dispensaire	63	Français
N°10	F	20	Puohine	Mariée	1	Etude	MRC	EJC ¹⁸	Dispensaire	20	Français
N°11a ¹⁹	F	29	Tehurui	Mariée	3	SFP	-	Mormon	Domicile	96	Français
N°11b	F	30	Tehurui	Mariée	-	SFP	-	Mormon	Domicile	96	Français
N°11c	H	31	Tehurui	Marié	3	-	-	Mormon	Domicile	96	Français
N°11d	H	32	Tehurui	Marié	-	-	-	Mormon	Domicile	96	Français

Tableau 1 Tableau récapitulatif des données socio-démographiques

Revalorisation du monde des soins traditionnels et de la culture Mā'ohi

Grands principes du système de soins traditionnels polynésiens

La médecine traditionnelle *Mā'ohi* comporte plusieurs domaines, les *ra'au tahiti* dont on parle le plus souvent, ce sont des médicaments à base de plantes, à prendre surtout par voie orale. Les plantes peuvent être également infusées dans de l'eau très chaude pour réaliser des bains de vapeur, des bains thérapeutiques ou dans l'eau froide pour soigner les fractures ou contusions. Elles peuvent être aussi appliquées comme des emplâtres directement sur la peau. Les massages traditionnels appelés *Taurumi*

¹⁴ MM : Maladie Métabolique

¹⁵ Patenté : Indépendant/ Autoentrepreneur

¹⁶ MAI : Maladie Auto-immune

¹⁷ MRC : Maladie respiratoire Chronique

¹⁸ EJC : Eglise Jésus Christ Saint des Derniers Jours

¹⁹ Entretien Collectif : 2 couples réalisé à domicile

font partie également du champ médical *Mā'ohi*. Certaines pratiques plus marginales sont aussi pratiquées (par exemple *tapu te niho*, qui consiste à inciser les gencives lors de fortes fièvres). A noter qu'il existe dans certaines recettes *de ra'au tahiti* des ingrédients issus de l'importation qui démontre la plasticité des traditions au contact d'une autre culture et d'une certaine adaptation des médicaments modifiant finalement la manière de procéder en incluant de nouveaux ingrédients en fonction des ressources disponibles pour soigner. Le remplacement progressif de la canne à sucre Tō, excipient fréquent des *ra'au tahiti* par le sucre roux importé en est un bon exemple.

Les patients interrogés ont tous utilisé les *ra'au tahiti*²⁰, au cours de leur vie. Ils font partie intégrante de leur mode de vie et de leur culture au quotidien. La plupart des expériences liées aux *ra'au tahiti* rapportent des soins curatifs (petites affections de la vie courante : traumatismes simples, affections ORL, céphalées...). Mais surtout des soins à visée préventive par la pratique de « purge » ou appelés *ra'au hea*, avec une notion de nettoyage interne du corps qui semble fondamentale et à la base de la santé et du bien-être pour les patients.

« Boire le *ra'au* pour purger, pour nettoyer toute la maladie, pour sortir la maladie ». Entretien n°8

Pour les enfants, le soin qui se fait presque de manière constante c'est le *ra'au ira*, un bain à base de feuilles de corossol que l'on fait bouillir et infuser et où l'on baigne l'enfant, il peut s'en suivre des massages. Ce soin est utilisé pour apaiser les enfants et réalisé à tous les âges. L'initiation à la médecine traditionnelle se fait dès la naissance, avec les bains et les massages.

« Parce qu'il y a des enfants, dès la naissance, ils ont des *ra'au Tahiti*, après ton corps est nourri avec le *ra'au tahiti* » Entretien n°9

La pharmacopée des plantes polynésiennes est importante et diversifiée mais il y a certains ingrédients utilisés par les familles de manière très fréquente, soit par facilité d'accès ou par facilité d'utilisation. Parmi les ingrédients les plus utilisés on peut citer l'eau de coco vert « *pape ha'ari ere ere*²¹ », les feuilles de corossol, le curcuma appelé aussi gingembre local, les feuilles d'arbres fruitier ou les feuilles ou fleurs issues des célèbres arbustes de *Gardenia taitensis* ou « *tiare tahiti* ».

« C'est pour ça maintenant je plante, dès que je ne sais pas je cherche, au cas où tu as besoin c'est à côté de toi au lieu d'aller chercher chez les gens, ça fait honte ! » (Entretien n°2)

La durée de prise est de trois jours, personne ne dit ou ne sait réellement pourquoi. Certains attribuent ces trois jours à une relation directe avec Dieu et la religion et font le parallèle avec « la saint trinité » des chrétiens. Il y a des restrictions ancrées dans la mémoire collective, sans qu'il y ait une explication clairement énoncée ou de liens de causes à effets identifiés comme l'interdiction de l'eau glacée qui est citée par toutes les personnes interrogées.

« Le *ma'a* à ne pas manger, pas boire l'eau glacée... », (Entretien N°9)

Si le traitement administré ne fonctionne pas, il peut être renouvelé mais il faut laisser des périodes sans prises de médicament qui varient selon les participants entre une semaine, quinze jours voire un mois pour certains. Les règles varient en fonction des traitements, des patients et de ceux qui les préparent. Il n'y a pas de règle unique, écrite et inflexible. C'est plutôt la notion de pause avec une durée plus ou moins longue qui semble être importante. La règle en revanche à laquelle on ne peut

²⁰ *Ra'au tahiti* : nom en langue tahitienne donné aux médicaments issus de la médecine traditionnelle polynésienne.

²¹ *Pape ha'ari ere ere*²¹ : *HA'ARI 'ŌVIRI*, Variété de cocotier aux fruits de couleur vert sombre. L'eau de ses noix est utilisée comme excipient dans de nombreux médicaments. Cette variété est aussi appelée *ha'ari 'ere'ere*

déroger est l'incompatibilité entre les *ra'au tahiti* et les *ra'au popa'ā*, médicaments issus de la médecine conventionnelle.

« Tu ne peux pas mélanger les 2, ce n'est pas compatible », (Entretien n°11)

« Après, si jamais tu prends des médicaments popa'ā, il faut purger », (Entretien N°3)

Les patients interrogés ont tous conscience des limites de leur médecine lors des situations médicales urgentes où ils préfèrent aller aux urgences ou au dispensaire dans un délai plus ou moins long. Car c'est la solution la plus rapide et efficace pour l'ensemble des interviewés. Beaucoup ont relevé également le fait qu'avec la biomédecine, on a accès à l'intérieur du corps, on peut comprendre exactement ce qu'il s'y passe grâce aux examens du sang et aux imageries contrairement à la médecine traditionnelle. Certains tentent de créer une sorte de cohabitation entre la biomédecine et les *ra'au tahiti* en utilisant le diagnostic biomédical pour se traiter par la suite avec les *ra'au tahiti*, en sachant que le diagnostic est certain ou qu'il n'y a aucun facteur de gravité.

Vécu et croyances des soins traditionnels

L'enfance semble être une période dans la vie des polynésiens qui est imprégnée par la médecine traditionnelle. La nostalgie des *ra'au tahiti* préparés par la grand-mère ou la mère s'entremêle avec les souvenirs de l'enfance où la médecine traditionnelle rythmait la vie familiale. Les polynésiens accompagnent les aînés chercher les plantes, les regardent préparer diverses décoctions et les écoutent attentivement.

« Quand ma mère vivait elle nous soignait avec les ra'au Tahiti ». (Entretien n°8)

« Il t'apprend à faire mais il faut que tu regardes bien ce qu'il faut aller chercher » (Entretien n°11)

La transmission des savoir-faire médicaux polynésiens est orale. La peur de perdre ces savoirs poussent certains à conserver les recettes sur des cahiers. Seuls supports de référence vers lesquels se tourner en cas de besoin. Avec le risque, si le cahier s'égaré, de perdre à jamais les recettes ancestrales.

« Comme j'avais un cahier pour les ra'au au cas où pour mes enfants », (Entretien n°2)

« J'avais ma mère, j'ai tout écrit dans un cahier moitié chanson et l'autre moitié que des ra'au » (Entretien n°8)

Lorsqu'une personne utilise des *ra'au tahiti*, elle doit croire en ses propriétés curatives ou ses bienfaits. Cela s'apparente à de l'effet placebo en biomédecine: l'efficacité est plus importante lorsque la personne est persuadée des bienfaits du médicament. Lorsque la personne n'a pas confiance, le *ra'au* ne fonctionne pas. Le sujet se reprochera son manque de confiance envers le *ra'au*, si celui-ci ne fonctionne pas. Ce sera, pour lui la cause de son inefficacité .

« Peut-être que je n'y crois pas vraiment voilà [...] Après ils te disent qu'il faut avoir confiance, il faut que tu aies confiance au médicament et tu peux guérir » (Entretien n°3)

Que ce soit dans la vie sociale ou dans la médecine traditionnelle, il y a une imprégnation religieuse importante. Il existe une multitude de pratiques religieuses et la référence à Dieu y est constante, particulièrement au Dieu chrétien.

« On va dire merci seigneur, il ne faut pas l'oublier à lui ! Il nous guérit aussi ». (Entretien n°11)

L'importance de croire en l'efficacité des *ra'au tahiti* peut être liée au fait que le *ra'au tahiti* est fait à base de plantes issues de la nature. Dans les représentations des sujets, la nature est créée par Dieu. Il faut donc croire aux *ra'au tahiti* parce que de manière indirecte, c'est Dieu qui l'offre au travers de la nature.

« J'aime être connecté avec la terre ». (Entretien n°2)

La notion de rémunération des *ra'au tahiti* est sujet à controverse. La croyance veut que lorsqu'on réclame de l'argent pour un soin traditionnel, cela ferait perdre son pouvoir curatif au traitement. On ne peut pas parler réellement de gratuité des soins mais plutôt de don et de contre don. Certains n'acceptent rien en échange mais d'autres acceptent les dons en nature : nourriture, biens de consommation etc...

« Et aujourd'hui il y a des personnes qui en tirent profit voilà... Qui vendent le ra'au » (Entretien n°1)

« N'achète jamais un médicament traditionnel ça ne fonctionnera pas » (Entretien n°4)

Là encore, il pourrait y avoir une connotation divine. On ne peut pas demander de rémunération car le *ra'au* que l'on fabrique est à base de plantes issues de la Nature, elle-même créée par Dieu. C'est un don de Dieu, on ne peut pas alors demander de l'argent pour quelque chose issu de la création divine.

« Pour moi Dieu nous a tout donné, la création qu'il nous a donnée, on doit l'utiliser mais en remerciant ». (Entretien n°1)

L'absence de formation officielle sanctionnée par un diplôme reconnu par le groupe ne permet pas à celui qui prépare les *ra'au tahiti* de prétendre à une rémunération. Comme si on ne « méritait » pas d'être payé pour réaliser quelque chose où il n'y a pas eu de formation officielle derrière. Cela s'apparenterait plus à une sorte de bénévolat, « j'ai un don alors je le partage avec ma communauté ».

« Nous les tahitiens on propose seulement ça sans faire des recherches » (Entretien n°1)

Une part de la médecine traditionnelle se rapporte au domaine mystique. Avec des motifs de consultation plus ésotériques tels que favoriser le lien entre le monde des vivants et des morts, traiter les personnes qui seraient possédées par des esprits ou encore jeter des sorts.

« Mes parents parlent de "tupapo ma'i" c'est la maladie et tupapo ce sont les fantômes. » (Entretien n° 6)

Il y a une réelle crainte de ces pratiques par la population mais son emploi est régulièrement cité. La jalousie, l'hypocrisie inter ou intra familiale, ou les problèmes fonciers sont les principales raisons données pour justifier l'emploi de ce type d'utilisation de la médecine traditionnelle.

« C'est beaucoup d'hypocrisie, jalousie alors il te lance un sort [...] Quand tu as mal partout et que les ra'au popa'a ne marchent pas ni les ra'au tahiti, tes proches ne te reconnaissent plus, c'est là qu'on sait qu'on t'a jeté un sort. ». (Entretien n° 6)

Importance des liens dans la culture polynésienne et dans la médecine traditionnelle

“*Te nati*”, le lien, une notion primordiale au sein de la culture mais aussi du monde des soins traditionnels polynésiens. Ils sont tous très puissants et tissent ensemble la toile de la culture polynésienne elle-même. Celui qui ressort en premier, au fil des entretiens, c'est le lien qui unit les polynésiens à la Nature. Il est présent dans chaque domaine de la vie courante que ce soit dans la manière de se nourrir, dans les activités, les chants, les danses, les outils, les habits, les matériaux de construction ou dans la manière de se soigner. La nature est présente constamment dans le quotidien de chacun. Comme la mère qui accompagne l'enfant, la nature accompagne la personne tout au long de sa vie. Les polynésiens apprécient la médecine traditionnelle parce qu'elle prend racine au sein même de la Nature. Elle est issue du *Fenua*, de la terre mère qui les a accueillies et fait grandir. Cette connexion à la nature semble rendre cette médecine plus pure aux yeux des polynésiens, car elle est issue de la même nature qu'eux.

