



HAL
open science

Le travail du soin aux prismes de l'altérité en Polynésie française Penser la pluralité médicale au coeur de la relation de soin

Claire Harpet, Graziella Poanoui

► **To cite this version:**

Claire Harpet, Graziella Poanoui. Le travail du soin aux prismes de l'altérité en Polynésie française Penser la pluralité médicale au coeur de la relation de soin. Travail du soin, soin du travail, Editions Seli Arslan, pp.77-92, 2020, 978-2-84276-257-5. hal-04275798

HAL Id: hal-04275798

<https://univ-lyon3.hal.science/hal-04275798v1>

Submitted on 8 Nov 2023

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.

Le travail du soin aux prismes de l'altérité en Polynésie française
Penser la pluralité médicale au cœur de la relation de soin

Claire Harpet et Graziella Poanoui

« *Les autres cultures, dans leur altérité, amènent ainsi l'esprit occidental au devoir d'inquiétude et au doute sur soi, rien ne menaçant plus l'esprit en général qu'une arrogance technicienne partout chez elle et sûre de ses effets.* »
(Daniel Bognoux, le souci de l'autre pour une éthique interculturelle)¹

Introduction

Le travail du soin est un acte d'hospitalité qui s'adresse aux personnes en situation de vulnérabilité comme le sont les personnes malades. L'hospitalité participe de la reconnaissance de l'autre dans sa différence et sa singularité². Elle est ce qui rend possible la rencontre thérapeutique. L'hôpital, lieu de la médecine publique occidentale, en porte le nom et revendique cette légitimité de lieu d'accueil et de secours. Pourtant, nombreux sont les témoignages, en particulier des populations non-rompues aux soins allopathiques telles que les populations locales d'Outre-mer, qui ne retrouvent pas à l'hôpital et dans la médecine qui y est pratiquée « le sens de l'hospitalité ».

Les services de soins de Polynésie française, comme pour tous les territoires français d'Outre-mer, sont calqués sur le modèle métropolitain soucieux d'assurer à l'ensemble de la société française une égalité républicaine vis-à-vis de l'accès aux soins. Dans cette configuration, les savoirs et les pratiques thérapeutiques traditionnels, hérités des spécificités culturelles parfois millénaires, ont, lors du processus d'acculturation au cours de la période coloniale³, été mis de côté, voire disqualifiés par la médecine occidentale dominante. Si les Polynésiens, plus particulièrement les personnes âgées, lorsqu'elles font l'expérience de la biomédecine et de l'hôpital, reconnaissent les prouesses technologiques de la médecine importée, elles en subissent silencieusement les méthodes d'investigation et de suivi. Les professionnels hospitaliers sont quant à eux quotidiennement en proie à des résistances et des incompréhensions d'ordre socio-culturel auxquelles leur formation biomédicale ne les a pas préparés. Leur travail, depuis l'annonce de la maladie jusqu'aux actes de soin, est dès lors douloureusement vécu. Cet état de souffrance professionnelle à l'hôpital entretenue par le sentiment d'échec d'une pratique médicale « hors-contexte », nécessite une réflexion

¹ D. Bognoux, « Le Souci de l'autre. Pour une éthique interculturelle », in N. Kopp, M.-P. Réthy ; C. Brelet, F. Chapuis, *Éthique médicale interculturelle*, L'Harmattan, coll. Cultures et Médecines, 2006, p. 144-148.

² J. Derrida, A. Dufourmantelle, *De l'hospitalité*, Calmann-Lévy, 1997.

³ La Polynésie est devenue une colonie française en 1880.

anthropologique sur l'altérité en santé et sur la pluralité des soins à l'hôpital comme projet de santé publique. Elle est d'autant plus urgente que l'écart se creuse entre une médecine basée sur la biologie et la génétique qui repousse sans cesse les limites de la performance, et les médecines alternatives dites « relationnelles », dont fait partie la médecine traditionnelle, qui s'inscrivent en contrepoids de soins souvent perçus, en particulier dans les territoires ultra-marins, comme standardisés et anxiogènes.

Cet article mené à deux voix entre une médecin de Polynésie française (Graziella Poanoui) et une anthropologue (Claire Harpet), propose une méthode inhabituelle autour d'une analyse ethno-médicale du travail du soin face aux résistances et/ou refus thérapeutiques des patients. Elle s'appuie sur deux mises en situation relationnelle vécues par le médecin GP et portées au regard de l'anthropologue CH. La méthode consiste dans un premier temps à récolter la parole spontanée du praticien qui tient la place de l'observé. Puis dans un deuxième temps, dans le cadre d'un dialogue ponctué par les observations d'un double regard clinique (du médecin et de l'anthropologue), d'analyser les discours et les comportements du médecin et des malades face à une situation donnée, pour tenter d'en traduire les tensions, les choix et les incompréhensions de part et d'autre.

