

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-
SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2019

N°298

UN PROJET POLYNESIEN DE MEDECINE INTEGRATIVE. Analyse ethno-médicale de la rencontre entre Tradipraticiens et Professionnels de Santé à Tahiti.

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard - Lyon 1

et soutenue publiquement le **17 octobre 2019 à 17h**

pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**

par

Mme POANOUI Graziella

Née le 08 septembre 1986

A Nouméa, NOUVELLE-CALEDONIE

Jury de thèse

Président : Monsieur le Pr VANHEMS Philippe

Assesseurs : Monsieur le Pr ZERBIB Yves

Madame le Pr DALIGAND Liliane

Directeurs de thèse : Monsieur le Dr PARRAT Éric

Madame le Dr HARPET Claire



Université Claude Bernard Lyon 1



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-
SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2019

N°298

UN PROJET POLYNESIEN DE MEDECINE INTEGRATIVE. Analyse ethno-médicale de la rencontre entre Tradipraticiens et Professionnels de Santé à Tahiti.

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard - Lyon 1

et soutenue publiquement le **17 octobre 2019 à 17h**

pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**

par

Mme POANOUI Graziella

Née le 08 septembre 1986

A Nouméa, NOUVELLE-CALEDONIE

Jury de thèse

Président : Monsieur le Pr VANHEMS Philippe

Assesseurs : Monsieur le Pr ZERBIB Yves

Madame le Pr DALIGAND Liliane

Directeurs de thèse : Monsieur le Dr PARRAT Éric

Madame le Dr HARPET Claire

**U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale	
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
LINA Gérard	Bactériologie
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MION François	Physiologie
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato –Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
----------------------	--------------------------------

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PAPAREL Philippe	Urologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RUFFION Alain	Urologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BELOT Alexandre	Pédiatrie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologique
CHO Tae-hee	Neurologie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FRANCO Patricia	Physiologie - Pédiatrie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie -
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence
THAI-VAN Hung	Physiologies - ORL
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologique
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie
YOU Benoît	Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian

PERDRIX Corinne

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique

Biochimie et Biologie moléculaire

CALLET-BAUCHU Evelyne

Hématologie ; Transfusion

DIJOURD Frédérique

Anatomie et Cytologie pathologiques

LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

Biologie et Médecine du développement et de la

reproduction

MASSIGNON Denis

Hématologie – Transfusion

RABODONIRINA Meja

Parasitologie et Mycologie

VAN GANSE Eric

Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline

Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière.

COURY LUCAS Fabienne

Rhumatologie

DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam

Anatomie et cytologie pathologiques

DESESTRET Virginie

Cytologie – Histologie

FRIGGERI Arnaud

Anesthésiologie

DUMITRESCU BORNE Oana

Bactériologie Virologie

GISCARD D'ESTAING Sandrine

Biologie et Médecine du développement et de la

reproduction

LOPEZ Jonathan

Biochimie Biologie Moléculaire

MAUDUIT Claire

Cytologie – Histologie

MILLAT Gilles

Biochimie et Biologie moléculaire

PERROT Xavier

Physiologie - Neurologie

PONCET Delphine

Biochimie, Biologie cellulaire

RASIGADE Jean-Philippe

Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey

Immunologie

SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent
VUILLEROT Carole

Hématologie - Transfusion
Mal infect.
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne - Gériatrie
KOPPE Laetitia	Néphrologie
PETER DEREK	Physiologie - Neurologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Bio statistiques
VISTE Anthony	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
DUBOIS Jean-Pierre	Médecine générale
LLORCA Guy	Thérapeutique
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
TEBIB Jacques	Rhumatologie

Remerciements

A mon jury de thèse,

A Monsieur le Pr VANHEMS, vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez accordé à mon sujet de thèse et vous exprime ma plus profonde gratitude.

A Monsieur le Pr ZERBIB, vous avez accepté sans hésitation de faire partie de mon jury de thèse, je vous en suis reconnaissante. Merci également pour les enseignements de médecine générale que vous nous avez prodigué lors de notre 3^{ème} cycle.

A Madame le Pr DALIGAND Liliane, vous avez accepté d'être membre de mon jury, je vous en remercie. Veuillez trouver l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Dr Éric PARRAT, merci pour cette aventure, merci pour ce magnifique projet, merci pour ta patience, merci pour ta pédagogie, merci pour ta bienveillance. Grâce à toi, ce travail de thèse n'en a pas été un. Il a été porteur de rencontres et d'enrichissement personnel. Il est dans la lignée de tous les projets que tu as portés et de tous les autres à venir. Ce n'est que le début d'une merveilleuse aventure.

A Madame le Dr Claire HARPET, merci pour nos sessions Skype, pour nos discussions toujours plus enrichissantes au fil du temps. Merci pour ton analyse et ton expertise, merci pour ta gentillesse sans failles à chacune de nos rencontres.

Merci au Dr NGUYEN Ngoc Lam pour les analyses statistiques.

Merci au Dr Charlotte COURTOIS pour la révision du manuscrit.

A l'association HAURURU et aux participants du séminaire,

Merci à Yves DOUDOUTE, co-concepteur du projet, à Noémie DOUDOUTE et Tilda FLOHR, qui ont établi les liens avec les tradipraticiens, à Leone TEUIRA, présidente de l'association HAURURU.

Merci à tous les membres de l'association HAURURU et aux tradipraticiens : papa Apon, Yasmina TAUMIHAU, les participants historiques au projet, Juliana, Paloma, Jenny, Ocatave (dit Barbos), Gontran, Sunny WALKER (le païen), Johann BOUIT.

A Mme Marguerite LAY, directrice de O Tahiti E.

A l'équipe cuisine, Preeya, Cécile, Faahei, et Rauana.

A la section himene de Haururu, Calmelito, Vera, Corinne, Maiana et Fabienne.

Merci à tous les participants du séminaire, deux mentions spéciales, une pour Patricia MAYER (méditation), une pour Cédric GUEGUEN (hypnose).

Merci à l'équipe de Pneumologie et de Soins Palliatifs du CHPf et à toutes les équipes du CHPf qui ont participé au séminaire, un grand merci également à tous les professionnels libéraux qui étaient présents lors de ces trois jours.

A mes amis et à ma famille,

A mes amis de toujours, ceux qui ont été présents au cours de ces dix dernières années, merci pour votre amitié indéfectible : Rosa, Azounet, Chouchou.

A mes partenaires de galère pendant ces longues études, merci pour nos expériences communes qui nous ont fait rêver et grandir : Geneviève, Tashou, Emélie, Kilia, Doro et Manu.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées à Paris puis à Lyon.

A ma famille, ma base, mon socle, j'ai été loin de vous pendant plus de dix ans mais vous étiez toujours présents dans mon cœur.

A ma famille de cœur que j'ai appris à connaître durant mes années en Polynésie : Hina, Kal, Kévin, et tous les autres, « *la famille dans le cœur les gars ma* ».

A mes frères et sœurs, à mes parents, à ma grand-mère, et tous ceux que je n'ai pas cités, je ne vous remercierai jamais assez pour votre présence même lointaine à mes côtés.

A mon fils Raimana, tu es la raison pour laquelle je me lève le matin et celle qui me fait avancer chaque jour, merci d'être toi, merci d'être là.

A la Polynésie, à la Calédonie.

Le Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Abréviations

CHPF : Centre Hospitalier de Polynésie Française

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale (équivalent de la CPAM en métropole)

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EVASAN : EVAcuation SANitaire : transfert de la Polynésie française vers la métropole pour raisons médicales

IDE : Infirmiers Diplômés d'État

MI : Médecine Intégrative

MT : Médecine Traditionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNCVT : Pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique

PS : Professionnel de Santé

TP : Tradipraticien

Lexique

'Ori tahiti : danse tahitienne

'Uru : fruit de l'arbre à pain

A haere i mua ou **Haere i mua** : en avant (du verbe **Haere** : aller et **mua** : devant)

Ari'i : roi

Fenua : terre, pays

Ia Orana : bonjour

Ma'a : repas, nourriture

Ma'i : maladie

Mā'ohi : du pays, autochtone

Mahana : soleil

Marae : temple des anciens temps

Mauruuru : merci

Mono'i : huile parfumée

Popa'a : personne de race blanche

Ra'au Popa'a : médicaments occidentaux

Rā'au tahiti : médicament

Rapa'au : faire prendre un médicament, soigner

Ta'ata tahiti : tahitien (de **ta'ata** : personne)

Tahu'a : guérisseur

Tahu'a rā'au : guérisseur herboriste

Tahu'a taurumi : guérisseur masseur

Tane : homme, mari

Taote : docteur

Tapu : interdit

Te Ao : Monde du visible (de **ao** : jour)

Te Moana nui a hiva : nom donné par les ancêtres à l'Océan Pacifique (de **moana** : océan, **nui** : grand)

Te Po : Monde de l'invisible (de **po** : nuit)

Tupuna : ancêtres

Unu : totem

Va'a : pirogue

Vahiné : femme, épouse

Table des matières

I.	INTRODUCTION	13
II.	ÉTAT DE LA QUESTION	15
A.	LA POLYNESIE FRANÇAISE	15
B.	MEDECINE TRADITIONNELLE	20
C.	CULTURE ET SANTE	26
D.	LA STRATEGIE DE L'OMS POUR LA MT 2014-2023	27
E.	LE CONCEPT DE MI ET SES PRINCIPES	30
F.	LE PROJET POLYNESIEN	34
G.	UNE MELANESIENNE DANS UN PROJET POLYNESIEN :	35
III.	QUESTION DE RECHERCHE	38
A.	QUESTION PRINCIPALE	38
B.	QUESTIONS SECONDAIRES	38
IV.	MATERIELS ET METHODES	40
A.	PREREQUIS A LA RENCONTRE	39
B.	ORGANISATION PRATIQUE DE LA RENCONTRE	41
C.	DEROULEMENT DE LA RENCONTRE	42
D.	APRES LA RENCONTRE	44
V.	OBJECTIFS	48
A.	OBJECTIF PRINCIPAL	48
B.	OBJECTIFS SECONDAIRES	48
VI.	LES RESULTATS	49
A.	RESULTATS DES QUESTIONNAIRES (PS)	49
B.	RESULTATS DES ENREGISTREMENTS VIDEO (TRADIPRATICIENS)	64
C.	COMPARAISON DES DONNEES DES TP ET DES PS	73
D.	ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE	78
VII.	DISCUSSION	80
A.	PROJET	80
B.	METHODOLOGIE	82
C.	CULTURE ET SANTE	86
D.	MEDECINE INTEGRATIVE	89
E.	SEMINAIRE	93
F.	TRAVAILLER ENSEMBLE	94
G.	CONDITIONS POUR TRAVAILLER ENSEMBLE	98
H.	IMPLICATIONS POUR LE DOMAINE DE LA SANTE EN POLYNESIE	105
VIII.	CONCLUSION	109
XI.	BIBLIOGRAPHIE	112
X.	ANNEXES	124

I. Introduction

La médecine traditionnelle polynésienne est profondément ancrée dans la culture polynésienne. Elle fait aujourd'hui l'objet d'une forte attente de la population en période de renouveau culturel. Couramment utilisée dans les soins quotidiens, au sein des familles, elle n'en est pas moins une médecine complète et globale. Toujours exercée plus ou moins secrètement par les Tahu'a, les médecins traditionnels polynésiens, les porteurs du don, les guérisseurs. Les plus connus sont les Tahu'a rā'au, les herboristes. Ils connaissent les plantes, souvent endémiques, savent les préparer et les administrer. De même les Tahu'a taurumi, les masseurs, quelques fois magnétiseurs, qui utilisent des huiles, des décoctions et des onguents. L'appartenance au complexe chamanique de la médecine des Tahu'a est moins connue, ou moins reconnue du fait de la forte implantation du christianisme. La spiritualité, l'ancrage aux mythes, aux légendes et la relation aux ancêtres sont pourtant constamment présents. Et les différentes techniques de soins (rā'au, massage, chamanisme) s'associent en fait à différents degrés dans la pratique de chaque guérisseur.

La médecine conventionnelle, moderne, biomédicale a largement mis à l'écart, voire condamné, les pratiques ancestrales. Est-elle pour autant mieux adaptée, comprise et acceptée par les populations ? Médecines conventionnelle et traditionnelle doivent-elles indéfiniment s'affronter, ne pas se comprendre et ne pas se réunir ?

Nous explorerons ces questions à l'aune des stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle (1). Elles fixent un cap, celui de la réintégration raisonnée et sécurisée des pratiques de soins traditionnels dans les systèmes de santé servant le principe de la couverture sanitaire universelle. Elles précisent ainsi les enjeux majeurs de la collaboration entre professionnels de santé et tradipraticiens. Sans celle-ci comment mettre en place les règles de bonnes pratiques et les formations adaptées qu'elles recommandent ?

Le contexte d'une société polynésienne pluriculturelle peut paraître délicate. Pourtant la force de la culture polynésienne offre des ressources incroyables. Son universalité et son ouverture à l'autre portent la perspective d'une approche transculturelle. La collaboration entre une association médicale et une association éco culturelle permet de l'explorer. Ensemble nous avons ainsi développé un modèle d'approche transculturelle qui fait sens à l'ensemble d'une population. Fondé sur la culture polynésienne, ses mythes, ses légendes, ses représentations, dans tous ses domaines d'expression et sur le terrain. C'est bien sa présentation à la population qui a formaté le modèle et a permis de l'expérimenter avec succès. En pratique le

modèle est présenté dans ses capacités à créer des outils, à orienter des projets, des modes de prise en charge et des programmes, de la prévention jusqu'aux soins spécialisés.

L'association éco culturelle a dès lors réussi à organiser la rencontre entre les tradipraticiens et les professionnels de santé. Celle-ci n'a pas été évidente mais la relation s'est peu à peu construite. La compréhension s'est installée et la confiance est née. Les masseurs magnétiseurs ont accepté d'intervenir au CHPf sous la responsabilité des médecins et aux côtés d'autres techniques complémentaires. Initialement cette présence, largement acceptée et demandée par les patients et leurs familles, a surpris et parfois généré des inquiétudes chez les professionnels de santé. Mais la relation de bienveillance et d'humanisme reconquise avec l'aide des tradipraticiens a « bousculé » le système en suscitant l'espoir. Celui de la réunion des professionnels de santé et des tradipraticiens, soutenant l'objectif du travailler ensemble, pour la réalisation du défi posé aux systèmes de santé par l'OMS.

II. État de la question

A. La Polynésie Française

1. Géographie

La Polynésie française occupe, dans le Pacifique sud, une vaste zone maritime comprise entre 7° et 28° de latitude sud et 134° et 155° de longitude ouest, d'une superficie comparable à celle de l'Europe (2,5 millions de km²). La distance entre Papeete et Hiva Oa (archipel des Marquises) est similaire à celle séparant Paris de Stockholm. Centre économique et administratif de la Polynésie française, l'île de Tahiti est distante de 17 700 km de Paris, 9 500 km de Tokyo, 6 520 km de Los Angeles, 5 390 km de Sydney, 5 000 km de Nouméa. Le décalage horaire entre Tahiti et Paris est de 11 heures en hiver et 12 heures en été.



Figure 1 : Carte de la situation de la Polynésie dans le monde et distance vers les principales destinations

On y compte 118 îles d'origine volcaniques et corallienne : 34 îles hautes et 84 atolls. Ces îles sont étalées sur une surface d'environ 5,5 millions de km² (soit la superficie de l'Europe) avec 3521 km² de superficie terrestre.



Figure 2 : Carte géographique de la Polynésie Française superposée à l'Europe

Les 118 îles que compte la Polynésie française ne représentent qu'une superficie émergée d'environ 3 500 km². Elles sont regroupées en cinq archipels :

- **l'archipel de la Société**, 1 600 km² à l'ouest de cet ensemble, réunit les îles du Vent (Tahiti, Moorea, Tetiaroa, Maiao et Mehetia) et les îles Sous-le-Vent (Raiatea, Tahaa, Huahine, Bora Bora et Maupiti) ;
- **l'archipel des Tuamotu**, 690 km², se compose de 80 atolls coralliens répartis sur une vaste bande orientée nord-ouest - sud-est, dont les plus vastes sont Rangiroa, Fakarava, Makemo et Hao ;
- **l'archipel des Gambier**, 40 km², prolonge au sud-est l'archipel des Tuamotu et comprend cinq îles hautes et quelques îlots à l'intérieur d'une ceinture corallienne. Seule Mangareva, l'île principale, est habitée ;
- **l'archipel des Marquises**, 1 049 km², situé au nord, compte quatorze îles dont six sont habitées : Nuku Hiva, Ua Pou, Hiva Oa, Hu'ta, Ua Huka et Fatu Hiva ;
- **l'archipel des Australes**, au sud, comporte cinq îles couvrant une surface de 152 km² : Tubuai, Rurutu, Raivavae, Rimatara et Rapa.

Les îles de la Société, les Marquises, les Australes et certaines îles des Gambier sont des îles « hautes » d'origine volcanique. Le plus haut sommet est le mont Orohena, à Tahiti, qui atteint 2 241 mètres. Les îles basses, situées essentiellement dans les archipels des Tuamotu et des Gambier, sont des atolls d'origine madréporique¹ : une étroite couronne de corail, sans relief, qui entoure plus ou moins complètement un lagon (2).

2. Climat

On trouve en Polynésie un climat tropical, océanique, chaud et humide. Il existe deux saisons :

- La saison chaude et très humide (de novembre à avril) appelé « été austral » avec des températures oscillant entre 27 et 31°. C'est durant cette période que l'on trouve la saison des pluies durant laquelle il peut pleuvoir plusieurs jours de suite sans arrêt.
- La saison « fraîche » et plus sèche (de mai à octobre) avec des températures oscillant entre 25 et 28°.

Le taux d'humidité dans les îles est élevée et se situe entre 65% et 100%. L'ensoleillement est assez important en Polynésie mais variable du Nord au Sud (1600h/an aux Australes contre 2900 aux Tuamotu)(2).

3. Population

La population polynésienne est évaluée à 272 800 habitants au 1er janvier 2016. La croissance, +0,4 % sur l'année, est bien plus faible que celle des années 90 (+1,9 % par an en moyenne), en raison du recul de la natalité, à son plus bas historique, et du déficit migratoire. Les principaux foyers de peuplement sont les îles du Vent, qui concentrent les trois quarts de la population, et les îles Sous-le-Vent (13 % du total).

Sur l'île de Tahiti, les communes de Mahina, Arue, Pirae, Papeete, Faa'a, Punaauia comptent 130 000 habitants sur une distance de 60 km de long. C'est dans cette zone que se localisent les principales administrations et emplois.

En 2015, l'espérance de vie est de 74,4 pour les hommes (contre 79 en métropole) et de 78,1 pour les femmes (contre 85,1 en métropole). Dans cette même année, 3888 naissances ont eu lieu avec 1394 décès soit une croissance de la population de 0,4 % (3).

4. Flore terrestre

De par le climat que l'on trouve en Polynésie, on constate dans les îles hautes une végétation luxuriante. Il existe environ 1000 espèces végétales avec 40% des végétaux spécifiques aux îles polynésiennes.

Les premiers colonisateurs sont arrivés avec dans leurs pirogues une dizaine de plantes jugées plus résistantes. C'est d'ailleurs grâce à l'étude de ces plantes qui étaient originaires d'Asie du Sud -Est que l'on a pu obtenir plus d'information sur l'origine des polynésiens.

Les plantes ont toujours eu une place importante dans la vie des polynésiens. On peut noter dans les croyances et la mythologie polynésienne, un fort lien entre l'homme et les plantes. La plante est comme l'homme, issue du corps de Dieu mais aussi de l'homme (4).

5. Santé en Polynésie Française

C'est à partir de la moitié du XIXème siècle que s'est développé le service de santé dans les établissements français d'Océanie. Le premier service de santé se fait en 1842 suite au protectorat, il est dirigé par le chirurgien Pierre-Adolphe Lesson et encadré par le personnel des navires militaires. De 1844 à 1848 (guerre d'annexion franco-tahitienne), ce centre de santé reçoit environ 200 blessés militaires. Après 1848, le gouverneur Bruat décide de construire un hôpital colonial à Papeete : l'hôpital de Vaïami. Cet hôpital accueille dans les premiers temps majoritairement une patientèle européenne (militaires, fonctionnaires coloniaux...). C'est par l'augmentation des cas de syphilis dans la population que l'accès de l'hôpital s'ouvre plus aux polynésiens et polynésiennes où un service entier leur est réservé.

A partir de l'annexion de 1880 débute la création d'un corps de médecin du service local remplaçant les médecins militaires. On observe ensuite une extension des médecins à Taravao, Uturoa, Marquises et des infirmiers sont envoyés dans les cinq archipels. C'est à partir de cette année que progressivement les polynésiens ont dû renoncer à l'exercice de leur propre médecine. Puis avec l'introduction du code pénal français et du code de la santé publique, tout exercice de la médecine traditionnelle devient illégal.

Dès la deuxième moitié du XXème siècle, on observe une tolérance progressive de la médecine traditionnelle. A lieu à Papeete, en 1973, une conférence sur les plantes médicinales suivie de plusieurs réunions portant sur la médecine traditionnelle. De 1976 à 1978, un tradipraticien, Tutu, organise des démonstrations ouvertes au public pour faire connaître ce que les plantes médicinales peuvent apporter. La première association de médecine traditionnelle voit alors le jour mais suite à la mise en place d'un gouvernement contre la médecine ancestrale, les possibilités de reconnaissance de cette médecine se perdent (5).

La Polynésie Française dispose d'une autonomie interne avec une compétence dans le domaine de la Santé depuis 1984 (6).

La protection sociale est assurée par la Caisse de Prévoyance Santé (CPS) depuis 1957. Elle est devenue universelle en 1994 avec le plan de Protection Sociale Généralisée (PSG). On distingue trois régimes différents :

- Le régime général des salariés (RGS) financé par la cotisation sociale
- Le régime général des non-salariés (RGNS) financé par la cotisation des indépendants (les commerçants, les patentés et les professions libérales)
- Le régime de solidarité de Polynésie Française (RSPF) financé par les aides publiques.

Actuellement, l'organisation du système de santé polynésien se fait sur 5 niveaux :

1. Santé de proximité immédiate : grâce aux centres médicaux, aux dispensaires et aux postes de secours. Pour les îles de 1000 habitants ou plus, un médecin et un infirmier sont souhaités, pour 300 habitants ou plus, un infirmier et pour moins de 300 habitants un auxiliaire de santé ou agent communal.
2. Proximité renforcée : avec les 4 hôpitaux périphériques (Uturoa à Raiatea dans les Îles Sous le Vent (ISLV), Taiohae à Nuku Hiva aux Marquises, Taravao sur la presqu'île de Tahiti et Moorea dans les Îles du Vent. Ces hôpitaux sont sous le contrôle de la Direction de la Santé.
3. Santé de référence : représenté par les spécialistes du secteur privé ou public. Des missions sur plusieurs jours peuvent amener les spécialistes à consulter dans les îles même les plus éloignées de Tahiti.
4. Santé territoriale : correspondant au Centre Hospitalier du Taaone (CHT) à Tahiti, pouvant être comparé à un centre hospitalier universitaire de France métropolitaine.
5. Santé extraterritoriale : incluant l'ensemble des EVASAN vers la France métropolitaine (60%) et la Nouvelle Zélande (20%). Les EVASAN s'effectuent exclusivement depuis Tahiti et sont régulées par le SAMU.

En 2015, le nombre de médecins sur la Polynésie Française toutes spécialités confondues est de 192 pour 100,000 habitants (7)(8).

B. Médecine traditionnelle

1. Définition OMS :

La médecine traditionnelle est définie par l'OMS comme étant « *la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Dans certains pays, les appellations médecine parallèle/alternative/douce sont synonymes de médecine traditionnelle* » (9).

2. Histoire, origine et modes d'acquisition du savoir :

La médecine traditionnelle existe en Polynésie depuis de nombreuses générations. Elle détient une part de naturel mais aussi de surnaturel. Il est difficile de vraiment connaître la médecine traditionnelle des anciens polynésiens puisque les premiers écrits sont issus des européens, navigateurs ou missionnaires et non des anciens polynésiens. Il semblerait toutefois qu'avant l'arrivée des navigateurs les tahitiens étaient plus forts en chirurgie qu'en médecine puisqu'il existait peu de maladies alors que les guerres et luttes provoquaient des traumatismes. Ensuite, l'arrivée des européens provoqua l'introduction de nouvelles maladies (tuberculose, syphilis...) (10).

Les savoirs s'acquerraient de plusieurs façons :

- De génération en génération : La transmission orale occupait et occupe toujours une grande place dans la culture Māo'hi et c'est par elle que, dans la plupart des cas, s'effectuait la transmission des savoirs. De père en fils étaient appris les secrets de la médecine traditionnelle. Si le secret était dévoilé le don de guérison risquait d'être perdu. Dans une même famille certains enfants peuvent recevoir le don et d'autre non. Les familles de médecins étaient très respectées de la population.
- Don offert par les *tupuna* (ancêtres) : Souvent, par le biais des rêves, les tradipraticiens prennent connaissance de recettes et peuvent même avoir des informations sur le lieu où ils pourront trouver les plantes dont ils ont besoin.
- Transmission de cahier : De façon moins courante, il existe des « *buka pa'ari* » (livre de la sagesse et des connaissances anciennes) qui comportent tout au plus une douzaine de remèdes. Comme dit plus haut, il ne faut pas oublier que la médecine occidentale est récente et que donc le médecin *popa'a* peut être considéré par certain comme une sorte d'intrus dans le champ culturel polynésien de la maladie.

3. Tradipraticiens

Tahu'a signifie « le spécialiste », « l'expert » d'une profession. Ce terme peut être utilisé par exemple pour le *tahu'a va'a* : constructeur de pirogue. Il est également employé dans le cadre de la médecine (11).

Il existe plusieurs catégories de tradipraticiens :

- Les *ta'ata rā'au*, *vahine rā'au* (herboristes) : ce groupe de soignant possède les recettes, les ingrédients des médicaments ainsi qu'un don de guérison.
- Les *feia taurumi*, *ta'ata taurumi*, *vahine taurumi* (masseurs, masseuses) : ces acteurs des soins traditionnels, font des massages et sont apte à remettre les articulations et os en place (fractures, luxations). Ils peuvent également pratiquer différents gestes tels que la circoncision, couper le cordon ombilical ou inciser les hémorroïdes. Ils connaissent aussi la vertu des plantes qui servent à la composition de bains de soins.
- Les *tahu'a* (guérisseurs et chamans) : certains prient, certains ont des capacités de voyance (*tahu'a hi'ohi'o*), certains sont spécialistes des songes (*tahu'a moemoea*), certains manipulent la pensée, d'autres programment une mort lente et brutale ou encore disent pouvoir « prendre » la maladie (*tahu'a rave ma'i*). En dehors du domaine médical, les *tahu'a* peuvent aussi être consultés pour chasser les mauvais esprits (*tahu'a ma'i tupapa'u* ou exorciste), « décontaminer » certains objets, ranimer l'amour dans un couple. Chez les *tahu'a* qui s'occupent des maladies surnaturelles, certains utiliseront leurs « pouvoirs » pour la bonne causes alors que d'autre le feront pour la mauvaise cause (12) (13).

4. Traitements

Les traitements peuvent être curatifs mais également préventifs.

a. Préparations médicamenteuses :

Elles sont appelées communément *rā'au tahiti*. *Rā'au* signifie plante, bois, arbre et ce terme englobe les plantes médicinales et les remèdes avec lesquelles on traite (*rapa'au*) les maladies (*ma'i*). Elles sont surtout fabriquées à base de plantes et quelques fois avec des produits animaux ou minéraux. Il existe plusieurs types de préparation : potion, décoction, infusion, collyres, cataplasmes, bains, inhalation, onguent, liniment... Dans la plupart des cas, ces traitements doivent être consommés dans la journée, avec des posologies précises et une durée de traitement donnée par le tradipraticien. Cette durée est souvent de 3 jours avec 3 prises par

jour. Il est demandé aux malades dans pratiquement tous les cas de réciter le Notre Père avant l'administration du médicament.

110 plantes environ sont utilisées pour la fabrication des remèdes sur 2200 espèces présentes en Polynésie Française. Elles vont de l'herbe la plus simple, aux fougères, arbustes et grands arbres comme le *Purau* aux vertus multiples.

Les plantes doivent être cueillies à des moments et lieux bien définis (très tôt le matin ou un peu avant le coucher du soleil/ dans le jardin proche de la maison ou dans des vallées) et elles seront toujours utilisées fraîches. La conservation des remèdes peut être d'environ 3 jours dans un endroit frais et aéré et d'une durée plus longue dans le bac à légume du réfrigérateur.

Il faut s'attacher à ce que l'on appelle la valence sexuelle de la plante puisqu'une recette n'aura pas le même effet si l'on utilise la plante mâle ou la plante femelle. A noter que pour les tradipraticiens le classement en mâle ou femelle se fait selon des caractéristiques purement symboliques des plantes (ex : nombre de pétales de la tiare : 6 pétales = femelle et 7 pétales = mâle).

Pour la mesure des quantités nécessaires, les pouces et mains sont utilisés pour les racines, tiges et écorces. Les entre-nœuds sont utilisés pour la canne à sucre, les feuilles sont comptées une à une ou mesurées en poignées tout comme les herbes et plantes de petite taille. La demi noix de coco sert à quantifier les liquides.

Certaines recettes ne contiennent qu'une plante, d'autre plusieurs allant jusqu'à 75. Les recettes ne sont pas figées et se sont adaptées aux pathologies introduites avec par exemple, l'utilisation de produits importés tels que le sucre roux ou l'alcool de menthe.

Les préparations des médicaments font appel à plusieurs instruments : le *penu*, pilon de pierre volcanique, le *'umete*, récipient creux en bois et le *mo'u*, nappe de fibres servant de filtre. Les parties des plantes sont empilées d'une façon donnée et dans un ordre précis. Les échinodermes sont écrasés, pilés avant utilisation. La graisse de poulet ou de porc est fondue au bain-marie et refroidie pour être utilisé comme onguent.

Quelques ouvrages anciens ont essayé de répertorier les plantes et leurs propriétés médicinales. Parmi les principaux, citons ceux de CUZENT (1860), de PETARD (1960). Une mission ethnographique de l'ORSTOM menée de 1961 à 1963 a réalisé un recueil de recettes de médicaments traditionnels à base de plantes (14).

b. Massages :

A l'époque ancestrale, les docteurs dits de *Hau* (dieu de la paix), étaient renommés pour leur pouvoir guérisseur par le massage et l'usage d'onguents. C'est pour cette raison qu'on les

nommait *Tahu'a-mori* (docteurs qui oignent), aussi souvent que *tahu'a rā'au* (docteurs en médecine). Les médecins traditionnels étaient appelés à exorciser au moyen d'invocations et d'onguents, des personnes se trouvant sous l'influence de la sorcellerie. Ils avaient la réputation d'avoir un grand pouvoir magnétique de guérison.

Les massages se font surtout avec du *mono'i*. Ce *mono'i* se fabrique avec différentes plantes selon les îles de la Polynésie française (*tiare tahiti* pour l'archipel de la Société et les Australes, *tiare tahiti* et *tiare tafano* pour les Tuamotu, râpures de bois de santal *ahi* pour les Marquises). L'utilisation des fleurs de *Tiare tahiti* est préconisée comme calmant, le santal est recommandé pour les rhumes et affections ORL. Les croyances disent que les mauvais esprits se complaisent dans la puanteur, on peut alors supposer que le parfum agréable de l'huile de massage était également censé faire fuir les mauvais esprits éventuels.

Les massages doivent être doux et non *'iria* (énervé). Les mains enduites de *mono'i* sont réchauffées en les frottant l'une contre l'autre ou en les plaçant à la chaleur d'une lampe à pétrole, *mori teitei*, ceci afin d'éviter toute contraction musculaire au moment du contact des mains à température plus basse. Il est très important de favoriser la détente de la personne à masser (15).

c. Sorcellerie :

Il faut en premier lieu identifier la personne à l'origine du mauvais sort puis stopper les esprits envahissant le malade. Pour venir à bout de cet envoutement, il faut pratiquer une saignée d'environ deux bols qui a pour but d'extraire le sang contaminé par les esprits (avec une dent de requin ou un éclat de verre que l'on frappe à petit coup au niveau des pustules). Il faut ensuite enduire les blessures de *mono'i* (les mauvais esprits n'aiment que la puanteur) et procéder en dernier lieu à un massage de tout le corps surtout au niveau de l'abdomen et des membres avec une solution faite de feuilles de basilic mises dans de l'eau chaude. Il existe également des formules d'exorcisme qui ont pour but de renvoyer les sorts à leurs expéditeurs. D'autres rituels sont là pour négocier avec l'invisible (16).

N'importe qui est susceptible d'être investi du pouvoir de lancer un sort. D'où l'importance donnée dans l'éducation de veiller à ses paroles et aux gestes que l'on fait au moment de parler. La pensée est considérée comme ayant un pouvoir et la parole est acte comme l'expriment les expressions : *mana'o puai*, pensée puissante, *parau teiaha*, parole lourde, *taora i te parau*, lancer ou jeter la parole (17).

d. Chirurgie :

Plusieurs écrits des navigateurs mentionnent la compétence des chirurgiens tahitiens qui intervenaient sur des blessures par balles ou par armes blanches, qui pratiquaient amputation, réduction de luxations et fractures. Ils se servaient aussi de la noix de coco dans les fractures du crâne. Un morceau de noix était taillé sur mesure pour l'emplacement où il n'y avait plus d'os et progressivement, une soudure se créait entre os et noix de coco. La réparation de ces lésions fut jugée satisfaisante lors d'observation par des médecins.

e. Autour du traitement :

La médecine traditionnelle ne demande pas uniquement de prendre un traitement, il est aussi important d'être dans un état d'esprit approprié. Il faut croire au traitement pour qu'il marche, il faut avoir recours à une procédure comportant des prières à différents moments du traitement (cueillette, préparation, ingestion). Le patient doit être positif et volontaire.

Beaucoup d'offrandes et de prières étaient faites en parallèle des soins. Des objets de valeur étaient placés autour du malade pour que *Ta'aroa* désirant les posséder épargne le malade. Il y avait aussi des offrandes faites aux dieux marins et les familles pouvaient se rendre sur les *marae* une corde au cou afin d'essayer de tarir la colère des dieux. Il n'y avait cependant pas de sacrifices humains.

Parfois, des tradipraticiens demanderont à leur patient d'arrêter les traitements de médecine occidentale, ce qu'ils feront par confiance et par crainte de ces derniers si leurs consignes n'étaient pas respectées.

f. Rémunération

Les soins traditionnels ne sont jamais payants. Lors de plusieurs rencontres avec des praticiens, ces derniers m'ont expliqué qu'ils avaient de la chance d'avoir un don et qu'ils ne devaient pas l'utiliser pour gagner de l'argent, et que ceux qui le font, perdront leur don.

Cependant, des dons en nature peuvent se faire (surtout alimentaire comme du sucre roux) même si certains les refusent aussi. Certains tahu'a disent que s'ils acceptent tous les cadeaux qui leur sont faits ils risquent de « tomber du mauvais côté ». Pour les massages relaxants, il peut être demandé une rémunération. Pour certains masseurs, le prix varie en fonction du poids du patient.

5. De nos jours

Avec le développement progressif de la Polynésie au niveau sanitaire et l'installation de professionnels de santé pratiquant une médecine occidentale dans les îles depuis le XIX^{ème} siècle, la place de la médecine traditionnelle a diminué (18).

Sa pratique reste tolérée mais elle reste associée à un domaine non scientifique avec une grande part de mystère, de secret, voire un suspect de satanisme. Dans les îles, lorsque l'on est malade, il est fréquent de se tourner dans un premier temps vers le tradipraticien (qui connaît la famille, possède la même langue, appartient à la communauté et à qui l'on fait confiance). Puis ou conjointement on fait appel à l'infirmier ou au médecin. Il existe aussi encore certaines personnes, notamment des personnes âgées, qui ne veulent être soignées que par cette médecine ancienne. Certaines idées fausses sont véhiculées dans la population comme celle que les familles ayant recours à la médecine traditionnelle sont celles qui sont pauvres, défavorisées, peu cultivées, crédules ou superstitieuses.

En 2012, une enquête dans le cadre d'une thèse, a été menée auprès de 38 médecins généralistes pour connaître leur avis sur la médecine traditionnelle. 68,4% sont défavorables à la médecine traditionnelle contre 31,6% qui y sont favorables. Cependant, ils sont 60,5 % à en avoir remarqué une efficacité. Plus de la moitié des médecins interrogés aborde la question de la médecine traditionnelle avec leurs patients. 24% des médecins inclus dans l'enquête disent avoir déjà collaboré avec un tradipraticien. Un peu plus de la moitié des médecins pensent que la différence culturelle est un frein à la relation médecin-malade et ils sont 37 % à penser qu'une formation culturelle serait intéressante (19).

Le bureau ethnologie et tradition orale du Service de la culture et du Patrimoine s'efforce de rassembler savoir et savoir-faire en partant à la rencontre des personnes ressource de toute la Polynésie française. Ce projet ne concerne pas uniquement la médecine traditionnelle mais également les autres domaines de la culture polynésienne. Le but serait à terme de publier ces savoirs.

En juin 2015, lors d'une exposition avec ateliers des professionnels de santé au sujet des arbovirose, un atelier a été consacré aux plantes traditionnelles. Cet atelier avait comme objectif de donner une place à l'utilisation des plantes traditionnelles en ayant la possibilité de recommander ou déconseiller leur utilisation. Pour cela plusieurs points intéressants étaient abordés (20) :

- L'encouragement de la communication et partenariat entre les différents acteurs.

- Le lancement d'une enquête auprès de la population pour recenser les plantes médicinales les plus utilisées afin d'obtenir une validation scientifique de leur usage traditionnel.

On note aussi au niveau pharmaceutique, un travail du laboratoire de chimie de l'Université de la Polynésie française qui recherche les vertus de plantes utilisées dans les soins traditionnels pouvant apporter un plus à la médecine occidentale.

Cependant, aujourd'hui, la médecine traditionnelle n'est toujours pas légale. Ce passage de légalisation est nécessaire pour que cette médecine puisse être reconnue.

Voici les 9 propositions de Jean-Marc PAMBRUN pour la santé de demain :

- 1/ une rencontre annuelle sur la santé traditionnelle pour les peuples autochtones.
- 2/ un institut de recherches sur les médecines traditionnelles.
- 3/ la constitution de jardins de plantes médicinales (*peho rā'au*).
- 4/ un centre de formation de masseurs et guérisseurs.
- 5/ des dispensaires de soins traditionnels.
- 6/ un laboratoire indigène de recherche de pharmacologie douce.
- 7/ une agence internationale de valorisation des recherches médicinales.
- 8/ une convention internationale indigène des droits des guérisseurs.
- 9/ une résolution en faveur de la légalisation des médecines traditionnelles.

C. Culture et santé

La part culturelle du patient lors des soins de santé est souvent ignorée, alors qu'elle fait partie intégrante de l'individu et de sa relation aux soins. Le fait de ne pas reconnaître l'intersection de la culture avec d'autres facteurs structurels et sociétaux engendre et aggrave des problèmes de santé, multipliant les coûts financiers, intellectuels et humanitaires. La nécessité de comprendre la relation entre culture et santé, en particulier les facteurs culturels qui influent sur les comportements améliorant la santé, est désormais cruciale.

La commission du Lancet dans son dernier rapport de 2014 sur la culture et la santé l'a très bien compris. Elle a examiné la santé et les pratiques en matière de santé, a identifié et évalué les problèmes urgents et recommandé les axes nécessaires pour traiter ces problèmes et les nouveaux besoins. Elle a également examiné des domaines de la culture et de la santé qui se chevauchent, à savoir :

1. Compétence culturelle
2. Inégalités en matière de santé
3. Communautés de soins.

Dans ces trois domaines, elle a montré que la santé était inséparable des perceptions du bien-être affectées par la culture. Après avoir examiné ces domaines clés, elle a identifié 12 points nécessitant une attention soutenue dont six qui servent nos propos en Polynésie Française :

- La médecine doit prendre en compte la construction culturelle du bien-être.
- La culture ne doit pas être négligée dans la santé et la prestation de soins de santé.
- La culture devrait devenir centrale dans les pratiques de soins.
- Les personnes malades devraient être reconsidérées par rapport à la culture dans la biomédecine.
- Les formations sur la culture devraient être mieux comprises.
- De nouveaux modèles de bien-être et de soins doivent être identifiés et nourris à travers les cultures (21).

L'OMS dans son rapport Santé 2020 et le « Programme de développement durable à l'horizon 2030 », nous confirme qu'intégrer la prise de conscience culturelle dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des politiques est cruciale pour le développement des soins de santé équitables et durables pour tous.

Cela nécessite que les décideurs politiques cultivent une compréhension nuancée de ce qu'est la culture, et renforce leur capacité à identifier les biais et les lacunes dans leurs connaissances. Cela implique également un effort conscient pour s'engager dans des recherches à méthodes mixtes issues des sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé (22).

D. La stratégie de l'OMS pour la MT 2014-2023

L'OMS a porté des recommandations pour la MT aux pays qui de par leur richesse culturelle pouvait en bénéficier.

Nous pouvons en résumer les principaux objectifs qui soutiennent le projet polynésien (1).

1. Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées

Elle recommande de comprendre et reconnaître le rôle et le potentiel de la MT/MC ainsi que d' étoffer la base de connaissances, accumuler des données et gérer les ressources.

En découlent pour les États Membre, les actions stratégiques suivantes :

- Veiller à ce que la MT/MC soit sans danger (sécurisation des pratiques)
- Protéger et conserver les ressources de MT/MC, en particulier le savoir et les ressources naturelles.

2. Renforcer l'assurance qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens

C'est-à-dire reconnaître le rôle et l'importance de la réglementation des produits.

Pour les partenaires et les parties prenantes, les actions stratégiques suivantes doivent être menées :

- Encourager les praticiens, l'industrie, les chercheurs et les consommateurs à participer à la conception de la réglementation sur les produits.

L'OMS recommande également de reconnaître et élaborer des règlements applicables aux pratiques et aux praticiens pour l'éducation et la formation, le développement des compétences, les services et les thérapies de MT/MC.