« J'aime être connecté avec la terre » (Entretien n°2)

« Je préfère que ça vienne de la nature... C'est le meilleur parce que nous même on est nature ». (Entretien n°8)

Le lien maternel, au même titre que le lien avec la nature, tient une place majeure dans la vie polynésienne. C'est la mère qui fait naître et fait grandir son enfant, elle prend soin de son foyer et soigne ses proches lorsqu'ils sont malades. C'est souvent la mère qui est mentionnée à propos de la transmission des *ra'au tahiti*, dans les souvenirs d'enfance c'est elle qui prodigue les soins.

« Ma maman m'apprend comment faire. Et moi je le fais pour mes enfants, pour moi et mon tane, pour mon foyer... » (Entretien n°4)

Dès le plus jeune âge, la transmission est déjà présente par l'observation des différentes préparations qui restent en mémoire à l'âge adulte lorsque la personne réalise ses propres médicaments. Pour chaque préparation, il restera toujours le souvenir maternel. La mère transmet à ses enfants, qui transmettent à leurs propres enfants et ainsi de suite sur plusieurs générations.

« À partir de 15 ans c'est moi-même. Je voyais ma maman comment elle faisait, elle me montrait comment faire [...] Parce que ma maman elle a reçu ça de son arrière-grand-mère, de ses ancêtres, de ses *tupuna*, c'est dans la famille. ». (Entretien n° 6)

Sans avancer que la médecine traditionnelle est pratiquée seulement par les femmes d'une lignée, la mère reste cependant un élément central dans l'évocation des *ra'au tahiti*. La transmission se fait aux enfants qui ont la volonté, l'envie d'apprendre et l'intérêt pour la préparation des *ra'au tahiti*. Cette transmission intra familiale montre l'importance du lien avec les ancêtres, les *tupuna*. Il y a un immense respect pour les personnes âgées. Effectivement, il semble y avoir une conscience collective qu'elles détiennent le savoir des traditions dans tous les domaines et c'est ce qui leur vaut le respect de toute la communauté ; que ce soit dans la pêche, la cuisine, le tressage, la danse, l'agriculture, les soins etc... C'est par leurs enseignements durant l'enfance puis à l'âge adulte que chacun apprend à devenir un vrai « *Mā'ohi* ». Le partage des savoirs est vertical d'un parent à son enfant mais aussi d'un *tupuna*²², grand-père à son petit-fils, *mo'otua*²³.

« J'allais avec lui, il m'expliquait tout, comment il faut faire, qu'est-ce qu'il faut prendre, qu'est-ce qu'il faut mettre, combien de doses d'eau tout ça. ». (Entretien n°11)

Il est souvent revenu au cours des entretiens que certains *tupuna* ne désiraient pas révéler leur savoir. Comme si ce savoir était un don précieux qu'ils ne pouvaient pas partager à n'importe quel « *mo'otua* ». Au sein même de la famille, il fallait trouver la personne prête pour assurer la transmission. S'ils ne la trouvaient pas, ils préféreraient mourir en emportant avec eux leurs connaissances, gardées secrètes de tous, plutôt que de prendre le risque qu'il y ait un mésusage de leur don, préférant que celui-ci soit perdu à jamais. Les plus jeunes générations se plaignent alors de la perte de ces savoirs. Mais ce manque de volonté de partager peut-être également en rapport avec l'une des croyances liée aux *ra'au tahiti* qui est la perte de son pouvoir curatif si on en révèle la recette. Cela justifie pour certains de garder leurs savoirs secrets.

« Quand il n'y aura plus les vieux, il n'y aura plus de *ra'au tahiti* ! » (Entretien n°8)

« Ils ne donnent pas, ils disent "non, non, non si je te donne il va plus fonctionner mon *ra'au* ». (Entretien n°4)

²² *Tupuna* : ancêtre, *tupuna tane* : grand-père, *tupuna vahine* : grand-mère

²³ *Mo'otua* : enfant du fils ou de la fille par rapport au grand-père, à la grand-mère ou enfant du neveu ou de la nièce par rapport au grand-père, à la grand-mère

Pour ceux qui décident de partager leur savoir, ils choisissent dans leurs descendants les plus investis et les plus intéressés, ceux qu'ils sentent « bons » et « biens dans leur tête et leur esprit ». Il faut être une bonne personne pour pouvoir soigner les gens avec les *ra'au tahiti*. Car pour tous les patients interrogés la médecine traditionnelle doit être prise au sérieux, ce n'est pas un « jeu ».

« Le ra'au tahiti, ce qu'on m'a dit ce sont les vieux qui donnent. Faut que tu sois motivé pour faire ce ra'au là et ça va guérir ta maladie ». (Entretien n°2)

Perspectives d'amélioration des soins de santé primaires perçus par les patients polynésiens

Construire une communication bienveillante entre médecine popa'ā et patient polynésien

Certains patients se rendent au dispensaire seulement quand ils n'ont plus le choix. La plupart apprécie la compétence des médecins et l'efficacité des traitements administrés pour soulager rapidement leurs symptômes, comme la douleur. Les patients sont reconnaissants envers la médecine conventionnelle pour les situations graves, urgentes ainsi que pour les soins aux enfants.

« On va continuer à faire comme si de rien n'était alors qu'en fait, non on est malade [...] je viens de temps en temps ici pour mes enfants. ». (Entretien n°4)

Les personnes âgées, *matahiapo*²⁴ sont les patients identifiés comme ceux ayant le plus de difficultés pour se conformer aux exigences du système de soins biomédical. L'utilisation systématique et quasi exclusive d'une langue d'adoption, le français, pour parler de leur santé est un des freins identifiés par les patients. La confiance envers les ra'au tahiti construite sur des années d'utilisation salutaires est un autre facteur qui limite leur adhésion au système biomédical.

Entretien n°10 « mon grand-père il n'aime pas du tout...c'est le fait aussi qu'il a peur de pas être compris. », « Il est habitué depuis toujours aux ra'au Tahiti ».

Pour beaucoup de patients, il persiste une réelle peur du monde biomédical et une crainte de consulter dans un centre de santé comme les dispensaires, les cabinets de médecine générale, les urgences ou hôpitaux. Cela engendre des comportements d'évitement et de déni. Les patients vont mettre leurs problèmes de santé de côté jusqu'à ce que la consultation médicale devienne urgente, entraînant parfois des complications sévères voire irréversibles car les délais d'attente sont trop longs.

« Les tahitiens, c'est ça ils arrivent dans un état piteux chez le médecin ». (Entretien n°3)

« Tu n'as pas envie... rien que le mot seulement "hôpital" direct "non c'est bon je prends seulement le doliprane" ». (Entretien n°4)

Les patients pensent que pour renforcer leur confiance envers les *taote*, la communication doit être fluide et chaleureuse, les *taote* doivent se faire comprendre sans se cacher derrière des mots compliqués. Le fait que le médecin soit présent sur le territoire depuis plusieurs années rassure, cela veut dire qu'il connaît les codes, les respecte et les intègre à ses prises en charge et par conséquent qu'il respecte les patients.

Le *taote* est perçu comme une personnalité importante dans la société, il est respecté et on lui fait confiance car il a fait de longues études pour guérir les personnes et prescrire les médicaments. Une

²⁴ *Matahiapo* : aînés, aussi pour nommer les personnes âgées en tant qu'« aînés »

meilleure compréhension du fonctionnement de la médecine conventionnelle et des *ra'au popa'ā* serait souhaitée par les patients. Il y a une nécessité d'instaurer un dialogue bienveillant entre le monde biomédical et les patients. Essayer de décomplexifier la relation entre le médecin et ses patients où il règne généralement un réel paradoxe : la réticence à venir se faire soigner et la confiance déjà présente envers le *taote popa'ā* et ses *ra'au*.

« Même moi quelquefois je ne comprends pas, mais je ne me gêne pas pour dire “tu peux expliquer” », « mais d'autres ils vont dire “ah. Ok...” Mais ils n'ont pas compris [...] S'il vient d'arriver ça fait que 5 ans ou 3 ans ce n'est pas la peine il ne viendra pas te voir, sauf si le médecin il est là depuis plus de dix ans, là, le tahitien il fait confiance ». (Entretien n°4)

Sensibilisation du Taote à la culture polynésienne et à la médecine traditionnelle

Mā'ohi

Pour comprendre cette réticence à se faire soigner, cette peur des centres médicaux tout en ayant confiance envers la biomédecine et les *ra'au popa'ā*, il faut d'abord saisir ce qu'attendent les patients, des médecins qui les soignent.

Lorsque les patients s'entretiennent avec des médecins venant de la métropole pour les soigner, l'attente est plus profonde qu'une simple analyse de la plainte du jour : ils recherchent une attention envers leur propre personne et aussi à l'égard de l'ensemble de leurs traditions, de leur mode de vie et de leur fonctionnement. Un médecin sera encore plus apprécié s'il s'intègre à la vie polynésienne et qu'il montre de l'intérêt pour les différents aspects de la culture, des coutumes qui rythment la vie des patients, et surtout celles en lien avec la santé (exemple des bains chez les enfants, les purges, *ra'au hea* ...).

« Mais sinon il faut que tu t'intègres, c'est la moindre des choses ! Parce que quand tu t'intègres les gens ils t'acceptent ». (Entretien n°3)

Un Taote qui fournit des efforts pour apprendre le « *reo mā'ohi* », la langue polynésienne, démontre un respect envers les patients qu'il soigne. La demande principale des patients est l'apprentissage des bases de leur langue par les médecins arrivant de métropole. Pouvoir communiquer en tahitien avec leur médecin est une source de joie pour beaucoup d'entre eux. Cette demande est motivée entre autres par les anciens, qui pour certains, n'osent pas venir dans les structures de soins car ils ne comprennent pas ou ne parlent pas le français. C'est le cas de certains patients qui parlent une langue véhiculaire simplifiée mélangeant le français et le tahitien. L'expression et la compréhension de la langue française, langue avec une grammaire et une syntaxe différente du tahitien, peut s'avérer compliquée pour un polynésien lors d'une conversation entièrement en français. Ils rencontrent des difficultés pour décrire les sensations physiques corporelles ou psychiques qu'ils éprouvent. Parler avec le médecin en tahitien permet de mieux se faire comprendre sur les symptômes et d'assimiler correctement les attentes du médecin sur les traitements à suivre ou les examens à réaliser. Cependant, il est rare qu'un médecin ait acquis quelques bases en *reo mā'ohi* avant d'exercer ou même après quelques temps sur le territoire polynésien.

« C'est ma langue déjà ! Et que ça soit un *popa'ā* qui me parle en tahitien ça fait beaucoup pour nous ». (Entretien n°5)

« Je ne dis pas qu'il va savoir parler le tahitien, mais savoir dire quelques mots ». (Entretien n°3)

Pour les patients interrogés, discuter de *ra'au tahiti* ouvertement avec le médecin n'est pas commun. On ne leur demande que rarement s'ils utilisent la médecine traditionnelle ou s'ils ont pris des *ra'au*

tahiti avant de consulter. Un intérêt envers leur médecine est le bienvenu pour construire une relation de soins sans tabou.

Il faut prendre conscience de la souffrance des patients lors d'expériences de rejet par le corps médical à la mention de prise des *ra'au tahiti*. Perçus comme du poison ou comme quelque chose d'inefficace, il est souvent interdit au patient d'en prendre. Ce rejet de la part du personnel soignant rompt la confiance précédemment établie au cours de la consultation. Engendrant un sentiment de honte et dans la langue polynésienne « *te ha'ama* ». Pour le patient se sentant rejeté, jugé voire humilié, c'est comme si une partie de son mode de vie n'était pas prise au sérieux. Dans ce contexte, les *ra'au tahiti* ne sont que rarement évoqués lors des consultations afin d'éviter toute malaise entre le patient et le *taote*. Les pratiques se font en secret, il faut mentir pour ne pas avoir de problèmes et ne pas se sentir mal à l'aise.

« Je ne sais pas pourquoi il y a ce tabou mais il y a des médecins qui ne veulent pas en entendre parler des médicaments traditionnels » .(Entretien n°3)

« Les médecins qu'on voyait ils disaient comme ça... "ah mais faut pas venir ici après vous rentrez chez vous prendre votre médicament traditionnel c'est un poison !" je ne comprends pas j'ai grandi dedans... Pourquoi il dit que c'est un poison » (Entretien n°4)

Un médecin qui prend le temps de comprendre son patient sur l'emploi des *ra'au tahiti* et démontre un intérêt envers la médecine traditionnelle, sera alors apprécié de tous, même s'il est déjà respecté du fait de son statut de *taote*, la confiance envers lui sera renforcée. La communication sera plus aisée et le malaise moins profond. Finalement, les patients demandent de ne pas porter de jugements sur leur médecine traditionnelle sans même la connaître. Ils ont bien conscience qu'elle peut effrayer les médecins qui ne la connaissent pas du fait des accidents liés aux surdosages qui touchent surtout les enfants. Cependant, ils défendent le fait que la médecine traditionnelle est sérieuse : les procédés de réalisation sont stricts mais ils sont conscients des risques graves parfois létaux s'ils ne sont pas correctement respectés.