Notre méthode de recherche est d'autant plus inhabituelle qu'elle a été menée à distance pendant une année, entre les deux protagonistes, l'une se trouvant en Polynésie et l'autre en Métropole. Profitant d'un travail de thèse de médecine générale qui était mené en parallèle par GP, codirigée par CH, sur la médecine intégrative à l'hôpital, des visioconférences étaient organisées une fois par mois pour travailler sur les difficultés rencontrées par le personnel soignant au cœur d'un territoire d'Outre-mer française. Dans le prolongement de cette réflexion et dans le cadre de la thèse, un travail d'observation était mené sur le regard des tradipraticiens et des professionnels de santé, leurs attentes respectives en matière d'amélioration de soin pour les malades dans la cohérence de leur vocation thérapeutique.

Notre réflexion anthropologique s'est construite sur un paradoxe entre le discours des professionnels de santé de Polynésie qui, lorsqu'ils sont interrogés soutiennent dans 84,2% des cas que la culture est un élément incontournable pour bien soigner¹, et leur pratique ne favorisant pas la prise en compte de ces facteurs socio-culturels². Comment expliquer cet écart entre le « dire » et le « faire » dans les parcours de soin ? Et qu'entraîne dans leur travail quotidien cette contradiction ?

¹ P. Barthe-Vonsy, *Conception et évaluation d'un carnet culturel d'expression et de suivi en soins de support dans le cancer bronchique en Polynésie Française*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, 2017.

² E. Paternotte, F. Scheele, T. Van Rossum, C. Seeleman, A. Scherpbier, A. Vab Dulmen, *How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour ? A reflective practice study*. CrossMark, 2016.

La biomédecine, qui se définit comme la médecine conventionnelle, a longtemps considéré et considère encore que le préalable épistémologique à toute pensée médicale est de soustraire l'organe malade de l'être social, religieux, culturel qui le porte¹. Cette approche de la pratique médicale moderne amorcée au XVIII^e siècle en Occident est centrée sur une objectivation de la maladie dans ses causes organiques². Elle s'est construite en radical opposition avec les pratiques de soin jusque-là en vigueur et héritées d'une longue tradition médicale qui traitaient non seulement la maladie mais le malade dans toute sa dimension et sa relation au monde³. Cette vision dualiste exacerbée du corps et de l'esprit est à l'origine des divergences profondes et douloureuses qui ont marqué le monde médical des Outre-mer françaises au cours des deux derniers siècles. La Polynésie française en est un exemple caractéristique.

1/ La maladie, le malade et le médecin en Polynésie Française

Située dans l'Océan Pacifique, la Polynésie française est un territoire composite formé par une constellation d'îles d'origine volcaniques et coralliennes. Outre la langue officielle du français, la population originaire de Polynésie parle sept langues vernaculaires réparties sur l'ensemble des archipels⁴. A l'arrivée des Européens, le savoir médical polynésien jusque-là exclusivement transmis par voie orale, a été progressivement consigné dans des textes par les missionnaires et les explorateurs occidentaux qui ont tenté d'en comprendre le sens et la portée à la fois symbolique et thérapeutique, mais sans pour autant chercher à l'adjoindre à leur pratique médicale. Depuis plus de deux siècles, la population locale polynésienne a absorbé, le plus souvent par contrainte, de nouvelles représentations du monde importée de la culture coloniale et très éloignée de la cosmogonie des archipels⁵.

Dans la culture ancestrale polynésienne, il existe deux catégories de maladie nommées de deux façons bien distinctes : la première regroupe les maladies que l'on dit « naturelles » ou « maladies vraies » (*mai man*). La seconde caractérise les maladies surnaturelles que l'on appelle littéralement « les maladies qui collent » (*mai tapiri*). Cette classification dualiste, probablement déjà fortement imprégnée des schèmes classificatoires occidentaux, ne traduit que de façon imprécise et grossière la conception polynésienne de la morbidité. Cette dernière appréhende l'individu malade dans sa globalité en tant qu'être relationnel avec son environnement visible et invisible et l'ensemble des

¹ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1992.

² C. Lefève, *Le soin, approches contemporaines*, PUF, 2016.

³ C. Brelet, *Médecine du monde*, R. Laffont, 2002 ; S. Perez, *Histoire des médecines*, Perrin, 2015.

⁴ Le tahitien, l'austral, le ra'ivavae, le rapa, le mangarévien, le pa'umotu, le marquisien.

⁵ D. Monconduit, *Anthropologie du silence polynésien*, L'Harmattan, 2017.