En résultent pour les États Membres, les actions stratégiques suivantes :

- Contribuer à l'élaboration d'un code de conduite afin de promouvoir une pratique déontologique, en partenariat avec tous les acteurs concernés.
- Définir des dispositions sur la formation, la qualification et l'agrément des pratiques et praticiens de MT/MC, sur la base d'une évaluation des besoins et des risques.

Et pour les partenaires et les parties prenantes, les actions stratégiques suivantes peuvent être menées :

- Encourager les consommateurs, les praticiens et les chercheurs à participer activement à l'élaboration de normes et de règlements régissant la formation, les services et les thérapies.
- Encourager l'élaboration de directives et d'un code de conduite pour que l'enseignement, la formation et la pratique des praticiens de TM reposent sur des fondements éthiques.

- Encourager la communication et le partage du savoir entre praticiens, afin de documenter et d'évaluer leur pratique.
- Encourager la cohésion entre praticiens de santé traditionnels et leur donner les moyens de s'organiser en associations ou en groupements.
- Encourager et promouvoir l'obtention d'agréments par les instituts d'enseignement et de formation.
- Promouvoir une compréhension et un respect mutuels entre les praticiens de MT/MC et les autres.
- Encourager les professionnels de santé classiques à en savoir davantage sur l'utilisation de la MT/MC.

3. Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire

Elle recommande de s'appuyer sur la contribution potentielle de la MT/MC à l'amélioration des services et des résultats de santé.

Respectueux des traditions et des coutumes des peuples et communautés, les États Membres devraient réfléchir à la manière dont la MT/MC, y compris l'auto-prise en charge sanitaire, peut contribuer à la prévention ou au traitement des maladies, à la préservation et à la promotion de la santé en cohérence avec les données sur la qualité, la sécurité et l'efficacité, conformément aux choix et aux attentes des patients.

Pour les partenaires et les parties prenantes, les actions stratégiques suivantes peuvent en résulter :

- Promouvoir le respect mutuel, la collaboration et la compréhension entre praticiens conventionnels et de MT/MC.
- Promouvoir la formation continue, l'évaluation, la collecte de données et la recherche sur les pratiques de MT/MC.

Pour l'OMS, les actions stratégiques suivantes doivent être menées :

- Organiser des cours et des ateliers de formation pour les décideurs et les praticiens de MT/MC.

- Rapprocher les associations professionnelles de MT/MC des groupements de médecine conventionnelle afin de promouvoir une utilisation sûre et efficace de la MT/MC.

Elle doit aussi veiller à ce que les consommateurs de MT/MC puissent opérer des choix éclairés sur l'auto-prise en charge sanitaire.

Pour les États Membres, les actions stratégiques suivantes en découlent :

- Renforcer la formation interdisciplinaire et la pratique collaborative entre les praticiens de médecine conventionnelle et les praticiens de MT/MC en mettant l'accent sur l'individu.

Pour les partenaires et les parties prenante, les actions stratégiques suivantes doivent être menées :

- Promouvoir la formation des praticiens de santé sur la MT/MC, et encourager les patients à informer leurs praticiens de médecine conventionnelle qu'ils ont recours à la MT/MC.
- Mise en œuvre de la stratégie
- Mettre à profit la contribution potentielle de la MT/MC à la santé, au bien-être et aux soins de santé axés sur la personne.
- Favoriser un recours sûr et efficace aux produits, pratiques et praticiens de MT/MC grâce à leur réglementation, leur évaluation et leur intégration dans les systèmes de santé, s'il y a lieu.

E. Le concept de MI et ses principes

1. Historique et états des lieux

Le terme MI est un anglicisme dérivé de la dénomination nord-américaine « integrative medicine ». Le concept initial a été présenté en 1994 par Andrew Weil de l'université d'Arizona. Ses fondements consistent en huit principes (23). En Amérique du nord ce concept a évolué vers celui plus large de santé intégrative (integrative health). Il est enseigné dans les meilleures universités, dispose d'organisations reconnues, de réseaux de recherche dynamiques et de revues scientifiques dédiées (24). En Europe les développements sont longtemps restés disparates malgré des objectifs communs d'organisation et de reconnaissance (25). Portés par une dynamique universitaire, ils se sont finalement

concrétisés en 2017 par l'adoption du Berlin agreement, ou engagement de Berlin (EB) (26). Il fait aujourd'hui référence, relayé en France en 2019 par l'Appel de Montpellier (27).

2. Quelle définition ?

La MI est une discipline globale, universelle et humaniste. Elle est fondée sur des principes dont les multiples déterminants expliquent les difficultés, voire l'impossibilité à en proposer une définition simple, précise et consensuelle. Une ébauche peut néanmoins être extraite de la déclinaison française de l'EB : « *Cette approche de la santé et des soins, tendant vers une médecine intégrative, réaffirme l'importance de la relation entre le praticien et le patient, s'appuie sur la globalité de la personne et entend répondre à ses besoins personnels. Elle est fondée sur des preuves scientifiques, elle utilise toutes les approches thérapeutiques et modes de vie appropriés, et elle engage tous les professionnels du soin et de la prévention vers une santé et une qualité de vie optimales* » (28). Le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) présente quant à lui : « *La Médecine Intégrative est l'association des médecines conventionnelles et complémentaires dans une approche scientifique validée, centrée sur le patient avec une vision pluridisciplinaire* » (29).

3. Les principes

Les principes des concepts nord-américain et européen sont convergents. Ils sont centrés sur la dimension humaine et tendent à apporter une réponse globale aux besoins des patients. Ils s'ouvrent à la diversité des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT) en collaboration avec la médecine conventionnelle tout en fixant des conditions de sécurisation scientifique par l'évaluation des pratiques (*Tableau 1*). De ces concepts on peut envisager une synthèse en trois points complémentaires.

Principes

1. Être acteur de la santé	Responsabilité individuelle
2. Impliquer activement les patients	Autonomisation des patients
3. Promouvoir l'inter-professionnalisme et le travail interdisciplinaire	Ouverture
4. Reconnaître l'importance des médecines traditionnelles	Diversité des recours
5. Construire une démarche et une pratique reposant sur des preuves	Données probantes scientifiques
6. Encourager la recherche interdisciplinaire en médecine intégrative	Recherches croisées
7. Stimuler la collaboration entre toutes les parties prenantes	Co-construction
8. Rapprocher la prévention et les soins	Complémentarité entre prévention et soin
9. Être acteur de changement	Engagement individuel

Tableau 1 : Engagement de Berlin pour une médecine intégrative

1. Dimension humaine

A l'ère où la révolution des technologies de la santé s'impose, cette dimension est au cœur des préoccupations et des besoins, des patients et des professionnels. La MI entend y répondre de façon prioritaire, globale et pratique. L'attache est aux fondamentaux du soin centré-patient et du partenariat patient / praticien (30). La réponse est à la prise en compte de la totalité des besoins de la personne, par l'ensemble des professionnels qui concourent à sa santé. La relation de confiance avec les équipes soignantes est primordiale. Son expression peut reposer sur la relation d'aide et se rapprocher du concept d'alliance thérapeutique (31). En oncologie cette dimension s'inscrit pleinement dans les mesures des trois plans cancer successifs. Le dispositif d'annonce, ou encore l'ensemble du parcours patient précisé dans le projet personnalisé de soins peuvent ainsi s'appuyer sur la puissance des principes de la MI servant l'expérimentation (32) (33) (34). L'optimisation de la prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire optimale concoure en effet en premier lieu au bien-être. En incluant

l'introduction précoce des soins de support, elle amplifie la relation d'aide et propose un accès renforcé aux mesures de bien-être, voire parfois la possibilité d'un premier contact structuré avec les PNCAVT (35).

2. Principe d'ouverture

Dans le prolongement du projet de soin conventionnel, il concerne en premier lieu le champ des PNCAVT, sans lui être toutefois restreint ni exclusif. Tous les ressources concourant à la santé sont en effet concernées, des sciences en général jusqu'à la société civile, dans une démarche d'élaboration d'un projet global. Pour les PNCAVT le principe de l'EB repose sur la stratégie de l'OMS pour la MT (MT) qui précise « *favoriser un usage sûr et efficace de la MT au moyen de la réglementation, de la recherche et de l'intégration des produits, pratiques et praticiens de MT dans les systèmes de santé, le cas échéant* » (1). Des travaux complémentaires insistent sur les considérations éthiques (36). Bien que non clairement mentionné, la stratégie s'élargie de fait aux notions de territoires et de particularités culturelles présentées par ailleurs par l'OMS (21). En pratique, la MI est en mesure de répondre aux besoins de l'oncologie en termes d'ouverture aux PNCAVT, par le contrôle et la sécurisation des dispositifs et des pratiques, et par le soutien de projets globaux définis par toutes les parties prenantes afin de répondre aux besoins individuels et collectifs spécifiques des patients, des équipes soignantes et des populations.

3. Recherche et évaluation

La démarche scientifique de recherche et d'évaluation est essentielle en MI. Elle permet de soutenir le principe de diversité des recours en le couplant à celui de données probantes. Les possibilités d'intégration des PNCAVT dans les systèmes de santé peuvent être larges et sans a priori, car elles doivent justement être soumises à évaluation afin de démontrer la pertinence et prévenir les dérives. La recherche s'adresse à tous les niveaux d'un projet de MI, de la médecine aux sciences fondamentales, aux sciences humaines et sociales et à la société civile. C'est le principe de co-construction de l'EB : « *Compte tenu des limites et des préjudices pouvant être liés à un travail isolé, nous nous donnons pour défi, individuellement et dans nos organisations et institutions, de mettre en œuvre des programmes et des projets qui favorisent le plus grand respect, la collaboration et la compréhension entre toutes les disciplines, traditions, professions et parties prenantes. La vision transversale en santé devient ainsi prioritaire et dépasse la seule démarche médicale* ».

F. Le projet polynésien

1. Conceptualisation d'un modèle transculturel Polynésien appliqué à la santé

Notre modèle est basé sur le concept de transculturation élaboré par Fernando Ortiz Fernández (37). Notre objectif est ainsi de tendre vers une culture en santé qui, tout en considérant la diversité interculturelle de Polynésie, et en s'appuyant sur la richesse et l'universalité de la culture Polynésienne, fonde des principes de communication en mesure de parler à l'ensemble de la population (38) (21). Ce modèle a été progressivement construit par les associations dans le cadre du programme de prévention de l'asthme de l'enfant et de celui de bien-être pour les personnes en surcharge pondérale. Il peut être schématisé par un cercle conceptuel :

- Objectifs de santé,
- Représentations culturelles,
- Outils, procédures et programmes de soins et de santé.

2. Conception et évaluation d'un outil culturel de communication adapté au domaine du soin

Le modèle transculturel a été intégralement testé lors de la conception et l'évaluation d'un carnet culturel d'expression et de suivi en soins de support dans le cancer bronchique. L'outil répond à un ensemble portant le slogan objectif de santé de l'espoir (A Haere I Mua, en avant) et d'une représentation symbolique traditionnelle (Va'a, la pirogue). L'ensemble est soutenu par des couleurs, des images, des textes (Tahitien, Français) et des espaces d'expression présentant une histoire mythique et une organisation humaine. Le carnet aborde les dimensions psychologiques, sociales, culturelles et de projet de vie.

Le carnet a été évalué auprès de 171 PS et 35 patients. Le carnet a plu aux patients et aux PS (77.4%, 81.3%) ainsi que ses images (90.3%, 81.3%), textes (80.6%, 69.6%) et espaces d'expression (87.1%, 63.7%) sans différence significative ($p > 0,05$). Le sous-groupe des patients polynésiens a plus fait la relation avec la maladie ($p = 0,02$), et a mieux perçu les espaces d'expression ($p = 0,004$) que les PS. Le carnet a été consulté (80.6%) et utilisé (38.7%) par les patients. Les patients polynésiens ont trouvé le carnet plus utile que les PS sur 13 des 15 items testés ($p \leq 0,05$). Le carnet est un outil de communication interculturel adapté au patient polynésien. Il peut être utilisé dans le dispositif d'annonce et les soins de support mais requiert une formation des PS et une sensibilisation des patients. Ce travail a fait l'objet d'une

thèse de médecine générale (8). Il se poursuit actuellement afin de préciser les modalités d'utilisation de l'outil dans le dispositif d'annonce en oncologie thoracique.

3. Expérimentation d'une collaboration de soin entre PS et tradipraticiens au CHPf.

Deux tradipraticiens polynésiens, masseurs magnétiseurs, ont accepté de venir travailler avec les personnels de l'unité de pneumologie du CHPf. Cette expérimentation a été menée en total respect des règles déontologiques médicales, en particulier le secret médical et le consentement éclairé du patient, sous la responsabilité du médecin référent de l'unité (39). En complément des soins médicaux, les patients qui ont accepté de rencontrer les tradipraticiens ont bénéficié de massages doux avec des décoctions de monoï, sans manipulations, et des séances de rééquilibration énergétique. La phytothérapie (Rā'au Tahiti) n'a pas été utilisée. Les tradipraticiens ont également contribué à une démarche de médiation culturelle.

Les résultats ont été très positifs, marqués par très peu de refus des patients de rencontrer les tradipraticiens dont les interventions ont été appréciées par tous. La collaboration s'est installée naturellement et elle s'est renforcée, les PS faisant régulièrement appel aux tradipraticiens. Une méthodologie de travail de recherche formée sur le respect et la confiance mutuelle a alimenté l'élaboration d'un nouveau projet de service. Celui-ci s'appuie sur le concept et les principes de la MI qui incluent la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour la MT (1). Un cadre éthique commun de collaboration y est formulé conformément aux recommandations de l'OMS, et en respect de la déontologie médicale et du principe de sécurisation des pratiques (36).

G. Une mélanésienne dans un projet polynésien :

Si j'avais un eu mot pour qualifier mon adhésion au projet, j'aurais dit « destin ». Je me suis intégrée dans ce projet un peu par hasard. Je venais de soutenir mon mémoire de fin de DES de médecine générale, et les membres de mon jury me pressaient de soutenir ma thèse, l'échéance finale approchant à grands pas. Sauf que ce projet était tombé à l'eau, mon directeur de thèse, ayant déménagé dans un autre pays.

J'ai dû chercher en panique un sujet au pied levé, et avec les relations acquises au CHPF, j'ai été mise en contact avec le Dr Éric PARRAT, pneumologue de l'hôpital, avec qui j'avais déjà échangé sur le centre de l'asthme. Je savais que la culture tenait une place importante dans tous ses projets. Je suis moi-même de Nouvelle-Calédonie, d'origine kanak. La culture est

assez peu prise en compte dans la prise en charge des patients, et on assiste souvent à un retard de prise en charge chez les patients kanaks, qui préfèrent se traiter avec la MT, très présente en Nouvelle-Calédonie. J'avais retrouvé exactement le même schéma chez le patient polynésien en oncologie. Mon expérience d'un an dans le service m'avait permis de voir à quel point il existait un fossé entre le patient polynésien, et les PS, la plupart d'origine métropolitaine. Il y a peu de médecins polynésiens au CHPF, ils sont plus nombreux dans le personnel paramédical (IDE, aide-soignante hospitalière). Ce sont souvent ces derniers qui permettent de faire le lien entre les patients polynésiens et nous. On mesure le décalage culturel lors des échanges avec les patients, des attitudes qu'on ne comprend pas forcément, des silences qui en disent long. Le personnel paramédical polynésien nous permet de mieux appréhender ce décalage mais il n'est pas évident pour tous. Un silence peut-être explicite, un « oui taote c'est bon j'ai compris » ne veut pas forcément dire que le patient a pris la mesure de ce qui a été dit. Toutes ces choses, je les ai vécues chez moi, en Nouvelle-Calédonie. Je viens d'un pays où la culture kanak est très présente, avec sa médecine traditionnelle, ses guérisseurs, ses us et coutumes. J'ai toujours baigné dedans, enfant, lorsque j'étais malade, je me soignais avec les plantes du jardin de ma grand-mère, les traitements occidentaux venaient dans un deuxième temps, quand le médicament traditionnel ne marchait pas. Je suis issue d'une culture où l'on ne dit pas qu'on a mal, où le seuil de tolérance à la douleur est assez élevé. Pour qu'un kanak aille chez le médecin, c'est que c'est déjà grave. Un exemple me vient en tête, celui de mon oncle, le frère de mon père, agriculteur et chasseur, qui vit à la tribu. Lorsque je suis retournée en Nouvelle-Calédonie l'an dernier, j'ai appris qu'il était en réanimation et que ses jours étaient comptés. Lorsque j'ai interrogé ma famille pour savoir ce qu'il s'était passé, ma cousine m'a raconté qu'il avait mal au ventre depuis plusieurs jours, et qu'il avait supporté la douleur, mais qu'un soir celle-ci étant devenue trop intense, ils sont allés consulter aux urgences de l'hôpital du village. Après plusieurs analyses, il a été transféré au centre hospitalier de Nouméa, le « Médipôle ». Il est arrivé en assez bon état général à l'hôpital, pourtant il faisait un choc septique sur une angiocholite. Il a été transféré en réanimation, intubé, ventilé, avec pronostic vital engagé à court terme. L'histoire se termine bien heureusement. Après 15 jours de réanimation, il a survécu. Cette histoire est la parfaite illustration de l'influence de la culture sur le comportement des patients. J'ai discuté avec le réanimateur qui l'avait pris en charge initialement, il a été étonné par le « bon état général » de mon oncle à son arrivée. Les patients ne disent pas quand ils souffrent, et quand ils le disent, il faut multiplier la douleur qu'ils nous décrivent par 10. Cette attitude, je l'ai retrouvée chez le patient polynésien. Nos cultures sont similaires sur beaucoup de choses. Je

n'ai pas eu de mal à comprendre leurs peurs, leurs interrogations, leurs doutes, leur scepticisme. Je comprenais parfaitement qu'ils voulaient se soigner avec les ra'au Tahiti d'abord avant de se traiter avec les médicaments occidentaux, je faisais la même chose. Ce mimétisme, cette façon d'appréhender la médecine me parlait parce qu'elle me renvoyait à tout ce que j'avais connu pendant les vingt premières années de ma vie. J'ai par la suite appris la médecine occidentale, comment soigner les patients, quels traitements utiliser, mais ma culture était toujours présente dans ma façon de voir les choses.

Alors quand le Dr PARRAT m'a proposé de participer à la première rencontre entre les professionnels de santé et les tradipraticiens prévu le mois suivant, j'ai sauté sur l'occasion. Avoir la chance de participer à cet événement et pouvoir rédiger ma thèse dessus était vraiment une opportunité exceptionnelle qui me renvoyait à ma propre culture, et qui me permettait, pour la suite, de transposer ce que j'avais appris en Polynésie dans mon propre pays. La rencontre préalable avec les tradipraticiens dans leur environnement, leur disponibilité, la gentillesse mêlée de craintes qu'ils nous ont témoignés, tous les éléments étaient réunis pour que cette rencontre se déroule dans les meilleures conditions.

III. Question de recherche

A. Question principale

- TP et PS veulent-ils et peuvent-ils travailler ensemble ?

B. Questions secondaires

- Quelles sont les conditions fixées pour travailler ensemble ?
- Quelles sont les implications pour le domaine de la santé en Polynésie ?

IV. Matériels et méthodes

A. Prérequis à la rencontre

1. Signature d'une convention

Cette convention avait pour objet d'arrêter les modalités d'organisation des « Premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des professionnels de santé du CHPF » organisées les 25, 26 et 27 mai 2018, au lieu-dit Fare Hape, vallée de la Papenoo.

Cette charte précisait l'engagement de toutes les parties en présence, le CHPF et les associations REPMAR et HAURURU. Elle a été signée le 19 mai 2018 (annexe 1).

2. Appel à candidature

Celui-ci a été organisé par le service de la formation du CHPF. Un message électronique a été diffusé par le système d'information hospitalier à tous les agents avec un document annexe à remplir (annexe 2). Les informations requises portaient sur l'identité, le cadre d'emploi, le service et la motivation à la participation. Les formulaires papiers ont été collectés et enregistrés par le service de la formation. 45 candidatures ont été enregistrées dans les délais impartis de trente jours.

3. Sélection des participants

Les participants ont été sélectionnés à partir d'un groupe de travail pluri professionnel organisé par l'association REPMAR, un médecin, une IDE, un psychologue. Les candidatures ont été retenues à partir de la motivation et de la capacité à s'inscrire dans un projet collectif d'équipes. La sélection, initialement prévu entre 12 et 20 personnes a été portée à 21 face à la demande tout en restant compatible avec les capacités d'accueil sur le site de la manifestation. Il y a eu 3 défections portant le total des participants CHPF à 18.

4. Constitution du groupe de professionnels évalués lors du séminaire

Le groupe a été constitué sur la base de l'absence de lien établi avec les TP du projet, les caractères naïfs de tout enseignement culturel et de connaissance du site de la manifestation. Ces participants sont qualifiés de « naïfs ». En plus des participants sélectionnés du CHPF, a été adjoint un groupe de participants membres de l'association médicale REPMAR sur les mêmes critères, soit 10, ce qui porte l'effectif du groupe évalué à 28.

Le groupe comprend onze hommes et dix-sept femmes. La moyenne d'âge était de 41 ans. Leur ancienneté moyenne en Polynésie était de 12,3 ans.

Les professionnels de santé étaient répartis de la manière suivante :

Professionnels de santé évalués			
	CHPF	Libéral	TOTAL
Médecin	7	4	11
IDE	7	1	8
Aide soignante	1	0	1
Sage-femme	4	1	5
Kinésithérapeute	1	0	1
Psychologue	1	0	1
Diététicien	1	0	1
	22	6	28

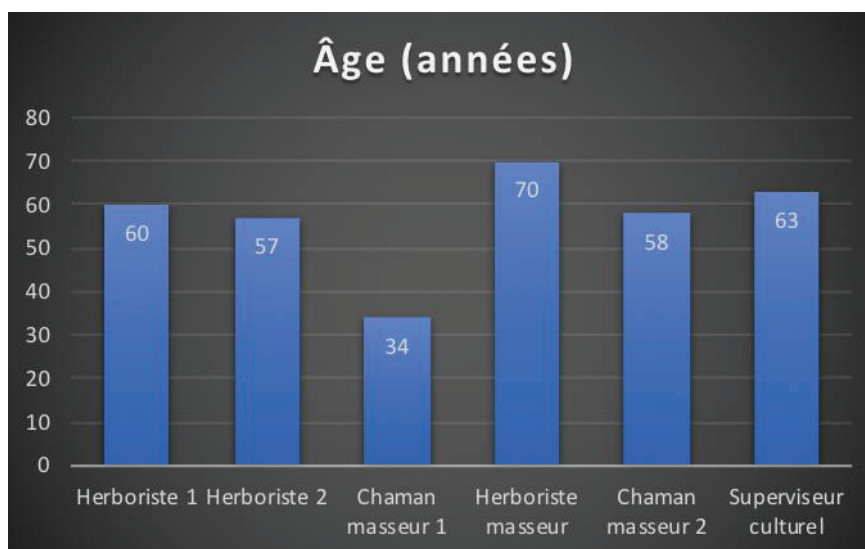
Tableau 2

5. Constitution du groupe des tradipraticiens

Les TP ont été sélectionnés par l'association Haururu sur la base des TP membres. Cela représente un effectif de six personnes :

- Deux personnes déjà en contact avec le monde hospitalier
- Trois personnes peu accoutumées dans les échanges avec les PS, dont une très demandeuse de rentrer à l'hôpital
- Une personne apparentée aux tradipraticiens, expert de la culture polynésienne, appelé en tant que « superviseur culturel »

Il y avait 3 hommes et 3 femmes avec les caractéristiques d'âges suivantes :



Graphique 1 : Répartition des âges des TP

Nous pouvons classer les tradipraticiens et apparentés en plusieurs catégories :

- Ceux qui se définissent en tant que magnétiseur et masseur, au nombre de deux, que nous appellerons « chaman masseur 1 » et « chaman masseur 2 », chacun a sa propre définition de son don, l'un se dit « tahu'a faaora », littéralement le « guérisseur de l'âme » et l'autre « tahu'a taurumi », spécialiste des massages
- Ceux qui ne soignent que par les plantes, et qui préparent des décoctions à base de plantes médicinales « ra'au Tahiti », nous les appellerons « herboriste 1 » et « herboriste 2 »
- Un qui allie le massage et la préparation des plantes médicinales « herboriste masseur »
- Et le dernier, à part, qui n'est pas dans le soin à proprement parlé, mais plutôt dans le vécu de la culture polynésienne sur son mode ancestral, nous l'appellerons « superviseur culturel »

B. Organisation pratique de la rencontre

1. Lieu et durée

Elle est organisée sur un site archéologique polynésien au sein d'un village éco culturel géré par l'association Haururu, au cœur de l'île de Tahiti (Fare Hape, haute vallée de la Papenoo). Elle est organisée sur un mode séminaire, sur cinq demi-journées et deux nuits, du 25 au 27 mai 2018.

2. Logistique

Elle est organisée conjointement par les deux associations, avec participations de leurs membres, composés :

- D'une équipe culture
- D'une équipe musique et chant
- D'une équipe danseur
- D'une équipe cuisine
- D'une équipe médecine complémentaire (hypnose et méditation)
- D'une équipe encadrement des ateliers

Toutes ces personnes sont logées et alimentées sur place pendant toute la durée du séminaire. Elles sont acheminées par leurs propres moyens sur la base d'un covoiturage à partir de

l'hôpital à la fin des obligations de service, c'est-à-dire le vendredi 25 mai à 14H30 pour un retour le dimanche 27 mai à 17h30.

Les associations préacheminent tout le matériel, audiovisuel, denrées alimentaires de base. La cuisine est effectuée sur place. Tous les participants sont sollicités afin d'effectuer toutes les tâches (entretien, organisation, aide à la préparation des repas, gestion des repas) (Annexe 3).

3. Financement

La manifestation est autofinancée par tous les participants. Elle est organisée sur leur temps libre personnel.

C. Déroulement de la rencontre

1. Signature d'une charte de participation pour les professionnels de santé

Elle constitue le premier acte du séminaire. Elle est signée par tous les professionnels de santé participants et encadrants (annexe 4)

2. Renseignement d'un questionnaire individuel préliminaire anonyme initial par les professionnels de santé

La conception du questionnaire s'est faite par mon directeur de thèse et moi-même. Le questionnaire préliminaire se décompose en plusieurs parties (annexe 5) :

- 1^{ère} partie : données individuelles, avec les renseignements concernant l'âge, le sexe, la profession exercée, les langues parlées et l'ancienneté en Polynésie Française
- 2^{ème} partie : Culture et santé, portant sur la connaissance des termes polynésiens, et sur la place de la culture dans la santé
- 3^{ème} partie : Médecine traditionnelle, les échanges avec les TP, les différents aspects de la MT, les capacités à travailler ensemble
- 4^{ème} partie : Médecine intégrative, sa connaissance et ses composantes
- 5^{ème} partie : le séminaire, l'intérêt porté à ce dernier, les projets envisagés, les objectifs avec les TP et les résultats du séminaire

3. Entretiens préliminaires des tradipraticiens par enregistrements vidéo

Nous avons privilégié la méthode de l'entretien, empruntée aux sciences humaines et sociales afin de rendre compte de l'intérêt que peuvent apporter les SHS et particulièrement l'anthropologie à la santé.

La méthode ethnographique est basée sur entretiens et observations avec enregistrements vidéo par consentement avant, pendant et après le séminaire. Ces entretiens dit « semi-directifs », conformément à une grille bien établie, ont été menés au fil de l'eau, afin de ne pas corrompre le propos et de permettre à chacun d'approfondir et de compléter l'échange. Aucune limite de temps n'était imposée. Les intervieweurs peuvent être considérés comme à mi-chemin entre l'observateur externe et l'observateur interne.

L'entretien consiste en échange privilégié entre un intervieweur et un interviewé. Il permet de récolter un matériel dense et exhaustif, sur un sujet donné. C'est l'outil idéal pour les démarches exploratoires.

L'élaboration du guide d'entretien initial (annexe 6) s'est construite à partir des données collectées dans la littérature, particulièrement celles concernant la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023. Son contenu n'est pas figé, il est susceptible d'évoluer en fonction des entretiens précédents, mais la trame globale reste toujours la même.

Il se compose en plusieurs parties :

- **Prise de contact** : Cette première partie comprend les phrases d'accroche afin de permettre la mise en contact avec l'interviewé
- **Notice introductive et éthique** : Cette seconde partie comprend la consigne de présentation lue au début de l'entretien, elle fixe l'objectif de l'entretien, rappelle les notions fondamentales de respect de l'anonymat, de confidentialité et de discrétion. A la fin de la lecture de la notice introductive, une dernière question est lancée pour s'assurer de la bonne compréhension de celle-ci. Si des interrogations subsistent, l'intervieweur reformule et adapte son discours afin qu'il soit entendu. Le consentement est recueilli alors à l'oral à l'issue de cette phase préliminaire.

A noter que ces deux premières parties n'ont pas fait l'objet d'enregistrements vidéo. Ces derniers débutent lorsque l'on interroge les tradipraticiens sur les questions et thème abordés dans le cadre de notre réflexion. L'entretien se poursuit ainsi sur le sujet étudié :

- La troisième partie du guide rentre directement dans le vif du sujet et aborde les thèmes et questions relatifs à notre réflexion. Une première liste de questions est élaborée sur l'âge et les compétences de chacun, sur la rencontre et les échanges préalables avec les PS avant le séminaire, sur leur complémentarité et sur le séminaire à venir. Les questions suivantes s'attardent sur les stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle. On laisse au sujet une grande liberté de réponse, le but étant de repérer les thématiques qui émergent spontanément.

Le langage utilisé est le français, et le tutoiement est systématique. On se conforme ainsi au code de conversations habituels entre professionnels de santé d'usage en Polynésie Française. L'échantillon des personnes interviewées n'a pas été construit à partir d'une base de sondage, en respectant les règles de la représentativité statistique. Il a été construit selon la volonté des personnes interrogées, peu nombreuses, méfiantes de nature, car le sujet abordé touche au tabou pour un grand nombre de polynésiens.

Les entretiens s'arrêtent quand la saturation est atteinte, c'est à dire, quand les entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles.

4. Programme

Il comprend une organisation générale, des ateliers de médecine traditionnelle, des ateliers de médecine complémentaires, des ateliers culture et santé, des ateliers sport et environnement, des ateliers danses, des réunions d'échange général et des réunions de restitution. Le tout est animé par l'association Haururu par des chants traditionnels.

Les ateliers sont horaires et tournants, composés de 4 à 6 personnes (annexe 7).

D. Après la rencontre

1. Renseignements des questionnaires post séminaire pour les professionnels de santé

Le questionnaire final a également été conçu par mon directeur de thèse et moi-même. Il suit le même schéma que le questionnaire préliminaire. Il diffère du premier en étant beaucoup plus centré sur le séminaire, son évaluation générale (site, organisation, programme, les ateliers, les réunions, la rencontre avec les TP), les résultats du séminaire, une dernière partie « suivi du séminaire » est également ajoutée, portant sur la médiatisation, les objectifs (avec

les TP, les autres médecines complémentaires, culturels), les projets à la suite du séminaire (annexe 8).

Le recueil s'est fait 2 semaines après la fin du séminaire, par dépôt ou transmission informatique.

2. Entretiens finaux des tradipraticiens et apparentés par enregistrements vidéo

Nous recueillons deux semaines après la fin du séminaire les entretiens finaux, toujours par enregistrements vidéo, des 6 tradipraticiens.

Le guide d'entretien était très différent du premier (annexe 9). Alors que le premier abordait les thèmes relatifs à notre réflexion, le second, quant à lui, s'attachait au ressenti post séminaire, à l'organisation de ce dernier, à la rencontre entre les professionnels de santé et les TP, aux médecines complémentaires, à la médiatisation et aux projets des TP à la suite du séminaire.

La première question était toujours la même, ouverte, abordant un vaste sujet pour laisser le plus de liberté. Les suivantes étaient abordées en fonction de la fluence des thèmes évoqués par l'interviewé.

Il ne s'agissait donc pas d'exploiter le guide d'entretien de manière linéaire, mais plutôt de l'utiliser comme un outil de repérage des thèmes abordés systématiquement lors des entrevues.

Les relances étaient utilisées pour préciser certains éléments de façon à ne laisser aucun doute sur la signification des mots, ou des idées employées.

Certaines questions ont disparu du guide et d'autres sont venues pour les remplacer et enrichir le champ d'étude. Les détails concernant l'environnement, la posture, les réactions des sujets ont ainsi pu être fixés sur le papier et ajoutés aux transcriptions.

3. Analyse des questionnaires des professionnels de santé

Les questionnaires anonymés sont numérotés et les données en sont codées numériquement dans un fichier EXCEL détenu dans le système informatique du CHPF protégé d'un code de sécurité individuel d'accès.

4. Traitement statistique des données

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisées au moyen du logiciel en ligne BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>). Les données avant / après le séminaire ont été analysées par un test non paramétrique sur données appariées : Test de Friedman. Un seuil de significativité alpha de 5% a été retenu.

5. Traitement des enregistrements vidéo

Les entretiens semi-directifs avec les TP sont réalisés en langue française. Le travail du recueil de données étant assuré par un individu non bilingue de culture occidentale.

Les douze entretiens (six entretiens initiaux et six entretiens finaux) sont retranscrits sous le logiciel WORD. Tous les termes utilisés sont retranscrits fidèlement ainsi que les mimiques et la posture des personnes interrogées.

Nous utilisons le logiciel informatique NVIVO pour nous assister dans la réalisation de l'analyse des entretiens des tradipraticiens.

La méthode d'analyse s'est concentrée, après dépouillement des entretiens, sur l'identification des grands champs thématiques rassemblés sous forme de tableaux (entretiens initiaux, entretiens finaux : annexe...), ainsi qu'en un recensement de mots (mots récurrents dans chaque entretiens, regroupé par grand champs thématiques également : culture, ouverture, médecine traditionnelle, termes négatifs...)

6. Comparaison des données des TP et des PS

Les données numériques des PS présentées sous forme de tableau EXCEL et les données d'analyse des entretiens des TP également présentées sous forme de tableau EXCEL ont été reclassés selon trois champs :

- Culture
- Médecine Intégrative
- Résultats généraux du séminaire, résultats de la rencontre

Il n'a pas été possible de pratiquer des analyses strictes vu la différence de méthodologie. La comparaison de ces résultats est présentée dans son intégralité dans la discussion dont elle constitue l'élément essentiel.

7. Analyse bibliographique

La recherche bibliographique a été menée sur PubMed. Nous avons utilisé les termes « traditional healers ». Elle a conduit à un résultat de 2648 références. Sur ces derniers, nous n'avons analysé que les 500 premières références, les plus récentes. Vingt et un articles seulement abordaient le sujet concernant la collaboration entre les PS et les TP, soit 4,2% des articles analysés, ce qui revient à une estimation globale de 111 articles sur la totalité des références.

Toutes les autres publications touchaient à des sujets variés de la médecine traditionnelle : les connaissances, us et coutumes des populations ; les méthodes de travail des tradipraticiens ; les plantes médicinales, connaissances, principes actifs, effets ...

V. Objectifs

Les TP ont été interrogés par entretiens vidéo et les PS par auto-questionnaires avant et après le séminaire afin de :

A. Objectif principal

- Déterminer si les TP et les PS veulent travailler ensemble et s'ils pensent avoir les capacités pour travailler ensemble ?

B. Objectifs secondaires

- Étudier les conditions fixées par les PS et les TP pour travailler ensemble ?
- Discuter quelles peuvent-être les implications des résultats pour le domaine de la santé en Polynésie.

VI. Les résultats

A. Résultats des questionnaires (PS)

1. Analyse comparative avant après

a. Culture

ITEMS	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
A propos des termes suivants et leur dimension culturelle	11	2,60	3,25	0,65	1,49E-06
Autres items culture et santé cumulés	5	7,49	8,14	0,65	0,22
Place de la culture dans la prise en charge des patients	1	5,39	6,22	0,83	0,41
La place que devrait occuper la culture dans la prise en charge des patients	1	8,64	8,79	0,14	0,20
La possibilité d'utiliser la culture dans les procédures et outils de soins	1	6,54	7,76	1,22	0,06
L'utilité d'une médiation culturelle dans les soins	1	8,07	9,11	1,04	0,005
Vos besoins en terme de formation culture et santé	1	8,79	8,79	-	0,62
Place de la culture avant/Place que devrait occuper la culture avant	2	5,39	8,64	3,25	4,95E-06
Place de la culture après/Place que devrait occuper la culture après	2	6,22	8,79	2,56	0,0001
Place devrait occuper la culture avant/Possibilités d'utiliser la culture avant	2	8,64	6,54	(2,11)	0,0001
Place devrait occuper la culture après/Possibilités d'utiliser la culture après	2	8,79	7,76	(1,03)	0,06

Tableau 3

Commentaires : Les acquisitions sont très importantes puisque sur un niveau de 4 elles passent de 2,6 (entre j'en ai juste entendu parler, à je connais sans plus) à 3,25 (entre je connais sans plus et je connais et je peux en parler) avec une différence avant après hautement significative ($p = 1,49 \times 10^{-6}$). C'est le meilleur résultat obtenu dans l'étude. Elle confirme combien la culture polynésienne attire, passionne et se transmet naturellement. Mais ces résultats sont à nuancer, car, si les acquisitions semblent majeures, il en va tout autrement des possibilités d'utilisation de la culture dans le soin. La place de la culture dans les soins est jugée initialement assez basse et progresse sans atteindre la significativité (5,4 à 6,2 sur 10 ; $p = 0,41$). L'effet attendu de la rencontre aurait plutôt été à une évolution négative de la réalité de la place de la culture dans les soins, ce qui n'est pas le cas. La place que devrait occuper la culture est jugée très haute mais elle n'évolue que très peu et n'est pas significative (8,6 à 8,8 ; $p = 0,2$). A l'inverse, l'effet attendu aurait plutôt été à une progression des besoins culturels en santé, ce qui n'est pas le cas. Ces deux questions attestent de la difficulté pour les PS de positionner la place de la culture dans les soins. Par un artifice on peut nuancer ce constat en comparant avant et après la place de la culture dans les soins et la place que devrait occuper la culture. Dans les deux cas cette différence est en effet très significative au profit de la place que devrait occuper la culture ($p = 5.10^{-6}$; $p = 1.10^{-4}$). L'insuffisance de la prise en compte de la culture dans les soins est donc bien perçue par les PS, mais le positionnement du besoin culturel demeure une question complexe. Ce constat est classique en santé, les insuffisances et les besoins étant particulièrement pointées par l'OMS. Le niveau estimé de possibilité d'utiliser la culture dans les procédures et outils de soins n'est initialement pas trop élevé, il évolue positivement mais n'atteint cependant pas la significativité malgré-ce (6,5 à 7,8 ; $p = 0,06$). De plus, si on compare la place que devrait occuper la culture et la possibilité d'utiliser la culture, avant et après, les résultats sont négatifs et quasi significatifs dans les deux cas, cela aux dépends de la possibilité d'utiliser la culture ($p = 1.10^{-4}$; $p = 0,06$). C'est donc manifestement non pas l'utilité mais bien la possibilité d'utiliser en pratique la culture dans les soins qui pose problème aux PS. L'utilité d'une médiation culturelle dans les soins est d'emblée forte et elle évolue

très positivement avec un résultat significatif (8,1 à 9,1 ; $p = 4.10^{-3}$). C'est le seul résultat significatif sur cette partie culture et santé. Alors que les possibilités culturelles dans les soins sont mal cernées, il semble donc même que celles-ci puissent être renvoyées à un principe de médiation culturelle.

b. Médecine intégrative

Médecine intégrative	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman p
Connaissance	1	2,32	3,61	1,29	4,4E-05
Votre intérêt items couplés	7	8,22	8,46	0,24	0,41421
Supprimer toxiques	1	8,04	8,50	0,46	
Supprimer perturbateurs énergétiques	1	7,96	8,19	0,23	
Gérer le stress	1	8,81	9,04	0,22	
Traiter un organe affaibli	1	7,93	8,25	0,32	0,31731
Traiter un choc émotionnel	1	8,56	8,89	0,34	
Faire un traitement énergétique	1	8,15	8,32	0,17	
Traiter les maladies	1	8,04	8,36	0,32	

Tableau 4

Commentaires : L'intérêt pour cette discipline et ses possibilités de mise en œuvre dans 4 domaines différents (prévention, soins primaires, hôpitaux, enseignement universitaire) sont très hauts (9,5 et 9,3 sur 10). Le niveau de compétences estimé est moyen à 5 sur 10. En ce qui concerne les connaissances, les acquisitions sont importantes passant, sur un niveau de 4, de 2,32 (entre j'en ai juste entendu parler à je connais sans plus) à 3,61 (entre je connais sans plus et je connais et je peux en parler) avec une différence avant après hautement significative ($p = 4,4.10^{-5}$). Concernant l'intérêt pour la MI évalué sur 7 items de mise en œuvre pratique, le niveau de départ est haut à 8,22, il n'évolue que très peu à 8,46 et n'est pas significatif ($p = 0,41$). Aucun des 7 items étudiés ne présente d'amélioration significative, par exemple, traiter un organe affaibli, passe de 7,93 à 8,25 ($p = 0,31$). Un seul atelier spécifique a pu être consacré à la MI, et il ne s'agit pas de celui qui a remporté le plus de succès. Bien que les participants déclarent leur intérêt pour la MI, ils admettent que leurs connaissances sont limitées. Les résultats attestent globalement les difficultés pour aborder et mettre en œuvre ce concept.

c. Médecine traditionnelle

Médecine traditionnelle	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman p
Souhaiteriez-vous travailler avec un tradipraticien	1	0,91	0,96	0,06	0,08150
Autres items cumulés	8	5,83	6,95	1,13	0,00815
Capacité à travailler avec un TP et un TP avec vous	2	6,95	8,21	1,26	0,04953
Capacités personnelles à travailler avec un tradipraticien	1	6,89	8,11	1,21	0,10247
Capacité d'un tradipraticien à travailler avec vous	1	7,00	8,38	1,38	0,04953
Intérêt et connaissance en médecine traditionnelle	6	5,45	6,54	1,08	0,01235
Intérêt pour la médecine traditionnelle	3	8,00	8,63	0,64	0,17971
Connaissances en médecine traditionnelle	3	2,91	4,44	1,53	0,00109

Tableau 5

Commentaires : Concernant l'intentionnalité relative à la MT, le souhait initial de travailler avec un tradipraticien est à 0,91 (sur 1). Après la rencontre cette volonté progresse à 0,96 sans être significative ($p = 0,08$). Ce résultat fixe un point de départ très élevé des participants pour vouloir travailler avec un tradipraticien, et la rencontre renforce ce souhait. Ce résultat est d'autant plus fort qu'il concerne un petit effectif et qu'il atteint presque la significativité. Ceci, même si la significativité n'est pas atteinte, répond favorablement à notre postulat et prise de risque méthodologique relativement aux résultats obtenus préalablement auprès de la population générale des PS de Polynésie. Le résultat de la rencontre aurait pu être un échec vu le niveau d'intentionnalité initial. Cela n'est pas le cas, la rencontre et l'échange entre des PS sélectionnés et des TP renforce la volonté des PS de travailler avec les TP. Huit autres questions sont dédiées à la capacité à travailler ensemble, à l'intérêt et aux connaissances en MT. Leur score global progresse et est significatif (5,83 à 6,95 ; $p = 0,008$). L'appréciation de la capacité à travailler ensemble évaluée sur deux items progresse et est significative (6,95 à 8,21 ; $p = 0,049$). Chaque item pris séparément progresse, la capacité du tradipraticien à travailler avec le professionnel de santé est significative (7 à 8,38 ; $p = 0,049$) et celle du professionnel de santé avec le tradipraticien n'est pas significative (6,89 à 8,11 ; $p = 0,1$). L'intérêt et les connaissances en MT sur 6 items progresse et est significatif (5,45 à 6,54 ; $p = 0,01$). Les items pris par groupes de 3 progressent, l'intérêt pour la MT n'est pas significatif (8 à 8,63 ; $p = 0,18$), les connaissances pour la MT sont significatives (2,91 à 4,44 ; $p = 1.10^{-3}$). Les PS reconnaissent la capacité à travailler ensemble, plus significativement dans le sens des TP envers-eux, que d'eux envers les TP. Il s'agit d'un premier élément d'orientation en faveur du nécessaire ancrage de la relation au « Gold Standard » de la médecine conventionnel pour les PS (40). L'intérêt des PS pour la MT est fort et uniforme pour ses différents aspects (herboristerie, massage et chamanisme). Il s'améliore au cours de la rencontre, ainsi que les connaissances en MT dont le niveau reste néanmoins assez faible. Les meilleurs niveaux d'intérêts et de connaissances à l'issu du séminaire vont au domaine du massage. Ce sont les ateliers qui ont eu le plus de succès ce qui nous renvoi à la notion du bien-être culturel et du principe de MI (41) (42).

