

**Décryptage de la trajectoire sémiologique
et phénoménologique des complications
chez les diabétiques de type 2 :
Le cas des Polynésiens autochtones**

par

Geneviève Imbert – Berteloot

Thèse de doctorat effectuée en cotutelle

au

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Université de Montréal

ET au

Département des Sciences Humaines et Sociales

Ecole Doctorale

Université de Bordeaux 2

Thèse présentée à la Faculté des Etudes Supérieures de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.) en Santé publique
option Organisation des soins de santé
et à

l'Université de Bordeaux 2

en vue de l'obtention du grade de Docteur en Ethnologie
option Anthropologie sociale et culturelle

Février, 2007

© Geneviève Imbert - Berteloot, 2007



WA
5
U58
2007
V.009

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des Etudes Supérieures
et
Département des Sciences Humaines et Sociales
Ecole Doctorale
Université Victor Segalen de Bordeaux 2

Cette thèse intitulée :
Décryptage de la trajectoire sémiologique et phénoménologique des complications
chez les diabétiques de type 2 :

Le cas des Polynésiens autochtones

*La maladie du sucre chez les Polynésiens :
Rupture, malheur, souffrance, et espoir du divin*

Te ma'i tihota i ni'a i te ta'ata mā'ohi
Fati, 'ati, māuiura'a, 'e tīa'ira'a i te Atua

présentée et soutenue à l'Université de Montréal par :

Geneviève Imbert - Berteloot

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur et membre du jury	Nicole Leduc
Directeur de recherche (Université de Montréal)	Gilles Bibeau
Codirecteur (Université de Bordeaux 2)	Annie Hubert
Membre du jury	André-Pierre Contandriopoulos
Examineur externe	Raymond Massé
Représentant du doyen de la FES	Nicole Leduc



Résumé

Les complications dont souffrent les personnes atteintes de diabète de type 2 justifient la prise en compte de la gravité de cette maladie comme une priorité en santé publique car elle génère des complications micro et macrovasculaires conduisant à des invalidités, à une augmentation de la morbidité, et fait peser un fardeau économique et humain sur les systèmes de santé et les sociétés.

Cette thèse consiste à retracer la trajectoire sémiologique et phénoménologique de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez des Polynésiens autochtones vivant dans la zone urbaine de Tahiti, selon une approche anthropologique analytique interprétative et synchronique, et dans une perspective de Santé publique.

Il est soutenu et démontré que l'évolution du diabète de type 2 vers les complications n'est pas réductible à l'histoire naturelle de la maladie ou à son strict processus physiopathologique.

L'étude de cas de 30 Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2 recrutés en milieu clinique et non clinique, interrogés en langue tahitienne dans leur lieu de vie, a permis d'analyser le récit de la trajectoire de l'expérience de leur maladie à partir d'un modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique.

Il est mis en évidence que l'apparition et le développement des complications chez ces Polynésiens résultent, - par-delà l'influence de leur niveau socio-économique et éducatif -, du processus complexe impliquant l'impact de leur interprétation du discours médical et du vécu de leur expérience du diabète sur la construction de leur représentation de la maladie, structurant ainsi leurs attitudes, conduites, et ré-actions en santé.

Les mécanismes à l'origine de la production des complications s'organisent ainsi à partir de l'influence des représentations du diabète des Polynésiens sur leurs comportements vis-à-vis de leur(s) problème(s) de santé, en intégrant les facteurs psychosociaux et culturels qui influencent l'évolution de leur maladie vers la gravité.

L'analyse transversale des récits des 30 cas permet de distinguer différentes formes de production des complications et de dévoiler la structure intime de leurs mécanismes.

Les représentations du diabète construites par les Polynésiens à travers leur interprétation des messages entendus dans l'espace clinique et de ceux qui sont diffusés par les médias notamment lors des campagnes de prévention, permettent de comprendre l'origine des difficultés et des obstacles, (e. g. résistance des malades polynésiens dans le système médical occidental), auxquels sont confrontés les cliniciens, les professionnels de santé et les acteurs de santé publique dans leur pratique quotidienne.

Si les résultats de cette étude confirment et illustrent le caractère fécond de recherches impliquant l'anthropologie médicale dans le champ de la santé publique, ils appellent les acteurs de l'espace clinique, les concepteurs de programmes et les acteurs en santé publique à réfléchir sur leurs pratiques et les effets qu'elles produisent.

Plus largement cette thèse contribue à l'approfondissement des connaissances sur les communautés autochtones et à renforcer les arguments de ceux qui plaident en faveur d'un changement culturel radical en santé publique (Bibeau, 1999).

Mots-clés : Diabète de type 2, complications, peuples autochtones, Polynésiens, épidémiologie sociale, anthropologie médicale, recherche qualitative.

Abstract

The complications faced by persons suffering from Type 2 Diabetes justify that the disease be taken as a public health priority. This is because the illness may generate both micro and macrovascular complications that can lead to disabilities and increased morbidity rates, as well as placing an economic and human burden on healthcare systems and societies.

This thesis retraces the semiological and phenomenological trajectory from the onset of Type 2 Diabetes mellitus towards complications it poses to indigenous Polynesians living in urban areas of Tahiti. The interpretive and synchronic analysis follows an anthropological and public health perspective. It proposes and demonstrates that the evolution of Type 2 Diabetes into complications is not reducible to the natural history of the disease, nor to strictly physiopathological processes.

The case study of 30 indigenous Polynesian carriers of diabetes mellitus recruited in both clinical and non-clinical milieus, and interviewed in the Tahitian language in their home environments, permits the analysis of narrative trajectories of the disease's experience from a semiological-phenomenological model. It is argued that the apparition and development of complications among these Polynesians result - beyond the influence of a person's socio-economic and educational status - from complex processes that involve the impact of a sufferer's interpretation of medical discourse and the lived experience of diabetes on the construction of one's representations of the illness, in this way structuring one's health attitudes, conduct and reactions. Mechanisms at the heart of producing complications are hereby organized according to the influence that representations of diabetes mellitus faced by Polynesians has on their behaviour vis-à-vis health problem(s), integrating psychosocial and cultural factors that influence the development of their illness into a serious condition.

Spanning 30 case narratives, the analysis permits to distinguish different forms of the production of complications, and to reveal the inner structure of their mechanisms. Representations of diabetes constructed by Polynesians through their interpretations of messages received in the clinical space and of those diffused in the media, most notably through prevention campaigns, permit us to understand the origin of potential difficulties

and obstacles (e.g. resistance by ill Polynesians to the Western medical system), and public health actors in their everyday practices.

If the results of this study confirm and illustrate the fruitful nature of studies involving medical anthropology in the field of public health, they appeal to actors in the clinical domain, programme designers, and public health agents to reflect on their practices and the effects they produce. More largely, this thesis contributes to our deepening knowledge of indigenous communities and reinforces arguments by those who plea for a radical cultural change in public health (Bibeau, 1999).

Keywords : Diabetes Mellitus, complications, indigenous peoples, Polynesian, social epidemiology, medical anthropology, qualitative research.

Résumé vulgarisé de la recherche destiné aux Polynésiens diabétiques inclus dans l'étude (version française)¹

Chercheur responsable : Geneviève Berteloot
Directeur de recherche : Gilles Bibeau
Université de Montréal
Codirecteur de recherche : Annie Hubert
Université de Bordeaux 2

Papeete, le _____

Madame, Monsieur,

Dns le cadre de la recherche sur le diabète chez les Polynésiens à laquelle vous avez participé, (entretiens réalisés du 1^{er} novembre 2003 au 04 octobre 2004), et qui était chapeauté par l'Université de Montréal (Canada) et par l'Université de Bordeaux 2 (France), je me suis engagée à vous adresser un résumé de cette étude.

J'ai donc le plaisir de vous présenter ci-après les principaux résultats issus de l'analyse des récits recueillis auprès de vous-même et des autres Polynésiens diabétiques autochtones que mon interprète et moi-même avons rencontrés.

1°) Parce que le diabète n'est pas une maladie qui se manifeste au début par des signes douloureux, le Polynésien qui sait pourtant qu'il est porteur de la maladie, ne va pas y prêter attention immédiatement. Il va attendre de percevoir une douleur insupportable ou de constater des signes inquiétants pour finalement utiliser des remèdes traditionnels ou se rendre chez le médecin, retardant ainsi le début de ses soins.

¹ La version en langue tahitienne de ce résumé de vulgarisation est présentée à la page ix.

2°) La prise en charge médicale du Polynésien diabétique est aussi souvent retardée en raison de sa perception particulièrement terrifiante du diabète liée à ses complications qu'il redoute, notamment les plaies qui s'infectent et qui conduisent à des amputations, mais aussi la cécité, et la dialyse.

3°) Ces images très négatives de la maladie conduisent certains Polynésiens diabétiques à ne pas accepter leur maladie de surcroît pour les raisons suivantes :

soit, parce qu'ils ont maintenu leur alimentation traditionnelle qui, selon eux, les protège du diabète et d'autres maladies (cancer) ;
soit, parce qu'ils n'ont pas de membres de leurs familles atteints par le diabète ;
soit, parce qu'ils utilisent des remèdes traditionnels qui peuvent, selon eux, apporter la guérison à leur maladie.

4°) De manière générale, les Polynésiens étant convaincus du caractère incurable du diabète, maladie qui ne guérira pas parce que « il n'y a pas de moyen », trouvent la force dans leur foi qui leur apporte l'espoir d'une guérison, notamment à travers l'utilisation des remèdes traditionnels issus des plantes créées par Dieu.

Enfin, on constate que le milieu de vie des participants, situé dans la zone urbaine de Tahiti particulièrement stressant (à l'opposée de la vie sereine du Tahiti d'autrefois ou de la vie au district ou dans les archipels éloignés) apparaît contribuer à la survenue de la maladie du diabète.

Je profite de l'occasion de cette correspondance pour vous renouveler mes remerciements pour la confiance que vous avez témoignée à mon interprète et à moi-même, et aussi pour votre participation généreuse à cette étude qui a permis de mieux comprendre le diabète chez les Polynésiens et, sans doute, dans le futur, de prendre en charge plus précocement cette maladie et de mieux la soigner.

Geneviève Berteloot

**Ha'apatora'a parau nō te mā'imira'a i fa'atupuhia i
rotopu i te mau ta'ata mā'ohi o tei ro'ohia i te ma'i
'ōmaha tihota**

'Eivana'a tuatāpapa : Geneviève Berteloot
'Orometua hi'opo'a tuatāpapara'a : Gilles Bibeau
Ha'api'ira'a tuatoru nō Montréal
'Orometua hi'opo'a tuatāpapara'a : Annie Hubert
Ha'api'ira'a tuatoru nō Bordeaux

Pape'ete, te _____

E hoa here e,

Ua ō mai 'oe i roto i teie nei mā'imira'a (tāu'ara'a parau o tei tupu i te 1 no novema 2003 e tae atu i te 4 no atopa 2004) o tei hiopo'ahia i na fare ha'api'ira'a tuatoru nō Montréal i Tanata e no Bordeaux 2 i Farani. Ua 'euhe au i te hāpono atu ia 'oe i te pū'ohura'a o teie tuatāpapara'a.

No reira, a farii mai i to'u 'oa'oa rahi i te mau hotu faufa'a rahi i noa'a mai na roto i ta 'oe parau i heheu mai e ta te mau ta'ata mā'ohi 'ōmaha tihota o tei farereihia e to'u auvaha e o vau iho nei, no te mea :

1°) Aore e tapa'o māuiui i te 'omuara'a o teie ma'i i 'ite i ai te ta'ata mā'ohi e ua ro'ohia tona tino, e'ita rā 'oia e tau'a vave.

E tia'i rā 'oia, ia pūai te māuiui e te mau tāpa'o fa'ataiā, a fa'anaho atu ai i te mau rā'au tahiti, aore ra ia haere e farerei i te Taote, o te fa'ataupupu ia i te rapa'aura'a.

2°) Te tāupupu nei te rā'aura'a o te māohi no te ri'ari'a rahi mau o teie ma'i, ia au i tana iho hi'ora'a, 'āpiti mai ai te mau tūtu'a fao o te titau ho'i ia tāpū-'ē-roahia te mero ; ia pō te mata e ia fa'anū'u i ni'a i te mātini.

3°) Na teie mau hōho'a ri'ari'a rahi o teie ma'i, i 'ore ai te tahi pae ta'ata e fa'ari'i 'ōhie ai i to rātou ma'i 'e, no teie ato'a mau tumu 'oia ho'i :

te tāmaura'a rātou i te 'amu i te mau mā'a tupu o te fenua, o te pāruru ho'i i to rātou tino i te 'ōmaha tihota e te tahi atu mau ma'i mai te māriri 'ai ta'ata ;
 'aita paha to rātou i ro'o noahia a'e i te 'ōmaha tihota ;
 'aore ra i te inura'a i te rā'au tahiti o te ti'a roa ia fa'aora i to rātou ma'i (i to rātou ia mana'ora'a).

4°) I roto i te hi'ora'a ta'āto'a, te ti'aturi pāpū nei te mau ta'ata mā'ohi e'ita roa te 'ōmaha tihota e ora, « no te rāve'a ore » e 'ore ai e ora. Te roa'a nei rā to rātou pūai na roto i te fa'aro'o, o te hōpoi mai i te ti'aturira'a o te ora. 'Aua'e maoti te rā'au tahiti i hāmanihia i te mau 'aihere i poietchia e te Atua (te nātura).

Inaha, ua fa'aite mai teie tuatāpapara'a e, te mau ta'ata e ora nei i roto i te mau 'oire nō Tahiti, te hepohepo rahi nei rātou (ia fa'aauhia i te orara'a i muta'a iho, 'aore ra i to te mata'eina'a 'e to te mau ta'a motu ātea) e mai te mea ra e, te 'āpiti ato'a rā rātou i te tupura'a o teie ma'i 'ōmaha tihota.

Na roto ho'i i teie rata, te fa'a'apī nei au i tō'u 'ā'au mēhara ia 'oe, no te ti'aturira'a o ta 'oe i fa'aite i tō'u auvaha e ia'u iho nei, 'e no te farereira'a maita'i i tupu na. I ti'a roa ai ia māramaramahia te ma'i 'ōmaha tihota io te ta'ata mā'ohi e, 'āre'a nō 'ānanahi, ia ha'apa'ohia te huirā'atira hou teie ma'i e fā mai ai 'e, ia maita'i roa a'e te rapa'aura'a o te ma'i 'ōmaha tihota.

Table des matières

INTRODUCTION	31
PERTINENCE DE LA THÈSE	31
GENÈSE ET PRÉMISSSES DE LA THÈSE	34
Marquage d'expériences de formation et d'expériences professionnelles.....	34
Approche du diabète de type 2 chez les Amérindiens et chez les Polynésiens.....	35
Révélation de l'étude exploratoire et trace profonde.....	37
Données épidémiologiques et données empiriques	41
Limites des actions des professionnels de santé, souffrance des Polynésiens, et écho de la violence verbale -moteur de la construction des mécanismes de résistance des patients, voire de leur échappement thérapeutique- exprimée dans le contexte clinique.....	42
Un système de santé « <i>qui donne la prime au diabète compliqué</i> », est un système de santé producteur d'inégalités de santé, « <i>inadmissibles</i> »	44
Production historique, socioéconomique et politique du diabète, maladie terrifiante, épidémique, contagieuse, liée à la colonisation	46
Professionnels de santé infantilissants, producteurs de crainte, en quête de résultats et d'observance ; Polynésiens diabétiques en quête de guérison, guidés vers la médecine traditionnelle	47
Crainte et peur de la gravité enracinées dans le récit des Polynésiens, écho de la violence symbolique exercée à travers le pouvoir médical, influence de l'entourage familial et de la foi	49
GENÈSE ET FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	51
Prémisses et approche du terrain à l'étude	54
ITINÉRAIRE DE LA THÈSE	57
CHAPITRE PREMIER.....	59
MISE EN CONTEXTE.....	59
Présentation générale de la Polynésie française.....	59

Survol de l’histoire de la Polynésie française	60
Présentation géographique et climatique, sociodémographique, politique et économique de la Polynésie française	62
Situation géographique et éparpillement insulaire	62
Contexte sociodémographique	63
Contexte politique	64
Contexte économique	66
Présentation du contexte sanitaire en Polynésie française	70
Contraintes géographiques et conséquences sur l’offre de soins	70
Priorités sanitaires et dispositifs organisationnels	71
Constat et intentions du gouvernement de la Polynésie française	74
Offre de soins et prise en charge des diabétiques en Polynésie française	75
De l’approche sanitaire du diabète en Polynésie française à une hypothèse explicative socioculturelle de la maladie	81
Approche du contexte socioculturel de la Polynésie française	84
La langue tahitienne	85
La religion	86
La survenue de la maladie chez les Tahitiens autrefois	87
Médecine traditionnelle et conception tahitienne de la maladie	89
Tentative de synthèse de la présentation du contexte empirique	91
CHAPITRE DEUXIÈME	93
DÉFINITION DU PROBLÈME	93
Appréhender le contexte d’enracinement de la construction culturelle et psychosociale du diabète et de ses complications	93
L’HISTOIRE DE RUTA	95
Contextualisation du problème de recherche	95
Caractéristiques de la structure narrative du récit de Ruta	97
Marquage de la trajectoire de vie de Ruta	101

Conditions structurantes de la survenue de ses problèmes de santé	101
Rupture temporelle et production de ses problèmes de santé	103
Perception des signes annonciateurs et contexte de découverte du diabète de Ruta	107
Signification, causalité et représentation du diabète	109
Reconstruction de la trajectoire phénoménologique des maladies de Ruta	113
Confrontation au pouvoir médical limité, dépourvu du pouvoir de guérir, et producteur d'effets pervers.....	117
Fiabilité des données médicales objectives et validité de l'analyse.....	121
Synthèse de l'histoire de Ruta et de l'évolution de la trajectoire sémiologique et phénoménologique de ses problèmes de santé.....	124
CHAPITRE TROISIÈME.....	129
REVUE DE LITTÉRATURE	129
Limites du champ des connaissances et d'inscription du problème de recherche	129
Le diabète de type 2 et ses complications dans la littérature biomédicale.....	132
La réalité organique de la maladie	132
Définition et approche sémantique biomédicale du diabète de type 2.....	132
Physiopathologie du diabète de type 2 et de ses complications.....	135
Caractéristiques du diabète de type 2 et prise en charge médicale du patient	136
Résumé de la revue de littérature biomédicale et limites de la prise en charge médicale du patient.....	140
Le diabète de type 2 et ses complications dans la littérature en santé publique	145
La réalité sociale de la maladie	145
Situation épidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications	145
Taux de prévalence du diabète et de ses complications.....	147
Coût humain et financier du diabète et de ses complications	150
Hypothèses explicatives et facteurs de risque du diabète de type 2 et des complications	151

Résumé de la revue de littérature en Santé publique, programmes de prévention et limites.....	154
Le diabète de type 2 et les complications dans la littérature en sciences humaines et sociales	160
La réalité vécue, subjective de la maladie.....	160
Explorer la causalité de l'événement-maladie	162
Saisir le sens de l'expérience de la maladie	164
Approcher l'expérience vécue par la personne diabétique ou atteinte d'une maladie chronique.....	165
Déchiffrer les mécanismes psychologiques impliqués chez les diabétiques	169
Comprendre les mécanismes de résistance des patients	170
Examiner la trajectoire phénoménologique de la maladie chronique	172
Résumé de la revue de littérature en sciences humaines et sociales et pertinence de l'étude de la réalité subjective de la maladie vécue par les Autochtones diabétiques	173
CHAPITRE QUATRIÈME.....	178
MÉTHODE	178
Modélisation et modèle sémiologico-phénoménologique de la maladie	180
Définition des limites du terrain.....	186
Critères d'inclusion des cas à l'étude.....	187
Procédure de recrutement des cas	188
Approche des cliniciens en vue du recrutement des cas	189
Rigueur du recrutement des cas porteurs du diabète de type 2	191
Cas recrutés dans le milieu non-clinique	193
Cas décédés avant le premier entretien	193
Réalisation des entretiens semi-directifs en langue tahitienne.....	194
Prétest et validation du guide d'entretien.....	194
Contexte de réalisation des entretiens	195
Déroulement des entretiens semi-dirigés auprès des Polynésiens	197

Traitement des données.....	201
Transcription, contrôle, traduction et contrôle des récits.....	201
Retard et carence des services administratifs territoriaux.....	201
Constitution d'une équipe de transcrip-teurs et de traducteurs.....	202
Choix, limites et distance ; respect des critères de légitimité et de rigueur.....	205
Analyse des données.....	206
Codage et analyse des récits.....	206
CHAPITRE CINQUIÈME.....	209
DÉVOILER LES RÉSULTATS EMPIRIQUES.....	209
Prémises du décryptage de la trajectoire de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez les Polynésiens autochtones.....	209
Approche des conditions de vie et des contraintes des Polynésiens diabétiques autochtones.....	215
Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.....	217
Age.....	217
Ile d'origine et variable migratoire.....	218
Situation familiale.....	219
Niveau d'études.....	220
Activité professionnelle.....	221
Religion.....	222
Caractéristiques des données médicales des Polynésiens diabétiques autochtones.....	223
Ancienneté du diagnostic du diabète.....	223
Niveau de sévérité du diabète.....	224
Analyse des données médicales.....	225
Remarque sur la composante héréditaire du diabète des Polynésiens.....	227
Approche du contexte clinique.....	228

Des cliniciens utilisateurs de moyens médicaux « hyper sophistiqués », conscients de leur impuissance, limités, en quête de sens face aux conduites des Polynésiens qui leur échappent.....	229
Un objectif prioritaire de productivité.....	229
Une prise en charge thérapeutique « très sophistiquée », inadaptée et a-subjectivante	229
L'impuissance du médecin face aux invalidités des Polynésiens diabétiques	230
Des problèmes de communication médecin – patient, et de résistance des Polynésiens porteurs de complications à la prise en charge médicale	231
CHAPITRE SIXIÈME.....	232
DÉCRYPTER LA TRAJECTOIRE DE L'ÉVOLUTION DU DIABÈTE DE TYPE 2 VERS LES COMPLICATIONS CHEZ LES POLYNÉSIENS AUTOCHTONES	232
Reconstruire la trajectoire de la maladie des Polynésiens autochtones diabétiques	232
Conditions structurantes de l'émergence et du développement du diabète chez les Polynésiens autochtones.....	232
Un quartier peuplé de « gens morts ».....	233
Destruction sacrilège de la nature, désorganisation sociale, perte des repères fondamentaux, et troubles psychosociaux	235
« C'était vivant, la vie était meilleure »	236
« Nous vivons maintenant comme les étrangers ».....	237
« À cause de l'argent, ils ont pollué la terre ».....	237
« Le peuple n'a pas été gagnant dans ces changements ».....	238
Ancrage sémiologique de la trajectoire du diabète des Polynésiens autochtones.....	239
Comment les Polynésiens diabétiques décrivent-ils les signes de leur maladie ? .	239
Trajectoires sémiologiques émergentes de l'analyse	249
Ancrage sémantique de la trajectoire du diabète des Polynésiens autochtones	252
Comment les Polynésiens diabétiques nomment-ils leur maladie et quelle est sa signification ?.....	253

Expressions à connotation étiologique ou causale du diabète	253
Expressions relatives au diabète en tant que maladie-état et à ses effets.....	256
À quelles maladies les Polynésiens associent-ils le diabète ?.....	262
À quelles causes les Polynésiens diabétiques attribuent-ils leur maladie ?	264
Pluralité des causes	265
Causalité alimentaire.....	266
Causalité coloniale	268
Causalité migratoire	270
Causalité héréditaire.....	272
Décryptage de la trajectoire phénoménologique de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez les Polynésiens autochtones	274
SYNTHESE ET DISCUSSION	281
CONCLUSION	291
BIBLIOGRAPHIE	301
ANNEXE I	i
Analyse des obstacles au financement d'un projet de recherche pertinent dans un contexte ambigu en transparence d'une ignorance de la souffrance humaine	i
ANNEXE II.....	xii
Convention d'écriture et justification sémantique	xii
ANNEXE III	xvi
Lexique des termes tahitiens	xvi
ANNEXE IV	xx
Formulaire de consentement destiné au médecin.....	xx
ANNEXE V	xxi
Lettre d'information remise à la personne diabétique.....	xxi
ANNEXE VI.....	xxiii
Rata fa'aarara'a i tu'uhia atu i roto i te rima o te ta'ata ma'i 'ōmaha tihota.....	xxiii
ANNEXE VII.....	xxv

Lettre de consentement de la personne diabétique.....	xxv
ANNEXE VIII	xxvi
Rata fa'ari'ira'a a te ta'ata ma'i 'ōmaha tihota	xxvi
ANNEXE IX	xxvii
Formulaire de consentement éclairé.....	xxvii
ANNEXE X	xxx
Parau fa'ari'ira'a i ha'amāramaramahia.....	xxx
ANNEXE XI	xxxiii
Guide d'entretien (version définitive).....	xxxiii
ANNEXE XII.....	xxxv
Te tāu'aparaura'a	xxxv
ANNEXE XIII	xxxvii
Recueil anonyme et confidentiel des caractéristiques du participant et de son contexte de vie.....	xxxvii
ANNEXE XIV	xl
Engagement du transcripteur.....	xl
ANNEXE XV	xli
Engagement du traducteur.....	xli
ANNEXE XVI	xlii
Prénoms des Polynésiens autochtones inclus dans l'étude	xlii
ANNEXE XVII.....	xliv
Caractéristiques sociodémographiques des 30 cas vivants lors du travail de terrain.....	xliv
Age et île d'origine des 2 cas décédés avant la première entrevue	xlvi
ANNEXE XVIII.....	xlvii
Caractéristiques médicales des 30 cas vivants lors du travail de terrain.....	xlvii
Caractéristiques médicales des 2 cas décédés avant la première entrevue	li
ANNEXE XIX	lii

Transcription intégrale du contenu des deux entretiens réalisés avec Ruta (version originale)	lii
Légende	lii
Transcription du premier entretien réalisé avec Ruta	liii
Transcription du deuxième entretien réalisé avec Ruta	lxix
ANNEXE XX	cvi
Traduction en langue française du contenu de la transcription intégrale des deux entretiens réalisés avec Ruta (version originale).....	cvi
Légende	cvi
Traduction du premier entretien réalisé avec Ruta	cviii
Traduction du deuxième entretien réalisé avec Ruta	cxxvii

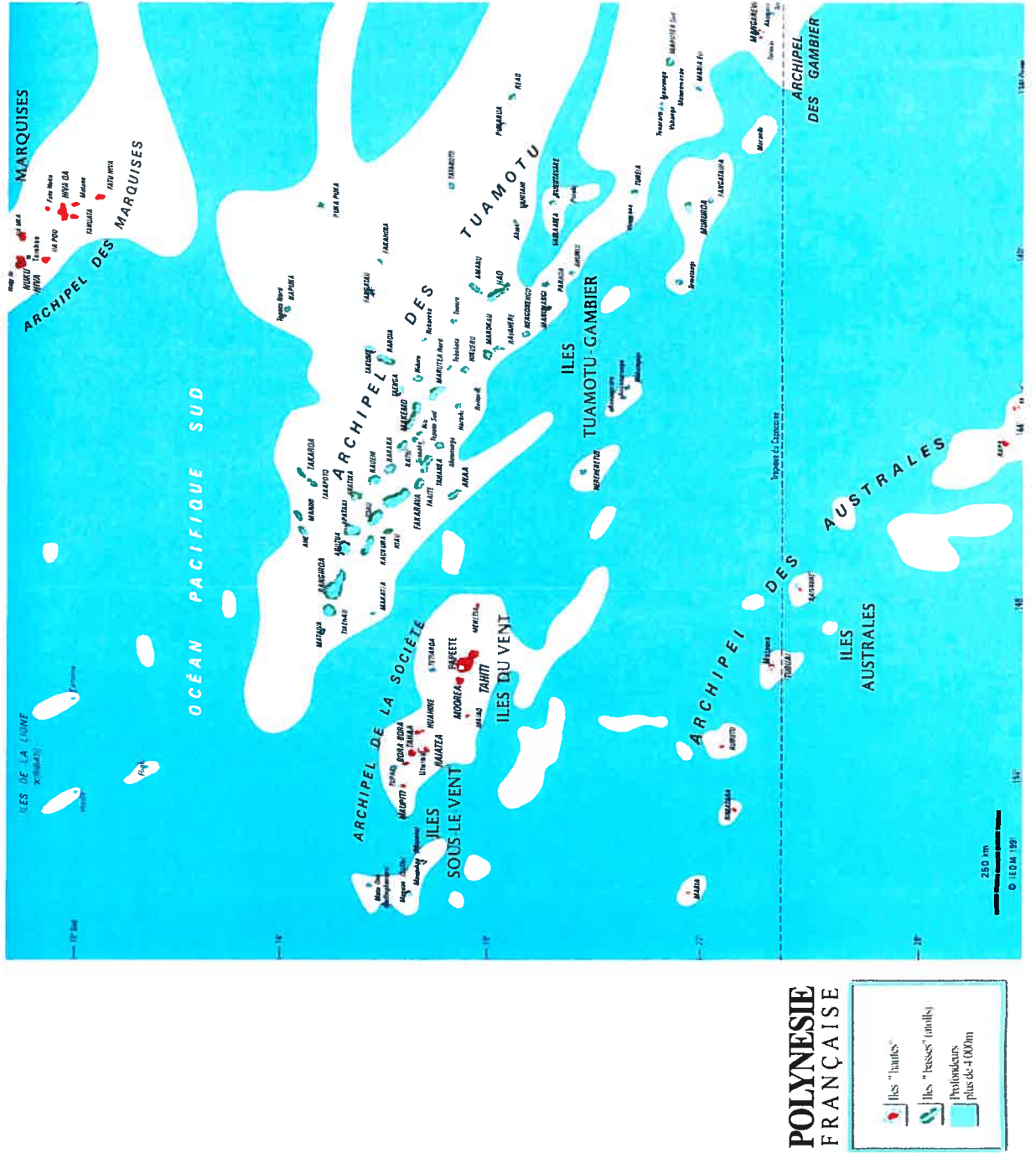
Liste des tableaux

Tableau I : Tableau comparatif des deux discours exprimés par Ruta	98
Tableau II : Tableau comparatif des deux discours exprimés par Ruta (suite).....	99
Tableau III : Prénoms des Polynésiens autochtones inclus dans l'étude (Annexe XVI)	xlii
Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude (Annexe XVII)	xliv
Tableau V : Ancienneté du diagnostic du diabète des Polynésiens et degré de sévérité de leur maladie au moment de leur inclusion dans l'étude (Annexe XVIII)	xlvi

Liste des figures

Figure 1 : Carte de la Polynésie française (IEOM, 2005)	xxii
Figure 2 : Modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique de la maladie (version simplifiée)	181
Figure 3 : Modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique de la maladie	183
Figure 4 : Éléments marquants de l'évolution de la trajectoire de Toanui et de Varua^f	280

Figure 1 : Carte de la Polynésie française (IEOM, 2005)



Liste des sigles et des abréviations

- ADA : American Diabetes Association
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- CEP : Centre d'Expérimentation du Pacifique
- CESC : Conseil Économique Social et Culturel
- CPS : Caisse de Prévoyance Sociale
- CFP : Change Franc Pacifique
- DNID : Diabète non-insulinodépendant
- EPAP : Établissement public administratif pour la prévention
- HTA : Hypertension artérielle
- IDV : Iles du Vent
- IEOM : Institut d'Émission d'Outre-Mer
- IRM : Imagerie par résonance magnétique
- IRSC : Instituts de Recherche en Santé du Canada
- ISLV : Iles Sous-le-Vent
- Litt. : Littéralement
- MNT : Maladies non transmissibles
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
- PPN : Produit(s) de première nécessité
- RAA : Rhumatisme articulaire aigu
- RFO : Réseau France Outre-Mer
- Syn. : Synonyme
- TG : Archipel des Tuamotu-Gambier
- UKPDS : United Kingdom Prospective Diabetes Study
- XPF : eXchange Pacific Franc

À ma fille Nastasia.

À mes parents.

À mes amis.

À Teraihara.

À Tetahina.

À Aivanaa.

À tous les membres des communautés autochtones, et plus particulièrement à ceux d'Amérique du Nord, d'Australie et des îles du Pacifique qui vivent dans la souffrance, le malheur, et dans l'espoir d'une vie meilleure.

À la mémoire des Polynésiennes et des Polynésiens diabétiques décédés, et surtout à celles et ceux qui ont été emportés par la maladie avant de nous révéler l'origine et l'histoire de leur maladie.

*À la mémoire des Polynésiens diabétiques
aujourd'hui décédés, qui, en nous confiant
l'expérience de leur maladie ont contribué à
cette recherche dont ils attendaient les
résultats.*

*Pour les Polynésiennes et les Polynésiens
diabétiques et certains membres de leur
famille, qui ont témoigné à mon interprète et
à moi-même leur confiance en acceptant de
s'entretenir avec nous avec spontanéité,
authenticité et générosité sur l'expérience de
leur maladie et une partie des difficultés de
leur existence.*

Remerciements

Ces travaux de thèse ont pu aboutir grâce à l'aide de nombreuses personnes que je remercie ici vivement.

En premier lieu, j'exprime ma gratitude à mes directeurs de recherche, Monsieur le Professeur Gilles Bibeau et Madame le Docteur Annie Hubert pour la qualité et la rigueur de leur suivi malgré leur éloignement à l'autre bout du monde.

J'exprime ma vive reconnaissance à Monsieur le Professeur Jean-François d'Ivernois de l'Université Paris XIII, qui m'a vivement encouragée à entreprendre avec ambition ces travaux de doctorat en Santé publique en cotutelle de thèse à l'issue de mes travaux universitaires en pédagogie des sciences de la santé.

Je remercie également Monsieur le Professeur Rémi Gagnayre de l'Université Paris XIII pour ses encouragements.

Je remercie toutes les personnes - Polynésiens diabétiques, tradipraticiens, « Tahu'a rā'au », professionnels de santé, chercheurs, et autres informateurs - qui, en participant à l'étude exploratoire, ont contribué à la définition de l'assise architecturale de ces travaux.

Je souhaite remercier particulièrement tous les Polynésiennes et Polynésiens diabétiques qui nous ont accueillis, mon interprète et moi-même, dans leur lieu de vie pour participer aux entretiens en nous accordant leur confiance.

Je remercie également les 73 médecins généralistes et spécialistes du secteur privé et du secteur public - hospitalier et santé publique - qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre du recrutement des participants à l'étude, en particulier les 10 médecins généralistes et les 7 médecins spécialistes du secteur privé et du secteur hospitalier qui, grâce à leur implication, m'ont permis de recruter de manière effective, la plupart des Polynésiens diabétiques inclus dans l'étude ;

Au centre hospitalier de la Polynésie française, je remercie bien vivement Madame le Docteur Annick Valence, chef du service d'information médicale et son équipe pour leur soutien ; Mesdames Frédérique Rachedi et Sandrine Laboureau-Soarez, diabétologues ; Monsieur le Docteur Alain Fournier, chef du service de néphrologie, et Mesdames Pascale

Testevuide et Catherine Lumbroso, néphrologues, ainsi que Monsieur le Président de la commission médicale d'établissement ;

Au dispensaire de Vaininiore, Madame Vaea Terorotua, médecin spécialiste de santé publique ;

À la direction de la santé, Monsieur Pascal Jarno, médecin spécialisé en santé publique, Madame Yolande Mou, nutritionniste, et Madame Nicole Cerf, pharmacienne spécialisée en santé publique.

J'exprime également mes remerciements aux personnes qui ont contribué à la définition géographique et sociodémographique du terrain à l'étude : Messieurs Bertrand Mallet, chef du service du cadastre, Didier Lequeux, chef de section topographie au service de l'urbanisme, Bertrand Oddo, Directeur de l'institut de la statistique de la Polynésie française et son équipe.

Je remercie aussi bien vivement Monsieur J.P. Derancourt, Directeur de l'institut d'émission d'outre-mer, qui m'a autorisée à utiliser dans le cadre de cette thèse la carte de la Polynésie française pour illustrer la présentation géographique du contexte empirique.

À l'Université de la Polynésie française, je remercie Madame Sylvie André, Présidente ; Monsieur Christian Herbault, Directeur de l'unité de biologie moléculaire, et Monsieur Bruno Saura, Maître de conférences en langues et civilisation polynésiennes.