« Si ce n'est pas la bonne dose, on n'a pas le bon diagnostic, on peut tuer cette personne ». (Entretien n°4)

Ce dénigrement de la médecine traditionnelle perçu par les patients montre le statut de toute puissance des médecins occidentaux dans la situation interculturelle de la relation de soins. Pour les patients interrogés, ce serait une belle avancée si les médecins prenaient conscience de l'existence de cette médecine et qu'ils apprenaient à l'évoquer et à en discuter en consultation sans la juger négativement.

« C'est la meilleure chose à faire avant de venir ici, comprendre la mentalité des tahitiens et ensuite savoir parler la langue. Apprendre la culture, le respect de chaque tahitien. Surtout le partage, le vécu des gens [...] j'apprécie énormément qu'il valorise notre culture, nos savoirs, nos traditions ». (Entretien n°4)

« Ils vont mal te parler s'ils entendent parler des *ra'au tahiti*, parce que pour eux c'est du n'importe quoi les *ra'au tahiti*. Et s'il me demande ? Je suis obligé de mentir parce que je les connais les docteurs, même si j'ai pris il y a un mois je ne dis pas ! ». (Entretien n°11)

Renaissance de la médecine traditionnelle grâce à la modernisation des soins de santé primaires

Parallèle et rupture entre médecine traditionnelle et médecine popa'ā

Quand on interroge les patients à propos de leur médecine traditionnelle, ils la comparent régulièrement à la biomédecine. Ils relèvent des différences ou des similitudes mais ce désir de comparer continuellement les deux systèmes semble être perçu comme une volonté de les considérer

avec le même respect. Ils veulent démontrer que la médecine traditionnelle est dictée par des règles aussi importantes que celles qui régissent les conventions de la biomédecine. Tout comme la biomédecine, la médecine traditionnelle peut être dangereuse si on ne respecte pas ses règles. La problématique de la dose est celle sur laquelle les patients s'attardent le plus.

« La médecine traditionnelle ce n'est pas un jeu » (Entretien n°4)

La différence principale entre ces deux disciplines, serait la manière de réaliser le diagnostic.

L'inexistence d'examen paracliniques dans la médecine traditionnelle l'empêche d'avoir la capacité de voir au-delà du corps palpé. Un autre point où les deux systèmes s'opposent est celui de la rareté des gestes à caractère invasif dans la médecine traditionnelle. On relève deux procédures fréquentes et relatées par les patients interrogés : la supercision *te peritome Mā'ohi*, qui consiste à inciser de manière médiane la face dorsale du prépuce, un rituel du passage à l'âge adulte. Et l'incision des gencives lors de fortes fièvres, *tapu te niho*.

« On voit la différence, c'est pratique, on voit c'est l'image du corps, de la personne. On fait le scanner, radio écho ». (Entretien n°2)

« Le ra'au Tahiti non y'a pas tout ça. [...] Tu t'assois seulement et tu dis ta maladie ; déjà dans leur tête, ils savent ce qu'il faut ramasser, prendre telle plante etc.... C'est ça qui empêche le ra'au tahiti de passer chez vous ». (Entretien n°9)

La biomédecine occidentale est régulée par des lois et des recommandations issues de la science. À l'opposé des *ra'au tahiti* autour desquels règne une errance législative ainsi que peu de recherches scientifiques permettant d'encadrer leurs utilisations. Malgré cela, ils sont utilisés par le peuple polynésien depuis le début de leur civilisation jusqu'à aujourd'hui. En allant à l'encontre des interdictions et des blâmes de la part du monde biomédical, en poursuivant son emploi de manière clandestine, à l'abris des regards réprobateurs des médecins, les patients ont perçu qu'il manquait un encadrement légal d'une part et scientifique d'autre part. Ils ressentent qu'aucun développement autour de leurs soins traditionnels n'est entrepris. Il n'y a aucune possibilité de se former de manière officielle et légale contrairement au système biomédical.

« On va plus se cacher des docteurs si tout est légalisé, on ne va plus mentir » (Entretien n°11)

« C'est le manque de savoir sur la préparation des ra'au Tahiti ». (Entretien n°7)

Si l'intérêt pour les *ra'au tahiti* est présent chez un jeune, il faut qu'il ait de la chance en grandissant au sein d'une famille où la tradition et la transmission sont toujours présentes sinon il doit chercher par ses propres moyens des personnes qui veulent lui transmettre leurs savoirs, ce qui n'est pas toujours accessible.

« Les enfants élevés par les grands-parents, eux ils transmettent les ra'au tahiti. » (Entretien n° 6)

Les tradipraticiens intégrés au sein du dispensaire

« J'ai 67 ans et je n'ai jamais entendu que les ra'au tahiti...même pour les massages tout ça...Mais c'est bien ce que tu es en train de faire, je trouve ça merveilleux, on aurait dû faire ça bien avant ». (Entretien n°9)

Outre la transmission intrafamiliale transgénérationnelle, certaines personnes sont dotées d'un don particulier pour réaliser un *ra'au* particulier, un soin traditionnel ou encore un domaine spécifique de la médecine traditionnelle. Ils consacrent leur temps aux soins traditionnels et deviennent le référent soignant dans la famille au sens large et parfois selon l'efficacité de ses soins, ils acquièrent une notoriété plus ou moins vaste à travers le territoire. En français nous avons choisi le terme

tradipraticiens pour les définir, en tahitien plusieurs appellations sont possibles. « *Tahu'a ra'au tahiti* » signifie spécialiste en médicaments, soins traditionnels. Aujourd'hui il est controversé, initialement, le mot « *tahu'a* » décrivait un spécialiste au sens large (*tahu'a va'a, tahu'a ahima'a...*). Or pour beaucoup de sujets il est apparenté à des pratiquants de sorcellerie²⁵ de telle sorte que son emploi pour décrire les tradipraticiens peut gêner les patients. Ils lui préfèrent des termes comme « *vahine ra'au tahiti* », « *ta'ata ra'au tahiti* », ou encore « *taote ra'au tahiti* ».

« Mais pour moi, ça veut dire beaucoup, il y a des *tahu'a* qui jettent des sorts ». (Entretien n°3)

« Chez les tahitiens il y a un mélange avec un peu des choses *tahu'a*... Ils font des choses un peu démoniaques comme ça, avec de la magie ». (Entretien n°1)

L'idée de permettre à des tradipraticiens d'intégrer le dispensaire est à la fois une source d'étonnement et d'intrigue pour les patients qui avouent n'avoir jamais entendu parler d'une telle action auparavant. L'imaginer est quelque chose d'encore plus difficile. Quand on leur demande d'émettre des idées sur cette hypothèse d'intégration, la principale idée est d'avoir le choix. Les patients y voient une opportunité de choisir ce qu'ils veulent pour leur santé. Avoir le choix de voir le tradipraticien ou le taote quand on consulte au dispensaire, aller voir d'abord le taote et discuter ensuite avec le tradipraticien sur les plantes que l'on pourrait utiliser pour telle affection, des conseils sur les préparations. Le fait d'avoir quelqu'un avec qui échanger sur leurs soins, les plantes médicinales adaptées à tels symptômes, les dosages. Finalement ils souhaiteraient être acteurs de leur propre santé.

« Les secrétaires te demandent qui tu veux voir le taote popa'a ou ra'au tahiti. (Rires). [...] Demander des renseignements, qu'est-ce qu'il faut faire, c'est quoi le ra'au tahiti. ». (Entretien n°2)

« J'aimerais bien voir le taote d'abord avant, que je sache ce que j'ai comme maladie avant d'aller prendre le ra'au tahiti » (Entretien n°1)

L'idée d'un partage entre les tradipraticiens et les médecins pour faire avancer les recherches sur les *ra'au tahiti*, ravivent l'espoir de beaucoup d'entre eux. Il y a une réelle peur de perdre ces savoirs traditionnels car les plus jeunes générations délaissent peu à peu ces traditions, les personnes âgées partent avec leurs connaissances, il n'y a pas d'essor qui redynamiserait le monde de la médecine traditionnelle et qui stimulerait l'intérêt de la jeunesse polynésienne.

« C'est la tradition qui est en train de se perdre. » (Entretien n° 6)

« Pour les enfants hein, on dit on va oublier, "mo'e", il ne faut pas oublier nos trucs. » (Entretien n°2)

Une collaboration des deux médecines dans un même centre laisse à la plupart des patients un espoir de valoriser leurs cultures du soin. Mais elle n'est pas vue d'une manière positive par tout le monde. L'idée ancrée d'une incompatibilité éternelle entre la biomédecine et la médecine traditionnelle est un fait répété et enregistré dans la mémoire collective. Imaginer qu'une telle collaboration puisse exister n'est pas envisageable pour certains des patients interviewés. Toujours rejetée et critiquée, pourquoi en serait-il autrement aujourd'hui ? Alors qu'il est répété que c'est une pratique dangereuse et qu'il ne faut pas s'en servir.

« Dans un dispensaire où il y a des ra'au tahiti et des ra'au popa'a ce n'est vraiment pas possible ça ne va pas marcher. » (Entretien n°11)

²⁵ Ce spécialiste des soins traditionnels a un statut très particulier empreint de sacrer *te mana*, sens polynésien de pouvoir d'origine divine. Les missionnaires ont connoté le terme *tahu'a* à un sorcier, un spécialiste du monde païen.

« Donc toi tu n'es pas pour alors ? -Non non non. ». (Entretien n°7)

De plus comme elle n'est pas encadrée, la question se pose quant à sa prise en charge par la CPS²⁶ et le budget alloué pour employer ces tradipraticiens au dispensaire. La piste du bénévolat est suggérée dans la mesure où le *ra'au tahiti* repose sur un système de don et de contre-don et non sur des logiques économiques de profit. La confection des *ra'au tahiti* requière beaucoup de plantes, ce sont des préparations qui ont des délais de conservation très courts, nécessitant une grande organisation. Là encore des idées émergent, comme la construction de pépinières pour avoir à portée de mains les plantes les plus utilisées.

« J'avais déjà réfléchi à soigner les personnes à la manière traditionnelle, juste une grande pépinière avec plein de *ra'au tahiti* dedans [...] le problème c'est que ça ne va jamais se passer comme ça à cause de l'argent. » (Entretien n°11)

Valeurs communes avec les patients polynésiens

Les tradipraticiens ayant vécu en partageant les mêmes traditions, la même culture que les patients seraient un atout pour les soins de santé primaires s'ils venaient à y être intégrés. Cela permettrait aux patients qui le désirent d'échanger en *reo Mā'ohi*. Il pourrait en découler une adhésion plus marquée chez une partie de la population qui est très sensible à l'imprégnation culturelle dans leur santé. C'est le cas des *matahiapo*, les aînés, comme cités auparavant, qui ne se rendent pas facilement au dispensaire mais aussi des plus jeunes qui apprécieraient de voir les soins traditionnels revalorisés par le monde biomédical.

« Mais si je sais qu'il y a la médecine traditionnelle là, je vais aller plus facilement. C'est comme si j'allais chez ma tatie » (Entretien n°4)

Importance de la notoriété du tradipraticien du dispensaire

Pour qu'un tradipraticien soit introduit au dispensaire, les patients souhaitent qu'il détienne une certaine notoriété. Qu'il ait fait ses preuves auprès de la population. Il faut une transparence sur ce qu'il connaît, ses dons et savoirs et si ses *ra'au tahiti* fonctionnent. C'est la seule manière d'appréhender le niveau du tradipraticien, faute de ne pas avoir un diplôme officiel permettant de faire valoir ses qualités et ses compétences. Sa notoriété et son savoir expérientiel sont indispensables pour évaluer la confiance à accorder à un futur tradipraticien qui envisagerait d'intégrer les soins de santé primaires.

« Moi j'aimerais bien savoir si son *ra'au tahiti* a un bon effet sur la maladie de la personne [...] taote j'aimerais bien quelqu'un de connu, par exemple pour les massages traditionnels, les plantes » (Entretien n°1)

Une médiation entre deux mondes

Certains patients ont mentionné les avancées du CHPF, Centre Hospitalier de Polynésie Française, en matière d'intégration de la médecine traditionnelle²⁷. Ils ont félicité le nouveau concept et souhaitent qu'il se passe la même procédure chez eux. Le tradipraticien sorti de l'ombre et de la clandestinité avec un statut légal, partagerait son savoir avec les équipes médicales des dispensaires ou autres centres de santé. Ce seraient les médiateurs culturels qui relieraient deux mondes séparés actuellement par une

²⁶ CPS : caisse de prévoyance sociale, établie en 1995, permet la prise en charge des dépenses de santé cf. annexe : La Polynésie française

²⁷ Depuis 2019, au CHPF, intégration de tradipraticien dans le service de pneumologie Dr PARRAT, Reportage télévisé le 27/01/2020 puis le 11/12/2021 sur la chaîne Polynésie 1ere. (Cf. Discussion)

incompréhension mutuelle. Les patients attendraient de ce concept une amélioration de l'échange et de la compréhension avec le corps médical.