Séminaire Médecine Traditionnelle	Items	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
Tous les items	13	8,42	9,21	0,79	0,00426
Rencontrer, connaître, comprendre	3	8,81	9,64	0,83	0,012554
Les rencontrer	1	9,11	9,64	0,54	
Les connaître	1	8,71	9,64	0,93	
Les comprendre	1	8,61	9,64	1,04	
Protéger, transmettre, aider	4	8,50	9,29	0,79	0,025347
Transmettre leurs savoirs	1	7,37	8,70	1,33	
Protéger leurs ressources	1	8,93	9,64	0,72	
Les aider	1	8,70	9,30	0,59	0,5637
Qu'ils vous aident	1	8,82	9,21	0,39	0,59298
Les protéger	1	9,11	9,57	0,46	0,24821
Travailler, éthique, sécurité	3	8,96	9,43	0,46	0,15729
Travailler ensemble	1	9,14	9,29	0,14	0,43857
Éthique et sécurité	2	8,88	9,50	0,63	0,032509
Mettre en place une éthique	1	8,82	9,21	0,39	0,1088
Assurer la sécurité des pratiques	1	8,93	9,79	0,86	0,01963
Formation	2	6,67	8,09	1,43	0,01637
Etre formé	1	7,89	8,79	0,89	0,012554
Les former	1	5,44	7,40	1,96	0,038947

Tableau 6

Commentaires : Le cumul des 13 items pris en compte dans ce domaine évolue positivement et significativement (8,42 à 9,21 ; $p= 4,2.10^{-3}$). Les PS veulent « rencontrer, connaître et comprendre » les TP, ces items pris ensemble évoluent de manière significative (8,81 à 9,64 ; $p= 0,012$). On note également que l'ensemble des items « protéger, transmettre et aider » évolue significativement (8,5 à 9,29 ; $p= 0,025$). On remarque cependant que les aider (8,7 à 9,30 ; $p=0,56$) et qu'ils vous aident (8,82 à 9,21 ; $p= 0,59$) bien que progressant pendant le séminaire restent non significatifs. L'item « les protéger » évolue peu après le séminaire (9,11 à 9,57 ; $p= 0,24$). Les notions de « travailler ensemble, d'éthique et de sécurité » mise en ensemble ne sont pas significatives (8,96 à 9,43 ; $p= 0,15$) alors que les items « éthique et sécurité » couplée évoluent de manière significative (8,88 à 9,21 ; $p= 0,03$) plutôt à la faveur d'assurer la sécurité des pratiques, significatif (8,93 à 9,79 ; $p= 0,019$) que la mise en place d'une éthique qui n'évolue pas significativement (8,82 à 9,21 ; $p= 0,10$). La notion de formation est plébiscitée par les PS après le séminaire (6,67 à 8,09 ; $p= 0,016$) dans ces deux aspects, être formé (7,89 à 8,79 ; $p=0,013$) et les former (5,44 à 7,4 ; $p=0,039$). On peut constater que le séminaire a rempli tous ses objectifs relatifs à la rencontre, la connaissance et la compréhension de l'autre. Les notions de protection, transmission et aide mise ensemble sont aussi partagées par les PS. On remarque cependant que les PS privilégie la sécurisation des pratiques. Travailler ensemble et mettre en place une éthique partant d'assez haut évolue peu au cours du séminaire.

d. Séminaire global et général

Séminaire	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
Séminaire global Tous les items séminaire	24	7,94	9,18	1,25	0,000255
Séminaire général Tous les items	11	7,36	9,15	1,79	9,58E-06
Satisfaction et réussite	2	8,17	9,62	1,46	0,000162
Intérêt et attentes	5	8,46	9,15	0,69	0,5485
Doutes et réserves	2	4,29	8,79	4,50	0,000239
Projets	2	6,89	9,04	2,15	0,000647

Tableau 7

Commentaires : Le cumul des 11 items pris en compte dans ce domaine évolue positivement et significativement (7,36 à 9,15 ; $p = 9,58 \cdot 10^{-6}$). La satisfaction et la réussite du séminaire sont affirmées par tous les participants (8,17 à 9,62 ; $p = 1,6 \cdot 10^{-4}$). Seule la satisfaction des intérêts et des attentes évaluées sur 5 items spécifiques n'évolue pas significativement (8,46 à 9,15 ; $p = 0,54$). De plus, sur 15 items finaux de satisfaction en concernant tous les aspects (organisation, lieu, programme, animation, ambiance ...) la moyenne est très haute à 9,18. Les doutes et les réserves initiales, faibles sont facilement levés (4,29 sur les doutes à 8,79 sur la réponse à vos doutes ; $p = 2,3 \cdot 10^{-4}$). L'évolution de la motivation à mettre en place des projets est positive et significative (6,89 à 9 ; $p = 6,4 \cdot 10^{-4}$). Au final 100% des participants demandent l'organisation d'autres séminaires de ce type, 93% que ceux-ci soient inclus dans le programme de formation hospitalier, 96% qu'ils soient ouverts à tous les PS de Polynésie et 93% pouvoir eux-mêmes participer à un séminaire plus approfondi. Le résultat du séminaire est donc à un plébiscite marqué par une réussite unanime sur tous ses aspects. La moindre significativité des intérêts et des attentes porte essentiellement sur le fait que les participants soulignent le besoin de plus de temps, de plus d'activités, de plus de tout. Cet aspect ne fait donc qu'amplifier le succès du séminaire. Notons que celui-ci a été très rapidement acquise, dès la première matinée d'ateliers. L'enthousiasme a été tel que le programme préliminaire a été entièrement ouvert aux besoins des participants qui ont dès lors été laissés libres de s'organiser entre eux afin de répondre à leurs besoins et objectifs.

2. Données brutes avant

a. Culture

Termes	Moyenne avant	Moyenne après	Delta	Rang avant	Rang après	Delta
Ao et Po	2,33	3,14	0,81	8	8	0
Fetia	2,56	3,15	0,59	5	7	-2
Hiva	1,96	2,41	0,45	10	11	-1
Marae	3,46	3,71	0,25	1	2	-1
Matarii	2,52	3,46	0,95	6	5	1
Ra'au	3,43	3,82	0,39	2	1	1
Rapa'au	2,07	3,04	0,96	9	9	0
Tahua	3,07	3,57	0,50	4	4	0
Taurumi	2,50	3,32	0,82	7	6	1
Unu	1,33	2,57	1,24	11	10	1
Vaa	3,37	3,59	0,22	3	3	0

Tableau 8

Commentaires : Nous avons analysé 12 termes polynésiens directement liés à la culture, leur connaissance a progressé de manière significative après le séminaire (voir tableau 4). La culture polynésienne attire et passionne. Être en total immersion culturelle a favorisé l'apprentissage des termes que les PS connaissaient peu.

b. Médecine traditionnelle

	Nombre	%	Moyenne
Avez-vous déjà échangé avec un tradipraticien	8	28,57	
Résultat de cet échange (sur 10)			7,13
Avez vous déjà travaillé avec un tradipraticien	2	7,14	
Si oui travaillez vous toujours avec un tradipraticien	2	100	
Pensez-vous que des tradipraticiens travaillent avec des professionnels de santé (sur 1)			0,77
	Avant	Après	Delta
Votre intérêt pour l'herboristerie	8,18	8,54	0,36
Votre intérêt pour le massage	8,00	9,04	1,04
Votre intérêt pour le chamanisme	7,81	8,39	0,58
Vos connaissances pour l'herboristerie	2,79	4,25	1,46
Vos connaissances pour les massages	3,61	5,29	1,68
Vos connaissances pour le chamanisme	2,33	3,64	1,31
	Nombre	%	
Connaissez vous des recommandations sur la médecine traditionnelle	2	7,14	
Si oui de quel organisme?	1	3,57	
	Nombre	%	Total (%)
Avez-vous consulté les recommandations de l'OMS sur la médecine traditionnelle	10	35,71	92,86
Si non envisagez vous de les consulter?	16	57,14	

Tableau 9

Commentaires : Sur la MT, peu n'avait échangé ni travaillé avec un TP. 77% des PS pensent que les TP peuvent travailler avec les PS. Les intérêts des PS sur la MT sont élevés dans tous les domaines mais progresse sur le massage. Les connaissances sont par contre limitées, : elles évoluent par contre après le séminaire, toujours sur le massage. Les recommandations de l'OMS sur la MT ne sont connues que d'une seule personne, un tiers des PS l'ont consultée après le séminaire et plus de la moitié envisageait de le faire.

c. Médecine intégrative

	Moyenne
Connaissance de sa pratique dans les hôpitaux (sur 1)	0,59
Connaissance de son enseignement universitaire (sur 1)	0,27
	Moyenne
Mon intérêt pour la médecine intégrative	9,50
Compétence en médecine intégrative	5,04
Son intérêt en prévention	9,18
Sa mise en œuvre en soins de proximité	9,36
Sa mise en œuvre dans les hôpitaux	9,43
Son enseignement universitaire	9,36

Tableau 10

Commentaires : Sur la MI, plus de la moitié des PS connaissait sa pratique dans les hôpitaux, moins d'un tiers par contre, son enseignement universitaire. L'intérêt pour la MI s'est révélé très haut chez les PS, leur compétence beaucoup moins, environ 50%. Les PS reconnaissent majoritairement son intérêt en prévention, sa mise en œuvre en soins de proximité et dans les hôpitaux et son enseignement universitaire.

Une Phrase
Un tout
Médecine de terrain et ses 3 corps dans sa globalité
Un pont entre deux mondes
Médecine de demain, nécessité de remanier notre pratique
Considérer le patient dans sa globalité, sociale, culturelle, personnelle
Peu connue
Concilier tradition et modernité, approche optimisée et respect des soins du patient
Holistique
Complémentarité au service de l'unicité
PEC dans sa globalité pour le bien être avant tout
PEC patient dans son aspect holistique
Primordiale au bien être, approche douce dans le respect de la globalité individu
Médecine de l'avenir
Médecine en accord avec valeurs et croyances
PEC globale et personnalisée
Associé médecine européenne et MT dans PEC soins en complémentarité
Associer médecine complémentaire et médecine alternative
A lire
Avancer dans les connaissances et évoluer dans le temps
A lire
Pas assez connue c'est l'avenir
Indissociable du soin
PEC des patients dans la globalité, corps et âme
Approche globale humaine dans toutes ses dimensions
Associer MT et MC pour PEC globale
PEC globale individu et ses mots

Tableau 11

Commentaires : Les PS reconnaissent la complémentarité de la MI, un pont entre deux mondes, une médecine de l'avenir, une approche globale et humaine.

d. Séminaire

	Nombre	Moyenne sur 1
Connaissez-vous Haururu	15	0,54
Connaissez-vous Fare Hape	17	0,61
Avez-vous connaissance du projet santé des 2 associations	10	0,36
Avez-vous été surpris par la proposition	13	0,46
Auriez-vous pensé une telle réunion possible	20	0,74

	Avant	Après	Delta
Votre curiosité	9,25	9,11	(0,14)
Votre intérêt	9,18	9,36	0,18
Vos attentes	8,26	8,75	0,49
Vos doutes / Levée de vos doutes	4,21	8,77	4,55
Vos réserves / Levée de vos réserves	4,11	8,81	4,70
Votre motivation	8,79	9,50	0,71
La motivation de votre équipe	7,08	8,88	1,80

	Nombre	Moyenne sur 1	Moyenne sur 10
Avez-vous envisagé un projet personnel	10	0,36	
Avez-vous formalisé un projet personnel	2	0,07	
Vos attentes envers le séminaire pour le faire			6,84
Avez-vous envisagé un projet d'équipe	7	0,26	
Avez-vous formalisé un projet d'équipe	2	0,07	
Vos attentes envers le séminaire pour le faire			6,11

Tableau 12

Commentaires : Un peu plus de la moitié des PS connaissait l'association éco culturelle et le site de Fare Hape. Un tiers d'entre eux avait notion du projet santé entre le REPMAR et HAURURU, moins de la moitié ont été surpris par la proposition du séminaire mais trois quarts des PS pensaient qu'une réunion était possible. La curiosité, l'intérêt et les attentes étaient toutes très élevées avant le séminaire et le restent après. Les doutes et les réserves présents avant la rencontre sont levés par la suite. La motivation personnelle et d'équipe élevée également avant le séminaire progresse après la rencontre. Concernant les projets, seulement un tiers d'entre eux avait envisagé un projet personnel, très peu l'ont formalisé. Les résultats un peu moins bons pour les projets d'équipe, un PS sur cinq. Les attentes envers le séminaire pour concrétiser les projets personnels et d'équipes étaient estimés à plus de 60%.

	Moyenne
Possibilité de satisfaire vos attentes	8,22
Possibilité d'un projet hospitalier	7,11
Possibilité d'un projet universitaire	6,67
	Moyenne
Chances de réussite du séminaire	8,12

Tableau 13

Commentaires : Sur les possibilités du séminaire à satisfaire les attentes des PS, la moyenne est élevée avant la rencontre, elle diminue lorsqu'on évoque un projet hospitalier et un projet universitaire. La majorité des PS croit aux chances de réussite du séminaire.

3. Données brutes après

a. Séminaire

SEMINAIRE - ORGANISATION			
Champ	Items	Moyenne	Moyenne
Le site	L'accessibilité	7,79	9,23
	La vallée de la Papenoo	9,89	
	Le village de Fare Hape	9,75	
	Le site cérémoniel	9,71	
	La nature	9,89	
	L'hébergement	8,89	
	Les sanitaires	8,50	
	Les possibilités de baignades	9,21	
	Les possibilités de randonnées	9,39	

SEMINAIRE - ORGANISATION				
Champs	Items	Moyenne	Rang	Moyenne
Administratif	La collaboration CHPf, REPMAR, Haururu	9,22	13	8,97
	La signature d'une convention	9,21	14	
	L'implication du directeur du CHPf	8,73	27	
	Le déplacement de la directrice des soins du CHPf	8,96	20	
	L'aide du service de la formation	8,92	21	
	Les modalités de recrutement	8,74	26	
Organisation préliminaire	Les dates choisies	8,79	24	9,07
	Les informations préliminaires logistiques	9,32	12	
	Les informations préliminaires sur le programme	9,43	10	
	La durée du séminaire	9,00	19	
	L'emploi du temps	8,82	23	
Culture	L'accueil	9,61	4	9,25
	La présentation des mythes et les légendes	8,75	25	
	Les chants	9,21	14	
	Les cérémonies	9,43	10	
Logistique	La restauration	9,89	1	9,51
	Les supports audiovisuels	8,86	22	
	Les tarifs	9,79	2	
Médical	La charte de participation	9,61	4	9,34
	Le questionnaire d'évaluation initial	9,07	18	
Echanges	Les échanges en Français	9,50	6	9,52
	Les échanges en Tahitien	9,46	8	
	Les traductions en Français	9,67	3	
	Les traductions en Tahitien	9,44	9	
Médias	Le déplacement de la presse (La dépêche)	9,21	14	9,21
	Le déplacement de la presse (Polynésie la 1ère)	9,21	14	
Officiel	Le déplacement des autorités de santé (Ministre)	9,46	7	

	Moyenne
Votre avis global sur l'organisation (placer un curseur entre -10 et +10)	8,61

Tableau 14

Commentaires : Concernant le séminaire, et son organisation, les résultats sont unanimes pour les PS, quel que soit le champs évoqué (site, administratif, organisation, culture, logistique, médical, échanges, médias, officiel), on note un large plébiscite sur la restauration (9,89 sur 10). L'avis globale sur l'organisation sur un curseur allant de -10 à +10, retrouve une moyenne à 8,61, ce qui prouve que l'organisation élément essentiel du séminaire a joué un rôle important dans sa réussite.

SEMINAIRE - LE PROGRAMME			
Items	Moyenne	Rang	Moyenne
Le programme en général	8,89	12	9,24
La prise en compte des besoins	8,57	15	
Le savoir-faire des organisateurs	8,86	13	
La diversité	9,14	10	
La flexibilité	9,00	11	
L'interactivité	9,36	6	
La complémentarité des composantes	9,39	5	
La capacité à me faire participer personnellement	8,82	14	
La capacité à nous faire participer collectivement	9,25	8	
La capacité à me motiver personnellement	9,18	9	
La capacité à nous motiver collectivement	9,29	7	
L'ambiance générale	9,75	1	
La qualité des rapports humains	9,71	2	
La qualité des échanges	9,68	3	
Le bien-être	9,68	3	
			Moyenne
Votre avis global sur le programme (placer un curseur entre -10 et +10)			8,57

Tableau 15

Commentaires : Concernant le programme, il a lui aussi largement été plébiscité par les PS, avec une moyenne globale sur 10 de 9,24. La convivialité, les échanges et le bien-être ont été les plus appréciés. L'avis global sur un curseur entre -10 et 10 retrouve une moyenne élevée à 8,57.

b. La rencontre

SEMINAIRE - LA RENCONTRE					
Champs	Items	Moyenne	Rang	Moyenne	Rang
Communication	Humilité et respect	9,82	1	9,35	2
	Qualité de l'écoute	9,18	4		
	Qualité du dialogue	9,04	5		
Echange et transmission	L'échange, d'eux vers vous	9,04	5	8,59	4
	L'échange, de vous vers eux	8,54	12		
	La transmission, d'eux vers vous	8,96	7		
	La transmission, de vous vers eux	7,81	15		
Techniques de médecine traditionnelle	Abord des pratiques en ra'au Tahiti	8,38	13	8,21	6
	Abord des pratiques de massage	8,60	11		
	Abord des pratiques de magnétisme	8,11	14		
	Abord des pratiques de chamanisme	7,74	16		
Fondements	Aspect de sécurisation des pratiques	8,54	12	8,65	3
	Aspect de fondements éthiques	8,76	9		
Lien à la culture	Lien avec la culture	9,67	2	9,44	1
	Lien avec les chants et les danses	9,22	3		
Lien Med Complé	Lien avec l'hypnose	8,76	8	8,46	5
	Lien avec la méditation	8,65	10		

	Moyenne
Votre avis global sur la rencontre (placer un curseur entre -10 et + 10)	9,37

Tableau 16

Commentaires : Concernant la rencontre, elle a été placée sous le signe de l'humilité et du respect par les PS avec une moyenne de 9,82 sur 10 et premier rang sur la place des item évalués, le lien avec la culture arrive en seconde position avec une moyenne de 9,67. La culture et la communication ont été les artisans du succès de cette rencontre. On note également dans les échanges que la transmission des PS s'est plus fait dans le sens eux (les TP) vers vous (les PS), il y a eu moins d'échange dans l'autre sens, des PS vers les TP, cette dernière arrive en avant dernière position dans les items évalués, le dernier étant l'abord des pratiques du chamanisme, peu connu des PS, qui reste toutefois avec une moyenne à 7,74 sur 10. L'abord des pratiques de médecines traditionnelles en général (rā'au Tahiti, massage, magnétisme, chamanisme) est l'item le moins bien évalué. L'avis global sur la rencontre sur un curseur entre -10 et +10 est sans équivoque 9,37 et reflète le succès du séminaire.

c. Les résultats

		Moyenne	Moyenne
Satisfaction Réussite	Votre satisfaction globale	9,54	9,61
	La réussite du séminaire	9,68	
Reconduite	Le besoin de l'approfondir (pour vous)	9,54	9,41
	Le besoin de l'étendre aux autres professionnels ?	9,29	
Projets	La possibilité d'un projet hospitalier	8,68	9,05
	La possibilité d'un projet extrahospitalier	9,43	
	La possibilité d'un projet universitaire	9,04	

Tableau 17

Commentaires : On note des moyennes très élevées pour sur la satisfaction et la réussite du séminaire par les PS, respectivement 9,54 et 9,68 de moyenne sur 10. Le même constat est fait lorsqu'il s'agit d'approfondir les choses, et l'extension du séminaire aux autres PF, moyenne globale de 9,41. Sur les projets futurs, la perspective d'un projet hospitalier retrouve une moyenne à 8,68, et augmente à 9,43 lorsqu'on évoque un projet extrahospitalier. La possibilité d'un projet universitaire est également envisagée par les PS, avec une moyenne de 9,04 sur 10.

Donnez 1 mot pour qualifier le séminaire
Un début
Exceptionnel
Magique
Utile
Partage
Echange
Exceptionnel revolution
Exceptionnel
Découverte
Inspirant
Enrichissant
Eveil
Partage
Harmonie
Rencontre
Enrichissement
Exceptionnel
Pour une idée
Commencement
Partage
Magique
Rencontres
Magique
Enrichissant, innovant, créatif
Satisfaisant
Magnifique
Essentiel

Tableau 18

Commentaires : Les qualificatifs utilisés par les PS reflètent le succès de la rencontre, les échanges et le partage ressentis entre tous « magique », « rencontre », « partage », « commencement », « exceptionnel ».

d. Les objectifs

		Moyenne	Moyenne
Médecine complémentaire	Les rencontrer à nouveau	9,26	9,50
	En rencontrer d'autres	9,52	
	Mieux les connaître	9,56	
	Mieux les comprendre	9,56	
	Travailler ensemble	9,70	
	Etre formé	9,41	
Culture	Rencontrer à nouveau Haururu	9,18	8,86
	Participer à leurs séminaires	8,89	
	Fare	8,61	
	Approfondir mes connaissances culturelles	9,32	
	Apprendre ou me perfectionner en Réo Tahiti	9,18	
	M'investir dans un autre projet culturel	7,64	
	Recevoir un enseignement culture et santé	9,25	
	Participer à un enseignement culture et santé	8,78	

Tableau 19

Commentaires : Sur les médecines complémentaires, les PS souhaitent unanimement, les rencontrer à nouveau, en rencontrer d'autres, mieux les connaître et les comprendre, travailler avec eux et recevoir une formation. La moyenne globale est de 9,5 sur 10. Concernant la culture, les avis sont tout aussi unanimes sur rencontrer à nouveau l'association éco culturelle, l'apprentissage des connaissances culturels, l'apprentissage et le perfectionnement de la langue, recevoir un enseignement culture et santé. Les moyennes diminuent un peu lorsqu'il s'agit de participer à leurs séminaires, de participer à un enseignement culture et santé, jusqu'à diminuer à 7,64 lorsqu'on évoque l'investissement dans un autre projet culturel. Les médecines complémentaires attirent plus que la culture.

e. Les projets

		Moyenne
Projet personnel	Envisagez vous un projet personnel	0,67
	Avez vous un projet personnel	0,44
	Etes vous en cours de formalisation d'un projet personnel	0,30
	Avez-vous formalisé un projet personnel	0,15
	Le rôle joué par le séminaire dans ce projet	7,94
Projet d'équipe	Envisagez vous un projet d'équipe	0,60
	Avez vous un projet d'équipe	0,24
	Etes vous en cours de formalisation d'un projet d'équipe	0,20
	Avez-vous formalisé un projet d'équipe	0,08
	Le rôle joué par le séminaire dans ce projet	8,38

Tableau 20

Commentaires : Sur les projets personnels, plus de la moitié des PS, 67%, en envisageait un, 44% en avait un, 30% était en cours de formalisation du projet, et seulement 15% avait formalisé son projet. Le séminaire a joué un rôle important dans la formalisation, 79,4%.

Concernant les projets d'équipes, 60% en envisageait un, 24% avait un projet, un cinquième des PS était en cours de formalisation de ce projet et seulement 8% avait formalisé ledit projet. On note également l'importance du séminaire dans la formalisation du projet, 83,8%.

		Moyenne	Rang				
Séminaires	Que d'autres séminaires du même type soient organisés par le CHPf et les associations	1,00	1	0,72	Global 0,5861	Recevoir 0,89686	Donner 0,411458
	Que ces séminaires fassent parti du programme de formation du CHPf	0,93	2				
	Que ces séminaires soient ouverts à tous les professionnels de santé du pays	0,96	2				
	Que je puisse bénéficier d'un autre séminaire plus approfondi	0,93	4				
	Rapporter mon expérience aux cours d'autres séminaires	0,43	15				
	Animer des ateliers aux cours d'autres séminaires	0,30	16				
	M'investir dans l'organisation d'autres séminaires	0,46	12				
Groupe travail	Participer à un groupe de travail Médecine intégrative, culture et santé au CHPf	0,64	11	0,64			
Fare Rapa'au	Que je puisse être reçu dans le Fare Rapa'au de Fare Hape	0,79	8	0,59			
	Participer au fonctionnement du Fare Rapa'au de Fare Hape	0,39	16				
Tradipraticien	Que le CHPf dispose d'un (ou de) tradipraticien(s)	0,93	4	0,82			
	Que je puisse travailler avec un tradipraticien au CHPf, ou à l'extérieur	0,82	7				
	Travailler effectivement avec un tradipraticien	0,71	9				
Information	Que je puisse recevoir régulièrement des informations (type newsletter)	0,86	6	0,58			
	Participer à la transmission régulière d'informations (type newsletter)	0,30	16				
Forum	Que je puisse m'exprimer sur un forum de discussion dédié	0,30	18	0,19			
	Etre modérateur sur un forum de discussion dédié	0,07	21				
Enseignement	Que je puisse m'inscrire à un DU médecine intégrative, culture et santé en Polynésie	0,74	10	0,41			
	Etre membre d'un groupe de recherche médecine intégrative, culture et santé en Polynésie	0,44	13				
	Etre formateur dans le cadre d'un DU médecine intégrative, culture et santé en Polynésie	0,19	20				
	Participer à l'accueil et la formation d'étudiants locaux et internationaux	0,26	19				
Associations	M'investir dans les associations et/ou une fondation	0,44	13	0,44			

Tableau 21

Commentaires : Sur les projets post séminaires, on constate que tous souhaitent l'organisation d'autres séminaires, que ces derniers fassent parti du programme de formation du CHPF et qu'ils soient ouverts à tous les PS du pays, ils souhaitent aussi approfondir les connaissances acquises. Par contre, rapporter leur expérience au cours d'autres séminaires, y animer d'autres ateliers et s'investir dans l'organisation passe à moins de la moitié chez les PS, voir au tiers d'entre eux. La participation à un groupe de travail de MI, culture et santé 64% d'entre eux. Concernant le Fare Rapa'au, près de 80% souhaite y être reçu, mais seulement moins de 40% d'entre eux veulent participer à son fonctionnement. Pour les TP, la majorité souhaite que le CHPF dispose d'un TP et que les PS puisse travailler avec un TP au CHPF ou à l'extérieur, le taux diminue lors qu'on aborde le travail avec le TP. 86% souhaitent être recevoir des informations (type newsletter), cela diminue lorsqu'il s'agit de participer à la transmission régulièrement des informations, moins d'un tiers des PS, il en va de même pour l'expression sur un forum dédié, jusqu'à diminuer à 7% pour y être modérateur. Au niveau des enseignement, trois quarts des PS souhaitent s'inscrire à un DU de MI, culture et santé, et comme pour les autres items, le nombre de PS souhaitant être membre d'un groupe de recherche de MI, passant à 44%, ou formateur, 19%. Seulement un quart d'entre eux souhaite participer à l'accueil et à la formation d'étudiants locaux et internationaux. Moins de la moitié souhaite s'investir dans les associations. Les PS reçoivent beaucoup 89% mais globalement donnent moins 41%.

B. Résultats des enregistrements vidéo (tradipraticiens)

1. Avant le séminaire

Les entretiens préliminaires se déroulaient toujours sur le même schéma et pouvaient se décomposer en quatre parties (annexe 6) :

- Avant le séminaire, les TP avaient-ils déjà rencontré ou travaillé avec les PS ?
- Concernant le séminaire, les TP avaient-ils des appréhensions, des attentes concernant les relations avec les PS et les autres TP ?
- Que pensaient les TP des recommandations de l'OMS autour de la MT, sur les relations avec les PS, le travail entre TP, l'éthique et la déontologie chez les TP, la transmission et la protection des savoirs et des ressources, la sécurisation des pratiques, la formation des TP et des PS ?
- Les TP trouvaient-ils un intérêt au séminaire, et comment ce dernier allait faire avancer les choses ? Avaient-ils des projets pour la suite ? Quelle était la place de la MT dans le système de santé polynésien.

a. Résultats

i. Champs thématiques

Sur les 6 personnes interrogées, seulement deux ont déjà été en contact et ont travaillé avec les PS (*annexe 10*).

Seul le superviseur culturel a des appréhensions quant à la rencontre.

Les attentes concernant la rencontre avec les PS se portent surtout sur l'échange et le partage qu'ils pourraient avoir, un d'entre eux veut savoir ce que les PS attendent d'eux, un autre souhaite que les PS soient plus attentifs à la MT, qu'elle ne la condamne pas d'emblée.

Lorsqu'on évoque les attentes pour les relations futures entre les TP, les résultats sont plus partagés, un parle de partage, « *de ne former qu'un* », un autre d'échange, deux autres sont plus méfiants « *c'est chacun son travail* », « *chacun a ses médicaments* », on évoque aussi le charlatanisme « *qui disqualifie le métier* », avec un travail à faire pour valoriser ceux qui pratiquent honnêtement.

Lorsqu'on les interroge sur les recommandations de l'OMS, ils s'étonnent dans un premier temps qu'un tel document puisse exister sur leurs pratiques. Sur les relations avec les PS, la réponse est unanime, « *c'est une bonne chose* » pour tous. Travailler entre TP ne leur pose pas de problèmes, on note cependant pour un, que l'échange n'est pas possible « *je garde le mien* », pour un autre cela permettrait de mettre en place une cohérence et une honnêteté dans les pratiques. Lorsqu'on les questionne sur la mise en place d'une éthique entre eux et d'un code de déontologie, la question n'est pas comprise par la moitié d'entre eux, un TP pense que c'est « *important* », un autre note que cela pourrait être une manière d'évacuer le charlatanisme, et permettrait de distinguer quel TP est sérieux ou non. La transmission des savoirs et des ressources est essentielle pour tous, la préservation des plantes prend une

importance capitale. La transmission des savoirs se fait pour eux sur un mode intrafamilial. Lorsqu'on aborde la sécurisation des pratiques, chacun s'accorde à dire que la MT peut être dangereuse si elle est mal utilisée, mal dosée, sauf une pour qui il n'y a rien de dangereux. Sécuriser les pratiques est « *important* » et « *nécessaire* ». Dans le domaine des formations, concernant les TP, la question prend au dépourvu, un TP est très demandeur, un autre a peur de l'amalgame qui pourrait être créé par la dimension spirituelle et sacrée de la MT. Concernant la formation des PS par les TP, tous sauf une, sont plutôt positifs quant à la question, « *une occasion de moins diaboliser la MT* ».

Lorsqu'on leur demande si le séminaire va faire avancer les choses, tout le monde répond par l'affirmative, pour diverses raisons « *bonne chose* », « *bon partenariat, bonne collaboration* », « *on va bien travailler pendant ces trois jours* », « *ça va faire forcément avancer les choses* ».

Quand on les interroge sur leurs projets futurs après le séminaire, sur la médecine de proximité, la moitié répond non, un autre ne sait pas ce que cela va donner, un autre est déjà invité « *de partout* », dans les autres îles de la Polynésie. Concernant les projets à l'hôpital, deux d'entre eux n'ont en pas, les quatre autres y sont favorables, un « *est très motivé* », un autre espère que cela s'articulera après le séminaire.

Tous s'accordent à dire que la MT apporterait quelque chose de bien au système de santé polynésien « *faire du bien* », « *ramener à nous, à la source* », « *beaucoup de bonheur pour les gens malades* », un souligne la complémentarité des deux médecines.

ii. Récurrence des mots

A l'aide du logiciel NVIVO, nous avons pu identifier les mots qui revenaient le plus souvent dans les entretiens des TP (annexe 11).

La fréquence des mots analysée était proportionnelle au temps de parole de chacun.

Nous avons pu regrouper les mots ou groupes de mots en les classant en plusieurs items, huit au total :

- Culture (axée sur la spiritualité)
- Mana (portant sur les énergies présentes lors du séminaire, mais aussi sur tout ce qui a trait aux capacités et aux pouvoirs de soigner, aux forces et compétences de guérison des soignants)
- Ouverture à l'autre (les notions de partage, d'échange, de collaboration)
- Médecine traditionnelle (les soins, le rā'au tahiti, les massages)

- Émotions et ressenti positifs (qui comprend les émotions positives et les mots qualifiant la rencontre)
- Termes négatifs (mots péjoratifs utilisés par les TP)
- Devoir des TP (termes se rapportant à la préservation, à la transmission et la protection des savoirs)

b. Analyse

i. Champs thématiques

L'analyse des entretiens préliminaires des TP fait ressortir plusieurs choses.

Tout d'abord, un étonnement, les TP sont étonnés que les PS veuillent les rencontrer, de ce fait, il n'y a pas d'appréhension quant à la rencontre, sauf pour le superviseur culturel qui garde une crainte sur l'animosité qui peut subsister entre les PS et les TP, une résumé cet état de fait en voulant « *savoir ce qu'ils attendent de nous* ».

La MT étant considérée comme illégale et restreinte au cercle familial, l'intérêt des PS pour eux les surprend, et les enchante aussi, ils voient cela comme une occasion d'échanger avec eux et de partager leurs savoirs.

Pour les deux TP exerçant à l'hôpital cet échange a déjà eu lieu, et ils sont plutôt sereins quant à la rencontre des deux médecines. Les autres, gardent une attitude un peu plus réservée. Elle se voit dans leur attitude, lors des entretiens préliminaires, les bras sont croisés, les postures figées, et la gêne est palpable. Les réponses aux questions ouvertes sont brèves, et l'intervieweur doit préciser ces questions en les transformant en question fermées pour obtenir une réponse.

La relation avec les PS ne leur pose pas de problèmes, comme cité plus haut, ils voient cela comme une occasion d'échanges et de partage. La relation entre eux est déjà plus complexe, en effet, si chacun s'accorde à dire qu'ils peuvent travailler ensemble ; lorsqu'on parle d'échange ou de partage des pratiques, la méfiance s'installe, « *chacun son pouvoir* », « *chacun a ses médicaments* », « *je garde le mien* ». La transmission des savoirs en intrafamilial revient pour la plupart d'entre eux, on garde une MT propre à chaque famille, chaque clan et l'uniformisation des pratiques ne semblent pas être à l'ordre du jour.

La question de l'éthique est d'ailleurs abordée avec la notion de la mise en place d'une déontologie entre eux, de règles entre TP. Le terme prend au dépourvu car il n'est pas habituellement utilisé et donc peu compris, les réponses restent évasives. Mais on s'aperçoit au fil de l'entretien que bien qu'ils n'en aient pas compris le sens, le concept non-cité en tant que tel est clairement formulé dans ses grands principes. L'éthique si l'on se réfère à la

définition de Paul RICOEUR « *une vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes* », est présente dans leurs discours : « *faire du bien, aider les malades* », « *beaucoup de bonheur pour les gens malades* ». Ils mettent ainsi en avant leur éthique dans la relation de soins aux patients et le font sans même s'en rendre compte. Ils gardent cette relation aux soins, centrée sur le bien-être du patient.

Ils sont bien au fait de la possible dangerosité de la MT, et le disent clairement. Pour eux tout est question de dosages, « *nos ancêtres nous ont appris comment préparer le médicament* ». Ils savent qu'ils peuvent aller en prison pour ça. La sécurisation des pratiques tient ici une place importante « *les TP qui ont une honnêteté dans leur travail connaissent les limites* », on aborde ici indirectement le charlatanisme, ces TP qui « *disqualifient le métier* », source de discrédit pour les TP honnêtes dans leurs pratiques.

La question des formations des PS et des TP laisse dubitatifs, surtout les concernant, sauf pour un « *très motivé* », par contre former les PS leur semble une bonne idée, peut-être afin de moins diaboliser la pratique traditionnelle.

Tous sont unanimes pour dire que le séminaire va faire avancer les choses, les notions de partage, d'échange, de confiance, de collaboration, de fusion même, sont évoquées, tous perçoivent l'importance de cette première rencontre et les aboutissants qui pourraient en découler sur le système de santé polynésien.

ii. Récurrence des mots

ITEMS	Avant le séminaire	Avant le séminaire (%)	Après le séminaire	Après le séminaire (%)	Total	Total (%)
Culture	20	9,48	124	29,31	144	22,71
Mana	11	5,21	41	9,69	52	8,20
Ouverture à l'autre	30	14,22	37	8,75	67	10,57
Emotions et ressenti positifs	8	3,79	74	17,49	82	12,93
Médecine Traditionnelle	71	33,65	86	20,33	157	24,76
Termes négatifs	23	10,90	50	11,82	73	11,51
Devoir des TP	35	16,59	31	7,33	66	10,41

Tableau 22

Commentaires : Nous pouvons constater que sur tous les items présentés, la MT (incluant les soins) revêt un tiers de propos des TP avant le séminaire. Elle tient une grande partie de leur discours avant la rencontre, ainsi que leurs devoir de transmission et de protection des savoirs. On note également un discours porté sur une ouverture aux PS, plus d'un dixième des mots récurrents.

2. Après le séminaire

Pour les entretiens finaux, plusieurs thèmes ont été abordés (annexe 12). On pouvait décomposer l'entretien en plusieurs parties :

- Généralités sur le séminaire avec parole libre sur le ressenti
- Culture et santé, on interrogeait les TP sur le site de Fare Hape, le lieu du séminaire
- Organisation, les soirées organisées, leur participation
- La rencontre avec les PS, les échanges, les discussions, les doutes et appréhensions
- Le travail avec les autres TP
- Les médecines complémentaires, leurs avis sur la méditation et l'hypnose
- La médiatisation, la venue de la presse locale et du ministre de la santé
- Les projets à la suite du séminaire avec les médecines complémentaires, les PS, à l'hôpital
- Les projets sur le long terme

a. Durée des entretiens

Après dépouillement des enregistrements vidéo, une première chose nous marque, la durée des entretiens initiaux et finaux. Elle passe du double voire triple pour certains TP (*tableau 2*). La durée moyenne des entretiens initiaux est de 13min09s, celle des entretiens finaux passe à 32min30s. On passe à plus du double avant et après. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs indépendants ou concomitants :

- Le premier entretien était un exercice nouveau, dans lequel les TP ne sont pas à l'aise, en particulier parce qu'il est inconvenant de parler de soi. Le deuxième entretien était de ce fait moins anxiogène car les TP savaient à quoi s'attendre.
- L'intervieweur, lui-même en situation d'adaptation, a anticipé davantage pour le deuxième entretien suite à la première expérience et en fonction de l'attitude connue de chaque TP.
- Après le séminaire la parole se libère parce qu'un événement a eu lieu qui permet de parler de choses concrètement vécues et non plus de spéculer. Il y a à raconter « ensemble ».
- L'intérêt pour le sujet est grandissant et/ou s'est réveillé.