êtres vivants qui le composent, et non comme « un assemblage d'organes sains et/ou défailants »¹. Ce qui fait la particularité du savoir-faire thérapeutique ancestral polynésien réside précisément dans l'action combinée des phénomènes naturels et surnaturels prodigués par les éléments. Tenter de distinguer l'action pharmacologique de l'action magico-religieuse est impossible et surtout incongru². Le tradipraticien, que l'on nomme *Tahu'a* en langue polynésienne - littéralement « le spécialiste, l'expert » - acquiert son savoir le plus fréquemment par transmission orale, de génération en génération. Il peut aussi le recevoir en rêve comme un don offert par ses ancêtres (*tupuna*). Il existe plusieurs catégories de tradipraticiens dont les herboristes (*ta'ata ra'au ou vahine ra'au*), les spécialistes des massages (*feia taurumi, ta'ata taurumi, vahine taurumi*), et les guérisseurs chamans, eux-mêmes divisés en plusieurs catégories : ceux qui ont des facultés de voyances (*tahu'a hi'ohi'o*), les spécialistes des songes (*tahu'a moemoea*), ou encore les chasseurs d'esprits maléfiques susceptibles de provoquer la maladie (*tahu'a ma'i tupapa'u*)³. C'est en marge de la culture médicale officielle et malgré son interdiction que les savoirs et les savoir-faire thérapeutiques traditionnels vont être conservés jusqu'à nos jours.

Depuis l'arrivée des Occidentaux en Polynésie une autre figure du soin a fait son apparition, celle du *Taote*, le « docteur blanc », ou « docteur étranger ». C'est un personnage extrêmement respecté au sein de la société polynésienne. Il exerce en cabinet ou à l'hôpital. On compte aujourd'hui en Polynésie Française 511 biomédecins⁴. Dans ce nombre, figurent de plus en plus de jeunes médecins d'origine polynésienne qui ont fait leurs études de médecine en métropole en ayant débuté leur première année de médecine à l'Université de Polynésie Française (UPF)⁵. L'accès aux études médicales de la jeune population polynésienne témoigne d'une progressive acculturation. Mais ces cas de figure sont encore très marginaux et concernent essentiellement la population tahitienne métissée « Chinois/Polynésien » ou « Métropolitain/Polynésien » appelée communément « Demis »⁶.

Graziella Poanoui est une jeune médecin d'origine Kanak qui a grandi en Nouvelle-Calédonie. Elle est la deuxième femme biomédecin Kanak. À ce titre elle se démarque du profil classique des médecins venus de métropole en Polynésie. Elle a réalisé ses études de médecine à la Faculté de

¹ S. Grand, *Tahu'a, tohunga, kahuna, le monde polynésien des soins traditionnels*, Ed. Au vent des îles, 2007.

² P. Hersch et Cl. Harpet, « Pour une autre définition de la médecine personnalisée à partir d'une perspective ethno-médicale », in *Les valeurs du soin. Enjeux éthiques, économiques et politiques*, dir. Jean-Philippe Pierron, Didier Vinot, Elisa Chelle, Editions Seli Arslan, 2018, pp. 99-111.

³ P. Barthe-Vonsy, *Op cit.*

⁴ Rapport de 2015 : 511 médecins en PF, et 538 attendus en 2020, source : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/m5d6xw/atlas_dom_com_2015.pdf

⁵ L'UPF existe depuis 2003. Un partenariat avec l'Université de Bordeaux avait été créé à cette date afin de répondre aux besoins du territoire en matière de personnels de santé.

⁶ J.-L. Rallu, « La population des départements d'outre-mer. Évolution récente, migrations et activité », *Population*, 52, 3, 1997, p. 699-727.

médecine Paris VI, puis son internat de médecine générale à la Faculté de Lyon Sud (Univ. Lyon 1). Elle a travaillé pendant un an au CHPf dans le service d'oncologie de l'hôpital de Papeete, dont six mois en hospitalisation et six mois en hôpital de jour. Ces deux dernières années, elle a essentiellement effectué des remplacements dans un cabinet de médecine générale à 5 minutes de route de Papeete. Ces deux expériences (une en hospitalier et une en cabinet) lui ont permis de mesurer les difficultés relationnelles que vivent les patients comme les professionnels de santé au cœur d'un système de santé qui excelle dans ses diagnostics et ses performances technologiques (*cure*) mais qui s'atrophie d'une dimension humaniste (*care*). Au sein de l'Unité d'oncologie de l'hôpital de Papeete, les médecins de spécialités ne sont là que pour une durée limitée. A la suite d'un audit réalisé en 2012 au sein du service, il est clairement apparu que les considérations biomédicales inscrites par les professionnels de santé n'étaient pas ou beaucoup moins opérantes auprès des malades et des familles polynésiennes¹, avec un manque de dialogue prononcé entre patients et soignants.