« Je sais qu'il y a une femme au Taone, à l'hôpital qui va masser. J'ai vu à la télé elle a eu une autorisation spéciale » (Entretien n° 6)

« C'est bien ça pour améliorer notre hôpital aussi, instaurer des trucs traditionnels, massages, ventouses, pour les enfants, pour les adultes... ouai c'est ça que je veux aussi pour notre hôpital. » (Entretien n°2)

Institutionnalisation des ra'au tahiti souhaitée par les patients

La perte des savoirs traditionnels est une angoisse généralisée, comme si c'était une partie de leur identité qui s'éteignait au fil du temps. Ils sont conscients que les personnes âgées doivent les transmettre aux plus jeunes.

« Nos enfants ils ne veulent plus faire les ra'au Tahiti, c'est en train d'être d'oublier », « les ra'au traditionnels tu mets la main à la pâte ! C'est plus long ! » (Entretien n°2)

« Les tahitiens il n'y a pas d'écoles [...] Mais je n'ai jamais vu que pour les ra'au tahiti il y a eu des formations [...] Parce que s'il y a un grand taote tahitien qui dit voilà faut venir à l'école je pense que vous vous irez tous là-bas aussi les taote popa'ā. » (Entretien n°9)

Outre la transmission des savoirs par les *tupuna* aux générations suivantes, c'est un recueil général du savoir traditionnel qui pourrait servir de base pour des recherches futures sur les plantes médicinales. Ainsi les patients souhaiteraient une collaboration entre la biomédecine et les tradipraticiens pour entreprendre ensemble des recherches sur les ra'au tahiti. Elle permettrait de créer des supports de connaissance générale sur les savoirs médicaux traditionnels et ainsi de les revaloriser et d'accroître la confiance envers leur utilisation. Ensuite grâce à ces supports, il serait envisageable d'organiser des formations pour acquérir un titre légal de tradipraticien reconnu par les pairs médecins, jusque-là inexistant.

« Peut-être les taote vont se réunir avec les tahitiens pour étudier, pour emmener au labo ». (Entretien n°9)

Des formations en médecine traditionnelle proposées sur le territoire polynésien permettraient un regain d'intérêt pour la jeunesse polynésienne envers une partie de leur culture celle *des ra'au tahiti* ; car actuellement, les patients relèvent un manque d'intérêt culturel des plus jeunes qui s'acculturent avec une forte influence occidentale.

A terme, avec ces formations il y aurait des référents de confiance avec qui la population pourrait échanger en toute sécurité et de manière légale. Un centre de soins de santé primaires intégratif en termes de médecine locale traditionnelle permettrait au patient d'avoir le choix pour sa santé et son parcours de soins. Actuellement les patients viennent au dispensaire non par choix mais parce qu'il n'y a pas d'autres options approuvées légalement en termes d'offre de soins. Ils ont confiance en la biomédecine en termes d'efficacité et de rapidité, ça les guérit. Mais s'ils avaient le choix, ce ne serait pas pour tout le monde, la première option.

La meilleure option serait qu'ils viennent en pleine confiance dans les structures de soins de santé primaires car on respecterait leur identité culturelle. Si on accepte la manière dont les patients se soignent, on les soigne mieux. Si le médecin accepte la médecine traditionnelle, accepte qu'elle existe, qu'elle soit présente au sein des foyers polynésiens, l'adhésion aux soins sera décuplée.

« Je veux qu'il y ait cette confiance entre la Médecine traditionnelle et la médecine moderne » (Entretien n°4)

Discussion

Les patients interrogés lors de cette étude sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires ont donné leur perception des changements envisagés pour améliorer la relation complexe qui règne entre ces deux systèmes(20). Les entretiens menés avec les patients font ressortir que l'intégration de leur culture du soin dans un centre de santé passe par plusieurs étapes avant de pouvoir y intégrer la médecine traditionnelle au sens propre. Améliorer les fondements relationnels entre le médecin et le patient est une part importante des volontés initiales des patients. La plupart d'entre eux sont très attachés à leurs traditions transmises depuis la naissance de la civilisation *Mā'ohi* qui portent une attention particulière à la santé et au bien-être. À l'époque, les populations n'avaient que très peu de ressources pour soigner les maladies graves. Alors la prise en charge personnelle du bien-être physique et psychique fut primordiale pour la santé sociale du groupe(8). Cette façon de penser s'est progressivement ancrée dans le patrimoine culturel du peuple polynésien. De fait, la médecine traditionnelle accorde une place centrale à la prévention par des rites culturels. Les plantes à visées curatives ne sont utilisées qu'en dernier recours(10). Dans ce contexte, le médecin qui prend en charge ces populations doit être conscient des valeurs auxquelles sont attachés les patients. Ces derniers souhaitent que le médecin montre un intérêt sincère à leur personne que ce soit physique, psychique ou sur le plan culturel, à commencer par l'apprentissage de la langue polynésienne avant de venir exercer en Polynésie française. Il s'agit en l'espèce de la demande la plus importante des patients interrogés : pouvoir échanger sur leurs problèmes de santé dans la langue avec laquelle ils sont le plus à l'aise, se faire comprendre au mieux et assimiler les demandes du médecin sur les examens et traitements à suivre(21). En effet cette acquisition des bases linguistiques pourrait permettre une observance médicale plus marquée des patients(22). L'utilisation de la médecine traditionnelle par la majorité des patients interrogés est toujours d'actualité, pouvoir le dire à son médecin sans avoir un sentiment de mal-être, de honte, apparenté à *te ha'ama*²⁸et sans que celui-ci ne porte un jugement hâtif et négatif est primordiale pour eux.

Finalement, pour intégrer la culture du soin polynésien dans les centres de santé, il y a d'abord la nécessité d'une sensibilisation plus importante des médecins à la société polynésienne, par la connaissance des traditions surtout celles liées à la culture du soin polynésien (23) et de ce fait être conscient des déterminants de santé culturels polynésiens (6). Effectivement en acceptant le pluralisme médical présent en Polynésie française de la part du personnel soignant il en découlera chez les patients une confiance plus forte et une adhésion aux soins plus importante (24,25). C'est ainsi que l'on pourra renforcer la sécurité culturelle dans le domaine de la santé. Effectivement prendre part à la sécurité culturelle implique de connaître la culture des populations mais aussi de comprendre les causes des inégalités de soin et de santé qui en découlent. La réticence à venir consulter dans les dispensaires sera amoindrie, car les patients se sentiront acceptés dans leur entièreté et à l'aise comme « chez eux ».

Depuis 2019, le CHPF a permis au Dr Parrat, chef du service de pneumologie, d'introduire dans son équipe de soignants une tradipraticienne, Jenny Toera, qui permet la médiation entre les patients et les médecins. Elle ne prépare pas de *ra'au tahiti* mais réalise des massages et assure le dialogue avec les patients, qui se sentent ainsi apaisés en sa présence. Ce concept, médiatisé sur les chaînes de télévision locales, a fait naître chez les patients interrogés une envie que ce concept innovant soit répliqué à Raiatea. Sans diplôme officiel reconnu légalement, les patients souhaitent que les tradipraticiens qui intégreraient les centres de santé aient acquis une notoriété auprès de la population, par la réussite de

²⁸On parle ici d'éprouver un sentiment de honte comparable à « te ha'ama », terme qui désigne un sentiment de mal être, de malaise qui dépasse le simple embarras ou la gêne liée à la conscience d'une faute réelle ou supposée. Un sentiment plus profond de dévalorisation et d'impression de ne pas être à la hauteur de l'échange ou de décevoir son interlocuteur

leurs soins et par leur savoir expérientiel(27,28). Cela permettrait d'avoir un référent avec lequel échanger sur la médecine traditionnelle, qui peut prodiguer des conseils lorsqu'ils se rendent au dispensaire.

En revanche, certains patients, plutôt minoritaires, ne voient pas comment une compatibilité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle peut être envisagée dans un même centre de soin car ces deux systèmes leur semblent opposés. En effet, l'un des grands principes d'utilisation des *ra'au tahiti* est de ne pas mélanger les deux, c'est-à-dire si on envisage de se traiter avec les *ra'au tahiti* on ne doit pas prendre simultanément des médicaments conventionnels. De plus les patients ressentent que leur médecine traditionnelle n'est pas valorisée par le monde biomédical voire dénigrée et non reconnue comme réellement sérieuse en termes curatifs. Alors l'idée qu'un espace commun accueille ces deux domaines médicaux qui semblent incompatibles, ne convient pas à tout le monde.

Ils ont mentionné aussi le fait de souffrir du manque d'encadrement légal de la pratique médicale traditionnelle. Ne pas institutionnaliser la pratique de la médecine traditionnelle et donc réduire son utilisation au cadre intrafamilial c'est courir à la perte de cette part importante de la culture polynésienne (29). Un constat relevé par tous les patients. De plus un des effets de la transcription de la médecine traditionnelle est l'effectivité du droit des patients de choisir leur praticien lorsque la loi offre la possibilité d'être soigné par un tradipraticien²⁹(30). C'est ce que demandent finalement les patients au cours des entretiens, avoir le choix pour leur propre santé.

Les patients veulent que l'on entreprenne des recherches sur leur médecine traditionnelle, pour cela il faudrait une collaboration entre les deux systèmes de soins (31). Par exemple le partage des données des différentes plantes médicinales par le système de soins traditionnel pour aider au développement de recherches scientifiques par le domaine biomédical(32,33). C'est par ce biais là qu'ils voient une évolution future de leur médecine traditionnelle. Ces recherches permettraient d'encadrer légalement la médecine traditionnelle, d'en tirer des supports de référence, de proposer des formations officielles et légales. Ainsi il y aurait des référents intégrés dans les centres de santé comme tout autre personnel soignant, ce qui laisserait à chacun le choix pour sa prise en charge et sa santé, le patient devenant acteur de sa propre santé, essence même des soins de santé primaires définis par l'OMS(11).

Pérenniser le patrimoine culturel de la Polynésie c'est intégrer la médecine traditionnelle au système de soins conventionnel (34). Ainsi, patrimonialiser les savoirs médicaux polynésiens pourrait être également un moyen de répondre à la demande des patients de sauvegarder ces connaissances fragiles C'est le cas de plusieurs pratiques de savoirs médicaux traditionnels à travers le monde comme la patrimonialisation de pratiques médicales chinoises en 2010 telles que « l'acupuncture et la moxibustion ». En effet, un patrimoine est défini comme un passé culturel à réhabiliter, à préserver et à transmettre, cela permet d'intégrer aux listes de l'Unesco des savoirs médicaux spécifiques d'une tradition locale, c'est-à-dire des éléments à sauvegarder comme « connaissance et pratique concernant la nature et l'univers » (35).

Les demandes des patients ne sont pas inaudibles puisque le gouvernement de Polynésie française s'est intéressé au problème comme cité en introduction(15). Les orientations stratégique 2016-2025 de la

²⁹ À partir du 1^{er} juillet 2012 l'Australie est devenue le premier pays occidental à compter la médecine traditionnelle dans son système d'inscription nationale. Les praticiens de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles se voient reconnaître un vrai statut et les patients des pratiques traditionnelles peuvent bénéficier d'une couverture sociale.(30)

politique de santé de la Polynésie française stipulent dans l'axe stratégique 4 intitulé *Garantir un système de santé de qualité*, que "la médecine traditionnelle doit trouver sa place".

« L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins est une question récurrente à laquelle il convient d'apporter une réponse, en allant dans le sens de la Stratégie de l'OMS (2003) pour les médecines traditionnelles. Le processus doit s'assurer qu'une politique et les mécanismes réglementaires soient créés afin de reconnaître et d'encourager les bonnes pratiques et de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits et des thérapies des médecines traditionnelles. »(16)

Ces propositions vont dans le sens de la déclaration de Beijing, adoptée par le congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle en 2008 qui stipulait « La connaissance de la médecine, des traitements et des pratiques traditionnels devrait être respectée, préservée, promue et diffusée largement et en fonction de la situation de chaque pays » (30)

En ce sens le bureau ethnologie et tradition orale du service de la culture et du patrimoine est chargé de recenser les savoirs traditionnels à travers la Polynésie, notamment auprès des personnes âgées. En 2014, le bureau ethnologie et tradition orale avait dit être en relation avec le laboratoire de chimie de l'université de Polynésie française pour entreprendre des recherches sur les plantes médicinales servant aux ra'au tahiti (36). Il n'y a pour l'heure aucune publication scientifique en ce sens.

Plusieurs écrits ont déjà été publiés sur les *ra'au tahiti*, en 1970 F. Grepin publie « La médecine tahitienne traditionnelle »(37), puis en 1986 l'ouvrage de Paul Pétard, « Plantes utiles de Polynésie et Ra'au Tahiti », une des grandes références en la matière (12). Le dernier ouvrage sur le sujet a été publié par l'académie tahitienne en 2018, « *Ra'au Tahiti* » entièrement rédigé en tahitien et subventionné par le gouvernement, ce qui montre l'intérêt que porte celui-ci à redynamiser la culture du soin et sa volonté à ce que les tahitiens se réapproprient cette façon de se soigner. Cet ouvrage n'a malheureusement jamais bénéficié d'une diffusion au-delà des frontières du cercle des intellectuels polynésiens de l'académie.