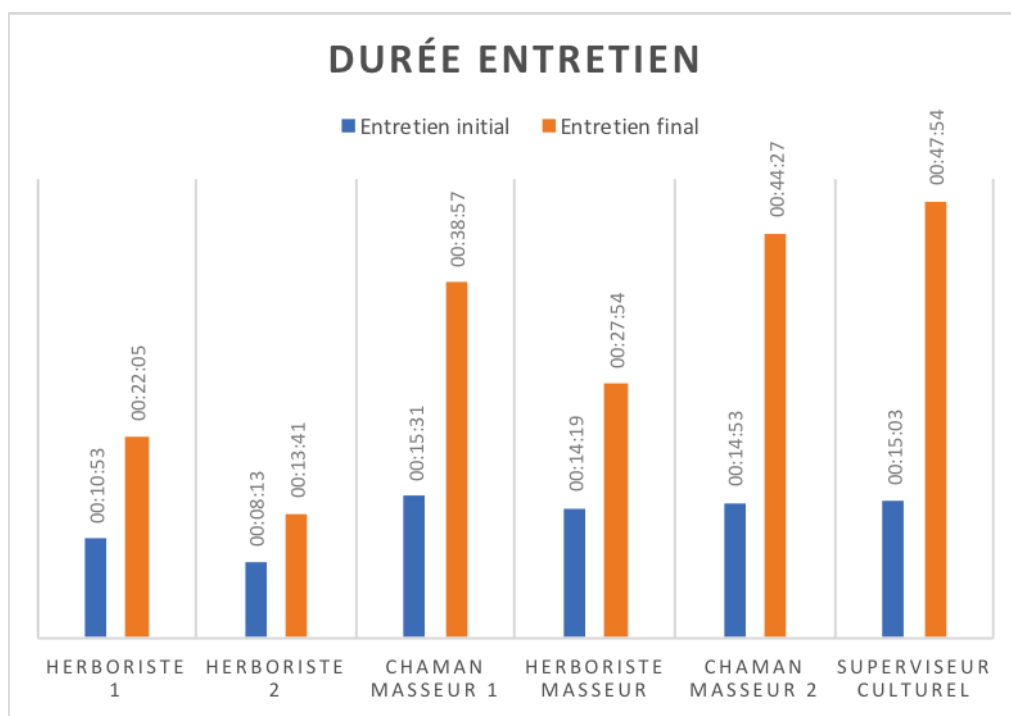


Figure 4 : Comparatif durée des entretiens

Commentaires : On note une libération de la parole après le séminaire. Le discours est plus libre, les TP sont plus en confiance lors de ce deuxième entretien. Les postures sont moins figées, les visages plus souriants, et surtout le temps de parole est doublé voire triplé chez certains d'entre eux. La durée des entretiens finaux reflète la satisfaction du séminaire, les TP se sentent plus libres de s'exprimer.

b. Résultats et analyse

i. Champs thématiques

Sur la ressenti du séminaire, les qualificatifs sont dithyrambiques, « *magnifique* », « *très contente* », « *renouveau* », « *réconciliation* », tous sont unanimes, le séminaire a été une grande réussite pour tous (*annexe 12*), cela est confirmé par l'analyse par récurrence des mots, où les émotions et le ressenti positif occupent une place importante dans le discours des TP (*tableau 23*). Cette rencontre a été l'occasion d'un échange, et d'un partage sans précédents entre ces deux médecines.

Lorsqu'on aborde le terme de la culture et ses aspects spirituels, le groupe des TP est plutôt mitigé, les deux chamans masseurs en parlent librement, et leurs discours est riches quant aux symboles liés à la spiritualité « *mana* », « *tupuna* », « *ancêtres* », « *esprits* ». Pour les herboristes, le sujet est très peu voire pas du tout abordé, on sent un interdit, un tabou qui semble difficile à lever. Celui qui en parle le mieux est le superviseur culturel, qui nous parle de son marae, des divinités anciennes, des tahu'a rapa'au, pour lui il y a deux aspects dans le soin « *l'aspect physique, matériel et l'aspect spirituel* », il considère que ne pas inclure

l'aspect spirituel est comme exclure une partie de la culture. Ce point est essentiel pour comprendre la MT polynésienne et la MT en général. La part du surnaturelle (des forces magiques, spirituelles, symboliques) n'est jamais séparée de la part thérapeutique du soin (phytothérapie, onctions, massages, etc.). Réaliser l'un sans l'autre serait inopérant et surtout incongru.

L'organisation du séminaire, les soirées organisées et leurs participations ont été appréciés des TP. Tous ont pu s'y exprimer librement, bien que la compréhension et l'utilisation du français aient été un peu difficile pour certains d'entre eux. Ils déplorent un séminaire trop court, qui reflète la satisfaction liée à la rencontre.

Concernant la rencontre avec les PS, une phrase la résume « *on a la même manière de penser, la même vision (...) ils sont restés au même niveau que nous* ». Respect et humilité ont été les maîtres mots de ces retrouvailles. Les TP ont été touchés par l'accueil que leur ont fait les PS. Ils n'avaient pas d'appréhensions avant le séminaire mais persistait quand même une crainte que les choses évoluent de manière négative. Le ressenti général et vécu par tous a été un grand moment de partage dans la famille du soin. Chacun a pu exprimer ses compétences, les PS ont été massés, magnétisés, ont pu recevoir les applications pratiques des rāʻau tahiti, en échange les TP ont reçu « *leur gratitude, beaucoup d'amour, beaucoup de joie, et un bien-être fou qui m'a rendu contente pour ça* ». Un échange a pu se faire des deux côtés.

Chaque TP avait son propre atelier, les herboristes, les masseurs, et les chamans magnétiseurs, tous ont été soudés pendant cette rencontre et chacun a pu mettre en pratique ses connaissances. Ils ont pu échanger sur cette rencontre. Tous sont d'accord pour rencontrer d'autres TP. La question du partage des connaissances est encore difficile à mettre en œuvre pour certains, et la mise en place de la signature d'une charte pour tous les participants est très importante pour l'un d'entre eux « *qu'on nous regarde pas d'un petit œil, comme ça c'est clair* ». Notre superviseur culturel nuance les propos concernant les TP et leurs pratiques, souvent soumise à l'égo de chaque individu. Il garde un scepticisme quant au sérieux de la chose, « *être soignant c'est sérieux* » et aborde le terme de charlatanisme pour les personnes qui pratiquent avec leurs idées personnelles et non selon les vraies définitions du chamanisme. Concernant les médecines complémentaires présentes lors du séminaire, l'hypnose et la méditation, les réactions sont assez mitigées, « *bah ça m'a rien fait du tout* », les TP n'ont pas accroché avec la méditation, par contre l'hypnose pour la moitié d'entre eux « *c'est fort (...) j'ai regardé un peu comment il fait* », était la discipline qu'eux même pratiquait naturellement sans le savoir. Les échanges entre l'hypnose et les chamans masseurs ont été très forts,

synonymes de partage et de respect, mais aussi d'un fond universel des pratiques de soins relationnels.

La venue des politiques, notamment du ministre de la Santé, lors de séminaire, a étonné et enchanté les TP « *beaucoup touchée, première fois que je vois un ministre qui monte là-haut, qui s'est déplacé pour ça* ». Ces réactions positives des TP sont à replacer dans un contexte local jusqu'ici de déni politique et institutionnel vis-à-vis de la MT. La présence des représentants politiques laisse entrevoir une amorce de changement dans le système de santé polynésien par une reconnaissance de la place de la MT.

La presse locale avait également fait le déplacement, tous ont été interrogés, et ce sont plutôt des retombées positives qui en ont découlées. Les TP ont reçu des encouragements à poursuivre leur travail avec les PS à la suite de cette médiatisation.

Pour la suite du séminaire, les projets concernant le Fare Rapa'au, tous s'accordent à dire que ce fare sera le leur et qu'ils y seront les décideurs. Le projet hospitalier devient concret pour l'un d'entre eux après le séminaire, ce dernier l'a encouragé à « *faire découvrir quelque chose qui peut aider, qui va aider beaucoup de monde, les malades et puis eux-mêmes, nous tous* ».

La notion de MI est abordée et l'un d'eux « *pense que c'est une bonne chose ça, y'a un mélange des deux. Si on travaille ensemble, y'a une réussite* ».

Les TP espèrent reprendre leur place dans la famille du soin. La fait de travailler avec les PS les légitime en quelque sorte. Pour l'un d'entre eux « *on doit travailler ensemble* ».

ii. Récurrence des mots

ITEMS	Avant le séminaire	Avant le séminaire (%)	Après le séminaire	Après le séminaire (%)	Total	Total (%)
Culture	20	9,48	124	29,31	144	22,71
Mana	11	5,21	41	9,69	52	8,20
Ouverture à l'autre	30	14,22	37	8,75	67	10,57
Emotions et ressenti positifs	8	3,79	74	17,49	82	12,93
Médecine Traditionnelle	71	33,65	86	20,33	157	24,76
Termes négatifs	23	10,90	50	11,82	73	11,51
Devoir des TP	35	16,59	31	7,33	66	10,41

Tableau 23 :

Commentaires : Après le séminaire, les items récurrents se portent essentiellement sur la culture, pour un peu moins d'un tiers des propos tenus par les TP. Viennent ensuite la MT toujours rapportée aux soins, un cinquième des mots récurrents. On constate également la satisfaction des TP après le séminaire, les émotions et ressenti positifs représentant aussi un peu moins d'un cinquième des propos recueillis.

C. Comparaison des données des TP et des PS

1. Culture

a. Tradipraticiens

	Culture	Total	Culture (%)	Rang
Herboriste 1	1	58	1,72	5
Herboriste 2	2	32	6,25	3
Chaman masseur 1	38	113	33,63	2
Herboriste masseur	4	88	4,55	4
Chaman masseur 2	50	143	34,97	1
Superviseur culturel	49	200	24,50	
	144	634	22,71	

Tableau 24

Commentaires : La part de la culture sur son côté spirituel représente plus d'un cinquième des propos recueillis chez les TP par récurrence des mots. Elle regroupe un tiers des propos de nos chamans masseurs qui en parlent sans tabous.

b. Professionnels de santé

ITEMS	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
A propos des termes suivants et leur dimension culturelle	11	2,60	3,25	0,65	1,49E-06
Autres items culture et santé cumulés	5	7,49	8,14	0,65	0,22
Place de la culture dans la prise en charge des patients	1	5,39	6,22	0,83	0,41
La place que devrait occuper la culture dans la prise en charge des patients	1	8,64	8,79	0,14	0,20
La possibilité d'utiliser la culture dans les procédures et outils de soins	1	6,54	7,76	1,22	0,06
L'utilité d'une médiation culturelle dans les soins	1	8,07	9,11	1,04	0,005
Vos besoins en terme de formation culture et santé	1	8,79	8,79	-	0,62
Place de la culture avant/Place que devrait occuper la culture avant	2	5,39	8,64	3,25	4,95E-06
Place de la culture après/Place que devrait occuper la culture après	2	6,22	8,79	2,56	0,0001
Place devrait occuper la culture avant/Possibilités d'utiliser la culture avant	2	8,64	6,54	(2,11)	0,0001
Place devrait occuper la culture après/Possibilités d'utiliser la culture après	2	8,79	7,76	(1,03)	0,06

Cf Tableau 3

2. Médecine intégrative

a. Tradipraticiens

	Médecine Intégrative	Total	Médecine Intégrative (%)	Rang
Herboriste 1	10	58	17,24	5
Herboriste 2	10	32	31,25	2
Chaman masseur 1	64	113	56,64	1
Herboriste masseur	21	88	23,86	4
Chaman masseur 2	42	143	29,37	3
Superviseur culturel	69	200	34,50	
	216	634	34,07	

Tableau 25

Commentaires : La MI dans sa dimension de relations aux soins, du travailler ensemble recueille plus du tiers des propos des TP, elle est particulièrement présente chez l'un d'entre eux, jusqu'à trois fois plus que chez ses collègues, plus de la moitié de ses propos sur l'analyse par récurrence des mots.

	Travail	Total	Travail (%)	Rang	Avant	Après
Herboriste 1	8	58	13,79	2	6	2
Herboriste 2	4	32	12,50	3	2	2
Chaman masseur 1	19	113	16,81	1	8	11
Herboriste masseur	8	88	9,09	4	6	2
Chaman masseur 2	13	143	9,09	4	5	8
Superviseur culturel	53	200	26,50		15	38
	105	634	14,63	634	42	63

Tableau 26

Commentaires : Dans la partie de la MI relative au travailler ensemble, on note que ce propos concerne plus d'un dixième du discours des TP. Ils sont bien dans la relation de soins et dans le travailler ensemble.

	Soin	Total	Soins (%)	Rang	Avant	Après
Herboriste 1	2	58	3,45	5	2	0
Herboriste 2	9	32	28,13	3	2	7
Chaman masseur 1	45	113	39,82	1	5	40
Herboriste masseur	13	88	14,77	4	10	3
Chaman masseur 2	29	143	20,28	2	8	21
Superviseur culturel	16	200	8,00		4	12
	114	634	19,07	634	31	83

Tableau 27

Commentaires : Dans la partie de la MI concernant la relation aux soins, les propos sont plus nombreux, un peu moins d'un cinquième des mots recueillis. On note également que pour un des TP, chaman masseur 1, cela concerne un peu moins de 40% de son discours, jusqu'à 10 fois plus que ses collègues.

	Nombre de mots			
	Avant	Après	TOTAL	Progression (%)
Médecine Intégrative	71	148	219	108,45
Relation de soins	31	83	114	167,74
Travailler ensemble	42	63	105	50,00

Tableau 28

Commentaires : Sur la récurrence des mots concernant la MI, on note qu'après le séminaire, les propos la concernant doublent. Dans les détails la proportion relation de soins et travailler ensemble est équivalente, mais on note tout de même que la relation de soins est trois fois plus abordée après le séminaire, elle est au centre des préoccupations des TP. Le propos sur « travailler ensemble » augmente aussi mais dans une moindre proportion, 1,5 fois plus après le séminaire.

	Enseignement	Total	Enseignement (%)	Rang
Herboriste 1	6	58	10,34	4
Herboriste 2	4	32	12,50	3
Chaman masseur 1	9	113	7,96	5
Herboriste masseur	6	88	6,82	6
Chaman masseur 2	22	143	15,38	2
Superviseur culturel	50	200	25,00	1
	97	634	15,30	

Tableau 29

Commentaires : Sur la part des enseignements, on note qu'elle concerne un peu plus d'un dixième de leur propos, plus présente chez notre superviseur culturel. Pour les autres, l'enseignement revêt une place moindre.

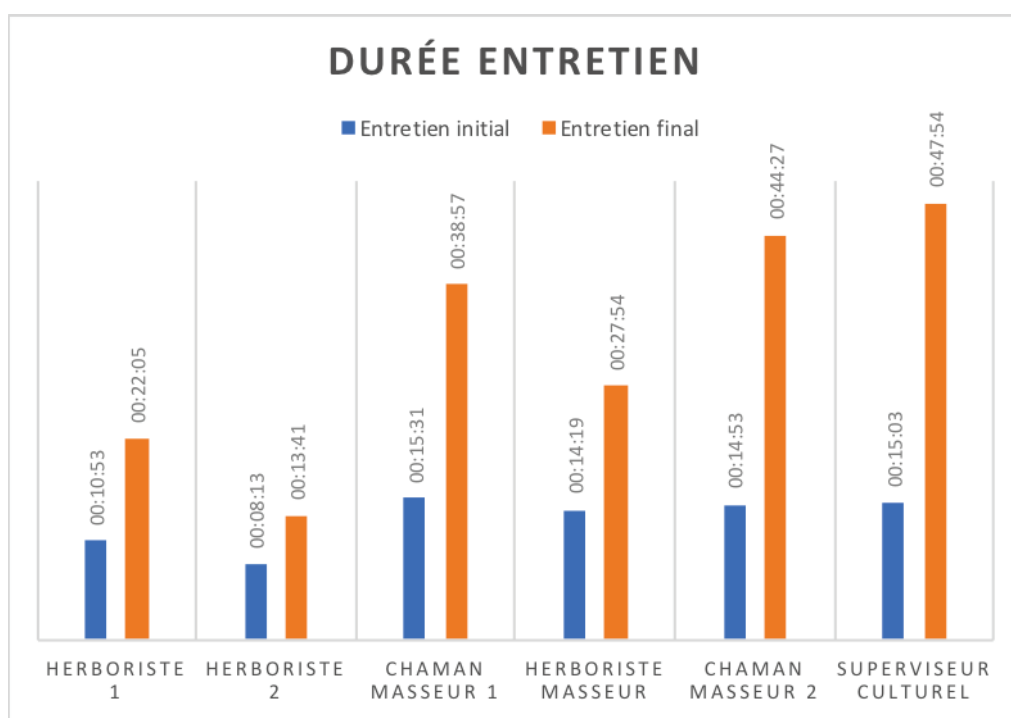
b. Professionnels de santé

Médecine intégrative	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
Connaissance	1	2,32	3,61	1,29	4,4E-05
Votre intérêt items couplés	7	8,22	8,46	0,24	0,41421
Supprimer toxiques	1	8,04	8,50	0,46	
Supprimer perturbateurs énergétiques	1	7,96	8,19	0,23	
Gérer le stress	1	8,81	9,04	0,22	
Traiter un organe affaibli	1	7,93	8,25	0,32	0,31731
Traiter un choc émotionnel	1	8,56	8,89	0,34	
Faire un traitement énergétique	1	8,15	8,32	0,17	
Traiter les maladies	1	8,04	8,36	0,32	

Cf Tableau 4

3. Résultats généraux du séminaire, résultat de la rencontre

a. Tradipraticiens



Cf Figure 4

Après le séminaire	Termes Positifs	Total	Termes Positifs (%)	Rang
Herboriste 1	55	58	94,83	4
Herboriste 2	30	32	93,75	5
Chaman masseur 1	108	113	95,58	2
Herboriste masseur	87	88	98,86	1
Chaman masseur 2	136	143	95,10	3
Superviseur culturel	168	200	84,00	6
	584	634	92,11	

Après le séminaire	Termes négatifs	Total	Termes négatifs (%)	Rang
Herboriste 1	3	58	5,17	3
Herboriste 2	2	32	6,25	2
Chaman masseur 1	5	113	4,42	5
Herboriste masseur	1	88	1,14	6
Chaman masseur 2	7	143	4,90	4
Superviseur culturel	32	200	16,00	1
	50	634	7,89	

Tableau 30

Commentaires : La satisfaction du séminaire est reflétée par le peu de termes négatifs à l'issue du séminaire utilisés par les TP, un peu moins de 8% des propos recueillis. Celui qui les utilise le plus est le superviseur culturel, dont le discours est plutôt centré sur les dérives potentielles de la MT. On note plus de 92% de termes non négatifs.

b. Professionnels de santé

Séminaire	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
Séminaire global Tous les items séminaire	24	7,94	9,18	1,25	0,000255
Séminaire général Tous les items	11	7,36	9,15	1,79	9,58E-06
Satisfaction et réussite	2	8,17	9,62	1,46	0,000162
Intérêt et attentes	5	8,46	9,15	0,69	0,5485
Doutes et réserves	2	4,29	8,79	4,50	0,000239
Projets	2	6,89	9,04	2,15	0,000647

Cf Tableau 7

Médecine traditionnelle	Nombre	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
Souhaiteriez-vous travailler avec un tradipraticien	1	0,91	0,96	0,06	0,08150
Autres items cumulés	8	5,83	6,95	1,13	0,00815
Capacité à travailler avec un TP et un TP avec vous	2	6,95	8,21	1,26	0,04953
Capacités personnelles à travailler avec un tradipraticien	1	6,89	8,11	1,21	0,10247
Capacité d'un tradipraticien à travailler avec vous	1	7,00	8,38	1,38	0,04953
Intérêt et connaissance en médecine traditionnelle	6	5,45	6,54	1,08	0,01235
Intérêt pour la médecine traditionnelle	3	8,00	8,63	0,64	0,17971
Connaissances en médecine traditionnelle	3	2,91	4,44	1,53	0,00109

Cf Tableau 5

Séminaire Médecine Traditionnelle	Items	Moyenne Avant	Moyenne Après	Delta	Friedman <i>p</i>
Tous les items	13	8,42	9,21	0,79	0,00426
Rencontrer, connaître, comprendre	3	8,81	9,64	0,83	0,012554
Les rencontrer	1	9,11	9,64	0,54	
Les connaître	1	8,71	9,64	0,93	
Les comprendre	1	8,61	9,64	1,04	
Protéger, transmettre, aider	4	8,50	9,29	0,79	0,025347
Transmettre leurs savoirs	1	7,37	8,70	1,33	
Protéger leurs ressources	1	8,93	9,64	0,72	
Les aider	1	8,70	9,30	0,59	0,5637
Qu'ils vous aident	1	8,82	9,21	0,39	0,59298
Les protéger	1	9,11	9,57	0,46	0,24821
Travailler, éthique, sécurité	3	8,96	9,43	0,46	0,15729
Travailler ensemble	1	9,14	9,29	0,14	0,43857
Éthique et sécurité	2	8,88	9,50	0,63	0,032509
Mettre en place une éthique	1	8,82	9,21	0,39	0,1088
Assurer la sécurité des pratiques	1	8,93	9,79	0,86	0,01963
Formation	2	6,67	8,09	1,43	0,01637
Etre formé	1	7,89	8,79	0,89	0,012554
Les former	1	5,44	7,40	1,96	0,038947

Cf Tableau 6

D. Analyse bibliographique

Parmi les 500 articles analysés nous en avons sélectionné 21 qui paraissaient les plus informatifs. Ils considéraient globalement des pays, des pathologies et des organisations de soin, avec des méthodologies extrêmement variées.

La majorité venait d’Afrique subsaharienne, avec des pays plus particulièrement engagés dans l’intégration, le Ghana et l’Afrique du sud, ainsi que des analyses plurinationales.

Les pathologies les plus fréquemment concernées étaient les maladies mentales de très loin, devant le VIH / SIDA, l’épilepsie et la tuberculose.

Les organisations de soins étaient très variées, des soins de santé communautaires aux hôpitaux. Les méthodologies se basaient surtout sur des enquêtes indépendantes, auprès des TP ou des PS, les confrontations d’avis étaient rares et indirectes.

Aucune ne portait sur un modèle correspondant au nôtre. Nous avons séparé ces études en deux groupes, celles portant sur le travailler ensemble (13) et celles portant sur les conditions du travailler ensemble (8).

VII. Discussion

A. Projet

Notre projet est le fruit d'une collaboration originale entre une association de PS et une association écoculturelle menée sur la période 2000-2019 (43). La question de recherche de notre étude en est issue, et repose sur l'identification d'un problème global de communication entre les patients polynésiens et les PS (44) (45) (46). Cela nous a conduit à en explorer deux dimensions distinctes et synergiques. La première est sociétale, celle du malentendu culturel exploré par Bernard RIGO qui nous dit : « *Nous pouvons nous haïr – l'histoire l'atteste peut-être –, nous pouvons nous aimer – l'histoire l'atteste sûrement –, mais nous ne pouvons pas nous comprendre.* » (47). La seconde est médicale, multifactorielle, relative à la déshumanisation des soins (48) (49) (50). Nous nous proposons dès lors d'aborder cette question selon deux concepts : celui de « culture et santé » et celui de « MI ».

La dimension « culture et santé » constitue la base de notre approche en une société polynésienne qui vit au rythme de son renouveau culturel et identitaire (51) (52) (53). Le modèle se veut rassembleur et transculturel, tel que décrit par l'ethnologue cubain Fernando Ortiz Fernández. La pluriculturalité se déploie au sein d'une culture dominante, en prenant en compte toutes les composantes ethnoculturelles, afin de tendre vers une culture commune, une transculture qui parle à toute la population (37) (54) (55). La culture polynésienne est particulièrement adaptée à ce modèle. Par essence universelle et centrée sur le rapport de l'homme à la nature, elle est très ouverte à l'autre, s'adapte à lui et le captive. Les fêtes du Heiva sont l'emblème d'une vaste communion multicolore d'une jeunesse pluri ethnique rassemblée autour des chants, des danses, des sports traditionnels, des mythes et des légendes polynésiennes. Elles constituent une parfaite illustration des possibilités offertes pour répondre au préalable culturel de bien-être des populations posé par l'OMS (21). L'éthique médicale d'Hippocrate sert le propos en nous enseignant que le médecin se doit de soigner tout être humain dans le respect de ce qu'il est, et donc dans le respect de sa culture (56). Or soignons-nous aujourd'hui le patient polynésien dans le respect de sa culture ou dans celui de la culture biomédicale dominante ? Sans remise en question de l'évidente efficience scientifique de la médecine moderne fondée sur les preuves, ne serait-elle pas néanmoins en mesure de s'adapter aux besoins humains des populations auxquelles elle s'adresse ? S'inspirant du passé, sans idéalisme, notre réponse est résolument positive. Elle vise à recentrer les principes médicaux scientifiques les plus modernes autour des ascendances

humanistes ancestrales qui ont créés la médecine, entre modernité et tradition. Culture et santé nous transportent ainsi au cœur de l'histoire de l'art de la médecine, de sa philosophie et de son éthique afin de pouvoir répondre aux enjeux sanitaires du futur (22).

Afin d'opérer cette délicate synthèse scientifique et humaine nous pouvons nous attacher au concept et aux principes de la MI. La démarche est en effet sociétale et humaniste, marquée par l'ouverture de la relation de soin aux thérapies du bien-être, dans un cadre large de recherche scientifique et en sciences humaines et sociales (57). Le concept européen de MI a été promulgué en 2017 par l'engagement de Berlin. Notre projet lancé en 2015 en couvre globalement tous les principes (26). Fondé sur une expérimentation sociétale qui rassemble tous les partenaires, il ouvre la relation de soin médicale aux médecines complémentaires, prend en compte l'ensemble du complexe santé de la prévention primaire aux soins spécialisés, et est axé sur la recherche qui permet de démontrer les résultats et de sécuriser les pratiques afin de répondre spécifiquement aux besoins de bien-être de la population (58). L'engagement de Berlin lie en particulier l'ouverture aux médecines complémentaires à la stratégie de l'OMS pour la MT pour 2014-2023 (1). Le plein respect des axes de cette stratégie justifie notre démarche et son ouverture à la MT. Le projet initial transculturel de santé peut dès lors atteindre l'objectif d'un projet complet de MI transculturelle polynésienne. Il s'ouvre ainsi à la question posée dans ce travail : alors que tout tend encore à les opposer, PS et TP polynésiens veulent-ils et peuvent-ils travailler ensemble ? Quelles sont les conditions qui sous-tendent cette question ? Quelles réflexions y porter en termes d'évolution du modèle de système de santé polynésien ?

L'abord de cette question aura nécessité quinze années de préparation. L'essentiel a consisté à définir un modèle transculturel polynésien en santé et à le tester auprès de la population. La première affection étudiée a été l'asthme de l'enfant qui touche particulièrement les populations polynésiennes. Le succès de cette expérimentation a résulté du rapport culturel très particulier que le polynésien entretient avec la mer et les animaux marins. Dénommé « Les nouveaux dauphins du souffle », un grand programme de prévention de l'asthme a été actif sur la période 2003-2008. Dès cette époque une intégration au soin était proposée dans un schéma complet de prévention primaire, secondaire et tertiaire incluant toute la diversité des champs de la santé et plusieurs secteurs de la société (environnement, sport, éducation, agriculture ...). Le concept a ensuite été étendu au domaine des maladies chroniques liées au mode de vie, en particulier à la problématique du surpoids et de l'obésité. Le concept a ainsi été porté avec succès dans un projet expérimental de réduction pondérale qui reste à

promouvoir. Enfin, un cap décisif a été franchi par l'expérimentation dans le domaine de l'oncologie thoracique et des soins palliatifs. Dans l'impasse des difficultés de communication entre les soignants et les patients, l'objectif classique d'amener les patients à adhérer au discours médical a été inversé : amener les soignants à adhérer au discours de la population. « A Haere I Mua » (en avant) carnet d'auto-expression culturelle du patient atteint d'un cancer bronchique était né. Simple document papier, son évaluation auprès des PS et des patients a démontré son intérêt et son utilité pour tous (8). C'est cet outil qui a permis de porter la rencontre entre le groupe des PS et un groupe de TP. Chargées d'émotions, ces retrouvailles ont permis, grâce à l'association écoculturelle, de retisser des liens naturels entre les « soignants » et les « soigneurs ». Constat était fait autour de la profondeur de la nature commune du « sens du soin » (59). Nos amis TP nous ont suivi à l'hôpital, lieu symbole mythique du soin et de l'hospitalité (60). Ils ont retrouvé leur place dans la « famille », et ont expérimenté la collaboration avec les PS. Respect et humilité ont fondé l'éthique du projet porté par les équipes de pneumologie et de soins palliatifs (36). La relation s'est installée naturellement et efficacement, aidée par le plébiscite des patients et des familles. Celle-ci a rayonné sur l'établissement avec de multiples sollicitations individuelles de soignants et d'équipes de soins. La question de recherche pouvait être abordée. Elle a été posée dans le cadre de l'organisation d'un séminaire dénommé « Première rencontre en MT à l'intention des PS du Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPf) ».

B. Méthodologie

Notre étude porte sur deux populations hautement sélectionnées avec de faibles effectifs. Ces conditions ne paraissent pas, à priori, être favorables à la mise en évidence de résultats pertinents. La procédure de sélection appliquée aux PS a été médico-administrative par appel à candidature sur l'ensemble de l'établissement hospitalier (*annexe 2*). A partir de celui-ci il aurait pu être réalisé un tirage au sort, mais ce n'est pas la méthode qui a été choisie. La sélection a été établie par un comité restreint de PS de l'association médicale, sur la base de la motivation individuelle à rencontrer les TP. Elle a été volontairement assortie d'un engagement personnel de participation sur temps libre avec contribution financière. Ceci implique que les participants sont donc les soignants les plus motivés de l'établissement. Il s'agit bien d'un important biais de sélection. Il est attesté par une intentionnalité totale pour « rencontrer les TP » et également très élevée pour « travailler avec eux » (*tableau 5*). La méthode de sélection des PS est donc critiquable. Cependant elle a été adoptée afin de garantir un équilibre entre la motivation individuelle et la représentation de la diversité de

l'établissement ce que n'aurait pas permis une procédure de tirage au sort. Les sélectionneurs ont ainsi pu veiller à ce que toutes les catégories professionnelles soignantes soient représentées ainsi que le maximum d'unités ou services. Au final neuf équipes médico-chirurgicales représentatives du CHPf ont été engagées dans la rencontre. Parmi ces équipes figurent des PS « encadrant » issus des équipes hospitalières de pneumologie et de soins palliatifs intervenant dans le projet. L'ouverture a également été faite à des membres de l'association médicale du secteur libéral ce qui porte le total des PS à 45. Néanmoins l'évaluation de la rencontre n'a porté que sur la population strictement naïve de connaissance et d'engagement dans le projet, soit 28 PS (*tableau 2*). Il n'y a donc pas de biais « favorable » au projet et, au final, la méthode de sélection permet de soutenir la représentation harmonieuse de la diversité professionnelle des soignants de Polynésie, ainsi que l'unicité de la motivation de la rencontre avec les TP. Le biais de sélection portant sur la motivation est donc constitutif à la tenue de la rencontre afin de garantir la possibilité même de celle-ci. Il convient dès lors de le replacer dans un contexte à même de le nuancer, tout en convenant que de son fait les interprétations devront rester prudentes. Le contexte créé n'est pas tant un biais qu'un pari et un risque sur les résultats. Ceux-ci sont en effet analysés sur la comparaison des opinions des PS avant le séminaire et après le séminaire. Ceci implique que sur un petit effectif à très haut niveau d'intentionnalité il sera très difficile de mettre en évidence des différences significatives. L'obtention de tels résultats permettrait cependant de conférer à l'étude la puissance nécessaire, avec le risque en cas de résultats négatifs de ne pouvoir tirer aucune conclusion. Ce pari n'a pas été tenu par hasard, il se base sur les résultats enregistrés auprès des PS du pays lors d'un précédent travail. 171 PS de toutes catégories avaient été tirés au sort sur l'île de Tahiti et évalués par questionnaire pour l'intérêt d'un carnet culturel d'auto-expression. Ils avaient été interrogés sur la MT : 73,9% déclaraient vouloir rencontrer un tradipraticien, 43,5% vouloir travailler avec un tradipraticien, et 66,1% considéraient les deux médecines compatibles entre elles (8). Ces résultats dénotent de l'incontestable expression actuelle d'un besoin d'ouverture de la médecine conventionnelle à la MT, ils valident notre question de recherche et permettent de l'explorer. Pour ce, nous apportons la plus grande rigueur scientifique en la testant au niveau d'un sous-groupe de PS particulièrement exigeant. Les équipes hospitalières représentent en effet partout le domaine médical le plus structuré, le plus surveillé, le plus contrôlé, celui où l'évidence de la médecine fondée sur les preuves s'applique de la façon la plus intransigeante possible. Malgré cela nous avons reçu 41 demandes officielles de participation. Cet engouement hospitalier, reflet général des professions de santé de Polynésie, nous a amené à augmenter l'effectif initial

prévu de 18 à 28 afin de satisfaire les besoins exprimés. Mais nous ne pouvions aller au-delà tant la rencontre a été difficile à mettre en place, vu le faible nombre de TP disponibles. Leur participation tient à une entité géographique, communautaire, soutenue par l'association Haururu. Elle correspond au groupe des TP de la côte nord de l'île de Tahiti (Mahina - Hitia), zone d'implantation de l'association. Il n'y a donc pas eu à proprement parler de sélection des TP, mais plutôt une coaptation communautaire sur un mode culturel polynésien calqué sur les anciennes chefferies traditionnelles. Ils se connaissent tous, ont pour certains des liens familiaux, et ils ont été amenés à se rencontrer au sein de l'association au cours des deux dernières années. Leur adhésion à la rencontre tient globalement d'un processus collectif. Car sur le plan individuel les motivations sont variables, d'un engagement avéré pour deux d'entre eux dans le projet hospitalier, à une volonté d'accroche à ce projet pour un autre, et plutôt d'un processus de curiosité ou de suivi du groupe pour les deux autres. Une certaine cohésion est apportée à ce groupe par l'apport d'un « superviseur culturel ». Il n'est pas tradipraticien mais il vit pleinement la culture ancestrale polynésienne au quotidien et se revendique du qualificatif de « païen » (61). Ce groupe ne peut être considéré comme représentatif des TP de Polynésie. Il a accepté de rencontrer les PS, et cela pas forcément rangé à l'avis d'autres TP probablement plus méfiants vis-à-vis de la médecine conventionnelle. Néanmoins, il est en proie au doute de ce que va pouvoir être cette rencontre, et nous nous devons donc de lui présenter un groupe de PS très ouvert à celle-ci. Tel est l'objectif essentiel de réussite de la rencontre et d'échange qui explique notre mode de sélection des participants. Aucun détail ne pouvait être soumis au hasard car, bien qu'un résultat positif soit espéré par tous, nombre d'observateurs de l'association culturelle craignaient un échec. En effet, aucune expérience préalable de mise en contact des TP et des PS n'avait abouti au cours des trente dernières années. En cause très certainement des temps qui n'étaient pas encore propices à la réunion, ainsi que des procédures trop administratives se voulant contrôlées et organisées selon des modalités non adaptées aux besoins. L'impasse et la confusion au jour du séminaire demeuraient donc totales entre les deux mondes en présence. Aussi, même si les temps semblent plus prometteurs, il ne faut pas négliger qu'un tiers des PS du pays ne conçoivent toujours pas les deux médecines comme compatibles (8). Cette expérimentation était donc particulièrement observée et ne pouvait souffrir d'insuffisance. Un risque de « raté » aurait exposé à mettre l'ensemble du projet en péril. La recette composée par les associations tenait à garantir à chaque groupe le respect de sa culture « métier », garante de la cohésion et de l'aisance de chacun : mode individuel et médico-administratif, tout en introduisant pour la première fois la notion d'équipe, pour les PS ; mode collectif par coaptation pour les TP.

L'ensemble est soudé par la culture polynésienne illustrée par la tenue de la manifestation sur un site archéologique symbolique, un accueil traditionnel, les chants et les danses. Les objectifs scientifiques de l'étude sont ainsi à confronter à l'impératif de réussite et la nécessité d'un compromis équilibré entre modernité et tradition. L'étude est totalement construite autour de ce principe, celui de créer un équilibre au sein des déséquilibres : un nombre plus de quatre fois supérieur de PS par rapport aux TP, un biais de sélection sur la motivation des PS, un biais de disparité d'intérêt et de représentativité chez les TP. Tout cela est à la fois inéluctable et recherché pour faire émerger les convergences au sein d'un modèle scientifique basé sur la rencontre entre les sciences fondamentales, médicales, et les sciences humaines et sociales, ethnologiques. Aussi il s'agit de la première application d'une approche médico-anthropologique en Polynésie, déjà décrite comme porteuse de grands espoirs relativement aux fondamentaux humains de la médecine (62) (63). Nous aurions pu nous contenter d'analyser les résultats obtenus auprès des PS. Mais, face à la prise de risque décrite nous avons la possibilité d'étudier les avis des TP, d'en comparer les convergences et divergences, d'établir des points forts et faibles afin de minimiser les biais et d'optimiser les informations et les résultats. En respect envers des cultures métiers distinctes entre PS et TP, les méthodologies utilisées ne pouvaient être identiques dans chaque groupe. Les PS ont ainsi répondu à des questionnaires individuels anonymes, procédure à laquelle ils sont rompus. Les TP sont quant à eux de culture de communication orale et ils n'auraient pas été en mesure de renseigner des questionnaires portant sur des critères qu'ils ne maîtrisent pas (8). Nous avons donc eu recours à une méthode ethnographique basée sur des entretiens avec enregistrements vidéo individuels respectant des grilles d'entretiens avant / après (*annexes 6 et 9*). Malheureusement nous ne disposons pas de moyens humains ethnographiques externes pour réaliser ces entretiens et ils ont été tenus par les investigateurs médicaux du projet. Cela introduit un nouveau biais. Nous avons néanmoins essayé de circonscrire celui-ci par des entretiens les moins dirigistes possibles, portant sur des questions ouvertes, et privilégiant les récits au fil de l'eau afin de corrompre le moins possible les propos. Tout cela s'avère complexe à mettre en œuvre en Polynésie car les questions ouvertes restent souvent synonymes de grand silence et doivent être renforcées par des questions fermées. Remarquons cependant que cela aurait pu être mis en œuvre plus aisément lors de l'évaluation finale avec des TP se révélant plus en confiance après la rencontre. En conclusion, malgré les biais de sélection et de méthodologie inhérents aux impératifs même de l'organisation de la rencontre, c'est bien de la confrontation entre les résultats des analyses médicales et ethnographiques menées de façon indépendante et complémentaire que sont attendues des réponses (63).

Pour la partie médicale de l'étude, les questionnaires portent sur la globalité de notre projet et ses évolutions : les connaissances culturelles et les possibilités de leurs utilisations, les connaissances en MI et leurs déclinaisons pratiques, les connaissances et intérêts en MT, les résultats généraux de satisfaction attendus et obtenus, les résultats attendus et obtenus à la collaboration avec les TP et les objectifs et conditions qui la sous-tendent (*annexes 5 et 8*). Pour la partie anthropologique les entretiens des TP portent sur leurs champs de compétences, leurs historiques aux PS, leurs considérations à la culture, au séminaire et ses résultats, aux rencontres, au système de santé et à leurs projets. Les approches sont donc différentes car adaptées aux besoins de chacun des deux groupes.

C. Culture et santé

Nous abordons en premier la base de notre projet, celui de la culture polynésienne, de sa place dans les soins et de la communication interculturelle. La question n'est pas implicite sur la première interview des TP mais le thème est bien présent (*annexe 11*). Le contraire aurait été surprenant en un domaine fondateur de l'exercice de la MT. Par contre elle a été posée directement et par l'intermédiaire de symboles culturels (*marae*) aux TP lors du deuxième entretien. Nous avons donc privilégié les avis post séminaire, celui-ci ayant été organisé sur un site archéologique majeur de Tahiti, avec un contenu centré sur le savoir-faire culturel polynésien. La récurrence de mot est ainsi multipliée par six, sans que nous puissions en tirer de conclusions, or le fait que le TP est fortement ancré à sa culture (*annexe 11*). L'analyse ethnographique est cependant démonstrative de ce que peut être la MT contemporaine. Le sujet est d'importance pour les TP puisqu'il va concentrer le cinquième des récurrences de mots (*tableau 23*). Il permet surtout d'identifier deux groupes de TP distincts et nous permettre de pouvoir les décrire ; celui des chamanes et celui des herboristes tels que présentés par Simone GRAND (11). Nos deux chamanes se définissent comme tel, et comme masseurs - magnétiseurs. Leur discours culturel est dense, couvrant le tiers de leurs propos. Il est profond, ils nous parlent d'énergie, de « mana », de passage de porte, de magie. Nos herboristes restent beaucoup plus évasifs sur la question culturelle qui ne tient à presque rien dans leurs propos spontanés. Une d'entre elle l'écluse d'ailleurs carrément « *Je n'ai pas trop ça dedans moi par rapport à ma fille* » (elle parle de sa fille adoptive, une des deux chamanes du groupe). Elle renvoie ces « choses » à la branche familiale de son mari et non à la sienne. Notre superviseur culturel nous apporte des éclairages nécessaires à ce dilemme culturel au sein du groupe des TP. Il se réfère à la spiritualité ancestrale des « Tahua », les guérisseurs traditionnels, à la christianisation et à la mise au banc des pratiques ancestrales de soin.