Mes vifs remerciements vont aussi à certains précieux informateurs qui, dans le contexte de la microsociété insulaire polynésienne, ont préféré garder l'anonymat.

« Si l'interprétation anthropologique a pour vocation de construire une lecture de ce qui se passe, alors la séparer de ce qui se passe – de ce que disent des gens particuliers, en un temps et en un lieu donnés, de ce qu'ils y font et de ce qu'ils subissent, et de tout ce qui préoccupe le monde – c'est la séparer de ses applications et la rendre complètement vaine. »

(Geertz, 1998 :90)

INTRODUCTION

PERTINENCE DE LA THÈSE

« Les études disponibles montrent que le diabète de type 2 est en pleine expansion dans les Dom-Tom² et cela de façon inégale suivant les communautés. Peu d'équipes de recherche s'intéressent à cette progression, qui devrait mobiliser toutes les énergies afin de cibler les sujets les plus exposés et d'entreprendre les actions de prévention » (Papoz, 2002 :90).

Les complications dont souffrent les personnes atteintes de diabète de type 2 justifient la prise en compte de la gravité de cette maladie comme une priorité en santé publique. Elle constitue la première cause de cécité acquise, d'insuffisance rénale terminale, de neuropathie et d'amputation de membre non-traumatique, génère 25 à 35% des accidents vasculaires cérébraux et des coronaropathies (Halimi, 2003), et fait ainsi « peser un fardeau (*économique et humain*) considérable sur les systèmes de santé et les sociétés » (OMS, 2000). Dans la Région OMS du Pacifique occidental, 16 % des dépenses hospitalières seraient consacrées aux diabétiques (OMS, 2002a).

Paradoxalement, l'obtention d'une aide financière dans le cadre d'une recherche menée « au bout du monde » sur une maladie qui « n'a pas de limites, pas de frontières » (Alberti, 2001) et qui est en effet un problème de santé publique alarmant à l'échelle planétaire, confronte le chercheur à de nombreuses difficultés et obstacles³. On remarque en effet que les importants financements sont investis, en priorité, dans les projets de recherche clinique et fondamentale en diabétologie, plus particulièrement lorsqu'ils sont consacrés à la génétique ou à la biologie moléculaire et qu'ils s'inscrivent ainsi

² Acronyme utilisé pour les départements (français) d'outre-mer (Dom) et les territoires (français) d'outre-mer (Tom). Les départements d'outre-mer comprennent la Martinique, la Guyane française, la Guadeloupe et la Réunion. Les territoires d'outre-mer, appelés collectivités d'outre-mer (Com) depuis 2003, sont constitués par Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna et les Terres australes et antarctiques françaises (Frémy & Frémy, 2005 :2007).

³ Les obstacles au financement de cette thèse ont fait l'objet d'une analyse détaillée laquelle est présentée à l'annexe I. Elle permet également d'approcher de manière transversale et singulière le contexte empirique caractérisé notamment par son ambiguïté.

potentiellement dans l'univers prometteur de la puissante industrie pharmaceutique. Par contre, les subventions attribuées aux chercheurs impliqués au cœur d'études approfondies menées dans les sciences humaines et sociales (e.g. en épidémiologie sociale et culturelle) sont plus rares et parfois même exceptionnelles.

Cette thèse se caractérise notamment par sa configuration originale (i.e. un point d'ancrage disciplinaire et une perspective d'application situés avant tout, en Santé publique, mobilisant des concepts, une méthode de déchiffrement et des interprétations issus du champ de l'anthropologie médicale), ceci afin de comprendre la survenue et le développement des complications chez des Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2. Si la réalisation de cette thèse a généré des critiques et certains obstacles au financement, il convient toutefois de souligner que les enseignements tirés de ces difficultés ont contribué à renforcer mes motivations à l'entreprendre, et à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour la faire aboutir.

Inspirée plus particulièrement par les travaux menés par des anthropologues médicaux culturalistes (Kleinman, 1980, 1988 ; Good & DelVecchio Good, 1981 ; Good, 1998 ; Hahn, 1995, 1999 ; Herzlich, 1996 ; Benoist, 1993 ; Benoist & Desclaux, 1996a ; Saillant, 1988, 1990), et par ceux de certains anthropologues médicaux critiques (Bibeau, 1979, 1981, 1988, 1999 ; Bibeau & Corin, 1995a, 1995b ; Bibeau & Vidal, 2003 ; Corin & *al.*, 1990, 1992, 1993 ; Corin, 1996 ; Massé, 1995, 2003), j'avais la profonde conviction que l'évolution du diabète vers les complications ne pouvait être réductible à l'histoire naturelle de la maladie, et que l'anthropologie médicale pouvait contribuer à la compréhension des rapports de l'homme de souche polynésienne avec le diabète dans son environnement social et culturel.

In fine, il apparaissait que la conduite d'une telle étude pouvait permettre d'apporter des connaissances utiles, certes aux chercheurs en ethno-épidémiologie - ou en épidémiologie sociale -, mais aussi aux professionnels de santé et sans doute aux concepteurs et aux décideurs des politiques de santé. « *Le défi de la santé publique est alors*

de jeter des "ponts culturels" entre administrateurs et bénéficiaires des programmes. C'est, entre autres, à ce niveau que le travail de culture brokers des anthropologues trouve sa pertinence » (Massé, 1992 :104).

GENÈSE ET PRÉMISSSES DE LA THÈSE

« L'île, particulièrement tropicale, est vue comme un éden, un refuge, notamment par les habitants des sociétés occidentales. Mais, en certaines circonstances, on le sait, l'imaginaire de l'île en fait le lieu du mystère, du mal, de l'épreuve initiatique.

La multiplicité des images et des imaginaires que les sociétés projettent sur les îles exprime à sa manière une réelle fascination, où se manifeste toujours l'importance du fait de la rupture et de l'isolement, de la singularité insulaire qui se marque dans des "mœurs" et des coutumes, du décrochage des réalités continentales » (Staszak, 2003 :485).

Marquage d'expériences de formation et d'expériences professionnelles

Les motivations profondes, indéfectibles, l'ambition et l'engagement inhérents à la réalisation de ces travaux de recherche menés dans ce terrain au « bout du monde » ont en réalité trouvé leur origine quelques années plus tôt, au cours d'observations et d'enseignements issus de ma formation initiale d'infirmière, de mes expériences professionnelles en France et à Tahiti, et lors de mon cheminement académique en France et au Canada, en particulier.

Un stage effectué en tant qu'élève infirmière dans le service de diabétologie du Professeur Debry à l'hôpital de Toul (France) au cours des années 1979-1980, alors que j'apprenais l'approche des malades diabétiques, m'a profondément marquée. Ensuite ce fut le vécu, la traversée de mes expériences professionnelles d'infirmière, d'infirmière enseignante⁴, de chargée de la formation des professionnels⁵ et des sages-femmes exerçant au Centre Hospitalier de la Polynésie française (plate-forme hospitalière de référence à

⁴ Notamment concernant le suivi pédagogique personnalisé auprès d'étudiants en soins infirmiers à Tahiti et en France au cours de leur stage, ainsi que lors de leurs évaluations cliniques formatives et normatives.

⁵ Il s'agissait précisément de 1200 professionnels regroupant des paramédicaux [aides-soignant(e)s, infirmières et infirmiers, puéricultrices, cadres infirmiers, diététicien(ne)s, kinésithérapeutes)], des sages-femmes, des professionnels administratifs, médico-techniques et techniques.

Tahiti) qui m'ont confrontée avec récurrence aux difficultés de la prise en charge des personnes diabétiques.

Approche du diabète de type 2 chez les Amérindiens et chez les Polynésiens

Dans le cadre de précédents travaux universitaires, j'ai développé un intérêt singulier pour les communautés polynésiennes vivant en contexte insulaire isolé⁶ à travers l'étude de leurs problèmes de santé, et des moyens mis en œuvre pour y répondre, ainsi que pour des communautés amérindiennes (i.e. Algonquins, Cris, et Attikameks) (Berteloot, 1998, 1999a & 1999b). Ces recherches furent l'opportunité d'analyser, selon une approche comparative, d'une part les caractéristiques du contexte d'exercice d'infirmières et d'infirmiers en situation d'isolement insulaire en Polynésie française, et d'autre part en situation semi-éloignée dans les postes de soins du Nord-québécois. Dans les deux zones géographiques, les professionnels de santé déclaraient qu'ils étaient confrontés notamment au développement des maladies dites « de surcharge » (i.e. diabète, obésité, hypertension artérielle) chez les Autochtones.

L'un des infirmiers canadiens affecté dans un poste de soins implanté dans une communauté Cri, expliquait ainsi l'origine de ce phénomène chez les Amérindiens :

« ...la diète. C'est des gens qui mangent pas très très bien, y a beaucoup d'éducation à faire à ce niveau-là. [...]

- Que mangent-ils par exemple ?

Bien, ils vont manger beaucoup dans, on appelle ça du fast-food là..., les frites..., de la pizza..., tout ce qui goûte bon et qui est facile à..., à obtenir... t'sais : du Mac Donald's... du can take it... Et puis c'est aussi des grands consommateurs de viande..., c'est des gens qui mangent très peu de légumes, très peu de fruits. Ça c'est beaucoup traditionnel aussi hein... c'est des gens

⁶ Ceux-ci étaient situés dans les archipels éloignés de Tahiti (i.e. archipel des Tuamotu, des Marquises et des Australes, visibles sur la carte de la Polynésie française page xxii).

qui, qui vivaient dans le bois y a pas plus de... y a pas plus de trente ans là... On peut parler que de la trentaine... Les réserves existaient pas, trente-cinq ans, y avait aucune réserve au Québec, puisque tous les gens qui vivaient dans le bois, alors qui vivaient de leur chasse, euh..., qui mangeaient du castor..., de l'orignal, euh... alors c'était un... régime strictement... de viande.

Et puis là maintenant, depuis euh..., les trente dernières années, c'est tous des gens qui sont devenus sédentaires par la force des choses là, par la création des réserves, des maisons, l'eau courante... Alors les gens sont sédentaires, ils vivent dans des maisons, mais n'ont pas changé beaucoup leurs habitudes alimentaires. Alors ils ont beaucoup beaucoup d'obésité, beaucoup de diabète... [...] Y a beaucoup d'études d'ailleurs qui sont faites sur ça... » (Berteloot, 1999b :119).

Si le mode d'alimentation associé au changement de mode de vie apparaît fortement affecter la santé de ces Amérindiens, le style alimentaire hybride, associant la consommation de *fast-food* et le maintien de l'alimentation traditionnelle qui a été également observé chez les jeunes immigrants asiatiques et les jeunes Amérindiens, révèle une « *ambiguïté identitaire fondamentale* » (Bibeau, 1999 :224).

L'une des infirmières affectée dans un poste isolé des îles Australes⁷, évoque le problème du diabète dans sa communauté, parallèlement à ses activités administratives de gestion et de planification. Elle dit procéder au comptage des diabétiques et au « fichage » des habitants de l'île afin d'organiser, de planifier efficacement ses actions au sein de la population, notamment le suivi des « patients chroniques » et de prévoir la commande des médicaments. Cette infirmière polynésienne insiste sur les stratégies qu'elle doit utiliser pour impliquer les principaux *leaders* de l'île (i.e. responsable municipal et religieux : maire, pasteur, prêtre) dans la réussite de ses actions d'information et de dépistage du diabète auprès des membres de la communauté insulaire :

⁷ Archipel de la Polynésie française situé le plus au Sud et composé de quatre îles : Tubuai (l'île principale), Raivavae, Rimatara et Rapa, (la seule non pourvue d'aéroport) (Cf. Carte de la Polynésie française située à la figure 1, page xxii).

« ...le diabète, souvent j'ai besoin de panneaux... donc, tu fais appel à l'Équipement pour te prêter des plaquettes, tu fais appel à l'école pour te donner des affiches..., le maire pour sensibiliser les gens, pour qu'ils viennent, pour mettre en place au moins... des stands d'information audiovisuelle et tout ça, donc même les pasteurs sont là pour faire des équipes... Même à deux, on ne peut pas pour 1000 personnes faire les bandelettes, voir si tout le monde... est sain sur le problème du diabète. (...) Ça marche très bien. (...) À partir du moment où tu les sensibilises ces gens-là, ils participent... En fait faut toujours... avoir le maire et les pasteurs, ou le curé là où ils sont avec soi pour avoir toute la population, parce que toute seule... c'est pas possible. À partir du moment où tu lances le message par le maire et par le pasteur, ils vont se sentir... responsables aussi de leur population, de leurs paroissiens tout ça... Tout le monde suit en fait..., tout le monde est capable de laisser leur champ de pandanus, leur pêche parce que le pasteur voudrait les avoir une demi-journée. » (Berteloot, 1999b :56).

Les enseignements issus de mes expériences - d'élève infirmière en France, d'infirmière en milieu hospitalier, d'infirmière enseignante⁸ et de chargée de la formation continue de professionnels de santé à Tahiti - complétés par les connaissances acquises lors de mes travaux universitaires en pédagogie des sciences de la santé, en santé publique et en anthropologie, ont contribué à l'émergence d'un questionnement approfondi lors de mon cheminement académique à l'Université de Montréal.

Révélation de l'étude exploratoire et trace profonde

« (...) C'est certainement ce que le Docteur a dit, c'est parce que j'ai fait des écarts alimentaires et c'est pour ça que j'ai eu le diabète. (...) Le Docteur a donné des médicaments pour mon diabète. J'ai pris. Mon sentiment, ma pensée, quand il a dit mon diabète, c'est... [Silence] je vais jamais guérir... La deuxième chose..., je vais jamais guérir..., ça sert à rien, autant mourir. Maintenant j'ai les médicaments, je suis pas trop mal..., je pense plus à ça, je ne pense plus à la mort. (...) J'ai prié. J'ai été au temple, à la messe. Ma maladie est là, c'est vrai... J'ai prié pour qu'elle m'emporte pas. (...) Y a beaucoup d'autres choses... (...).

⁸ Auprès de groupes pluriethniques d'étudiants (i.e. Polynésiens, Métissés, Chinois et Français).

J'ai bien voulu de l'aide de ma famille. C'est eux qui ont pas voulu m'aider... (...) Dans le malheur, tu dois t'aider toi-même... »⁹

L'étude exploratoire¹⁰ menée à Tahiti auprès de Polynésiens porteurs du diabète de type 2, de professionnels de santé et de tradipraticiens¹¹, a laissé en moi une trace profonde. Les résultats obtenus ont conduit à apporter des modifications majeures au projet empirique initial. Celui-ci consistait en une étude comparative des conditions d'émergence du diabète de type 2 chez des Polynésiens vivant à Rapa, en milieu rural¹², et chez des Polynésiens vivant à Tahiti, en milieu urbain.

Il apparaissait en particulier que, par-delà l'importance des maladies dites « de surcharge » (e.g. hypertension artérielle, diabète) révélée par l'organisme territorial de protection sociale, « *du fait de sa précarisation, une part de la population du Territoire*

⁹ Extrait des propos recueillis à Tahiti lors de la recherche exploratoire auprès d'un Polynésien porteur du diabète de type 2 et d'une insuffisance rénale terminale traitée par dialyse péritonéale. Lors de cette entrevue, il s'est spontanément exprimé en langue tahitienne et le contenu de son discours a été traduit en langue française en s'attachant à préserver l'authenticité de son expression comme le précise la convention d'écriture des extraits d'entretien qui figurent dans cette thèse et la justification sémantique (Cf. annexe II p. xii à p. xv).

¹⁰ Réalisée pendant 10 mois : du mois d'octobre 2001 au mois de juillet 2002.

¹¹ Pour éviter toute confusion, il convient de préciser ici que le terme « tradipraticien » utilisé dans cette thèse est entendu au sens de « praticien ou expert en médecine traditionnelle », c'est-à-dire au sens de « guérisseur ». Le terme tahitien « tahu'a » étant polysémique, parmi les trois définitions contemporaines de « tahu'a » on retiendra celle de « guérisseur », et celle de « Tahu'a r 'au » = guérisseur avec des remèdes traditionnels, utilisé par extension dans le langage populaire par « Ta'ata r 'au », c'est-à-dire littéralement la « personne remède », autrement dit la personne qui sait préparer les remèdes traditionnels tahitiens et qui maîtrise les connaissances des plantes médicinales. L'Académie tahitienne indique que l'on parle également de « Tahu'a taurumi » = Masseur, de « Tahu'a hi'ohi'o » qui soigne les maladies non naturelles (sorcier) ; et dans la Bible, de « Prêtre ». Pour les définitions plus anciennes, on se rapportera au lexique des termes tahitiens situé à l'annexe III page xvi à xix.

¹² Il s'agissait en fait des habitants de l'île de Rapa (voir la carte de la Polynésie française située à la page xxii), qui est la plus méridionale des îles Australes et l'une des îles « les plus marginales » de la Polynésie française (Vigneron, 1995 :10), située à 1 300 km de Tahiti, et non pourvue encore à ce jour (i.e. en 2006) d'aéroport. Les habitants sont relativement préservés des effets de la modernité, et ont une alimentation « sur la base de l'auto-production, de la pêche et des échanges » (ISPF, 2005b). C'est un cargo mixte qui assure les liaisons inter insulaires et la desserte une fois toutes les 6 à 8 semaines et pour atteindre cette île, au départ de Tahiti, il faut compter 5 jours. Une infirmière et une adjointe de soins travaillent dans l'infirmerie située dans le village principal. Étant donné son isolement, il n'y a pas d'activité touristique et le mode de vie demeure encore aujourd'hui très communautaire. « L'accueil, le partage et la gentillesse » étaient des valeurs maintenues, il y a une dizaine d'années. « L'économie est vivrière (taro, pêche, élevage bovin). L'artisanat se développe (vannerie). Les coutumes sont très fortes (conseil des anciens). Il n'y a pas de gendarmerie. Deux magasins pas très bien achalandés » (Direction de la Santé, 1996).

connaît une détérioration globale de son état de santé, qui se caractérise souvent par un cumul de pathologies » (Gouvernement de la Polynésie française, 2002a :7.1).

À Tahiti, lors de leur pratique quotidienne, les cliniciens constatent la gravité de l'état de santé des Polynésiens diabétiques porteurs de « *plus de complications, plus sévères* » qu'en France. La communication établie entre les cliniciens « popa'ā » et les malades tahitiens est souvent difficile en raison du problème linguistique qui nécessite la participation d'interprètes informels.

« Ils sont diabétiques depuis longtemps et pas équilibrés. On les hospitalise 4 - 5 jours pour faire des examens complémentaires. Ce sont des gens très abîmés par leur maladie à 40 ans... alors qu'en France, c'est 60 ans... [...] Le seul problème c'est la langue ; ils disent "oui" ou "non". »¹³

« Les patients en hémodialyse ou en néphrologie sont diabétiques au-delà de toute ressource médicale car il existe un échappement thérapeutique. [...] On arrive à un état de la maladie où si on ne fait pas quelque chose, ils peuvent mourir de l'inobservance du traitement. [...] Les patients tahitiens, on a peu d'impact. On est obligé de faire intervenir des Tahitiens pour redire ce qu'on vient de dire en tahitien en disant que si ça se dégrade, ils vont devoir assujettir la maladie à leur famille... »¹⁴

Un médecin spécialiste interrogé à Tahiti, souligne la « rupture » de la prise en charge des patients diabétiques qui survient à l'issue de leur hospitalisation, principalement en raison de la précarité de leurs conditions de vie :

« (...) Comme vous le savez, la plupart des patients hospitalisés dans le service de cardiologie sont diabétiques, et votre projet présente donc un intérêt majeur tant est grande la prévalence de cette maladie sur le territoire. Durant leur séjour à l'hôpital, les patients bénéficient d'une éducation et d'une prise en charge très bien faite. Le problème se pose après la sortie de l'hôpital où l'on constate une rupture dans cette prise en charge d'autant plus marquée que les conditions socio-économiques du patient sont défavorables ».

¹³ Propos recueillis auprès d'un médecin spécialiste exerçant en milieu hospitalier.

¹⁴ Propos recueillis auprès d'un autre médecin spécialiste exerçant également en milieu hospitalier.

Dans la zone urbaine de Tahiti où sont implantés des lotissements sociaux, dans les quartiers surpeuplés et insalubres, vivent des Polynésiens à revenus faibles et irréguliers, faiblement scolarisés, qui ont souvent perdu leurs « *références communautaires et culturelles* » et chez qui l'on constate « *des négligences sanitaires liées à une déperdition des gestes de santé et d'hygiène* » (ISPF, 2005b :8).

L'étude exploratoire conduite auprès des Polynésiens diabétiques avait contribué à renforcer mon intérêt déjà prononcé pour l'altérité, pour l'Autre, celui qui ne parle pas ma langue, qui m'interpelle, et que je voulais comprendre. Cette volonté qui m'habitait prenait sa source en particulier dans les liens établis avec les connaissances théoriques acquises notamment lors de certains séminaires du doctorat à Montréal et la découverte de la réalité singulière du terrain à Tahiti qui m'appelait.

Ce sont les Polynésiens généralement socialement défavorisés que l'on hospitalisait à Tahiti pour « rééquilibrer leur diabète », très souvent dans un état de santé particulièrement grave et catastrophique qui m'interpellaient, ceux-là mêmes qui échappent au système de soins et que la maladie « rattrape ». Je voulais contribuer à les prendre en charge le mieux possible, ce qui impliquait avant tout de les rencontrer, d'instaurer une relation de confiance, « *une relation d'écoute active et méthodique* » (Bourdieu, 1993 :1393) pour favoriser l'expression du récit de l'expérience de leur maladie dans leur propre langue, et essayer de comprendre.

Données épidémiologiques et données empiriques

Les données épidémiologiques relatives au diabète, et celles qui étaient disponibles en Polynésie française¹⁵, et les données recueillies aux différentes sources menaient inéluctablement et avec récurrence, aux complications du diabète de type 2 et à ses conséquences dramatiques (e.g. amputations non-traumatiques des membres, insuffisance rénale, cécité) vécues comme une souffrance physique et une détresse psychologique par les personnes atteintes, les membres de leur famille et leurs proches.

¹⁵ En Polynésie française, à l'exception de certaines pathologies comme le cancer qui dispose d'un registre spécifique ouvert depuis 1981 sous l'impulsion de la Commission du Pacifique Sud (Vigneron, 1999 :188), lorsque l'on s'intéresse plus particulièrement au diabète (ou à d'autres pathologies), il est nécessaire de recourir à trois différentes sources. Premièrement, la caisse de prévoyance sociale regroupe les statistiques relatives aux affections de longue durée - appelées aussi *longues maladies* qui permettent une prise en charge à 100 % de tous les actes en rapport direct avec ces maladies - et dont fait partie le diabète de type 2 avec complications, lorsqu'il a été répertorié. Ces données sont en effet lacunaires puisqu'un certain nombre de diabétiques échappent à l'organisme de gestion de la protection sociale. Il s'agit par exemple des diabétiques dits *compliqués* et *non suivis*, ou de ceux pour lesquels la demande de longue maladie n'a pas été effectuée, ou a été refusée, et de ceux qui, n'étant pas porteurs de complications, ne sont pas spécifiquement répertoriés. Deuxièmement, les données issues du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) au Centre Hospitalier de la Polynésie française qui regroupe dans la file active diabète les données relatives aux personnes diabétiques prises en charge dans le cadre d'une hospitalisation et/ou d'une consultation. Et enfin, troisièmement celles provenant des structures de santé publique notamment en termes de motifs de recours aux soins. Malgré l'avis favorable à l'unanimité du Comité d'éthique de la Polynésie française, il n'a pas été possible d'accéder à l'ensemble de ces sources. Toutefois, l'aide précieuse apportée par l'équipe du Service d'Information Médicale du Centre Hospitalier de la Polynésie française a permis d'accéder à une base de données significative, les autres données étant obtenues par des informateurs dont je me suis engagée à respecter l'anonymat. Enfin, comme on le rappellera plus loin, l'étude la plus récente et la plus fiable sur la prévalence des maladies non transmissibles en Polynésie date de 1995, c'est-à-dire il y a plus de 10 ans (Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, 1998), lorsque le taux de prévalence était de 18 %. On constate cependant aujourd'hui que les médias n'hésitent pas à diffuser sans réserve des taux de prévalence inflationnistes de la maladie, ceci sans que ces données soient fiables et sans en préciser les sources. Ainsi, on annonce que parmi les 25 % des diabétiques en Polynésie française (1 Polynésien sur 4 serait donc diabétique), 65 % d'entre eux seraient porteurs de complications (RFO, 2006). Il n'est pas sans intérêt de restituer ici la traduction en langue française de certains propos exprimés par les journalistes lors d'une émission télévisée présentée en langue tahitienne aux Polynésiens, il y a quelques mois (i.e. le 15 février 2006) : « Si les gens ne font pas attention, la moitié de la population de Polynésie française sera atteinte de cette maladie du diabète. (...) La faiblesse du corps..., le changement de la vie, des troubles de la réflexion... ce qui est plus grave encore lorsqu'une personne est atteinte du diabète, cette maladie ne guérira pas jusqu'à la mort. (...) Nous savons quelles sont les maladies que le diabète provoque, c'est-à-dire la graisse dans le sang, la maladie de cœur, les reins abîmés, et même les articulations sont atteintes, ça abîme les articulations, le sang coagulé dans le cerveau (...) ».

Limites des actions des professionnels de santé, souffrance des Polynésiens, et écho de la violence verbale -moteur de la construction des mécanismes de résistance des patients, voire de leur échappement thérapeutique- exprimée dans le contexte clinique

Un néphrologue souligne la différence culturelle qui existe entre les professionnels de santé occidentaux et les malades polynésiens, et son impact sur la prise en charge des diabétiques dont la gravité de l'atteinte rénale nécessite leur acceptation des contraintes imposées par les modalités thérapeutiques de l'hémodialyse.

« (...) Il s'agit en effet d'une interrogation particulièrement pertinente concernant notre approche, les professionnels de la santé ayant pour la plupart une éducation et une formation occidentale vis-à-vis d'une pathologie chronique, impliquant une population à la pensée et à la culture aussi différente que la culture polynésienne.

Je peux te confirmer que cette difficulté de compréhension, nous la vivons quotidiennement dans le service de néphrologie et d'hémodialyse en ce qui concerne notre spécialité, et que la place d'infirmières polynésiennes en particulier dans notre unité d'éducation de l'insuffisance rénale est essentielle, tant pour la compréhension de la maladie, que pour l'acceptation de sa prise en charge. »

Malgré les actions éducatives, préventives et curatives réalisées par les professionnels médicaux et paramédicaux dans les institutions de santé publique¹⁶, dans les services hospitaliers publics ou privés, et dans les cabinets médicaux et paramédicaux privés, la réalité empirique frappait par la souffrance physique et morale exprimée et vécue par ces Polynésiens diabétiques, et partagée par les membres de leur famille et par leurs proches.

Mais la réalité empirique frappait aussi par les propos parfois violents de certains professionnels de santé, confrontés aux difficultés de la prise en charge souvent *trop* tardive

¹⁶ Citons notamment le centre d'éducation thérapeutique dénommé « la maison du diabétique », créé à Papeete le 12 décembre 2002, et que l'on présente au chapitre premier relatif à la mise en contexte.

des malades polynésiens. Lorsque « *les diabétiques, chroniques, arrivent trop tardivement en insuffisance rénale, la négligence est un état de fait* », précise un clinicien. Les professionnels de santé perçoivent les Polynésiens diabétiques globalement « *négligents* » et inconscients de la sévérité de leur maladie comme l'indique ce professionnel paramédical :

« Ils se négligent eux-mêmes, ils négligent leur traitement, dans la façon de s'habiller, de gérer leur poids. Je pense qu'ils n'ont pas pris conscience de la gravité de leur pathologie par négligence. [...] Le diabétique en insuffisance rénale, il décompense d'un coup. Souvent, c'est en médecine ou en chirurgie qu'on s'aperçoit en voyant leur bilan que c'est catastrophique. La créatinine est au plafond, l'urée... »

Face à l'absence d'amélioration et à l'aggravation de l'état de santé de ces patients, certains professionnels de santé sont conduits à utiliser la force et « *la peur* » pour obtenir le principal résultat attendu, l'équilibre glycémique des malades, lequel dépend de la rigueur de leur observance thérapeutique.

« Forcément on a des problèmes pour forcer des patients à faire un régime¹⁷ et qui ont des habitudes alimentaires déplorables. On arrive à force de rabâchage et de suivi. On a réussi à équilibrer beaucoup de diabétiques.

La peur marche bien. Plusieurs jours de suite, les résultats sont meilleurs. C'est-à-dire la peur des complications, du coma pour certains, car une des conséquences, c'est de se retrouver à l'hémodialyse. Il suffit de leur rappeler pour tempérer leur ardeur sur l'assiette. (...)

Que dit le patient ? Il répond "oui", toujours "oui". Et après, qu'est-ce qu'il se passe ? C'est pas suivi. (...) Si ça dérape trop, je fais écrire tout ce qu'il mange. (...)

Ils peuvent pas se passer de bouffer. Je les ai vus bouffer... les quantités... (...) Pour eux, si t'es pas gros, t'es pas bien portant. »¹⁸

¹⁷ Le soulignement indique généralement l'expression particulièrement insistante du locuteur à moins d'une indication particulière.

¹⁸ Extraits des propos recueillis auprès d'un professionnel paramédical exerçant en milieu extra-hospitalier.

Par-delà l'évocation de la représentation positive de la forte corpulence chez les Polynésiens transparaisait leur état de mal-être, voire une certaine détresse psychologique, et leur besoin de compenser sans doute un manque, par un comportement alimentaire vraisemblablement excessif, et/ou, compulsif.

Le comportement alimentaire rationnel du Polynésien diabétique (i.e. la diminution de sa ration alimentaire) espéré et attendu par le professionnel de santé en générant la crainte des complications devient, dans la réalité, utopique et vraisemblablement absurde.

Le non-aboutissement de ces techniques particulièrement maladroites et traumatisantes au plan psychologique illustre manifestement l'incompréhension des professionnels de santé à l'égard des malades et de leurs réactions (e.g. résistance, conduites d'évitement).

À l'impact du discours menaçant utilisé par des professionnels de santé, s'ajoute celui de documents audiovisuels inquiétants. Un médecin généraliste précise ainsi que certains de ses patients diabétiques polynésiens sont marqués par les images d'amputations montrées à la télévision : « *ils ne veulent pas devenir comme ça. Idem pour l'hémodialyse, ils disent, "ah non, je ne veux pas finir sur la machine"* ». Un infirmier rencontré en milieu hospitalier confirme par ailleurs que « *la machine leur fait peur, c'est sûr, mais surtout quand ils n'ont pas été préparés. Le diabétique ne sait pas la plupart du temps* ».

Un système de santé « qui donne la prime au diabète compliqué », est un système de santé producteur d'inégalités de santé, « inadmissibles »

Pour un médecin spécialiste privé, la peur des complications représente « *un levier pour l'observance. (...) On est des chambres d'enregistrement des complications. À 42 ans, aveugle..., c'est pas admissible...* » Selon lui, le problème de la prise en charge des malades diabétiques est lié, notamment, aux limites imposées par l'organisme d'assurance maladie de Polynésie française (i.e. Caisse de Prévoyance Sociale) qui, contrairement à la

Caisse d'Assurance Maladie française, rembourse la totalité des frais médicaux aux diabétiques, uniquement lorsqu'ils sont porteurs de complications. En clair, « *ici*, (i.e. en Polynésie française), *c'est un système qui donne la prime au diabète compliqué* ».

Les explications fournies par un expert de la Caisse de Prévoyance Sociale frappent par leurs contradictions qui accentuent la tendance aberrante du système :

« On les prend en charge si y a des complications. On se demande si ça serait pas mieux de prendre en charge avant le stade des complications. Je pense qu'on va y arriver.

Ce qui coûte le plus cher c'est quand ils arrivent au stade des néphropathies. 50 % des hémodialysés sont diabétiques. (...) Ce qui coûte le plus cher, c'est le rein, les complications rénales. [...]

Si y a pas de complications, on refuse la demande¹⁹. Si y a des complications : ophtalmologiques (e.g. cécité), rénales (e.g. insuffisance rénale), cardiaques (e.g. cardiopathies), artériopathies (qui conduisent aux amputations), neuropathies..., on les met en longue maladie ».

Aux effets pervers du système de protection sociale polynésien, s'ajoutent les caractéristiques inhérentes au dispositif politique et économique, producteur d'inégalités sociales et d'inégalités de santé. Un chercheur en sciences sociales a illustré ses propos par les produits de première nécessité²⁰, particulièrement diabétogènes, et que l'on a longtemps rendus accessibles en encourageant leur consommation, laquelle a surtout profité aux Polynésiens les plus démunis mais aussi les plus vulnérables. Son constat est certes laconique, mais il est profondément affligeant :

¹⁹ Il s'agit de la demande de mise en longue maladie qui est adressée par le médecin traitant au médecin-conseil de la Caisse de Prévoyance Sociale. « L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en espèces à 100 % dans la limite de 3 années consécutives. En revanche les soins pratiqués pour des affections n'ayant pas de relation avec la longue maladie reconnue, ne sont pris en charge qu'à 80 % » (Caisse de Prévoyance Sociale, 2004 :30).

²⁰ Ce sont des aliments importés (e.g. riz, sucre, farine, conserves de légumes, de viande et de poissons) fréquemment consommés en Polynésie et qui se sont substitués, ou qui se sont ajoutés aux aliments traditionnels produits localement. (Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, 1998 :59).

*« Le problème c'est qu'on a engraisé les pauvres, pour la paix sociale.
On a acheté la paix sociale. »*

Production historique, socioéconomique et politique du diabète, maladie terrifiante, épidémique, contagieuse, liée à la colonisation

Le diabète prend la forme d'une maladie produite par le système politico-économique polynésien, mais aussi celle d'une maladie épidémique, contagieuse, qui répand la terreur : « *la peste du diabète* ». Cette expression est utilisée par un tradipraticien qui explique la transmission de la maladie du diabète par la consommation de produits alimentaires importés. Plus précisément, le diabète serait la conséquence du « *changement de nourriture traditionnelle à la consommation effrénée de nourriture occidentale* ». Il poursuit son raisonnement, arguant que « *c'est une volonté politique de construire des supermarchés, de faire consommer pour faire marcher le commerce* ». Il dénonce ainsi le fait qu'en Polynésie française, la santé et les valeurs culturelles de la communauté « mā'ohi » (i.e. polynésienne autochtone) ont été oubliées, voire niées, au profit du développement économique, pour « *la puissance de l'argent, en encourageant la facilité du régime alimentaire occidental et en avortant l'aspect traditionnel et culturel* ». Le diabète est ainsi identifié comme une maladie liée à la colonisation et aux conséquences du processus d'acculturation. En outre, les prescriptions médicales sont évoquées en termes de contraintes, car il faut suivre un « *régime draconien* », mais « *chez le Polynésien, ça marche pas. (...) Pourquoi ? J'en sais rien. Il en a ras-le-bol pendant un mois, et il consomme plus après* ».

Professionnels de santé infantilissants, producteurs de crainte, en quête de résultats et d'observance ; Polynésiens diabétiques en quête de guérison, guidés vers la médecine traditionnelle

Certains professionnels paramédicaux hospitaliers reconnaissent qu'ils génèrent eux-mêmes la crainte chez les malades polynésiens, dont les réponses, souvent erronées, encouragent cette attitude.

« Face à nous, ils ont peur, ils ont peur qu'on les gronde. Ils mentent, ils disent pas la vérité. [...] Si tu laisses parler le Polynésien, il ne mange rien ! Pour le Polynésien, le grignotage ne fait pas partie des prises alimentaires. (...)

On voit que le diabétique obèse, on lui fait faire un régime amaigrissant, et quand il revient un mois après, il a pris 1 kg. Forcément il a triché. Quand on fait l'enquête, il affirme qu'il a jamais triché. J'ai réussi à lui faire avouer qu'il ne respectait pas le régime. Mais à quel prix ! Il n'est plus revenu... »

Pourtant, selon un médecin généraliste privé, si les Polynésiens diabétiques « ont l'impression de faire des efforts », en réalité « on n'est pas satisfait du résultat. Alors ils se tournent vers d'autres solutions. Je ne pense pas que c'est une rupture pour laisser sans rien faire, mais pour trouver d'autres solutions thérapeutiques ». Dans ce contexte, le recours à la médecine traditionnelle devient parfois, pour le Polynésien porteur du diabète de type 2 et en quête de guérison, l'opportunité de trouver une réponse efficace et adaptée à son problème de santé, ce qui ne sera pas sans conséquences.