L'association de médecine intégrative en Polynésie française *Honoea*, dirigée par le Dr E. Parrat, a lancé un concept « *Va'a Ora* » qui est un projet de recherche anthropologique portant sur l'éthique intégrative du « travailler ensemble » au niveau communautaire, avec comme objectif une collaboration entre professionnels de santé et tradipraticiens pour la prise en charge de patients, un élargissement aux domaines des médecines complémentaires, de la culture polynésienne et de la recherche. Le concept est encore en cours d'expérimentation dans trois communes ; Teva i Uta, Moorea et Paea, et le conseil de l'ordre des médecins aurait donné un avis favorable au projet. Ainsi, le but serait de créer des centres de santé intégratifs polynésiens et l'association aurait comme projet de créer un diplôme universitaire de médecine intégrative polynésienne à l'UPF (39,40). Un séminaire sur les « ra'au tahiti » s'est tenu à Paea la semaine du 6 aout 2022 pour présenter publiquement le projet, soutenue par le ministre de la recherche et de l'agriculture, M. Tearii Alpha.

Limites et perspectives

Cette étude par son approche originale est un point de départ pour la réflexion d'un point de vue anthropologique sur la mise en œuvre de centres de santé polyvalents permettant une approche holistique des patients. Favoriser un accès à des soins techniques de qualité grâce au système biomédical et proposer une médiation avec la culture polynésienne par l'incorporation des valeurs, pratiques et normes du système de soins traditionnel semble complémentaire et efficace. L'intégration de tradipraticiens ou d'experts des soins traditionnels dans les centres de santé est une façon pertinente de prendre en compte les déterminants culturels de la santé. Elle permet de tisser un lien entre le quotidien vécu des patients et l'idéal de santé du monde soignant.

Cette étude a permis aux patients une prise de parole encore jamais accordée sur ce sujet particulier. Ils ont pu dire ce qu'ils attendaient du monde biomédical, mais aussi des institutions. Cette prise de parole a permis l'expression d'attentes qui dépassent la problématique de la collaboration entre les deux systèmes de soins. Ils souhaitent un changement d'attitude des soignants et particulièrement des médecins en matière de communication et de savoir être. La méthode qualitative était adaptée car elle a permis aux patients d'exprimer leur point de vue et d'en recueillir la complexité. Elle a permis d'apporter des réponses à une problématique multifactorielle liée aux soins de santé primaires et à la médecine générale. Ces réponses permettent de proposer des solutions qui tendent à faire évoluer les pratiques vers une prise en compte du patient polynésien dans son ensemble, en y intégrant les déterminant bio-psycho-sociaux et même spirituels. L'anthropologie de la santé et les méthodes des sciences sociales semblent être des outils efficaces pour la recherche en médecine générale, discipline à la croisée des itinéraires biologiques, familiaux et culturels.

Les limites de cette étude portent sur le mode de réalisation des entretiens, même si les patients avaient le choix du lieu, sur 11 seulement 2 ont été réalisés à domicile. Les réponses données pouvaient être influencées par le cadre sanitaire. Même si un lieu calme et dédié a permis la réalisation des entretiens dans de bonnes conditions, la présence d'autres soignants et leurs interruptions au cours des entretiens a pu exercer une influence sur la qualité de l'échange avec les interviewés. La langue choisie fut également une des faiblesses de l'étude car les patients ont tous choisi de réaliser les entretiens en français, mais ils n'arrivaient pas à exprimer entièrement toutes leurs pensées, un traducteur présent d'emblée aurait permis une meilleure expression. Le fait d'avoir deux personnes avec qui s'entretenir aurait pu intimider les patients avec qui un lien de confiance avait été établi au cours de consultations précédentes, ce qui a pu modifier les réponses aux questions sur ce qu'ils en attendaient véritablement de leurs médecins. En effet il se peut qu'ils aient modifié leurs réponses par intimidation et donc ne pas donner de réponses négatives ou exprimer totalement le fond de leur pensée. L'investigateur aurait dû être quelqu'un extérieur au système de santé pour rendre les interviewés plus à l'aise avec leurs réponses. Une autre difficulté a été de rassembler un échantillon d'hommes de tout âge car contrairement aux femmes, ils étaient moins accessibles quand il s'agissait de discuter avec des personnes qu'ils connaissaient peu, surtout concernant la tranche d'âge 18-30 ans, d'ailleurs aucun participant n'avait moins de 30 ans.

La petite taille de notre échantillon ne permet pas d'extrapoler les résultats mais permet de faire émerger les points de vue et les représentations des patients en matière de collaboration de 2 systèmes de soins. Pour avoir une vue d'ensemble sur les attentes des patients de soins de santé primaire, il faudrait élargir l'étude à toute la Polynésie française. Un patient a émis une idée intéressante de réaliser une pépinière où il y aurait une culture des principales plantes médicinales traditionnelles. Il pourrait naître un projet d'association avec un fond de bénévolat et volontariat pour installer des cultures de *ra'au tahiti* au sein des différentes communes de Polynésie française. Un tel projet pourrait redynamiser encore un peu plus l'élan déjà bien présent de la population envers la revalorisation de la culture du soin polynésien. Les patients les plus jeunes à avoir participé à notre étude avaient 20 ans, les plus âgés relevaient un manque d'intérêt des plus jeunes envers les *ra'au tahiti*. Mais qu'en est-il réellement ? La reconquête de l'identité culturelle depuis les années 1980 et l'acculturation des jeunes générations par la cohabitation simultanée de plusieurs cultures permet un renouveau culturel.(41) De ce fait il pourrait être intéressant de lancer une étude sur la jeunesse polynésienne, son intérêt pour la médecine traditionnelle et la culture polynésienne, savoir s'ils seraient intéressés par des études de médecines traditionnelles avec diplôme officiel, réalisées sur le territoire polynésien. En ce sens une multitude de piste sont encore à explorer.

Conclusion

L'objectif de cette étude participe à trouver des solutions envisageables pour que les patients soient pris en charge dans des conditions idéales, pour que leur adhésion aux soins soit la plus importante possible et qu'ils aient confiance envers la structure de soin à laquelle ils confient leur santé, leur vie. Une des problématiques de santé en Polynésie française est la relation complexe de soin entre le monde biomédical et les patients polynésiens. Il persiste une peur et une réticence de la part des patients polynésiens à se faire soigner dans les centres de santé qui semblent motivées par un ensemble multifactoriel : culturel, historique³⁰, méfiance ainsi que peur du jugement de l'autre sur soi. Paradoxalement il y a un grand respect envers les médecins venant de l'occident et une reconnaissance indéniable envers l'efficacité de la biomédecine pour traiter leurs problèmes de santé. Finalement, pour essayer de pallier cette méfiance, la demande des patients est de les traiter dans leur globalité, c'est-à-dire en tenant compte de leurs valeurs, leur culture, leur façon de vivre et de se soigner. Respecter leur culture du soin en l'intégrant dans les centres de santé primaires, c'est d'abord favoriser une sensibilisation des médecins à la culture polynésienne ; qu'ils aient un minimum de connaissances sur la langue tahitienne et les traditions semble nécessaire pour les patients, qu'ils prennent conscience que la médecine traditionnelle *Mā'ohi* est toujours employée aujourd'hui mais aussi qu'ils acceptent le choix des patients de se soigner d'une manière différente et de le respecter sans les rejeter ni les juger d'emblée et d'être capable d'en discuter avec eux. Finalement c'est accepter le pluralisme médical présent en Polynésie française. Même si certains patients n'envisagent pas une possible compatibilité entre ces deux systèmes de soins si différents dans un même centre de santé. L'intégration de tradipraticiens au sein des soins de santé primaires comme référents, connaissant les us et coutumes de la population, la langue et les soins traditionnels semble être une bonne piste de médiation culturelle entre le monde biomédical et les patients polynésiens. La plupart des patients y voient la reconnaissance de leur culture du soin et ainsi la possibilité d'avoir une prise en charge plus holistique. Enfin la dernière demande des patients serait l'encadrement légal de l'utilisation des soins traditionnels ainsi que la mise en place de projets de recherches sur les *ra'au tahiti*. En institutionnalisant la médecine traditionnelle on empêchera de voir s'éteindre lentement ces pratiques ancestrales. Alors la poursuite de la reconquête de l'identité culturelle par la jeunesse polynésienne passant par la perpétuation du système de soins traditionnel garantira une forme de sécurité culturelle des soins favorable à la santé physique, psychique et sociale du peuple *Mā'ohi*.

« ... Je préfère que ça vienne de la nature... C'est le meilleur parce que nous même on est nature On n'est pas chimique....

...Que les ra'au tahiti ne se perdent pas ...

...Les gens retournent aux sources maintenant...

...Je pense que les tahitiens oublient un peu leurs médicaments...

...Faut toujours faire les ra'au tahiti par amour... »

³⁰ Cf Annexe Polynésie française, situation historique.

Annexe n°1 : Contexte de la question de recherche,

La Polynésie française.

Situation géographique

La Polynésie française, située dans le Pacifique Sud, est composée de 118 îles dont seulement 74 habitées de manière permanente ou occasionnelle. On note une superficie émergée de 3600 km² mais une superficie totale semblable à celle de l'Europe soit 2,5 millions de km². Elle se compose de 5 archipels qui se divisent eux même en îles dites hautes d'origine volcanique : les Marquises, la Société avec les îles du vents (Tahiti, Moorea, Tetiaroa, Mehetia) les îles sous le vent (Raiatea, Tahaa, Maupiti, Bora-Bora, Huahine) et les Australes. Puis en îles dites basses que sont les atolls d'origine madréporiques, c'est-à-dire formés par l'accumulation de squelettes calcaires coraliens appelés madrépores.

Le mont *OroHena* avec ses 2241 mètres d'altitude culmine Tahiti ainsi que toute la Polynésie. Le climat polynésien est une alternance entre des saisons « estivales » humides, chaudes et pluvieuses, périodes de fêtes et d'abondances selon la temporalité polynésienne ancienne, « *matarii i ni'a* » période où la constellation des Pléiades est visible, de novembre à avril. Les saisons « hivernales » plus sèches et ventées de mai à octobre où les températures sont plus fraîches appelées « *matarii i raro* » période avec un risque de pénurie alimentaire dans la société polynésienne pré-européenne.

Situation historique

Les origines des populations de la Polynésie est encore un domaine de recherche aujourd'hui. Les populations des îles du Pacifique seraient originaires du Sud Est asiatique, ces mouvements d'Ouest en Est sont largement corroborés par des arguments génétiques, linguistiques et archéologiques. C'est aux alentours de 1100 av JC qu'un premier groupe de population a entrepris un mouvement d'extension au départ des îles Salomon. Il va d'abord peupler un ensemble d'île nommé par la suite « la société polynésienne ancestrale » comme le Vanuatu, la Nouvelle Calédonie, les Fidji, Samoa et Tonga. C'est entre 500 et 1200 ap JC que le mouvement d'extension se poursuit vers la Polynésie française actuelle, les îles d'Hawaï, îles de Pâques et la Nouvelle Zélande. Il n'existe aucun témoignage écrit permettant de retracer les différents événements de l'histoire du peuplement de la Polynésie.(42) Les seules traces écrites accessibles remontent aux périodes de 1500-1700, celles des premiers explorateurs occidentaux. Le tout premier est Magellan en 1521, il a accosté brièvement sur l'atoll de Puka Puka, s'ensuivirent la découverte par Samuel Wallis de Tahiti en 1767 puis Antoine de Bougainville en 1768 et James Cook de 1769 à 1777. (6,43)

Il faut encore quelques années pour que s'en suive une transformation profonde et radicale de la société tahitienne. À la suite des séjours de plus en plus long des missionnaires, une émergence de nouvelles maladies comme la variole, la tuberculose, la rougeole, la grippe la syphilis entraîne une foudroyante chute démographique. L'archipel des Australes et des îles de la société voient 90 % de leur population disparaître en moins de 20 ans (10,36).

En 1797 des missionnaires de La London Missionary Society initient la mise à l'écrit de la langue tahitienne, leur dur labeur de compréhension et d'implication dans la société tahitienne aboutit à la conversion de Pomare II. C'est le début de la Christianisation rapide de la société tahitienne et le début de la dynastie des Pomare. En 1842 est établi un protectorat français qui permet de garantir la souveraineté de la reine Pomare IV mais des révoltes éclatent contre l'armée française les répressions qui s'en suivent conduisent à étendre les pouvoirs français sur le royaume Pomare. C'est l'administration française qui reprend l'enseignement aux missionnaires anglais. Le tahitien est interdit dans les écoles en 1857.