Le caractère anxiogène que produit l'hôpital et son personnel médical est d'autant plus perceptible lorsqu'il s'agit des maladies cancéreuses, appelée en langue polynésienne *Mariri'ai Ta'ata*, mot à mot la « maladie qui mange l'homme ». Le cancer est aussi comparé à un poulpe, *fe'e*, qui même si on lui coupe un bras, garde sa tête et continue à se déplacer. Le traitement chirurgical contre le cancer qui se concentre sur la zone tumorale n'inspire dès lors pas grande confiance au Polynésien. Il préfère souvent essayer en premier lieu un traitement traditionnel², qui va chercher à soigner le corps et pas seulement son organe défaillant.

Parmi les maladies cancéreuses, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité en Polynésie Française. Les malades arrivent souvent trop tard pour une prise en charge et un traitement efficace³. En 2016, dans le service de pneumologie du centre hospitalier de Papeete, on recensait un taux de prises en charge initiales tardives au stade métastatique de 72,7%⁴. Le cancer du sein arrive juste après, avec en moyenne 130 nouveaux cas détectés chaque année, ce qui situe le cancer du sein au premier rang des cancers féminins par sa fréquence⁵.

¹ Cet audit « qualité oncologie » a été réalisé au Centre hospitalier de Polynésie Française (CHPH) et concernait 8 unités ou services d'hospitalisation conventionnelle ou de jour (Chirurgie viscérale, gastro-entérologie, gynécologie, hématologie-oncologie, médecine interne et polyvalente, Hôpital de jour d'oncologie, radiothérapie, ORL et pneumologie). Le thème le plus largement plébiscité est celui de la communication patients/médecins. L'annonce (de la maladie) a recueilli également un grand nombre de commentaires dans les demandes d'amélioration.

² Y. Lemaître, « Médecines en contact à Tahiti », in *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*, Jean Benoist (dir) Karthala, Coll. Médecines du monde, 1996, pp 410-433.

³ C. Bergamo, J. Lin, C. Smith, L. Lurslurchachai, E. Halm, C. Powell, "Evaluating Beliefs Associated with Late-Stage Lung Cancer Presentation in Minorities", the International Association for the Study of Lung Cancer. Janv 2013; 8(1):12-12.

⁴ Thèse de médecine de Poerava Barthe-Vonsy soutenue en 2017. Le taux est en augmentation depuis 2010.

⁵ Rapport Octobre Rose 2017, Ministère en charge des solidarités et de la santé, Direction de la santé, <http://www.servicepublic.pf/dsp>

2/ « Et pourtant, j'avais le sentiment du devoir accompli... »

Les deux situations décrites ci-après sont contées par GP et vécues dans le cadre de son travail en cabinet médical. Elles décrivent la conduite de deux patientes polynésiennes d'un âge similaire dont on suspecte un cancer du sein et qui vont réagir à l'annonce de la maladie de manière très différente. Ce sont les choix de ces deux patientes polynésiennes, confrontées à une même pathologie, ainsi que la posture et le travail de soin des médecins dans le cadre de l'annonce, que nous allons tenter d'analyser et de discuter.

1^{ère} situation :

Une femme de 55 ans, polynésienne, vient pour un renouvellement de traitement. Elle bénéficie d'un carnet rouge, carnet de santé pour les patients atteints d'une affection longue durée en Polynésie Française. Son ALD concerne un problème cardiologique.

C'est la première fois que je la rencontre, on discute. Sur la table d'examen, la patiente enlève d'elle-même son soutien-gorge et je décide de lui faire une palpation mammaire. A l'examen, je sens une masse dure au niveau du sein droit, fixe, indolore. Je demande à la patiente si elle a déjà eu une mammographie de dépistage, elle me répond que non, alors qu'elle a déjà la cinquantaine passée¹.

La patiente n'avait jamais eu de mammographie ni de suivi gynécologique par ailleurs. Je commence à lui dire que je trouve une masse qui n'est pas normale et qu'il va falloir explorer cela. En face de moi, la patiente ne réagit pas, elle garde toujours le même sourire confiant.

Je lui demande si elle peut faire une mammographie en urgence, elle me répond oui mais je sens qu'elle ne va pas la faire. Je force un peu les choses et je prends un RDV en urgence dans un centre de radiologie. Le RDV est pris pour le surlendemain. Elle me demande combien ça va lui coûter et je lui réponds que pour la mammographie, elle ne paiera rien car elle rentre dans le cadre du dépistage, par contre pour l'échographie, ça sera payant : 8000 francs soit environ 67 euros.

Je dis à la patiente de revenir me voir après sa consultation avec le radiologue pour qu'on en discute sereinement. J'ai le sentiment du devoir accompli. Le surlendemain, le radiologue m'appelle pour me confirmer qu'il n'y a pas 1 mais 2 cancers, un dans chaque sein avec une atteinte ganglionnaire pour les deux. Il me dit qu'il a programmé la biopsie pour le lendemain et ensemble nous coordonnons la suite de la prise en charge.