« Et après..., ils réapparaissent au moment où il y a des complications. Ils ne parlent pas spontanément de rā`au tahiti (i.e. remède traditionnel). Moi j'en discute... de leur maladie, comment ça a commencé, ce qu'on en dit dans la famille... J'essaie d'anticiper sur le comment ils se soignent, leurs habitudes dans la vie sociale... Ils racontent..., qu'ils sont allés voir... les tradipraticiens... »

Un guérisseur, particulièrement enthousiaste à l'idée de participer à cette étude exploratoire sur le diabète chez les Polynésiens, affirme que « *ça fait peur cette maladie...* ». Selon lui, le diabète est une « construction » mentale, une maladie qui appartient à la catégorie des « *maladies de la pensée* ». « *Tellement les gens ont été traumatisés..., diabète... diabète... diabète... Aïa ! [soupon] j'ai le diabète !...* » Dans ce contexte, le diabète n'est pas une maladie héréditaire, mais davantage une maladie résultant d'une démarche volontaire -qui vient de la personne elle-même-, plus précisément à cause des changements qu'elle a apportés à ses habitudes alimentaires. « *Manger normalement, c'est le poisson grillé, les bananes bouillies et le « miti ha'ari » (litt. lait de coco) tout frais.* » Mais aujourd'hui, « *le midi, ils mangent le casse-croûte et ils boivent le Coca (i.e. Coca-Cola). C'est eux-mêmes qui veulent être diabétiques* ». Les produits alimentaires importés sont identifiés comme les agents pathogènes de la « contamination » des Polynésiens par la maladie du diabète : « *poulets congelés, importés. “(Te) mā'a...”*²¹ (litt. la nourriture, l'alimentation), *c'est pas bon, c'est ça qui nous a contaminés.* » Le diabète prend ici la forme d'une maladie d'origine infectieuse, d'une maladie liée à la souillure ou à la pollution du corps par la consommation d'aliments d'origine étrangère.

80 % de la clientèle de ce guérisseur est diabétique, apparemment en état de saturation des techniques médicales et des soins occidentaux, parfois empreints de menaces, et qui sont utilisés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés : « ils sont “fiu” des “rā” au popa'ā » », ce qui signifie littéralement, « ils sont fatigués (ou lassés) de prendre les médicaments des Blancs ».

« Y en a marre de l'insuline tout ça.

Des fois, ils sont touchés, on leur fait peur : “si tu prends pas l'insuline tu vas mourir”.

Tous les gens que je reçois, ils viennent parce qu'ils en ont ras-le-bol de l'hôpital, de la clinique... »

²¹ Pour la traduction plus complète des termes et expressions maintenus en langue tahitienne dans le corps de la thèse, on peut se référer au lexique placé à l'annexe III page xvi.

Ce tradipraticien s'oppose formellement aux moyens thérapeutiques utilisés pour les diabétiques en milieu hospitalier, parce qu'ils symbolisent la perte d'espoir, la mort de la personne souffrante qui se profile : *« Je suis contre l'hémodialyse, car quand on va sous cette machine-là, on est foutu ».*

Les croyances religieuses de ses malades représentent une aide précieuse qui conditionne l'efficacité des soins qu'il leur apporte : *« ils ont la foi, c'est ça qui est important. Sans la foi, tu ne peux rien faire. Tu peux guérir par la pensée ».*

Selon lui, le diabète est une maladie comparable au cancer, puisque ces deux maladies sont diagnostiquées trop tardivement chez le Polynésien lorsque l'aggravation de son état est irrémédiable : *« quand on s'en aperçoit, c'est trop tard ».* Face à cette situation, ce guérisseur reconnaît de manière intuitive les limites de ses actions thérapeutiques : *« Parfois, je refuse quand je sens que je peux pas le soigner. (...) Quand c'est trop tard ».*

Crainte et peur de la gravité enracinées dans le récit des Polynésiens, écho de la violence symbolique exercée à travers le pouvoir médical, influence de l'entourage familial et de la foi

Lorsque les Polynésiens diabétiques hospitalisés s'expriment au sujet de leur maladie, certains évoquent la peur, *« car il faut prendre le sang »*, et la crainte qu'ils éprouvent par rapport à la gravité et à l'évolution dramatique de leur maladie, laquelle est accentuée par l'entourage familial et apaisée par la foi.

« À mon fils, j'ai dit que j'ai le diabète. Il a dit, "fais attention au diabète, le diabète c'est couper le pied, c'est couper la main. Si fais pas soigner, c'est couper..." (...) Y en a beaucoup à l'hôpital du diabète, c'est couper le pied... c'est couper la main... [...]

Dieu va donner la chance à moi de pas couper le pied. »

Dans un service de soins intensifs, j'ai rencontré un Polynésien âgé de 36 ans qui venait d'être amputé du tiers inférieur de la jambe gauche pour une fascite nécrosante²² suite à des plaies négligées (i.e. « *mal soignées qui ont dégénéré* ») au pied gauche. Il m'a confié être allé chez un « Tahu'a rā'au »²³ il y a trois ans, sur les conseils d'un « *copain* ». Mais l'absence d'amélioration de son mal, identifiée comme le signe de l'inefficacité des remèdes traditionnels, l'a finalement conduit à prendre la décision de consulter un médecin.

Dans un service de chirurgie, un Polynésien âgé de 50 ans est hospitalisé pour une cellulite nécrosante d'une jambe. Porteur du diabète de type 2, et atteint d'une insuffisance rénale chronique, il a « *négligé* » son diabète pendant 4 ans.

Une femme polynésienne diabétique qui était « *non suivie* », a été amputée au niveau du genou. Une autre femme, identifiée par les soignants de « *négligente, aussi* », a essayé de traiter sa maladie avec les « *rā'au tahiti* » (i.e. remèdes traditionnels). Elle a été admise pour « *mal perforant plantaire du pied gauche avec lésion nécrotique du V et IV* (i.e. 4^{ème} et 5^{ème} orteil) *et bord externe, avec ulcère chronique du talon* ». Son pied s'est rapidement nécrosé, puis, atteint finalement par la gangrène, elle a accepté l'amputation.

Les infirmières et les aides-soignantes qui prodiguent les soins à ces malades, attribuent l'origine de l'aggravation de leur état de santé à leur attitude « *négligente* » qu'elles constatent avec récurrence, exprimant avec insistance leur découragement, et reconnaissant qu'elles sont « *désarmées, totalement désarmées* ».

²² Nécrose infectieuse du tissu sous-cutané des membres chez l'adulte. Qu'elle soit profonde (fascite) ou superficielle (hypodermite) elle « réclame une attitude décisionnelle brutale. (...) Excision chirurgicale imposée » (Lortat-Jacob, 2005 :3).

²³ « Guérisseur par les remèdes à base de plantes. [...] (Actuellement) – guérisseur avec des remèdes traditionnels » (Académie tahitienne, 1999 :439).

GENÈSE ET FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

La confrontation de la réalité empirique au contenu de la littérature biomédicale, en santé publique, en sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie sociale et anthropologie), a constitué le fondement des travaux d'une thèse construite pendant plus de trois années²⁴. Il ne s'agit pas de restituer dans le corps de cette thèse le contenu exhaustif de cette aventure humaine et intellectuelle passionnante et de ces travaux de recherche particulièrement fructueux, mais plutôt d'en extraire la substance.

La gravité et le caractère dramatique de l'état de santé des Polynésiens diabétiques, leur souffrance observée et exprimée, associés aux problèmes évoqués avec récurrence par les cliniciens lors de la prise en charge de ces patients, et la quasi absence d'études sur l'expérience subjective du diabète et de ses complications vécue par les Autochtones dans la région du Pacifique occidental, constituent les critères de légitimité de cette recherche qualitative, analytique, interprétative et culturaliste de la trajectoire de l'évolution du diabète vers les complications chez les Polynésiens autochtones.

Mais comment expliquer que les Polynésiens diabétiques sont hospitalisés lorsque la dégradation de leur état de santé est pratiquement irréversible ?

Comment expliquer que leur maladie peut évoluer, par exemple, vers des atteintes rénales qui exigent au moins trois séances d'hémodialyse par semaine, ou au développement de plaies ulcéreuses au niveau des pieds conduisant à la nécrose, puis à une, voire plusieurs amputations ?

²⁴ La scolarité de doctorat a été complétée le 18 juin 2003 (date de réussite à l'examen de synthèse). Dès l'obtention de l'avis favorable, délivré à l'unanimité par le Comité d'éthique de la Polynésie française en date du 30 octobre 2003 (voir les formulaires éthiques présentés de l'annexe IV à l'annexe X), le recrutement des cas a été ainsi initié à partir du 1^{er} novembre 2003 dans la perspective de la réalisation du travail de terrain.

Comment expliquer que ces complications aboutissent à de telles invalidités et à de telles conséquences psychologiques et sociales notamment en termes d'impact humain sur les malades et leur famille, et de coût humain et financier pour la société ?

Comment finalement expliquer que certains Polynésiens diabétiques, dont l'état de santé nécessite un suivi médical et des soins réguliers sont, comme certains médecins le constatent avec une certaine impuissance, « dans la nature », c'est-à-dire en dehors du dispositif de soins, adoptant une attitude de fuite, et échappant semble-t-il au système de santé occidental ?

L'explication de l'apparition et du développement des complications chez les Polynésiens diabétiques de type 2 réside-t-elle dans l'évolution de l'histoire naturelle de la maladie, c'est-à-dire dans le processus physiopathologique du diabète ? Est-ce le caractère « silencieux » (ou « indolore ») de la maladie, ou la non-perception de signes physiques, qui favorisent sa progression pouvant conduire à une situation parfois irréversible ? Est-ce la non-observance (inobservance ou non-compliance) thérapeutique des malades ?

L'explication de l'apparition et du développement des complications chez les Polynésiens diabétiques de type 2 réside-t-elle dans la transition nutritionnelle ? Est-ce, par exemple, le mode de vie des diabétiques qui associe un apport alimentaire trop riche en calories - en graisses et en sucre -, à une insuffisance d'activité physique et à une vie sédentaire ?

L'explication de l'apparition et du développement des complications chez les Polynésiens diabétiques de type 2, ne se révèle-t-elle pas plutôt à travers le récit de l'histoire et de leur expérience de leur maladie ?

L'irruption et le développement des complications chez les Polynésiens autochtones diabétiques de type 2, ne s'enracinent-ils pas dans les processus d'intériorisation des signes

ou des symptômes perçus, de la représentation et de l'expérience vécue de leur maladie, qui orientent les actions (ou non-actions) menées face à leur problème de santé ?

Enfin, la survenue et le développement des complications chez ces Polynésiens diabétiques, ne trouvent-ils pas leur origine dans d'autres facteurs dissimulés²⁵ dans la structure de la trajectoire de l'évolution de leur maladie, et qu'une analyse approfondie pourrait permettre de décrypter et de comprendre ?

L'approfondissement de ce questionnement m'a ainsi conduite à formuler la question de recherche suivante : Quelles sont les conditions structurantes de l'émergence et du développement de la maladie des Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2 et vivant dans la zone urbaine de Tahiti, et comment la perception des signes ou des symptômes de leur maladie ainsi que le sens qu'ils lui attribuent, contribuent à façonner leur trajectoire phénoménologique vers les complications ?

Autrement dit, par-delà l'impact du niveau socio-économique et éducatif de ces Polynésiens sur leur état de santé, comment leur histoire personnelle, leurs conditions de vie ainsi que leurs représentations du diabète influencent-elles leurs attitudes, conduites, actions et non-actions face à leur(s) problème(s) de santé favorisant ainsi la mise en œuvre de mécanismes de résistance, retardant ainsi leur prise en charge médicale dans un système de santé qui tend pourtant vers une promotion de la qualité des soins, une optimisation des ressources et de la prévention, et qui propose une couverture médicale universelle à tous les Polynésiens ?

²⁵ L'analogie de la « boîte noire » utilisée en aviation pourrait être évoquée ici tant elle suggère l'idée d'un appareil (la trajectoire), enregistrant les données du vol (les éléments marquant l'histoire de la maladie, ses signes, sa signification et sa représentation), et qui peut permettre d'en comprendre, *a posteriori*, le déroulement (l'évolution vers les complications).

Prémises et approche du terrain à l'étude

Le protocole de recherche présenté le 14 août 2003 aux membres du Comité d'éthique de la Polynésie française a reçu un avis favorable, à l'unanimité, le 30 octobre 2003, soit deux mois et demi après sa présentation.

Le principal motif retenu était « *l'intérêt de la recherche dont le but est d'étudier les causes des complications du diabète de type 2* ». Les conditions²⁶ à respecter dans la recherche se sont avérées conformes à celles qui étaient mentionnées dans le protocole.

Les stratégies en vue du recrutement des cas ont été définies, le lieu²⁷ d'exploration choisi, la totalité des formulaires traduits en langue tahitienne, et les rencontres avec les médecins généralistes ou spécialistes assurant le suivi des personnes diabétiques à Tahiti, initiées.

Début février 2004, le travail de terrain était en cours, mais le recrutement des cas n'était pas facile car les médecins contactés étaient accaparés par de nombreux malades touchés par la grippe, « *la cadence de travail est telle...* » qu'ils se déclaraient « *débordés* ». Pour autant, les entrevues que j'obtenais pour expliciter ma démarche étaient particulièrement fructueuses.

Des premiers contacts furent établis avec des Polynésiens qui avaient donné à leur médecin leur accord pour nous rencontrer, mon interprète et moi-même, dans leur lieu de vie. Conformément aux principes de l'éthique de la recherche, l'objectif de l'étude était

²⁶ Elles concernaient la traduction en langue tahitienne du formulaire de consentement ; le recueil du consentement libre, exprès et éclairé de l'ensemble des patients entrant dans ce projet, le consentement pouvant être retiré à tout moment ; l'information de chaque patient du résultat de la recherche (en langage vulgarisé traduit en langue tahitienne) sauf refus exprimé par celui-ci ; enfin, le dossier médical de chaque patient pourra être examiné avec son accord, en présence de son médecin traitant.

²⁷ Le choix du secteur géographique (terrain d'exploration ou lieu de vie des cas) implanté en zone urbaine à Tahiti a été défini en concertation avec les services de l'urbanisme, du cadastre et avec l'institut territorial de la statistique de la Polynésie française. Cette partie est développée dans le quatrième chapitre consacré à la méthode.

présenté clairement aux participants dans un langage simplifié, le plus souvent en langue tahitienne, et une attention particulière était portée sur les questions éventuelles posées par les Polynésiens.

Le respect de la confidentialité des données et de leur anonymat qui nous interdit de les nommer a été évoqué avec insistance, permettant de favoriser l'établissement de la relation de confiance nécessaire au recueil de l'histoire de leur maladie dans leur langue maternelle (en langue tahitienne, ou « reo tahiti »). Cet engagement à respecter leur anonymat, m'a conduite par la suite à omettre volontairement certains noms de lieux, ou certaines informations, lors de la validation finale de la transcription des entretiens, ce qui n'était pas incompatible avec le fait de préserver l'authenticité de leur propre histoire.

Les réactions de l'ensemble des Polynésiens rencontrés laissaient apparaître un certain étonnement, car c'était « *la première fois* » qu'une personne, une « popa'ā », une « étrangère de race blanche » (Académie tahitienne, 1999 :376), venait chez eux pour s'intéresser à leur(s) problème(s) de santé, et plus largement à certaines difficultés de leur existence de surcroît, pour essayer de comprendre.

« Ces trois rencontres, c'était... beaucoup d'expérience. Ah, c'est la première fois que je..., je donnais ce que... j'ai eu, je donne à quelqu'un d'autre, qu'il, qui n'a pas euh..., pour moi qui n'a pas de racines fondées ici, qui n'est pas ma famille ! Et j'ai tout donné cette confiance..., tout. Pasque²⁸ mon mari il me disait que c'est rare que..., on..., que quelqu'un entre chez moi, et puis d'un coup, "bonjour, ça va ? Et puis allons y..." C'est très rare... » (Vai^{f29}, Cas 005)

²⁸ S'agissant du mode de transcription des extraits d'entretiens qui figurent dans cette thèse, des explications particulièrement utiles figurent dans la convention d'écriture et la justification sémantique (Cf. annexe II, page xii à page xv).

²⁹ Afin d'individualiser les extraits des entretiens des Polynésiens participants à l'étude qui sont cités dans la thèse, de les protéger et de ne pas permettre de les identifier, leur prénom a été changé. Toutefois, certains prénoms pouvant désigner à la fois un homme et une femme, et pour éviter toute ambiguïté, les prénoms des cas féminins (i.e. femmes polynésiennes porteuses du diabète de type 2) qui apparaissent dans la thèse sont pourvus d'un « f » placé en exposant. Le tableau des prénoms attribués aux Polynésiens et leur signification est présenté à l'annexe XVI page xlii.

« Oui, c'est la première fois que je... c'est la première fois que je suis comme ça, qu'on me questionne. C'est la première fois ! C'est la première fois que je vois..., qu'on me questionne sur... une maladie..., maladie du sucre. C'est la première fois ! (...) Et... c'est agréable ! C'est agréable ! Il n'y a rien de mal. C'est très agréable. C'est agréable... et... j'aime bien. Y a pas de problème. [Silence] » (Miri^f, Cas 006)

ITINÉRAIRE DE LA THÈSE

Cette thèse est constituée de six chapitres. Les deux premiers permettent d'accéder à la mise en contexte de l'étude empirique (Cf. chapitre premier) et de procéder ensuite à la contextualisation du problème de recherche, ceci à partir de la présentation détaillée du cas de Ruta, l'une des Polynésiennes diabétiques autochtones incluse dans l'étude (Cf. chapitre deuxième).

La revue de la littérature s'organise dans le troisième chapitre autour des principaux thèmes inscrits au cœur de la thèse (i.e. le diabète de type 2, ses complications, et les Autochtones), étudiés dans le champ biomédical, dans le champ de la Santé publique et dans la littérature en sciences humaines et sociales. Les thèmes connexes issus de la problématisation tels les facteurs contributifs à la maladie (e.g. le stress, les phénomènes migratoires, l'environnement urbain), les modèles explicatifs de la maladie, sont appréhendés à partir d'une lecture analytique des études les plus pertinentes.

La démarche méthodologique et les outils anthropologiques utilisés font l'objet du quatrième chapitre, qui ouvre sur les deux derniers chapitres consacrés à la présentation des résultats empiriques. Ils concernent, au chapitre cinq, l'approche des conditions de vie et des contraintes des cas inclus dans l'étude, leurs caractéristiques sociodémographiques suivies de leurs caractéristiques médicales, notamment en termes de sévérité de la maladie et d'ancienneté du diabète. Au sixième chapitre, à partir de l'analyse transversale des récits des 30 Polynésiens diabétiques autochtones, on procède au décryptage de la trajectoire sémiologico-phénoménologique de leur maladie. Celle-ci prend précisément sa source dans les conditions structurantes de l'émergence du diabète chez ces Polynésiens, et se développe à partir du point d'ancrage sémiologique (i.e. celui des *signes*) et du point d'ancrage sémantique (i.e. celui du *sens*) de la maladie, façonnant ainsi sa trajectoire phénoménologique (i.e. celle de *l'expérience*) vers les complications. Par-delà l'identification des différents modes de réaction des Polynésiens diabétiques face à leur

maladie, une attention particulière est portée sur l'évolution, particulièrement frappante, de la trajectoire de la maladie de certains Polynésiens. La synthèse de ces travaux permet de suggérer certaines réflexions, sans doute utiles aux cliniciens et aux acteurs en santé publique, avant d'esquisser quelques pistes de recherches complémentaires dans la perspective d'une contribution à une anthropologie médicale *impliquée* dans la santé publique mais aussi *ouverte* à la santé publique.

CHAPITRE PREMIER

MISE EN CONTEXTE

« Depuis deux siècles - et surtout depuis les années soixante, marquées par l'implantation du Centre d'expérimentation du Pacifique -, le cadre de vie des Polynésiens n'a cessé de se modifier pour devenir de plus en plus occidentalisé. Adoption de la langue française, école française, médecine moderne, et entrée dans une économie de marché par opposition à une économie de subsistance et communautaire, conjuguées à une dévalorisation intense de la tradition, ont entraîné des modifications brutales du cadre culturel originaire » (Barbiéra, 1996 :10).

Présentation générale de la Polynésie française

Il ne s'agit pas de restituer l'abondante littérature sur l'histoire³⁰ de la Polynésie française ou de retracer l'évolution de la société polynésienne notamment depuis la profonde mutation économique, sociale et culturelle qu'elle a connue, et sans doute aussi subie, suite à l'installation du Centre d'Expérimentation du Pacifique (CEP) en 1963, ou bien encore de dissenter sur les mythes et les légendes qui ont particulièrement stimulé l'imaginaire des écrivains, mais plutôt de présenter les éléments essentiels permettant d'appréhender le milieu dans lequel l'étude empirique a été réalisée.

Dans ce chapitre, on procèdera donc successivement à un survol de l'histoire de la Polynésie française, à une présentation sommaire de sa situation au plan géographique et climatique, sociodémographique, politique et économique, pour s'attarder davantage sur le contexte sanitaire et socioculturel des Polynésiens.

³⁰ Parmi les nombreux ouvrages sur le sujet, on citera l'incontournable œuvre de Baré (1987), intitulée *Tahiti, les temps et les pouvoirs. Pour une anthropologie historique du Tahiti post-européen*, qui offre une lecture des processus historiques de la rencontre des sociétés polynésiennes et des sociétés occidentales au XIX^e siècle.

Survol de l'histoire de la Polynésie française

« Décrite dès le XVIII^e siècle comme la nouvelle Cythère, une terre de rêve qui ensorcelle et purifie, elle attira d'abord savants, artistes, et hommes de lettres ; par la suite, sa dimension géostratégique s'améliora durant la Seconde Guerre mondiale, puis avec la création du centre français d'expérimentation atomique » (Doumenge, 1990 :1548).

La présence humaine en Polynésie orientale a été établie vers 1 500 avant J.-C., le peuple polynésien venant « sans doute des côtes d'Asie du sud-est » (IEOM, 2005 :10).

Si Puka Puka située dans l'archipel des Tuamotu fut la première île découverte en 1521 par Magellan, ce n'est que le 17 juin 1767 que le capitaine anglais Wallis aborda Tahiti. Il fut suivi par Bougainville en 1768 qui baptisa Tahiti « la nouvelle Cythère », puis par Cook qui fit trois séjours à Tahiti de 1769 à 1777 (IEOM, 2004b).

L'ancienne société polynésienne était très hiérarchisée, religieuse et économiquement peu diversifiée (i.e. horticulture, élevage de cochons, et pêche) (Doumenge, 1990 :1552), comme le précise Oliver (1952) :

« Une fois établis dans la Polynésie centrale (Raiatea, Tahiti et Huahine) (...) les indigènes adaptèrent leur genre d'existence à la luxuriance de leur environnement. (...) Presque tous les Polynésiens étaient des cultivateurs et des pêcheurs. (...) Leur outil de jardinage le plus important était un simple bâton avec lequel ils perçaient des trous dans la terre pour planter des taros, des ignames, des patates douces et des bananiers. (...)

Ils élevaient des porcs, des chiens et de la volaille partout où ils avaient les moyens de les nourrir, et ces animaux servaient à compléter l'alimentation végétarienne.

La pêche était une occupation normale aussi bien qu'un sport » (Oliver, 1952 :66-67).

Le XIX^e siècle a été marqué à Tahiti par une succession de luttes religieuses entre protestants et catholiques, et de luttes politiques entre la France et l'Angleterre pour la possession de la Polynésie, impliquant la famille royale tahitienne Pomare. C'est en 1880

que le roi Pomare V a cédé à la France toutes les îles sur lesquelles il régnait (IEOM, 2005 :10).

L'exploration européenne³¹ des îles polynésiennes s'est achevée au milieu du XIX^e siècle par leur intégration à l'Empire colonial français entre 1842 et 1901, - période du protectorat³² -, donnant naissance aux Établissements français de l'Océanie (E.F.O.). Au cours du XIX^e siècle, les missionnaires ont conduit à une christianisation profonde de la société polynésienne, l'Église évangélique de la Polynésie française étant « l'héritière des premiers missionnaires anglais » (Vigneron, 1999 :64).

En 1946, la colonie est devenue un territoire d'outre-mer de la République, prenant le nom de Polynésie française en 1957 (Ibid).

En 1962, lors de la période précédant les bouleversements induits par le Centre d'expérimentation du Pacifique (CEP), la minorité de « Popa'ā Farani » (litt. Français Blancs) ne comptait que moins de 5 % de la population totale. Par-delà l'ambiguïté relationnelle maintenue entre les deux catégories socioculturelles les « Ta'ata Mā'ohi » (héritiers de l'ancienne civilisation mā'ohi) et les « 'Āfa Tahiti » (litt. Demi-Tahitiens ; i.e. métissés), les Polynésiens s'identifiaient comme « les témoins vivants du dépérissement de l'ancienne civilisation », s'engageant dans « une longue lutte » visant à préserver leur identité et à s'intégrer dans une nouvelle organisation sociale influencée par la production capitaliste naissante (Pambrun, 1988 :9-10).

³¹ Parmi les conséquences de la découverte de la Polynésie par les Européens, on note d'importants « décalages philosophiques et technologiques entre la civilisation traditionnelle et la civilisation venue d'Europe » (Doumenge, 1990 :1552). La diffusion dramatique des épidémies importées notamment entre 1770 et 1854 (e.g. influenza en 1772 et 1774, tuberculose en 1774 - 1775, scarlatine en 1847, rougeole en 1852, variole en 1863 et grippe en 1918) (Vigneron, 1995 :60, & 1999), fièvre typhoïde et dysenterie en 1790 (Vigneron, 1999 :62-69), et l'alcoolisme qualifié « d'endémique » (Toullélan, 1988 :17) ont contribué au dépeuplement d'une proportion importante de la population polynésienne (vraisemblablement les deux tiers) notamment au XIX^e siècle.

³² C'est-à-dire le « Statut protégé d'un royaume indigène » (Toullélan, 1988 :58).

Or, « si l'identité polynésienne actuelle et hétérogène ambiguë, si les communautés autochtones de Tahiti sont en quelque sorte devenues étrangères chez elles, c'est certes à la suite d'un processus colonial classique. L'histoire montre pourtant que bien avant la colonisation, dès la découverte de Tahiti, dès les premiers échanges, le malentendu s'instaure comme règle de la communication » (Baré, 2002).

Présentation géographique et climatique, sociodémographique, politique et économique de la Polynésie française

Situation géographique et éparpillement insulaire

Située au milieu de l'Océan Pacifique, la Polynésie française représente l'un des ensembles géographiques et administratifs les plus fractionnés au monde (IEOM, 1993 :161), ce qui évoque une certaine « contradiction entre l'insignifiance des superficies terrestres et l'immensité des zones océaniques territoriales » (Centre de Recherches sur les Espaces tropicaux, 1987 :56).

Distante de 10 300 km de Montréal, et de 18 000 km de Paris, l'île de Tahiti, où vit 69 % de la population fait partie des 121 îles qui composent la Polynésie française, dont 76 sont habitées (ISPF, 2005a). La carte présentée figure 1 à la page xxii permet de visualiser ces îles regroupées en 4 archipels. On distingue ainsi l'archipel de la Société composé des îles du Vent (où se trouve Tahiti) et des îles Sous-le-Vent, l'archipel des îles Marquises, l'archipel des îles Australes, et l'archipel des Tuamotu auquel on rattache les îles Gambier.

Ces îles représentent une superficie émergée d'environ 3 600 km², qui correspond, à titre d'exemple, à la superficie de la Corse, émietlée sur une vaste étendue maritime d'une superficie comparable à celle de l'Europe, c'est-à-dire 5,5 millions de km² (Atlas économique et politique mondial, 2003 :243).

La position entre les 7^{ème} et 28^{ème} degrés de latitude sud, précisément entre l'équateur et le tropique du Capricorne, confère à l'ensemble de la Polynésie française un climat tropical océanique, chaud³³ et humide, variant selon la nature et le profil des îles (i.e. hautes et volcaniques ou basses et coralliennes). Les îles hautes (e.g. Tahiti) se caractérisent par leur exposition aux alizés notamment le secteur Est, et la végétation est décrite comme « exubérante » (Doumenge, 1990 :1550). L'île de Tahiti, qui représente l'élément principal de l'archipel de la Société, est constituée par deux anciens volcans culminant à 2 241 mètres pour le mont Orohena et à 1 332 mètres pour le mont Rooniu situé à la presqu'île de Tahiti (Ibid).

Contexte sociodémographique

L'extrême éclatement de l'espace insulaire génère notamment une répartition inégale de la population sur le territoire. Ainsi, lors du dernier recensement général de la population réalisé en novembre 2002, parmi les 245 516 habitants³⁴ (ISPF, 2003) qui représentent l'ensemble de la population de Polynésie française, 86 %³⁵ réside dans l'archipel de la Société comprenant les îles Sous-le-Vent et les îles du Vent où se trouve Tahiti qui regroupe 69 % de la population, c'est-à-dire 169 674 habitants (IEOM, 2005 :21). Si la densité est de 63 habitants/km² des terres émergées, elle est de 118 habitants/km² dans l'archipel de la Société et de 8 habitants/km² aux Marquises (Gouvernement de la Polynésie française, 2002a). Avec un indice synthétique de fécondité de 2,7 la population de Polynésie française qui a triplé en 40 ans est particulièrement jeune, puisque 48 % a moins de 25 ans et 7 % ont 60 ans ou plus (ISPF, 2003). En 2002, 58 % de la population polynésienne était active et 11,7 % était au chômage (ISPF, 2005a). La stabilité des décès (i.e. environ 1 100 morts par an), et la réduction de la mortalité infantile

³³ À titre d'exemple, la température moyenne à Tahiti au cours de l'année 2003 était de 26,9°C (ISPF, 2005).

³⁴ La Polynésie française se place ainsi au « quatrième rang des pays et territoires du Pacifique insulaire derrière la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les îles Fidji et les îles Salomon » (Merceron, 2005 :233).

³⁵ La population des autres archipels était ainsi répartie en 2002 : 7 % aux Tuamotu-Gambier, 4 % aux Marquises et 3 % aux Australes (ISPF, 2003).

conduisent à une augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui était en 2004 de 71,5 ans pour les hommes et de 76,7 ans pour les femmes (ISPF, 2006). Cette moyenne est nettement supérieure à celle relevée en 2000 à Fidji (i.e. respectivement 61 et 65 ans) et à la Réunion (i.e. 70 et 79 ans), mais elle est inférieure à celle relevée en France métropolitaine (i.e. 75 et 82,5 ans) (Ministère de la Solidarité de la Polynésie française, 2006).

La dynamique démographique contemporaine de la Polynésie française est marquée par un héritage colonial, un pluri-ethnisme et une macrocéphalie urbaine notamment aux îles du Vent où se concentre l'essor économique (Merceron, 2005 :233).

La société tahitienne se caractérise par une pluriethnicité et un pluriculturalisme. En 2003, la composition ethnique³⁶ de la population était ainsi répartie : Polynésiens 78 %, Chinois 12 % et Français 10 % (Atlas économique et politique mondial, 2003 :243).

Contexte politique

La vie politique en Polynésie française est née dans les Établissements Français d'Océanie (EFO) - qui sont devenus la Polynésie française en 1957 - avec le rattachement de la colonie à la France libre le 02 septembre 1940 (Regnault, 2005 :241).

Pays d'outre-mer au sein de la République, la Polynésie française se gouverne librement et démocratiquement et constitue une collectivité d'outre-mer dont l'autonomie est régie par l'article 74 de la Constitution. « La République garantit l'autonomie de la Polynésie française ; elle favorise l'évolution de cette autonomie, de manière à conduire durablement la Polynésie française au développement économique, social et culturel, dans le respect de ses intérêts propres, de ses spécificités géographiques et de l'identité de sa population » (Ministère de l'Outre-Mer, 2004 : 4183). L'État français est représenté en

³⁶ Il convient cependant de préciser que la question d'appartenance ethnique a été retirée du recensement de 1996 et de 2002 afin notamment de respecter les directives de la Commission Nationale Informatique et Liberté.

Polynésie française par le haut-commissaire de la République. Il est compétent en matière de défense, de maintien de l'ordre (Al Wardi, 1998 :22), des relations extérieures, de politique étrangère, de justice, d'enseignement supérieur et de recherche, de communication audiovisuelle et de monnaie. Parmi les compétences du Territoire, figurent notamment la santé, l'administration territoriale, l'enseignement élémentaire, primaire et secondaire, la fiscalité, les prix et le commerce extérieur, la réglementation des droits d'exploration et d'exploitation des ressources des espaces maritimes.

Les années 2003 et 2004 pendant lesquelles s'est déroulé le travail de terrain ont été marquées par des soubresauts politiques³⁷ et institutionnels survenus lors d'une période trouble sur le plan statutaire, politique, économique et social³⁸. Les entreprises ont exprimé certaines craintes, compte tenu des départs de capitaux et des hésitations à investir. Or, depuis le 13 février 2005, date de l'élection de monsieur Oscar Temaru³⁹ comme président de la Polynésie française le contexte sociopolitique polynésien demeure à la recherche d'une stabilité, encore aujourd'hui (i.e. en 2006) (Al Wardi, 2006).

³⁷ Ainsi, dès l'obtention du nouveau statut, le président du gouvernement de la Polynésie française Gaston Flosse (fidèle gaulliste, attaché à la République, et fondateur du parti politique Tahoera'a Huira'atira : « Rassemblement du peuple ») (Al Wardi, 1998 :277), a demandé au président Jacques Chirac, la dissolution de l'Assemblée de Polynésie française. Or, le statut de février 2004 devait assurer le triomphe de Gaston Flosse puisqu'il avait obtenu un mode de scrutin particulier. Mais « l'imprévisible se produit le 23 mai 2004 » (Regnault, 2005 :243), puisque la prime majoritaire a été attribuée à la formation dirigée par Oscar Temaru, le chef des indépendantistes. C'est donc une coalition composée d'autonomistes et d'indépendantistes qui a accédé au pouvoir. Mais, à la fin octobre 2004, Gaston Flosse a été de nouveau élu président de la Polynésie française après avoir convaincu l'un des membres de l'UPLD (Union pour la démocratie) de rejoindre sa majorité. Aux élections partielles (i.e. limitées aux îles Sous-le-Vent) du 13 février 2005, il perdra finalement les élections avec un écart de plus de 6 000 voix alors qu'il était de 300 le 23 mai 2004 (Al Wardi, 2005). L'arrivée au pouvoir d'indépendantistes accompagnés d'autonomistes est un événement sans précédent. Dès lors, les laissés-pour-compte de la rente nucléaire ont l'impression d'avoir enfin accédé au pouvoir.

³⁸ En avril 2003 par exemple, les médecins ont débuté une grève illimitée après la dénonciation par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) (i.e. organisme d'assurance maladie) d'une convention signée en début d'année. Le président du gouvernement de l'époque, monsieur Gaston Flosse, « stigmatisera les médecins libéraux, rapidement rejoints par ceux du public. Les attermolements de la CPS déclencheront un mouvement qui franchira pour beaucoup le point de non-retour... » (Conseil des employeurs de Polynésie française, 2004 :47). Le mouvement de grève s'est poursuivi jusqu'au 19 mai 2003 après un « accord mitigé avec la CPS » (Ibid).

³⁹ Fondateur en 1977 du Front de Libération de la Polynésie (FLP) devenu Tavini Huira'atira (« Servir le peuple ») qui regroupe les indépendantistes dont il est le chef, Oscar Temaru serait, selon Regnault (2004), un homme « représentatif de la population tahitienne marginalisée ».

Ces mouvements politiques n'ont pas été sans conséquences au sein des ministères, en particulier celui de la santé, où quatre ministres se sont succédé durant une période de 15 mois. Il n'est pas sans intérêt de relever les empreintes des différentes convictions politiques qui transparaissent à travers les noms attribués au ministère. Ainsi, « le ministre de la santé, de la fonction publique et de la rénovation de l'administration »⁴⁰, qui était en place sous l'ancien gouvernement Flosse, a été remplacé le 16 juin 2004 - à l'issue de l'élection « imprévisible » de M. Oscar Temaru - par « le ministre de la qualité de la vie, de la santé et de la solidarité, de la famille, de la promotion de la femme et de la vie associative ». Lorsque M. Gaston Flosse est revenu au pouvoir à la fin du mois d'octobre 2004, le « ministre de la santé, chargé de la prévention et de la CPS (Caisse de prévoyance Sociale) » a été nommé. Depuis la réélection de M. Oscar Temaru, le 13 février 2005, madame Pia Faatomo-Hiro est « ministre de la santé, chargée de la prévention, de la sécurité alimentaire et de la médecine traditionnelle ».