Le Protectorat français se transforme en colonie par la signature du successeur de la défunte reine Pomare IV d'un traité d'annexion. Celui-ci permet la création des Etablissements Français d'Océanie EFO. Le 30 décembre 1880, la nationalité française et le droit de vote sont donnés à tous les sujets du roi Pomare V. A ce jour la Polynésie française permet à la France un système d'échange et d'exportation des denrées polynésiennes comme le coprah, la vanille, la nacre, le phosphate. Historiquement, la Polynésie française a participé également aux deux guerres mondiales.

En 1946, les EFO deviennent un territoire d'outre-mer qui s'appellera en 1957 la Polynésie française. Dès 1963 se développe l'installation du Centre d'Expérimentation du Pacifique (CEP). Au total 193 tirs nucléaires, le dernier tir a lieu en 1996. Le CEP permet un développement économique intense et bouleverse une fois encore la société tahitienne et le mode de vie traditionnel déjà modifié par la colonisation. Cette modernisation prône la promotion d'un mode de vie de consommation de produits importés, l'idéalisation culturelle occidentale ainsi que la généralisation du salariat. L'impact environnemental et sur la santé des polynésiens de ces essais n'est pas des moindres mais semble avoir été enseveli sous les participations financières que les politiques ont allouées à la Polynésie française afin de maintenir cette période d'abondance.(44)

Dans les années 70 il y a une émergence de mouvements politiques indépendantistes voulant une réappropriation culturelle en valorisant à nouveau les éléments forts issus de la tradition polynésienne tel que la pirogue, la danse, le tatouage la langue tahitienne le *reo Mā'ohi* ainsi que *les ra'au tahiti*.

De territoire d'outre-mer, la Polynésie devient une collectivité d'outre-mer avec une autonomie interne et un PIB par habitant équivalent à celui des pays développés. Les années 90 sont gouvernés par Gaston Flosse, député à l'Assemblée nationale puis sénateur, enfin et à plusieurs reprises Président du gouvernement de la Polynésie française. Quant aux années 2000 c'est l'émergence d'un parti indépendantiste Union Pour La Démocratie dirigé par Oscar Temaru, au total 13 gouvernements se succèdent entre 2004 et 2008. Depuis 2014 c'est Edouard Fritch qui est à la tête du gouvernement de la Polynésie française.

Situation sanitaire et démographique

Au 31 décembre 2021, la Polynésie française compte 279 550 habitants, la croissance ralentit au cours de l'année 2021 accentuée par la hausse de mortalité lié à la pandémie de Covid 19 qui a impacté la Polynésie Française durant l'été 2021, l'espérance de vie à la naissance pour les femmes s'établit à 76,3 ans et pour les hommes 71,5 ans (47). Un ralentissement démographique évolue depuis 2002 : même si le taux de naissance prévôt sur le taux de décès, il est expliqué par le fait que les départs de la Polynésie sont plus importants que les arrivées puisqu'un jeune de 18 à 25 ans sur dix quitte le territoire. Il y a également une baisse de la fécondité et une augmentation de l'espérance de vie(48). C'est à Tahiti que se concentre 76% de la population totale polynésienne.

Le système de soins polynésien est compétent et indépendant de la métropole depuis 1984, c'est-à-dire complètement indépendant du régime géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Ce n'est qu'à partir de 1880 que les polynésiens sont pris en charge par le système de santé initialement établi pour les ressortissants français vivant sur le territoire. Avant cela la médecine traditionnelle était la seule manière de se soigner pour les polynésiens. En 1884 un nouvel hôpital colonial est construit, en 1905 un centre médical à Uturoa à Raiatea et un centre médical aux Marquises. Ce n'est qu'en 1918 qu'une réelle impulsion sanitaire et un véritable système de santé se met en place.

Grâce à l'expansion du système de santé on note une baisse de la mortalité infantile et une hausse de l'espérance de vie entre 1960 à 1990. Même si l'offre de soins est concentrée sur Tahiti la mise en place d'EVASAN, système d'évacuation sanitaire par voie aérienne ou maritime, est utilisé pour permettre une accessibilité aux soins y compris dans les îles les plus reculées. La conséquence d'assurer une offre de soins de qualité à tous les habitants a un coût financier très élevé.

Le système de soin polynésien est divisé entre le secteur privé et le secteur public partagé entre la Direction de la Santé et le Centre Hospitalier de Polynésie Française.

C'est la Direction de la Santé qui est chargée des soins de santé primaires publics avec un réseau de 128 structures sur 58 îles dont 4 hôpitaux périphériques et 8 centres de consultations spécialisées. Il est organisé également des missions sanitaires spécialisées dans les différents archipels (cardiologie, endocrinologie, ophtalmologie, obstétrique, pneumologie etc.). En cas de pathologies trop sévères ou qui nécessitent des soins trop spécialisés, il est possible de procéder à des évacuations sanitaires vers la métropole ou la Nouvelle-Zélande, Actuellement on compte 220 médecins pour 100 000 habitants inégalement répartis.

Le système de protection social est assuré par la caisse de prévoyance sociale (CPS) établie en 1995. Il permet la prise en charge des dépenses de santé. Il est basé sur un principe de solidarité et tend vers une couverture médicale universelle. Il est financé surtout grâce aux cotisations. Il y a trois régimes couverts : les régimes des salariés et des non-salariés soumis aux cotisations, le régime de solidarité RSPF sans cotisation pour les plus démunis. Ce système rembourse les consultations médicales à hauteur de 70 % et les médicaments entre 30 et 70 % selon le service médical rendu. Pour les maladies chroniques les patients atteints bénéficient de l'ouverture d'un carnet de suivi qui permet un remboursement à 95% appelé « carnet rouge » et sont inscrits en Longue Maladie équivalent métropolitain des Affections Longue Durée.

Zoom sur Raiatea,

Raiatea appelée autrefois *Havai'i Nui* est l'île où se sont déroulés les entretiens de notre recherche. Elle partage le même lagon que son île voisine Tahaa. Elles font parties toutes deux de l'archipel des îles sous le vent, les « *Raromatai* ». Elles sont situées à environ 215 kms au nord-ouest de Tahiti. Uturoa, capitale de Raiatea est la seconde plus grande entité urbaine du pays. Cette île a une superficie de 175 km², c'est une île volcanique dite haute, son point culminant est le mont Tefatoaiti (1017m). C'est sur les hauts plateaux du mont Temehani que pousse la célèbre « *Tiare Apetahi* », fleur endémique de Raiatea qui ne peut être cultivée nulle part ailleurs.

L'île mythique de Raiatea est le berceau de la civilisation polynésienne, Taputapuatea se trouve au cœur du triangle polynésien imagé sous la forme d'une pieuvre *te fe'e*, symbole, dans la culture polynésienne, du lien qui unit toutes les îles entre elles. Le triangle polynésien comprend comme extrémités les îles d'Hawaï, la nouvelle Zélande et Rapa Nui. C'est la dernière partie du globe terrestre à avoir été peuplée. Raiatea fut un important centre de pouvoir religieux d'où son nom d'île « sacrée ».

Elle abrite un des plus grands *marae*³¹ de Polynésie française, classé au patrimoine mondial de l'UNESCO en 2017, le marae de Taputapuatea a été construit à l'effigie d'Oro, dieu de la guerre et de la fécondité, centre politique, cérémoniel et funéraire. Ce marae de Taputapuatea apporte un témoignage de 1000 ans de civilisation *Mā'ohi* (49). Raiatea et l'île de Tahaa abritent environ 25 390 habitants³² concentrés surtout à Raiatea et aux abords des principales communes telles qu'Uturoa, Taputapuatea et Tumaraa. Elle comprend un hôpital, un dispensaire et des centres médicaux et paramédicaux libéraux. Le centre hospitalier détient entre autres un laboratoire d'analyses biologiques, un centre d'imagerie médicale avec un scanner à disposition, une maternité, un service d'urgences, de pédiatrie, un centre de dialyse, 2 blocs opératoires. Cela lui permet une certaine autonomie de soins, mais pour les situations cliniques qui sont trop graves nécessitant des soins plus complexes ou des examens paracliniques de pointe on peut avoir recours aux EVASAN vers Tahiti ou l'extérieur du territoire.

³¹ Les *marae* étaient des espaces sacrés, cérémoniels et sociaux, qui permettaient d'établir une liaison entre le monde des vivants et celui des ancêtres et des dieux.

³² D'après l'INSEE au dernier recensement de 2017 « Dans les Îles Sous-le-Vent, la population augmente de 2,2 % en cinq ans et atteint 35 390 résidents. Ceci confirme le ralentissement démographique de cette zone (+ 4,2 % entre 2007 et 2012). La population de Bora-Bora croît de nouveau fortement et franchit la barre des 10 000 habitants »

Annexe n°2 : Points clefs d'anthropologie médicale

Marcel Mauss (1872-1950) anthropologue réputé et considéré comme le « père de l'anthropologie française » définissait l'anthropologie comme « le total des sciences qui considèrent l'homme comme être vivant, conscient et social ». C'est une étude de l'être humain sous ses aspects physiques et culturels.

L'anthropologie médicale repose sur le fait que la Maladie, fait universel, se traite de manière différente selon les sociétés. La culture, dans laquelle la maladie émerge, détermine des systèmes de croyances et de représentations liés à la manière de prendre en charge ladite maladie. Les études en anthropologie médicale se concentrent sur les représentations de la maladie, les itinéraires des malades, le rôle des thérapeutes ou les pratiques thérapeutiques diverses tout en prenant en compte la sphère socioculturelle dans laquelle ils s'intègrent. Il existe deux types d'orientation, *fonctionnaliste* qui recherche la fonction sociale des représentations de la maladie dans les sociétés étudiées et *cognitive* qui cherche à identifier les catégories forgées par ces cultures pour comprendre l'expérience de la maladie. On utilise l'anthropologie pour éclairer, par une connaissance culturelle, la pratique médicale. Le but étant d'avoir une meilleure connaissance des facteurs culturels déterminant les comportements des malades en vue d'améliorer les programmes médicaux occidentaux auprès des populations concernées. C'est le cas pour notre étude, où nous cherchons à comprendre l'impact de la culture des soins traditionnels au sein de la prise en charge de la population polynésienne et ses attentes envers leurs intégrations dans les soins de santé primaires. Ainsi le but étant d'améliorer la prise en charge des patients en intégrant leurs cultures du soin qui pourraient différer de la culture du soin des personnels soignants présents dans ces structures (médecins occidentaux par exemple). Du point de vue anthropologique, ce qui importe est non pas de savoir si une pratique thérapeutique est efficace mais pourquoi elle est pensée efficace par la société étudiée. Dans notre étude nous ne cherchons pas à savoir si la médecine traditionnelle en Polynésie française est efficace mais à comprendre pourquoi elle est pensée efficace par la société polynésienne. Nous cherchons à comprendre sa signification et sa portée sociale.

Concepts importants en anthropologie médicale

Approches « emic » et « etic »

Pour qu'une approche soit « émique », il faut respecter les principes et les valeurs propres à un acteur donné dans une culture donnée. Ce concept ne peut avoir de validité universelle. Alors que pour être « étique » elle doit respecter les conditions de la recherche scientifique ; appréhendée de l'extérieur, la connaissance étudiée doit être logique, objective et indépendante de l'observateur. Dans les deux approches, une méthode scientifique doit être entreprise. Dans notre étude, l'approche pourrait tendre plutôt vers une approche émique car nous étudions les valeurs propres au peuple polynésien ainsi que la vision qu'ils ont de leur culture des soins traditionnels.

Complexe DIS : disease, illness, sickness

Disease est la maladie du point de vue du médecin. Il s'agit de la mise en correspondance par le médecin, d'anormalité d'état organique ou fonctionnel pathologique en relation avec un concept nosologique, ceci ouvre des perspectives thérapeutiques.

Illness est la maladie du point de vue du malade. C'est un événement concret affectant la vie du patient. La perception des symptômes est influencée par différents facteurs comme la culture de l'individu, l'histoire de sa propre personne mais aussi son groupe social. Être malade c'est insérer un désordre biologique ou physique à des événements de vie et un savoir populaire sur les causes de ladite maladie et la manière de la traiter. La culture partagée par un même groupe social donne un langage commun pour parler de sa souffrance.

Sickness est la maladie du point de vue de la société. L'individu accède au statut social de malade. Il est reconnu par la société comme étant incapable de remplir ses fonctions sociales habituelles. Ce rôle de malade a des implications diverses selon les cultures (activation des solidarités, intégration de nouvelles structures sociales etc.).

Les domaines d'application de l'anthropologie médicale sont divers, notamment utilisée dans le domaine de l'épidémiologie, l'éducation thérapeutique, l'itinéraire thérapeutique, la promotion et l'éducation en santé. Nos recherches se sont portées entre autres sur les itinéraires thérapeutiques des patients polynésiens. C'est-à-dire la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, tous les parcours de soins effectués par les patients. Selon A. Kleinman, ce sont les systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. Pour Jean Benoist, médecin et anthropologue, ce sont dans ces itinéraires de santé que s'unissent tradition et modernité scientifique. Un ensemble contradictoire pour le médecin mais une unité vécue par le patient.