La patiente revient me voir. Elle me remet les comptes rendus des deux examens. Elle me dit qu'elle a eu une mammographie et une échographie et que le radiologue l'a convoquée le lendemain pour une biopsie des deux seins. Je lui explique qu'on suspecte fortement un cancer des deux seins et que la biopsie va servir à confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Elle me laisse parler, lui expliquer tout le processus puis elle me dit en me regardant droit dans les yeux : « Taote, je te respecte, j'ai bien compris tout ce que tu m'as dit, mais je n'irai pas demain faire la biopsie » (...) Elle me parle de sa foi, de ses convictions, qu'elle sait que cela peut être un cancer. Je lui explique les effets à courts et moyens termes, je lui dis même qu'elle risque de mourir de son cancer si elle ne le soigne pas... Ce à quoi elle me répond « on meurt tous de quelque chose, Taote ».

Je ne l'ai pas revu depuis...

2^{ème} situation :

Une femme polynésienne d'une cinquantaine d'année vient en consultation parce que cela fait trois mois qu'elle sent une « boule » dure dans son sein gauche. Elle ne pouvait pas venir avant parce qu'elle s'occupait de sa mère. Elle me dit qu'elle est venue exprès dans ce cabinet parce qu'elle savait que ce serait une femme qui allait l'examiner.

Je l'examine et effectivement il y a bien une masse dans le sein gauche. Je lui explique qu'il faut faire la mammographie de dépistage et l'échographie mammaire, et lui dis combien cela va lui coûter. Je lui demande si elle veut que je prenne le RV pour elle, elle me dit oui et je lui programme ses examens deux jours plus tard. Je lui dis de revenir au cabinet après son RV pour qu'on en discute.

¹ Comme en métropole, dans le cadre du dépistage, les mammographies à partir de 50 sont prises en charges par la Caisse Primaire de Santé, tous les deux ans.

Deux jours plus tard, je n'avais pas reçu de coup de fil du radiologue mais la patiente était bien là à m'attendre à la fin de mes consultations. Elle n'avait pas ses résultats d'examens avec elle, mais un RV programmé pour une biopsie le lendemain avec le même radiologue qui lui avait expliqué que c'était suspect et qu'il fallait bilancer cette masse. Elle était perdue et avait beaucoup de questions.

Je discute avec elle du déroulement de la biopsie. Je lui parle du probable diagnostic de cancer. Je lui dis combien va coûter la biopsie, le produit anesthésiant, l'anatomopathologie (environ 70 euros). Et je m'entends lui dire que si elle a effectivement un cancer du sein, elle n'aurait plus à se préoccuper du coût, car tout sera pris en charge par la CPS sur le carnet longue maladie.

Nous nous sommes quittées tous les RV pris.

Elle est revenue me voir après son RV chez le gynécologue la semaine suivante, ils n'avaient pas encore reçu les résultats de la biopsie, mais avaient déjà programmé la date de la chirurgie pour enlever la masse. Elle était choquée parce que le gynécologue lui avait dit qu'elle avait un cancer. Je lui avais pourtant déjà parlé du fort risque de cancer. Elle m'a raconté que le gynécologue lui avait dit ça brutalement.

J'ai lancé la demande du carnet rouge en lui faisant signer un protocole de soins pour son cancer du sein. Elle est partie en étant soulagée que cet aspect-là ait été réglé.

De nombreuses variables contribuent à expliquer les conduites des malades polynésiens à l'annonce de la maladie, conditionnées par des contraintes matérielles, économiques et culturelles qui s'inscrivent dans un ensemble de valeurs à la fois techniques (l'efficacité supposée des médecines) et symboliques (les influences sociales et religieuses)¹ et qui le plus souvent ne sont pas explicitement exprimées.

Le premier facteur identifié est celui économique. Le coût des examens est un frein récurrent pour les polynésiens à l'adhérence de la médecine occidentale et la première explication de l'inobservance, « parce que c'est trop cher ». Au coût, s'ajoute une méconnaissance de la gratuité de certaines démarches à commencer par la consultation et la mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans auprès d'un radiologue conventionné. Depuis 2003, la Polynésie française s'est ainsi dotée d'un programme de dépistage intensifié et gratuit du cancer du sein. En 2017, suite à un appel à projet lancé par le département, des programmes de prévention, des actions de sensibilisation et d'informations ont été déployées pour atteindre le plus grand nombre de femmes ainsi que leur entourage², en particulier les femmes âgées et celles qui habitent dans les îles éloignées des centres de radiographie, qui ne se sentent pas concernées par ce programme de santé publique.