Contexte économique

« Avant l'implantation du Centre d'Expérimentation du Pacifique (CEP) au milieu des années 60, l'économie de la Polynésie française était caractérisée par l'exportation de quelques biens primaires (phosphates, vanille, nacre) et surtout par la faiblesse des échanges extérieurs, donc par une très forte auto-production. La population active était pour moitié constituée d'agriculteurs, de pêcheurs vivant en autosubsistance. Les biens industriels et les services étaient très peu répandus. Il s'agissait donc d'une économie que l'on qualifierait aujourd'hui d'économie de pays sous-développé avec un PIB calculé par tête d'habitant extrêmement faible » (Charte Tahiti Nui, 2004 :4).

Parmi les deux événements majeurs à l'origine du développement économique de la Polynésie française, on relève effectivement l'implantation du CEP, dont il convient ici de souligner l'impact délétère sur la santé des Polynésiens. Ainsi, les agriculteurs, les pêcheurs polynésiens ont massivement migré vers Tahiti et quitté leur environnement naturel pour

⁴⁰ Il s'agit précisément du ministre auquel le projet de cette thèse avait été présenté.

devenir salariés du ministère de la Défense qui employait, en 1968, presque la moitié de la population active polynésienne (i.e. 43 %) (IEOM, 2005 :15). Les transferts civils de l'État constituent le deuxième moteur de l'économie polynésienne qui, malgré leur réduction à partir des années 80, ont contribué à entretenir manifestement une dépendance financière de la Polynésie française. Dès lors, il est apparu clairement que les Polynésiens consommateurs des biens importés ne pourraient d'une part, jamais les produire sur place, et d'autre part que la plupart des Polynésiens ne souhaitaient pas retrouver l'économie d'autosubsistance qui caractérisait la période de l'avant CEP (Charte Tahiti Nui, 2004 :7). Suite à l'arrêt définitif des essais nucléaires en 1996 et au démantèlement du CEP (IEOM, 2004 :11), les mécanismes de compensation financière visent à accompagner les autorités polynésiennes vers un développement de leurs ressources propres dans le secteur du tourisme, de la perliculture et de la pêche, ceci pour assurer la reconversion économique de leur pays (IEOM, 2005 :15).

Le centre économique et administratif de la Polynésie française est implanté sur l'île de Tahiti. Avec un PIB par habitant de 1,987 million de francs CFP (i.e. environ 23 486 \$ Can ou 16 651 €) en 2002 (ISPF, 2005a :2), la Polynésie française se positionne parmi les pays les plus riches⁴¹ de la Communauté du Pacifique (Gouvernement de la Polynésie française, 2002a :1.1), mais elle est totalement dépourvue de ressources énergétiques et son agriculture ne permet pas une autosuffisance alimentaire de sa population (IEOM, 2005 :36). L'Etat français qui assure une solidarité financière importante en Polynésie française a versé 150,5 milliards de F CFP (soit 1 261 190 023 €) pour l'année 2004, ce qui

⁴¹ Il convient de rappeler ici que le niveau de richesse de la Polynésie française établi ici par rapport à un indicateur international ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas de pauvreté en Polynésie française. En effet, « la Polynésie bénéficiant du niveau de vie d'un pays développé, la pauvreté absolue est très heureusement quasi-inexistante » (e.g. 18,6 % de la population, soit 10 660 ménages polynésiens sont situés en dessous du seuil de pauvreté relative) (ISPF, 2005b :1). Pour autant, les inégalités de revenus sont « beaucoup plus marquées » dans les Iles du Vent où la pauvreté est prépondérante (31 % des ménages polynésiens en dessous du seuil de pauvreté, résident dans la zone urbaine de Tahiti), et des différences de modes de vie sont observées entre les archipels. Les habitants des archipels éloignés de Tahiti (Marquises, Tuamotu, Gambier et Australes « ont une alimentation sur la base de l'auto-production, de la pêche et des

correspond à une progression de 4 % par rapport à l'année précédente. Si la première dépense de l'État français est consacrée à l'Éducation Nationale, à l'enseignement supérieur et à la recherche (50 milliards de F CFP), les transferts financiers dans les domaines de la santé et de la solidarité versés à la Polynésie française étaient en 2004 de 4,5 milliards de F CFP (soit 37 710 000 €) (Tahitipresse, 2005).

Il n'est pas inutile de souligner ici certains facteurs diabétogènes et très probablement obésogènes qui prennent leur origine dans le dispositif socioéconomique polynésien. Ainsi, à titre d'exemple, la Brasserie de Tahiti figure dans les premières entreprises de la Polynésie française, en raison de son important chiffre d'affaires. La première industrie agroalimentaire de la Polynésie française est aussi et surtout le premier pourvoyeur de « boissons gazeuses de grandes marques internationales (Coca-Cola, Orangina...) » qui sont distribuées jusque dans les îles les plus éloignées (Fenua Economie, 2005-2006 :19). On a remarqué plus précisément que :

« La Polynésie française possède toutes les caractéristiques de la société moderne de consommation avec abondance et gaspillage alimentaire et ce notamment dans la zone urbaine de Tahiti. Selon les statistiques agricoles et douanières, 80 % des disponibilités alimentaires sont des produits importés dont la consommation est rendue accessible à toutes catégories de revenus et dans toutes les îles du territoire.

Les aliments importés (i.e. riz, sucre, farine, conserves de légumes, de viande et de poissons), qui sont devenus des produits de première nécessité⁴² (PPN) fréquemment consommés en Polynésie, se sont substitués ou se sont ajoutés aux aliments traditionnels produits localement » (Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, 1998 : 59).

Plus récemment, l'enquête relative au budget des ménages 2000-2001 réalisée par l'ISPF (Institut de la Statistique de la Polynésie française) a montré que les ménages à

échanges et ne sont pas comparables à ceux qui vivent dans la zone urbaine de Tahiti au même niveau de ressources monétaires » (ISPF, 2005b :8).

⁴² Aujourd'hui (i.e. en 2006), le conseil des ministres de la Polynésie française envisage de remplacer la liste des PPN ou produits de première nécessité par celle des produits de services indispensables à prix réglementés (PSI).

revenus modestes à Tahiti n'hésitent pas à attribuer une part importante de leur budget familial à l'acquisition d'un véhicule neuf. L'équipement automobile de la Polynésie française s'apparente à celui des pays industrialisés (Reitel, 1993). Certains économistes évoquent le « triomphe de l'automobile » (Charte Tahiti Nui, 2004 :35), le 4x4 serait ainsi pour de nombreux Polynésiens un « symbole de la réussite sociale » (Bon, 2005 :131). Le fait que la population tahitienne soit devenue « progressivement captive de l'automobile » a contribué à la congestion automobile de la ville de Papeete et, partant, à la sédentarité des Tahitiens urbains lesquels « se déplacent plus en voiture que les métropolitains à taille d'agglomération similaire », et utilisent « moins la marche à pied et les transports collectifs et beaucoup plus les deux-roues » (Ibid). En outre, les Polynésiens n'ont pas échappé au développement des nouvelles technologies de l'information qui connaît un essor rapide⁴³ depuis une dizaine d'années en Polynésie française, qu'il s'agisse de la promotion des forfaits d'accès à internet, ou de l'abonnement aux programmes télévisés diffusés par satellite, ou de la téléphonie portable (IEOM, 2005 :102-103).

Si les dépenses globales de santé⁴⁴ étaient estimées en 2002 à 45 Milliards de francs CFP, on constate que ces dépenses ont augmenté⁴⁵ davantage que le PIB durant la décennie 1992-2002. Elles étaient d'environ 50 Milliards de F CFP en 2004 (IEOM, 2005 :109).

⁴³ On dénombrait ainsi 13 000 abonnés à Internet au 31 décembre 2003, principalement aux îles du Vent (IEOM, 2004b :99) ; plus de 10 000 abonnés à la télévision diffusée par satellite qui propose aux Polynésiens depuis juin 2000 des forfaits de cinéma et autres thèmes ; et enfin 72 000 abonnés au réseau de téléphonie mobile en 2004 (IEOM, 2005 :102-103).

⁴⁴ Plus de 96 % de ces dépenses sont financées par les pouvoirs publics et les 4 régimes d'assurance maladie. Seulement 4 % de ces dépenses seraient à la charge des ménages polynésiens (Charte Tahiti Nui, 2004 :32).

⁴⁵ Elles représentaient plus de 9% du PIB en 2002 (Charte Tahiti Nui, 2004 :33).

Présentation du contexte sanitaire en Polynésie française

Contraintes géographiques et conséquences sur l'offre de soins

L'extrême morcellement des îles associé à l'importante concentration démographique à Tahiti génère une prise en charge sanitaire particulièrement hétérogène, voire inégale de la population, marquant le système de santé polynésien d'un déséquilibre.

En effet, la Polynésie française bénéficie simultanément d'une médicalisation comparable à celle des pays développés en termes de densité médicale (s'agissant notamment des îles du Vent)⁴⁶, et elle subit par ailleurs une insuffisance de moyens, rappelant celle des pays en développement pour les îles éloignées dépourvues de médecin. Cette hétérogénéité de la densité médicale implique parfois l'organisation d'évacuations sanitaires inter-îles (IEOM, 2005 :108), et la réalisation de visites de médecins généralistes et de spécialistes dans les îles dans lesquelles un professionnel paramédical assure la prise en charge des problèmes de santé d'une petite communauté insulaire (Gouvernement de la Polynésie française, 2002a :2.2). Par conséquent, en matière d'organisation des soins, le ministre de la santé doit concilier d'une part, une progression technologique au niveau des structures d'hospitalisation en particulier sur Tahiti, visant l'obtention et le maintien d'un plateau technique performant, et d'autre part, permettre à l'ensemble de la population, même la plus éloignée, de bénéficier d'une prise en charge sanitaire de proximité pour répondre à ses besoins de santé aussi précisément que possible, en mettant à niveau et en optimisant les structures de soins, les moyens humains et matériels (Gouvernement de la Polynésie française, 2002b :15).

⁴⁶ À titre d'exemple, parmi les 396 médecins que comptait la Polynésie française au 31 décembre 2000, 83 % exercent sur l'île de Tahiti où la densité médicale est de 210 médecins pour 100 000 habitants (Gouvernement de la Polynésie française, 2002a :2.2). Sur l'ensemble de la Polynésie française, cette densité médicale est de 175 médecins pour 100 000 habitants, alors qu'elle était de 342 en France métropolitaine en 2004 (IEOM, 2005 :109).

Des disparités sont observées notamment en termes sanitaires entre la population de Tahiti et celle des îles des autres archipels. Ainsi, le mode de vie plus traditionnel et la contiguïté omniprésente dans les archipels éloignés, semblent exposer davantage les habitants au risque contagieux, les maladies parasitaires et infectieuses étant plus fréquentes. Par ailleurs, les habitants des archipels éloignés de Tahiti (Marquises, Tuamotu, Gambier et Australes) « ont une alimentation sur la base de l'auto-production, de la pêche et des échanges et ne sont pas comparables à ceux qui vivent dans la zone urbaine de Tahiti au même niveau de ressources monétaires » (ISPF, 2005b :8). Dans ces archipels, les produits de la pêche et de l'agriculture n'ont pas été encore totalement remplacés par les produits importés qui inondent le marché de la zone urbaine à Tahiti où les maladies dites de surcharge, telles l'obésité, le diabète et la goutte, apparaissent plus fréquentes (Berteloot, 1998 :21). Pour autant, rares sont les études consacrées aux maladies métaboliques en Polynésie française, « en dépit de leur importance et de leur grande fréquence » (Gendron & Bronstein, 1993 :101-102), et peu de données sont disponibles sur les maladies dégénératives cardiaques ou de surcharge (Vigneron, 1999 :188). Ainsi, « il reste à inventer les sources permettant d'aborder le problème majeur du diabète gras » (Ibid).

Priorités sanitaires et dispositifs organisationnels

En Polynésie française, la définition des priorités de santé publique s'appuie sur des données épidémiologiques lesquelles sont, il faut le rappeler, éclatées et lacunaires⁴⁷, s'agissant notamment du diabète de type 2 dont le taux de prévalence était estimé en 1995, c'est-à-dire il y a plus de dix ans⁴⁸ à 18 % (Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, 1998). Cette étude, qui est la plus récente et sans doute aussi la plus

⁴⁷ On pourra se référer si nécessaire à l'explication fournie dans l'introduction à la note n°15 au bas de la page 41.

⁴⁸ Si aucune étude plus récente n'a été réalisée depuis 1995, les médias n'hésitent pas à évoquer à Tahiti l'augmentation du taux de prévalence du diabète au sein de la population polynésienne sans toutefois indiquer l'origine de ces informations.

fiable, a été réalisée auprès d'un échantillon⁴⁹ de la population polynésienne âgée de 16 ans et plus, conjointement par la Direction de la Santé de la Polynésie française et l'Institut Territorial de Recherche Médicale Louis Malardé (Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, 1998). Elle a notamment confirmé le caractère particulièrement préoccupant des maladies non transmissibles en Polynésie française, ainsi que leur origine multifactorielle, identifiant « l'alimentation pléthorique⁵⁰, la sédentarité, et les habitudes alcooliques et tabagiques des Polynésiens » comme des « facteurs étiologiques directs ». Parmi les personnes dépistées, seulement 30 % connaissaient l'existence de leur diabète. Cette enquête a aussi et surtout permis de repérer la coexistence de « causes plus profondes de type socioculturelles, psychosociales et macro-économiques », mais qui « n'ont pas fait l'objet d'études spécifiques » (Ibid :69).

En Polynésie française, si le secteur de la santé et le secteur social sont gouvernés par des ministères distincts⁵¹, la politique sanitaire et sociale s'organise principalement autour de trois dispositifs : la protection sociale généralisée (PSG) mise en place au sein de la caisse de prévoyance sociale (CPS)⁵², le plan pour la santé 2001-2005, et le schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2007.

⁴⁹ On note qu'étant donné la composition de cet échantillon qui diffère de celle de la population générale de Polynésie française, cette étude ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble de la population polynésienne.

⁵⁰ Les apports caloriques des individus varient de 1 021 à 10 043 Kcal par jour (soit 3 800 Kcal par jour en moyenne). L'excès énergétique (i.e. les apports caloriques de 62, 2 % des individus, dépassent 120 % de leurs besoins énergétiques) est expliqué notamment par une consommation excessive d'aliments riches en sucres et en graisses tels le riz, le pain, les beignets, les pâtisseries, les biscuits, les plats préparés en sauce. Au facteur nutritionnel, s'ajoute la réduction de l'activité physique.

⁵¹ On distingue ainsi au plan sanitaire (en novembre 2006), le ministère de la santé, chargé de la prévention, de la sécurité alimentaire et de la médecine traditionnelle, et au plan social, le ministère de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

⁵² Cet organisme a été créé après le Service des Affaires sociales mis en place par le pouvoir colonial français en 1953 pour les "plus défavorisés" (Cizeron & Ravault, 1988 :25). Le statut de la CPS combine en fait les dispositions régissant la Mutualité agricole française (i.e. organisation et financement autonomes et direction unique) et la Sécurité sociale. À l'instar des déficits budgétaires récurrents assumés par l'organisme de couverture sociale français, la CPS est victime, depuis de nombreuses années, de déséquilibres financiers (e.g. le régime de protection sociale du monde rural a connu « un "trou" vertigineux de l'ordre de 3 à 4 milliards de F CFP en 1986 ») (Ibid :26-27) et traverse "une crise de croissance", dont la gravité ne s'améliore guère étant donné, notamment, la croissance des maladies chroniques (Ibid : 26-27). Des stratégies de résorption des

Le système de protection sociale généralisée mis en place en 1995 s'appuie sur le principe de solidarité⁵³ (IEOM, 2005), et tend vers une couverture médicale universelle ouvrant des droits en couverture⁵⁴ du risque maladie à l'ensemble de la population dans le secteur public et privé (Charte Tahiti Nui, 2004 :55).

Le plan pour la santé 2001-2005⁵⁵ est le document de référence de la politique de santé en Polynésie française (J.O.P.F., 2003) au sein duquel l'obésité et le diabète constituent les priorités « du fait de leur fréquence⁵⁶ (morbidité), leur gravité (mortalité, invalidité), leur coût (hospitalisations, évacuations sanitaires vers la Nouvelle-Zélande ou la France, arrêts de travail) ». L'objectif essentiel formulé dans le cadre de la lutte contre la maladie du diabète en Polynésie française est « la diminution des complications graves du diabète » (Gouvernement de la Polynésie française, 2000 :13).

Le schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2007 est l'outil d'adaptation de l'offre de soins de référence pour les acteurs de santé et les décideurs. Les principaux objectifs visent à promouvoir la qualité des soins, et optimiser les ressources et la prévention (IEOM, 2005 :109). Cette dernière a été renforcée notamment par la création, depuis 2002, de l'Établissement Public Administratif pour la Prévention (EPAP) dont le

déficits ont été récemment mises en place, en augmentant par exemple les cotisations de l'assurance maladie du régime salarié.

⁵³ On précisera ici que la Protection Sociale Généralisée (PSG) est financée par la Collectivité d'outre-mer, par l'État et grâce aux contributions de solidarité (IEOM, 2005 :110).

⁵⁴ Il convient toutefois de rappeler ici qu'en Polynésie française, la prise en charge à 100 % des frais médicaux liés au diabète n'est effective que lorsque la personne diabétique est porteuse d'au moins une complication. Assurément, ce constat, n'est pas sans conséquences sur l'évolution de la sévérité du diabète chez les Polynésiens et se place en contradiction avec le principe du « droit à la santé pour tous » formulé par les promoteurs du plan pour la santé (se reporter à la note ci-dessous).

⁵⁵ Les principes sous-tendus par les orientations stratégiques de ce plan considéré comme « fondateur de l'action du Gouvernement » par Gaston Flosse, étaient la reconnaissance du droit à la santé pour tous, l'accessibilité géographique et financière, la recherche permanente de la meilleure qualité des soins possible, la prise en compte des réalités économiques et sociales du Territoire et des perspectives d'évolution (Gouvernement de la Polynésie française, 1998 :73).

⁵⁶ La Polynésie française fait partie des 5 régions au monde les plus touchées par l'obésité et le diabète (Gouvernement de la Polynésie française, 2002 :136).

budget⁵⁷, abondé par des taxes assises sur les produits sucrés et les bières, permet de financer de nombreuses campagnes de prévention⁵⁸ (Ibid).

Dans son bilan sanitaire, l'IEOM (2004 :109) précise que « sur le millier de décès déplorés par an en Polynésie française la majorité est due aux maladies cardio-vasculaires ou respiratoires », et que les maladies liées aux habitudes de consommation et au mode de vie (e.g. diabète, insuffisance rénale, obésité) participent également à l'augmentation du taux de mortalité⁵⁹ de la population polynésienne.

Constat et intentions du gouvernement de la Polynésie française

Dans sa lettre de présentation des orientations pour la Santé en 2002, le ministre de la santé de la Polynésie française écrivait : « nous comparons notre situation à celle des pays les plus riches et les plus puissants du monde. Du reste les pathologies qui nous touchent sont proches de celles des pays développés (...) ». Après avoir reconnu que le gouvernement de la Polynésie française finance « largement la maladie », négligeant quelque peu les actions de prévention en « mettant l'accent sur les taxes », le ministre encourageait les acteurs de « l'appareil de Santé » polynésien, à formuler et à présenter des projets d'action de prévention dans le cadre de l'EPAP (Merceron, 2002).

À l'Assemblée de Polynésie française, le 14 juin 2004 lors de la présentation de son programme quinquennal, Monsieur Oscar Temaru, président de la Polynésie française, déclarait sa profonde volonté d'inscrire la Polynésie française sur la liste des pays à

⁵⁷ Au moment de la création de l'EPAP en 2002, le budget initial était de 1,5 milliard de F CFP par an (Charte Tahiti Nui, 2004 :55).

⁵⁸ Parmi ces campagnes mises en œuvre par les professionnels de la direction de la santé publique de la Polynésie française, figurent le dépistage des cancers gynécologiques, la lutte contre l'alcoolisme, la distribution de médicaments contre la filariose lymphatique, mais également les actions de prévention contre le diabète notamment à l'occasion de la journée mondiale.

⁵⁹ Les maladies cardio-vasculaires qui font partie des principales complications observées chez les diabétiques représentent la première cause de mortalité en Polynésie française (plus de 250 morts par an) et la seconde cause d'évacuations sanitaires hors du territoire (220 par an en moyenne) (Gouvernement de la Polynésie française, 2002b :136).

décoloniser, avant de reconnaître dans le domaine de la santé, que « la Polynésie détient un triste record en matière de maladies liées à l'obésité et au diabète »⁶⁰. Le chef indépendantiste affirmait ensuite la nécessité de « développer la médecine préventive, la médecine de proximité et les programmes de sensibilisation », mais aussi « dans certains cas », l'extrême utilité et la complémentarité de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine occidentale. Ainsi, précisait-il : « les médicaments polynésiens peuvent notamment être analysés en laboratoires afin de dégager des principes actifs qui pourraient être utilisés dans la médecine classique » (Tahiti-Pacifique, 2004 :20).

Offre de soins et prise en charge des diabétiques en Polynésie française

Le docteur François Laudon⁶¹, ancien directeur de la santé en Polynésie française, déclarait dans une récente interview que « monter des projets pour parler du diabète ou du sida ne pose pas spécialement de problème car nous avons des médecins pour ça » (Bertaux, 2006 :9). À Tahiti, les programmes de santé sont élaborés par des professionnels de santé (spécialisés en santé publique) et orchestrés dans la sphère politique locale, puisque la santé est une compétence qui relève du Territoire (i.e. du gouvernement de la Polynésie française et non de l'État français). Le ministère de la santé polynésien collabore néanmoins avec certaines institutions sanitaires françaises, et utilise certains référentiels⁶² nationaux notamment en diabétologie, par exemple les recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques issues de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de

⁶⁰ Il n'est pas sans intérêt de citer certains propos exprimés par le président Oscar Temaru au sujet de l'agriculture illustrant le caractère quelque peu surréaliste de son discours : « ce pays autonome tend vers une autosuffisance alimentaire par ses propres ressources. D'avantage de terres cultivables peuvent être mises à la disposition de jeunes agriculteurs. (...) Outre le coprah, il y a l'exploitation du bois de cocotier et de ses dérivés ainsi que des produits de qualité tels que le nono, les fleurs, ou encore la vanille qui peuvent s'exporter facilement » (Tahiti-Pacifique, 2004 :20).

⁶¹ Médecin épidémiologiste ancien directeur de la santé publique de Polynésie française de 1994 à 1999, et ancien directeur de l'institut Louis Malardé de 1999 à 2003, aujourd'hui chef du service de protection maternelle au centre de la mère et de l'enfant à Pirae (Tahiti).

⁶² Ceux-ci correspondent en fait aux référentiels internationaux établis par l'OMS et la FID (Fédération Internationale du Diabète) dans le cadre de la Déclaration de St Vincent (Ministère de la Santé, France, 2001b).

l'Évaluation en Santé (ANAES), et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en incitant tous les professionnels à les appliquer. De telles perspectives apparaissent toutefois incertaines⁶³.

En Polynésie française l'offre de soins est répartie sur deux secteurs : le secteur public composé des structures de la santé publique⁶⁴ et du Centre Hospitalier de la Polynésie française, et le secteur privé⁶⁵. Pendant la période de collecte de données menée sur le terrain du 1^{er} novembre 2003 au 04 octobre 2004, 5 médecins spécialisés en diabétologie exerçaient à Tahiti : 3 dans le secteur privé et 2 dans le secteur hospitalier public, précisément au Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPf) (440 lits) qui constitue la plate-forme hospitalière de référence⁶⁶ à Tahiti. Cet établissement hospitalier comporte des plateaux médico-techniques de pointe (IRM, Scanner). Des professionnels médicaux et paramédicaux (notamment les diététiciens chargés en particulier de l'éducation thérapeutique) assurent la prise en charge et les soins destinés aux personnes diabétiques accueillies dans les unités d'hospitalisation des services de médecine, de chirurgie, dans les services spécialisés et les services de consultations.

⁶³ On se réfère ici aux travaux de Girard-Meulemeester (2004) réalisés à Tahiti dans le cadre de sa thèse de doctorat de médecine auprès de 27 médecins généralistes sur leur perception et leur prise en charge de l'obésité. Dans son étude, l'auteure a précisément mis en évidence les limites des connaissances des nouveaux traitements par les médecins généralistes, mais elle a surtout constaté une importante hétérogénéité, tant en termes « d'attitudes de prise en charge » médicale lors du diagnostic d'un patient obèse, qu'en termes « des conseils alimentaires donnés » (Girard-Meulemeester, 2004 :124).

⁶⁴ La direction de la santé publique située à Papeete, chapeaute 4 établissements hospitaliers périphériques, 13 centres médicaux, 19 dispensaires, 21 infirmeries et 49 postes de secours ainsi que des services de consultations ou d'activités spécialisées chargées des soins curatifs et préventifs (IEOM, 2005 :108). 41 % des professionnels de la santé publique sont répartis dans les structures situées dans les autres archipels que celui où se situe Tahiti.

⁶⁵ Ce secteur comprend 2 cliniques privées situées à Papeete (211 lits au total) et 2 centres médicaux (70 lits d'hospitalisation et 4 places d'hospitalisation de jour). Les professionnels médicaux (215 médecins dont 97 spécialistes, les 76 chirurgiens dentistes), les 111 infirmières et les 94 kinésithérapeutes répertoriés sur l'ensemble de la Polynésie française exercent majoritairement à Tahiti (IEOM, 2005 :108).

⁶⁶ On précisera ici qu'un nouveau complexe hospitalier est actuellement en cours de construction sur le site de l'actuel centre de psychiatrie à Papeete (IEOM, 2005 :108).

On constate cependant, faut-il le rappeler, qu'en Polynésie française, la prise en charge des diabétiques s'effectue trop souvent tardivement, au stade des complications⁶⁷. Le tiers des dialysés est diabétique et le coût de leur prise en charge médicale « est estimé à 10 millions de F CFP⁶⁸ en moyenne par an et par patient. À Tahiti, le coût de la dialyse de 190 à 195 malades s'élève à 1 365 millions de F CFP⁶⁹ par an, auxquels il conviendrait d'ajouter le coût indirect lié à la co-morbidité (i.e. l'augmentation des hospitalisations⁷⁰, les complications vasculaires du type de l'artérite qui conduisent aux amputations) »⁷¹. Le coût de la prise en charge⁷² de l'ensemble des patients diabétiques admis au CHPf en 2005 s'élève ainsi à la somme approximative de 2 milliards 490 millions de F CFP (CHPf, 2006 :11).

Les maladies cardio-vasculaires font partie des principales complications observées chez les diabétiques. Or, celles-ci représentent déjà la première cause de mortalité en Polynésie française (plus de 250 morts par an) et la seconde cause d'évacuations sanitaires

⁶⁷ Le service d'information médicale (SIM) du CHPf constate une progression de la file active diabète de 12 % par an, soit 5 fois plus rapidement que l'ensemble des patients hospitalisés au CHPf, avec une croissance de plus en plus forte au cours des ans (+ 17,5 % en 2004) (CHPf, 2005 :7). Dans son dernier rapport sur la file active des patients porteurs de diabète pris en charge au CHPf en 2005, le SIM souligne que les sujets diabétiques sont hospitalisés « à un stade plus avancé de leur maladie avec complications » (CHPf, 2006 :3) et qu'« ils font des affections plus graves et plus récidivantes que la population générale » (CHPf, 2006 :5). En 1993, Gendron & Bronstein signalaient déjà la fréquence des complications dégénératives chez les diabétiques polynésiens, « en particulier les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs qui se terminent malheureusement le plus souvent par l'amputation, en raison du retard pris au diagnostic ». Ils évoquaient avec insistance les coronaropathies ischémiques, ainsi que la rétinopathie diabétique et ajoutaient que le climat chaud et humide contribue à aggraver les infections chez les diabétiques prises en charge également tardivement (e.g. cellulites et fascites nécrosantes) et dont la guérison est lente à obtenir malgré l'antibiothérapie adaptée.

⁶⁸ Soit 118 197 \$ Can, c'est-à-dire 83 800 €

⁶⁹ Soit 7 millions de F CFP par patient, c'est-à-dire environ 83 000 \$ Can soit 58 660 €

⁷⁰ Celles-ci sont récurrentes chez les malades diabétiques. À titre d'exemple, le taux de ré-hospitalisation des patients diabétiques était de 41,51 % en 2003 (Centre Hospitalier de Polynésie française, 2004 :6) et de 42,74 % en 2004 (Centre Hospitalier de Polynésie française, 2004 :9), soit le double du taux de ré-hospitalisation de l'ensemble du CHPf qui est estimé en moyenne à 20 %.

⁷¹ Propos recueillis auprès d'un médecin spécialiste à Tahiti en juillet 2002.

⁷² Celle-ci comprend le coût de l'hospitalisation (i.e. 1 milliard 640 000 F CFP), le coût de la dialyse (670 millions de F CFP) et le coût de la consultation externe (190 millions de F CFP).

hors du territoire (220 par an en moyenne). Le coût moyen d'une telle évacuation chez un insuffisant coronarien est de 1,6 millions de francs CFP⁷³ (M.S.A., 2002 :84).

Dans le cadre du Schéma d'Organisation Sanitaire de la Polynésie française 2003-2007 publié au Journal Officiel de la Polynésie française (J.O.P.F., 2003), la prise en charge du diabète est organisée selon quatre niveaux de soins (i.e. un niveau de proximité immédiate, de proximité renforcée, de référence et un niveau territorial) en prenant en compte l'inégalité⁷⁴ de l'offre de soins en Polynésie. La promotion de l'éducation nutritionnelle et thérapeutique des patients constitue l'un des objectifs prioritaires. Le diabétique est pris en charge aux différents stades de la maladie. Ainsi, les professionnels du « niveau de proximité immédiate » - exerçant dans les structures de soins non hospitalières de la direction de la santé et dans le secteur libéral - doivent notamment assurer le « suivi régulier des personnes diabétiques présentant un bon état d'équilibre métabolique sans complication, la prévention et le dépistage des complications du diabète, la prise en charge des malades mal équilibrés et/ou compliqués ». Le « niveau de proximité renforcée » propose une hospitalisation « complète » des patients diabétiques « à l'occasion d'un diabète mal équilibré, ou à l'occasion d'une affection intercurrente aiguë ne justifiant pas un transfert vers un niveau supérieur, un accueil des patients-en « convalescence » et un suivi médical, diététique, psychologique et social ». Les diabétiques « difficiles à équilibrer » sont pris en charge au « niveau de référence hospitalier en diabétologie » qui doit également « assurer des soins de haute technicité » et gérer au « niveau territorial » les « pathologies complexes (polyvasculaire ou multiorganes) et nécessitant un plateau lourd et multidisciplinaire (angéiologie, radiologie, chirurgie vasculaire, néphrologie, ophtalmologie, neurologie...) ». Les endocrinologues sont responsables notamment « des passages à l'insulinothérapie, des diabètes multicompliqués, et de l'éducation thérapeutique des patients hospitalisés. Le Polynésien diabétique devra ainsi être capable de « mobiliser

⁷³ Soit 18 911 \$ Can ou 13 408 €

⁷⁴ Concentration importante des médecins et infirmiers sur l'île de Tahiti, Moorea et des îles Sous-le-Vent, et faiblesse de la densité paramédicale aux Tuamotu-Gambier (M.S.A., 2002 :84).

différentes catégories de compétences » (i.e. d'auto-observation, de raisonnement et de décisions, d'auto-soins et sociales). Cette maîtrise exige du temps et le suivi des « programmes d'éducation spécifiques, structurés et organisés ». Enfin, des « stages programmés d'éducation de prise en charge éducationnelle du diabétique » sont envisagés dans le cadre d'un « centre d'éducation⁷⁵ situé en zone urbaine ou périurbaine de Papeete où réside une grande partie de la population » (J.O.P.F., 2003 :39-40). On constate cependant que les actions de prévention sont principalement réalisées par les professionnels qui exercent dans les structures de santé publique, car ceux des établissements hospitaliers et des cliniques privées sont davantage impliqués dans des actions curatives à l'exception de certains professionnels (e.g. infirmière éducatrice, diététicien ou diététicienne) qui intègrent l'éducation thérapeutique des patients dans leurs soins.

À Tahiti, dans le contexte hospitalier, la personne porteuse d'un diabète est dépistée, suivie, hospitalisée, contrôlée, équilibrée, éduquée, et potentiellement compétente. Tout diabète dépisté correspond pour les praticiens et les gestionnaires, à un code attribué conformément à la classification internationale des maladies. Les médecins « codent » ainsi le diabète sucré E10 à E14⁷⁶.

⁷⁵ Créé le 12 décembre 2002 à Papeete dans la zone urbaine, le centre d'éducation thérapeutique nommé « la maison du diabétique », s'inspire en réalité du centre implanté à Nouméa (Nouvelle-Calédonie). Financé essentiellement par des subventions (notamment par les fonds de l'EPAP, établissement public administratif pour la prévention), et par des dons, il a pour but « d'accueillir en ambulatoire les patients diabétiques dès le stade précoce de leur maladie, d'éduquer les patients et leur entourage afin de leur permettre de mieux se prendre en charge » (Association de gestion de « la maison du diabétique », 2002 :1).

⁷⁶ Selon la classification internationale des maladies, les médecins codent le diabète sucré E 10 à E 14. Le code E10 correspond au diabète sucré insulino-dépendant, E11 au diabète sucré non-insulino-dépendant (comprenant le diabète type 2), E12 au diabète sucré de malnutrition, E13 aux autres diabètes sucrés précisés et enfin, E14 au diabète sucré, sans précision. Les utilisateurs de cet ouvrage scientifique de référence le plus souvent cité dans le monde (OMS, 1993), peuvent indiquer un quatrième caractère .0 "avec coma", .1 "avec acidocétose", .2 "avec complications rénales" (e.g. glomérulonéphrite intracellulaire, néphropathie diabétique), 3 "avec complications oculaires" (i.e. cataracte diabétique, rétinopathie diabétique), .4 "avec complications neurologiques" (e.g. neuropathie végétative diabétique), .5 "avec complications vasculaires périphériques" (e.g. gangrène diabétique, ulcère diabétique), .6 "avec autres complications précisées" (e.g. arthropathie diabétique), .7 "avec complications multiples ", .8 "avec complications non précisées", .9 "sans complications" (OMS, 1993, 291-292).

Le codage des diagnostics principaux et associés en CIM 10 des patients traités à l'hôpital ainsi que des actes médicaux réalisés pour leurs prises en charge (codés) en CdAM (Catalogue des Actes Médicaux) permet de classer les séjours hospitaliers en « groupes homogènes de malades » (GHM), d'évaluer l'activité des services (cliniques, médico-techniques et logistiques), et plus globalement de justifier et d'adapter (i.e. augmenter ou modifier) les ressources (en personnel et équipement) dans les établissements de santé.

Si cette démarche évaluative intéresse surtout les médecins et les gestionnaires, elle permet aussi d'établir des statistiques sanitaires annuelles sur l'état de santé, les causes de mortalité et de morbidité de la population. Elle conduit ainsi à la prise de décisions politiques budgétaires, plus précisément à la modification du budget des hôpitaux, afin de tenir compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population desservie, de la nature, de la complexité des services offerts et de la qualité des résultats obtenus, en fonction d'indicateurs de performance.

Le développement de cette « culture du codage et de l'évaluation » dans les établissements de santé⁷⁷, illustre la logique technocratique dominante et la préoccupation économique de gestion optimale des ressources dans un contexte plus large de forte pression exercée par le développement technologique, les transitions démographique et épidémiologique, les nouvelles connaissances et la mondialisation de l'économie sur les systèmes de santé.

⁷⁷ On précisera toutefois ici l'existence en Polynésie française d'une hétérogénéité de la mise en œuvre de cette pratique du codage et de l'évaluation dans les structures de santé. Ainsi, l'établissement hospitalier de référence (i.e. le Centre hospitalier de la Polynésie française) s'applique à développer rigoureusement ces procédures évaluatives, par contre, dans les autres établissements de santé, les professionnels sont moins motivés voire rétifs.