Simone GRAND nous interpelle sur la rémanence de ces pratiques contemporaines, toujours cachées en marge de la société, mais pourtant bien vivaces. Notre superviseur nous informe ainsi du conflit au sein des valeurs spirituelles qui tiraille nos TP, entre chrétienté et animisme. Les deux TP les plus imprégnés de culture polynésienne se revendiquent ouvertement du chamanisme, ce qui est une grande première en Polynésie pour des pratiques souvent qualifiées de « magie noire ». Pourtant ce sont bien eux qui ont accepté de nous rejoindre à l'hôpital ! Leurs compétences couvrent l'intégralité des pratiques : herboristerie (ra'au), massage (taurumi), énergie magnétisme (mana), et spiritualité. Ils correspondent aux récits des premiers européens qui les décrivaient comme des prêtres médecins, disposant de leur propres « Marae » et de leurs dieux tutélaires protégés par le « Tapu », l'interdit spirituel (10). Ils portent bien les valeurs des « Tahua » ancestraux qui maîtrisent l'art de la médecine dans toute sa complexité. En regard, il faut considérer l'herboristerie sous un double aspect. Celle des « Tahua », animistes maniant des recettes secrètes, magiques, et utilisant parfois des plantes toxiques strictement réservées à leur usage, et celle de la médecine du commun, dite « familiale », de spiritualité chrétienne présente dans toutes les familles polynésiennes. Le décryptage différentiel entre ces pratiques n'est cependant pas aisé, entre savoir ancestral, pratiques familiales et charlatanisme. Le point d'ancrage pourrait tenir à la spiritualité du complexe chamanique universel décrit par Mircea ELIADE. Pour lui le chamanisme polynésien n'est que parcellaire. A son crédit il n'a pas visité la Polynésie et n'en a jamais rencontré ses chamanes. Car, en fait, le complexe chamanique contemporain nous apparaît dans l'ensemble de son expression (don, initiation, extase, esprits, voyage, symbolisme, totems, rêve, divination, maîtrise du feu) (64) (40). En l'état il paraît avoir été renié lors de l'arrivée des missionnaires et être entré en clandestinité. Sa reviviscence affichée par nos TP amène notre « superviseur culturel » à la considérer comme une avancée importante pour le renouveau culturel, si tant est qu'il puisse être sécurisé à l'aune de notre expérimentation. Face à une telle perspective comment mener notre approche culturelle auprès des PS ? Nous les avons simplement mis en contact avec un groupe d'experts en culture polynésienne, sans aucune préparation ni information préalable de chacun, en organisant des ateliers d'échange. L'évaluation a porté sur les acquisitions de connaissances selon des termes culturels polynésiens, qui n'avaient été présentés à personne, et à partir d'une auto-appréciation dont la justesse n'a pas été vérifiée. Les niveaux d'amélioration se révèlent très élevés, hautement significatifs et sont le meilleur résultat obtenu dans l'étude (*tableau 3*). Ils confirment que les besoins étaient importants et à quel point la culture polynésienne attire, passionne et se transmet aisément. Mais quelles sont les résultantes applicables en pratique de soin et les

possibilités d'utiliser la culture dans les soins ? Ces questions sont récurrentes dans la littérature médicale. Comme beaucoup d'auteurs, Denise JODELET nous présente la faible prise en compte et utilisation de la culture dans les soins, ainsi que ses difficultés plurifactorielles de mise en œuvre (41). Emma PATERNOTTE rapporte que les médecins spécialistes médicaux néerlandais surestiment leurs compétences en communication interculturelle et que la réalité est en proie à de réels manques. Une explication tient à un discours centré sur le biomédical et non sur le patient (42) (65). En Suisse, Patricia HUDELSON fait le même constat et souligne le manque d'efficacité des programmes de formation à la communication interculturelle des étudiants en médecine et des praticiens. Les difficultés à caractériser les compétences sont mise en avant (66). En estimant que le niveau de culture dans les soins est assez bas, les PS du séminaire sont en accord avec les données de la littérature. Dès lors que leurs savoirs culturels s'améliorent ont aurait pu s'attendre à ce qu'ils révisent leur constat culturel initial à la baisse, et que leurs avis sur la place que devrait occuper la culture dans les soins progresse de façon significative, mais cela n'est pas le cas. De plus, interrogés sur la possibilité d'utiliser la culture dans les outils et processus de soin, le niveau est bas et ne progresse pas. Néanmoins, les PS confirment que la place que devrait occuper la culture dans les soins est inférieure à celle qu'elle devrait occuper. Mais la possibilité d'utiliser la culture par rapport à la place qu'elle devrait occuper reste négative (*tableau 3*). Partant d'un résultat encourageant sur le potentiel de formation culturelle en Polynésie, l'analyse des composantes culture et santé est très décevant en sa résultante de potentiel d'utilisation de la culture dans les soins. Nos PS perçoivent bien les insuffisances culturelles, mais, même après acquisition de savoirs ils expriment leur manque de capacités à les mettre en œuvre en pratique courante. Cela tient du constat général de l'insuffisance des programmes de formation pour les PS à transformer les résultats de connaissances en compétences interculturelles, et à l'impératif de mettre en place des formations mieux structurées et plus axées sur la pratique (41) (65) (66) (67). Ce n'est donc pas l'utilité mais bien la possibilité d'utiliser en pratique la culture dans les soins qui pose problème. Pourtant, un précédent travail démontre qu'en Polynésie la puissance de la culture, son universalité et son ouverture à l'autre est en mesure de soutenir une démarche transculturelle qui permet d'élaborer des outils de soins efficaces qui parlent à la population. Ainsi, dans le domaine délicat de la prise en charge du cancer bronchique, le travail d'un petit groupe pluri professionnel du soin réuni avec un expert de la culture a permis de produire un carnet culturel d'auto-expression du patient. Centré sur les besoins du malade il a fait l'unanimité sur son utilité, tant chez les patients que chez les PS. Pourtant ce carnet ne présente aucune

considération biomédicale et le terme « cancer » n’y figure ni en Français ni en Tahitien (8). Bien qu’assez simple, notre modèle transculturel n’a pas été présenté lors du séminaire dont ce n’était pas l’objet. Totalement porté sur la pratique, il constituera un axe essentiel d’un futur enseignement culture et santé. La demande de celui-ci, bien que fortement exprimée par les PS du séminaire reste néanmoins fixée après la rencontre (*tableau 3*). Est-ce à dire qu’une simple formation classique serait jugée insuffisante ? C’est ce que nous dit Denise JODELET qui sur la méthode par les pratiques met en avant l’expérience par l’espace de jeu de la culture (41). En complément de la question de la formation, la notion de médiation culturelle a été introduite. Or il s’avère que c’est le seul résultat significatif sur cette partie culture et santé (*tableau 3*). Les possibilités culturelles dans les soins étant mal cernées, il semble donc que celles-ci puissent être renvoyées à un principe de médiation culturelle, qui reposerait sur une interface médecin patient assurée par une tierce personne. Serait-ce une solution et comment l’aborder ? L’examen de cette solution amène principalement à celle d’interprète linguiste en contexte de soins aux migrants (68). Les critiques d’efficacité sont la règle de cette approche centrée sur les besoins médicaux des praticiens et très peu sur la relation humaine de soins (69). De plus, en dehors des considérations linguistiques, aucun critère relatif à des compétences en santé ne sont évoquées et les limitations éthiques posent problème (70). Aussi, si le principe de médiation culturelle devait être retenu comme le souhaitent les participants, quel profil de candidat serait à privilégier ?

Tout en affichant leurs « tiraillements » culturels, les TP nous exposent bien un principe de soin et de bien-être s’étayant sur la culture traditionnelle polynésienne. Les PS adhèrent à cette vision, tout en concédant ses difficultés d’application pratique pour lesquelles ils pourraient souscrire à une solution de médiation culturelle. Aussi comment faire la synthèse du déficit culturel lancé par l’OMS (21) ? « Culture et santé » est-il un champ suffisant d’analyse pour appréhender les enjeux majeurs de la communication interculturelle et de son efficience dans les soins et dans les systèmes de santé ?

D. Médecine intégrative

Dès 2015 cette question s’était posée aux concepteurs du projet. La piste entrevue tenait au passage par la MT et donc à l’ouverture de la médecine conventionnelle à celle-ci. A cette époque le concept européen de MI n’était pas encore posé. Mais ces principes émergeant nous fournissaient des solutions intéressantes qui ont été explorées. Les PS portent beaucoup d’intérêt aux possibilités de mise en œuvre de cette discipline dans les domaines de la

prévention, des soins primaires, des hôpitaux et de l'enseignement universitaire. Néanmoins ils estiment leurs niveaux de compétences personnelles limitées et en amélioration très significative après le séminaire (*tableau 4*). Pourtant un seul atelier spécifique a pu être dédié à la MI et il ne s'agit pas de celui qui a remporté le plus de succès. La mise en œuvre pratique a été interrogée en rapport aux champs d'application définis par Luc BAUDIN (22). Les intérêts sont forts mais n'évoluent pas au terme du séminaire (*tableau 4*). Bien que les participants déclarent leur intérêt pour la MI, ils admettent que leurs connaissances sont limitées et les résultats attestent des difficultés pour aborder et mettre en œuvre ce concept en pratique. Alors que l'engagement de Berlin s'appuie sur la stratégie de l'OMS pour la MT, celle-ci n'est connue que d'un seul participant au départ et sa consultation après le séminaire reste limitée (*tableau 9*) (26). La MI est une discipline jeune, sans définition simple et vraiment précise, fondée sur des principes complexes (71). Bien que l'ouverture de la médecine conventionnelle aux médecines complémentaires suscite beaucoup d'intérêts, ses autres principes restent méconnus. Elle constitue pourtant le ciment de notre projet, celui qui permet de lier la culture à la médecine en s'attachant à la relation de soins, à l'humanisme et au bien-être (72). Les TP n'ont pas été interrogés directement sur la MI, concept trop abstrait. Cependant ses composantes peuvent facilement être identifiées dans leurs entretiens au niveau du soin centré patient (relation de soin, humanisme, bien-être) et du travailler ensemble (diversité des recours) (26). Les résultats de l'analyse anthropologique de leurs discours sur ces deux points sont démonstratifs. La récurrence globale des mots renvoyant à la MI dépasse le tiers des entretiens. Aussi, couplé au thème culture l'ensemble représente plus de la moitié des propos des TP (*tableau 25*). Nos TP nous confirment donc le lien très important pour eux du soin à la culture. Leur discours relatif à la MI double après le séminaire (*tableau 28*). Cela confirme indirectement la relation qu'ils seront en mesure d'établir avec celle-ci dès lors que son concept leur aura été explicité de façon simple. En effet le lien actuel tient préférentiellement au domaine qu'ils maîtrisent le mieux, celui de la relation de soin plus qu'au travailler ensemble qui pose plus de questions (*tableaux 25, 26 et 27*). Néanmoins, dans le détail, la part respective du soin centré patient et du travailler ensemble reste assez équilibrée (*tableaux 26 et 27*). Le plus marquant de l'analyse tient en fait aux disparités relevées entre les TP. L'une d'entre eux, chamane, porte beaucoup plus de considérations aux deux champs et elle en entraîne une autre, herboriste, sa maman adoptive, vers un travailler ensemble plus élaboré. Cette tradipraticienne porte la MI à un niveau de considérations presque 3 fois supérieur à celui de ses collègues. Quelle en est la raison ? Elle est chamane, masseuse-magnétiseuse, c'est notre collaboratrice privilégiée de soins complémentaires à

l'hôpital. Elle dispose d'un diplôme sanitaire qui va lui permettre d'être recrutée au CHPf comme collaborateur de soins traditionnels en pneumologie. Elle a été cooptée, ou plutôt elle s'est faite coopter par l'équipe : par son humanisme (elle nous parle d'amour), sa vocation innée à aider les personnes malades (sa mission en relation au don qu'elle a reçu) et à apporter du bien-être (elle nous parle de bonheur), bénévolisme (elle n'accepte aucune rémunération et son futur salaire ne servira qu'à couvrir ses frais) et son ouverture d'esprit aux personnels soignants est indéfectible (elle nous parle de magie). En l'explorant, la relation s'est plutôt faite d'elle vers nous que de nous vers elle. Tout comme si nous avions simplement ouvert la porte à un besoin vital de rejoindre la grande famille du soin, en un lieu où les souffrances humaines sont les plus élevées et l'appel à prendre soin le plus fort. Nos TP nous indiquent la toute-puissance de cet appel. Y répondre en prenant la décision de venir travailler à l'hôpital avec les PS n'a pas été facile, requérant une bonne dose de courage face au contexte sociétal. Ouvrir la porte était une prise de risque pour le professionnel de santé, la franchir était d'un tout autre niveau pour le tradipraticien face aux interdits et aux envies combinées. Celle d'accepter un poste hospitalier l'est encore moins sous les critiques parfois acerbes d'autres TP qui ne l'admettent pas. Tout s'est joué sur la confiance établie avec les praticiens, la protection, la sécurisation et l'absolu de ne pas corrompre les pratiques (73). Aussi l'apport des résultats de la confrontation ethno médicale est essentiel. C'est elle qui valide notre projet de coopération hospitalière qui vient d'être engagée. Les résultats démontrent de façon formelle que nous avons choisi le bon tradipraticien, celui qui porte le discours et l'expérimentation de la « médecine traditionnelle intégrative transculturelle ». Sa position va maintenant pouvoir être affirmée et valorisée sur des preuves scientifiques. A cet effet, le thème de la relation de soin, basée sur la relation de confiance médecin patient et le soin centré patient va être privilégiée (74) (75). Elle est essentielle et son concept peut s'appuyer sur des notions telles que l'alliance thérapeutique de Karl Rogers (31). De nombreux champs de la médecine moderne la soutiennent : les dispositifs d'annonce, l'éducation thérapeutique, les chemins cliniques, autant de domaines transversaux où la notion d'équipe de soin, médicale et paramédicale, prend toute sa valeur (76) (77) (78). La médecine moderne propose des parcours de soins de plus en plus complexes et lourds. Le médecin n'y est plus le simple lien de confiance individuel au patient. Il devient le dépositaire et le garant du lien de confiance du patient à une équipe de soin et même à une filière de soin pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Le thérapeute hospitalier doit y mettre en œuvre tout à la fois des connaissances scientifiques spécialisées de haut niveau, des compétences techniques sophistiquées, et un savoir-faire humain complexe relatif à la relation de soin et à la gestion

d'équipe et de filière, des soins spécialisés jusqu'aux soins de proximité. A tous les niveaux, il doit être capable de créer le lien indispensable au bien-être du patient et de sa famille (79) (80). C'est uniquement à cette condition que l'extraordinaire potentiel scientifique des avancées de la biomédecine peut-être en mesure de répondre aux besoins des patients, si elle est associée à la couverture optimisée des besoins de bien-être du patient (80) (81). Tous les acteurs doivent souscrire et contribuer à des enjeux globaux. C'est cet aspect sociétal que la MI ambitionne de couvrir d'où la complexité de ce concept face à des processus de plus en plus marquée par l'individualisme et la rentabilité financière. Par la relation de soins, la MI colle à l'évidence au domaine de la culture locale à laquelle elle s'adresse. Cette question est prégnante en Polynésie où les PS sont dépositaires de la biomédecine moderne et se trouvent confrontés à des considérations humaines traditionnelles auxquelles ils n'ont pas toujours été préparés. Cela peut les placer en situation complexe face à des patients non-rompus à leurs pratiques de soins. Cette question a pour ambition d'être traitée de façon originale par le concept de transculturalité dans notre projet. Néanmoins elle nous renvoie par la pratique issue du séminaire aux perspectives de médiation culturelle et de formation des PS. Nous revenons ainsi sur la question : qui peut assurer une médiation culturelle du soin en Polynésie ? Des tiers ou des agents administratifs qui maîtriseraient la culture polynésienne, fondée sur sa langue, des experts culturels et sociétaux, des traducteurs ? Comment envisager des solutions hors de la structuration globale de la relation de soin ? Existe-t-il dans la société polynésienne des personnes en mesure de répondre aux objectifs fixés : des experts culturels maîtrisant la relation de soin, au même niveau que les PS ? Afin de répondre nous nous appuyerons sur le potentiel de la MI permettant de s'ouvrir aux médecines complémentaires porteuses de la valeur bien-être, ainsi que sur la chance de disposer d'une MT forte, dotée de TP maîtrisant tout à la fois leur culture, leur langue et la relation de soin qu'ils pratiquent au quotidien (11). Nos travaux démontrent qu'un nouveau type de relation de confiance « intégrative » peut être scellée entre des TP et deux équipes de soins, et que celles-ci peuvent s'exercer en toute sécurité dans l'intérêt, et avec le soutien, des patients et de la population. Quant à la question de la formation des PS celle-ci doit s'étendre tout à la fois au domaine culture et santé et à la MI. Deux tiers des participants souhaitent la mise en place d'un enseignement de ce type en Polynésie. Aussi en ce domaine un enseignement ne peut être conçu que sur l'impératif de recherche et de résultats. L'objet final n'est pas à une simple acquisition de connaissances personnelles, mais bien celui de former des porteurs de projets, individuels et idéalement collectifs, adaptés aux besoins des populations tels que présentés dans le concept américain de l'*integrative medicine* (82).

Les résultats anthropologiques du séminaire démontrent que les TP sont en mesure de promouvoir le concept de MI en le couplant harmonieusement à celui de la culture polynésienne. Réponse conjointe peut donc être formulée avec les PS qui, un peu perdus au sein de ces concepts pourraient avoir tendance à privilégier l'aspect technique et administratif de la médiation culturelle. En qualité de soignant il nous faut donc nous ancrer à la relation de soin centrée patient, au bien-être et à l'humanisme. Autant d'objectifs qui, couplés à la médiation culturelle sont l'apanage de la MT. La formation de tous sera déterminante et des évolutions du système de santé polynésien seront à discuter.

E. Séminaire

La satisfaction et la réussite du séminaire sont affirmées par tous les PS. Les résultats sont très significatifs et seuls les intérêts et les attentes ne sont pas pleinement contentés (*tableau 7*). Tous les objectifs d'organisation, de lieu, de programme, d'animation, d'ambiance sont plus qu'atteints (*tableaux 14 et 15*). Les doutes et les réserves initiales, malgré leur faiblesse, paraissent levés quand bien même la formulation de la question ne permette pas de l'affirmer. Les participants sont motivés pour mettre en place des projets (*tableau 12*). Ils demandent l'organisation d'autres séminaires, inclus dans le programme de formation hospitalière, ouverts à tous les PS de Polynésie, et en pouvant eux-mêmes participer à un séminaire plus approfondi (*tableau 21*). La réussite du séminaire tient donc à un plébiscite sur tous ses aspects, les mots sont éloquents : magnifique, exceptionnel, magique, révolution (*annexe 12*). En fait la relative faiblesse de « intérêts et attentes » tient surtout au fait que les participants soulignent le besoin de plus de temps, de plus d'activités, de plus de tout, ce qui ne fait qu'amplifier le succès du séminaire. Notons que celui-ci a été très rapidement acquis, dès la première matinée d'ateliers. L'enthousiasme a été tel que le programme préliminaire a été entièrement ouvert aux besoins des participants qui ont dès lors été laissés libres de s'organiser entre eux afin de répondre à leurs besoins et objectifs. Le constat est largement partagé par les TP et l'ensemble des personnes présentes. Les mots des TP sont forts. Pour certains hésitants au départ, ne comprenant pas forcément l'objet de la rencontre, leurs avis ont très vite évolué. Ils nous parlent tous du respect, de l'humilité et de la confiance témoignés à leur égard par les PS (*annexes 10 et 12*). Pourtant aucune consigne n'avait été donnée par les organisateurs en dehors de la signature d'une charte par les PS (*annexe 4*). En retour ils ont bien perçu le besoin de bien être des PS. Ils leurs ont préparé des potions, les ont massés, magnétisés en déployant une énergie sans limite à leur service, une sorte de don et de contre don traditionnel polynésien. La magie et l'alchimie ont également opéré avec les

médecines complémentaires (méditation, hypnose) résultant par moments en un syncrétisme surprenant en pleine immersion culturelle orchestrée par l'association écoculturelle. Car il faut dire que certains membres des associations, lancés dans cette aventure quelque peu étrangère pour eux, avaient des appréhensions quant au résultat. Ils craignaient le « clash » ayant toujours prévalu antérieurement. Ils ont tous été très surpris, satisfaits et honorés par l'harmonie qui a régné allant jusqu'à l'exprimer devant la commission médicale d'établissement du CHPf. Les participants veulent tous se rencontrer à nouveau, quelle que soit leur catégorie : PS, TP, thérapies complémentaires, culture (*tableaux 19, 20, 21*). Du côté des TP les temps de parole ont doublé voire triplé après le séminaire (*figure 4*). Les émotions sont également bien exprimées par les mots : surpris, rassuré, content, heureux, motivé, touché, magnifique, formidable, incroyable ... Les formules négatives sont rares, un dixième, et ne portent pas sur la rencontre mais sur le phénomène des mauvaises pratiques qui colle encore à la MT (*tableau 30*). Cela renvoie à des événements ayant conduit à des procès médiatisés et manifestement très mal vécus par les TP. Le sentiment, non directement exprimé, est ainsi à une crainte latente d'une possible remise en cause des acquis du séminaire. Cela par le biais du discrédit que les mauvaises pratiques pourraient faire resurgir de la part des PS. Ce point est prégnant, parfaitement explicité par notre superviseur culturel. Il s'entend pour lui jusqu'à un risque de « dérapage » à même d'affecter la crédibilité de la spiritualité animiste qu'il revendique.

L'indéniable succès du séminaire confirme l'intérêt et les attentes portés envers notre projet. L'ensemble des résultats obtenus sur l'alliance culture et santé - MI valide notre expérimentation. Il ouvre maintenant à la question de recherche de l'étude : PS et TP veulent-ils travailler ensemble et peuvent-ils travailler ensemble ? Si oui à qu'elles conditions et quelles peuvent être les implications pour le système de santé polynésien ? Précisons que toutes ces questions se réfèrent directement et intégralement à l'application de la stratégie de l'OMS pour la MT (21).

F. Travailler ensemble

Afin de pouvoir la valider et définir son intensité, la question a été présentée à trois reprises dans les questionnaires des PS. L'intentionnalité initiale est, comme attendu, extrêmement élevée. Néanmoins elle progresse et atteint un seuil statistique très intéressant par le fait qu'il ne pouvait pas atteindre la significativité vu le niveau de départ (*tableau 5*). La question revient une deuxième fois dans les objectifs du séminaire, avec un résultat identique (*tableau*

19). Rapportées à la méthodologie et au biais de sélection, on peut affirmer que sur ces deux questions le pari statistique a été soutenu et gagné. Les objectifs de la rencontre ont été atteints et même dépassés sur cette question. A titre de confirmation il a été demandé aux PS ce qu'ils souhaiteraient « qu'il soit fait suite au séminaire » et ce « qu'ils pourraient faire par eux-mêmes » avec trois questions sur la MT : « que le CHPF dispose d'un ou de TP », « que je puisse travailler avec un tradipraticien au CHPf ou à l'extérieur », « travailler effectivement avec un TP ». Les résultats sont tous très positifs, mais ils s'atténuent quand on passe de l'intentionnalité à la mise en œuvre pratique de la collaboration. Au-delà de la volonté de travailler ensemble, on perçoit que des interrogations persistent sur la faisabilité pratique et le « comment travailler ensemble ». La question préliminaire posée aux TP était : « l'OMS recommande de mettre en place des relations avec les PS, qu'en penses-tu ? ». Tous soulignent au minimum que « c'est une bonne chose » pointant une intentionnalité positive. L'intensité de cette volonté est plus difficile à cerner avec une variabilité interindividuelle qui paraît plus marquée que chez les PS. Aux extrêmes une herboriste nous indique qu'elle ne comprend pas vraiment l'intérêt qui peut être porté à ses pratiques ni la finalité de cette rencontre, alors qu'un chamane nous déclare être prêt à 100%. Après le séminaire les questions relatives aux « travailler ensemble » sont beaucoup plus nombreuses et variées (*tableau 26*). Les volumes de discours sont beaucoup plus importants et portent sur les résultats de la rencontre, la surprise de la qualité des échanges et transmissions, la vision commune du soin, les liens qui unissent. Les chamanes vont plus loin, ils ont tout donné pour la réussite de cette relation qu'ils connaissent déjà et « il était temps de tout dévoiler » (*annexe 12*). Aussi la question du « travailler ensemble » n'a pas besoin d'être abordée directement, elle est comme sous entendue de par son évidence, et surtout conditionnée au fait que l'on puisse les y convier. Après tant d'années de quasi-clandestinité on perçoit que les trois TP qui n'ont jamais travaillé avec un professionnel de santé sont pragmatiques et très ouverts à la relation. Au final les PS et TP sont unanimes, il leur faut travailler ensemble, mais se sentent-ils capables de le faire ?

La question des capacités à travailler ensemble est posée aux PS sur un ensemble d'items relatifs à ces capacités ainsi qu'à leurs intérêts et connaissances en MT (*tableau 6*). Les doutes sur le « peuvent travailler ensemble » sont bien installés au départ. Ils s'améliorent dès lors de façon significative, sans néanmoins atteindre les niveaux record du « veulent travailler ensemble ». L'avis des PS sur les capacités respectives à travailler ensemble est plutôt favorable dans le sens des TP envers-eux, que d'eux envers les TP. En complément, l'intérêt

des PS pour la MT est fort et uniforme pour ses différentes composantes (herboristerie, massage et chamanisme). Il s'améliore au cours de la rencontre, ainsi que les connaissances en MT dont le niveau reste néanmoins assez faible. Les meilleurs niveaux d'intérêts et de connaissances à l'issu du séminaire vont au domaine du massage. Ce sont les ateliers qui ont eu de loin le plus de succès avec ceux des médecines complémentaires, tous en relation avec le bien-être.

La réponse à la question de recherche est donc positive, tant pour « veulent travailler ensemble », que pour « peuvent travailler ensemble ». Si des doutes pouvaient encore être émis on peut se référer aux suites du séminaire. Pour les PS les résultats préliminaires de la manifestation ont été présentés à la commission médicale d'établissement du CHPf en présence des TP. Celle-ci a voté à l'unanimité la création d'un poste de TP et la demande a été honorée par le conseil d'administration du CHPf et le conseil des ministres de la Polynésie française. Pour les TP l'expérience a démontré qu'ils ont répondu très rapidement à toute sollicitation pratique avec un grand enthousiasme. Ils iront jusqu'à en exprimer le naturel, les bienfaits et leurs volontés du « travailler ensemble » devant la presse écrite et audiovisuelle en plusieurs occasions, puis lors d'un colloque international sur les plantes aromatiques et médicinales (59).

Ce résultat peut paraître logique en rapport à sa préparation mais il ne faut pas négliger la possibilité que cette rencontre aurait pu être un échec. Que nous dit la presse médicale à propos de la collaboration entre TP et PS ou, en d'autres termes, de l'intégration des pratiques traditionnelles dans les systèmes de santé conventionnels ou biomédicaux ? Le Ghana paraît être le pays où la collaboration est la mieux engagée, et où elle dispose du plus de références, surtout dans le cadre de la prise en charge des pathologies mentales. Les résultats portent donc surtout sur les conditions du travailler ensemble. Il est suivi par l'Afrique du sud où le gouvernement assure une intense promotion de l'intégration. Maboe Gibson MOKGOBI rapporte que les PS semblent favorables mais qu'ils ont des attitudes ambivalentes vis-à-vis des TP posant des difficultés à l'intégration (83). Johannah KEIKELAME note que les TP paraissent plus ouverts dans l'épilepsie avec des réserves de conditions (84). Dalena VAN ROYEN confronte PS et TP et met en évidence des ressentis réciproques négatifs (85). Simon M. NEMUTANDANI retient quant à lui que les PS ne semblent pas prêts à travailler avec les TP (86). Tous s'accordent globalement sur le constat de Maboe Gibson MOKGOBI d'un état des lieux intégratif complexe et difficile qui sera long à installer en Afrique du sud (87). Le constat d'Angela AKOL est identique en Ouganda où les TP affichent une méfiance mutuelle

avec les PS (88). En Tanzanie Edmund J KAYOMBO pointe les difficultés à initier des collaborations avec les TP dans les programmes VIH / SIDA, et le fait que les PS paraissent plus favorables, mais ceci uniquement par défaut en raison de l'impossibilité pour le système de santé de couvrir les besoins de la population (89) (90). En Ethiopie Wubet BIRHAN constate qu'il n'y a aucune forme de coopération des TP des cliniques traditionnelles avec les PS (91). Le constat paraît plus favorable au Ghana, dont nous reparlerons, et en Côte d'Ivoire où les TP paraissent plus ouverts à la collaboration avec les PS (92). Le contexte global Africain apparaît donc difficile. Il est marqué par la méfiance, les influences factuelles, le charlatanisme, les sentiments de supériorité, les rôles restreints et le manque de responsabilité (93). D'avis de tous les auteurs la situation est minée par le manque de connaissances et de respect et surtout les luttes de pouvoir. Les conséquences sont graves pour les systèmes de santé conduisant à des retards de prise en charge préjudiciables aux populations et aux coûts de santé. La collaboration des deux systèmes de soin est donc considérée comme essentielle, requérant la mise en place de formations et l'adoption de procédures. La fondation d'une collaboration forte ne tiendra in fine qu'au partage commun du sens des responsabilités au service du bien-être du patient. A noter une étude réalisée aux Vanuatu, donc océanienne, où les TP sont disposés à collaborer au programme de lutte contre la tuberculose avec les PS en utilisant une approche fondée sur des données probantes et sensibles à la culture (94). Et surtout une étude norvégienne qui établit que les PS sont particulièrement ouverts à la guérison traditionnelle propre à la population Sami (95). Les détails de ces deux derniers articles, très positifs au regard d'autres données de la littérature, ne sont pas sans nous ramener à la situation polynésienne. Nous observons d'une part des TP océaniens qui sont ouverts à la biomédecine dès lors que celle-ci instaure un lien à leur culture. D'une autre part des PS européens, en parti métissés, qui sont promoteurs de la culture du soin traditionnel et de ses symboles en partenariat avec le soin conventionnel. La synthèse de ces deux études, alliance des deux composantes, résume l'assise des résultats de notre projet qui confirme et valide la volonté et la capacité commune à travailler ensemble. Ils en ont ensemble porté le symbole sous la direction d'une grande dame de la culture polynésienne, Madame Marguerite LAI, directrice de la troupe de danse O Tahiti E qui vient de remporter le concours de danses du Heiva I Tahiti 2019. Nous ayant exceptionnellement rejoint à l'occasion du séminaire elle a fait danser et chanter tous les participants réunis avec une rare émotion en un moment fondateur.

La volonté et la capacité à travailler ensemble ont été acquises au cours du séminaire. Se pose maintenant la question des conditions posées par les participants à la mise en œuvre de la collaboration.

G. Conditions pour travailler ensemble

Les conditions sont interrogées à deux reprises pour les PS, lors de l'évaluation de la rencontre avec les TP, puis pour l'évaluation de ses objectifs. La rencontre est marquée par le siseau du lien avec la culture, suivi par la communication. Les aspects techniques sont relégués en arrière-plan, tant du côté médical où les échanges de la biomédecine vers la MT sont faibles, que du côté des médecines complémentaires et de la MT (*tableau 16*). Les objectifs de la rencontre avant / après sont répartis en trois sous-groupes : Rencontrer, connaître, comprendre ; Protéger, transmettre, aider ; Travailler, éthique, sécurité. Ils progressent tous de façon significative avec de bons résultats sur chaque objectif, toujours en apportant des nuances du fait du haut niveau de départ. Ceux concernant travailler, éthique et sécurité fixent d'ailleurs d'emblée les exigences des PS sur ces trois points. L'intentionnalité initiale de « les protéger » est également très forte. L'évolution du binôme éthique et sécurité est plus portée sur la sécurisation des pratiques, élément essentiel de la stratégie de l'OMS. Enfin concernant la formation, moins prise en compte au départ, elle progresse rapidement en restant centrée sur la formation des PS et moins sur celle des TP (*tableau 6*). Nous allons rassembler les différentes conditions exposées sous l'égide des **principes de notre projet**.

La première condition des PS tient à la culture. Quand bien même ils ont des difficultés à l'utiliser dans les soins, ils l'établissent en point d'ancrage à la relation. A ce sujet ils sont en accord avec les TP pourtant eux-mêmes tiraillés entre animisme et chrétienté. A ce niveau la tolérance s'installe, l'ère est au renouveau et la société recherche l'harmonie culturelle traditionnelle. La santé, par la collaboration de ses TP avec les PS dispose d'atouts pour devenir un domaine fort du renouveau culturel. L'association Haururu en a fait un symbole en dédiant la première construction de son village écoculturel à la santé par son « Fare Rapa'au » (maison du soin). L'OMS valorise le concept culture et santé, en mesure de soutenir des expériences fructueuses comme celle venant de Norvège et du Vanuatu (22) (8) (94) (95). Cependant nous n'avons identifié que très peu d'études collaboratives qui mettent en avant l'aspect culturel. Nous citerons Mosa MOSHABELA qui rapporte qu'en Afrique subsaharienne les difficultés à la mise en place de l'intégration pourrait être levées par des

approches sensibles à la culture (96). En Polynésie c'est le puissant **principe culturel** qui est posé en fondateur de la collaboration par tous les participants du séminaire.

La deuxième condition tient au paradoxe polynésien de communication. Au pays du silence les TP se livrent totalement au dialogue avec les PS. Habituellement farouches et réservés, les volumes de paroles doublent à triplent après le séminaire. Ils nous disent qu'ils ont beaucoup apprécié la relation, avant tout grâce à l'humilité et au respect qui ont suscité surprise et émotion. Humilité, respect, écoute, dialogue, échanges, mais aussi rencontrer, connaître, comprendre ; tous ces mots sont prononcés par les PS et les TP. Ensemble ils fondent le deuxième principe de notre projet, celui du dialogue entre deux groupes culturels. Nous avons déjà exposé cette culture du silence en Polynésie (45). Le fait que le patient polynésien replacé dans son environnement culturel libère sa parole de façon surprenante en rapport au silence dont il est coutumier est un marqueur de réussite. L'absence de relations, la méfiance partagée, les déficits de connaissances, les fausses idées sont unanimement citées comme obstacles à l'intégration qui sont rapportés à des défauts voire des absences de dialogue entre PS et TP dans la littérature (85) (86) (93) (97). La création d'un climat de confiance mutuel basé sur le respect est également jugée essentiel à l'intégration (92) (93) (98). La devise de notre projet, respect et humilité, est inscrite dans la charte de participation au séminaire signée par les PS du séminaire (*annexe 4*). Sans que celle-ci leur ait été explicitée, c'est l'élément choisi à l'unanimité par les PS et également par les TP qui s'en félicitent. Cette devise rassemble et unit, c'est la condition facilitatrice essentielle à la collaboration. Le **principe de dialogue** proposé en Polynésie couvre l'ensemble des considérations relatives à l'intégration des pratiques de soin traditionnelles présentées dans la littérature. Les conditions en ont été mises en œuvre lors du séminaire et elles expliquent en très grande partie son succès. Bâties sur la rencontre, l'écoute, l'échange, la connaissance et la compréhension mutuelles ce sont les conditions du dialogue qui sous-tendent les possibilités d'intégration.

La troisième condition nous est présentée par les TP et a déjà été discutée, c'est celle de la relation de soin et du soin centré patient. Tous les participants sont là pour elle et le séminaire la sublime. Elle est portée par les principes de la MI auxquels les PS adhèrent de façon unanime, même s'ils ne les maîtrisent pas encore vraiment. Elle s'exprime dès lors pleinement par la notion de bien-être en écartant les aspects techniques synonymes de biomédecine. Tous les participants sont réunis autour de la valeur et du **principe de bien-être**. Cette condition centrale dans notre projet, et que nous rattachons au concept de MI n'est pas très présente dans la littérature. On la retrouve dans l'étude norvégienne par la relation de

soin centrée patient (95). Le bien-être fait quant à lui l'objet d'appels en Afrique face aux difficultés de l'intégration (93) (99). La condition est scellée par les PS directement à la MI et indirectement par les TP par la relation de soin comme nous l'avons vu.

La condition suivante tient à la nature même de la relation et relève du protéger, transmettre, aider. Protéger est analysé selon deux aspects. Le premier aspect est celui de la protection des ressources et de la transmission des connaissances. Il est commun aux PS et aux TP portés par le besoin de garantir l'accès à la MT pour les générations futures. Protéger les ressources est plus marqué au départ, mais le séminaire génère manifestement une prise de conscience des PS sur les risques de disparition du savoir du soin traditionnel. Cette composante est omniprésente chez les TP qui s'en préoccupent ouvertement : face au désengagement des jeunes ils n'arrivent plus à transmettre. Les PS ont été alertés de cette réalité par les TP et ils les soutiennent. Mais il existe un deuxième aspect, propre aux PS qui consiste en la protection des TP par les PS. Cette notion bienveillante peut être incluse dans un binôme travailler / protéger qui témoigne d'un échange, d'un lien, d'une contrepartie particulière conclue entre les TP et les PS. De l'échange se crée un lien de protection, qui devrait sous-entendre que l'un des deux partenaires soit en danger. Habituellement constitué dans un cadre amical, familial et/ou communautaire, relève-t-il d'un constat unilatéral ou commun ? Notre interprétation tient plutôt à un constat commun et une contrepartie, une nécessaire protection bilatérale, don et contre don : où les PS s'engagent dans le don de réaccueillir les TP dans la grande famille du soin, et la contrepartie des tradipraticiens à concourir au bien-être des PS. Cette démarche est connue en France par la stratégie nationale « Prendre soin de ceux qui soignent » (100) (101). C'est le contredon qui a été proposé naturellement par les TP aux PS lors du séminaire. Une tradipraticienne qualifie le résultat de « magique », en précisant que « la magie, c'est ce que tu ne peux pas voir avec tes yeux ». La magie ne tiendrait elle pas simplement au fait que les participants aient compris qu'ils avaient besoin les uns des autres ? Au-delà des contraintes, les branches biomédicales et bien-être de la famille du soin avaient un impératif besoin de se réunir. Nous qualifierons ce principe, de **principe de bienveillance mutuelle**. Il est en rupture avec le commun de la méfiance, de la défiance, de la supériorité et du pouvoir qui partout minent les relations (85) (86) (87) (88). Réelle solution à la résolution de ces problèmes, nous n'avons néanmoins pas clairement retrouvé son expression dans la littérature.

Les fondements du séminaire abordent quant à eux les aspects éthiques et de sécurité. Ils apparaissent secondaires à la culture et à la communication dans l'approche immédiate des

PS, légèrement supérieur pour l'éthique (*tableau 16*). Néanmoins le rapport s'inverse quand on se réfère aux résultats comparatifs du séminaire en matière de médecine traditionnelle. Assurer la sécurité des pratiques prend nettement l'avantage sur mettre en place une éthique. La question de sécurisation prend en fait l'avantage sur l'ensemble des paramètres étudiés au terme du séminaire et devient la première condition des PS (*tableau 6*). La sécurité est prégnante dans la stratégie de l'OMS pour la MT (1). Elle est incontournable et très complexe, le seul moyen de pouvoir y répondre tenant à la recherche. Les TP nous en parlent dès le début du séminaire, et ce en 3 domaines : la mauvaise utilisation des plantes médicinales par méconnaissance des dangers, le charlatanisme qu'ils redoutent, l'impératif de recherche exposé par notre superviseur culturel (*annexe 13*). Bien que cela puisse paraître surprenant, PS et TP sont en totale cohérence sur le **principe de sécurité**, ils le posent ensemble en priorité. Les TP nous parlent même de leurs besoins de recherche en faisant appel aux PS. Dans la littérature la sécurisation des pratiques est omniprésente, sous entendant souvent uniquement celles de MT (96) (97) (98). Tel est ainsi le symbole de deux mondes qui ne se comprennent pas. Car si les PS jugent les pratiques de MT tout à la fois dangereuses et délétères à l'accès aux soins conventionnels, mesurent-ils que les TP portent le même jugement à leur rencontre ? Ce alors même que certaines études démontrent qu'une saine collaboration peut être profitable à tous, en particulier en termes de prévention et de prévention intégrée au soin (94). Le débat sur la sécurité apparaît ainsi largement faussé car malheureusement fondé sur de fausses idées et des refus de communication répondant essentiellement à des aspects de pouvoir et d'intérêts que nous avons déjà relatés. Paradoxalement notre expérimentation supporte que les TP polynésiens pourraient même être les plus demandeurs de sécurisation de leurs pratiques, et ce par la recherche. Mais ils soumettent ce principe à une conditions stricte, celle de respect de leur propriété intellectuelle. Elle n'a pas été abordée au cours du séminaire mais elle a été inscrite dans la charte de participation des PS tant elle est forte. Sans cette clause particulière les TP n'auraient pas accepté de rencontrer les PS. Ils redoutent que leurs savoirs soient détournés et que leurs ressources soient pillées aux profits d'intérêts commerciaux. Cette notion est exposée dans l'article de Mpoe Johannah KEIKELAME et elle fait l'objet d'un rapport conjoint de l'OMS, OMPI, OMC sur la propriété intellectuelle dans le domaine de la santé (84) (102). Ce débat nous amène directement à celui de l'éthique de la relation qui doit être conclue entre PS et TP pour garantir la sécurisation dans les deux sens de celle-ci. Or le thème éthique apparaît moins bien situé que l'on aurait pu l'espérer en regard des besoins de sécurité exprimés par les PS. Nous renvoient-ils alors à la notion forte de protéger ? Cela est fort probable de par le fait

même de la signature « éthique » de la charte ? En regard, et bien qu'ils n'en expriment pas directement le terme, les discours des tradipraticiens sont fortement empreints d'éthique et nous conduisent à poser **le principe éthique** de la relation. Celle du soin et de la collaboration est récurrente dans leurs entretiens. Ils inscrivent la sécurité dans leur éthique, bien décidés à lutter contre le charlatanisme (*annexe 13*). L'OMS inscrit les questions éthiques en un enjeu particulier tant il règne sur toutes les questions de santé (36). La collaboration requiert en effet l'adoption de règles claires et consensuelles ayant vocation à être respectées par tous. Néanmoins les TP devront être en mesure de définir entre eux leurs règles métier communes. Mais l'exercice se révèle très difficile face à la diversité des pratiques et le manque de précisions touchant parfois à l'obscurantisme et à l'escroquerie. Les PS et les scientifiques devront donc nécessairement être à leurs côtés pour atteindre ce but revendiqué par l'OMS.