Notion de sécurité culturelle

Elle permet de réfléchir aux attitudes et croyances ethnocentriques causées par le colonialisme. Effectivement dans toutes les régions du monde où il y eu une présence colonialiste la médecine traditionnelle a été en concurrence avec les soins occidentaux. (30) Selon ce concept, les professionnels de la santé devraient prendre conscience des répercussions de leur culture sur les soins de santé qu'ils dispensent à des peuples autochtones. La sécurité culturelle est un phénomène avec une évolution constante qui permettrait l'adaptation des services de santé pour répondre d'une meilleure façon aux besoins des populations natives du pays.

Elle comprend l'humilité culturelle (prendre conscience de ses limites face à la compréhension d'une autre culture), la réflexion critique, l'ouverture culturelle (simple observation des différences culturelles), la sensibilité culturelle (prendre conscience de la nécessité de respecter les différences culturelles), la compétence culturelle (actions qui permettent de travailler efficacement dans des situations interculturelles) et la réciprocité (respect culturel mutuel qui permet d'envisager une approche thérapeutique différente que celle occidentale afin de respecter l'approche thérapeutique autochtone). Prendre part à la sécurité culturelle implique de connaître la culture des populations mais aussi de comprendre les causes d'inégalités de soin et de santé. Il y a une réelle nécessité d'institutionnaliser cette sécurité culturelle, car même si un soignant applique seul la sécurité culturelle sans le soutien du gouvernement cela n'aura que peu d'impact. Il pourrait être envisagé tel une responsabilisation mutuelle où les populations autochtones prennent une part égale à la recherche de solution. Dans notre étude, c'est le manque de sécurité culturelle observé dans les unités de soins en Polynésie française qui nous interpelle. En questionnant les patients sur leurs attentes, ils prennent une part de responsabilité à la recherche de solutions pour améliorer la sécurité culturelle en santé.

Annexe n°3 : Notice d'explication

NOTICE :

Ia orana,

Je m'appelle Giulia Roulx, je suis Taote au dispensaire d'Uturoa. Pour un projet de recherche en médecine, je m'intéresse à la médecine traditionnelle polynésienne et comment elle peut être intégrée dans le système de soins des dispensaires des Raromatai.

Le but de mon étude est de mieux comprendre les patients pour améliorer la qualité de leurs soins. C'est un entretien d'environ 30 à 45 minutes. Je te poserai des questions sur le thème de la médecine traditionnelle polynésienne.

Si tu es d'accord, l'entretien sera enregistré pour que je puisse recopier par écrit tes paroles sans les modifier, à aucun moment ton nom n'apparaîtra dans mon travail de recherche et tout ce qui pourrait t'identifier ne sera pas mentionné. Il n'y aura aucun partage. Tout sera anonyme. Tu pourras dire tout ce que tu veux, sans jugement de ma part. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise, tout est intéressant pour moi.

L'entretien se déroulera où tu voudras, nous pourrons nous déplacer jusqu'à chez toi si c'est mieux pour toi. Si tu préfères parler en tahitien, il y aura la présence d'un traducteur avec moi qui ne partagera pas tes propos et qui restera dans le secret de l'entretien.

Est-ce que tu as bien compris ce que je viens de t'expliquer ?

Est-ce que tu es d'accord de participer à cette étude ?

- Oui
- Non

Quelle langue tu préfères parler pour l'entretien :

- FRANCAIS
- REO *Mā'ohi*
- Les deux

Tes coordonnées :

- NOM :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Vini :

Ensuite il te suffit de déposer la feuille au secrétariat.

Si tu as des questions, tu peux appeler au 87719291.

Mauruuru Roa

Annexe n°4 : Grille d'entretien

Grille d'entretien :

Question brise-glace :

“Tu peux me raconter la dernière fois que tu as utilisé des ra’au tahiti ?

Médecine traditionnelle

Quelle est ta relation avec la médecine traditionnelle polynésienne ?

Dans quels cas tu l'utilises ?

Peux-tu me dire qui prépare les ra’au Tahiti pour toi ?

Quelles sont les règles quand on prend des ra’au tahiti ?

Pour toi c'est quoi les avantages des ra’au tahiti ?

Les inconvénients ?

Comment penses-tu que l'on peut améliorer la sécurité des prises de ra’au tahiti ?

Comment tu appelles les personnes qui font des ra’au tahiti, les tradipraticiens en tahitien ?

En quoi as-tu le plus confiance pour te soigner ? Pourquoi ?

Médecine popa’ā

Dans quel cas tu vas au dispensaire ?

Comment te sens-tu quand tu vas au dispensaire ?

Qu'est-ce qui te donne confiance en ton Taote ?

Quelles sont les avantages de la médecine popa’ā?

Et les inconvénients ?

Intégration médecine traditionnelle en soins de santé primaire

Dis-moi comment tu te sens quand le taote te demande si tu prends des ra’au tahiti ?

Qu'est-ce que ça t'apporterait de savoir que le médecin est en accord avec la prise de ra’au tahiti ?

Si le Taote te parle en tahitien qu'est-ce que tu en penses ?

Et comment te sentirais-tu si tu pouvais parler de médecine traditionnelle et des ra’au tahiti avec le Taote ?

Qu'est-ce qu'il faut que les médecins de France apprennent avant de venir travailler en Polynésie ?

Que penses-tu de la présence de tradipraticiens au sein du dispensaire ?

Quel serait son rôle au dispensaire ?

Selon toi quels sont les soins traditionnels qui pourraient être proposés au dispensaire ?

Comment imagines-tu une collaboration entre les médecins et les tradipraticiens/ tahu'a/ ta'ata ra'au ? Qu'est-ce cela changerait pour toi quand tu viens au dispensaire ?

Caractéristiques socio-démographiques

- Age,
- Sexe,
- Situation familiale
- Lieu de vie,
- Formation, étude, niveau d'éducation
- Religion,
- Santé : ATCD médicaux, maladie chronique, trt de fond, invalidité,
-

As-tu des Questions ?

Annexe n°5 : Liste de Codes et familles de code

- ❖ Accessibilité des soins de santé primaires
- ❖ Adaptation de la prise des ra'au tahiti
- ❖ Adhésion aux soins de santé primaires
- ❖ Antagonistes des ra'au tahiti
- ❖ Avoir le choix pour sa santé
- ❖ Caractéristiques sociales de la population polynésienne
- ❖ Choix de la médecine popa'ā dans les situations d'urgence
- ❖ Confiance envers la médecine et les ra'au popa'ā
- ❖ Confiance envers les ra'au tahiti
- ❖ Confiance envers les tradipraticiens
- ❖ Conflit entre médecine traditionnelle et médecine popa'ā
- ❖ Coût des ra'au popa'ā
- ❖ Croyances associées aux ra'au tahiti
- ❖ Dialogue entre le monde médical popa'ā et les patients polynésiens
- ❖ Différences entre médecine traditionnelle et médecine popa'ā
- ❖ Difficulté d'accès aux ingrédients des ra'au tahiti
- ❖ Durée de prise des ra'au tahiti
- ❖ Echange entre Taote et Tradipraticien
- ❖ Effets indésirables des ra'au popa'ā
- ❖ Efficacité des ra'au popa'ā
- ❖ Efficacité des ra'au tahiti
- ❖ Enfance et ra'au tahiti
- ❖ Evolution actuelle et future de la médecine traditionnelle
- ❖ Facilité d'accès des ra'au tahiti
- ❖ Facilité d'accès des soins de santé primaire
- ❖ Facilité d'utilisation des ra'au tahiti
- ❖ Gratuité des ra'au tahiti
- ❖ Identité culturelle polynésienne
- ❖ Ignorance des Taote envers la médecine traditionnelle
- ❖ Ignorance sur la préparation des ra'au tahiti
- ❖ Importance des bains dans la médecine traditionnelle
- ❖ Importance des Tupuna au sein de la société polynésienne et la médecine traditionnelle
- ❖ Importance du lien maternel dans la médecine traditionnelle
- ❖ Importance du nettoyage interne corporel dans la médecine traditionnelle
- ❖ Imprégnation religieuse dans la médecine traditionnelle
- ❖ Incompatibilité des ra'au tahiti et ra'au popa'ā
- ❖ Ingrédients des ra'au tahiti
- ❖ Initiation à la médecine traditionnelle dès la naissance
- ❖ Intégration dans le monde polynésien
- ❖ Intégration médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires
- ❖ Intérêt de la culture polynésienne par les Taote
- ❖ Intérêt de la population polynésienne pour les ra'au tahiti
- ❖ Intérêt des Taote pour les ra'au tahiti
- ❖ La notion de "don" dans la médecine traditionnelle
- ❖ Le Taote interprété par les Polynésiens
- ❖ Légalité et médecine traditionnelle
- ❖ Les ra'au popa'ā comme premier recours aux soins
- ❖ Les ra'au tahiti comme premier recours aux soins
- ❖ Limites de la médecine traditionnelle
- ❖ Maladies et symptômes traités par les ra'au tahiti
- ❖ Manque d'adaptation des popa'ā en Polynésie
- ❖ Manque d'efficacité des ra'au tahiti
- ❖ Manque d'étude sur les ra'au tahiti
- ❖ Manque d'information sur l'origine des ra'au popa'ā
- ❖ Manque de connaissance sur les ra'au tahiti
- ❖ Manque de formation pour la médecine traditionnelle
- ❖ Mauvaise utilisation des ra'au tahiti
- ❖ Méfiance des ra'au popa'ā
- ❖ Méfiance envers les ra'au tahiti
- ❖ Modalité d'administration des ra'au tahiti
- ❖ Modalité d'utilisation des ra'au tahiti
- ❖ Modalité de préparation des ra'au tahiti
- ❖ Nom donné au tradipraticien
- ❖ Origine naturelle des ra'au tahiti

- ❖ Parallèle entre médecine popa'ā et médecine traditionnelle
- ❖ Partage du savoir sur la médecine traditionnelle
- ❖ Patience et ra'au tahiti
- ❖ Période de Wash out
- ❖ Peur des ra'au tahiti
- ❖ Peur du monde de la médecine popa'ā
- ❖ Place de la religion dans la vie des Polynésiens
- ❖ Précision du diagnostic avec la médecine popa'ā
- ❖ Prendre conscience de sa santé
- ❖ Prévention par les ra'au tahiti
- ❖ Problématique d'accessibilité aux soins de santé primaires
- ❖ Rapidité des effets des ra'au popa'ā
- ❖ Raréfaction de la pratique médicale traditionnelle
- ❖ Règles liées à la prise des ra'au tahiti
- ❖ Rejet des ra'au tahiti pas les Taote
- ❖ Relation Taote-patient
- ❖ Respect de la médecine traditionnelle
- ❖ Respect des Taote
- ❖ Rigueur et Qualification des Taote
- ❖ Risques des ra'au tahiti
- ❖ Se soigner par obligation
- ❖ Temporalité dans l'utilisation des ra'au tahiti
- ❖ Traitement traditionnel d'une maladie avec un diagnostic biomédical
- ❖ Transmission des ra'au tahiti
- ❖ Type de ra'au tahiti
- ❖ Utilisation des ra'au popa'ā
- ❖ Utilisation intrafamiliale des ra'au tahiti

Familles de codes

- Accessibilité à des supports et référents sur les Ra'au tahiti
- Aide des tradipraticiens dans l'échange entre les patients polynésiens et le monde médical popa'ā
- Changement dans le dialogue médecine popa'ā-patients polynésiens
- Décomplexifier la relation de soins entre Taote et patients polynésiens
- Des valeurs communes entre les tradipraticiens et les patients polynésiens
- Etablir un lien entre médecine traditionnelle et médecine popa'ā
- Formation en Médecine traditionnelle
- Importance de la notoriété du Tradipraticien au dispensaire
- Importance des liens dans la culture et la médecine traditionnelle polynésienne
- Intérêt du taote pour la médecine traditionnelle et la culture polynésienne
- La culture des soins traditionnels
- Mieux comprendre le fonctionnement de la médecine et des ra'au popa'ā par les patients polynésiens
- Organisation autour des ra'au tahiti et de la médecine traditionnelle
- Particularité de la culture polynésienne
- Recherche pharmacologique sur les ra'au tahiti

Résumé

La médecine traditionnelle polynésienne (MTP) par ses soins culturellement adaptés aux patients, sa facilité d'accès et son faible coût apparaît comme complémentaire du système de soins biomédical pour s'approcher des principes des soins de santé primaire (SSP) d'Alma-Ata (1978). L'absence de cadre réglementaire ou institutionnel réduit son utilisation intra-familiale quotidienne au secret et apparaît comme dévalorisé par le système biomédical. Notre étude qualitative identifie les attentes des patients polynésiens envers l'intégration de la médecine *Mā'ohi* au sein des SSP. Au travers de 11 entretiens semi-directifs de patients suivis au dispensaire de Raiatea et par l'analyse inductive générale nous montrons l'importance de la revalorisation des soins et de la culture *Mā'ohi*, le souhait de développer la recherche et le cadre légal de la MTP et la nécessité de consolider un dialogue tendu entre deux systèmes de soins. L'intégration de tradipraticiens comme médiateurs culturels dans les structures de SSP permettrait le « soigner ensemble », l'amélioration de la confiance des familles dans le système biomédical et ainsi l'observance cruciale pour la lutte contre les Maladies non transmissibles en Polynésie Française.