Ne pas suivre un traitement parce qu'il n'est pas soutenable financièrement est donc un motif fréquent de refus de la médecine occidentale qui reste un non-dit auprès du docteur *Taote*, car « ça fait honte ». A contrario, la médecine traditionnelle telle qu'elle est dispensée par les tradipraticiens ne s'adosse pas une valeur marchande. Elle ne souffre d'aucune rémunération officielle sous peine de mettre en péril l'action thérapeutique. Le malade donne s'il veut et s'il peut donner. Dans la société polynésienne, l'environnement communautaire du malade et la place qu'il occupe dans cet

¹ Y. Lemaître, *Op. Cit.*

² Rapport Octobre Rose 2017, Ministère en charge des solidarités et de la santé, Direction de la santé, <http://www.servicepublic.pf/dsp>.

environnement sont des paramètres constitutifs des choix thérapeutiques. Il n'est pas question pour l'individu qui occupe un rôle de garant et de protecteur dans sa communauté d'être une charge matérielle pour son entourage. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées.

En Polynésie, pour qu'un patient bénéficie du « carnet rouge » qui lui donne accès à la gratuité des soins, il faut que son médecin traitant atteste de son affection longue durée à un stade compliqué avec atteinte d'organes. On assiste alors à des consultations « surréalistes » où le patient à qui le médecin annonce que sa maladie chronique s'aggrave est soulagé du fait d'une prise en charge totale. Il n'aura plus à payer ni consultation, ni médicaments¹. A choisir entre une maladie chronique qui n'évolue pas avec un traitement pris au long cours et payant, et une maladie chronique qui s'aggrave avec une prise en charge à 100%, le choix est vite fait pour le *tetuanui* (expression locale qui désigne le tahitien sans ressources).

Un autre facteur que l'on ne perçoit qu'en filigrane dans la première situation est le facteur religieux. Ce paramètre est très rarement formulé par le patient polynésien auprès du médecin occidental, sauf lorsqu'il se sent suffisamment en confiance. « J'ai beaucoup prié le jour de la mammographie. Si lui (Dieu) a décidé que c'était mon heure, et bien c'est que cela doit être comme ça... ». Ces non-dits autour des systèmes symboliques produit chez le *Taote* un sentiment d'incompréhension et d'impuissance face à un cas médical pour lequel le protocole de soin est clairement établi mais qui ne tient pas compte de la subjectivité du malade et de son rapport au monde. Les professionnels de santé sont ainsi confrontés à des résistances d'ordre socio-culturel et se retrouvent eux-mêmes en souffrance face à des échecs thérapeutiques par manque de compréhension de part et d'autre et d'adhésion des personnes malades au process biomédical. La médecine occidentale est connue pour être la science des faits qui ne traite que des causes physiques de la maladie, s'affranchissant des croyances (devenues « superstitions ») et des causes surnaturelles qui accompagnent les représentations étiologiques de la maladie dans la culture traditionnelle polynésienne. Ces causes invisibles qui « collent » aux maux, si elles restent cachées, n'en sont pas moins prépondérantes pour la personne malade. Pour soigner le mal, est-il recommandé de traiter l'esprit autant que le corps, de rechercher les phénomènes surnaturels qui aideront à combattre la douleur. « Les conduites de soin et celle de la prière », écrivait Jean Benoist « sont d'une si intime parenté qu'il est tout à fait illégitime, et profondément ethnocentrique, de les dissocier comme on le fait. La cécité de la médecine de

¹ Le carnet rouge devient le sésame pour ce malade qui peut consulter son médecin qui n'aura plus à déboursier la somme de 3600 francs soit 32 euros pour renouveler son traitement mais seulement 180 francs, soit 1,50 euros. Les traitements liés à la longue maladie seront quant à eux pris en charge à 100% ainsi que les prises de sang et les RV chez les autres spécialistes.

l'Occident à ce propos est sans doute à l'origine de bien des refus, voire de bien des hostilités, qui l'affectent même au cœur de son empire »¹.