Les dernières conditions tiennent à l'enseignement et à la recherche. Nous avons déjà fait état d'une relative faiblesse sur la question de l'enseignement. L'existence de formations universitaires en MI est méconnue des PS mais elle progresse de façon spectaculaire. Celle-ci s'entend à plusieurs niveaux : reconduction du séminaire, programme de formation hospitalière, extension à tous les PS du pays, diplôme universitaire de MI. Ces résultats du séminaire sont très intéressants. Pour autant ils ne s'étendent que très peu au domaine de la recherche qui lui est pourtant intimement lié. Globalement cet aspect semble souffrir d'un double lien fait par les PS : celui de la formation, plutôt passif, axé sur le recevoir ; et celui de la recherche, plutôt actif axé sur le donner (*tableau 21*). Or un enseignement de MI ne serait être un acte passif simple de recevoir. C'est bien à cet effet que la sélection des PS, en plus de la motivation, portait sur la volonté de construction d'un projet répondant aux besoins effectifs de la population. Ces considérations nous ramènent à la discussion sur les défauts d'efficience des programmes de formation culturelle des PS, et leurs nécessaires adaptations aux pratiques de soin (41). La mise en place d'un enseignement de MI, tel qu'il est demandé par les PS, devra être encore plus particulièrement sensible à celles-ci. Il sera essentiellement requis de transmettre aux enseignés une méthode qui leurs permette de construire leurs propres projets de MI et de pouvoir le mettre en œuvre en toute sécurité avec des TP. Pour ces derniers, l'OMS insiste sur la nécessité de leur formation (1). Nos tradipraticiens parlent beaucoup de formation, un sixième de leur propos. Notre superviseur est particulièrement prolixe sur ce sujet dont il fait une condition toute particulière à la collaboration. Néanmoins les propos ne sont pas vraiment précis sur les modalités de formation. Un de nos TP est très demandeur pour être formé par le PS, alors que les autres sont plutôt favorables à former les PS (*annexe 6*). La stratégie de l'OMS n'apporte pas de réelles précisions sur les modalités de

mise en œuvre du principe de formation qu'elle souhaite appliquer aux TP. La stratégie renvoie à des expérimentations originaires d'Afrique, qui n'ont pas de support bibliographique, ainsi qu'aux modèles très organisés des médecines Chinoise et Ayurvédique (1). En France, l'île de la réunion a mis en place un diplôme universitaire d'ethnomédecine pour les PS (103). Ses modules d'enseignements sont particulièrement intéressants et le CIPAM & Cos 2018 de Tahiti les a retenus en modèle pour servir les outre-mer françaises (104). La formation des TP est régulièrement abordée dans les études portant sur l'intégration des pratiques de MT (90) (99). Par contre nous n'avons pas retrouvé d'exemples précis d'enseignements. Que leur enseigner, la médecine conventionnelle, les modalités de son organisation, et dans quels buts ? Entre enseignement et corruption des pratiques de soins traditionnels le sujet est délicat. Ou serait l'intérêt à vouloir faire des TP des « agents » de médecine conventionnelle, et en corollaire des PS des « pratiquants » de MT ? Cette question est abordée dans notre projet dans le cadre qui s'ouvre au « comment travailler ensemble ». L'enseignement préférentiel des TP nous semble porter sur les modalités pratique de la relation dans le cadre du **principe d'enseignement et de recherche**. Car au final la recherche, fondamental de notre projet est peu abordée, tant en condition de la relation lors du séminaire que dans la littérature médicale. Moins de 50% des PS du séminaire soutiennent cet objectif (tableau 19). Quant aux TP c'est surtout notre superviseur culturel qui insiste sur cet aspect même s'ils conviennent du besoin de sécurisation de leur phytothérapie. C'est effectivement cet aspect qui est présent dans la littérature, visant essentiellement à l'étude des principes actifs des substances naturelles à des fins d'utilisation sécurisée. Par contre, les pratiques de soins relevant du bien être culturel, essence de la MT, ne sont que très peu abordées (105).

Nous avons colligé six publications qui abordent de façon plus précise les conditions relatives à l'intégration de la MT dans les systèmes de soins conventionnels. Une vient du Cameroun, trois du Ghana et deux de Thaïlande. Celle du Cameroun présente l'intérêt d'inclure la question religieuse (106). Nous l'avons tout juste abordée dans le cadre de l'exercice de nos TP et elles seront à prendre en compte en Polynésie. Au Ghana l'étude de Bernard APPIAH porte sur les conditions de l'introduction de la phytothérapie. De ce fait elle analyse surtout les conditions légales, la recherche et l'enseignement (107). Celle de Lily KPOBI présente une analyse de l'intégration de la MT sur des bases historiques (108). En Polynésie celles-ci peuvent être retrouvées dans les travaux de Paul PETARD et de Simone GRAND (11) (109). L'étude d'Eva KRAH est la plus exhaustive et la plus précise dans ses composantes qui

résultent en des recommandations de bonnes relations entre TP et PS (110). Les études Thaïlandaises seront abordées par la suite. L'analyse bibliographique montre qu'il y a possibilités de concevoir l'intégration. Celles-ci dépendent des types d'expériences et des spécificités locales, et seuls des grands principes communs en émergent. Notre travail prend en compte un panel assez large de conditions à la collaboration. Ce panel, issu de notre expérience, a été présenté directement aux PS et indirectement aux TP. Ils ont ainsi participé à un tri et un classement en des principes. L'analyse en a été réalisée au moyen d'une méthodologie combinée, médicale et anthropologique qui nous a permis d'effectuer la synthèse. L'adoption de celle-ci résulte du concept de MI auquel notre projet se réfère. Pourtant, bien que le concept européen de MI s'étaye sur la stratégie de l'OMS pour la MT, nous n'en retrouvons pas l'expression dans les publications médicales. L'explication peut tenir à la jeunesse du concept européen. Le concept nord-américain a quant à lui plus de vingt ans. Il s'ouvre à de nombreuses pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique. Elles peuvent tenir à des techniques issues des médecines organisées chinoise (Chi Kong médical, acupuncture...) ou ayurvédique (yoga, méditation), ainsi qu'à de multiples pratiques complémentaires dont certaines dérivent des MT (111). Le constat est que la majorité des travaux proviennent de pays occidentaux qui ne disposent pas, ou plus, de MT qui leurs soient propres, ou que, paradoxalement présentes, elles n'y soient pas considérées ! Cela semble bien être le cas en France en regard des pratiques ancestrales des guérisseurs, rebouteux, coupeurs de feu, druides et bien d'autres. Celles-ci paraissent en effet pour le moins délaissées au profit de modalités issues d'autres cultures, qui, sans remettre en question leurs efficacités, devraient au minimum être questionnées sur leur supériorité aux savoirs locaux et leurs adaptations culturelles aux populations considérées. A l'échelle de l'humanité l'enjeu est-il que la richesse de diversité des soins traditionnels soit renvoyée à ses problématiques intrinsèques de formalisation et d'organisation ? Ou bien que les systèmes de soins conventionnels, fondés sur la biomédecine, s'intéressent à ces richesses universelles en se donnant les moyens de les considérer, les comprendre, les étudier, les protéger et les réintégrer de façon raisonnée dans les modèles de santé dans l'intérêt des populations ? Ainsi, à l'image de l'Afrique, on peut s'interroger sur le fait que le concept de MI ne soit pas pleinement appliqué en de nombreux territoires disposant de MT fortement implantées ? Fort heureusement, en France, on peut se réjouir que le législateur se soit réapproprié cette dimension d'intérêt général pour les territoires et pour la nation dans l'expression de sa diversité culturelle (112).

La Polynésie, et plus généralement les outre-mer françaises, ont ainsi l'immense chance d'avoir conservé des MT riches, vivantes et adaptées aux spécificités culturelles de leurs populations. Aussi, afin de garantir la pérennité des savoirs traditionnels du soin polynésien, notre projet aborde cet objectif sous le double concept du transculturalisme, qui parle à tous, et de la MI synonyme de bien-être et d'humanisme (72) (113). Recherche et enseignement y sont primordiaux pour connaître, protéger et valoriser. Les participants du séminaire adhèrent à cette dynamique et posent en conditions essentielles et complémentaires les principes culturels et de sécurité. Ils les complètent par des principes de dialogue, de bienveillance mutuelle et de bien-être, principes toujours au centre des préoccupations et des expérimentations collaboratives. L'ensemble de ces principes universels répond globalement à l'impératif d'adhésion commune à un principe éthique fort, de soin, de relation et de collaboration. Lui seul peut garantir la cohésion des PS et des TP autour d'un projet polynésien d'intégration raisonnée de la MT dans le système de santé.

H. Implications pour le domaine de la santé en Polynésie

L'exercice de mise en œuvre couplée et comparative d'une analyse médicale biostatistique et d'une analyse anthropologique de la rencontre entre les PS et les TP permet de conforter la fiabilité des résultats obtenus individuellement par chaque analyse. Ce type d'étude ethno-médicale est complexe et suppose des moyens importants dont nous ne disposons que de façon partielle. Notre travail peut donc en ce domaine être considéré comme exploratoire, visant à installer une méthodologie future plus systématique, rigoureuse et performante. La réunion des sciences médicales et des sciences humaines et sociales offre en effet l'opportunité en santé de mieux appréhender des processus très complexes et d'en discuter des composantes subtiles (114). C'est ainsi que nous pouvons supporter avec des arguments fiables qu'en Polynésie les PS et les TP veulent et peuvent travailler ensemble et ce sur la base de conditions concordantes avec celles soutenues par l'OMS. Il reste maintenant à mettre en œuvre la complexité de ces conditions dans le cadre d'un projet global pluridisciplinaire et pluri professionnel.

Néanmoins il ne faut pas se méprendre sur la portée des résultats de notre étude. Ils restent ceux d'un projet expérimental explorant une filière locale de soins spécialisés. C'est en pratique le niveau de réussite généralement atteint dans la majorité des études publiées. Leur nombre reste d'ailleurs faible à ce jour, mais il existe très certainement beaucoup d'expérimentations de terrain en cours. Nos résultats valident néanmoins l'ensemble du

modèle que nous avons construit. Il colle parfaitement aux objectifs de l'OMS en matière de fondements culturels et de stratégie à déployer pour la MT, ainsi qu'à ceux de la MI dont il a anticipé la mise en place des principes du concept européen. Nous pouvons ainsi maintenant les déployer avec avantage en garantissant leur adaptation aux besoins des populations par l'ancrage humaniste au soin centré patient, l'ouverture au pluralisme des compétences disponibles, l'intégration sécurisée de la MT, la recherche médicale étendue aux sciences fondamentales, humaines et sociale, la formation des acteurs et l'information générale.

Conforté par les résultats de l'étude, l'avenir immédiat est engagé sur deux expérimentations conjointes en cours au sein du projet :

- La poursuite du projet hospitalier de pneumologie qui va explorer de façon plus précise le « comment travailler ensemble ». Le projet de service va être étoffé pour répondre aux enjeux médico-administratifs de la MI, une charte éthique de collaboration va être déployée entre praticiens et TP et une étude randomisée lancée afin de préciser les effets de l'intégration de la MT auprès des patients. Ce projet est accompagné par une discussion pluridisciplinaire sur un protocole de recherche en chimie et pharmacologie étudiant les « monoï » utilisés dans les massages par nos tradipraticiens.
- Le lancement d'une expérimentation pilote de santé communautaire culturelle de proximité portant sur la prévention et le petit soin. Il réunit TP, jeunes médecins généralistes polynésiens, PS de différentes catégories et scientifiques. Un renforcement de la collaboration entre les associations a été scellé par voie conventionnelle. Une structure d'accueil, le « Fare Rapa'au » a été construite et inaugurée selon les traditions polynésiennes dans la haute vallée de la Papenoo au sein du village écoculturel de Fare Hape.

Ces deux projets sont conçus de façon à pouvoir servir de tremplin à la mise en place d'expérimentations plus larges :

- Hospitalière par une introduction raisonnée plus importante de la MT dans les soins spécialisés ou transversaux. Un des modèles disponibles vient de Thaïlande où un projet général d'intégration des soins traditionnels basé sur l'utilisation des plantes médicinales a été mené avec succès (115). Ce type de processus reste une expérimentation localisée au niveau d'un établissement. C'est l'objectif poursuivi à terme au CHPf.
- Communautaire par une introduction plus ample dans le système de santé, objectifs de la stratégie de l'OMS. Nos objectifs sont modestes à ce niveau, et restreints à la démarche

expérimentale de médecine de proximité. Les pistes pourraient être aux voies associatives solidaires et sociales et / ou aux voies communales. L'expérimentation envisagée reste cantonnée au domaine de la prévention et du petit soin. Néanmoins un niveau supérieur de prévention intégrée au soin pourrait être envisagé, par exemple par la reviviscence d'un programme de prévention de l'asthme de l'enfant actif entre 2003 et 2008 en Polynésie.

Même si les temps paraissent propices à l'intégration de la MT, la stratégie de l'OMS fixe des objectifs de santé publique très ambitieux. Tel celui de la couverture sanitaire universelle, particulièrement complexe, ce que concède l'OMS en énumérant la multiplicité des obstacles, qui propose néanmoins que la MT qualifiée supporte cet objectif en justifiant ses propos par un travail réalisé en Suède. Force est de constater que celui-ci date de plus de 10 ans, n'a pas fait l'objet d'actualisation, ne concerne que les médecines complémentaires et ne s'adresse donc nullement à la complexité des MT (116). La réalité concède en fait que, en des pays qui cherchent à atteindre la couverture sanitaire universelle face à des difficultés économiques, ce qui n'est pas le cas des pays européens qui en disposent déjà, les obstacles à la mise en place de programmes nationaux d'intégration de MT sont importants. L'exemple de la Suède présenté par l'OMS n'est donc pas du tout adapté à ses objectifs en regard des expériences délicates avérées en des pays tels que l'Afrique du Sud (83) (87). Il apparaît que supporter d'emblée des objectifs nationaux de santé publique n'est probablement pas la meilleure solution pour pouvoir les atteindre. Valoriser des expérimentations positives de proximité et assurer leur diffusion progressive à des échelons régionaux puis nationaux paraît bien plus efficient. C'est ce qui est soutenu dans le projet mené en Thaïlande. Il décrit le point de départ relatif à une expérience ponctuelle au sein d'une unité hospitalière entre des TP et des PS, progressivement diffusée puis adoptée avec succès à l'échelle de l'établissement (115). Le suivi confirme la pertinence du projet s'appuyant sur l'expérience hospitalière selon une structuration devenue régionale trimodale : de réseau de soin hospitalier et extrahospitalier, de formation, et de management administratif (117). Au final qui aurait pu supposer qu'une petite expérimentation hospitalière de proximité, encore limitée à une province, ait pu aujourd'hui servir de support à l'adoption à un programme national Thaïlandais d'intégration de la MT dans le système de soin soutenue par l'OMS (118).

C'est bien dans ce type de modèle expérimental hospitalier de proximité que se situe le projet polynésien. Nous citons donc directement le Dr Margaret CHAN, Directeur général de l'OMS : « *Il ne faut pas opposer la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Dans le contexte des soins de santé primaires, les deux peuvent se compléter harmonieusement et il*

convient d'utiliser les meilleures caractéristiques et de compenser les points faibles de chacune. Mais cela ne va pas se faire automatiquement. Des décisions politiques délibérées doivent être prises et il est possible de les prendre avec succès ». Le projet polynésien est en prise directe avec ces propos, prenant naissance à l'hôpital comme le projet thaïlandais, et ayant vocation à diffuser largement en toute sécurité. L'expérience est donc tenue à la disposition des autorités du pays, soutenant les possibilités d'un développement original entre modernité et tradition. L'assise en est solide, fondée sur des données probantes, ouverte à toutes les composantes de la société. L'objectif est de servir l'émergence d'un nouveau modèle de système de santé, plus équilibré, moins consumériste et dispendieux. Modèle au sein duquel les tradipraticiens pourront être réhabilités en servant le domaine de la prévention, où ils excellent. En rétablissant des coutumes ancestrales de bon sens, si simples qu'elles sont abandonnées par la société en dépit de leur efficacité. Savoir masser, répondre aux petits accidents de la vie courante, avec des produits naturels, gratuits et en toute sécurité. Connaissant les familles, acceptés dans les maisons, qui mieux que les TP pour être les médiateurs et collaborateurs de premier niveau des PS. Pour participer au dépistage et à l'orientation dans le système de santé conventionnel dans le grand soin. En un système de santé requalifié dès lors que les TP seront invités par les PS et les autorités à y exercer leur art au service du bien-être pour les pathologies les plus graves. C'est bien un ensemble intégratif large et moderne scellé par la recherche et l'enseignement qui reste à créer. Assurant la fusion entre une biomédecine de très haut niveau d'efficacité, axée sur les nouvelles technologies médicales et de l'information telles que la télémédecine et l'intelligence artificielle, et la médecine humaine et humaniste, réorganisée autour des valeurs culturelles de sa population.

VIII. Conclusion

Une rencontre entre tradipraticiens (TP) et professionnels de santé (PS) a été menée sous l'égide d'un projet de médecine intégrative traditionnelle transculturel polynésien. Les participants, hautement sélectionnés, en ont été interrogés sur ses différents aspects et composantes : culture, médecine intégrative, médecine traditionnelle, résultats généraux de la manifestation et spécifiques de la rencontre. Les analyses comparatives statistiques biomédicales pour les PS et anthropologiques pour les TP ont avantageusement pu être confrontées dans une approche moderne réunissant médecine et sciences humaines et sociales.

Cette rencontre fournit des résultats démontrant la très haute satisfaction des participants pour le séminaire, ses liens à la culture et à la médecine intégrative. Les difficultés de mise en œuvre de chaque concept sont confirmées, mais tous affirment l'immanence du lien fondamental du soignant / soigneur à la relation de soin centrée patient et au bien-être. Les aspects techniques de la biomédecine des PS se sont ainsi effacés devant l'humanisme des TP. En réponse à la protection que leur ont proposé les PS, les TP ont répondu par un contre don de bien-être qui fonde leur exercice. Le résultat de la question de recherche de l'étude était donc dès lors rapidement scellé entre eux. Les TP et les PS nous ont présenté à l'unissons leur volonté et capacité pour travailler ensemble. Ils ont été capables d'en présenter les conditions de mise en œuvre de leur collaboration. Celles-ci font écho à celles posées par la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle. Complexes, elles portent principalement sur une sécurité commune et une communication constructive et respectueuse que l'ancrage culturel garantit et permet de conclure. L'union des deux médecines apparaît possible et même naturelle pour les TP polynésiens qui la recherchent. Les PS y sont parfaitement ouverts et en mesure de la promouvoir sous l'égide de leurs règles propres. Cette union de bon sens sera établie et sous-tendue par une éthique commune de la relation et du soin, des formations de médecine intégrative et la recherche. C'est cet ensemble qui permettra de sécuriser la démarche et de porter l'espoir réclamé par la population polynésienne.

Deux mondes qui s'ignoraient se sont rencontrés. Les TP polynésiens et les PS ne se sont pas encore totalement compris, mais ils se sont respectés, avec humilité. Ils ont orchestré la grande réconciliation tant attendue de la famille du soin. La culture polynésienne a parlé et tous ont compris que les temps étaient maintenant à construire ensemble, dans le strict intérêt des malades et de la population. Ce séminaire a été un formidable succès, magique nous ont dits les TP, mais il faut maintenant en prolonger les effets. Car le défi n'est pas simple face

aux contraintes sociétales et économiques qui minent les organisations de santé. La démarche sera longue et difficile mais la Polynésie dispose maintenant d'une expérimentation qui pose une base de travail fondée sur des résultats. Celle-ci se prolonge maintenant sur un projet hospitalier spécialisé qui va analyser les conditions du comment travailler ensemble et ses résultats obtenus auprès des malades. Conjointement un projet de santé communautaire portant sur la prévention et le petit soin est lancé en immersion culturelle au sein d'un éco village polynésien. Les résultats des deux approches complémentaires seront présentés aux autorités du pays afin de servir une réponse polynésienne originale aux enjeux de la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle.

IX. Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013.
2. Rapport Annuel 2016 IEOM Polynesie Francaise.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2016_polynesie_francaise.pdf
3. Bilan démographie en 2015 en Polynésie Française.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ispf.pf/docs/default-source/publi-pf-bilans-et-etudes/pf-bilan-02-2016-demographie-2015.pdf?sfvrsn=7>
4. Dialogues L. Tahiti - Polynésie française - Ségolène Pigeon, Catherine Vicente, Lucie Mille... - Gallimard Loisirs [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.librairiedialogues.fr/livre/14098988-tahiti-polynesie-francaise-segolene-pigeon-catherine-vicente-lucie-mille--gallimard-loisirs>
5. MARGUERON D. Médecine coloniale et soins aux indigènes ou l'inculturation de la médecine occidentale en Polynésie. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. 1996;n° 30:13-28.
6. Le système de santé en Polynésie française et son financement [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/6_systeme_de_sante_en_polynesie_francaise.pdf
7. Bonnet A. Hospitalisations non programmées en cancérologie pulmonaire en Polynésie française. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. Université de Saint-Etienne ; 2016.
8. 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. Université de Toulouse III [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2001/1/2017TOU31034.pdf>
9. WHO. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. 2000;87.

10. Teuira H. Tahiti aux temps anciens [Internet]. Paris: Société des Océanistes; 2015 [cité 6 sept 2019]. 723 p. (Publications de la SdO). Disponible sur: <http://books.openedition.org/sdo/1402>
11. Grand S. Tahu'a, tohunga, kahuna: le monde polynésien des soins traditionnels. Au vent des îles; 2007. 354 p.
12. PELTZER L. Approche sémantique de la maladie en Polynésie. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. 1996;n° 30:29-39.
13. Dubois J-M, Frémy M-N, Groupe de recherche en histoire océanienne contemporaine, éditeurs. 101 mots pour comprendre la Polynésie française. Nouméa, Nouvelle-Calédonie: Éd. Île de Lumière; 2004. 250 p.
14. Panoff M. Recettes de la Pharmacopée tahitienne traditionnelle. Journal d'agriculture traditionnelle et de botanique appliquée. 1966;13(12):619-40.
15. BARBIERA N. Père/Mère-bébé, soins traditionnels et vie communautaire à Tahiti. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. 1996;n° 30:93-103.
16. Dunis S, éditeur. Eloge du métissage: mythes et réalités en Polynésie II. Papeete, Tahiti: Haere Po; 2003. 327 p.
17. Hiro'a. Journal d'informations culturelles. N° 85 – La médecine traditionnelle : entre science et croyance [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.hiroa.pf/2014/09/n-85-la-medecine-traditionnelle-entre-science-et-croyance/>
18. LEMAÎTRE Y. Médecine traditionnelle et changement à Tahiti. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. 1996;n° 30:117-29.
19. L'Hénoret S, Oehler E. Les rapports entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle en Polynésie française: point de vue des médecins généralistes libéraux de Polynésie. [S.l.]: s.n.; 2012.
20. Comprendre et agir. Arbovirose. Direction de la Santé Avril 2015 [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: http://archives2.presidence.pf/files/projet_arboviroses_2015_V1705.pdf

21. Napier AD, Depledge M, Knipper M, Lovell R, Ponarin E, Sanabria E, et al. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. *Culture matters*. 2017;WHO(1):54.
22. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *The Lancet*. 1 nov 2014;384(9954):1607-39.
23. : Andrew Weil Center for Integrative Medicine [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://integrativemedicine.arizona.edu/>
24. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCIH. 2011 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
25. Fischer F, Lewith G, Witt CM, Linde K, Ammon K, Cardini F, et al. A Research Roadmap for Complementary and Alternative Medicine - What We Need to Know by 2020. *Forsch Komplementmed*. 2014;21(2):6-6.
26. Organizing Committee, World Congres. The Berlin Agreement: Self-Responsibility and Social Action in Practicing and Fostering Integrative Medicine and Health Globally. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. mai 2017;23(5):320-1.
27. Appel de Montpellier, 28 mars 2019 [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/actualit%C3%A9s/appe-de-montpellier>
28. Déclinaison française du Berlin agreement du 5 avril 2017 [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/actualit%C3%A9s/appe>
29. Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires [Internet]. Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://cumic.net/>
30. Zucca A, Sanson-Fisher R, Waller A, Carey M, Boadle D. The first step in ensuring patient-centred quality of care: ask the patient. *European Journal of Cancer Care*. 2017;26(1):e12435.

31. Trevino KM, Maciejewski PK, Epstein AS, Prigerson HG. The Lasting Impact of the Therapeutic Alliance: Patient-Oncologist Alliance as a Predictor of Caregiver Bereavement Adjustment. *Cancer*. 1 oct 2015;121(19):3534.
32. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
33. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
34. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
35. Lafitte C, Etienne-Mastroianni B, Fournel C, Natoli L, Foucaut A-M, Girard N. Implementation of optimized supportive care and hospital needs along the management of patients with advanced lung cancer. *Lung Cancer*. 1 oct 2018;124:143-7.
36. Comité Internationale de Bioéthique. Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. 2010 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000189592>
37. Ortiz F, Fernández FO. Cuban Counterpoint, Tobacco and Sugar. Duke University Press; 1995. 420 p.
38. Buono A. Le transculturalisme : de l'origine du mot à « l'identité de la différence » chez Hédi Bouraoui. *ijcs*. 2011;(43):7-22.
39. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807>

40. Hamayon R. Le chamanisme: Fondements et pratiques d'une forme religieuse d'hier et aujourd'hui. 1^{re} éd. Paris: Eyrolles; 2015. 180 p.
41. Jodelet D. Culture et pratiques de santé. Nouvelle revue de psychosociologie. 1 août 2006;n° 1(1):219-39.
42. Paternotte E, Scheele F, van Rossum TR, Seeleman MC, Scherpbier AJJA, van Dulmen AM. How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour? A reflective practice study. BMC Medical Education. 24 août 2016;16(1):222.
43. Parrat E, Poanoui G, Lutringer D, Doudoute Y, Bouit J, Caillet R. La médecine traditionnelle au centre d'un projet de médecine intégrative au Centre Hospitalier de la Polynésie française. Acte du CIPAM. 2018;
44. Vanson C, Ortola F, Goubert A, Parrat E. Qualité en oncologie au Centre Hospitalier de Polynésie Française. Polynésie française; 2012.
45. Parrat E. Soins palliatifs et culture Mao'hi. Mémoire DU Soins Palliatifs et accompagnement. Université Bordeaux Segalen; 2015.
46. Monconduit D. Anthropologie du silence polynésien: gémir n'est pas de mise aux Marquises ... L'Harmattan; 2017. 288 p.
47. Rigo B. Lieux-dits d'un malentendu culturel. Au vent des îles; 2003. 229 p.
48. Christoff K. Dehumanization in organizational settings: some scientific and ethical considerations. Front Hum Neurosci [Internet]. 2014 [cité 25 août 2019];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2014.00748/full>
49. Coşkun A. Dehumanization as an Ethical Issue in the Health Services Sector. TJBE. 28 févr 2015;7(2):9-51.
50. Bertman S. Pursuing Humanistic Medicine in a Technological Age. J Patient Exp. juin 2017;4(2):57-60.
51. Saura B. Dire l'autochtonie à Tahiti: Le terme mā'ohi : représentations, controverse et données linguistiques. jso. 1 déc 2004;(119):119-37.

52. Celentano AB. La jeunesse à Tahiti : renouveau identitaire et réveil culturel. *Ethnologie française*. 2002;Vol. 32(4):647-61.
53. Baré J-F. L'identité au miroir de Tahiti. *L'Homme Revue française d'anthropologie*. 10 mai 2010;(194):139-55.
54. Yuste Frías J. Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la Traduction et l'Interprétation en Milieu Social. *cref*. 1 sept 2014;4:91.
55. Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Rech Soins Infirm*. mars 2003;(72):34-47.
56. Hippocrate. L'art de la médecine : Serment, Ancienne médecine, Art, Airs, eaux, lieux, Maladie sacrée, Nature de l'homme, Pronostic, Aphorismes. Paris: Flammarion; 1999. 362 p.
57. Hulail M. Humanism in medical practice: what, why and how? *Hospice and Palliative Medicine International Journal*. 26 nov 2018;2.
58. Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer D, Giroud M. Médecine intégrative. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2019;11:283-7.
59. Centre de documentation de l'APHP. Acte de soin, sens du soin. Juillet 2013 [Internet]. [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: http://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/106/files/2013/08/Acte-de-soin_sens-du-soin.pdf
60. Derrida J, Dufourmantelle A. De l'hospitalité. Paris: Calmann-Levy Editions; 1997. 135 p.
61. Ariirau. Le païen. Au Vent des Iles; 2017. 352 p.
62. Hersch P, Harpet C. 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*. SELI ARSLAN; 2018. p. 99-111.
63. Aveling E-L, Martin G, García SJ, Martin L, Herbert G, Armstrong N, et al. Reciprocal peer review for quality improvement: an ethnographic case study of the Improving Lung Cancer Outcomes Project. *BMJ Qual Saf*. 1 déc 2012;21(12):1034-41.

64. Eliade M. Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase. Payot; 1978. 420 p.
65. Paternotte E, Scheele F, Seeleman CM, Bank L, Scherpbier AJJA, van Dulmen S. Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills. *Perspect Med Educ*. oct 2016;5(5):268-75.
66. Hudelson P, Perron NJ, Perneger T. Self-assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland. *BMC Med Educ*. 1 sept 2011;11:63.
67. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 [cité 26 août 2019];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009405.pub2/full>
68. VERREPT H, COUNE I. Guide for intercultural mediation in health care. 2016 [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/en_2016_04_20_leidraad.pdf
69. Rocque R, Leanza Y. A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PLoS ONE*. 2015;10(10):e0139577.
70. Health_mediation_Models_EU_IOM. Equi-Health IOM [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: https://eea.iom.int/sites/default/files/publication/document/Health_mediation_Models_EU_IOM.pdf
71. Melchart D. From Complementary to Integrative Medicine and Health: Do We Need a Change in Nomenclature? *Complement Med Res*. 2018;25(2):76-8.
72. Heusser P. Integrative Medicine and the Quest for Humanism in Medicine. *Forschende Komplementärmedizin* (2006). 1 août 2011;18:172-3.
73. Coulter ID, Rand Corporation, National Center for Complementary and Alternative Medicine (U.S.), éditeurs. Hospital-based integrative medicine: a case study of the

- barriers and factors facilitating the creation of a center. Santa Monica, CA: RAND; 2008. 171 p. (Rand Corporation monograph series).
74. Miles A. Science, humanism, judgement, ethics: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *Folia Med (Plovdiv)*. mars 2013;55(1):5-24.
 75. Brinkhaus B. Case Conferences on Integrative Medicine – a New Tool to Improve Patient-Centred Care in Medicine. *CMR*. 2010;17(4):177-8.
 76. INCA. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. 2006;16.
 77. Education thérapeutique du patient. OMS. 1998 [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
 78. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Med*. 27 mai 2010;8:31.
 79. Goold SD, Lipkin M. The Doctor–Patient Relationship. *J Gen Intern Med*. janv 1999;14(Suppl 1):S26-33.
 80. Agarwal AK. Patient-Physician Relationship; A keystone of Care in Emerging Health Care System. *PBSIJ* [Internet]. 10 févr 2017 [cité 8 sept 2019];2(2). Disponible sur: <https://juniperpublishers.com/pbsij/PBSIJ.MS.ID.555582.php>
 81. Wall A. Patient-Physician Relationships: Gone or Evolving? *AMA Journal of Ethics*. 1 mars 2009;11(3):199-201.
 82. National center for complementary and integrative health, U.S. Department of health and human science, National institutes of health. Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? [Internet]. NCCIH. 2011 [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
 83. Mokgobi MG. Views on traditional healing: Implications for integration of traditional healing and Western medicine in South Africa. :190.

84. Keikelame MJ, Swartz L. 'A Thing Full of Stories': Traditional healers' explanations of epilepsy and perspectives on collaboration with biomedical health care in Cape Town. *Transcult Psychiatry*. oct 2015;52(5):659-80.
85. van Rooyen D, Pretorius B, Tembani NM, Ham W ten. Allopathic and traditional health practitioners' collaboration. *Curationis* [Internet]. 23 juill 2015 [cité 8 sept 2019];38(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092702/>
86. Nemutandani SM, Hendricks SJ, Mulaudzi MF. Perceptions and experiences of allopathic health practitioners on collaboration with traditional health practitioners in post-apartheid South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 10 juin 2016 [cité 8 sept 2019];8(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926717/>
87. Mokgobi MG. Towards integration of traditional healing and western healing: Is this a remote possibility? *Afr J Phys Health Educ Recreat Dance*. nov 2013;2013(Suppl 1):47-57.
88. Akol A, Moland KM, Babirye JN, Engebretsen IMS. "We are like co-wives": Traditional healers' views on collaborating with the formal Child and Adolescent Mental Health System in Uganda. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 10 avr 2018 [cité 8 sept 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892042/>
89. Kayombo EJ, Uiso FC, Mbwambo ZH, Mahunnah RL, Moshi MJ, Mgonda YH. Experience of initiating collaboration of traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 26 janv 2007;3(1):6.
90. Kayombo EJ, Uiso FC, Mahunnah RL. Experience on healthcare utilization in seven administrative regions of Tanzania. *J Ethnobiol Ethnomed*. 27 janv 2012;8:5.
91. Birhan W, Giday M, Teklehaymanot T. The contribution of traditional healers' clinics to public health care system in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2 déc 2011;7:39.
92. Kroa E, Diaby B, Niaré A, Traoré Y, Ahoussou EM, Yao GHA, et al. Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud

- Bandama (Côte d'Ivoire). Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine [Internet]. 30 août 2014 [cité 8 sept 2019];17(1). Disponible sur: <http://publication.lecames.org/index.php/pharm/article/view/237>
93. van der Watt ASJ, Nortje G, Kola L, Appiah-Poku J, Othieno C, Harris B, et al. Collaboration Between Biomedical and Complementary and Alternative Care Providers: Barriers and Pathways. *Qual Health Res*. 1 déc 2017;27(14):2177-88.
 94. Viney K, Johnson P, Tagaro M, Fanai S, Linh NN, Kelly P, et al. Traditional healers and the potential for collaboration with the national tuberculosis programme in Vanuatu: results from a mixed methods study. *BMC Public Health*. 23 avr 2014;14(1):393.
 95. Langås-Larsen A, Salamonsen A, Kristoffersen AE, Hamran T, Evjen B, Stub T. "There are more things in heaven and earth!" How knowledge about traditional healing affects clinical practice: interviews with conventional health personnel. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 12 nov 2017 [cité 8 sept 2019];76(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5700539/>
 96. Moshabela M, Bukenya D, Darong G, Wamoyi J, McLean E, Skovdal M, et al. Traditional healers, faith healers and medical practitioners: the contribution of medical pluralism to bottlenecks along the cascade of care for HIV/AIDS in Eastern and Southern Africa. *Sex Transm Infect* [Internet]. juill 2017 [cité 8 sept 2019];93(Suppl 3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739844/>
 97. Asuzu CC, Akin-Odanye EO, Asuzu MC, Holland J. A socio-cultural study of traditional healers role in African health care. *Infectious Agents and Cancer*. 20 juin 2019;14(1):15.
 98. Boateng MA, Danso-Appiah A, Turkson BK, Tersbøl BP. Integrating biomedical and herbal medicine in Ghana – experiences from the Kumasi South Hospital: a qualitative study. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 7 juill 2016 [cité 8 oct 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936317/>
 99. Hlabano B. PERCEPTIONS OF TRADITIONAL HEALERS ON COLLABORATING WITH BIOMEDICAL HEALTH PROFESSIONALS IN UMKHANYAKUDE DISTRICT OF KWAZULU NATAL. :165.

100. DGCS_Denise.O. Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
101. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*. 11 janv 2014;12(6):573-6.
102. WHO | Promoting access to medical technologies and innovation: Intersections between public health, intellectual property and trade [Internet]. WHO. 2012 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/phi/promoting_access_medical_innovation/en/
103. DU d’Ethnomédecine. Université de la Réunion. UFR Santé [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://ufr-sante.univ-reunion.fr/formation/du-dethnomedecine/>
104. CIPAM & Cos 2018 [Internet]. Université de la Polynésie Française. 2018 [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.upf.pf/fr/content/cipam-cos-2018>
105. Traditional Wellness Strategic Framework. First Nations Health Authority 2014 [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/FNHA_TraditionalWellnessStrategicFramework.pdf
106. Wamba A. Constructing Collaborative Processes between Traditional, Religious, and Biomedical Health Practitioners in Cameroon. :26.
107. Appiah B, Amponsah IK, Poudyal A, Mensah MLK. Identifying strengths and weaknesses of the integration of biomedical and herbal medicine units in Ghana using the WHO Health Systems Framework: a qualitative study. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 22 oct 2018 [cité 8 oct 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196414/>
108. Kpobi L, Swartz L. Indigenous and faith healing in Ghana: A brief examination of the formalising process and collaborative efforts with the biomedical health system. *Afr J*

- Prim Health Care Fam Med [Internet]. 22 juill 2019 [cité 8 oct 2019];11(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676929/>
109. Chazine J-M. Pétard, Paul. Plantes utiles de Polynésie française et Raau Tahiti. *Journal de la Société des Océanistes*. 1985;41(80):148-9.
 110. Krah E, de Kruijf J, Ragno L. Integrating Traditional Healers into the Health Care System: Challenges and Opportunities in Rural Northern Ghana. *J Community Health*. 2018;43(1):157-63.
 111. Träger S. Pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT) et cancer broncho-pulmonaire. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. sept 2017;9(2):408-12.
 112. Mission d'information sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, des filières et métiers d'avenir - Sénat 2018 [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: http://www.senat.fr/commission/missions/herboristerie_et_plantes_medicinales.html
 113. Washington M-E. Integrative Medicine, Health, and Well-being. [cité 8 oct 2019]; Disponible sur: https://www.academia.edu/8800803/Integrative_Medicine_Health_and_Well-being
 114. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot; 1986. 411 p.
 115. Chotchoungchatchai S, Saralamp P, Jenjittikul T, Pornsiripongse S, Prathanturarug S. Medicinal plants used with Thai Traditional Medicine in modern healthcare services: A case study in Kabchoeng Hospital, Surin Province, Thailand. *Journal of Ethnopharmacology*. 7 mai 2012;141(1):193-205.
 116. Sundberg T, Halpin J, Warenmark A, Falkenberg T. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. *BMC Health Serv Res*. 10 juill 2007;7:107.
 117. Fakkham S, Sirithanawutichi T, Jarupoonpol V, Homjumpa P, Bunalesnirunlir M. The integration of the applied Thai traditional medicine into hospitals of the current health delivery system: the development of an administrative/management model. *J Med Assoc Thai*. févr 2012;95(2):257-63.

118. Traditional Medicine in Kingdom of Thailand. The Integration of Thai Traditional Medicine in the National Health Care System of Thailand [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: http://www.searo.who.int/entity/medicines/topics/traditional_medicines_in_the_kingdom_of_thailand.pdf

X. Annexes

1. Convention signée entre les associations et le CHPF fixant les modalités des « premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des PS du CHPF
2. Appel à candidatures des PS
3. Itinéraire Fare Hape
4. Charte séminaire
5. Questionnaire préliminaire des PS
6. Grille entretien préliminaire des TP
7. Programme du séminaire
8. Questionnaire final des PS
9. Grille entretien finale des TP
10. Tableaux champs thématiques des entretiens préliminaires des TP
11. Tableaux récurrences des mots des TP
12. Tableaux champs thématiques des entretiens finaux des TP
13. Éthique et sécurité

Annexe 1 : Convention signée entre les associations et le CHPF fixant les modalités des « premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des PS du CHPF »



**MINISTRE
DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE,
*en charge de la protection sociale généralisée,
de la prévention et de la famille***

**CENTRE HOSPITALIER
DE LA POLYNESIE FRANÇAISE**

POLYNESIE FRANÇAISE

CONVENTION N°04/2018/DIR/ CHPF du 19/05/18

Fixant les modalités d'organisation des « Premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des professionnels de santé du CHPF »

Vu la loi organique n° 2004 - 192 du 27 février 2004 modifiée, portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004 - 193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu le code de la santé publique dans sa rédaction applicable en Polynésie française ;

Vu la délibération n° 83-181 du 4 novembre 1984 relative à la création d'un établissement public dénommé Centre hospitalier territorial de la Polynésie française (hôpital de Mamao) ;

Vu l'arrêté n° 999 CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du Centre hospitalier territorial de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 1408 CM du 26 septembre 2016 portant nomination de M. René CAILLET en qualité de directeur du Centre hospitalier de la Polynésie française ;

Vu la demande des associations Haururu et REPMAR ;

ENTRE :

Le Centre hospitalier de la Polynésie française, représenté par Monsieur René CAILLET, Directeur, ci-après désigné « CHPF »,

d'une part,

ET :

L'association Réseau Polynésien des Maladies Respiratoires, ci-après dénommé « REPMAR » dont le siège social est situé à 11 rue du pont neuf Papeete TAHITI, N° Tahiti 728717, représentée par son Président, Monsieur Eric PARRAT, ci-après désigné « REPMAR » ;

L'association HAURURU dont le siège social est situé à Fare Hape 98907 PAPENOO, N° Tahiti 331033, représentée par sa Présidente Madame Leone TEUIRA ;

d'autre part,

ETANT PREALABLEMENT EXPOSE QUE :

Dans le cadre du développement de la prise en charge globale des patients hospitalisés ou suivis en consultation, le Centre Hospitalier de la Polynésie française souhaite développer les interactions avec les tradipraticiens et étudier les modalités d'une éventuelle introduction raisonnée de leurs techniques dans le cadre hospitalier.

De ce fait, le CHPF et les associations REPMAR et HAURURU conviennent d'organiser un séminaire intitulé « Premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des professionnels de santé du CHPF ».

IL EST ARRETE ET CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1er. - Objet

La présente convention a pour objet d'arrêter les modalités d'organisation des « Premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des professionnels de santé du CHPF » organisées les 25, 26 et 27 mai 2018 au lieu-dit Fare Hape, vallée de la Papenoo, ci-après dénommées « la manifestation ».

Article 2. - Responsabilité des parties

Les « Premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative à l'intention des professionnels de santé du CHPF » sont organisées :

- Sous l'encadrement scientifique de l'association REPMAR qui est en charge de du programme de conférences, de leur animation, de la rédaction et de la diffusion des actes. Le programme prévisionnel de la manifestation est annexé à la présente convention ;
- Sous la responsabilité de l'association HAURURU pour ce qui concerne l'accueil, l'hébergement et la restauration sur le site ainsi que l'animation de certaines conférences.

La participation du CHPF consiste à :

- Favoriser le recrutement des participants en autorisant la diffusion d'informations sur la manifestation ;
- Autoriser certains de ses agents à participer à la sélection des participants ;
- Favoriser la participation de ses agents à la manifestation en facilitant, sous réserve des nécessités de service, l'adaptation des plannings des services de soins pour permettre leur prise de congés pour assister à la manifestation.

En adhérant à la présente convention, l'association Haururu certifie disposer des autorisations administratives et de la couverture assurantielle requises pour l'accueil du public et l'organisation de la manifestation.

Le personnel du CHPF participe à la manifestation en dehors de son temps de travail.

Article 3. - Eléments financiers

Les frais liés à l'organisation de la manifestation sont couverts par la participation individuelle versée par chaque participant à l'association Haururu.

Article 4. - Charte de participation

Chaque participant est tenu de signer la charte de participation annexée à la présente convention. Celle-ci garantit notamment la protection des savoirs des tradipraticiens.

Article 5. - Communication

Les parties à la présente convention conviennent d'organiser conjointement l'éventuelle médiatisation de la manifestation.

Toute action de communication est conditionnée à l'accord formel préalable des personnes désignées à l'article 6.