De l'approche sanitaire du diabète en Polynésie française à une hypothèse explicative socioculturelle de la maladie

Dans le rapport de sa mission effectuée à Tahiti en octobre 1997, -et dont le contenu particulièrement pertinent s'avère toujours d'actualité -, le Professeur Ivan Beghin (i.e. consultant de l'OMS au Bureau régional du Pacifique occidental) identifiait « les attitudes et le comportement de la population en ce qui concerne l'alimentation et l'exercice physique » comme « handicap principal » dans la lutte contre les MNT (i.e. maladies non transmissibles). S'il existe une multiplicité des raisons invoquées, notamment le terrain génétique propre à chaque individu, les apports nutritionnels trop riches en calories, associés à l'insuffisance d'exercice physique et à la modernisation dans un contexte de changement de mode de vie⁷⁸ (Boissin, 1996 :169), de transition épidémiologique⁷⁹ ou de « mutation du paysage pathologique » (Vigneron, 1999 :188), « les causes culturelles et psychosociales profondes qui sous-tendent l'obésité et dont la plupart de nos interlocuteurs reconnaissent l'existence, sont très peu connues », et devraient « impérieusement être étudiées » (OMS, 1997 :4). En effet, si les causes immédiates des maladies non transmissibles sont bien connues et documentées (tels les apports nutritionnels trop riches en calories, l'insuffisance d'exercice physique), les causes profondes apparaissent, d'après le Professeur Beghin, « indiscutablement liées à la culture, aux modifications rapides de la

⁷⁸ Ainsi Hodée (1983) déclarait il y plus de 20 ans : « La Polynésie n'échappe pas aux conséquences d'une croissance trop rapide et d'un passage, en vingt ans seulement (c'est-à-dire de 1963, date du début des essais nucléaires, à 1983), d'une civilisation de cueillette et de pêche à la société de consommation. Lieu de rencontre de quatre modèles socioculturels : m'ohi, français, chinois, américain, elle vit une profonde crise de société ; c'est une sorte de mutation sociobiologique originale et sans précédent » (Hodée, 1983 :90). Plus récemment, Decoudras (2005 :117) s'interrogeait sur la manière de « gérer une intégration progressive à l'espace-monde qui s'accorde mal avec la distance et la dispersion des îles et des atolls » et « comment concilier modernité et tradition », illustrant ce problème par le développement d'Internet associé à la « reconstruction de coutumes *mā'ohi* ».

⁷⁹ Il n'est pas inutile de rappeler ici « la transition démographique aux implications géographiques » soutenue et démontrée par Omran (1971) en utilisant la théorie de "transition épidémiologique", c'est-à-dire le passage d'une mortalité dominée par la pathologie infectieuse et parasitaire à une mortalité dominée par les maladies chroniques et dégénératives (dont les maladies de surcharge auxquelles appartient le diabète).

société, et à des causes économiques », et, « contrairement à une opinion très répandue dans le Territoire » (i.e. en Polynésie), « elles sont très mal connues » (OMS, 1997 :18).

Dans son rapport, le consultant de l'OMS soulignait l'évidence des faiblesses de la participation communautaire : « la Polynésie française marque un retard considérable par rapport à de nombreux autres pays de cette région ou d'ailleurs. Le dialogue avec la société civile est insuffisant, ou encore peu structuré et souvent atomisé au sein de nombreuses associations⁸⁰ ou églises. Il n'y a guère de prise en charge communautaire de la santé, du moins dans les quatre⁸¹ îles visitées » (Ibid).

Dans le cadre des conclusions de l'enquête de consommation alimentaire réalisée en Polynésie française en 1995, le Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française confirmait que « l'enjeu de ce secteur n'est pas seulement économique, il est aussi culturel » (Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, 2001 :22).

Plus récemment, une enquête commanditée par le ministère de la santé de la Polynésie française a été réalisée par une équipe d'universitaires français pour « mieux comprendre les facteurs alimentaires et socioculturels impliqués dans le développement de l'obésité » (Direction de la Santé en Polynésie française, 2002 :6).

Cette étude, centrée précisément sur les représentations de l'alimentation, les pratiques alimentaires, les perceptions et les représentations du poids et de la corpulence ainsi que les mesures anthropométriques en Polynésie française, a permis notamment de confirmer la prévalence de l'obésité (i.e. 39 %) chez les Polynésiens non-métissés en

⁸⁰ L'association des diabétiques de Polynésie française (ADPF) et l'association Te Ho'e Orara'a api (litt. Une vie nouvelle) sont les deux associations de diabétiques identifiées lors du terrain, chacune disposant d'un médecin spécialisé en diabétologie libéral comme conseiller médical. Si la deuxième association est peu active depuis le décès de son président, celui de l'ADPF est particulièrement actif. Interviewé lors de l'émission intitulée Mata ara (RFO, 2006), il déclarait en langue tahitienne sur un ton particulièrement grave et troublant : « Moi je suis malade, *hein*, comme on dit dans la langue française : *indépendant insuliné*, et je suis président de cette association ici en Polynésie. (...) Il faut être courageux, être courageux. Et... dans ma vie, dans les moments douloureux, ou de souffrance, piqûre tous les jours, rationner la nourriture... (...) »

particulier - lesquels se perçoivent moins gros qu'ils ne le sont réellement - et de confirmer l'absence de stigmatisation des personnes obèses en Polynésie française. La transformation du modèle alimentaire polynésien, appréhendée au cours de la période pré-occidentale, occidentale et moderne, permet de mettre en évidence une « érosion du modèle alimentaire polynésien ». À partir « des thèses explicatives⁸² de l'obésité », l'auteur du rapport affirme qu'« il convient donc d'aider les mangeurs à se construire des critères de décision en s'appuyant sur les connaissances scientifiques en matière de nutrition mais dans le respect des dimensions sociales, culturelles et identitaires de l'alimentation » (Direction de la Santé en Polynésie française, 2002 :45). Enfin, s'agissant précisément du diabète, il convient de citer le travail réalisé à Tahiti par une équipe de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux sur la « prise en charge du diabète en Polynésie française » (U.S.P.S.L.P., 2002). En s'appuyant sur les caractéristiques du « contexte socioculturel polynésien », les auteurs soulignent l'inadaptation du « modèle métropolitain de prise en charge du diabète » précisant qu'il est « indispensable de le repenser à la lumière des spécificités locales ». Ainsi, il apparaît que la prise en compte de la langue tahitienne, des facteurs culturels⁸³, éducationnels⁸⁴, socio-économiques⁸⁵ et ethniques par les cliniciens pourrait permettre d'éviter « le retard quasi constant à l'adhésion au suivi médical » du patient polynésien diabétique « ainsi que les échecs de l'observance thérapeutique » (Ibid :9).

⁸¹ Il s'agit de quatre îles appartenant à l'archipel de la Société dont Tahiti, Moorea, Huahine et Raiatea, lesquelles regroupent environ 90 % de la population.

⁸² L'auteur représente ces thèses explicatives par un axe linéaire constitué par l'érosion des modèles, conduisant à la réflexivité alimentaire (espace de décisions) et aboutissant à l'éducation alimentaire. Il précise « l'inadaptation des modèles et des valeurs qui les sous-tendent à une situation créée par l'abondance et l'industrialisation de l'alimentation » (Ibid :45).

⁸³ On relève avec intérêt la « distanciation par rapport à la médecine occidentale », le « recours à la médecine traditionnelle », les « fausses croyances sur la maladie » et le *fiu* qui expliquerait « à lui seul bon nombre d'abandons thérapeutiques » (U.S.P.S.L.P., 2002 :9).

⁸⁴ Ces professionnels de santé expliquent l'indifférence des Polynésiens envers leur diabète par leur « carence de connaissances élémentaires sur la maladie et sur sa gravité potentielle ».

⁸⁵ Les auteurs mettent en lumière les limites de la couverture médicale universelle, précisant les difficultés que rencontrent certains Polynésiens démunis financièrement pour assumer les frais engendrés par la découverte du diabète, son suivi médical, diététique.

Approche du contexte socioculturel de la Polynésie française

« La perte d'identité de très nombreux Polynésiens de souche, serait, pour certains, l'un des facteurs dominants dans les causes de la crise existentielle actuelle. S'il existe en effet, une acculturation évidente, par rapport aux origines, cela ne date pas d'aujourd'hui. L'évangélisation, des rapports à tout le moins rugueux avec l'Occident au XIX^e siècle, en ont été les premiers éléments. Si l'action pastorale avait, grâce en partie à l'isolement de la Polynésie, réussi à lisser le quotidien, elle n'en a pas moins détruit la culture originelle. L'ouverture sur le monde en 1962 et l'apport massif d'argent, de technologie et de population, ont bouleversé le fragile équilibre établi par des dizaines d'années d'efforts collectifs et individuels » (CESC, 1995 :44).

Il y a 25 ans, lorsque l'académicienne Flora Devatine déclarait : « ...ainsi la Polynésie se meurt surtout à Tahiti. (...) La Polynésie se meurt à Tahiti » (Devatine, 1979 :386), elle s'appliquait à relater l'origine de la stagnation, puis de l'effondrement de la culture polynésienne⁸⁶ qu'elle comparait à un « marae »⁸⁷, édifice institutionnel fondamental (Devatine, 1979 :384). Elle mettait l'accent sur la culture polynésienne agonisante puis abandonnée par les Polynésiens eux-mêmes et sur ses conséquences en termes de *décadence accélérée*. Malgré ce constat du tarissement de la tradition orale formulé avec beaucoup d'amertume, elle insistait sur la nécessité de la recherche de la sauvegarde, de l'enrichissement et de la transmission du patrimoine culturel de la Polynésie d'autrefois (Ibid :385), dans lequel la langue tahitienne et la religion occupaient une place centrale.

⁸⁶ Il n'est pas inutile d'évoquer ici le phénomène d'acculturation auquel les Polynésiens, comme les autres peuples colonisés ont été soumis. Les auteurs qui ont analysé ce processus distinguent généralement deux phases. La première s'inscrit dans la période coloniale et résulte de l'arrivée des missionnaires (i.e. christianisme et économie marchande), et se poursuit par un syncrétisme ou « rééquilibrage social et culturel » (Babadzan, 1981 : 94, cité par Ravault, 1982 :101). La seconde phase fait suite au bouleversement économique, social et culturel provoqué par l'installation du CEP, confrontant les Polynésiens à une « seconde vague acculturative » (Ibid) que Ravault (1982 :102) identifie plus comme *déculturnation* pour les Polynésiens vivant dans les « bidonvilles tahitiens », et qui connaissent la « déchéance matérielle et morale ». Par contre, pour les Polynésiens vivant en zone rurale, apparaît la mise en œuvre, sans doute fragile, d'un « compromis entre la tradition et la modernité » (Ibid).

⁸⁷ « Espaces souvent dallés pourvus chacun d'un nom particulier auquel se rattachait le nom héréditaire d'un lignage qui l'utilisait et qui renvoyait à un ancêtre fondateur » (Doumenge, 1990 :1551).

La langue tahitienne

La langue tahitienne appartient à la grande famille linguistique austronésienne⁸⁸ (Campbel & Latouche, 2001 :310). Étudié par les Européens depuis presque deux cents ans et interdit dans l'enseignement lors de la période coloniale (Peltzer, 1996a :12), le tahitien a été déclaré langue officielle avec le français par l'Assemblée territoriale de la Polynésie française en 1980 (Lazard & Peltzer, 2000 :7). Si « la population autochtone reste majoritaire et parle le *reo mā'ohi* (terme générique désignant les parlers locaux, tahitien, marquisien, *pa'umotu*, langues des Australes, des Gambier, etc.) » (Peltzer, 1996a :12), le tahitien (« te reo tahiti ») est la principale langue en usage sur le territoire polynésien. La langue tahitienne joue le rôle de langue véhiculaire (Lazard & Peltzer, 2000 :7). Parlé ou compris dans l'ensemble de la Polynésie française (Lemaitre, 1973 :342) le tahitien (« te reo tahiti ») est utilisé comme langue vernaculaire par environ 70 % de la population, principalement dans les îles de la Société où se situe Tahiti. Il est aujourd'hui enseigné dans les écoles primaires, les établissements secondaires et à l'université de la Polynésie française où des programmes d'enseignements spécifiques en langues polynésiennes de niveau licence, master, et doctorat sont offerts aux étudiants.

La langue tahitienne fait partie intégrante de la personnalité tahitienne, et permet de s'exprimer selon sa vision du monde spécifiquement s'agissant par exemple du vocabulaire des maladies qui se distingue du français (Lemaitre, 1973 :344). Il convient de souligner « l'attachement sentimental des Tahitiens pour leur langue », répondant ainsi « aux besoins de s'identifier à un groupe social par des traits culturels qui lui sont particuliers » (Ibid :345).

⁸⁸ Ces langues représentent 10 % des langues parlées dans le monde, et sur une aire géographique particulièrement vaste qui s'étend de Madagascar jusqu'à l'île de Pâques, et au Nord jusqu'à Hawaï (Lemaitre 1973 :342). Si les langues pratiquées par les populations vivant dans le triangle polynésien -limité au Nord par Hawaï, à l'Est par l'île de Pâques et à l'Ouest par la Nouvelle-Zélande-, ont la même origine, les linguistes constatent que le tahitien est très proche des langues des îles Cook (Peltzer, 1996a :11).

La religion

« La particularité de Tahiti, réside dans la force extrême de l'acculturation chrétienne intervenue au XIX^e siècle. Celle-ci s'est traduite par l'abandon rapide et complet du polythéisme au profit du seul Dieu Jehovah, par la disparition absolue des cultes liés aux divinités ancestrales et par l'intégration de l'ensemble des Autochtones de Tahiti et des îles avoisinantes dans une paroisse dépendant d'une Église chrétienne : protestante, catholique, adventiste, mormone ou sanito (c'est-à-dire dissidente en Amérique des mormons) » (Saura, 1996 :42).

La structure sociale centrée autrefois en Polynésie française sur les familles aristocratiques, a notamment contribué à renforcer la cohérence de la pratique religieuse commune (Schreiter, 1984 :1332).

Les données relatives aux différentes confessions religieuses en Polynésie française sont inaccessibles depuis 1996, date à laquelle le critère d'appartenance religieuse a été retiré du recensement de la population. Pour autant, l'atlas économique et politique mondial précise qu'en Polynésie française les principales religions sont constituées par les protestants (54 %), les catholiques (30 %) et les autres religions (16 %) (Atlas économique et politique mondial, 2003 :243). Toutefois, selon Saura, dans l'ensemble de la Polynésie française les confessions religieuses seraient ainsi réparties : entre 45 et 50 % de protestants polynésiens, 35 % de catholiques qui sont davantage pluriethniques (Saura, 1996 :42), et 15 à 20 % d'autres confessions, parmi lesquelles en premier les mormons 8 %, le reste étant réparti entre les adventistes, les sanitos, les témoins de Jehovah, les pentecôtistes, et les autres confessions tels les *keresitiano* ou protestants dissidents. Si l'on relève une disparité entre certains archipels (i.e. Australes : 80 % de protestants, et inversement 80 % de catholiques aux Marquises et aux Tuamotu-Gambier), à Tahiti, on note sans doute une proportion plus grande de catholiques par rapport à l'ensemble de la Polynésie française. Cette différence tient à la présence à Tahiti de la communauté européenne, « *popa`ā* », de tradition catholique, souvent non-pratiquante aujourd'hui, et de la communauté chinoise, « *tinito* », catholique, récemment convertie, mais pratiquante. Les Polynésiens se réfèrent

au Dieu de la Bible, à l'intérieur des canons du christianisme. Il convient de souligner le rôle structurant que joue la culture chrétienne dans les croyances des Polynésiens, par exemple dans leur représentation de la vie de l'au-delà (Saura, 2006). Les propos de Peltzer (1995) issus de son essai sur *la mort dans la tradition polynésienne* sont à ce sujet particulièrement éclairants :

« On a dit des Polynésiens que c'était le peuple le plus religieux du monde. Aucun peuple en effet n'a plus œuvré pour tenter de se rapprocher jusqu'aux limites du possible de la frontière (*hiti*) où commence le domaine des dieux. [...] Alors que la pratique religieuse rendue aux dieux de la cosmogonie polynésienne traditionnelle a complètement disparu, ne subsistant que le respect et la crainte encore largement répandue des lieux sacrés (*marae, paepae*), des *ti'i* et des esprits (*varua*), le dogme de l'immortalité de l'âme s'est maintenu » (Peltzer, 1995 :27).

La survenue de la maladie chez les Tahitiens autrefois

Lorsque l'on explore les documents relatifs aux problèmes de santé qui touchaient les Polynésiens autrefois et leurs attitudes face à la maladie, on constate qu'à la fin du XIX^e siècle, les Tahitiens avaient rarement recours « à la science des Blancs » et ils s'adressaient préférentiellement à leurs guérisseurs. La population européenne civile était soignée par deux Docteurs en médecine et un pharmacien (BSO, 1983 :1433). On signalait certaines « causes spéciales au pays » qui tendent à aggraver les symptômes, notamment « l'insuffisance de l'alimentation » (Ibid :1435).

Un pharmacien de la Marine qui avait séjourné au milieu du XIX^e siècle à Tahiti avait cité de nombreuses causes pour expliquer le dépeuplement survenu en 1860 et signalait « une foi aveugle à des traditions erronées et un emploi déplorable des remèdes indigènes que les guérisseurs appliquent sans discernement suffisant » (Hodée, 1983 :104).

Dans l'ouvrage de Teuira Henry⁸⁹ (2000), comme dans l'ensemble des textes portant sur l'histoire de la Polynésie et des Polynésiens, les Tahitiens d'autrefois étaient décrits comme « une race très robuste » qui vivait « jusqu'à un âge très avancé » précisément avant l'apparition des maladies dites « européennes » (Henry, 2000 :295). « Les maladies qui existaient avant l'arrivée des Blancs étaient : 'o'ovi (scrofule), *tutoo* (tuberculose), *hotate* (asthme) et *feefee* (éléphantiasis) » (Ibid :295).

La survenue de la maladie chez les Tahitiens était associée à une offense des Dieux que le Docteur invoquait en oignant le malade et en lui administrant des médicaments pour obtenir sa guérison. Une cérémonie était organisée par un prêtre du marae⁹⁰ social si la guérison du malade tardait. Des offrandes étaient présentées (cochon, plumes 'ura...⁹¹), des prières et des confessions offertes en attendant le rétablissement du malade ou sa mort (Ibid :295).

« Une fois la personne morte, le prêtre appelait le *tahu'a faatere* (prêtre président) et les autres membres de la confrérie pour l'aider, avec la famille, à célébrer les obsèques. (...) Les prêtres demandaient d'abord à l'esprit de réintégrer le corps ; puis, après avoir demandé au corps de se réveiller (*faaara tupapau*) et ne voyant aucun signe de vie, ils disaient « *Ua unuhi te varua e te Atua* » (L'esprit a été extrait par les Dieux). Cette annonce était suivie par une explosion de douleur parmi les parents et les amis rassemblés, qui lavaient, huilaient, habillaient le corps et l'étendaient ; pendant ce temps un prêtre appelé *tahu'a tutura* prenait une pirogue et pagayait lentement le long de la côte, surveillant la maison du défunt et cherchant à connaître les causes de la mort qui lui seraient révélées par l'esprit ayant pris un aspect lui permettant de percer le mystère » (Henry, 2000 : 297).

⁸⁹ Le Révérend John Muggridge Orsmond (1788 – 1856), missionnaire de la LMS (London Missionary Society ou Société des Missionnaires de Londres), arrivé en Polynésie en avril 1817 et très intéressé par la culture polynésienne et les traditions locales (O'Reilly, 1975 :423) a récolté de nombreuses traditions orales. Ses notes rédigées essentiellement au début du XIX^e siècle (précisément entre 1824 et 1834), ont été reconstituées et complétées par sa petite fille Teuira Henry (1847 –1915). Ce travail, publié en 1928 sous le titre *Ancient Tahiti*, a finalement été traduit en français en 1951 par la Société des Océanistes et s'intitule *Tahiti aux temps anciens* (O'Reilly, 1975 : 254).

⁹⁰ « Plate-forme construite en pierres sèches et où se déroulait le culte ancien, associé souvent à des cérémonies à caractère social ou politique » (Académie tahitienne, 1999 :251).

⁹¹ 'ura qui signifie « rouge, pourpre », qualifie dans ce contexte la couleur des « plumes rouges jadis consacrées aux dieux » (Académie tahitienne, 1999 :548).

Médecine traditionnelle et conception tahitienne de la maladie

Si la médecine occidentale s'impose dans toutes les institutions de santé où elle constitue la référence exclusive⁹², « les Tahitiens n'ont pas délaissé leur médecine traditionnelle. Les masseurs et les herboristes ont même commencé à s'organiser en associations professionnelles depuis quelques années. (...) Aujourd'hui [période contemporaine] dans divers cas, ils (les guérisseurs) font des scarifications avec un instrument muni à son extrémité de dents de requin (*pātētē*), puis placent des ventouses pour aspirer le sang. (...) Parallèlement à son effet physiologique, elle a un sens symbolique puissant, car elle fait sortir le mal, naturel ou surnaturel, sous forme de mauvais sang » (Lemaitre, 1996 :126-127).

« Le corps est comme une enveloppe d'humeurs et la maladie comme un fluide étranger qui s'y glisse, s'y répand, déséquilibre et possède le malade. Sa maladie peut être un accident, avoir une origine naturelle facilement et immédiatement identifiable. Cependant le plus souvent elle est d'origine surnaturelle, liée à une infraction dans l'observation d'un interdit ou à une négligence dans les relations sociales ou familiales. Dans ce cas, le remède doit être lui aussi surnaturel » (Koenig, 1986 :13).

Dans leur trajectoire thérapeutique, les Polynésiens sollicitent simultanément les intervenants en biomédecine et en médecine traditionnelle.

« Maintenant, les malades peuvent faire appel indifféremment au *Tahu'a* ou au *Taote* (au Docteur), très souvent aux deux spécialistes en même temps lorsqu'ils ont le choix. (...) « *Tahu'a* » désigne un spécialiste, c'est-à-dire celui qui possède le savoir et le pouvoir correspondant (*mana*), qui peut officier et s'exprimer au nom de ce savoir reconnu par tous. (...) Il connaît la maladie et le malade, mais aussi l'entourage de la famille. Et il sait également comment communiquer avec l'au-delà, puisqu'il a le *mana*. (...) La pratique

⁹² Cette notion d'exclusivité suggère ici clairement l'hégémonie biomédicale (des Blancs) qui marque le système de santé en Polynésie française malgré le constat d'un pluralisme médical, notamment parmi la communauté polynésienne autochtone.

des *Tahu'a*, la préparation des *rā'au* et leur mise en œuvre, s'effectue toujours sur une base religieuse : traditionnelle autrefois, chrétienne aujourd'hui. La foi du patient envers les pratiques du *Tahu'a* est tout aussi importante » (Peltzer, 1996b :36-37).

Une caractéristique de la personnalité polynésienne apparaît face à l'épreuve de la maladie. « Il s'agit de l'intériorisation du passé polynésien et du présent chrétien dont la confrontation est vécue comme une douloureuse cassure » (Lemaitre, 1986 :2). Ainsi, le Polynésien mais aussi son recours thérapeutique se situent ainsi au cœur d'un clivage entre le monde des ancêtres païens, « te Pō » (les ténèbres), et le monde de l'univers chrétien, « te Ao » (la clarté) (Ibid).

Selon la conception tahitienne de la maladie, on distingue deux grandes catégories de maladies, les « ma'i mau » qui sont les maladies *naturelles* ou *vraies* et les maladies surnaturelles qui portent différents noms (Lemaitre 1986 :2) notamment celui de « ma'i tapiri » ce qui signifie *maladie collée*.

Peltzer (1996b :33) attribue l'expression « ma'i mau » aux maladies « fixes, types », aux « maladies du corps, des organes » qui sont clairement identifiées dont on connaît les symptômes et les médicaments. En revanche, les « ma'i tapiri » sont les maladies « qui se greffent à », « qui se joignent à », qui s'ajoutent à une autre, peuvent avoir les symptômes d'une vraie maladie mais qui n'a pas été guérie avec les remèdes adaptés et qui a évolué de manière anormale (Ibid :33-34).

Il est important de préciser que la maladie surnaturelle peut être provoquée par un contact accidentel avec un objet chargé de pouvoir (i.e. « mana ») qui vient du monde des ancêtres. La maladie représente ici une punition qui est « déclenchée par la personne qui a été lésée » en s'adressant à Dieu ou à l'un de ses ancêtres « pour obtenir réparation et châtement du coupable » (Lemaitre 1986 :3). Le « tahu'a » (guérisseur) intervient dans le monde des ténèbres évoqué plus haut, « te Pō », traitant les maladies surnaturelles ou celles que l'on identifie comme spécifiquement polynésiennes. En revanche, le médecin agit dans

le monde de la clarté, « te Ao », sur les vraies maladies. On précisera cependant, qu'aujourd'hui⁹³ les Polynésiens entendent sous le terme « Tahu'a rā'au » (Cf. lexique des termes tahitiens à l'annexe III située page xvi), l'expert en remèdes traditionnels et que le terme *tahu'a* a souvent une connotation maléfique.

Tentative de synthèse de la présentation du contexte empirique

La société polynésienne est ainsi marquée par un héritage colonial, par son évangélisation et par une double acculturation - liée notamment à l'impact délétère de l'installation du centre d'expérimentation du Pacifique -, voire par une *déculturation*, en particulier pour les Tahitiens qui ont émigré vers le milieu urbain, victimes d'une rupture brutale avec le milieu rural, du passage d'un mode de vie communautaire et proche de l'autosubsistance à un mode de vie individualiste dans lequel, pour survivre, il leur est indispensable de travailler, gagner de l'argent, consommer, et s'intégrer au sein de la société en accédant à un statut.

Le contexte empirique situé précisément dans la zone urbaine de Tahiti, est marqué par « une paupérisation de plus en plus grande de la population, ainsi que par un phénomène d'urbanisation excessive et d'habitats précaires, dus aux manques d'espace et de logement (immigration massive inter insulaire, et d'absence de moyens financiers pour de nombreuses familles) » (CESC, 1995 :44). L'environnement de vie des Polynésiens inclus dans l'étude apparaît pourvoyeur de stress, et, par conséquent, potentiellement diabétogène et obésogène avec une macrocéphalie urbaine au sein de laquelle se concentrent l'essor économique et, partant, la population polynésienne qui se caractérise par une pluriethnicité et un pluriculturalisme (Merceron, 2005 :233).

⁹³ Je me réfère ici essentiellement au matériel empirique que j'ai collecté et analysé et dans lequel les Polynésiens réagissent vivement à l'évocation du terme « tahu'a », lequel suggère un personnage redoutable perçu comme un sorcier.

Confronté à une prévalence du diabète de type 2 largement sous-estimée et à la croissance des dépenses de santé en faveur des personnes porteuses de maladies chroniques, le ministère de la santé de la Polynésie française conçoit et met en œuvre des programmes prioritaires de prévention et de lutte contre le diabète en mobilisant les acteurs de soins dans un système dominé manifestement par une hégémonie biomédicale occidentale. Parallèlement, les Polynésiens situés au cœur d'un pluralisme médical disposent simultanément de leur médecine traditionnelle et de la médecine occidentale (ou médecine des Blancs).

Si la prise en charge du diabète fait effectivement partie des axes prioritaires du plan pour la santé en Polynésie française, et si l'on admet que la programmation des actions de santé publique doit associer la population et notamment les patients, on reconnaît cependant clairement la nécessité d'étudier en profondeur les causes culturelles et psychosociales profondes impliquées dans la survenue et le développement du diabète chez les Polynésiens, de surcroît lorsque les cliniciens eux-mêmes dénoncent l'inadaptation de la prise en charge notamment au plan socioculturel des Polynésiens, et appellent à penser différemment leurs pratiques médicales. Pour autant, il convient de reconnaître que :

« La médecine moderne se situe bien aux antipodes de la médecine traditionnelle polynésienne : l'une part d'une maladie à diagnostiquer puis à traiter de manière appropriée, l'autre d'un traitement possible qui par son efficacité définira la maladie. L'une part du corps et cherche à agir sur l'organe atteint, l'autre part des relations sociales et s'attache à refaire le consensus familial : reconnaître son inconduite, prendre conscience de la transgression font partie du traitement, et le malade qui ne reconnaît pas ses torts ne peut guérir » (Koenig, 1986 :13).

CHAPITRE DEUXIÈME

DÉFINITION DU PROBLÈME

Appréhender le contexte d'enracinement de la construction culturelle et psychosociale du diabète et de ses complications

« Perhaps the greatest challenge for anthropologists in public health is the recognition of social and cultural differences between their own and other communities, and the need for translation of concepts, principles, and language to facilitate communication of their messages » (Hahn, 1999 :xvii).

Une recherche en anthropologie médicale dans une perspective de Santé publique « suppose la prise en considération de l'organisation sociale, des croyances culturelles et des pratiques de communautés engagées dans des programmes de Santé publique et, par suite, l'obtention de bénéfices potentiels par l'atteinte des objectifs de santé publique obtenue par une compréhension des contextes locaux qui ne soit pas limitée à la perception du spécialiste en Santé publique, mais qui tienne compte davantage des valeurs, du respect des buts et des perspectives des Autres et en répondant à leurs problèmes par l'élaboration de programmes sociaux effectifs » (Hahn, 1999 :xvii, traduction libre).

Cette thèse consiste à examiner, à reconstruire, et à analyser, selon une posture anthropologique culturaliste et interprétative dans une perspective d'application en Santé publique, la trajectoire de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez des Polynésiens diabétiques autochtones vivant en milieu urbain à Tahiti.

Si un intérêt particulier est porté sur l'évolution de la trajectoire de la maladie depuis son commencement, l'approche privilégiée est essentiellement synchronique, puisqu'il s'agit de décrypter la signification profonde des récits exprimés par des

Polynésiens diabétiques de type 2 à un certain moment de leur histoire et du vécu de leur expérience de la maladie.

Le modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique de la maladie, initié par Bibeau (1981), expérimenté notamment par Corin & *al.*, (1990, 1992, 1993), repris par Bibeau (2003), a été retenu pour cette étude. Il a permis de procéder à l'analyse qualitative de l'histoire de la maladie recueillie auprès de 30 Polynésiens diabétiques en langue tahitienne et traduite en langue française, selon les trois axes qui structurent la trajectoire phénoménologique de son évolution : l'axe sémiologique (celui des *signes*) et l'axe sémantique (celui du *sens*) qui contribuent à orienter l'axe des actions.

Il est en effet postulé que l'évolution du diabète vers les complications n'est pas réductible à l'histoire naturelle⁹⁴ de la maladie, mais qu'elle est fortement déterminée par l'influence des processus d'intériorisation des signes ou des symptômes perçus, de la représentation et de l'expérience vécue de la maladie sur les actions ou non-actions (e.g. manières d'agir, pratiques) de l'individu sur son problème de santé.

En d'autres termes, à partir de l'identification et de l'analyse interprétative des *signes* et du *sens* que les Polynésiens autochtones diabétiques attribuent à leur maladie et du vécu de leur expérience subjective du diabète, il s'agit de montrer comment la construction de leur représentation de la maladie contribue à influencer leurs conduites vis-à-vis de

⁹⁴ C'est-à-dire à l'évolution du processus physiopathologique du diabète de type 2 que l'on explore au sein du troisième chapitre dans la section consacrée à la littérature biomédicale, mais qu'il n'est pas inutile de mentionner ici. Le diabète de type 2 est ainsi représenté par un continuum allant de l'état d'insulinorésistance totalement compensé, à l'intolérance au glucose, pour aboutir à la maladie franche du diabète de type 2 (qui coïncide avec l'apparition des complications microvasculaires alors que les complications macrovasculaires sont déjà en cours d'évolution) (Ramlo-Halsted, B.A. & Edelman, V.E. 1999 :775). L'histoire naturelle du diabète reflète directement les interrelations entre les trois déficiences métaboliques qui le caractérisent : (1) l'insulinorésistance, (2) le dysfonctionnement des cellules β non auto-immunes et (3) l'augmentation inappropriée de la production du glucose hépatique. Des chercheurs confirment que la compréhension de l'histoire naturelle du diabète de type 2 aide le clinicien à identifier les patients plus à risque à développer le diabète, et à mettre en œuvre un plan thérapeutique effectif pour ceux qui ont déjà la maladie. Il est ainsi démontré que l'identification et le traitement précoces des patients (e.g. au stade de l'intolérance au glucose), permet de réduire l'incidence des atteintes micro et macrovasculaires et plus particulièrement de ralentir la progression de la maladie elle-même (Ramlo-Halsted, B.A. & Edelman, V.E., 1999 :786-787).

leur(s) problème(s) de santé, et comment cette construction peut constituer des freins potentiels, voire des obstacles à leur prise en charge et à leur suivi, et partant, à l'amélioration de leur état de santé.

L'HISTOIRE DE RUTA⁹⁵

Contextualisation du problème de recherche

Partage de l'expérience d'une Polynésienne porteuse du diabète de type 2 et d'une observatrice singulière de la souffrance des malades diabétiques

« C'est très intéressant de savoir aussi, parce que là, on travaille..., enfin... moi, je visite les malades, et je les vois, dans leur lit [dit avec compassion :] "Qu'est-ce que tu as Papa ?" »

Des fois je..., après... la prière... je discute avec eux. Faut bien discuter euh... hein ? Euh, je me mets à leur place aussi, de leur souffrance, hein ! et je suis diabétique ! (...) Et..., et puis les voir euh... souffrir là... c'est plein de..., hein ! des bobos partout ! mais... d'où ça vient ? et pourquoi ? (...) Si je me..., sais-tu', vous savez quand euh..., on a le diabète ça nous démange par moments. [Dit en se grattant les avant-bras] Qu'est-ce que... j'ai mangé pour avoir ça ! Humm ? (...) [Tape sur la table] Peut-être euh... j'ai trop mangé d'gateaux ? hein ? pour que ça me démange..., je sais pas..., trop de sucre ? (...) Et je leur regarde, et pourtant ce sont des gens qui mangent pas des..., je pense pas que... ils sont là sur le steak tous les jours..., le poisson oui ! Enfin..., en voyant... (...) le genre de ces personnes-là, ce sont pas des personnes, aisées... euh... qui mangent du steak avec des frites tous les jours, hein ! je pense pas ! poisson ! oui ; miti ha'ari⁹⁶ ... du lait de coco... ;

⁹⁵ Ce prénom, comme ceux des Polynésiennes et des Polynésiens inclus dans l'étude et qui apparaîtront dans cette thèse, ont été changés. De même, le "maquillage" ou les omissions volontaires s'agissant par exemple des noms de lieux, visent à respecter l'anonymat, et à ne pas permettre d'identifier les participants dans la microsociété insulaire tahitienne.

⁹⁶ « Sauce constituée par un mélange d'eau de mer et de lait de coco » (Académie tahitienne, 1999 : 270).

taro⁹⁷ ..., ou bien-portants, mais pourquoi... ça ? (...) C'est peut-être euh... ils boivent de la bière aussi ! hein ? Soi-disant que la bière euh... n'est pas bonne pour le..., [Début d'abolements de chiens] pour ça ! Je bois pas, [Dit avec insistance :] je fume, [Dit avec rire retenu :] je bois pas, hummm !... [Persistance des abolements de chiens] Y a les flics ! Ah non... Alors ! quelle journée hein !... »

La présentation détaillée et illustrée de l'histoire de Ruta permet d'identifier les principaux points d'ancrage du problème de recherche et d'appréhender ainsi les principales caractéristiques de la réalité empirique. Il ne s'agit pas ici de réduire l'ensemble du matériel collecté à un cas unique, mais plutôt de repérer les thèmes qui traversent son récit⁹⁸ comme des catégories émergentes pouvant appartenir aux récurrences issues de la lecture analytique transversale des autres cas.

Ruta fait partie des 30 Polynésiennes et Polynésiens autochtones diabétiques recrutés dans le cadre de cette recherche. Grâce à son médecin diabétologue, qui a été le médiateur de notre rencontre, elle a accepté de participer à deux entrevues semi-dirigées avec mon interprète et moi-même, à son domicile.