Un troisième facteur est celui qui a trait plus spécifiquement à la rencontre thérapeutique entre le patient et son médecin². L'un des paramètres et non des moindres qui influence le choix thérapeutique de la personne qui découvre sa maladie est précisément la figure du *Taote*. Il est le premier des remèdes³, le premier regard porté sur son corps malade et sur son être sensible et vulnérable. Dans la seconde situation, la patiente manifeste un étonnement et une anxiété après avoir rencontré le radiologue et le gynécologue, alors même que son médecin généraliste lui avait dès la première consultation présenté le scénario du pire. « Je lui avais parlé du fort risque de cancer. Elle m'avait écouté, mais pas entendue ». L'annonce d'un cancer peut être un choc, voire une sidération, pour le patient. Lorsque s'ajoute au contenu douloureux de la parole, la barrière culturelle doublée de la barrière de la langue, l'information transmise peut se voir déformée, incomprise ou inaudible. La langue utilisée pour traiter des questions personnelles et intimes telle que la maladie est, encore très largement, en particulier pour les personnes âgées, la langue tahitienne – ou une autre langue polynésienne pour les patients venus des archipels –, alors que le personnel médical métropolitain, souvent de passage pour quelques années, ne les parle pas. Ce paramètre limitant et discriminant pour le patient polynésien met en lumière deux façons bien distinctes de concevoir la relation soignant/soigné : s'agit-il d'entrer en dialogue ou bien de transmettre des résultats ? La posture dialogique est synonyme d'échange et d'interaction avec l'autre. La posture communicante se veut utilitaire, efficace et urgente⁴. Le *Taote* confronté au silence polynésien face à l'inconnu de la maladie et de la peur qu'elle engendre, adopte mécaniquement un mode communicationnel plutôt que dialogique. Il a le devoir d'informer son patient de son état de santé mais son « ignorance blanche »⁵ autour de la culture de la personne malade, ne lui permet pas d'être en dialogue pour accompagner et supporter son diagnostic. Ce manque d'échange dans le soin, s'il est perçu par le patient comme un manque d'empathie, est facteur d'échec et de désespoir pour le professionnel de santé. La segmentation des tâches et des compétences dans le travail du soin ajoute également une difficulté supplémentaire à la relation soignant/soigné. Le malade ne s'en remet pas à une seule personne mais

¹ J. Benoist (dir), *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*, Karthala, Coll. Médecines du monde, 1996.

² Dans nos deux situations, le médecin GP est un biais en particulier pour le cancer du sein car d'une part elle est un médecin natif d'Outre-mer (Nouvelle Calédonie) et d'autre part elle est une femme, : « le fait que je sois une femme facilite pour le dépistage et la palpation mammaire ». Il s'agit donc davantage ici d'étudier la parole des patients qui rapportent au médecin GP leur rendez-vous avec les médecins métropolitains.

³ M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 2003.

⁴ P. Breton, D. Le Breton, *Le silence et la parole*, Arcanès-ères, 2009.

⁵ P. Molinier, *Le travail du care*, La Dispute, 2013.

à un corps médical constitué d'autant de spécialistes que nécessite la prise en charge de sa maladie. Ce morcellement des soins impose au malade de s'adapter non plus à un interlocuteur mais à une cohorte de figures soignantes.

3/ Vers un pluralisme médical

Depuis 2012, un nouveau centre a ouvert ses portes sur la commune de Mamao (Tahiti). Il est équipé des dernières technologies d'imagerie, assurant ainsi à la population de Polynésie un accès égalitaire aux soins. Mais le constat d'une réserve et d'un mal-être social à l'égard des soins et des structures hospitalières françaises demeure. Si la médecine occidentale est le plus souvent reconnue comme « supérieure » et appréciée dans beaucoup de domaines notamment dans l'efficacité par « piqûre »¹, d'une manière générale, la confiance accordée reste très mitigée². Pour autant, le malade polynésien est rarement dans un refus catégorique de la médecine occidentale importée. Le plus souvent, il adopte une attitude pragmatique d'ouverture à toutes les possibilités de soin offertes. C'est en général après le premier contact avec le médecin que s'opère le choix de poursuivre ou non un traitement biomédical. Les exemples montrent que la plupart du temps le parcours que suit le malade en quête de soulagement et de guérison n'est pas linéaire. Il dépend de son âge, de ses croyances religieuses, de sa situation économique et géographique (proche ou éloigné des lieux de soin), mais aussi et pour beaucoup de son ou de ses *Taote* qui vont l'accompagner tout au long des épreuves de sa maladie.

Face aux échecs thérapeutiques et à la remise en question par les professionnels de santé de la qualité de leur travail, on assiste aujourd'hui, en particulier dans les territoires outre-mer, à une redécouverte de l'influence du psychisme dans le soin au malade mais aussi dans le bien-être des soignants. Cette ouverture et cette recherche de compréhension du malade par l'approche culturelle nous l'avons rencontrée en Polynésie au sein du service de pneumologie du Docteur Parrat, qui œuvre depuis de nombreuses années pour la reconnaissance de la culture polynésienne dans les parcours et les relations de soin. En s'appuyant sur les recommandations des plans cancers nationaux³, des ateliers-réflexions ont été organisés en 2013 avec pour principal objectif de travailler au parcours personnalisé du patient⁴. Cette équipe qui intégrait l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) déjà fortement engagée

¹ Y. Lemaître, « Médecines en contact à Tahiti », in *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*, Jean Benoist (dir.), Karthala, 1996, p. 410-433.

² M. Panoff, *Tahiti métisse*, Denoël, 1989.

³ Sur les 17 objectifs du plan cancer 2014-2019, on retiendra plus particulièrement l'objectif 7 : « assurer des prises en charge globales et personnalisées ».