Article 6. - Election de domicile

Pour la présente convention, les parties font élection de domicile à :

Centre hospitalier de Polynésie française
B.P. : 1640 - 98713 Papeete
Polynésie française –avenue Charles De Gaulle – Pirae
Tél. : (689) 40 48 62 40, Fax. : (689) 40 48 62 78
Courriel : direction@cht.pf

A l'attention de : le directeur du CHPF
Association REPMAR
BP : 43749 - 98713 Papeete
11, rue du Pont-neuf, 98713 Papeete – TAHITI
A l'attention de : le président
Tél. : (689) 87707790, Courriel : eparrat@mail.pf

Association HAURURU
BP : 110382 - 98709 Mahina
Lieu-dit Fare Hape – Papenoo – Hitiaa o te ra – TAHITI
A l'attention de : la présidente
Tél. : (689) 87788913, Courriel : heifara49@gmail.com

Article 7. - Litiges

En cas de litige sur l'application de la présente convention, les parties conviennent de trouver de bonne foi une solution amiable, préalablement à toute saisine des tribunaux.

Avant toute saisine d'une juridiction, les parties font appel à un médiateur diplômé, présenté par l'association des médiateurs diplômés de Polynésie française, afin de trouver une solution amiable à leur litige. Les frais de médiation sont partagés au pair entre les parties.

Article 8. - Attribution de juridiction

Le tribunal administratif de Papeete est compétent pour toute contestation née de l'exécution de la présente convention.

Article 9. - Dispositions diverses

Les modalités d'exécution de la présente convention pourront être arrêtées par simple échange de courriers entre les personnes désignées à l'article 6, qui sont réputées avoir eu pouvoir pour représenter les parties.

La date de la manifestation peut être reportée d'accord partie. Ce report est une modalité d'exécution de la présente convention au sens du présent article.

Une ou plusieurs autres manifestations reprenant le même objet pourront être organisées d'accord partie par voie d'avenant à la présente convention.

Article 10. - Durée du contrat, enregistrement, nombre d'exemplaires

La présente convention est établie à la date de signature en trois (3) exemplaires originaux et prend fin au 31 décembre 2018.

Elle peut être dénoncée à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de trois mois. Elle est exempte de tous droits de timbre et d'enregistrement.

Fait à Papeete, le 19 mai 2018

Le Centre hospitalier
de Polynésie française
Le directeur,



Monsieur René CAILLET

Fait à Papeete, le 19.5.2018

Pour le Réseau polynésien
des maladies respiratoires,
Le président



Monsieur Eric PARRAT

Fait à Papeete, le

Pour l'Association Haururu
La présidente

Madame Leone TUIRA



Annexe 2 : Appel à candidatures des PS

Premières rencontres en médecine traditionnelle intégrative

Formulaire de candidature

Nom Prénom
Service Fonction
N° (réservé à l'administration) *

----- ✂ -----

N° (réservé à l'administration) *

Vos objectifs personnels : Connaissances et intérêts à la culture et à la médecine traditionnelle et vos besoins ...

Vos motivations professionnelles : Projet personnel, de groupe, de service et vos attentes ...

** Les demandes seront traitées sous forme anonyme.*

Annexe 3 : Itinéraire Fare Hape

PLAN D'ACCES A FARE HAPE



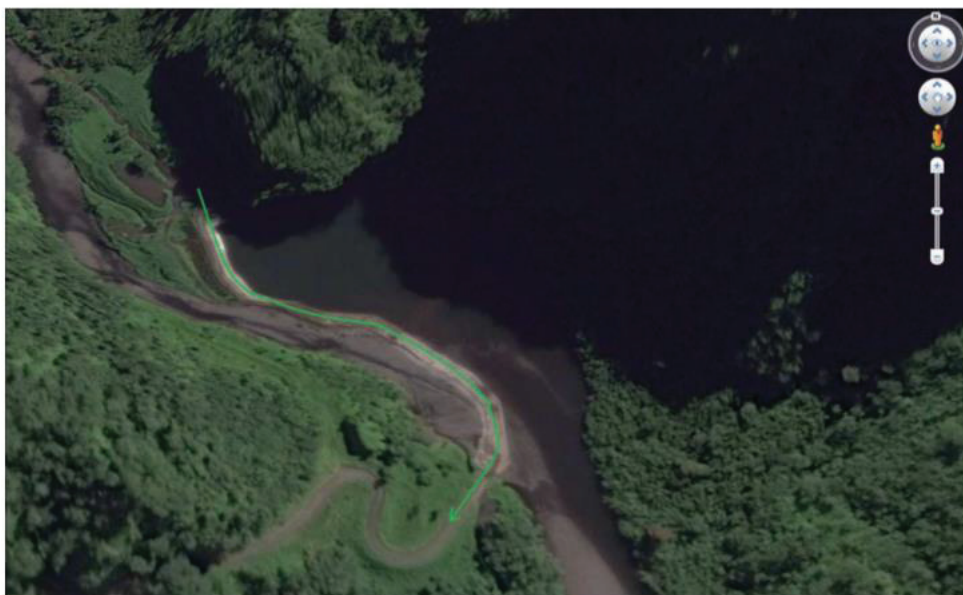
A Papenoo, après le stade coté mer, les deux magasins (1 de chaque côté) et la mairie coté montagne, prendre à droite avant le pont de la Papenoo direction « Vallée de la Papenoo ». Vous longez la rive gauche de la rivière.



Passez le premier pont qui vous ramène sur la rive droite (par sécurité préférez toujours les ponts aux gués).



Vous passez sur le barrage qui vous ramène sur la rive gauche. La route est cimentée et étroite suivie par une côte. Attention l'eau déborde facilement par temps de pluie. Les niveaux de sécurité sont indiqués par des plots rouges.



Prenez le deuxième pont en serrant sur la droite. Le gué est fortement déconseillé par temps de pluie.



Vous passez devant une réserve d'eau sur votre gauche, Fare Hape n'est plus très loin, vous voyez devant vous le relais de la Maroto sur les hauteurs.



Passez par le troisième pont en serrant également à droite. Attention le gué est également déconseillé par temps de pluie.



Vous commencez la montée vers le relais de la Maroto que vous laissez sur votre droite. L'endroit où il ne faut pas vous tromper. Après le relais bifurquez aussitôt sur la première route à droite, en descente vers Fare Hape.



Annexe 4 : Charte de participation séminaire pour les PS

CHARTRE DE PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU SEMINAIRE FARE RAPA'AU

Nous participons à un séminaire expérimental dont l'objet tient à la mise en œuvre d'un projet de médecine intégrative réunissant la médecine traditionnelle polynésienne avec la médecine conventionnelle et les autres médecines complémentaires. Le lien est scellé par une immersion culturelle propre au projet Fare Fenua de Fare Hape, haute vallée de la Papenoo, Polynésie française. L'organisation de la manifestation est régie par un engagement conventionnel entre le CHPf et les associations HAURURU et REPMAR consultable auprès des organisateurs.

Clause générale

L'accès au séminaire est restreint à des tradipraticiens, professionnels de santé agréés, experts des médecines complémentaires et personnes physiques de la société civile engagées dans le projet Fare Rapa'au.

Le séminaire est bilingue Français / Tahitien. Les participants s'engagent à tenir des propos simples et compréhensibles afin que des traductions soient assurées, dans les deux langues, entre les participants, et en bonne intelligence. Les propos sont strictement axés sur le projet de médecine intégrative dans toutes ses dimensions et ses possibilités de mise en œuvre opérationnelle à titre expérimental. Celui-ci est mené en conformité aux recommandations de l'OMS sur la médecine traditionnelle. Tous les participants sont encouragés à s'exprimer largement sur tous les sujets et à faire des propositions.

Clause éthique

Notre éthique est fondée sur quatre principes indivisibles : Respect / humilité / doute / juste milieu.

- Respect, des personnes et des opinions, dans tous nos échanges, sans discrimination ni prosélytisme.
- Humilité, face au concept de la santé et au grand mystère de la vie et de l'univers auquel nul d'entre nous ne saurait prétendre à détenir une vérité.
- Doute, sur toutes les affirmations qui nous assaillent, en nous posant plus de questions que nous ne cherchons à obtenir de réponses, mais en essayant de proposer des solutions innovantes.
- Juste milieu, sans excès ni défaut, en restant en permanence mesurés relativement à nos conceptions, angoisses, etcroyances personnelles.

Notre démarche est strictement humaniste et respectueuse de la nature et de l'environnement. Elle exclut tous propos d'ordre politiques, religieux, commerciaux ou polémistes. La convivialité entre les participants doit être strictement respectée à tous instants.

Clause de Confidentialité

Elle porte sur les aspects techniques et pratiques du projet. Il est ainsi interdit de diffuser tous documents portant la mention « confidentiel » qui pourraient être remis aux participants pendant ou au décours de la manifestation. Chacun participant est néanmoins encouragé à se porter en messager du projet, dans le cadre de sa charte, sans prosélytisme, et de proposer à d'autres personnes relevant de la clause générale à rejoindre notre démarche dans sa dimension éthique.

Le séminaire fait l'objet d'une double évaluation scientifique bénéficiant d'une garantie de confidentialité par l'association REPMAR :

- Une supervision, analyse et conseil menés par une chercheuse en anthropologie orientée en ethnomédecine de l'université LYON 3, Madame Claire HARPET.
- Un recueil de données assuré par une étudiante en médecine doctorante de l'université LYON 1, Madame Graziella POANUI, encadrée d'une équipe de recherche de l'association REPMAR*.

Dans un cadre expérimental d'évaluation les participants donnent leur accord afin que des membres clairement identifiés de l'association REPMAR :

- 1/ tiennent un recueil écrit des interventions à l'exclusion de toutes mentions nominales. Ce recueil servira à l'établissement d'un rapport complet qui sera transmis aux participants et aux organisateurs.
- 2/ assurent des prises d'images vidéo dans le cadre d'un droit à l'image. Les images seront centralisées et supprimées des dispositifs d'acquisition initiaux. Elles seront détenues de façon strictement confidentielle par l'association REPMAR. Elles serviront uniquement de support à des analyses scientifiques menées par les personnes précisées ci-dessous. Toute diffusion sur des supports médiatiques est interdite *.

Les informations recueillies pourront faire l'objet de travaux scientifiques, notamment de thèses, de présentations et de publications.

Clause de Respect de la Propriété Intellectuelle des tradipraticiens

Par l'adhésion à la présente charte, les participants s'engagent à respecter, protéger et valoriser la propriété intellectuelle des savoirs ancestraux des tradipraticiens, et à renoncer à tous droits commerciaux obtenus à partir des informations transmises par les dits tradipraticiens.

Clause légale

Toutes nos discussions sont menées dans le cadre strict de la loi, en particulier du code de déontologie médical pour les professionnels de santé. Ainsi, toutes discussions relatives à des situations individuelles couvertes par le secret médical sont strictement interdites au risque d'exclusion du séminaire.

Tous propos tenus en infraction à la clause éthique peuvent également conduire à l'exclusion du séminaire.

Toute infraction portée à la clause de confidentialité pourra faire l'objet de poursuites. L'association REPMAR ne saurait être tenue responsable de la diffusion d'images dont elle n'a pas reçu la propriété**.

Les autorités du pays sont tenues informées des activités menées dans le cadre du projet Fare Rapa'au.

** Composition de l'équipe recherche de l'association REPMAR : Poerava BARTHE VONSY, Frédérique CLERCY, Mathilde GIROUD, Alexis GOUBERT, Claire HARPET, Delphine LUTRINGER, Aurelia MALOGNE, Daniel MONCONDUIT, Eric PARRAT, Graziella POANUI.*

*** Attention portée aux professionnels de santé : Le CHPF et l'association REPMAR n'ont pas accordé de droits à l'image sur le séminaire. Cette clause ne couvre donc pas d'éventuelles autres prises d'images vidéo que celles présentées dans la clause de confidentialité de l'association REPMAR. Hors de cette clause précise il est de la responsabilité de chaque participant de veiller au respect de ses droits personnels.*

Annexe 5 : Questionnaire préliminaire PS

Votre code personnel : _____

Partie 1 : Données individuelles

Age : ____ ans

Sexe : F ☐ M ☐

Communauté : Polynésienne ☐ Chinoise ☐ Européenne ☐

Langue(s) parlée(s) : Français ☐ Tahitien ☐ Chinois ☐

Profession : Médecin ☐ IDE ☐ Aide-soignante ☐ Sage-femme ☐
Kinésithérapeute ☐ Psychologue ☐ Diététicienne ☐

Depuis combien de temps exercez-vous en Polynésie ? ____ ans (si inférieur à 1 an noter 1)

Partie 2 : Culture et Santé

A propose des termes suivants et leur dimension culturelle :

	Je connais et je peux en parler	Je connais sans plus	J'en ai juste entendu parler	Je ne connais pas
Ao et Pō	☐	☐	☐	☐
Feti'a	☐	☐	☐	☐
Hiva	☐	☐	☐	☐
Marae	☐	☐	☐	☐
Matari'i	☐	☐	☐	☐
Ra'au	☐	☐	☐	☐
Rapa'au	☐	☐	☐	☐
Tahua	☐	☐	☐	☐
Taurumi	☐	☐	☐	☐
Unu	☐	☐	☐	☐
Va'a	☐	☐	☐	☐

La place de la culture dans la prise en charge des patients ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La place que devrait occuper la culture dans la prise en charge des patients ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La possibilité d'utiliser la culture dans les procédures et outils de soins ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L'utilité d'une médiation culturelle dans les soins ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Vos besoins en termes de formation culture et santé ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Partie 3 : Médecine traditionnelle

Avez-vous déjà échangé avec un tradipraticien ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, comment appréciez-vous les résultats de cet échange ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Avez-vous déjà travaillé avec un tradipraticien ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, travaillez-vous toujours avec un tradipraticien ? Oui ☐ Non ☐
Si non, souhaiteriez-vous travailler avec un tradipraticien ? Oui ☐ Non ☐
Ne sait pas ☐

Pensez-vous que des tradipraticiens travaillent avec des professionnels de santé ?
Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

L'estimation de vos capacités personnelles à travailler avec un tradipraticien ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L'estimation des capacités d'un tradipraticien à travailler avec vous ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Vos connaissances des différents aspects de la médecine traditionnelle (*selon Simone Grand*) ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Herboristerie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Massages	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chamanisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Votre intérêt pour les différents aspects de la médecine traditionnelle (*selon Simone Grand*) ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Herboristerie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Massages	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chamanisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous connaissances de recommandations sur la médecine traditionnelle ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, de quel(s) organisme(s) :

Partie 4 : Médecine intégrative

Je connais et je peux en parler	Je connais sans plus	J'en ai juste entendu parler	Je ne connais pas
☐	☐	☐	☐

Avez-vous connaissance de sa pratique dans des hôpitaux ? Oui ☐ Non ☐
Ne sait pas ☐

Avez-vous connaissance de son enseignement universitaire ? Oui ☐ Non ☐
Ne sait pas ☐

Votre intérêt pour les composantes suivantes (*selon Luc Baudin*) :

Supprimer les toxiques et les polluants de l'environnement, éliminer les toxines du corps.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Supprimer les perturbateurs énergétiques, éliminer les énergies usées et favoriser la recharge énergétique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gérer le stress et les situations angoissantes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Traiter un organe affaibli.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Traiter un choc émotionnel.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pratiquer un traitement énergétique.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Traiter les maladies.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Partie 5 : Le séminaire

Connaissez-vous Haururu ?

Oui ☐ Non ☐

Connaissez-vous Fare Hape ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous connaissance du projet santé des 2 associations ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été surpris par la proposition ?

Oui ☐ Non ☐

Auriez-vous pensé une telle réunion possible ?

Oui ☐ Non ☐

Et si non pourquoi ?

Par rapport au séminaire :

. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Votre curiosité ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Votre intérêt ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Vos attentes ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Vos doutes ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Vos réserves ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Votre motivation ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 La motivation de votre équipe ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

En rapport avec le séminaire :

Avez-vous envisagé un projet personnel ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous formalisé un projet personnel ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui dans quel domaine ?

Vos attentes envers le séminaire pour le faire ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Avez-vous envisagé un projet d'équipe ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous formalisé un projet d'équipe ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui dans quel domaine ?

Vos attentes envers le séminaire pour le faire ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vos objectifs avec les tradipraticiens :

.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les rencontrer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les connaître	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les comprendre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protéger leurs savoirs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transmettre leur savoir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protéger leurs ressources (plantes)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les aider	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Qu'ils vous aident	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler ensemble	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mettre en place une éthique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer la sécurisation des pratiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Etre formé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les former	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les résultats du séminaire :

La possibilité de satisfaire vos attentes ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Lesquelles :

La possibilité d'un projet hospitalier ?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lequel : _____

La possibilité d'un projet universitaire ?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lequel : _____

Les chances de réussite du séminaire ?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le séminaire en 1 mot :

Donnez 1 mot pour qualifier le séminaire :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !

Annexe 6 : Grille entretien préliminaire tradipraticiens

Entretiens préliminaires tradipraticiens

1^{ère} partie : Généralités

- Dans quel domaine intervien-tu, sans rentrer dans les détails de ce que tu fais ?
- Ton âge ?

Nous organisons la première rencontre en médecine traditionnelle.

- As-tu déjà rencontré des professionnels de santé ?
- A quelle occasion ?
- Dans quel contexte ?
- Avez-vous échangé sur vos pratiques ?

2^{ème} partie sur leur complémentarité

- As-tu déjà travaillé avec eux ?
- Si OUI, dans quel cadre ?
- Qu'en retiens-tu ?

3^{ème} partie : Pour ce séminaire :

- As-tu des appréhensions ?
- Quelles sont tes attentes ?
 - o Pour toi ?
 - o Pour ta pratique ?
 - o Pour les relations avec tes collègues (tradipraticiens) ? avec les professionnels de santé ?

Dans ce cadre, l'OMS recommande de mettre en place des relations avec les professionnels de santé.

- Qu'en penses-tu ?

Effectuer un travail entre tradipraticiens.

- Qu'en penses-tu ?

De mettre en place une éthique/ déontologie, c'est-à-dire des règles de travail entre vous.

- Qu'en penses-tu ?

Assurer le recueil, la transmission et la protection des savoirs et des ressources.

- Qu'en penses-tu ?

Assurer la sécurisation des pratiques en médecine traditionnelle.

- Qu'en penses-tu ?

Assurer des formations pour les tradipraticiens.

- Qu'en penses-tu ?

Et pour les professionnels de santé.

- Qu'en penses-tu ?

Dernière partie :

- Penses-tu que notre séminaire va faire avancer les choses ?
- As-tu des projets pour la suite dans la pratique de la médecine de proximité, à l'hôpital ?
- Qu'est-ce que la médecine traditionnelle peut apporter au système de santé polynésien ?

Annexe 7 : Programme séminaire

PROGRAMME

		Vendredi 25 mai		Samedi 26 mai		Dimanche 27 mai	
			6H	Petit déjeuner	6H	Petit déjeuner.	
			7H			Ballade cascade	
			8H	Cérémonie d'accueil traditionnelle	8H	Visite du site	
			9H	Ateliers de médecine traditionnelle (1)	9H	Ateliers de médecine traditionnelle (1)	
			10H	Ateliers culture, santé, méd intégrative (2)	10H	Ateliers culture, santé, méd intégrative (2)	
			11H	Ateliers de médecine traditionnelle (1)	11H	Ateliers de médecine traditionnelle (1)	
			12H	Déjeuner	12H	Déjeuner	
			13H	Détente	13H	Détente	
			14H	Ateliers de médecine traditionnelle (1)	14H	Restitution – Projets	
			15H	Ateliers culture, santé, méd intégrative (2)	15H	Education thérapeutique	
15H	Regroupement		16H	Ateliers de médecine traditionnelle (1)	16H	Soins de support	
16H	Déplacement Fare Hape		17H	Visite du site	17H	Lever du séminaire et départ	
17H	Réception		18H				
18H	Installation		19H	Diner			
19H	Diner		20H	Restitution travaux			
20H	Accueil		21H	Med traditionnelle et dimension chamanique			
21H	Présentation Fare Fenua		22H	Médecine énergétique et intégrative			
22H	Culture polynésienne						

Annexe 8 : Questionnaires finaux PS

Votre code personnel : _____

Partie 1 : Données individuelles

Age : ____ ans

Sexe : F ☐ M ☐

Profession : Médecin ☐ IDE ☐ Aide-soignante ☐ Sage-femme
Kinésithérapeute ☐ Psychologue ☐ Diététicienne ☐ Thérapie
complémentaire ☐ Recherche ☐

Partie 2 : Culture et Santé

A propose des termes suivants et leur dimension culturelle :

	Je connais et je peux en parler	Je connais sans plus	J'en ai juste entendu parler	Je ne connais pas
Ao et Põ	☐	☐	☐	☐
Feti'a	☐	☐	☐	☐
Hiva	☐	☐	☐	☐
Marae	☐	☐	☐	☐
Matari'i	☐	☐	☐	☐
Ra'au	☐	☐	☐	☐
Rapa'au	☐	☐	☐	☐
Tahua	☐	☐	☐	☐
Taurumi	☐	☐	☐	☐
Unu	☐	☐	☐	☐
Va'a	☐	☐	☐	☐

La place de la culture dans la prise en charge des patients ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La place que devrait occuper la culture dans la prise en charge des patients ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La possibilité d'utiliser la culture dans les procédures et outils de soins ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'utilité d'une médiation culturelle dans les soins ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vos besoins en termes de formation culture et santé ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Partie 3 : Médecine traditionnelle

Souhaitez-vous travailler avec un tradipraticien ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

L'estimation de vos capacités personnelles à travailler avec un tradipraticien ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'estimation des capacités d'un tradipraticien à travailler avec vous ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Votre intérêt pour les différents aspects de la médecine traditionnelle (*selon Simone Grand*) ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Herboristerie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Massages	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chamanisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vos connaissances des différents aspects de la médecine traditionnelle (*selon Simone Grand*) ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Herboristerie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Massages	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chamanisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous consulté les recommandations de l'OMS sur la médecine traditionnelle ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, envisagez-vous de consulter ces recommandations Oui ☐ Non ☐

Partie 4 : Médecine intégrative

Je connais et je peux en parler	Je connais sans plus	J'en ai juste entendu parler	Je ne connais pas
☐	☐	☐	☐

Mes compétences en médecine intégrative ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Votre intérêt pour les composantes suivantes (*selon Luc Baudin*) :

Supprimer les toxiques et les polluants de l'environnement, éliminer les toxines du corps.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Supprimer les perturbateurs énergétiques, éliminer les énergies usées et favoriser la recharge énergétique.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gérer le stress et les situations angoissantes

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Traiter un organe affaibli.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traiter un choc émotionnel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pratiquer un traitement énergétique.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traiter les maladies.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mon intérêt pour la médecine intégrative ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Son intérêt en prévention ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sa mise en œuvre en soins de proximité ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sa mise en œuvre dans les hôpitaux ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Son enseignement universitaire ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La médecine intégrative pour vous en une phrase :

Partie 5 : Séminaire

Évaluation générale :

Le site

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L'accessibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La vallée de la Papenoo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le village de Fare Hape	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le site cérémoniel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La nature	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L'hébergement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les sanitaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les possibilités de baignades	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les possibilités de randonnée	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Qualifiez le site en une phrase :

L'organisation

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La collaboration CHPf, REPMAR, Haururu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La signature d'une conventio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'implication du directeur du CHPf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le déplacement de la directrice des soins du CHPf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'aide du service de la formation (pour le CHPf)

	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les modalités de recrutement (pour le CHPf)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les dates choisies	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations préliminaires logistiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations préliminaires sur le programme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La durée du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'emploi du temps	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La présentation des mythes et les légendes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les chants	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les cérémonies	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La restauration	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les supports audiovisuels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les tarifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La charte de participation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le questionnaire d'évaluation initial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les échanges en Français	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les échanges en Tahitien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les traductions en Français	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les traductions en Tahitien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le déplacement de la presse (<i>La dépêche</i>)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le déplacement de la presse (<i>Polynésie la 1ère</i>)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le déplacement des autorités de santé (<i>Ministre</i>)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Qualifiez l'organisation en une phrase :

Les points forts à renforcer :

Les points faibles à améliorer :

Votre avis global sur l'organisation (*placer un curseur entre -10 et + 10*) :

-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

+8 +9 +10
☐ ☐ ☐

Vos idées pour améliorer l'organisation :

Le programme

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le programme en général	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en compte des besoins	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le savoir-faire des organisateurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La diversité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La flexibilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'interactivité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La complémentarité des composantes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La capacité à me faire participer personnellement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La capacité à nous faire participer collectivement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La capacité à me motiver personnellement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La capacité à nous motiver collectivement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'ambiance générale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité des rapports humains	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité des échanges	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le bien-être	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Qualifiez le programme en une phrase :

Les points forts à renforcer :

Les points faibles à améliorer :

Votre rencontre avec les tradipraticiens :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Humilité et respect	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité de l'écoute	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité du dialogue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'échange, d'eux vers vous	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'échange, de vous vers eux	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La transmission, d'eux vers vous	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La transmission, de vous vers eux	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abord des pratiques en ra'au Tahiti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abord des pratiques de massage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abord des pratiques de magnétisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abord des pratiques chamaniques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aspect de sécurisation des pratiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aspect de fondements éthiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lien avec la culture	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lien avec les chants et les danses	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lien avec l'hypnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lien avec la méditation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Qualifiez la rencontre en une phrase :

Les points forts à renforcer :

Les points faibles à améliorer :

Votre avis global sur la rencontre (*placer un curseur entre -10 et +10*) :

-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
+8	+9	+10															
☐	☐	☐															

Vos idées pour améliorer la rencontre :

Les résultats du séminaire :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Votre satisfaction globale ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La satisfaction de votre curiosité ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La satisfaction de votre intérêt ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La satisfaction de vos attentes ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La réponse à vos doutes ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La réponse à vos réserves ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La stimulation de votre motivation ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La stimulation de la motivation de votre équipe ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les résultats immédiats du séminaire :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La réussite du séminaire ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le besoin de l'approfondir (pour vous) ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le besoin de l'étendre aux autres professionnels ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La possibilité d'un projet hospitalier ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La possibilité d'un projet extrahospitalier ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La possibilité d'un projet universitaire ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Le séminaire en 1 mot :

Donnez 1 mot pour qualifier le séminaire :

Partie 6 : Suivi du séminaire

La médiatisation et le retour que vous en avez :

Le journal de Polynésie la Première du dimanche 27 mai :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ Je l'ai vu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ On m'en a parlé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'article de la dépêche du mardi 29 mai :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ Je l'ai lu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ On m'en a parlé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Votre avis global sur la médiatisation (*placer un curseur entre -10 et +10*) :

-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
+8	+9	+10															
☐	☐	☐															

Ce que vous avez fait depuis le séminaire (en rapport avec lui) et le retour que vous en avez :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ J'en ai parlé dans mon entourage personnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Des personnes de mon entourage m'en ont parlé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'en ai parlé à mes collègues	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ Des collègues m'en ont parlé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai participé à une réunion sur le sujet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai organisé une réunion sur le sujet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai eu un contact avec un ou des tradipraticiens du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai eu un contact avec une ou des personnes du secteur des médecines complémentaires du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai eu un contact avec une ou des personnes du secteur de la culture du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai travaillé avec un ou des tradipraticiens du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai travaillé avec une ou des personnes du secteur des médecines complémentaires du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai travaillé avec une ou des personnes du secteur de la culture du séminaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai rencontré un ou d'autres tradipraticiens	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai rencontré d'autres personnes du secteur des médecines complémentaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ J'ai rencontré d'autres personnes du secteur de la culture	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ D'autre choses :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Votre avis global sur ce que vous avez fait depuis le séminaire en rapport avec lui (*curseur entre -10 et + 10*) :

-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
+8	+9	+10															
☐	☐	☐															

Des objectifs généraux :

Des objectifs avec les tradipraticiens :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les rencontrer à nouveau	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
En découvrir d'autres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mieux les connaître	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mieux les comprendre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protéger leurs savoirs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transmettre leur savoir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protéger leurs ressources (plantes)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les aider	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Qu'ils vous aident	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler ensemble	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mettre en place une éthique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer la sécurisation des pratiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etre formé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les former	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Des objectifs avec les autres médecines complémentaires :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les rencontrer à nouveau	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
En découvrir d'autres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mieux les connaître	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mieux les comprendre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler ensemble	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Etre formé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Des objectifs culturels :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rencontrer à nouveau Haururu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à leurs séminaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Participer au projet Fare Rapa'au	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Approfondir mes connaissances culturelles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apprendre ou me perfectionner en Réo Tahiti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M'investir dans un autre projet culturel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Recevoir un enseignement culture et santé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à un enseignement culture et santé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Des projets en rapport avec le séminaire :

Envisagez-vous un projet personnel ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous un projet personnel ?	Oui ☐	Non ☐
Etes-vous en cours de formalisation d'un projet personnel ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous formalisé un projet personnel ?	Oui ☐	Non ☐
Si oui dans quel domaine ?		

Le rôle joué par le séminaire dans ce projet ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Envisagez-vous un projet d'équipe ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous un projet d'équipe ?	Oui ☐	Non ☐
Êtes-vous en cours de formalisation d'un projet d'équipe ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous formalisé un projet d'équipe ?	Oui ☐	Non ☐
Si oui dans quel domaine ?		

Le rôle joué par le séminaire dans ce projet ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ce que vous souhaiteriez qu'il soit fait suite au séminaire et ce que vous pourriez faire vous-même :

- ☐ Que d'autres séminaires du même type soient organisés par le CHPf et les associations
- ☐ Que ces séminaires fassent parti du programme de formation du CHPf
- ☐ Que ces séminaires soient ouverts à tous les professionnels de santé du pays
- ☐ Que je puisse bénéficier d'un autre séminaire plus approfondi
- ☐ *Rapporter mon expérience aux cours d'autres séminaires*
- ☐ *Animer des ateliers aux cours d'autres séminaires*
- ☐ *M'investir dans l'organisation d'autres séminaires*
- ☐ *Participer à un groupe de travail Médecine intégrative, culture et santé au CHPf*
- ☐ Que je puisse être reçu dans le Fare Rapa'au de Fare Hape
- ☐ *Participer au fonctionnement du Fare Rapa'au de Fare Hape*
- ☐ Que le CHPf dispose d'un (ou de) tradipraticien(s)
- ☐ Que je puisse travailler avec un tradipraticien au CHPf, ou à l'extérieur
- ☐ *Travailler effectivement avec un tradipraticien*
- ☐ Que je puisse recevoir régulièrement des informations (type newsletter)
- ☐ *Participer à la transmission régulière d'informations (type newsletter)*

- Des réactions, des commentaires, des idées sur ce qui pourrait être fait et ce que vous allez faire :

POANOU
(CC BY-NC-ND 2.0)

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire, Graziella vous contactera.

Annexe 9 : Grille entretien final TP

Entretien finale tradipraticien :

Généralité :

Comment s'est passé le séminaire ? (Parole libre)

Qu'est-ce que tu en as pensé ?

Culture et santé :

Fare Hape c'est quoi pour toi ? La vallée de la Papenoo, est-ce que tu peux m'en parler ?

Organisation :

Qu'est-ce que tu as pensé de l'organisation ?

Ex : Rencontre avec la presse, le ministre ?

Comment pourrait-on faire mieux ?

Curseur de -10 à +10

Programme proposé :

Qu'est-ce que tu as pensé du programme ? des ateliers ? des soirées organisées ?

Est-ce que ça t'a plu ? Motivé ?

Est-ce que tu as assez participé ? ou pas assez participé ?

LA RENCONTRE :

Dimension culturelle :

Comment s'est passé ton immersion dans la culture ? (Nature, rivière, cascade, montagne...)

Qu'est-ce que ça t'a apporté ?

Médecine complémentaire (hypnose, méditation...) :

Est-ce que tu connaissais les médecines complémentaires ?

Est-ce que tu as été à d'autres ateliers ?

Qu'est-ce que tu en as pensé ?

Autres tradipraticiens

Comment s'est passé la rencontre avec les autres tradipraticiens ?

Est-ce que vous avez travaillé en commun ? Est-ce qu'il y a eu des échanges entre vous ?

Tu étais isolé, est-ce que c'était voulu ?

Par rapport à ton atelier, est-ce que tu as fait autre chose que ce qui était initialement prévu ?

Rencontre avec les professionnels de santé :

Est-ce que tu avais des appréhensions ? des doutes ?

Qu'est-ce que tu en as pensé ?

Est-ce que tu as appris des choses d'eux

Est-ce tu penses qu'ils ont appris des choses de toi ?

Il y a eu beaucoup d'échanges ? de discussions ? de désaccord ?

Résultats du séminaire :

Est-ce que tu es satisfait ?

Est-ce que ce séminaire a répondu à tes attentes ?

Comment est-ce qu'on pourrait l'améliorer ?

Médiatisation ?

Est-ce que tu as été médiatisé ? Quels médias ?

Qu'est-ce que tu as fait depuis ?

Tes projets :

Quels sont tes projets ? Avec les personnes de la culture (Haururu) ?

Avec la médecine complémentaire (hypnose, méditation) ?

Avec les professionnels de santé ?

A l'hôpital ?

Est-ce que tu as un projet déjà formalisé ?

Suite au séminaire :

Ce que tu veux faire ensuite ?

- Participer à d'autres séminaires ?
- Travailler à l'hôpital ?
- Rencontrer d'autres tradipraticiens ?

Annexe 10 : Restitution entretien préliminaire

	Avant le séminaire			Concernant le séminaire		
	Rencontre avec les PS	Travail avec les PS	Appréhensions	Attentes		Relation avec les TP
				Relation avec les PS		
Herboriste 1	Non	Non	Non	Échanger, parler		Échanger
Herboriste 2	Non	Non	Non	Savoir ce qu'ils attendent de nous		Non, parce que c'est chacun son travail, sauf avec mama T, mais n'a pas pu lui transmettre les choses
Chaman masseur 1	Oui, à l'hôpital du CHPF	Oui, stress au début car n'aime pas être mise en lumière. Fièvre de pouvoir aider les personnes	Non, elle y va pour le partage	Souhaite que les gens comprennent l'importance du partage, pas la même pensée, pas les mêmes façons de faire, mais un même but		Importance qu'ils ne forment qu'un, importance du partage
Herboriste masseur	Non, c'est la première fois	Non	Non, il y va "en plein cœur et beaucoup de courage"	Attend que le santé lui envoie des malades pour faire les médicaments tahitiens. Besoin de les rencontrer car n'a rien du tout, hormis le savoir qui vient des grands-parents. Besoin d'être reconnu par les PS, car ra'au Tahiti longtemps interdit		« On verra, chacun a ses médicaments ». Méfiance sur le partage
Chaman masseur 2	Oui, à l'hôpital et lors d'un rassemblement où un taote (E.P) cherchait un "tahua", il connaît également le directeur de l'hôpital. Avait déjà demandé à travailler à l'hôpital mais compliqué	Oui. Parle d'une expérience de chamanisme, avec retour de l'esprit dans le corps du patient. A travaillé avec des patients en fin de vie, pour soulager le mal. Globalement de bonnes relations dans l'équipe de pneumologie	Non. Quand y'a des critiques, c'est bon parce qu'il y a des solutions après, on peut discuter	Tout le monde sera content. A préparé ce week-end, a fait sa petite méditation dans l'impossible, sait ce qu'il va se passer. N'a pas de diplômes, mais la connaissance des vieux depuis la nuit des temps		Parle « d'herboriste masseur » avec qui il a travaillé dans le passé sur le ra'au Tahiti
Superviseur culturel	Oui, sa mère était infirmière. A baigné dans le monde de la médecine moderne. A eu peu d'occasions d'échanger avec les professionnels de santé	Pas vraiment	Oui, appréhension sur l'animosité entre ces deux méthodes, traditionnelles et occidentale. Bonne entente depuis quelques années maintenant. Respect mutuel. Mentalité qui évolue dans le bon sens	Que la MC soit plus attentive, qu'elle ne condamne pas d'emblée même si ce n'est pas prouvé scientifiquement. Aimait que la MC se penche sur les résultats, sur l'efficacité. Il y a aussi le charlatanisme, il faut faire un travail d'analyse pour extraire les bon pratiquants		Repérer les mauvais, les charlatans. Travail qu'il faut faire car sinon disqualifie le métier en entier. Faire la part des choses et faire valoir ceux qui pratiquent honnêtement la MT. A des tantes et des cousines qui pratiquent, a souvent des discussions avec elles

Recommandation OMS						
Relation avec PS	Travail entre TP	Éthique et Déontologie	Transmissions et Protection des savoirs et des ressources	Sécurisation des pratiques	Formation des TP	Formation des PS
C'est bien	Oui	Important	Protection des ressources par les plantes, transmission des savoirs uniquement intrafamiliale, c'est le don qu'ils se transmettent	Important, peut-être dangereux si mal utilisé	Non, c'est un don	Oui, parce que sa fille le fait déjà
Une bonne chose, c'est la première fois qu'on voit ça, la rencontre entre les tradipraticiens et les PS	Oui, pour partager	Non. N'arrive pas à répondre à la question	Transmission : non, « chacun son pouvoir » ; protection des savoirs: oui par les plantes	Charlatans, pas de contacts avec eux, "ils font ce qu'ils veulent"	« Je sais pas »	« Je veux pas »
Très bonne chose, travailler en collaboration, partenariat. Le même but	Échanger	« Tahua ont des énergies différentes », mais confiance en ce qu'ils font, ça va bien se passer	Primordial, se fait en intrafamilial	Il faut d'abord essayer. Rien de dangereux. Confiance, respect	Prise au dépourvu par la question, « pourquoi pas ? »	Oui, grandement, dans tous les domaines
Bonne chose pour la santé et nous	« On est là, on y est là ». Mais pratique différentes pour chacun avec des spécificités. Pas d'échange possible, "je garde le mien", mais travailler ensemble	« Je peux pas te dire ». N'a pas encore réfléchi à la question	Souhaite de l'aide pour garder les plantes. Il a son propre stock de plantes dans sa vallée, autour de sa maison. La transmission se fait également au sein de la famille	« Oui ils ont raison, nos ancêtres nous ont appris comment préparer le médicament. Le danger vient des dosages »	Oui, très demandeur, se compare à un footballeur sélectionné, comme ça on peut avancer et travailler ensemble. Souligne l'importance de l'hygiène dans le ra'au	Toujours possible
Partant à 100%, c'est important	Ce n'est pas un problème pour les polynésiens. Ils vont réussir à échanger parce dans toute discussion il faut des critiques, des guéguerres entre TP. « C'est un peuple qui va crier d'abord, et quand ils verront que ça marche, c'est là qu'ils vont venir »	A toujours fait ça, en pratiquant cette connaissance. Tout le monde a ses limites (TP comme taote). Établir des règles maintenant, tout le monde ne sera pas d'accord, mais quand la machine est enclenchée. Il y aura sûrement des critiques. Il se voit dans 10 ans, travaillant en commun avec les PS	Oui, les TP ont toujours eu peur de la transmission. Mais le ra'au appartient aux anciens, s'il faut donner, on donne. Mais aujourd'hui il faut discuter. Protéger les plantes, protéger les ra'au qui poussent lorsqu'une nouvelle maladie apparaît	Oui bien sûr, c'est important dans tous les domaines. Un exemple, la ciguatera	Oui en attente de ça	« On n'est pas diplômé mais nous avons la connaissance »
« On attendait que ça depuis 20 ans. » Déjà eu des tentatives de rencontres qui n'ont pas marché parce que chacun durcissait sa position, surtout côté MC, sur l'aspect juridique principalement. Très difficile pour les TP de faire valoir leur droit	Mettre en place une cohérence et une honnêteté dans les pratiques	« Oui pour évacuer le côté charlatanisme ». Critère pour distinguer lequel est sérieux ou pas	Nécessaire, urgence, surtout au niveau des plantes. S'engage personnellement à faire un travail de recueil de graines, de boutures chez lui pour pouvoir les réintroduire. La transmission va de pair	Nécessaire aussi. Faire un travail scientifique par des chercheurs pour évaluer le taux de dangerosité car certaines plantes peuvent être toxiques. Les TP qui ont une honnêteté dans leur travail connaissent les limites	Oui mais risque d'amalgame car dimension spirituelle et sacrée dans la MT	Oui, peut-être une occasion pour eux de moins diaboliser la pratique traditionnelle

Séminaire			MT dans le système de santé polynésien
Intérêt pour faire avancer les choses	Projet pour la suite		
	Médecine de proximité	Hôpital	
Oui, je pense bien	Non	Non	Faire du bien, bien pour les malades, aider les malades
J'espère, parce que c'est une bonne chose	Non	Non	Réponse non verbale, elle hausse les sourcils, n'a pas envie d'être valorisée ni reconnue
Bon partenariat, une bonne collaboration, aider les populations. Échange, partage, fusion	Grand avancement pour nous, offrir la vie	Oui	Ramener à nous, à la source. Oubli des choses essentielles.
Oui, on va bien travailler pendant les 3 jours	Oui, il est invité de partout, Raiatea, Bora-Bora	« J'attends, je suis très motivé »	Beaucoup de bonheur pour les gens malades
Oui	Que du positif, si on le fait pas aujourd'hui, quand on va le faire	Oui bien sûr	Le coût de la santé, il faut le diminuer et nous sommes là (TP). « Chaman masseur 2 » n'est pas seul. Tout le peuple est prêt à participer
Oui, par rapport au déroulé sur les 3 jours. Tout le monde se met en confiance, tout le monde discute. On échange franchement, ça va forcément faire avancer les choses	Ne sait pas ce que ça va donner. Cela se fait de manière non officielle, pas de partenariat des deux médecines pour le moment. La MT se fait souvent à la maison, dans les familles	Ca serait bien que cela s'articule après le séminaire	Beaucoup de choses. Complémentarité des deux techniques. Sélectionner les différentes efficacités d'un bord et de l'autre de manière à maintenir ce qui est positif de manière globale pour soigner nos malades