Abstract

Traditional Polynesian medicine (MTP) by its culturally adapted care to patients, its ease of access and its low cost are complementary to the biomedical care system to approach the principles of primary health care (PHC) of Alma-Ata (1978). The absence of a regulatory or institutional framework reduces its daily intra-family use to secrecy and appears to be devalued by the biomedical system. Our qualitative study identifies the expectations of Polynesian patients towards the integration of *Mā'ohi* medicine within PHC. Through eleven semi-directive interviews of patients followed at the Raiatea's dispensary and through general inductive analysis we show the importance of the revalorization of care and *Mā'ohi* culture, the desire to develop research and the legal framework of MTP and the need to consolidate a tense dialogue between two care systems. The integration of traditional practitioners as cultural mediators in PHC structures would allow the "care together", the improvement of families' s confidence in the biomedical system and thus the crucial compliance for the fight against noncommunicable diseases in French Polynesia.

Mots-clefs : recherche qualitative, médecine traditionnelle, anthropologie médicale, pluralisme médical, déterminants de santé culturels, soins de santé primaires, Polynésie française, ra'au tahiti, identité *Mā'ohi*, relation médecin-patient, culture polynésienne

Bibliographie

1. Lemaître Y. Lexique du tahitien contemporain: tahitien-français, français-tahitien. Paris: IRD; 2009. 205 p.
2. Saura B. Dire l'autochtonie à Tahiti: Le terme mā'ohi : représentations, controverse et données linguistiques. J Société Océan [Internet]. 1 déc 2004 [cité 25 août 2022];(119):119-37. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/jso/126>
3. Clément P, Carvalho GS. Les conceptions d'enseignants de 31 pays sur la santé, entre approches biomédicale et socio-écologique. RDST Rech En Didact Sci Technol [Internet]. 31 déc 2017 [cité 2 sept 2022];(16):33-56. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rdst/1545>
4. Tremblay JM. Raymond Massé, Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé [Internet]. Texte. 2005 [cité 25 août 2022]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/culture_et_sante_publicue/culture_et_sante_publicue_tdm.html
5. Capstick S, Norris P, Sopoaga F, Tobata W. Relationships between health and culture in Polynesia – A review. Soc Sci Med [Internet]. Avr 2009 [cité 6 févr 2022];68(7):1341-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953609000033>
6. Roussey A. Culture polynésienne et maladies chroniques. Etude qualitative des déterminants de santé culturelle dans la prise en charge des maladies chroniques [étude qualitative]. [Raiatea]: Nantes; 2018.
7. Mokuau N. Culturally Based Solutions to Preserve the Health of Native Hawaiians. J Ethn Cult Divers Soc Work [Internet]. 1 avr 2011 [cité 20 févr 2022];20(2):98-113. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/15313204.2011.570119>
8. Leca A. La réglementation de la médecine traditionnelle en Polynésie : Te ho'ira'a mai o te tahu'a (« le retour du guérisseur ») : vers la reconnaissance d'un droit tradi-médical en Polynésie française | Œil Nouvelle-Calédonie [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.oeil.nc/cdrn/index.php/resource/bibliographie/view/25987>
9. Tukuitonga C. Impact of Culture on Health | Pacific Health Dialog. 16 juill 2019 [cité 10 févr 2022]; Disponible sur: <https://pacifichealthdialog.nz/index.php/phd/article/view/16>
10. Bambridge T, Meur PYL. Savoirs locaux et biodiversité aux îles Marquises. Rev Anthropol Connaiss [Internet]. 12 mars 2018 [cité 22 févr 2022];121(1):29-55. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-anthropologie-des-connaissances-2018-1-page-29.htm>
11. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 24 mars 2022]. 75 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95009>

12. Pétard P, Florence J, Cordonnier G. Plantes utiles de Polynésie française. Koenig D, Koenig R, éditeurs. Papeete, Polynésie française: Éd. Haere Po No Tahiti; 2019. 351; 16 p.
13. Soins de santé primaires [Internet]. [Cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
14. Vialla F. Confiance, pouvoir, compétence, qualification, capacité : la médecine traditionnelle confrontée à la norme | Oeil Nouvelle-Calédonie [Internet]. [Cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.oeil.nc/cdrn/index.php/resource/bibliographie/view/25985>
15. Perry-Friedman V. Journal officiel de la Polynésie française Politique de santé de la Polynésie française orientations stratégiques 2016-2025. 2016;14.
16. La-politique-de-Santé-en-PF-2016-2025-web.pdf [Internet]. [Cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/06/La-politique-de-Sante%CC%81-en-PF-2016-2025-web.pdf>
17. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sensà des données brutes. Rech Qual [Internet]. 2006 [cité 21 juill 2022];26(2):1. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1085369ar>
18. Poanui G. Un projet polynésien de médecine intégrative. Analyse ethno-médicale de la rencontre entre Tradipraticiens et Professionnels de Santé à Tahiti. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon1; 2019.
19. Teuira A. Dispositif d'annonce culturel en oncologie thoracique intégrative en Polynésie. Bordeaux; 2021.
20. Clark SS. Anxiety, Cultural Identity, and Solidarity: A Tahitian Ethnomedical Encounter. Ethos [Internet]. 1993 [cité 22 févr 2022];21(2):180-204. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/640373>
21. Chaveau L. Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin [Internet]. 2017. Disponible sur: Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin. Médecine humaine et pathologie. 2017. ffdumas-01659370ff
22. Canada S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [Internet]. 2003 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>
23. Saura B, Capestro M, Bova H. Continuity of body: the infant's placenta and the island's navel in eastern polynésia. J Polyn Soc [Internet]. 2002 [cité 4 sept 2022];111(2):127-45. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/20707058>
24. Rossi I. Pluralisme thérapeutique et société. Cancers Psys [Internet]. 2016 [cité 22 août 2022];2(1):52-62. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2016-1-page-52.htm>

25. Tremblay JM. Jean Benoist, Réflexions sur le pluralisme médical: tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? [Internet]. Texte. 2005 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/reflexions_pluralisme_medical/reflexions_pluralisme_medical_texte.html
26. David M, Guienne V. Savoirs expérientiels et normes collectives d'automédication. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 6 mai 2019 [cité 20 févr 2022];(18). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/5089#editorial-5089>
27. Harpet C. Chapitre 4. The recognition and value of traditional care practices in french overseas territories: à singular and contemporary example from French Polynesia | Cairn.info [Internet]. 2021 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-3-page-71.htm>
28. Leca A. Chapitre 2. Comment transcrire le droit tradimédical ? *J Int Bioethique Ethique Sci* [Internet]. 7 déc 2021 [cité 22 févr 2022];32(3):25-50. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-3-page-25.htm>
29. Nicolas G. Chapitre 3. La transcription des savoirs thérapeutiques traditionnels à la lumière des droits des peuples autochtones | Cairn.info [Internet]. 2021 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-3-page-51.htm>
30. Lohani M, Majrashi M, Govindarajulu M, Patel M, Ramesh S, Bhattacharya D, et al. Immunomodulatory actions of a Polynesian herb Noni (*Morinda citrifolia*) and its clinical applications. *Complement Ther Med* [Internet]. 1 déc 2019 [cité 17 févr 2022];47:102206. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229919308520>
31. Rombolà L, Scuteri D, Marilisa S, Watanabe C, Morrone LA, Bagetta G, et al. Pharmacokinetic Interactions between Herbal Medicines and Drugs: Their Mechanisms and Clinical Relevance. *Life Basel Switz*. 4 juill 2020;10(7):E106.
32. Başaran N, Paslı D, Başaran AA. Unpredictable adverse effects of herbal products. *Food Chem Toxicol* [Internet]. 1 janv 2022 [cité 17 févr 2022];159:112762. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027869152100795X>
33. Byk C. Chapitre 5. Le droit international et la reconnaissance de la médecine traditionnelle. *J Int Bioethique Ethique Sci* [Internet]. 7 déc 2021 [cité 22 févr 2022];32(3):87-96. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-3-page-87.htm>
34. Candelise L. Patrimonialisation des savoirs médicaux : vers une reconfiguration des ressources thérapeutiques. Introduction au dossier thématique. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 29 juill 2013 [cité 20 févr 2022];(6). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1075>

35. Bambridge T. Réflexion sur les soins traditionnels en Polynésie française : pluralisme des registres et des finalités | Oeil Nouvelle-Calédonie [Internet]. [Cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.oeil.nc/cdrn/index.php/resource/bibliographie/view/25975>
36. Grepin F. La Médecine tahitienne traditionnelle. Editions du Pacifique. 1984. 151 p.
37. Parrat E. Association Honoa, médecine intégrative en Polynésie.
38. Ali A, Katz DL. Disease Prevention and Health Promotion: How Integrative Medicine Fits. *Am J Prev Med.* Nov 2015;49(5 Suppl 3):S230-240.
39. Clark SS. Ethnicity Embodied: Evidence from Tahiti. *Ethnology* [Internet]. 1994 [cité 22 févr 2022];33(3):211-27. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/3774007>
40. Perez C. Christianisation, Phenomena of Accumulation and Rejection of the Sacred in the Evangelical Message in Eastern Polynesia at the time of the Encounter. *Hist Missions Chretiennes* [Internet]. 2008 [cité 22 févr 2022];6(2):45-72. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-histoire-monde-et-cultures-religieuses1-2008-2-page-45.htm>
41. Fournier B. Maïao et la santé : étude des déterminants en santé sur une île isolée de Polynésie française. Paris; 2021.
42. Mallol CS. Nourritures, abondance et identité: une socio-anthropologie de l'alimentation à Tahiti. Au vent des îles; 2014. 622 p.
43. Recensement de la population 2017 [Internet]. [Cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://data.ispf.pf/themes/Geographie/Population.aspx>
44. Polynésie française - Insee Première - 1721 [Internet]. [Cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3651609>
45. Taputapuātea - UNESCO World Heritage Centre [Internet]. [Cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://whc.unesco.org/fr/list/1529>
46. Masse R. Culture et santé publique . Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. (1986).
47. Académie Tahitienne - Fare Vāna'a [Internet]. [Cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.farevanaa.pf/publications.php>

Lexique reo Mā'ohi - Français

(réalisé à l'aide du lexique de l'Académie Tahitienne Fare Vāna'a(51))

- ❖ *Mā'ohi* : qui n'est pas étranger, qui est originaire de la Polynésie française, Polynésien
- ❖ *Popa'ā* : personne ou produit d'origine étrangère, introduit (s'oppose à Mā'ohi).
- ❖ *Ra'au* : médicament
- ❖ *Ra'au Tahiti* : médicament tahitien traditionnel
- ❖ *Ra'au Popa'ā* : médicament étranger
- ❖ *Ra'au hea*: médicament pour “nettoyer” le corps
- ❖ *Ra'au ira* : traitement pour calmer la nervosité
- ❖ *Pape ha'ari ere ere*¹ : *HA'ARI 'ŌVIRI*, Variété de cocotier aux fruits de couleur vert sombre. L'eau de ses noix est utilisée comme excipient dans de nombreux médicaments. Cette variété est aussi appelée **ha'ari 'ere'ere**
- ❖ *Te Fenua* : 1. pays. 2. Terre (opposée à la mer, ou à l'espace). 3. terrain, sol. Te fenua tupuna, les terres de famille. 4. île haute (opposée à motu, île basse, atoll).»
- ❖ *Ta'hua*: spécialiste, statut très particulier empreint de sacrer te mana, sens polynésien de pouvoir d'origine divine.
- ❖ *Taote*: Docteur
- ❖ *Ta'ata ra'au tahiti* : personne qui fait des médicaments tahitiens traditionnels
- ❖ *Ma'a* : nourriture
- ❖ *PŌUMU* : prendre un bain de vapeur
- ❖ *'AROMOE* : oublier
- ❖ *Tane*: homme
- ❖ *Vahine*: femme
- ❖ *Tupuna* : ancêtre, tupuna tane : grand-père, tupuna vahine : grand-mère
- ❖ *Matahiapo* : aînés, aussi pour nommer les personnes âgées en tant qu'« aînées »
- ❖ *Mo'otua* : enfant du fils ou de la fille par rapport au grand-père, à la grand-mère ou enfant du neveu ou de la nièce par rapport au grand-père, à la grand-mère
- ❖ *Ma'i* : maladie, tout désordre corporel, plaie ; malade,

Liste des Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSP : Soins de Santé Primaires

SSB : Système de Soins Biomédical

CHPF : Centre Hospitalier de Polynésie Française

UPF : Université de Polynésie Française

CEP : Centre d'Expérimentation du Pacifique

MTP : Médecine Traditionnelle Polynésienne

RT : *Ra'au Tahiti*

RP : *Ra'au Popa'ā*

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.