Le choix du cas de Ruta pour contextualiser le problème de recherche, a été essentiellement motivé par le fait que son récit ne concerne pas uniquement le vécu de son expérience de la maladie. La fonction qu'elle occupe, et les activités religieuses⁹⁹ auxquelles elle participe, « *Je suis pasteur évangéliste des hôpitaux et des cliniques. Je visite les malades...* », lui ont permis d'apporter son témoignage issu de son analyse interprétative de la réalité observée auprès des malades polynésiens hospitalisés qu'elle visite quotidiennement dans les établissements de soins publics et privés de Tahiti, et pour lesquels elle prie. Lors des deux entrevues, elle a ainsi partagé sa double expérience, celle

⁹⁷ Plante tropicale (Caladium, Collocasia esculenta) cultivée pour son tubercule alimentaire (Académie tahitienne, 1999 : 465).

⁹⁸ La transcription *in extenso* du contenu des deux entretiens est présentée en langue tahitienne (texte original) annexe XIX page lii, et la traduction en langue française, annexe XX page cvi.

d'une Polynésienne porteuse du diabète de type 2, et celle d'une visiteuse observatrice singulière et privilégiée de la souffrance des malades diabétiques, chargée de leur apporter la parole et l'aide de Dieu.

Caractéristiques de la structure narrative du récit de Ruta

La structure narrative de son récit est marquée par l'ambivalence et l'incertitude contenues dans un questionnement permanent renforcé par le terme tahitien « (e) `ere ? » ou bien « (e) `ene ? » qui signifie « n'est-ce pas ? » et que l'on peut traduire, selon le contexte, par « hein ? », ou bien par « humm ? ». On relève également que si Ruta évoque son histoire à la première personne « vau » (i.e. « moi » ; « je ») ou « ia'u » (« en ce qui me concerne ») ou « tā'u » (« mon » ; « ma »), « tō'u » (« mon » ; « ma »), elle s'exprime souvent¹⁰⁰ à la deuxième personne du singulier, peut-être pour interpeller davantage son interlocuteur et l'impliquer au cœur de son problème, ou probablement en raison de la modestie qui la caractérise.

« Eh ben l'autre... [son mari] est parti, qu'est-ce que tu as à espérer... y a rien, n'est-ce pas ? il est parti, il t'a laissé tout seul !... Qu'est-ce qu'il a préparé pour toi ? Rien du tout, c'est à toi à chercher, hein, à améliorer... ta vie... »

Si elle se réfère parfois à certains extraits bibliques, elle organise principalement ses propos à partir du discours médical. Par ailleurs, il n'est pas sans intérêt de remarquer l'évolution radicale de son mode d'expression au cours de l'entrevue. En s'adressant à des « spécialistes du diabète » au début de l'entretien, elle a montré qu'elle était en règle, semble-t-il, vis-à-vis des trois recommandations importantes que son médecin lui demande

⁹⁹ Si l'appartenance religieuse implique le respect de certaines valeurs morales, il est sans doute utile de préciser ici que la religion protestante de Ruta est, comme on le verra plus loin, partagée par la majorité des participants à l'étude ($n = 19$).

¹⁰⁰ Selon mes informateurs-traducteurs, cette pratique est courante chez les Tahitiens.

d'appliquer : l'observance au traitement médicamenteux, la rigueur du suivi médical régulier, et le respect du régime alimentaire prescrit.

Le masque du discours convenu s'est levé lorsque Ruta a compris que la recherche à laquelle elle participait n'avait pas pour but de contrôler son application des directives médicales, ni d'évaluer les connaissances acquises sur sa maladie à travers le discours du médecin, mais qu'il s'agissait essentiellement d'explorer le vécu de son expérience de la maladie. Le visage de la réalité s'est découvert, révélant des affirmations profondément ambivalentes et contradictoires, radicalement à l'opposé de celles qui étaient prononcées au début de l'entretien, comme l'indique le tableau présenté ci-après.

Tableau I : Tableau comparatif des deux discours exprimés par Ruta

<p align="center">Discours convenu</p> <p align="center">Expression de l'idéal attendu</p> <p align="center">(Au début du premier entretien)</p>	<p align="center">Discours spontané</p> <p align="center">Expression de la réalité</p> <p align="center">(Lors du deuxième entretien)</p>
<p align="center">Traitement médicamenteux observé</p>	<p align="center">Observance aléatoire</p> <p align="center">voire non-observance au traitement</p>
<p>« Aujourd'hui je continue à manger les médicaments que le médecin m'a donnés (prescrits), [...] je continue à prendre mon traitement. [...] Ah, au sujet de mes médicaments, je fais bien attention. »</p>	<p>« <i>Non, vaut mieux dire la vérité parce que des fois j'oublie... je..., je vais en vitesse et en revenant, je prends, n'est-ce pas ? Pas comme ça a été dit : "le <u>matin</u>", n'est-ce pas ? le <u>matin non</u>, c'est pas vrai, hein ? [...]</i></p> <p>Quand je reviens de mon travail, je suis très fatiguée, je ne, je ne m'en souviens plus, je tombe de sommeil et j'oublie mon traitement. Au milieu de la nuit, c'est à ce moment-là que tu te rappelles, aï ! c'est à ce moment-là que tu le prends, et parfois c'est le matin que tu en prends. [...] »</p>

Tableau II : Tableau comparatif des deux discours exprimés par Ruta (suite)

Suivi médical rigoureux	Suivi médical incertain et démotivation
« Quand je vais rencontrer alors [Prénom Diabétologue], le jour où il veut que j'aïlle, j'y vais. [...] »	« Pour ma part, je ne prête pas beaucoup d'attention maintenant au Docteur, je suis "fiu !" (*) ¹⁰¹ "fiu !" [...] Je ne vais plus voir le Docteur. Mon Docteur m'a téléphoné, je n'y suis pas allée ! C'est du temps perdu. »
Respect du régime alimentaire prescrit (Soumission - acceptation)	Non-respect des interdictions alimentaires prescrites (Transgression de l'interdit)
« [...] et en ce qui concerne le "mā'a" (*), je ne mange pas n'importe quels "mā'a" (aliments)... pas n'importe quoi... comme les... gâteaux... non, non. [...] »	« <i>Eh ben</i> , je mange quand même (les aliments qui me sont interdits) [...] Le sucre, il ne faut pas de sucre pour le diabète, <i>humm ?... Humm</i> . Parfois je mange du gâteau, <i>gâteau</i> . Il ne faut pas de choses sucrées pour le diabète, il ne faut pas de cigarette pour le cœur, <i>hein ?</i> Mais je mange ce qui est sucré et je fume la cigarette. [...] »

Si le changement de mode d'expression de Ruta illustre clairement l'écart qui existe entre les résultats attendus par son médecin et son vécu de la réalité, il témoigne manifestement de la spontanéité avec laquelle elle nous a livré son récit dans le cadre d'une relation de confiance de qualité établie grâce à sa compréhension du but de la recherche.

¹⁰¹ Les mots tahitiens appartenant à l'*intraduisible* (Ricoeur, 2004 :55) sont accompagnés, lors de leurs premières apparitions dans la thèse, par un astérisque (*) qui renvoie au lexique situé à l'annexe III page xvi.

Dès les premières minutes de la rencontre, elle nous a effectivement considérées comme des experts diabétologues conduisant une recherche chapeauté par des scientifiques d'université canadienne et française. Elle nous a montré notamment sa confiance en nous proposant d'emblée de prendre connaissance de ses renseignements médicaux : « *Vous voulez mon carnet rouge ?* ». Dans le système de soins polynésien, « *le carnet rouge* » correspond au dossier de suivi médical remis à toutes les personnes porteuses d'une longue maladie¹⁰², et dans lequel les médecins consignent l'ensemble de leurs observations et de leurs prescriptions. Ce document médical de référence, consulté avec l'accord des participants à l'étude de manière systématique, et généralement à l'issue de la dernière¹⁰³ entrevue, a permis de recueillir des données précises et fiables sur leur état de santé mais aussi sur leur prise en charge médicale.

Avant de commencer l'enregistrement du premier entretien, la lecture en langue tahitienne et à voix haute du formulaire de consentement éclairé n'a pas appelé de question particulière et a été approuvé spontanément, sans réserve.

« *Je suis suivie par le Docteur [Prénom de l'un des médecins spécialisés en diabétologie à Tahiti] qui est mon Docteur généraliste et mon Docteur traitant* » a-t-elle précisé, avant de révéler, comme certains cas de l'étude, ses derniers taux de glycémie en nous interrogeant sur leur signification, et de nous confier ses problèmes oculaires : « *1,90 dextro¹⁰⁴ ce matin. Je faisais 1,33 hier soir... alors est-ce que c'est le café qui a augmenté ou c'est normal ? (...) J'ai été opérée des yeux, j'ai un œil condamné... mes paires de lunettes, ça va pas...* » La question relative à l'origine de la variation de sa glycémie a

¹⁰² En Polynésie française le diabète de type 2 avec complications fait partie des affections dont les frais médicaux sont pris en charge à 100 % par l'organisme territorial d'assurance maladie.

¹⁰³ Comme on le précisera dans la partie relative à la méthode, les cas (Polynésiens autochtones diabétiques), ont été rencontrés en moyenne à deux reprises. La consultation attentive des données médicales à la fin du dernier entretien visait à préserver l'objectivité de l'écoute du récit des Polynésiens diabétiques et à placer l'histoire et l'expérience subjective de leur maladie au cœur de la rencontre plutôt que leurs données médicales.

permis de lui indiquer que l'objectif de cette recherche n'est pas de lui apporter des réponses susceptibles de perturber le sens des informations données par son médecin que nous respectons, ni de procéder à une évaluation de ses connaissances acquises en milieu clinique (i.e. éducation thérapeutique). Il s'agit plutôt de recueillir, de manière anonyme, le récit authentique de son histoire et de son expérience de la maladie, dont le contenu sera utilisé uniquement dans le cadre de cette étude.

Avant d'aborder la construction de la trajectoire de l'évolution du diabète de Ruta, et pour permettre d'appréhender le contexte dans lequel s'enracine la construction culturelle et psychosociale de sa maladie, il m'apparaît utile et nécessaire de révéler les événements les plus marquants de sa vie.

Marquage de la trajectoire de vie de Ruta

Conditions structurantes de la survenue de ses problèmes de santé

Ruta est une femme d'origine polynésienne âgée de 72 ans, mère de deux enfants et veuve depuis un an de son troisième mari.

Née de parents polynésiens dans la zone rurale de Tahiti, sa mère qui était également d'origine tahitienne effectuait des petits travaux de blanchisserie, et son père, natif de l'une des îles de l'archipel des Australes¹⁰⁵, « c'était la pêche son travail... Il y avait des jours où il lui arrivait de faire une bonne pêche, alors nous mangions du poisson, nous ne buvions pas, du *café* seulement et du pain. [...] »

¹⁰⁴ Ce terme est utilisé aujourd'hui très souvent par les professionnels de santé et les diabétiques eux-mêmes pour indiquer leur taux de glycémie. "Dextro" vient du nom d'un ancien appareil d'auto-surveillance du diabète (i.e. Dextrostix).

¹⁰⁵ Il s'agit de l'archipel situé le plus au Sud de la Polynésie française (Cf. Carte figure 1 p. xxii).

Issue d'une famille de 6 enfants et d'un milieu social très modeste, « on était pauvres, c'était petit le "mā'a"... (*) (i.e. on avait peu à manger) », elle dit avoir quitté l'école à 15 ans, car étant trop âgée, elle n'était plus admise dans le système scolaire. Une femme l'a adoptée « *parce que elle n'avait pas de fille* » et elle lui a appris à « *éplucher les légumes* », et à « *faire la cuisine* ».

« Eh ben quand j'ai été adoptée par Madame [Nom de famille], pasque à part ça..., y a pas d'autres choses à faire... je restais à la maison avec mes parents, alors euh... oui, quand la personne m'avait adoptée, [...] elle m'avait mis dans la cuisine pour apprendre euh... à faire la cuisine au lieu que je pouvais plus y aller à l'école... J'étais plus acceptée dans l'école. J'étais trop âgée pour continuer... humm... »

Elle a épousé le père de ses deux enfants devenus adultes aujourd'hui et « *travaillé dur* » pour acheter, « *pour les enfants* », le terrain et la maison où elle vit seule présentement malgré la proximité de son petit-fils âgé d'une trentaine d'années qui, logé à l'extrémité de sa maison, « *s'occupe de lui-même* ».

Divorcée de son premier mari, elle s'est remariée avec un homme d'origine étrangère (i.e. ni Polynésien, ni Français), avec qui elle est partie vivre et elle a été « *consacrée* » femme pasteur.

Cette période marque le début de son engagement à « *servir le Seigneur* » dans le pays d'origine de son deuxième mari, avant de revenir vivre à Tahiti lorsqu'elle est devenue veuve. « *Je crois que le Seigneur m'avait appelée, pour que je sois là avec Lui aujourd'hui.* » Le respect des principes de l'Église évangélique l'a contrainte à épouser, sans l'aimer, son troisième mari qui était veuf comme elle, et qui occupait des fonctions dans l'Église. Il était décédé depuis un an lors de notre premier entretien avec Ruta.

« Vous savez quand vous servez le... Seigneur, alors euh... l'Église vous force de... vous pouvez pas servir le Seigneur tout seul, il faut que vous soyez mariée. Voilà. Alors, la personne avec qui je me suis mariée, c'est-à-dire que forcée par l'Église..., [...] nous étions pas, euh..., mariés par

amour... mais par respect de... la loi dans l'Église, humm. [...] Voilà pourquoi que... on s'est mariés juste pour ça. Un pasteur ne peut pas servir le Seigneur seul, et moi non plus je peux pas être consacrée, être seule. Alors lui... veuf et moi j'étais veuve aussi. Voilà. »

Son implication dans ses activités de prière auprès des malades qu'elle visite, sa consommation de cigarettes entretenue depuis l'âge de 17 ans, et l'apport de l'aide et de la force de Dieu, sont les principaux moyens qui lui permettent de lutter contre la solitude qui l'accable au quotidien.

Rupture temporelle et production de ses problèmes de santé

La trajectoire singulière de l'histoire de Ruta est marquée par une rupture entre les deux principales périodes de sa vie. D'une part celle de son passé, de son enfance lors du Tahiti d'autrefois, « i tera tau » (litt. à cette époque-là), période qu'elle associe au « bonheur », et d'autre part celle de son présent, de sa vie d'aujourd'hui, « i teie tau » (litt. à cette époque-ci) qui correspond aux « malheurs ».

C'est la trace profonde, et probablement indélébile, de cette rupture dans la trajectoire de la vie de Ruta¹⁰⁶, qui jouera un rôle déterminant dans la création des conditions structurantes de la survenue et du développement de ses problèmes de santé, et dans la signification profonde qu'elle attribue à leur origine.

Le récit de Ruta s'organise effectivement selon une approche comparative et diachronique, mettant en scène la période antérieure à la manifestation de ses problèmes de santé, suivie de la période relativement récente de leur découverte, ouvrant sur le déroulement de l'histoire de sa maladie.

Autrefois, « i te mātāmua », elle vivait heureuse dans sa famille malgré la pauvreté, les privations, car les ressources financières de ses parents étaient limitées.

« C'est vrai que c'était beaucoup de travail [i.e. contraintes – privations] pour les parents de trouver un moyen pour nous nourrir (i.e. donner à manger) [...] C'était ça seulement le problème, pas d'argent, pas suffisamment d'argent, hein ? [Silence] »

Cette pauvreté, qui était vécue au quotidien par de nombreuses familles polynésiennes, n'était pas incompatible avec une qualité de vie apparemment satisfaisante.

« *Oh ! je crois que y avait pas un..., une famille... il n'y avait pas de..., famille qui ne mourait pas de faim à cette époque-là, mais... mais on était vivants..., n'est-ce pas ? oui. (...)* En ce temps-là, la vie était bien meilleure malgré la pauvreté. »

Les habitudes de vie et la nourriture des Polynésiens étaient frugales et saines. Les produits de la terre étaient cultivés sans engrais chimiques contrairement à aujourd'hui. Leur mode de vie simple les préservait des maladies et du malheur.

« [...] le Tahitien a été sauvé autrefois ! Il réchauffait le "mā'a"(*), le poisson, n'est-ce pas ? Pour deux jours, un poisson et du *café*, le Tahitien se portait très bien ! »

Lorsque les Polynésiens avaient des problèmes de santé, ils plaçaient leur confiance dans la médecine traditionnelle, car le recours à la médecine occidentale leur inspirait une forte crainte, voire une réelle terreur : « Les Tahitiens n'étaient pas des gens qui allaient chez le médecin à cette époque-là, non, c'était très terrifiant (effrayant) pour eux, le médecin ».

Les plantes médicinales étaient particulièrement accessibles dans la nature généreuse et préservée : « [...] on allait chercher le remède "mea" (rā'au tahiti). Untel a "mea" (quelque chose, une maladie) on allait chercher la plante médicinale, (la) cueillir, (l')écraser et (l')appliquer dessus, *tu vois* ». Quand le « ta'ata rā'au » (i.e. préparateur de remède traditionnel) préparait le « rā'au » adapté à la maladie de la personne, la clef de la

¹⁰⁶ L'analyse transversale du récit des 29 autres cas montrera que ce constat ne se limite pas à Ruta mais qu'il

confiance résidait dans la gratuité absolue des remèdes traditionnels ; il n'était pas question de faire payer le malade.

« *La clé, sans te faire payer, c'est ça, voilà la clé. (...) Si on te fait payer c'est pas la peine, non, non, ça c'est des mensonges hein ? enfin chez nous, chez les Tahitiens, on le sait, humm ?... Les médicaments qu'on te fait pas payer. »*

Ruta dénonce ainsi la pratique malhonnête et répandue de certains tradipraticiens qui ont transformé aujourd'hui leur expertise en un véritable business. Ce procédé inspire le doute, la peur, et semble incompatible avec l'efficacité du remède et l'obtention de la guérison attendue.

« Ces personnes qui font maintenant les "rā'au" (remèdes traditionnels tahitiens), tu vas les payer, payer... [...] (j'ai) peur, il y a trop de profit (litt. on cherche trop l'argent) que de te régler ton problème, *tu vois ?* [...] Mais je n'ai pas confiance, *non.* »

La confiance que Ruta accordait jadis aux guérisseurs (i.e. à la médecine traditionnelle) détenteurs du pouvoir de guérir, a perdu ainsi sa légitimité au profit du médecin (i.e. de la médecine occidentale ou de la médecine des Blancs), plus fiable et rassurant, même si celui-ci la « gronde », attitude qu'elle justifie et qu'elle semble accepter.

« Je préfère aller chez mon Docteur *hein !* Même si "pa'i" (*) je me fais gronder, "*Je t'ai pas vue voilà...*", même si, mais, il me fait mon *ordonnance*, pour aller chercher mes médicaments *hein ? Voilà la différence.* »

Cependant, et « avant tout », c'est en Dieu en qui elle place sa confiance parce qu'Il est le créateur de la vie et qu'Il lui apporte les éléments indispensables à sa survie.

« Je ne mettrai pas ma confiance d'abord dans le Docteur qui me donne ma force, non pas du tout, c'est de Dieu que vient ma force, ma connaissance,

mon intelligence, humm ? [...] Ma confiance, avant tout c'est en Dieu, ma confiance, *humm...* »

Qu'il s'agisse de mettre en concurrence le pouvoir de guérir du tradipraticien ou celui du médecin, la toute-puissance et la parole de Dieu les transcendent à travers la force spirituelle intériorisée par Ruta.

« Le Grand Guérisseur, Il est là-haut, c'est Dieu. C'est très facile à faire, tu demandes à Dieu : "Guéris-moi de ma maladie. Ah, tu as les yeux les plus puissants, n'est-ce pas ? C'est toi qui m'a créée, et tu sais quelle est la chose qu'il n'y a pas à l'intérieur de moi, et d'où vient ce malheur (maladie) ?" »

C'est très facile à faire, écoute simplement Dieu selon cette parole : "Demandez, on vous donnera, [en tapant sur la table et en rythmant chaque syllabe :] frappez à la porte et on vous ouvrira la porte"¹⁰⁷ *hein ? c'est Sa parole qui dit, c'est pas moi, n'est-ce pas ? (...)* »

Si la filariose, « mariri », et le cancer, « mariri 'ai ta'ata », étaient des maladies qui existaient autrefois, en revanche, on ne parlait « *jamais* » du diabète, ce qui interpelle Ruta :

« Oui, le cancer (litt. la maladie "mariri" qui ronge l'homme) peut-être à cette époque-là, en ce temps-là alors, n'est-ce pas ? [...]. Mais le diabète, eh bien nous ne le connaissions pas à cette époque-là, humm ? On entendait *cancer...* n'est-ce pas ? *mais... y a jamais eu* de diabète à moi "pa'i" (*) alors, à mon époque. *J'ai 72 ans aujourd'hui, j'ai jamais entendu, il a fallu que... hein !* (à) cette époque-ci. Oui, à notre époque, mais à cette époque-là de ma mère et de notre famille, non. (La) filariose oui bien sûr, le cancer oui bien sûr. (Mais) Le diabète, non, je n'en ai jamais entendu parler, à cette époque-ci, oui. D'où ça vient "pa'i" ? D'où ça vient ? »

Ruta souligne l'émergence récente du diabète : « le *diabète* c'est aujourd'hui qu'il a été découvert, aujourd'hui, n'est-ce pas ? Mais dans le temps, non ». Elle explique l'origine de ce phénomène pathologique chez les Polynésiens « aujourd'hui », à partir de la toxicité des engrais chimiques importés, utilisés pour accélérer la culture et la croissance des produits de la terre.

« Oui. Aujourd’hui oui, pas autrefois, non, non. C’est à cause des produits (litt. médicaments) que l’on a importés et qui sont utilisés quand on plante le “mā’a”, *il faut* ça..., n’est-ce pas ? On fait grossir le “mā’a” *en trois mois* voilà la grosseur [gestuelle démonstrative de la taille énorme des produits de la terre], c’est vrai ! c’est beau quand tu regardes avec les yeux, *mais* quelle est son action à l’intérieur ? sur ton corps, n’est-ce pas ? »

Elle s’appuie sur le discours scientifique pour démontrer la véracité de ses propos, en évoquant cependant l’hypothèse selon laquelle, « *le diabète* », aurait peut-être existé autrefois, mais sous un autre nom.

« Aujourd’hui, les spécialistes, les médecins chercheurs ont prouvé que le diabète (litt. urine – sucre ; sucre dans l’urine, glycosurie) c’est le *diabète*, c’est pour ça que je dis qu’à cette époque-là il existait peut-être, *mais*, mais pas avec ce nom-là “*diabète*”, avec un nom différent, n’est-ce pas ? [Silence] »

Il n’est pas exclu que Ruta se réfère ici, consciemment ou inconsciemment, à son grand-père maternel et à sa mère qui, comme on le découvrira plus loin, étaient également diabétiques, lorsque, à l’époque, cette maladie n’était pas évoquée dans le discours populaire polynésien.

Perception des signes annonciateurs et contexte de découverte du diabète de Ruta

Avant la survenue de son problème de santé, « ça fait trois ans maintenant », Ruta n’a « jamais été malade, c’est la première fois, *humm*. Depuis ma jeunesse, je ne suis jamais allée dans un hôpital pour telle maladie..., pour telle maladie..., non ».

Si elle a déclaré précédemment (Cf. page 95) avoir eu des démangeaisons, identifiées selon elle comme un signe fréquent chez les diabétiques, et probablement lié à la consommation de certains aliments, elle évoque le début de sa maladie en terme de

¹⁰⁷ Dans son récit, comme d’autres Polynésiens inclus dans l’étude, Ruta se réfère à la Bible. Il s’agit ici d’un

« *crise* », dont l'origine est incertaine, mais qui est survenue *un an après* le décès de sa mère : « *Je crois un an... après, (...) j'ai eu la crise euh... enfin... je sais pas si crise de diabète... crise de cœur ?* » Lorsque Ruta décrit cette *crise* « *venue dans mon (son) sommeil* », elle précise avoir perçu deux signes physiques : des douleurs dans les articulations et une agueusie, c'est-à-dire une perte du goût.

« C'est venu dans mon sommeil, j'ai eu mal à mon bras [ou à "ma main"¹⁰⁸], aux articulations comme des rhumatismes *hein ? (...) humm*. Quand ça a commencé c'était ma bouche, quand je buvais de l'eau, il n'y avait pas de goût. Ça a continué, ça a continué jusqu'à ce que... voici que ça s'est aggravé (litt. ça s'est agrandi) [Tape sur la table]. »

On relève ici l'absence d'anticipation de Ruta et l'attente du signal ultime, déclenché par l'aggravation des symptômes motivant l'appel en urgence de sa fille pour la conduire chez le médecin. L'attente de l'aggravation de son problème de santé est, pour Ruta, une pratique habituelle qu'elle avouera : « C'est seulement quand ma maladie s'aggrave, c'est à ce moment-là que j'arrête mon programme (de travail), et que je vais voir le Docteur ».

À l'hôpital, un double diagnostic a été annoncé : « c'est le cœur et c'est le diabète ». Mais étant donné la gravité de son atteinte cardiovasculaire et l'absence de plate-forme spécifique permettant de pratiquer la chirurgie cardiaque à Tahiti, Ruta a bénéficié d'une évacuation sanitaire vers un pays étranger¹⁰⁹ pour y subir un double pontage.

« Ce qu'on a diagnostiqué (découvert), c'est le cœur. Oui, c'est le cœur à cause du fait de fumer la cigarette, n'est-ce pas, c'est ce qui a été dit. Ça vient peut-être aussi du "mā`a" (*) (...) je n'en suis pas certaine.

C'est comme ça que l'on a découvert (dépisté) mon diabète (litt. urine sucre - sucre dans l'urine) (...) j'ai le diabète (litt. du sucre dans l'urine). [...] C'est

extrait de l'Évangile selon Saint Matthieu (i.e. Chapitre 7-7) relatif à l'efficacité de la prière.

¹⁰⁸ La signification du terme tahitien « rima » est identique : bras (ou) main.

¹⁰⁹ En Polynésie française, en accord avec la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) (i.e. organisme d'assurance maladie polynésien) il est proposé aux malades de bénéficier d'une évacuation sanitaire soit vers la France, soit vers la Nouvelle-Zélande.

le diabète qui a fait venir la maladie du cœur. [Ouvre son corsage pour nous montrer la cicatrice de sa thoracotomie ainsi que celle du prélèvement de son greffon à son bras gauche].

J'ai été conduite à [Nom établissement de soins 2], de [Nom établissement de soins 2] on m'a envoyée tout à fait (i.e. évacuée sanitaire) [Pays 1 hors Polynésie Française] (...) [...] J'ai été opérée, j'ai eu deux *pontages hein ? Humm...* Voilà alors. Je suis restée deux semaines là-bas, on m'a ramenée, ça va très bien jusqu'à ce jour, *hummm.* »

Signification, causalité et représentation du diabète

À partir de sa lecture interprétative du terme *diabète* en tahitien, c'est-à-dire « 'ōmaha tihota » composé de 'ōmaha, (urine) et de tihota, (sucre), qui signifie littéralement « urine sucre », c'est-à-dire « sucre dans l'urine »¹¹⁰, « glycosurie » selon le dictionnaire de l'Académie tahitienne (1999), Ruta évoque d'emblée l'origine alimentaire de son diabète qui serait précisément lié à une consommation excessive de sucre. Elle souligne la confiance qu'elle accorde au « Docteur pour le diabète » qui apparaît ici capable de *soigner*, et d'encourager la pratique de l'exercice physique.

« Je ne me soucie pas trop de moi parce que je suis dans les mains (i.e. suivie) d'un médecin.

Un certain jour, on m'a dit, "tu as le *diabète*". Qu'est-ce que le *diabète* ? ('ōmaha tihota) du sucre dans les urines (litt. urine – sucre). Qu'est-ce que le sucre dans les urines ? manger trop (excès) de sucre. *Voilà*, n'est-ce pas ? il faut le soigner ! Il est là-bas le Docteur pour le diabète. Le Docteur pour le cœur, *alors* le Docteur pour le cœur soigne le cœur. Quant au Docteur pour le... sucre dans les urines (diabète) il soigne, faire de la marche, il ne faut pas rester sans bouger (litt. rester seulement), n'est-ce pas ? »

¹¹⁰ Il convient de souligner ici que le terme « ' maha tihota », empreint d'une notion de causalité d'ordre biomédical, désigne la présence anormale de sucre dans l'urine, mais aussi le diabète dont c'est un des symptômes (Montillier, 1999 :139). L'expression *urine sucrée* serait traduite différemment, par « ' maha monamona ». Enfin, le terme « toto tihota » signifie la présence anormale de glucose « tihota », dans le sang « toto » (Montillier, 1999 :250).

Si Ruta compare le diabète à la filariose (i.e. « mariri », lymphangite), « puisqu'elles » [ces deux maladies] « sont effectivement dans le sang », elle associe sa cardiopathie au cancer car le pouvoir destructeur de ces deux maladies est identique :

« L'une [i.e. le cancer, "mariri (gangrène) qui mange l'homme"] (te) ronge (de l'intérieur), et l'autre (i.e. la maladie de cœur) (te) tue, *humm ?* (Le) cœur, (la) maladie de cœur, elle te tue. Le cancer, il te ronge [i.e. il te mange de l'intérieur, il te "bouffe"] ».

En situant le diabète dans le sang, ce dernier apparaît comme un fluide circulant dans une canalisation étanche conférant aux vaisseaux une absence de perméabilité. Cette croyance rend ainsi peu probable la toxicité du tabac sur le diabète de Ruta, alors qu'elle reconnaît avoir été informée, en tant que « grande fumeuse », de sa prise de risque au plan cardiaque.

« Le diabète, *quoi ?* c'est dans ton sang, on dit que c'est dans ton sang, il n'est pas dans les vaisseaux, alors tu n'auras pas de problème à tes vaisseaux ! [soupir] Voilà...

[...] je ne sais pas, et (si) la cigarette ne sera pas bonne aussi pour le *diabète*, je ne sais pas, mais pour le cœur ça je le sais, hein ? pour la circulation... de l'air (oxygène) dans tous les vaisseaux... »

Après avoir nommé distinctement l'agent responsable du début de son problème cardiaque : « *Bison, Bison* [i.e. tabac à rouler], quand a commencé la douleur, hein ? c'est à cause du *Bison*, que j'ai eu cette maladie-là, que ce problème s'est développé sur moi », elle se réfère aux propos du médecin identifiant ensuite le diabète à l'origine de sa cardiopathie, et peut-être son mode alimentaire qui pourrait être inadapté, ce qu'elle évoque dubitativement.

« Ce qui m'a fait mal, c'est le diabète, à part le cœur, *humm ?* C'est le diabète qui a fait venir la maladie du cœur. Ce qui a été dit, je ne sais pas, (si c'est) fumer la cigarette.... manger les "mā'a" (*) qui ne conviennent pas..., c'est ça, c'est ça alors.

C'est le cœur. Oui, c'est le cœur à cause du fait de fumer la cigarette, n'est-ce pas, c'est ce qui a été dit. Ça vient peut-être aussi du "mā'a" (...) je n'en suis pas certaine. »

Le récit de la double causalité de son diabète se construit ainsi à partir de son interprétation du discours médical attribuant deux origines à sa maladie : l'une alimentaire, « te mā'a », et l'autre héréditaire, « te ma'i tupuna » (litt. la maladie des ancêtres), qui appelle l'évocation de son expérience familiale du diabète.

Pour Ruta, la maladie du diabète s'est en effet largement propagée à partir de sa « souche familiale » du côté maternel. Si ce constat a été exprimé avec prudence lors de la première entrevue, il a été affirmé sans aucune équivoque lors du deuxième entretien :

« (...) je crois que... c'que j'ai en ce moment c'est héréditaire chez nous, chez mes, ma mère plutôt. Elle est morte de ça et y a pas..., y a pas qu'elle, même ses sœurs aussi..., alors le diabète euh... chez... ma famille, ma mère, côté mère, ce sont tous des diabétiques, je le pense... [...] » (Extrait du premier entretien)

« [...] c'est une maladie des ancêtres, ça vient de ma mère, ça vient du père de ma mère, qui a eu ma mère, et aujourd'hui c'est moi. Mon fils, c'est le diabète aussi, c'est-à-dire le papa du garçon qui est là à côté (i.e. son petit-fils). [...] Non, mais je sais que ma mère est morte du diabète, que mon grand-père c'est le diabète, à moi c'est le diabète... Voilà. » (Extrait du deuxième entretien)

Lorsque Ruta raconte l'histoire du diabète de sa mère, elle décrit une femme « qui mangeait de sucre » (i.e. une mangeuse de sucre), qui était habituée à consommer des choses très, très sucrées. Elle n'allait pas non plus chez le médecin et, par crainte, n'était jamais allée à l'hôpital avant que l'extrême gravité de son état de santé impose son hospitalisation : « elle ne voulait pas aller dans l'hôpital, c'est un lieu..., elle ne voulait pas l'hôpital, mais nous n'avions pas d'autre solution, il faut l'y emmener ». Elle est effectivement morte du diabète : « Oui. Ma maman..., est morte du diabète, humm ? On a amputé (litt. "coupé") "son pied" (ou "sa jambe", terme identique en tahitien : "avae"). [Silence] »

La dégradation de l'état de santé de la mère de Ruta, mais surtout le vécu de sa souffrance et l'écho de ses plaintes, sont à l'origine de la demande de soins médicaux qui ont conduit au diagnostic tardif de son diabète, à son amputation, et finalement à ce que la maladie l'emporte rapidement.

« (Elle) souffrait, et elle pleurait sans arrêt parce qu'elle avait mal à ses pieds... Mais c'était infecté (litt. pourri) sur ses ongles d'orteils..., hein ? [...] c'est comme ça qu'on l'a envoyée chez le médecin et qu'on a alors compris, qu'on nous a dit (c'est le) diabète. [...] on l'a amputée à cet endroit... Pas longtemps après, voici qu'elle est morte, en effet. [Silence] »

La filiation du diabète apparaît clairement lorsqu'elle révèle que son fils est diabétique et que son petit-fils pourra l'être plus tard, comme si la transmission de la maladie qu'elle porte allait suivre inexorablement la voie d'un héritage transmis de génération en génération.

« [...] (si ta) souche familiale est diabétique, ça arrivera effectivement sur la descendance (...) *humm* ? c'est ce que j'ai entendu. [Silence]

[...] *Ma fille, elle n'a pas ça. Mais mon fils si, le cadet hein.* [...] le petit-fils, *petit-fils*... Je ne sais pas est-ce qu'il a le diabète aussi, plus tard peut-être ! Pas encore, *mais* mon aînée, non. [Silence] »

L'origine héréditaire du diabète de Ruta (litt. maladie des ancêtres) confirmée par le médecin, confère, selon elle, un caractère incurable à la maladie (i.e. « qui ne guérira pas »), parce qu'elle « ne sera donc pas propre ». Ruta considère qu'il nous (i.e. les Docteurs) appartient de « nettoyer » sa maladie ou de lui donner des indications pour parvenir à son nettoyage, c'est-à-dire à l'élimination de l'excès de sucre dans son corps. Elle nous livre sans réserve le nom du remède (i.e. du *Sulfate de magnésium*) qu'elle utilise pour se purger après avoir consommé les aliments interdits par son médecin, parmi lesquels figurent le pain et le riz, qui sont pour les Polynésiens aujourd'hui des aliments de base¹¹¹,

¹¹¹ Dans l'étude dirigée par Poulain sur l'alimentation et la corpulence en Polynésie française (Direction de la Santé en Polynésie française, 2002), les féculents (tels le riz, le pain, mais aussi les aliments issus de la nourriture traditionnelle comme le taro, le uru, le fei, la patate douce) figurent au centre du modèle

conçus comme des symboles (Hubert, 1991 :166), et à travers lesquels ils expriment une part de leur identité et de leurs croyances.

« C'est quand je triche, je mange beaucoup de..., de chocolat parce que... j'aime beaucoup le chocolat oui, gâteaux... tout ça, c'est là où je prends ça, humm ? Humm... du riz c'est défendu, pour les diabétiques, hein ? le pain, c'est défendu pour les diabétiques si, pain grillé ça va hein ? alors, pour nettoyer tout ça je prends ça. Est-ce que ça se, ça se nettoie ou non, hein ? mais... je me sentais soulagée... »

La prise du traitement purgatif se révèle être en fait, pour Ruta, un rite de purification, un acte symbolique, qui, par-delà le besoin de neutraliser sa conduite déviante, ou sa transgression d'interdit, révélée par sa consommation d'aliments « mauvais », (« interdits »), correspond à la reproduction d'une pratique ancestrale transmise depuis sa naissance, (comme le diabète - « maladie des ancêtres »-), de génération en génération : « depuis ma naissance, ce médicament a existé avec ma mère et mon père [...] depuis l'époque de notre grand-père biologique de notre mère, (nous avons) ce médicament ».