Annexe 11 : Récurrence des mots

Herboriste 1					Herboriste 2				Herboriste masseur			
Mots récurrents	Avant	Après	TOTAL		Mots récurrents	Avant	Après	TOTAL	Mots récurrents	Avant	Après	TOTAL
échange	3	1	4		rencontre	1	0	1	ensemble	2	2	4
rencontre	0	1	1		échange	0	1	1	heureux	1	6	7
don	3	0	3		partager	1	0	1	bonheur	1	1	2
contente	0	7	7		pouvoir	2	0	2	motivé	1	0	1
touché	0	2	2		bonne chose	2	0	2	content	0	3	3
important	2	1	3		bien passé	0	4	4	santé	2	0	2
intéressant	0	3	3		ouverte	0	1	1	médicaments	7	6	13
plantes	2	2	4		enrichissant	0	1	1	plantes	5	3	8
médicaments	4	11	15		santé	0	1	1	malades	10	0	10
ra'au	1	3	4		ra'au	1	0	1	ra'au	3	4	7
maladie	0	2	2		malade	1	3	4	massage	2	6	8
marae	0	1	1		plantes	0	3	3	soigner	0	3	3
préserver	1	0	1		soins	0	1	1	pharmacie	0	2	2
transmettre	1	0	1		savoir	1	0	1	important	0	3	3
dangereux	2	1	3		besoin	0	3	3	travailler	4	0	4
prison	2	0	2		aider	0	1	1	protéger	1	0	1
faire attention	0	2	2		protéger	0	1	1	construire	0	1	1
TOTAL	21	37	58		charlatan	1	0	1	marae	0	3	3
					appréhension	0	1	1	ancêtres	1	0	1
					problèmes	0	1	1	danger	3	0	3
					TOTAL	10	22	32	interdit	1	0	1
									difficile	0	1	1
									TOTAL	44	44	88

Chaman masseur 1				Chaman masseur 2			
Mots récurrents	Avant	Après	TOTAL	Mots récurrents	Avant	Après	TOTAL
rencontre	0	6	6	rencontre	2	1	3
échange	0	1	1	échange	0	1	1
partage	4	2	6	discuter	2	3	5
collaboration	2	0	2	ensemble	0	1	1
ensemble	1	0	1	mana	1	9	10
fusion	1	0	1	magie	0	1	1
pouvoir	2	0	2	cœur	0	1	1
confiance	2	3	5	joie	1	0	1
énergie	1	0	1	soulagé	1	1	2
magique	0	13	13	surpris	0	2	2
mana	0	11	11	incroyable	0	1	1
contente	1	5	6	ra'au	15	11	26
magnifique	0	4	4	plantes	5	0	5
positif	0	4	4	malades	5	0	5
ouvert	0	2	2	important	5	6	11
formidable	0	2	2	nécessaire	0	2	2
santé	1	0	1	connaissance	6	2	8
massage	1	6	7	protéger	2	0	2
ra'au	0	2	2	travailler	1	2	3
essentiel	1	0	1	savoirs	0	3	3
important	1	0	1	dimension	1	9	10
primordial	1	0	1	marae	0	8	8
former	2	0	2	magnétisme	1	2	3
tahua	1	7	8	tahua	1	5	6
magnétisme	1	0	1	porte	0	7	7
chaman	0	6	6	gardien	0	4	4
marae	0	1	1	chamanisme	0	1	1
voyage	0	5	5	critique	3	0	3
porte	0	3	3	gueguerre	1	1	2
dangereux	2	0	2	problèmes	0	4	4
problème	0	3	3	crains	0	2	2
craint	0	2	2				
TOTAL	25	88	113	TOTAL	53	90	143

Superviseur culturel			
Mots récurrents	Avant	Après	TOTAL
échange	2	4	6
discussion	2	1	3
rencontre	1	1	2
partage	1	3	4
partenariat	1	0	1
reconnaissance	3	0	3
réconcilier	1	0	1
ensemble	0	4	4
rassemble	0	3	3
symbiose	0	1	1
ouvert	0	3	3
rassurer	0	3	3
médecine	5	9	14
santé	1	2	3
plantes	4	6	10
soigner	1	0	1
ra'au	0	1	1
nécessaire	2	0	2
essentiel	1	0	1
cohérence	1	0	1
important	0	6	6
indispensable	0	2	2
primordial	0	2	2
travail	7	18	25
transmission	4	0	4
savoir	3	0	3
recueil	2	0	2
marae	0	10	10
croissance	2	6	8
monde	4	0	4
dimension	2	7	9
tahua	0	9	9
chaman	0	3	3
spirituel	0	6	6
charlatanisme	3	1	4
diabolisé	1	5	6
difficile	1	2	3
gueguerre	1	4	5
mauvais	1	3	4
méfiance	1	4	5
problèmes	0	5	5
négatif	0	4	4
caché	0	4	4
TOTAL	58	142	200

Annexe 12 : Restitution entretiens finaux TP

1/ Déroulé du séminaire / Ressenti		2/ Fare Hape / la culture	3/ Presse / Venue du ministre
Herboriste 1	"Très contente" beaucoup de question de la part des PS. Transmission essentiellement familiale, de tradition orale. Lorsque l'on aborde les ancêtres et les songes, elle botte en touche	"Fare Hape c'est très intéressant pour faire ce projet-là". Quand on évoque le marae "j'ai pas trop ça dedans moi par rapport à Jenny". N'aborde pas la question du ressenti sur le marae et répond non	"Très très content de notre rencontre là-haut", "beaucoup touchée, première fois que je vois un ministre qui monte là-haut; qui s'est déplacé pour ça"
Herboriste 2	"Ca m'a beaucoup plus, j'ai appris beaucoup de choses par rapport aux intervenants"	Fare Hape "j'aime bien être là-haut, c'est pour me ressourcer aussi". Quand on parle du marae, elle ne s'étend pas non plus. Mais la culture l'inspire beaucoup.	"J'espère qu'il est de notre côté aussi" concernant la venue du ministre. Appréhension de l'entourage concernant cette rencontre "dans ma famille, ils ont dit, j'espère vous allez pas avoir des problèmes niveau santé, enfin côté politique quoi". Elle répond "ben de toute façon, on est protégé (...) sinon PARRAT il sera pas là, il sera pas avec nous (...) il est vraiment courageux d'organiser ce séminaire"
Chaman masseur 1	Magnifique "c'était un séminaire magique, c'était magique. Plein de partage, plein de connaissance, plein d'amour, tout ce que tu veux. Et que le mana remporte que le mana soit (...) magique c'est ce qu'on ne voit pas avec ses yeux"	Se sent chez elle à Fare Hape "bienvenu chez moi", le mana, la terre, l'eau, le vent, les oiseaux, tout (...) c'est sacré pour moi". Notion de porte abordée, "il faut toujours claquer la porte, tu pénètres jamais comme ça". Rituels sur les marae abordés, "on va direct, on demande pas la permission", mais pour les autres, il faut passer par eux. Pleins de problèmes s'ils n'avaient pas été là "il faut travailler nous et ceux de là-haut, je parle pas des personnes, non il faut qu'on soit tous d'accord"	A ressenti beaucoup de choses positives à la venue du ministre, "non mais ça a été positif pour moi, c'est positif, je sens que pour les projets à venir ça va être positif". Parle également du directeur de l'hôpital "lui il est dedans j'ai confiance (...) il est convaincu parce qu'il a essayé, il a vu, oui, il y a des choses qu'il n'ose pas dire et que tout le monde n'ose pas dire mais que nous nous savons, mais on ne le dit pas"
Herboriste masseur	Magnifique, "j'ai trouvé bien, même très bien même, avec tous les docteurs qui sont là-bas, on s'est bien amusé"	Ne connaissait pas Fare Hape, mais connaît le tunnel au-dessus. Important pour lui "nos ancêtres vivaient dans la vallée". A trouvé quelque chose qui lui ressemble là-haut même s'il est chrétien. Pense que le lieu a joué un rôle dans le séminaire, a ressenti les « tupuna ». En a parlé avec les autres TP "avec « chaman masseur 1 et 2, on s'est parlé, c'était fort". Pense qu'il y a beaucoup de choses à replanter là-bas, ne connaît pas d'autres sites comme celui-là en PF. La dimension culturelle a joué dans la réussite du séminaire, "c'est surtout la verdure de la vallée (...) ça attire"	Content de la venue du ministre. Le concernant il dit "non il est heureux, il est content, il nous soutient (...) ben lui dire qu'il faut nous soutenir, pour tout ce qui est médicaments traditionnels"
Chaman masseur 2	Renouveau de la médecine traditionnelle "les polynésiens vont retourner dans le passé (...) ah je me rappelle, grand-père a fait ce ra'au là". Les TP sont réhabilités "nous possédons ce secret que les vieux ont laissé de bouche à oreilles et de générations en générations, c'est la parole, le mana de la parole"	Ne connaît pas d'autres endroits comme Fare Hape, c'était l'endroit idéal pour le séminaire. Fait la part des choses entre la culture chrétienne et son rôle de TP "on ne peut pas mélanger (...) le marae c'est le marae, où il y a les ancêtres qui sont là, où il y a les Maohi". Il raccroche cela à la médecine en parlant du mana des tahua, le mana de Po (le monde de l'invisible). Se définit comme étant le gardien de cette tradition. Parle également de portes lorsqu'on évoque Fare Hape, pour lesquelles il faut demander une ouverture "c'est du respect". Parle de dimensions et de tupuna et évoque l'histoire de "Tila Uea" la déesse du feu. Évoque également le mot "tahua" qui fait peur et parle des interdits et prend comme exemple les marae. Pense que si les taote donnent l'exemple sur la médecine traditionnelle, les polynésiens suivront	Parle de sa rencontre avec le ministre et avec le journaliste de la dépêche à qui il a fait une forte impression "elle ne s'attendait pas à quelque chose de très (...) toutes les personnes qui sont passées avec « chaman masseur 2 » il faut les interviewer, c'est là on peut savoir"
Superviseur culturel	Très intéressé par le séminaire car "volonté de réconciliation", entre les deux modes de soin. "Projet de travailler ensemble (...) volonté de respecter l'un et l'autre et de reconnaître les valeurs de chacun". Besoin de "bien-être", TP exposés maintenant au grand jour car ont longtemps travaillé dans l'ombre, peut être difficile pour eux. Regrette la disparition des plantes qui est la matière première des TP. Pense que c'est avant tout un problème de religion qui a été imposé au peuple polynésien, et qui a fait que la culture a disparu, diabolisation de la culture "il faut dédiaboliser": Notion de dé formatage de la société polynésienne christianisée à 90%	Nous parle de son marae, classé comme familial, de la vie en communauté et en harmonie, des petites communautés cachées qui avaient leur propre mode de vie. Évoque aussi les tahua rapa'au qui avaient recours en leur divinité, et qui aimaient faire leur propre marae dans des lieux encore plus cachés, "tout ça pour rester en symbiose (...) tout se travaillait en fonction de leur croyance". Considère qu'il y a deux approches dans le soin "l'aspect physique, matériel et l'aspect spirituel". Dans la société polynésienne contemporaine, difficile de réfléchir sur ça "ambigu (...) à cause de la religion", le côté magie n'est pas abordé car considéré comme mauvais alors que c'est une part très importante, considère que ne pas inclure l'aspect spirituel est comme exclure une partie de la culture	

4/ Organisation Soirée / Ateliers / Participation	5/ Médecine complémentaire / Méditation / Hypnose	6/ Travail avec les autres TP en commun, échanges
S'est sentie à l'aise pendant les soirées, a déjà participé à des soirées. Emploi du français ne l'a pas trop gênée. Assez réservée en générale	Se semble plutôt dubitative par rapport à l'hypnose, "j'ai rien ressenti du tout (en riant)" ne pense pas qu'elle pourrait travailler avec les MC, "non ça correspond pas »	Très bien passé avec les TP, n'est pas dans la branche spirituelle de la MT "c'est J, qui est dedans" travaille plutôt dans la prévention chez les enfants. Ok pour travailler avec les TP, même si domaines différents. Ok pour faire partie d'un groupe de TP, mais aimerait avoir la maîtrise des choses. Peut-être manque de préparation pour elle lors du séminaire "pour pouvoir faire quelque chose pour les enfants il faut que ce soit bien... il faut que tout soit là"
A pu s'exprimer là-haut mais regrette le manque de temps	"Bah ça m'a rien fait du tout". A bien aimé l'hypnose mais n'a pas pu aller à la méditation, "c'était trop court" (...) mais sinon c'était très enrichissant"	Les échanges avec les autres TP se sont bien passés. Ok pour rencontrer d'autres TP, connaît des personnes qui aimerait bien participer. Reconnait que les jeunes manquent "les jeunes, ça les intéresse pas, pas pour le moment (...) ils connaissent pas les plantes (...) parce qu'ils ont pas vécu"
Contente de l'organisation, pense qu'on peut faire mieux "plus de TP, plus de personnes intéressées, de ceux de l'hôpital, puis tous ceux qui veulent bien y participer, peut-être pas y pénétrer direct, y entrer mais bon au moins voir". Ne parlait pas beaucoup lors des discussions, "je donne plus que ce que je parle"	A eu un bon contact avec l'hypnose menée par un médecin généraliste qui pratique l'hypnose, qui l'a libérée (peine de cœur). A reçu d'un PS "je me suis laissée, j'ai eu confiance en lui". La méditation ne l'a pas emballée, a plutôt apaisée la personne en charge. Trop de mana différents avec lesquels il faut composer "le mélange des deux" on peut le faire si le respect se passe entre les deux". Raconte aussi son expérience de voyage pendant une séance d'hypnose collective où elle a dû ramener deux personnes du pays des morts	La rencontre n'avait pas été préparée par les TP, d'après elle, tout est écrit d'avance "je savais ce qui allait arriver, voilà différence du chamanisme (...) je savais comme ça allait se faire (...) on n'avait pas besoin de se préparer parce qu'on était déjà apte à le faire (...) c'est celui qui craint qui se prépare, moi je crains pas". Relation avec les autres TP se passent mieux qu'au début. N'était pas forcément crédible pour les autres car plus jeune que les autres TP "c'est de se faire accepter, à l'œil des gens, je n'ai que 34 ans, à l'œil du mana, je suis plus vieille qu'eux, c'est ça la différence. Voilà où accepter quelqu'un qui est jeune mais plus grand de là (elle montre sa tempe) et plus grand de ça, c'est assez difficile". Elle a par ailleurs rencontré d'autres TP qu'elle souhaiterait faire connaître à E.P.
A trouvé le programme proposé "super", est resté dans son atelier pour les massages, a fait des groupes de personnes pour montrer ce qu'il faut pour faire les médicaments. N'a pas pu s'exprimer pendant les réunions "c'était difficile". Aurait souhaité plus participer. Pas assez d'échanges en tahitien pour lui "des fois il faut chercher le verbe, le sujet, c'est ça, surtout ça", compréhension difficile du français	N'a pas été aux ateliers de médecines complémentaires mais trouve que l'hypnose "c'est fort (...) j'ai regardé un peu comment il fait". N'a pas fait la méditation, n'a pas échangé avec les autres médecines complémentaires, n'en a pas eu le temps.	Discussion avec les autres TP sur le médicament, le massage "c'est surtout sur le ra'au, je m'explique avec eux, voilà ce qu'on a besoin pour soigner telle maladie". A surtout des donné des conseils aux autres qui étaient intéressés par son savoir sur le ra'au, mais n'a pas travaillé avec les autres TP "je pense qu'il faut en discuter d'abord". Lorsqu'on évoque le chamanisme des chamans masseurs, dit que c'est important pour lui mais ne s'étend pas sur le sujet. A beaucoup aimé les chants de Haururu "c'était bien, ça amène les gens joyeux". N'a pas réparé d'éthique avec les autres TP. Pense qu'il faudrait signer une charte pour tous les participants la prochaine fois "très important, qu'on nous regarde pas d'un petit œil, comme ça c'est claire"
Ne trouve rien à redire sur l'organisation du séminaire, grâce aux chants, à la danse "c'était important". Pense que l'on ne peut pas faire de médecine traditionnelle sans la part culturelle "c'est un tout". S'exprimer a été un peu difficile pour lui lors des soirées, contrairement au moment où on l'interroge où la parole est plus libre. Pense qu'il faut les deux langues, tahitien et français. A bien compris les termes médicaux utilisés lors des soirées "je comprends très bien quand vous êtes en train de parler", contrairement à l'association écoculturelle qui était un peu perdue.	Parle de sa rencontre avec l'hypnose et l'hypno thérapeute, qui lui a fait comprendre qu'il faisait de l'hypnose naturellement et avec qui il a beaucoup partagé "il y a eu ce grand partage, ce grand respect (...) Il sait maintenant qui je suis et je sais qui il est vraiment dans le passé". Pense que le chamanisme et l'hypnose se marient bien et qu'il peut travailler avec l'hypnose et la méditation, ils font la même chose. Il parle également de la méditation, n'a pas eu d'échange avec la personne concernée "ça a été moins fort, mais elle n'est pas venue me voir, parler tout ça..."	S'est partagé le travail de massage avec « chaman masseur 1 » et « herboriste masseur » "mais en plus de ça, il y a ce magnétisme". Est allé un peu partout "pour vraiment sentir les choses". Entre les 5 TP, tout s'est très bien passé, ça a renforcé leurs liens, et depuis ils s'envoient des patients. Va recruter d'autres TP maintenant et parle de sa rencontre avec papa Teke qui a la maîtrise du feu, tout comme « herboriste masseur » et lui.
	Pour que la médecine polynésienne soit transculturelle, "il faut d'abord la disséquer (...) la chercher là où on l'avait laissé (...) essayer de recoller les morceaux (...) on l'a plus ou moins démolie, diabolisée, dévalorisée" Il faut reconstituer le tout et ensuite travailler sur la façon de l'utiliser. Un gros travail à faire, de recherche, de reconstitution, rassembler des techniques en considérant les aspects physiques et spirituels. Le chamanisme est pour lui tout à fait comparable au taha polynésien. Adepte de l'échange et de la communication, confronter ses expériences et en faire quelque chose de complet et de synthétique. Intégrer sans corrompre "on va seulement intégrer ce qui est intégrable".	On doit garder la partie MT "en tant que telle" et voir les parties sur lesquelles on peut travailler en commun. Pas facile à mettre en œuvre à cause des problèmes d'égo "chacun a son égo et aussi ses convictions spirituelles". Rêve que les TP atteignent la dimension du taha rapa'au, ne pense pas que les TP actuellement aient ce pouvoir, "y'en a qui prétendent l'avoir d'emblée, ils ont à peine 5, 10 ans de pratiques", a de sérieux doutes sur ces affirmations, parle de l'égo des gens "on aime se vanter (...) je reste quand même un petit méfiant de ces gens-là, mais sans pour autant les disqualifier". A déjà été confronté à des "taha", les a sondé, personnes dont l'esprit est très profond "t'as pas affaire à un lambda", il y a matière à débattre avec eux. Ne se considère pas comme faisant partie d'un groupe "c'est plutôt des individualités (...) on n'a pas constitué un noyau, c'est plutôt des rencontres on va dire". "l'être humain est confronté au vice et à la vertu", y'a toujours un dérapage qui reste possible. Garde un scepticisme quant au sérieux de la chose, « être soignant c'est sérieux ». Aborde le terme de charlatanisme pour les personnes qui pratiquent avec leurs idées personnelles et non selon les vraies définitions du chamanisme.

7/ Rencontre avec les PS Appréhension Doute échanges Discussion	8/ Médiation	9/ Projets Haururu Médecine complémentaire PS Hôpital
Échanges avec PS à titre professionnel mais surtout à titre personnel. Transmission des deux côtés. "ça m'a touchée, je suis contente qu'elles m'ont posées ces questions". Parle d'un échange qu'elle a eu avec une kiné, pratique de la MT par sa tante, se rend compte qu'entre TP, ils font la même chose et emploient les mêmes traitements. Échange intéressant pour elle. Séminaire a rempli ses attentes en parti seulement "ben faut aller au-devant".	N'a pas vu les reportages, ni lu la presse mais des personnes lui en ont parlé, sa fille adoptive a vu la dépêche. La famille "ils étaient très contents", les gens de Haururu aussi. "Y'a certaines familles qui m'ont dit de continuer". A reçu des encouragements de leurs parts.	Concernant un projet en pédiatrie à l'hôpital, ne sait pas. Des rencontres avec d'autres personnes, elle est plutôt favorable.
La rencontre avec les PS s'est très bien passée "on a la même manière de penser, la même vision (...) ils sont restés au même niveau que nous". L'échange s'est fait des deux côtés. Souhaite refaire des séminaires car "aujourd'hui je suis ouverte". Elle est beaucoup plus détendue, s'exprime plus. "on dirait qu'ils sont en train de nous aider, nous pousser à aller plus loin quoi...". Rencontre très importante "c'est parce que c'est la première fois"	Voir 3/	Est prête à monter cette école de médecine. Très enthousiaste. N'est pas contre venir à l'hôpital "oui pourquoi pas, aller voir les malades, de ce qu'ils ont besoin". N'a plus de doutes, est rassurée par la présence d'Y. D présente le jour de son entretien final
La rencontre avec les PS s'est très bien passée, à telle point que "maintenant ils en redemandent". Elle s'est mise à l'aise pour faire ses massages, les pieds dans l'eau. Elle a beaucoup donné, et a reçu aussi en échange "leur gratitude, beaucoup d'amour, beaucoup de joie, et un bien-être fou qui m'a rendu contente pour ça". Les PS ont besoin de ce bien-être "grandement besoin"	Regrette un peu d'avoir été mise en avant (photos dans la presse papier) mais retour "magique". D'autres TP veulent participer et d'autres posent des questions.	La dimension ancestrale culturelle de la médecine intégrative en Polynésie est déjà présente à l'hôpital pour elle. Ce séminaire lui a permis d'avoir une vision nouvelle "au début j'étais restreinte mais à un niveau !" Le séminaire l'a encouragée "pour faire découvrir quelque chose qui peut aider, qui va aider beaucoup de monde, les malades et puis eux-mêmes, nous tous". Concernant le Fare Rapā au, il devra être dirigé par les TP "parce que Y'a que nous qui savons comment on fait". Elle pourrait y accepter des PS. Elle est aussi prête pour son poste à l'hôpital.
Sur la rencontre avec les PS "bas chapeau", a été bien accueilli, n'a pas eu de problèmes "du tout, aucun, jusqu'au dernier jour". N'a pas pu leur poser des questions "c'est que je suis en train de travailler, c'est eux qui me posent des questions tu vois (...) sur le massage, sur le ra'au, qu'est-ce que tu mets, comment tu fais". Globalement a trouvé le séminaire trop court, aurait aimé que ça dure plus longtemps. Ce séminaire a répondu à ses besoins "c'est très important pour moi et je pense même pour les docteurs aussi. C'est ce que j'ai montré, les feuillages, les bois, ce sont tous des médicaments, voilà dans la nature, c'est chez moi, c'est ma pharmacie". Attend aussi qu'on le forme à l'hôpital "je viendrai (.) et c'est avec plaisir"	Heureux de son article dans la dépêche. Son entourage lui a parlé de l'article, ils étaient fiers "ben c'est très bien, c'est notre culture, c'est notre ra'au, il faut la garder (...) ils sont heureux, les gens de Hitiaa, même de Mahaena, toute la côte est hein, ils nous soutiennent". D'autres TP l'ont contacté pour savoir comment ça se passe, et qui sont intéressés. A pu monter un stand de massage traditionnel à la mairie de Hitiaa suite au séminaire.	A rencontré d'autres TP avec E.P, n'a pas revu les gens du séminaire par la suite. Il est appelé de partout par les malades et les TP. N'a pas eu par contre de contacts avec les médecins de l'hôpital. A toujours envie de travailler à l'hôpital. Pense pouvoir travailler avec l'hypnose. Quand on l'interroge sur les médecines complémentaires et la tradition polynésienne et de la médecine intégrative autour des besoins du patient "je pense que c'est une bonne chose ça, y'a un mélange des deux. Si on travaille ensemble, y'a une réussite" autant chez les polynésiens que chez les popa'a. Ce séminaire "y'a beaucoup de chose, le tout, c'est un ensemble". Avait les idées plus claires vers la fin.
Il décrit sa rencontre avec les PS par le mot "étonnement", il a abordé la culture polynésienne et ses expériences avec les PS avec qui ça s'est bien passé au-delà de l'étonnement "aujourd'hui je pense que c'est arrivé un temps où il fallait tout dévoiler"	N'a pas vu le reportage télé le soir mais en a entendu parler, les gens lui en ont parlé "ah j'ai entendu parler de votre rassemblement là-bas à Fare Hape avec les taote tout ça (...) c'est le bon moment, il faut travailler avec les taote". Ils ont également fait une émission radio avec « herboriste masseur » en tahitien où ils ont parlé du massage, du ra'au Tahiti "mais j'ai parlé au niveau du magnétisme, j'ai parlé de « chaman masseur 2 » ne touche pas les personnes (...) et pis « herboriste masseur » a parlé du ra'au Tahiti (...) c'est un ensemble"	A compris le sens de la médecine intégrative. Pense que c'est au TP d'aller chercher les autres TP par peur des réactions négatives "c'est nous qui allons chercher ces personnes-là (...) parce que première parole, travailler avec les taote, il n'en est pas question ! (...) on va discuter, on va tout déballer, (...) c'est en discutant que là on va bien voir les choses". Pense que la médecine intégrative traditionnelle est un terme qui parle et est prêt à devenir un leader, le séminaire est pour lui une "très grande réussite". Il faut en refaire d'autres avec d'autres personnes, même si celles déjà venues vont vouloir revenir. Il faut que les TP rentrent à l'hôpital et qu'ils soient formés. Ils étaient déjà présents à l'hôpital sans que les PS ne le sachent "depuis longtemps c'est mon titre pastoral que je mets en avant, mais quand j'arrive sur les lieux..."
A discuté avec les PS des croyances et du côté spirituel qui l'ont beaucoup interrogé là-dessus, "on sortait du domaine de la médecine, on allait plutôt dans le domaine général des croyances"		Séminaire "indispensable", sujet vital primordial. Travailler dessus honnêtement et efficacement et mettre l'accent sur préventif, un exemple de travail sur l'alimentation. Sa parole passe mieux maintenant "il faut parler, il faut expliquer, il faut partager, échanger, même s'il y a des méfiances au départ, plus tu expliques les choses, plus les gens se rendent compte que ton objectif est honnête et positif"

10/ Par la suite
Pour la prise en main du Fare "non c'est seulement pour nous. Mais c'est bien si y'a des gens de dehors qui participent aussi dedans pour les mamas". Elle est ok pour se fédérer avec d'autres TP. Reste encore timide pour s'exposer devant tout le monde "j'aime pas trop parler devant le monde". Pense que les TP n'ont pas acquis assez de confiance. "j'étais très contente pour le séminaire. C'est la première fois que je participe à ça."
Elle espère réussir à reprendre leur place "oui continuer, ne pas s'arrêter d'en parler".
A la question la capacité à fédérer les autres TP et à constituer quelque chose de fort te paraît possible aujourd'hui, elle répond "on va passer d'abord quelque chose de bien, quelque chose d'utile et après on va le rendre fort, voilà c'est mieux comme ça". il faut "se voir, discuter, pis une fois que c'est bon, ben c'est bon, c'est tout (...) chaque chaman est différent, chaque tahua est différent"
Pense pouvoir arriver travailler à l'international grâce à la culture polynésienne. Et à l'hôpital aussi pense qu'on va y arriver "oui oui c'est sûr"
La plupart des PS pensent que la MT est un frein à la médecine conventionnelle, les TP se retrouvent confrontée à des gens qui ne souhaitent pas aller à l'hôpital "c'est un très grand problème". Les patients sont surpris quand les PS introduisent les TP en les légitimant "c'est le fait que tu ais dit, il travaille avec moi, là ça y est, ça passe". Il est bien installé dans le projet de médecine intégrative, c'est naturel et ce qu'il devra se passer "dans toutes les dimensions". On doit travailler ensemble
Se considère comme païen, a été diabolisé, mais à force d'explications, les gens se rendent compte que cet état d'esprit n'a rien de négatif "c'est juste négatif par rapport à certains dogmes". Pense que les polynésiens sont toujours liés aux croyances "peut-être ils ont été corrompus un temps mais ils se sont réveillés à un moment".

Annexe 13 : Éthique et sécurité

	AVANT LE SEMINAIRE		
	Ethique		Sécurisation des pratiques
Herboriste 1	Il nous demande aussi de mettre en place des règles de travail communes, on va en parler mais c'est ce qu'on appelle une éthique, une déontologie, qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on ne peut pas faire. Dans quel cadre ? Par exemple, pour en citer un qu'on met toujours en avant, le secret professionnel ! Qu'est-ce que tu en penses ? <i>Ouais, c'est très important.</i> Aujourd'hui vous avez de telles règles ou pas ? <i>Non</i> Vous en avez déjà discuter ensemble ou pas ? <i>Non, pas encore</i> Donc tu penses qu'à cette occasion, on peut en discuter ensemble ? <i>Oui</i>	D'accord, au final, qu'est-ce que tu penses que la médecine traditionnelle peut apporter au domaine de la santé en Polynésie ? <i>Ben du bien</i> Du bien ? <i>du bien pour les malades</i> Du bien pour les malades ? <i>voilà c'est ça, c'est pour aider les malades</i>	Grande question, assurer la sécurisation des pratiques en médecine traditionnelle. Faire que la médecine traditionnelle ne soit pas dangereuse. Qu'est-ce que tu penses de ça, quand on dit que c'est dangereux ? <i>Il y a des médicaments traditionnels qui sont très dangereux, que nous on ne peut pas le (lenny parle en tahitien)</i> Ça vous pouvez pas le transmettre aux autres ? <i>non</i> D'accord, comment justement tu penses qu'on peut arriver à sécuriser ces pratiques, que ça tombe dans des mains malveillantes ? T'as déjà une idée là-dessus ? <i>Euh, les médicaments comme cela ya certaines qui font, les polynésiens le savent déjà. Mais ya certaines qui font à leur manière, mais nous non. Parce que nous on sait où sont les médicaments qui sont très dangereux, on n'y touche pas.</i> Tu penses que c'est ça qui vous a fait de la mauvaise publicité ? <i>voilà</i> C'est tombé entre les mains de gens qui savaient pas ? <i>voilà, et de la vente aussi.</i> Donc vous êtes au fait de cette sécurisation ? <i>Oui, on peut aller en prison avec ça, on peut y aller en prison</i> C'est important pour vous ? <i>oui</i>
Herboriste 2	Est-ce que tu penses qu'entre tradipraticiens et avec notre aide vous pourriez mettre en place des règles entre vous ? Par exemple pour la reconnaissance ? Difficile ? Tu sais pas trop ? <i>Non</i> Complicité ? <i>oui. (elle regarde sa voisine)</i>		Assurer la sécurisation des pratiques, pour que la médecine traditionnelle ne soit pas dangereuse (elle rit en regardant sa voisine). Qu'est-ce que tu penses de ça ? <i>des charlatans?</i> Ouais. Vous les craignez les charlatans alors ? <i>oui oui oui</i> Ils vous font du mal ? <i>Je sais pas.</i> Tu sais pas ? <i>(elle fait non de la tête)</i> Parce qu'il y a eu des accidents ? <i>voilà,</i> Qu'est-ce que tu penses de ça ? <i>Comme j'ai jamais (elle mime avec les mains)</i> T'as jamais échangé avec d'autres personnes ? <i>Ils font ce qu'ils veulent hein</i>
Chaman masseur 1	De mettre en place une éthique, déontologie. C'est-à-dire des règles de travail entre les tradipraticiens d'une part, donc est-ce que vous allez réussir à vous organiser entre vous ? <i>Déjà nous les masseurs, entre tahua, nos énergies sont tellement différentes que, et ça c'est vrai hein, mais j'ai tellement confiance dans ce que j'ai. Non, tout va bien se passer.</i> Et aussi une éthique et une déontologie. C'est-à-dire des règles de travail en commun, parce exemple et je vais en citer une, c'est le secret professionnel ? <i>oui</i> C'est-à-dire qu'on ne dit pas tout ce qui concerne la personne, on ne cite pas de nom, on ne parle pas de ça. Donc, ce type de règle, est-ce que tu penses que ça va pouvoir se mettre en place ? <i>Je pense que oui</i> Parce que vous êtes prêt à en discuter entre tradipraticiens et avec nous ? <i>Oui/oui</i> Dans les différences que tu nous fais sentir, ce qui est clair c'est que, est-ce que vous avez conscience qu'on a les mêmes problèmes les professionnels de santé entre nous ? <i>oui (elle rit)</i> On a différentes approches, on est tous humains, donc voilà. Est-ce que c'est quelque chose, pris l'un dans l'autre, cet échange, on va pouvoir travailler ? <i>oui on va pouvoir travailler ensemble sur ce projet là</i>	C'est un peu la fin, comment est-ce que tu penses que ce séminaire va faire avancer les choses, de façon un peu plus concrète, qu'est-ce que t'en attends vraiment au final ? <i>Un bon partenariat. Une bonne collaboration voilà. Un bon... Il faut que nous aidons nos populations, voilà, j'attends que le projet qui a été mis en place soit apte, soit...</i>	C'est-à-dire que la médecine traditionnelle ne soit pas dangereuse, soit sûre, qu'est-ce que t'en penses ? (elle rit), qu'est-ce que j'en penses ? <i>en tout cas il faut qu'ils viennent essayer d'abord. La médecine traditionnelle, enfin pour moi quand ça ça croit beaucoup, non y'en a rien de dangereux, pour moi. Ya rien de dangereux dans tout ça. Confiance, respect (elle fait non de la tête)</i> C'est ça l'essentiel, confiance, respect, donc avec la personne qu'on soigne aussi ? <i>oui oui</i> A partir de ça, ça doit permettre de lever toutes les ambiguïtés ? <i>oui oui</i>
Herboriste masseur	C'est de mettre en place un certain nombre de règles, est ce que tu penses qu'entre tradipraticiens vous allez pouvoir vous accorder sur certaines règles ? <i>Je peux pas te dire</i> T'as pas réfléchi à cette question encore ? <i>Non</i> Et avec nous les professionnels de santé, tu penses que ça sera faisable ? <i>Je pense que oui, je pense que oui</i>	Qu'est-ce que la médecine traditionnelle peut apporter à la santé en Polynésie pour conclure ? <i>Beaucoup de choses, beaucoup de choses et beaucoup de bonheur pour les gens malades.</i>	Alors une grande question, l'OMS veut aussi assurer la sécurisation des pratiques pour que la médecine traditionnelle ne soit pas dangereuse. <i>Ah non non</i> Qu'est-ce que tu en penses de tout ça ? On en parle souvent ? <i>Ils ont tout à fait raison. Nous, nos ancêtres nous ont appris comment il faut préparer le médicament. Le plus dangereux c'est le metu puu, donc lui c'est 3 poices, ben y'a d'autres qui prenaient 6 poices. Le danger est là. Le danger vient de là</i>
Chaman masseur 2	Tu penses qu'on va pouvoir travailler sur des règles comme ça et les mettre en place ? <i>J'ai toujours fait ça, en faisant, en pratiquant cette connaissance, j'ai vu qu'il ne faut pas aller contre les toate, eux. C'est vrai, nous avons une limite, les toate ont des limites aussi.</i> Et tu penses qu'entre tradipraticiens vous allez réussir à établir des règles entre vous ? Est-ce que ça paraît possible ? <i>Si on ne le fait pas maintenant, on ne peut pas le faire demain.</i> Bien sûr. Il faut le faire aujourd'hui. Tout le monde ne sera pas d'accord, je suis sûr, même au niveau des toate, il y aura des toate qui ne seront pas d'accord, c'est sûr. Mais à partir du moment que la machine sera enclenchée, c'est sûr il y aura des critiques.		Assurer la sécurisation des pratiques en médecine traditionnelle. C'est-à-dire qu'elles ne soient pas dangereuse. Qu'est-ce que t'en penses ? <i>Oui bien sûr. Bien sûr</i> C'est important ? <i>Oui c'est important dans tout domaine.</i> Tu connais des préparations qui sont dangereuses ? <i>Oui oui oui. Tu vois la ciguatera, j'ai le rd'au. Comme disait une de nos collègues, une amie elle est partie voir le gouvernement pour qu'on lance l'analyse de tout ça. Et voilà que cinq ans plus tard, une société qui arrive, et on lui a donné. Maintenant qui est propriétaire ? C'est plus les polynésiens.</i>
Superviseur culturel	Il recommande aussi d'effectuer un travail entre vous, que toi tu as déjà mis en place dans ton réseau familial, qu'est-ce que tu penses d'un travail entre tradipraticiens ? Pour mettre en commun vos pratiques ? <i>Pourquoi pas. Mais mal ce que je pense plus utile, c'est qu'il y ait une espace de cohérence et d'harmonie dans la pratique.</i> C'est la question suivante, l'OMS recommande de mettre en place une éthique, une déontologie, c'est-à-dire des règles de travail entre vous, qu'est-ce que tu en penses ? <i>C'est ça, c'est ça qu'il faudrait faire, comme ça on évacue juste ment le côté charlatanisme. Mais bon il va falloir des critères pour pouvoir distinguer lequel est sérieux, lequel n'est pas sérieux.</i>	Qu'est-ce que la médecine traditionnelle peut apporter au système de santé polynésien ? <i>Beaucoup de choses. Il faut déjà d'emblée reconnaître que les deux techniques sont complémentaires. Ça veut dire que c'est pas seulement la traditionnelle qui est la meilleure, c'est pas non plus la moderne, elles se complètent. Certains soins qui seraient plus efficaces au travers des pratiques traditionnelles, d'autres soins plus efficaces côté moderne, donc il faut faire ce travail-là. Peut-être de sélectionner les différentes efficacités d'un bord et de l'autre de manière à maintenir que ce qui est positif de manière globale pour soigner nos malades.</i>	Faire en sorte que la médecine traditionnelle ne soit pas dangereuse, qu'est-ce que tu en penses ? <i>Bien sûr c'est nécessaire aussi. C'est pour ça qu'il faudrait faire un travail par des chercheurs, des scientifiques, pour qu'il puisse évaluer le taux de dangerosité, parce qu'on sait que certaines plantes peuvent être toxiques, mais à une certaine dose, ça peut guérir. Normalement les tradipraticiens de longue date, qui ont une honnêteté dans leur travail, qui ont une expérience de longue date de plusieurs générations, eux ils connaissent les limites, ce genre de limites, la dangerosité et ce qu'on peut réellement utiliser comme plantes, les dosages tout ça.</i>

Travail mené dans le cadre de la Licence Créative Commons :
« Projet pour une médecine traditionnelle intégrative transculturelle en Polynésie ».

HAURURU & REPMAR 2019



POANOUI Graziella
UN PROJET POLYNESIEN DE MEDECINE INTEGRATIVE. Analyse ethno-médicale de la rencontre entre Tradipraticiens et Professionnels de Santé à Tahiti.
Nombre de pages : 169 ; Références bibliographiques : 118 ; Tableaux : 30
Thèse de médecine : Lyon 2019 ; n°298

RESUME :

La stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle (MT) préconise la collaboration entre professionnels de santé (PS) et tradipraticiens (TP) dans un souci constant de soins adaptés au patient. Un modèle d'approche transculturelle a été testé et une expérimentation collaborative de médecine intégrative (MI) entre PS et TP a été menée dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPf). Son succès a permis d'envisager son extension à d'autres services du CHPf sur la base d'une question de recherche : PS et TP veulent-ils et peuvent-ils travailler ensemble, à quelles conditions, et quelles peuvent être les implications dans le domaine de la santé en Polynésie ?

Un séminaire a été organisé. Il a réuni 28 PS et 6 TP sélectionnés sur leurs motivations à se rencontrer. Ils ont participé à des ateliers culturels, de MT et de thérapies complémentaires. Les PS ont été évalués par auto-questionnaires et les TP par entretiens vidéo, avant et après le séminaire. Les questions ont porté sur la culture, la MI, la MT et les résultats de la rencontre. Les résultats d'une analyse statistique des données des PS ont été confrontés aux résultats d'une analyse anthropologique de celles des TP.

La satisfaction et la réussite du séminaire progressent chez les PS (8,2 + 1,4 sur 10, $p = 2.10^{-4}$ Friedman) et sont unanimes pour les TP qui doublent à triplent leurs temps de paroles avec 92% de termes positifs. Les connaissances en culture, MI et MT des PS progressent (2,7 + 0,7 sur 4, $p = 1.10^{-6}$; 2,3 + 1,3, $p = 4.10^{-5}$; 2,9 + 1,5, $p = 1.10^{-3}$) mais ils conservent des difficultés pour concevoir l'implication de la culture et de la pratique de la MI (7,5 + 0,6 sur 10, $p = 0,2$; 8,2 + 0,3, $p = 0,4$). La culture et la MI représentent 22,7% et 34,1% des propos des TP, ceux de MI étant centrés sur la relation de soin (19,1%) et le travail avec les PS (14,6%). La volonté initiale des PS pour travailler avec un TP est très élevée et atteint un niveau record (0,91 + 0,06 sur 1, $p = 0,08$) alors que les capacités pour travailler avec un TP progressent (6,9 + 1,3 sur 10, $p = 0,049$). 93 % des PS souhaitent que le CHPf dispose d'un TP, 82% pouvoir travailler avec un TP et 71% travailler effectivement avec un TP. Les volontés et capacités des TP pour travailler avec les PS sont unanimes dès lors qu'ils y sont invités. Les conditions communes fixées à la collaboration portent sur la sécurité, l'ancrage à la culture, le respect et le dialogue, la relation de soin centrée sur le patient et son bien-être, l'éthique et la formation.

Les résultats de la rencontre entre PS et TP confirment leur volonté et leurs capacités à travailler ensemble. Ils précisent les conditions de collaboration tenant à la sécurisation des pratiques, au respect mutuel, au dialogue et à l'ancrage culturel de la relation. Le projet de MI traditionnelle transculturelle polynésienne répond ainsi aux conditions définies par l'OMS dans sa stratégie pour la MT. Il peut dès lors se compléter par l'étude du « comment travailler ensemble » selon deux approches complémentaires. Celle en cours, de MI hospitalière spécialisée conduite au quotidien par l'équipe de pneumologie avec une tradipraticienne. Ainsi que celle maintenant lancée, d'une collaboration de santé communautaire de proximité portant sur la prévention et le petit soin. L'ensemble a vocation à ouvrir de grandes perspectives pour la santé en Polynésie, dans un cadre original de recherche et d'enseignement, entre modernité et tradition.

MOTS CLES

- Médecine traditionnelle
- Médecine intégrative
- Culture et santé
- Soin centré patient
- Système de santé
- Recherche

JURY

Président : Monsieur le Pr VANHEMS Philippe

Membres : Monsieur le Pr ZERBIB Yves
 Madame le Pr DALIGAND Liliane
 Monsieur le Dr PARRAT Éric
 Madame le Dr HARPET Claire

DATE DE SOUTENANCE

17 octobre 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR

BP 111 471, MAHINA, POLYNESIE FRANCAISE