⁴ Dans le prolongement de ces réflexions, une étude transversale a été réalisée en 2016 rassemblant une équipe-projet de 9 personnes (médecins, infirmiers, psychologue clinicien, kinésithérapeute, membre de la société civile).

dans une démarche pluridisciplinaire d'accompagnement des soins de support en oncologie, a travaillé à la conception d'un carnet culturel en santé qui a donné lieu à une thèse de médecine soutenue en 2017¹. La finalité de ce carnet culturel était d'améliorer la communication entre le patient, sa famille et le corps médical dès le dispositif d'annonce de la maladie, en travaillant au plus près des schèmes représentationnels de la société polynésienne. La mise en circulation du carnet a été réalisée auprès d'un échantillon de 35 patients et en partenariat avec 171 professionnels de santé. Le principe du carnet culturel était de centrer l'attention de la personne malade sur sa trajectoire de vie dans lequel la maladie incarne « un orage, une tempête », et non « une fin, une interruption ». Il entre en résonance avec la symbolique de la culture polynésienne autour de la question existentielle de la place de la personne humaine dans un vaste ensemble cosmogonique.

Le carnet culturel a marqué une première étape dans la reconnaissance par le corps biomédical de la place de la culture dans la relation et le travail du soin en Polynésie. Depuis la mise en place, d'autres actions interculturelles ont été menées qui ont fait l'objet d'une thèse de médecine menée par GP sur la base d'une question de recherche : Professionnels de Santé et Tradipraticiens veulent-ils et peuvent-ils travailler ensemble, à quelles conditions, et quelles peuvent être les implications dans le domaine de la santé en Polynésie ?

Conclusion

Autour du médecin confiant de la fidélité de ceux qu'il soigne se construit un univers de recours et de pratiques². L'infidélité des malades est le résultat d'une incomplétude de la prise en charge, non seulement matérielle mais aussi symbolique. Elle entraîne chez le soignant un sentiment d'échec en contradiction avec le travail de soin qu'il met au service du patient.

La différence culturelle est encore souvent vécue aujourd'hui par les professionnels de santé comme une difficulté à affronter et non comme une opportunité à saisir. Cet état de fait est lié d'une part à une politique d'éradication de la culture locale menée depuis l'installation des Européens en Polynésie et d'autre part à une formation des professionnels de santé exempte de toute approche socioculturelle³. Les professionnels de santé de Polynésie qui prennent en charge le cancer ont besoin

¹ Barthe-Vonsy P., *Conception et évaluation d'un carnet culturel d'expression et de suivi en soins de support dans le cancer bronchique en Polynésie française*, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, soutenue le 25 avril 2017. Le principe du carnet était de rendre « audible », par des moyens autres que l'expression orale - qui peut être un réel obstacle dans la rencontre thérapeutique -, le ressenti de la personne malade, ses inquiétudes, ses peurs, ses attentes, ses refus.

² J. Benoist, *Op. Cit.*

³ « On ne nous apprend pas en faculté de médecine à s'adapter à la culture du patient. On nous apprend à soigner un patient avec une pathologie X ou Y, mais la culture du patient ne rentre pas du tout en ligne de compte. Les études de médecine en elles-mêmes n'apprennent pas à soigner un patient avec tous les aspects qui le caractérisent, socio-religieux-culturels. » (GP)

de pouvoir s'adapter aux caractéristiques culturelles de la population concernée. Si un grand nombre d'entre eux reconnaît la nécessité de comprendre la culture du patient pour le soigner dans le respect de ses croyances, conscient que de son adhésion dépend pour une grande part les effets positifs des soins prodigués, peu d'entre eux changent pour autant leurs habitudes médicales par manque d'« outils » et de clés de compréhension mis à leur disposition pour le faire. Les situations interculturelles exigent une posture clinique particulière¹, d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit de microsociétés soumises sans transition à des normes institutionnelles exogènes, comme ce fut le cas au sein du territoire ultra-marin polynésien.

Les dernières décennies ont connu la réhabilitation de la médecine traditionnelle par l'Organisation Mondiale de la Santé², offrant de nouvelles perspectives non seulement pour la valorisation des pratiques thérapeutiques ancestrales polynésiennes, mais aussi pour la mise en œuvre d'une médecine plurielle dans le souci constant de soins adaptés au patient. Il est urgent d'imprimer au cœur des études médicales, voire du projet médical global de notre société, une formation adaptée à cet éveil pluriel du soin, qui en reconnaisse la valeur ajoutée.

Claire Harpet est anthropologue, Ingénieure de Recherche au sein du Laboratoire IrPhil, membre de la Chaire « Valeur du soin », Université Jean moulin Lyon 3.

Graziella Poanoui est Médecin généraliste en cours de rédaction de thèse, Université Lyon 1, Claude Bernard, Faculté de médecine Lyon Sud.

¹ E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault, M. Toussignant (dir), *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Ed. du Girame, 1987.

² Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. OMS 2013.