Reconstruction de la trajectoire phénoménologique des maladies de Ruta

Le diabète et la maladie de cœur ont surgi récemment dans la vie de Ruta comme un malheur, un signe révélateur de la rupture entre sa vie heureuse d'autrefois et sa vie « remplie de maladies » dans la société polynésienne d'aujourd'hui : « C'était bien mieux, il n'y avait pas de maladies (malheur, ennui), il n'y avait pas de problème, n'est-ce pas ».

La pauvreté, le bonheur, les satisfactions, et la nourriture frugale, ont fait place à de nombreuses maladies, au malheur, à l'ennui, et à un mode alimentaire anarchique, cancérogène, et plus largement pathogène.

alimentaire polynésien et sont identifiés comme des « aliments essentiels » qui représentent le « bien manger m 'ohi » mais aussi les aliments qui font « le plus grossir » (Ibid :156).

« Aujourd'hui, on est en train de découvrir le *diabète*, le *cancer*, et quoi d'autre encore..., et quoi d'autre encore..., le cœur, il n'y avait pas de... maladie de cœur, on ne le connaissait pas à cette époque-là *hein* ?

Il n'y avait pas de *cancer*..., oui peut-être... dans les cent, (il y en a) un (i.e. 1%), n'est-ce pas ? (...) [...]

Aujourd'hui..., (...) du *steak* et quoi d'autre encore ! On mange de tout, *des frites* et quoi d'autre encore, voilà ! *c'est pourri de...*, *de... maladies...*, en effet, *cancer*..., et quoi d'autre... (...). »

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que lors du premier entretien, Ruta attribuait la formule « *steak avec des frites* » au mode alimentaire des « *personnes, aisées...* »¹¹², mais que dans l'extrait précédent issu de la deuxième entrevue, c'est la quantité excessive, et même la contamination, ou la toxicité alimentaire qui sont suggérées. Il est par ailleurs utile de relever la notion de « pourriture » (i.e. « *c'est pourri de maladies* ») qui fait aussi partie de la description de l'état d'aggravation et d'infection des orteils et des pieds des Polynésiens diabétiques. Tout se passe comme si la consommation d'aliments « mauvais », « *ino* » (litt. le mal), de la nourriture « mauvaise », ou de nature pathogène, conduisait à la dégradation de leur état de santé, et, partant, à celle de leur corps, provoquant ainsi la pourriture de leur chair.

Malgré ses tricheries alimentaires précédemment avouées, Ruta compare l'absence de plaies sur son corps avec la souffrance de certains malades diabétiques hospitalisés et dont les pieds sont infectés (littéralement « pourris », c'est-à-dire porteurs de plaies incurables). Elle s'interroge sur l'origine de leur mal : « Mais d'où vient « *pa'i* » (*) leur malheur (maladie), et leur souffrance ? [...] Pourquoi ? » Même si elle n'exclut pas l'hypothèse selon laquelle les mêmes maux qui l'effraient pourraient la toucher, elle estime qu'elle est aujourd'hui préservée, grâce à l'aide de Dieu.

« Tu vois que le pied est pourri. Je remercie Dieu, ça fait combien d'années maintenant que j'ai su que j'ai le diabète, j'ai peur aussi quand je regarde... pourri, n'est-ce pas ? [Silence] »

¹¹² Voir l'extrait situé pp. 95-96.

Considérant qu'elle « a la foi (litt. elle écoute, elle croit) », mettant « tous ses problèmes entre les mains de Dieu », allant « faire son travail, en croyant que son malheur sera guéri par Dieu », elle constate que ces malades sont incroyants (litt. ils n'écoutent pas, ils ne croient pas) et, par conséquent, elle attribue la survenue et l'aggravation de leur phénomène morbide à leur absence de foi. La logique de son raisonnement met clairement en évidence les vertus protectrices et bénéfiques de la croyance en Dieu sur la maladie.

« [...] La personne qui n'a pas la foi en elle (litt. qui n'écoute pas), elle s'occupe de sa maladie, c'est elle qui fait aggraver (litt. Agrandir, développer complètement) sa maladie. »

Invoquer Dieu, afin de soutenir ces personnes souffrantes et incroyantes, devient alors pour Ruta l'unique moyen dont elle dispose face aux effets dévastateurs de leur maladie d'origine incertaine, et d'évolution inéluctable.

« Les personnes qui souffrent de... (qui sont malades de...) la maladie du diabète (litt. sucre dans l'urine) à l'hôpital, quand tu vas prier pour eux, les personnes qui n'ont pas la foi, n'est-ce pas ? Les pieds sont infectés (litt. pourris), les pieds sont infectés (litt. pourris), il n'y a plus rien à faire.

Est-ce que ça vient de la nourriture qu'ils ont mangée, je ne pourrai pas le dire. (...) La seule chose que tu fais, c'est prier Dieu, c'est Dieu qui t'aide, tu les encourageras dans leur malheur. »

Malgré sa forte implication lors de ses visites et de ses prières auprès de ces malades hospitalisés, Ruta insiste sur la solitude qui l'accable continuellement. L'omniprésence de Dieu dans sa réalité quotidienne, conduit à dépasser la dichotomie occidentale, humain – non-humain, pour donner à la présence divine un aspect presque visible sur le chemin de sa vie.

« Aujourd'hui, je suis seule dans ma vie, mais pas seulement moi, moi et Dieu, c'est tout ce que je... Je demande à Dieu comment nous allons faire aujourd'hui, n'est-ce pas ? Conduire ma voiture, Dieu, tu conduis notre voiture [vie], je ne sais pas, hein ? C'est Toi mon Dieu qui conduiras notre voiture, nous irons là-bas, là-bas, là-bas, mais c'est toi qui rendras victoire à

notre parcours [vie] (i.e. qui feras réussir, nous épargneras les dangers, les risques) (...). »

Ruta ne souhaite pas s'imposer auprès de ses enfants qui semblent lui porter très peu d'attention.

[Dit sur un ton triste] « *Mes enfants ne reviennent pas à la maison, ils ont leur vie, avec leur famille et les enfants, humm ? Je veux pas aller les déranger... pour être avec moi...* [Silence]

Alors..., alors je préfère me fier au Seigneur... [Dit en retenant ses larmes] *c'est le seul qui me... protège, me donne la force...* [Silence] ».

Son seul espoir réside dans la présence divine qui lui rappelle qu'Il a créé deux êtres, l'homme et la femme, pour vivre ensemble, ce qui accentue le caractère pathétique de sa vie solitaire, notamment à l'heure du repas.

« Oui, parfois tu cherches de la compagnie, n'est-ce pas ? *surtout* au moment des repas ; *c'est triste, d'être seule, humm, à table...* [Silence] [...] *Des fois, je ne vais pas vous mentir, je vais discuter de mon travail tout' seule, comme si j'étais une femme folle, hein ? Tu te poses des questions et c'est toi-même qui réponds, personne ne te répond, n'est-ce pas ? Tu demandes... à Dieu, et Dieu te donne la réponse à travers ta réflexion, humm ? »*

Dans ce contexte, « la cigarette », dont elle apparaît réellement dépendante, incarne pour elle « ton ami » (i.e. son compagnon). La pratique de son tabagisme est identifiée comme « quelque chose qui t'a été interdit » et qui lui permet de gérer son ennui.

« [...] Même si tu n'as pas ton "mā`a" (*), mais ta cigarette, il ne faut pas en manquer, hein ? Même une, une, ça ne suffira pas, humm ? (...) c'est mon avis. *Là c'est vrai, hein, c'est la vérité. Enfin pour moi c'est ça : prive-moi de tout, mais pas de cigarettes, ïia !... chhhhhhh.* »

« Grande fumeuse » depuis l'âge de 17 ans, Ruta n'a jamais interrompu, ni réduit sa consommation de cigarettes malgré les « réprimandes » de son médecin qu'elle reconnaît timidement ne pas prendre au sérieux : « J'ai été grondée par le Docteur, "il ne faut plus fumer", mais je n'écoute pas. [rire retenu] [Silence] ». Elle précise pourtant, « je sais que

c'est mauvais, pour moi, et... comment je vais le dire..., je ne vais pas mentir, hein ? non ». Son tabagisme se justifie, selon elle, par sa solitude et par l'effet de satiété nécessaire qu'il procure :

« (...) je n'ai pas arrêté de fumer la cigarette, parce que..., (je suis) une personne seule..., personne ne discute avec moi. [...]

Mais quand j'ai fini de manger, *il me faut* cette cigarette pour que je sois rassasiée. [Silence]

Confrontation au pouvoir médical limité, dépourvu du pouvoir de guérir, et producteur d'effets pervers

La relation qu'elle établit avec son diabétologue s'inscrit en transparence d'un rapport de forces. Le pouvoir médical exercé, dépourvu de la faculté de pouvoir guérir la maladie de Ruta, produit manifestement des contre-attitudes médicales ou des effets pervers. La position dominante du médecin prescripteur d'interdictions alimentaires sans perspective de guérison, génère ainsi d'une part, la mise en oeuvre de mécanismes de résistance de sa patiente -supposée docile et assujettie aux prescriptions médicales- et d'autre part, la mise en oeuvre de stratégies lui permettant de s'échapper des directives médicales qu'elle considère comme inutiles et vaines, et de trouver elle-même des solutions à ses problèmes de santé.

La désobéissance avouée de Ruta aux recommandations médicales, (« mais je n'écoute pas »), résulte des propos « infantilissants » du médecin, qui, confronté à l'absence de motivation de sa patiente pour arrêter de fumer et à son suivi médical irrégulier, la « gronde ».

« *Mais...* c'est difficile pour une personne qui est diabétique, quand tu n'obéis pas (i.e. tu ne te soumetts pas) aux paroles (i.e. conseils, prescriptions) du Docteur... : "il ne faut pas ceci, il ne faut pas ça, il ne faut pas ça", n'est-ce pas ? »

Elle reconnaît qu'elle néglige sa maladie, attendant la manifestation ultime de l'aggravation de son problème de santé pour recourir aux soins, prenant ainsi le risque de s'exposer aux réactions du médecin.

« Je vais rencontrer mon Docteur quand j'ai le temps, sinon je ne fais pas attention à ma maladie, je m'occupe de mon programme de travail pour qu'il soit terminé. C'est seulement quand ma maladie s'aggrave, c'est à ce moment-là que j'arrête mon programme (de travail), et que je vais voir le Docteur. Ne pense pas alors que... le Docteur va être content, hein ? »

Le récit événementiel du déroulement de sa prise en charge médicale, permet de comprendre l'origine de certains obstacles et de sa non-implication au suivi régulier de son problème de santé, attitude que les médecins ne manqueront pas de qualifier de *négligente* ou d'étiqueter comme *non-observance*, sans réellement s'interroger sur sa cause profonde.

Le simple fait d'aller au cabinet médical pour consulter son diabétologue représente, pour Ruta, une véritable épreuve, pénible, et dépourvue de sens. D'abord, elle perd deux heures « à cause de cette recherche de place de parking, *c'est quelque chose...*, *Ohhhh ! Sainte Marie Mère de Dieu, humm...* » Ensuite, « tu attends, parce que la *salle...* (d'attente) est déjà complètement remplie de monde..., alors tu attends ton tour (...) aïa !... »

Lors de sa consultation médicale qui est identifiée comme un temps « très court », son médecin contrôle son taux de glycémie, lui rappelle les aliments qui lui sont interdits, et renouvelle son ordonnance.

À deux reprises, elle décrit cet instant apparemment chronométré de manière systématisée et caricaturale dans lequel l'écoute semble manquer, exprimant finalement sa déception d'avoir perdu, inutilement, une demi-journée à attendre au lieu de prier auprès de « ses » malades ou d'aller « *faire la marche* ».

« On te contrôle (litt. mesure) ton mea (*) (sucre) “ah ! *y a deux grammes, hein, ou un gramme...* *Faut pas manger ceci cela !*” Ça fait combien d'heures alors que tu as attendu, et pendant ton attente, tu (aurais pu) aller

faire la marche là à côté, ça te donne de l'énergie, *humm* ? C'est bien mieux, voilà alors mon avis. [Long silence] »

« On examine ton sang : “*combien tu fais ? (...) un virgule et..., ah, il faut pas faire ça, ceci cela. Ah, prends tes médicaments, mange aussi*”, *alors...* je préfère être auprès de mes malades (...). Voilà ! »

Le caractère invariable et inopérant de son traitement médicamenteux contribue à l'insuccès de la prise en charge médicale de son diabète mais aussi de son problème cardiaque. Ruta déclare être en état de saturation vis-à-vis de ses médecins qu'elle semble fuir.

« Pour ma part, je ne prête pas beaucoup d'attention maintenant au Docteur, je suis “fiu” ! (*) “fiu” ! »

« Mon cardiologue me téléphone directement ici. (...) [Elle précisera cependant plus loin :] Je ne vais plus voir le Docteur. Mon Docteur m'a téléphoné, je n'y suis pas allée ! C'est du temps perdu ».

Si Ruta considère son médecin diabétologue comme un détenteur de connaissances, (« *Mon Docteur me dit ceci cela, parce qu'il a été à l'école pour apprendre, n'est-ce pas ?* »), capable de rédiger une ordonnance selon les résultats de ses investigations cliniques, elle sait cependant qu'il ne détient pas le pouvoir de guérir son diabète : « Ma maladie ne guérira pas, il n'y aura pas..., il n'y a pas de solution (i.e. il n'y a pas de moyen, il n'y a rien à faire, pas d'issue), n'est-ce pas ? »

Les seuls moyens dont dispose son médecin, semblent se limiter à son pouvoir de recommander la pratique d'un exercice physique régulier et à celui d'interdire la consommation de certains aliments. Or, les directives relatives au régime alimentaire semblent peu intelligibles et ambiguës pour Ruta.

« Vous et le Docteur n'avez pas une solution, *y en a pas ! Faut pas manger ceci cela. Bois beaucoup d'eau, O.K., n'est-ce pas ?* Il ne faut pas manger ces “*mā`a*” (*). Il faut manger beaucoup de... *fruits*, ah on mange alors des *fruits*, et pourtant il y a du sucre à l'intérieur des *fruits*, tu ne sais plus comment faire, hein ? Il ne faut pas manger... (de la) *banane ! combien*

de..., du sucre là-dedans ? n'est-ce pas ? Papaye ! combien de sucre là-dedans ? il faut manger ! Alors dès que tu en manges, tu as mal au pied, n'est-ce pas ? Est-ce le diabète ?... Est-ce le cœur ?... je ne comprends pas. (...) »

Le caractère définitivement incurable du diabète s'impose, anéantissant la notion de chronicité de la maladie issue du discours médical rationnel et qui sous-entend la prise d'un traitement à vie. En d'autres mots, l'incapacité du médecin, voire son impuissance à pouvoir guérir cette maladie (mortelle), décrédibilise ses actions entraînant la perte de la légitimité de ses prescriptions. Si le *self-management* ou le *self-care* (auto-soins) diabétiques qui sous-entendent l'*autonomie du patient dans l'auto-surveillance de son diabète* (i.e. *metabolic control*), et, partant, sa « *bonne observance* » au traitement, sont explorés dans la littérature biomédicale, psychosociologique, en sciences infirmières et en santé publique, ces concepts sont considérablement éloignés de la réalité empirique. La démonstration de l'utilisation du lecteur de glycémie dont dispose Ruta est à ce sujet exemplaire. L'exercice réalisé lors de la deuxième entrevue, a en effet permis de révéler ses difficultés à manipuler l'appareil, et que celui-ci risquait de ne pas fonctionner en raison de l'affaiblissement des piles rarement utilisées, apparemment par omission.

« Oh... quand... quand j'y pense, hein ? (...) Comme je vous ai dit il y a un instant, on oublie, n'est-ce pas ? [...] Une fois par semaine, oui, et pourtant il faut prendre tous les jours... n'est-ce pas ? [Ferme la trousse de l'appareil] »

Ruta a la profonde conviction que sa maladie ne guérira pas en appliquant les prescriptions médicales (e. g. interdictions alimentaires, prise des médicaments) qui sont par essence vaines. Elle confirme, avec une acuité particulière, le caractère inéluctable et incurable de sa maladie en illustrant l'absence de preuve visible de la guérison de son diabète par cet extrait de la Bible, mettant en scène Saint Thomas et Dieu :

« Thomas. Dieu dit à Thomas : "Thomas pourquoi ne crois-tu pas ? (litt. pourquoi es-tu incrédule) Crois donc ! ", hein ? Thomas a dit : "Si je ne vois pas tes plaies", les plaies "pa'i" () sur les mains de Jésus, "sur Son côté, je n'y croirai pas", c'est vrai ça, nous aussi, on te dit, de ne pas manger ceci,*

de ne pas boire ça, oui bien sûr ! oui bien sûr ! C'est incurable, comment (faire) alors ? [Dit avec un rire retenu :] On est là, à dire : "il faut pas, il faut pas" [...]. Le médecin n'a pas de solution, il n'y a que ça, pour baisser, il faut pas, diminuer, c'est un travail exigeant (i.e. compliqué, contraignant, qui exige beaucoup de chose). [soupir] [Silence] »

Fiabilité des données médicales objectives et validité de l'analyse

Les informations relevées scrupuleusement dans le *carnet rouge* (i.e. carnet de suivi médical) de Ruta ont permis de vérifier et de valider les données médicales contenues dans son récit.

Au moment de son inclusion dans l'étude, l'ancienneté du diagnostic de son « *diabète avec complications associées* » était de quatre années. La gravité de son tableau multipathologique, constitué d'un diabète non-insulinodépendant (DNID), d'une hypertension artérielle (HTA) et d'une insuffisance coronarienne qui a nécessité un double pontage à l'extérieur de la Polynésie française lui a permis de bénéficier des avantages de la prise en charge dite « longue maladie »¹¹³ à la Caisse de Prévoyance Sociale (i.e. organisme d'assurance maladie polynésienne).

Des examens ophtalmologiques complémentaires ont confirmé que Ruta était porteuse d'une « cataracte nucléaire de l'œil droit et de l'œil gauche » et d'une « rétinopathie diabétique ischémique modérée non-proliférante ».

Si l'on s'attache à examiner attentivement les extraits d'annotations rédigées par les médecins de Ruta dans son carnet de suivi médical, on ne peut qu'être frappé par l'autoritarisme et la violence symbolique qui émanent du pouvoir médical producteur de

¹¹³ Pour la caisse d'assurance maladie de la Polynésie française (i.e. CPS), le diabète de type 2 avec complications associées dont Ruta est porteuse, appartient aux affections de longue durée appelées aussi "longues maladies" et qui permettent au malade de bénéficier de la prise en charge à 100 % de tous les actes en rapport direct avec la maladie.

contre-attitudes, générant ainsi la mise en oeuvre de mécanismes de résistance de la patiente.

- Observations du médecin généraliste : « *Conseils d'exercice et de régime. Arrêt tabac impératif stoppé en juillet (...)* ».

- Du médecin diabétologue : « *Glycémie = 3g/l. HbA1c¹¹⁴ = 9,5 %. Bilan catastrophique compte tenu du terrain* ».

- Du médecin généraliste : « *HbA1c = 12,5 %. Régime non respecté (pain +++ yaourt aux fruits à supprimer)* ». [Texte souligné écrit en rouge dans le carnet]

5 jours après... : « *Régime à respecter* [souligné dans le texte]. *Suppression du pain. Stop aliments sucrés (yaourts aux fruits, fromage blanc)* ».

2 mois après... : « *Difficile de perdre du poids -> devrait s'astreindre à la marche régulièrement, 1 km à 3 km dans un premier temps par jour* ».

- Du médecin diabétologue, 5 jours après... : « *Dextro = 1,60. N'a fait strictement aucun effort diététique, ni de marche. Bilan sang oublié. Mais celui d'avril (...) était tout aussi mauvais. Traitement idem. Conseil marche avec une amie. (...)* ».

- Du médecin généraliste, 4 mois après : « *Nettement plus tonique, mais déroge encore un peu au régime → poursuivre des efforts, port de lunettes conseillé. (...)* ».

- Du médecin généraliste, 9 mois après : « *86 kg ! Poids idéal toléré 70 à 75 kg max.* [souligné dans le texte], *si elle fait 3 kg / 6 mois on y est dans 18 mois. (...)* ».

Les observations et critiques des médecins témoignent globalement de leur vive insatisfaction, compte tenu des résultats des examens biologiques et cliniques de Ruta, lesquels prouvent qu'elle ne respecte pas leurs prescriptions. Confrontés au caractère inopérant de leurs nombreuses tentatives, les médecins apparaissent en réalité désespérés. Ils constatent que leur patiente manifestement leur échappe puisqu'ils ne réussissent pas à

¹¹⁴ L'HbA1c correspond au taux d'hémoglobine glyquée. Il constitue pour les cliniciens l'indicateur de l'équilibre glycémique du patient diabétique, l'objectif visé étant en général d'obtenir un taux d'HbA1c inférieur à 7 % et de le maintenir (Chanson & al., 2000).

maîtriser ses conduites, essayant pourtant d'obtenir un résultat, même minime, en utilisant des menaces, finalement infructueuses.

L'analyse du récit de Ruta ouvre sur son scénario de survie lui permettant d'échapper à l'assujettissement aux directives médicales dépourvues d'espoir de guérison et donc de fondement. Il est quelque peu surprenant de constater que les prescriptions médicales produisent un effet contraire à celui qui est attendu. Par exemple, le fait que le médecin interdise à Ruta de consommer certains aliments, génère pour elle l'envie de les manger « quand même », c'est-à-dire l'envie de transgresser, de tricher, terme qui se traduit par « voler » en tahitien.

« Quand tu vas chez le Docteur, c'est ça effectivement que le Docteur me dit : "il ne faut pas manger ça, il ne faut pas manger ça, il ne faut pas manger ça". »

Si tu n'en manges pas, tu en auras envie quand même, et tu vas *tricher* (litt. c'est *tricher* que tu vas avoir) après ça il faut se purger, tu feras que ça alors dans ta vie [i.e. interdiction, envie, triche, purge]. "*Il faut manger beaucoup de viande*", oui, il faut manger de la *viande*, "*beaucoup de poisson*", oui, il faut manger du *poisson*, *mais... y a toujours ça..., ça se nettoie pas, ça guérit pas... Alors maintenant, il faut...* il ne faut pas que tu manges (litt. que tu prennes de repas) ? il ne faut pas de *café*, on est en train de *tricher* avec le *café*, [i.e. on en boit malgré l'interdiction, on transgresse], *pas de jus !* on est en train de *tricher* avec le *jus ! (...)* »

Les interdictions alimentaires génèrent ainsi, et de manière inéluctable, une impérieuse nécessité de transgresser les interdits alimentaires contenus dans les directives médicales dont le respect apparaît réellement utopique, et de surcroît, apparemment pour « *tout le monde* ».

« *Pas de riz, pas ceci, pas cela, pas de pain..., alors je triche, et je me purge après. Quand on triche, il faut toujours faire un nettoyage après. Je crois que tout le monde ne, ne peut pas vivre sans tricher, surtout pour le manger hein...* »

Synthèse de l'histoire de Ruta et de l'évolution de la trajectoire sémiologique et phénoménologique de ses problèmes de santé

L'histoire personnelle de Ruta se caractérise, par-delà la faiblesse de son niveau de scolarité - puisque celle-ci a dû être interrompue - par la précarité des conditions de vie de son enfance, et par l'intensité de sa vie spirituelle, se traduisant dans son implication et son engagement à servir le Seigneur. Dieu, qui appartient pourtant à l'invisible, partage sa vie, « conduit sa voiture » (i.e. conduit sa vie), et lui apporte sa force, sa connaissance, et son intelligence.

Le marquage de sa vie est fondamentalement spirituel et chrétien. L'effet protecteur de la foi sur l'évolution potentielle de son diabète vers les complications est démontré par la gravité de l'état de santé (i.e. infection, pourriture des pieds) des malades diabétiques hospitalisés et incroyants qu'elle visite et pour lesquels elle prie. « Ils sont pauvres et dans le malheur ». Ruta nous transporte dans son récit aux confins les plus mystérieux de notre condition humaine, de l'amour, de la souffrance et de la mort. Plus précisément, elle exprime son amour de l'Autre, du prochain, mais aussi de celui qui souffre et qui appelle la compassion : « Mais tu vois la souffrance de cette personne, tu te mets à aimer ces personnes parce que tu souffres aussi. C'est l'amour qui te fait souffrir, *humm* ?... » En somme, le diabète représente pour elle une maladie certes incurable, mais surtout qui fait souffrir et qui s'aggrave chez ceux qui n'ont pas la foi (litt. qui n'écoutent pas).

En amont de l'histoire de la maladie de Ruta se cristallisent les points essentiels qui ont contribué à la création des conditions d'émergence de ses problèmes de santé. La rupture de la trajectoire temporelle est illustrée par le changement radical du mode de vie traditionnel et sain qui préservait autrefois la santé des Polynésiens – lorsque la perspective de la visite chez le médecin était pour eux « effrayante » et qu'ils utilisaient la médecine traditionnelle, le « *rā`au tahiti* » (litt. les remèdes tahitiens), pour des maladies bénignes – et le mode de vie dans la société moderne d'aujourd'hui qui est « *pourrie de maladies* »,

diabétogène en particulier, et dans laquelle les membres autochtones de cette communauté insulaire apparaissent fragilisés, vulnérables et surtout contaminés ou intoxiqués, par la consommation des produits alimentaires occidentaux importés (i.e. par la colonisation). On relève avec intérêt l'opposition qui existe d'une part, entre la période marquée par la famine et les privations auxquelles ces Polynésiens ont été confrontés jadis, et d'autre part la période d'extrême abondance de la société polynésienne contemporaine. Le constat frappant de ce phénomène fournit une illustration convaincante de l'hypothèse de Neel¹¹⁵ (1962).

Les symptômes perçus par Ruta lors de son sommeil (i.e. des douleurs articulaires et une perte du goût), et décrits en termes de *crise* en amont du diagnostic (et dont l'origine est pour elle incertaine), pourront paraître relativement peu significatifs sur le plan médical. Pour autant, cette *crise* a surgi un an après le décès de la mère de Ruta, et qui représente un événement particulièrement pénible mais aussi l'achèvement d'une période de souffrance et de plaintes partagées. La *crise* que Ruta associe dubitativement à l'un de ses deux problèmes de santé (i.e. *cœur* ou *diabète*), suivie de la perception incessante de ses signes, en termes de douleurs articulaires et de troubles gustatifs, illustrent l'évolution sournoise de sa maladie. Ils révèlent surtout, et avec une acuité particulière, que le recours aux soins de Ruta a été motivé par l'intensité de ses troubles physiques décrits comme insupportables et perçus comme une aggravation du phénomène, conduisant à la prise en charge tardive¹¹⁶ de son diabète au stade des complications, puisqu'il a été diagnostiqué en même temps que sa cardiopathie (i.e. insuffisance coronarienne) dont la gravité a exigé un double pontage.

¹¹⁵ Anthropologue généticien qui a formulé, en première instance l'hypothèse - soutenue par de nombreux chercheurs - de la présence, dans certaines populations, du "triphthy genotype" (ou génotype d'épargne) et qui doit cependant être reliée à leur exposition au changement socioculturel (King, 1992). Neel expliquait ainsi la fréquence élevée du diabète dans ces populations par la sélection de gènes ayant conféré un avantage pour la survie dans les conditions de famine.

¹¹⁶ Il convient de préciser que le recours aux soins particulièrement tardif apparaît une habitude pour elle, comme l'illustre sa prise de décision de consulter le médecin, si et seulement si, sa maladie s'aggrave.

L'analyse du récit de Ruta permet de mettre en évidence sans doute les limites du dépistage précoce du diabète, et plus largement celles des actions de prévention, mais aussi et surtout l'influence structurante de son interprétation du discours médical sur ses comportements face à sa santé. Ainsi, la connaissance de la composante héréditaire ou de la transmission familiale du diabète de Ruta identifié comme une « maladie des ancêtres » (ma'i tupuna), transmise par son grand-père maternel à sa mère, ne l'a apparemment pas conduite à prendre conscience de sa prédisposition génétique à la maladie et ainsi à consulter un médecin. Par conséquent, elle n'avait pas non plus perçu le risque potentiel de l'aggravation de son état de santé, c'est-à-dire celui de développer des complications de son diabète.

Le caractère totalement vain de la prise en charge médicale de Ruta définie en regard du taux de glycémie et/ou, du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) autour du triptyque : (1) renouvellement de l'ordonnance des médicaments (dont la prise n'« *est pas stable* »), (2) re-formulation des interdictions alimentaires (incomprises et ambiguës), et (3) encouragement à la pratique régulière d'exercice physique, s'impose avec récurrence, appuyé par la violence symbolique inscrite en transparence des réprimandes du médecin. Celui-ci, vraisemblablement démuni, « gronde » sa patiente, exprimant son désespoir, et même son impuissance, malgré ses efforts infructueux pourtant maintenus, dans ses écritures consignées dans le carnet de suivi médical de Ruta.

Le diabète représente avant tout pour Ruta une maladie incurable¹¹⁷, dont le suivi médical qui est dépourvu de fondement et de légitimité en raison de l'absence de preuve visible de guérison, consiste à se soumettre aux prescriptions médicales (e.g. prise régulière du traitement, suivi des consultations, contrôle de la glycémie), mais aussi et surtout, à accepter de se soumettre aux interdictions alimentaires et à pratiquer une activité physique.

¹¹⁷ Comme on le montrera plus loin, cette représentation sera partagée par d'autres participants à l'étude.

Dans un discours ambivalent, Ruta a exprimé d'une part, son refus de « devenir grosse » (litt. prendre du volume) et de « devenir obèse », insistant parfois sur l'attention qu'elle porte à son « mā'a », sa *salade*, la soupe qu'elle dit manger « à la tombée de la nuit, (lorsqu') il n'y a personne [...] ». D'autre part, elle a montré que la transgression des interdits devient sa stratégie de survie face à sa solitude et à son profond désespoir. Paradoxalement, alors qu'elle est porteuse d'une cardiopathie dont elle appréhende l'évolution - « j'ai peur, (...) de ça, [tapote sa poitrine], *humm ?* [...] quand ça bouge [se réfère aux palpitations], c'est alors ta fin, n'est-ce pas ? » - Ruta maintient sa consommation tabagique, car la cigarette est son compagnon, ceci malgré les recommandations du médecin qu'elle évoque avec une ambiguïté frappante : « *C'est vrai, y a des moments je... j'écoute tout ce que le Docteur me dit comme les cigarettes "faut plus fumer", "oui Taote (Docteur)" et puis... hein ! Voilà. Mais le reste non* ». Pourtant, davantage préoccupée par son problème cardiaque, dont l'issue est fatale, elle néglige son diabète qui « traîne encore » (i.e. il est lent à se manifester). Elle consomme ainsi des aliments sucrés, presque malgré elle, et de manière incontrôlée, irrationnelle, lors de comportements transgressifs qui génèrent un sentiment de culpabilité et appellent l'utilisation du « on » renvoyant à un collectif impersonnel, suivi du « nous », l'impliquant avec d'autres personnes.

« On s'obstine en plus, on s'obstine d'en prendre, oui. Nous savons que ça ne sera pas correct (juste, adapté), et on s'obstine toujours. [...] le riz..., le pain..., le sucre..., le gâteau..., il ne faut pas y toucher, et c'est pourtant ce que nous venons de manger ».

Elle adopte, et reproduit ainsi le scénario « interdiction, envie, triche (litt. vol, voler), purge ». Si l'action de se purger est, a-t-on dit, une pratique ancestrale transmise de génération en génération, c'est aussi et surtout un rite de purification, un moyen pour Ruta de se repentir de sa faute, d'avoir transgressé, c'est-à-dire d'avoir « volé » [« *voler et tricher*, c'est pareil »]. Après avoir commis son ou ses péchés de gourmandise, elle répare

la transgression de l'interdit, sans pour autant être libérée de la crainte extrême du châtement que lui réserve Jésus lors de son jugement ultime :

« Selon ce que Jésus a dit, tu seras puni à cause de ton péché, on te brûlera dans le feu qui ne s'éteint pas [le feu éternel], voilà ce qui fait très peur.

[...] Lorsque Jésus te jugera, oui, c'est ça qui fait très peur, n'est-ce pas ? Quand on te mettra alors dans ce feu de la mort, qui ne s'éteint jamais [fournaise éternelle], ah, je ne sais pas si les personnes... elles voudront aller là-bas, quant à moi je ne voudrai pas alors, hein ? Non. »

En demeurant intensément éclairée par sa foi sous la protection de Dieu, son « Grand Guérisseur », le seul qui détient le pouvoir de guérir sa maladie et de la délivrer de son malheur, Ruta a souhaité clore le deuxième et dernier entretien par une prière récitée en langue tahitienne. Lors de ce moment de recueillement particulièrement émouvant, elle a ainsi remercié Dieu d'avoir envoyé Sa « lumière sur cette terre », en précisant que mon interprète et moi-même, identifiées comme « deux serviteurs » de Dieu, avions apporté une partie de cette lumière lors de notre visite en éclairant ses actions. Les yeux fermés et les mains jointes, elle a ensuite demandé à Dieu de nous prendre dans le creux de Sa main, et que nous restions assises sous « Ses deux ailes dans la paix, la joie, et la vie qui vient de Toi (de Lui) » en Lui confiant la réussite (litt. la gloire) de cette recherche, avant d'implorer le pardon de « nos péchés » et le salut :

« À présent c'est terminé, nous remettons entre Tes mains la réussite (litt. la gloire) du projet (programme de travail), que Ton Esprit n'arrête pas le travail (continue d'œuvrer) dans chacun de nous jusqu'à notre fin.

Ô Dieu, accepte de grâce notre prière. efface la plus grande partie de nos péchés, en profondeur, et en étendue, c'est au Nom de Ton Fils bien aimé, Jésus le roi, notre Unique Sauveur, mort pour nos péchés sur la croix, pour que ce monde soit meilleur et soit sauvé. Amen ».

CHAPITRE TROISIÈME

REVUE DE LITTÉRATURE

Limites du champ des connaissances et d'inscription du problème de recherche

L'évolution préoccupante du diabète de type 2¹¹⁸ ou *diabetes mellitus* vers sa forme épidémique associée aux conséquences dramatiques qu'elle génère, a fait l'objet de nombreuses recherches ces dernières années, contribuant à enrichir considérablement les connaissances scientifiques sur ce problème de santé dans le domaine biomédical, dans le champ de la santé publique, et plus largement dans celui des sciences humaines et sociales (e.g. sociologie, psychologie et anthropologie médicale).

Dans un optimisme ambiant¹¹⁹, notamment dans le contexte du virage biotechnologique¹²⁰ qui confère aux sciences de la vie des possibilités extraordinaires (Bibeau, 2002a :3), les biologistes moléculaires, les chercheurs en thérapie génique, les chercheurs biomédicaux et bioéthiciens, les promoteurs de firmes pharmaceutiques et les économistes de la santé, s'intéressent à la découverte des processus physiopathologiques de la maladie du diabète¹²¹. Simultanément, de nombreux chercheurs¹²² en santé publique¹²³,

¹¹⁸ Cette thèse étant centrée sur le diabète de type 2 qui affecte 90 % des diabétiques (Simon & al. 2005:11), les autres formes de diabète, parmi lesquelles figurent principalement le diabète de type 1, le diabète gestationnel, et le diabète médicamenteux, ne seront pas développées.

¹¹⁹ Lors de sa conférence médicale donnée au Salon du diabète le 3 novembre 2005 et qui était, il convient de le souligner, parrainée par un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans la recherche, la production et la distribution d'insuline et d'hypoglycémifiants oraux, le professeur Vexiau (Paris) exprimait cet engouement pour la recherche en diabétologie : « (...) Des thérapeutiques très nouvelles sont en train d'émerger, d'autres, encore à l'étude, suscitent de grands espoirs. (...) Les diabétologues rêvent tous un jour de la pilule miracle du diabète qui rassemblera les traitements contre le cholestérol, contre le diabète, contre l'hypertension artérielle » (Vexiau, 2006 :22).

¹²⁰ Les biotechnologies comprennent la thérapie génique, la médecine prédictive, la pharmacogénétique, l'ingénierie génétique, qui intègrent les modifications transgéniques.

¹²¹ Des chercheurs de l'Inserm précisent que certaines découvertes des processus physiopathologiques (e.g. l'insulinorésistance) qui proposent une lecture prédictive des maladies permettront d'améliorer les stratégies préventives ainsi que la prise en charge des patients obèses insulino-résistants (Gual & al. 2005 :41).

en sociologie, en psychologie, en nutrition, en sciences infirmières et en anthropologie médicale en particulier, (ou en anthropologie de la maladie ou de la santé)¹²⁴, s'attachent à explorer et à comprendre l'univers fascinant des personnes atteintes de maladies chroniques, et plus particulièrement celui des diabétiques qui les interpelle.

Dans le cadre de cette thèse centrée sur l'analyse interprétative et culturaliste de la trajectoire de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez les Polynésiens autochtones, le corpus des références bibliographiques dites « classiques », en santé publique et en anthropologie, a été complété par une recherche thématique notamment sur Medline principalement à partir des mots-clefs suivants : Diabète de type 2, complications, épidémiologie, ethnologie, peuples autochtones (i.e. MeSH Terms : Diabetes Mellitus, diabetes complications, epidemiology, ethnology, indigenous peoples).

Des recherches bibliographiques complémentaires, menées à l'extérieur de la Polynésie française, ont permis d'accéder au contenu plus spécifique de travaux centrés sur l'étude des variables environnementales, sociodémographiques, psychologiques et culturelles, impliquées dans l'émergence et le développement du diabète de type 2, en particulier auprès d'Autochtones et de migrants.

Un intérêt privilégié a été porté sur les recherches portant sur l'exploration du registre phénoménologique de la maladie, les pistes de réflexion qu'elles proposent en matière d'implication dans l'espace clinique et/ou, dans le champ de la santé publique.

Enfin, une recherche documentaire a été réalisée à Tahiti notamment sur les Polynésiens et la santé, ainsi que leur rapport vis-à-vis de la maladie. Ces sujets ont été

¹²² L'augmentation de la prévalence et de l'incidence du diabète de type 2 a notamment stimulé les recherches sur les facteurs génétiques, environnementaux, comportementaux, socioéconomiques et culturels impliqués dans le développement de l'épidémie (Alberti, 2001).

¹²³ Zimmet (1999 :499) qualifie d'« extraordinaire » l'explosion d'intérêt et d'activité manifestés en épidémiologie du diabète depuis les vingt dernières années.

abordés précisément dans le chapitre premier relatif à la présentation du contexte empirique.

Cette revue de littérature permet d'apprécier les limites du champ des connaissances dans lequel s'inscrit le problème de recherche (Contandriopoulos & *al.*, 1990 :25) et d'apprécier également les limites de l'objet de recherche, plutôt que de viser à démontrer l'opérationnalisation des concepts (Deslaurier & Kérisit, 1997 :92) utilisés dans le cadre de cette thèse.

L'étude du diabète de type 2 et de ses complications chez des Polynésiens autochtones, selon une approche interprétative de l'anthropologie médicale et dans une perspective de santé publique, nécessite, en premier lieu, de situer le problème de recherche dans la littérature biomédicale, ensuite, dans la littérature en Santé publique, et enfin, dans la littérature en sciences humaines et sociales. Ces trois ensembles permettent ainsi d'appréhender la complexité singulière de la maladie qui, à mesure qu'on l'interroge, se fragmente entre plusieurs réalités : une réalité organique, une réalité sociale, et une réalité vécue, subjective (Benoist, 1996b :153).

¹²⁴ Le débat relatif à l'existence d'une "anthropologie médicale", d'une "anthropologie de la maladie" (ou même d'une "anthropologie de la santé"), n'aura pas lieu ici car, comme l'a souligné Benoist, il s'agit effectivement d'un « *piège misérable* » (1996a :10).

Le diabète de type 2 et ses complications dans la littérature biomédicale

La réalité organique de la maladie

« L'existence de la maladie comme fait biologique universel, et singulièrement comme épreuve existentielle chez l'homme, suscite une interrogation, jusqu'ici sans réponse convaincante, relative à la précarité des structures organiques. Rien de ce qui est vivant n'est achevé à proprement parler. (...) La mort est dans la vie, la maladie en est le signe » (Canguilhem, 2002 :47).

Définition et approche sémantique biomédicale du diabète de type 2

Historiquement, le terme *diabète* est emprunté en 1520, au bas latin *diabetes* lui-même emprunté au grec *diabētēs*. Ce mot signifie proprement « qui traverse » et a plusieurs sens techniques (compas, fil à plomb, siphon), avant de désigner tardivement le diabète. Il est dérivé de *diabainein* (« passer à travers », « traverser »), de *dia* (→ *dia-*) et *bainein* « marcher », qui contient la racine indoeuropéenne ^o*g*^{en-}, représentée dans le latin *venire* (→ *venir*) (Dictionnaire historique de la langue française, 1998 :1070).

Le nom de la maladie du diabète trouverait ainsi son origine dans les abondantes émissions d'urine -c'est-à-dire la polyurie- qui la caractérisent. L'adjectif et le nom *diabétique*, rares avant le XVIII^e siècle, sont utilisés pour la première fois en 1577, alors que les termes *diabétologue* et *diabétologie* figurent dans les dictionnaires, ceci à partir de 1963 (Dictionnaire historique de la langue française, 1998 :1070). Claude Bernard dans ses *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale* (1877) admettait qu'« il existe une sorte de glycosurie fugitive qui établit ici, comme partout, un passage insensible et insaisissable entre l'état physiologique et l'état pathologique » (Canguilhem, 1999 :35). En distinguant le normal du pathologique, il reconnaissait finalement le caractère pathologique du « phénomène glycosurique » lorsque celui-ci est devenu permanent, mais il affirmait

cependant qu'« il n'y a qu'une glycémie, elle est constante, permanente, soit pendant le diabète, soit en dehors de cet état morbide. (...) Le passage de l'état normal à l'état pathologique est impossible à saisir et aucune question plus que le diabète n'est propre à montrer la fusion intime de la physiologie et de la pathologie » (Canguilhem, 1999 :36).

Selon sa définition la plus récente (i.e. 2005), le diabète est « une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles, ou de l'association des deux » (Simon & al., 2005 :3). Des complications à long terme s'associent à cette hyperglycémie par des mécanismes encore mal connus (Fontbonne & Simon, 2001 :1). Des critères biologiques permettent d'établir le diagnostic de la maladie, la mesure glycémique excessive devant être confirmée par un deuxième dosage sanguin, sauf si elle s'accompagne de symptômes cliniques : une polyurie (i.e. production d'urine excessive), une polydipsie (i.e. soif excessive) et un amaigrissement (WHO, 1999).

Le diabète de type 2 étant une maladie asymptomatique, et, compte tenu des données épidémiologiques internationales relatives à la fréquence de complications présentes au moment du diagnostic - tardif - du diabète, l'Association Américaine de Diabétologie a proposé en 1997 de modifier les critères biologiques du diabète en simplifiant les critères diagnostiques en abaissant le seuil de la glycémie à jeun de 1,40 g/l à 1,26 g/l¹²⁵, et en conférant à ce dernier taux un caractère significatif (ADA, 2003a), ceci afin de faciliter la mise en œuvre du dépistage du diabète pour les praticiens de terrain. L'OMS, en 1998, puis l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) en France, ont également adopté ces valeurs pour permettre une prise en charge plus précoce du diabète et d'élargir son domaine de définition à un plus grand nombre de sujets à risque (Ministère de la Santé, France, 2001a).

¹²⁵ Ce taux de glycémie de 1,26 g/l devant être réalisé sur le plasma veineux d'un sujet à jeun. Dans le cas où la glycémie est mesurée sur un sujet qui n'est pas à jeun, on considère qu'il est porteur du diabète de type 2 si son taux est supérieur ou égal à 2.00 g/l (WHO, 1999).

Si le diabète est une maladie qui peut être *dépistée* (ADA, 2001) par la « mesure glycémique », en pratique clinique, ce dépistage est conditionné par les caractéristiques de la maladie précitées, et « ciblé » par rapport aux facteurs de risque du sujet parmi lesquels figurent notamment l'âge (supérieur ou égal à 45 ans), un surpoids (surtout si la répartition de la graisse est abdominale ou si le surpoids est associé à l'inactivité physique), des antécédents familiaux (parents ou fratrie) de diabète de type 2, et l'origine ethnique non caucasienne et/ou migrant (Simon & al. 2005 :6).

La définition *critériée* de la maladie, associée à celle des facteurs de risque des sujets, se traduit dans la littérature médicale spécialisée¹²⁶ par l'utilisation d'un vocabulaire exclusivement organique. Le diabète représente ainsi une anomalie glycémique diagnostiquée biologiquement et *contrôlée*, ou un *dysfonctionnement d'origine métabolique* dans lequel le malade est évoqué à travers les notions d'*organes utilisateurs de glucose et de la régulation du repas* ; de *mesure de paramètres métaboliques* ; d'*anomalies biologiques* (i.e. *élévation ou diminution du taux...*) ; de *profil lipidique à jeun* ; et de *mécanismes moléculaires de l'action de l'insuline*, ou de *marqueurs biologiques d'insulinorésistance*. Le patient en *surpoids ou obésité à composante abdominale*, ou le sujet à *haut risque de présenter une insulinorésistance* (e.g. *risque cardio-vasculaire*) sont repérés par *l'anamnèse et l'examen clinique* (Scheen & Luyckx, 2005). En explorant en particulier les mécanismes physiopathologiques et pathologiques de l'évolution du diabète, la littérature médicale spécialisée en endocrino-diabétologie apporte au médecin notamment la connaissance du processus de régulation de la glycémie pour lui permettre de mieux comprendre la physiopathologie de certaines maladies comme l'obésité et le diabète non-insulinodépendant (Jacquier & Andreelli, 2005). Il s'agit aussi de l'aider « à orienter la décision thérapeutique et d'apprécier les effets après l'instauration d'un nouveau traitement (...) » (Scheen, & Luyckx, 2005 :26).

¹²⁶ On se réfère ici, à titre d'exemple, au numéro Hors-Série de la revue « Médecine Clinique et endocrinologie diabète » paru en Décembre 2005.

Physiopathologie du diabète de type 2 et de ses complications

Le développement des complications du diabète de type 2 s'explique scientifiquement par l'évolution de l'histoire naturelle de la maladie, plus précisément par l'évolution de son processus physiopathologique dans lequel cette maladie métabolique est représentée par un continuum allant de l'état d'insulinorésistance totalement compensé, à l'intolérance au glucose, pour aboutir à la maladie franche du diabète de type 2, qui coïncide avec l'apparition des complications microvasculaires alors que les complications macrovasculaires sont déjà en cours d'évolution (Ramlo-Halsted, B.A. & Edelman, V.E. 1999 :775).

L'histoire naturelle du diabète reflète directement les interrelations entre les trois déficiences métaboliques qui le caractérisent : (1) l'insulinorésistance, (2) le dysfonctionnement des cellules β non auto-immunes et (3) l'augmentation inappropriée de la production du glucose hépatique (Ramlo-Halsted, B.A. & Edelman, V.E., 1999:786-787). Selon ces chercheurs, la compréhension de l'histoire naturelle du diabète de type 2 peut aider le clinicien à identifier les patients plus à risque à développer le diabète, et à mettre en œuvre un plan thérapeutique effectif pour ceux qui ont déjà la maladie. Il est ainsi démontré que l'identification et le traitement précoce des patients (e.g. au stade de l'intolérance au glucose), permet de réduire l'incidence des atteintes micro et macrovasculaires et plus particulièrement de ralentir la progression de la maladie elle-même (Ramlo-Halsted, B.A. & Edelman, V.E., 1999:786-787). La prise en compte de l'influence de l'histoire naturelle du diabète reliée aux complications dans la pratique clinique apporte ainsi une nouvelle vision du management des patients porteurs du diabète de type 2 (Matthews, 1999 :S12).

Caractéristiques du diabète de type 2 et prise en charge médicale du patient

La pratique du dépistage du diabète au sein de l'échantillon représentatif d'une population s'avère complexe notamment en raison de la difficulté de « répéter des mesures glycémiques chez des sujets ne se plaignant de rien » (Simon & *al.*, 2005 :11). 90 % des diabétiques dépistés sont porteurs du diabète de type 2, lequel se démarque par son caractère insidieux (asymptomatique), tant clinique que biologique, qui produit une morbi-mortalité sévère (Ministère de la Santé, France, 2001a). Étant donné que même dans les pays développés, seulement la moitié des personnes souffrant de diabète de type 2 serait diagnostiquée, ou ne bénéficierait pas de traitement approprié, un nombre notable de diabétiques aurait déjà développé au moins une complication au moment du dépistage de la maladie (OMS, 2000) qui, étant ignorée, aurait déjà évolué en moyenne à bas bruit depuis 7 ans (Ministère de la Santé, France, 2001a).

Depuis la découverte de l'insuline en 1921, celle des sulfamides hypoglycémisants dans les années 1950, la naissance de l'éducation thérapeutique du patient dès la fin des années 1960, les études du suivi strict du patient (groupes DCCT¹²⁷ et UKPDS, United Kingdom Prospective Diabetes Study) sur le contrôle des complications dans les années 1990 à 2000 et l'importance de structurer le suivi à long terme (post-DCCT et post-UKPDS) du malade diabétique, le traitement du diabète s'est considérablement développé (Assal, 2005).

En faisant acquérir au patient porteur d'une maladie chronique ou de « longue durée » des compétences d'auto-observation, d'autovigilance, d'autosoins, des compétences sociales, de raisonnement et de décisions (Gagnayre & Traynard, 2004),

¹²⁷ Le « Diabetes Control and Complications Trial » (DCCT) a développé à partir de la prévention des complications graves du diabète (e.g. coma hyperosmolaire), la prévention de la cécité, de la néphropathie, de la neuropathie, et des décès attribuables au diabète par le contrôle glycémique intensif (McDonald, 1997).

l'éducation thérapeutique du patient est reconnue comme une partie intégrante de sa prise en charge, l'aidant à gérer les contraintes du traitement de sa maladie dans un partenariat soignant-soigné formalisé par un contrat d'éducation. L'efficacité thérapeutique de cette « démarche pédagogique dite raisonnée » a été prouvée en 1972 auprès de patients diabétiques (Ibid :127). D'autres études ont montré que l'éducation thérapeutique peut permettre d'améliorer l'efficacité des soins, le contrôle métabolique, et l'état émotionnel du patient (Rubin & *al.*, 1989). Ainsi, en favorisant l'obtention de l'équilibre glycémique du patient diabétique, en améliorant son observance thérapeutique, l'éducation thérapeutique peut permettre de contribuer à la prévention des complications de sa maladie (Gagnayre & Traynard, 2004 :129).

Le caractère évolutif du diabète a été démontré par l'altération de l'insulinosécrétion du patient dans le temps (i.e. défaillance de la fonction des cellules β pancréatiques) nécessitant une « *escalade thérapeutique* » tous les 5 ans environ (Chanson & *al.*, 2000), l'objectif étant d'obtenir un équilibre glycémique (i.e. Taux d'hémoglobine glyquée HbA1c inférieur à 7 %) et de le maintenir. La stratégie thérapeutique proposée par l'UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study)¹²⁸ comprend trois étapes. La première comprend la recommandation d'un régime¹²⁹ et d'un changement de mode de vie au patient. La deuxième est de « recommander de débiter le traitement par la metformine¹³⁰ »¹³¹ lorsque le régime seul est insuffisant. Enfin, la troisième étape consiste à « ajouter un autre traitement, qu'il s'agisse de sulfamides ou d'insuline » (Chanson & *al.*, 2000). Les résultats de l'étude de l'UKPDS mettent notamment l'accent sur les problèmes

¹²⁸ Groupe de recherche anglais ayant suivi une cohorte de milliers de patients porteurs du diabète de type 2 depuis en moyenne 9,5 ans dans le but de « savoir si un traitement dit intensif du diabète de type 2, visant à réduire durablement le niveau d'hyperglycémie, est plus efficace qu'un traitement conventionnel pour réduire la survenue des complications du diabète » (Chanson, 2000).

¹²⁹ Celui-ci est constitué de 50 % de glucides, de 25 % de lipides – peu de graisses saturées- et de 25 % de protides.

¹³⁰ Antidiabétique oral (Biguanide) qui se distingue des sulfamides hypoglycémiantes et permet de réduire l'hyperglycémie sans entraîner d'accident hypoglycémique (sauf en cas de jeûne ou d'association synergique).

de la prise en charge médicale des malades diabétiques dans le long terme, ils soulignent les difficultés de la précocité du diagnostic et du traitement de la maladie, puisque au moment du diagnostic, la moitié des patients inclus dans l'UKPDS étaient porteurs d'une complication liée au diabète.

La gravité de cette affection tient à ses graves complications qui sont oculaires (rétinopathie, cécité), rénales (insuffisance rénale), cardiovasculaires (athérosclérose), nerveuses périphériques (neuropathies) (Polonovski, 2000 :239), infections et plaies ulcéreuses au niveau des pieds voire gangrène et nécrose conduisant à l'amputation de membre non-traumatique (Halimi, 2003), impuissance sexuelle (masculine), coma et mort (Livneh & Antonak, 1997). Le développement de ces complications est associé en général à la durée du diabète (Taylor, 1997 ; Krowleski, 1996) et à l'insuffisance du contrôle de la glycémie (Klein, 1998).

À court et à long terme, les importantes répercussions du diabète sur la santé des patients s'expriment le plus souvent dans leur morbidité et leur mortalité causées par les complications¹³² micro vasculaires, c'est-à-dire la neuropathie, la rétinopathie, et la néphropathie diabétiques, ainsi que par les complications macro vasculaires qui regroupent la maladie cardio-vasculaire, la maladie cérébro-vasculaire - ou accident vasculaire cérébral - et la maladie vasculaire périphérique.

La neuropathie diabétique qui affecte plus de 50 % de la population diabétique est la plus commune des complications. Elle produit une importante cause de morbidité et de mortalité chez ces patients, en raison des impotences majeures liées aux plaies ulcéreuses des pieds qui aboutissent à l'amputation des membres inférieurs non-traumatique et placent

¹³¹ Cette recommandation est basée sur le fait que à 6 ans l'efficacité du traitement par régime seul était insuffisant pour la moitié des patients.

¹³² L'étude de la fréquence des complications angiopathiques du diabète, corrélée à l'âge du patient et à la durée de la maladie auprès d'une cohorte de 166 diabétiques de type 2 menée par des endocrinologues tunisiens a mis en évidence un taux important de neuropathie périphérique (63,5%), un taux de 43,8% de

ainsi la maladie du diabète comme la seconde cause d'amputation des membres inférieurs¹³³ (Moulik & *al.*, 2003). Les patients porteurs d'ulcères récurrents aux extrémités des membres inférieurs (qui ont un risque élevé d'amputation), associés à une maladie cardiovasculaire et à une rétinopathie ne sont pas rares (Muller & *al.*, 2002).

La rétinopathie diabétique est la première cause de cécité et d'incapacité visuelle dans de nombreux pays¹³⁴, notamment parmi les adultes âgés de 20 à 74 ans (Fong & *al.*, 2003). Après 15 ans de diabète, environ 2 % des patients deviennent aveugles et 10 % développent de sévères handicaps visuels. Selon l'OMS, « l'incidence du diabète est en forte augmentation avec des variations significativement importantes selon les groupes ethniques¹³⁵ et/ou raciaux dans le monde (OMS, 2006).

La néphropathie diabétique est la cause la plus commune d'insuffisance rénale terminale notamment aux États-Unis et en Europe (ADA, 2003b :S94). À 50 ans, environ 40 % des diabétiques dépistés développent de sévères maladies rénales qui nécessitent la dialyse¹³⁶ ou la transplantation rénale.

Enfin, les complications de la macroangiopathie qui prédominent dans les 10 premières années suivant le diagnostic de type 2 (Chanson & *al.* 2000), comprennent les accidents vasculaires cardiaques (i.e. infarctus du myocarde, angor)¹³⁷ et les accidents

rétinopathie et 24,5 % de macro angiopathies (i.e. hypertension, coronaropathies, artérite des membres inférieurs ou accident vasculaire cérébral) (Idriss-Kanoun, & *al.*, 2002).

¹³³ Dans les îles du Pacifique, les lésions plantaires liées au diabète sont particulièrement fréquentes et constituent bien souvent la première manifestation du diabète (OMS, 2000).

¹³⁴ En France par exemple, 20 % des patients porteurs du diabète de type 2 ont une atteinte oculaire (Ministère de la Santé, France, 2001a).

¹³⁵ L'étude réalisée par Kalk & *al.* en Afrique du Sud sur la relation entre les différences ethniques et la prévalence de la rétinopathie diabétique a montré que la population africaine diabétique avait un taux de prévalence de rétinopathie plus élevé que les patients européens et d'origine indienne (Kalk & *al.*, 1997).

¹³⁶ En France, où le diabète est la première cause de dialyse rénale, 30 % des patients diabétiques de type 2 présentent une atteinte néphropathique (Ministère de la Santé, France, 2001a).

¹³⁷ 30 % des patients diabétiques de type 2 souffrent en France d'une cardiopathie ischémique coronarienne (Ministère de la Santé, France, 2001a).

vasculaires cérébraux. Ces complications sont responsables d'environ 75 % des décès chez les diabétiques dans les pays industrialisés (OMS, 2000).

Résumé de la revue de littérature biomédicale et limites de la prise en charge médicale du patient

Du point de vue biomédical, le diabète de type 2 est une affection métabolique définie et diagnostiquée en regard de critères biologiques internationalement validés. Étant asymptomatique, son dépistage précoce est difficile à envisager, entraînant l'apparition insidieuse de complications macro et micro vasculaires liées à l'association d'une hyperglycémie chronique et de mécanismes physiopathologiques complexes. Causé par une prédisposition héréditaire, un surpoids, une alimentation déséquilibrée et une activité physique insuffisante, le diabète de type 2 possède une nature évolutive qui nécessite par conséquent une *escalade thérapeutique* associée à un suivi à long terme du patient, afin d'obtenir et de maintenir son équilibre glycémique et de ralentir le développement des complications potentielles. Ainsi « les diabétologues du monde entier conseillent aux diabétiques de type 2 de diminuer leurs apports alimentaires en graisses, en alcool et en boissons sucrées, ainsi que d'augmenter leur activité physique quotidienne » (Grimaldi, 2006). On constate cependant que les recommandations des « bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques » issues des référentiels internationaux en diabétologie sont insuffisamment appliquées par les cliniciens globalement dans tous les pays, provoquant un écart entre ces référentiels et la réalité, écart qui est préjudiciable « à la fois au diabétique et à la collectivité » (Ministère de la santé, France, 2001a). On signale surtout que la normalisation du taux de glucose sanguin susceptible de réduire les complications chez les malades diabétiques s'avère particulièrement difficile à mener dans la pratique médicale quotidienne (Ginsberg & *al.*, 1998). Ainsi, on estime globalement que « entre 30 et 80 % des malades ne suivent pas ou mal leur traitement » (Assal, 2004a).

« Gérer la maladie dans sa durée, ne pas pouvoir espérer une guérison, être témoin de la survenue progressive des complications à long terme, représentent une démarche complexe autant pour le médecin que pour le malade » (Assal, 2004b).

Les difficultés, les limites, voire les obstacles auxquels sont confrontés les cliniciens dans leur pratique quotidienne lors de la prise en charge des malades diabétiques, et de manière plus générale des malades dits « chroniques » ou atteints de maladies dites de « longue durée » (e.g. hypertension artérielle, asthme bronchique, maladie de Parkinson), sont largement documentés à travers notamment la question lancinante de l'observance¹³⁸ ou de la « compliance » thérapeutique des patients.

Les études réalisées en milieu clinique révèlent une multiplicité de facteurs impliqués dans le « bon suivi » des prescriptions médicales. Les déterminants de la faible observance au traitement du malade diabétique renvoient ainsi à la « sévérité des complications et des handicaps qu'elles induisent », aux problèmes sociaux et financiers, et/ou, au faible niveau éducatif, mais aussi à la polymédication¹³⁹ (Guillausseau, 2004).

¹³⁸ Observance est le terme français équivalent à "compliance" en langue anglaise et se définit comme « la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses qui lui ont été faites » (Postel-Vinay & Ménard, 2004 :157). Donovan & Blake (1992) constataient il y a plus de dix ans le nombre « énorme » de recherches médicales et en sciences sociales sur la "compliance" du patient. Ils précisèrent cependant que les recherches sur les causes de la non-compliance s'avèrent peu concluantes et même contradictoires, et mettaient en évidence que l'excessive ignorance attribuée aux patients incapables de comprendre les prescriptions médicales ou leur omission d'une grande partie de ce qu'on leur a dit ne constituent pas des données pertinentes (Donovan & Blake, 1992 :507). Le concept de "compliance" renvoie à la notion d'obéissance aux instructions et au fait que « dans un monde idéal, la non-compliance ne devrait pas exister » alors qu'elle est perçue comme un acte irrationnel selon le médecin, et comme une action rationnelle selon le patient (Ibid). Ainsi, selon Trostle (1988), la notion de compliance et l'incertitude de ses déterminants peut être rendue intelligible si le concept de compliance est analysé comme une idéologie qui assume et justifie l'autorité du clinicien. La compliance est, d'après cet auteur, une idéologie qui transforme les théories du clinicien concernant le comportement adapté des patients à l'intérieur de recherches de stratégies, de résultats, et potentiellement d'interventions coercitives qui *apparaissent* appropriées, et qui renforcent l'autorité du clinicien dans les soins de santé (Trostle, 1988).

¹³⁹ Dans leur pratique quotidienne, les cliniciens sont confrontés à la prise en charge de patients atteints de diabète associé à son « cortège » de facteurs de risque, de pathologies associées (e.g. syndrome métabolique) qui souvent exige la prise de nombreux médicaments.

L'étude des barrières au *self-management* du patient appelle l'utilisation de modèles conceptuels qui intègrent, d'une part des facteurs personnels (i.e. connaissance personnelle du diabète et de son traitement), et d'autre part des facteurs interpersonnels (i.e. barrières sociales et environnementales au *self-management*) (Glasgow & al., 1997 :556). Si une attention particulière est portée sur la prise en compte de l'expérience subjective de la maladie du patient -par exemple au sein des *Personal Illness Models*- dans lesquels figurent les représentations de la maladie par le patient (i.e. « croyances relatives à la maladie, émotions, connaissance et expériences »), on constate cependant que les recherches sur le diabète en général se sont excessivement centrées sur les caractéristiques personnelles du malade (i.e. connaissances, croyances concernant les symptômes, l'évolution de la maladie, ses conséquences, ses causes, et l'efficacité du traitement), et insuffisamment sur les facteurs environnementaux, sociaux et culturels (Glasgow & al., 1997 :556).

Qu'il s'agisse de facteurs psychologiques, pharmacologiques, ou socioculturels, mettant en jeu tant la responsabilité du médecin que celle du patient, il est difficile d'évaluer les comportements du patient sur la base du modèle du clinicien parce qu'il peut ignorer les facteurs et les circonstances dans la vie du patient qui structurent les décisions du contrôle ou du traitement¹⁴⁰ de sa maladie (Schoenberg, & al., 1998 :2115). On reconnaît justement que « les représentations que le malade se fait de sa maladie et de son traitement sont très mal connues des soignants. Tout se passe comme si la littérature médicale écartait ces recherches » (Assal, 2004a :109). Certains exemples permettent de révéler et de confirmer la considérable divergence qui existe entre le monde profane et le monde scientifique, laissant présager des conséquences dramatiques que ces compréhensions erronées peuvent générer chez les malades. Ainsi, environ 50 % des diabétiques associent la neuropathie à une maladie des nerfs, croyant être fragiles psychologiquement, mais surtout, 40 % des patients comprennent le terme « mal perforant

¹⁴⁰ Dans son étude réalisée auprès de « African americans » Egede (2002) a identifié des « barrières et des croyances erronées » qui influencent les attitudes et les comportements de certains patients, plus particulièrement face au traitement.

plantaire » « comme étant un trou qui perfore le pied, sans réaliser que l'ulcère plantaire appartient à cette pathologie » (Assal, 2004a :109).

La confiance établie lors de la relation médecin-malade est aussi déterminante de manière objective par le biais des recommandations (e.g. hygiénodietétiques), que « dans sa dimension subjective (transfert) » (Rouillon, 2004). La mise en œuvre des conseils de changements comportementaux du patient qui illustre en partie son observance au traitement, est conditionnée par le respect de son équilibre psychologique, plus précisément si ces recommandations « ne le menacent pas de dépression ou d'angoisse trop forte » (Grimaldi, 2006). Pour autant, le patient diabétique en apparente santé, confronté à des résultats confirmant la gravité de sa maladie, est susceptible de provoquer chez le médecin le développement de contre-attitudes, le conduisant à menacer son patient des complications au lieu de l'informer, ou bien de le juger en termes moralisateurs ou culpabilisants (Grimaldi, 2004a :7-8). Les contre-attitudes du médecin seraient ainsi produites par trois processus : la routine de la relation médecin - malade chronique, souvent favorisée par le caractère silencieux de la maladie ; le modèle dominant - dominé adapté à l'urgence ou aux soins aigus, mais inadapté au contrat thérapeutique établi entre les deux partenaires soignant-soigné ; enfin, « le développement d'une médecine scientifique qui s'intéresse à la part animale de l'homme au risque de méconnaître son humanité » (Ibid). On est conduit en effet à reconnaître que « tout ce qui touche à la psychologie de la personne malade, le porteur de la maladie, est "étranger" au médecin qui est centré sur les techniques diagnostiques et le choix rationnel du traitement de la maladie » (Assal, 2005). Face à la pratique de cette médecine à dominante techniciste et a-subjectivante, le Professeur Grimaldi interpelle les cliniciens et les professionnels de santé, les invitant à s'interroger sur les outils qu'ils utilisent en pratique clinique pour obtenir la « bonne observance » de leurs patients :

« Au lieu de répéter les règles de "bonne conduite diabétologique" et de brandir le spectre des complications, sûrement ferions-nous mieux de

demander à ces patients : *“Quelles sont vos difficultés ? Pourquoi n’y arrivez-vous pas ? Que puis-je faire pour vous aider ?”* » (Grimaldi, 2006).

Ainsi, il semble que si les cliniciens complétaient leurs « compétences techniques » par les qualités humaines essentielles à l’accompagnement des patients atteints de pathologie chronique telles « l’empathie, le regard positif inconditionnel et l’authenticité » (Penformis, 2005 :10), ils pourraient augmenter l’efficacité des interventions visant à accroître l’observance des patients et, partant, « avoir un impact sur la santé de la population bien plus grand que n’importe quelle amélioration médicale ou technologique » (Ibid :9).

Le diabète de type 2 et ses complications dans la littérature en santé publique

La réalité sociale de la maladie

Le diabète représente un problème de santé publique en raison de « ses lourdes conséquences morbides, de son caractère évolutif suggérant une prévention possible et la crainte que la situation soit méconnue et hors contrôle » (Meltzer & al., 1998).

Situation épidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications

L'épidémie de diabète qui a émergé au cours du XX^e siècle et qui continue de progresser de manière alarmante, s'inscrit dans le contexte de la transition épidémiologique du développement des maladies chroniques dans les pays développés associé à la modernisation (Phillips & Verhasselt, 1994), et peut ainsi s'expliquer notamment par le vieillissement de la population plus exposée aux maladies chroniques qu'aux maladies infectieuses, et par l'augmentation de l'incidence de ces maladies liée à des facteurs de risque aggravants (Murray & Chen, 1994).

Ce phénomène épidémique se situe plus précisément dans la troisième¹⁴¹ phase du modèle de transition épidémiologique (Druhle, 1996 ; Frenck & al., 1994) décrit par Omran (1971) qui est marquée par l'installation des maladies dégénératives (i.e. accompagnées de modifications tissulaires et physiopathologiques) (Fournier, 2003 :54). l'augmentation exponentielle des taux de mortalité liés aux maladies chroniques chez les adultes et les

¹⁴¹ Il est utile de préciser que la quatrième phase de ce modèle est marquée par une diminution des taux de mortalité des maladies dégénératives (notamment les cardiopathies et les cancers) en raison des découvertes en technologie médicale (Druhle, 1996 :23-32).

personnes âgées remplaçant les décès et incapacités qui étaient, auparavant, imputables à des maladies transmissibles, maternelles ou périnatales (OMS, 2002a :87).

Le diabète, principalement celui de type 2 ou *diabetes mellitus*, représente un problème de santé préoccupant, en progression dans presque toutes les régions du monde. Même si les données épidémiologiques sont incomplètes dans un certain nombre de pays (Simon & Eschwege, 2002), une étude prédictive de l'évolution de l'épidémie¹⁴² du diabète de type 2 dans le monde au cours du premier quart du XXI^e siècle, a permis de dresser une courbe inflationniste du nombre de diabétiques qui passera de 135 millions en 1995 à 300 millions en 2025. Les pays les plus touchés seront l'Inde, la Chine, et les États-Unis (King & al., 1998), 75 % de ces personnes vivant dans les pays en développement (OMS, 2000 :107). Les projections de l'évolution de cette épidémie conduisent à affirmer l'urgente nécessité de procéder à la surveillance du diabète à l'échelle planétaire en amont de sa prévention et de son contrôle. À l'instar du diabète de type 2 qui est la partie émergée de l'iceberg constitué par le syndrome métabolique, l'épidémie mondiale du diabète de type 2 représente précisément l'extrémité des problèmes sociaux considérables que sont en train d'affronter les pays en développement, mais aussi les minorités ethniques et les communautés défavorisées dans les pays développés (Zimmet & Lefèvre, 1996 :1247). Il est ainsi recommandé à l'Organisation Mondiale de la Santé et à ses dirigeants, d'adopter une vision pragmatique du problème du diabète de type 2 en tant que symptôme d'un processus mondial, en respectant son importance sociale, culturelle, économique et politique (Ibid :1249).

¹⁴² Le diabète va surtout augmenter au sein des populations vivant dans les zones urbaines. Si dans les pays en développement la majorité des diabétiques sont âgés de 45 à 64 ans, dans les pays développés, ils sont âgés de 65 ans ou plus et ce phénomène va s'accroître en 2025. Le nombre de femmes diabétiques est supérieur au nombre d'hommes, surtout dans les pays développés (King & al., 1998).

Taux de prévalence du diabète et de ses complications

Le taux d'incidence du diabète s'avère particulièrement difficile à obtenir étant donné le caractère asymptomatique de la maladie (Simon & al., 2005 :11). En revanche, le taux de prévalence du diabète de type 2 est évalué à 7 % aux États-Unis, à 4 % en France (Ministère de la Santé, France, 2002), et au moins le double dans les départements et territoires d'outre-mer (Papoz, 2002). Au Canada, la situation est particulièrement inquiétante surtout dans les collectivités autochtones où les taux de diabète de type 2 sont trois à cinq fois plus élevés que dans la population canadienne¹⁴³ où celui-ci est estimé à 4,8% (Santé Canada, 2003). Dans les communautés d'Aborigènes d'Australie, le taux de prévalence de diabète varie de 10 à 30 % et évolue dramatiquement vers des complications rénales nécessitant la dialyse provoquant 22 % de mortalité chez ces diabétiques (Shannon, 2002 :S577).

La prévalence du diabète relevée aux États-Unis chez les groupes minoritaires et les communautés ethniques incluant les Africains-Américains, les Hispaniques et les Amérindiens - qui sont affectés de façon disproportionnée - est généralement 2 à 4 fois plus grande que dans la majorité de la population (Engelgau & al. 2004 :945).

Les communautés du Pacifique ne sont pas épargnées, bien au contraire, par le développement des maladies non transmissibles (MNT), entre autres par celui du diabète de type 2 dont le taux de prévalence serait « le plus élevé au monde » (Okiihiro & Harrigan, 2005). Dans leur revue de littérature sur l'obésité et le diabète de type 2 chez les insulaires du Pacifique¹⁴⁴, ces chercheurs évoquent les hypothèses du changement rapide du mode de

¹⁴³ Taux établi chez les 20 ans et plus, à partir des données administratives fondées sur des renseignements provenant de l'ensemble des provinces et des territoires canadiens sauf le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut (Santé Canada, 2003).

¹⁴⁴ Il convient de préciser ici que les études épidémiologiques disponibles sur le diabète chez les « Polynésiens » portent fréquemment sur les habitants des « Western Samoa », et que la littérature scientifique portant sur les « Pacific Islanders » (Okiihiro & Harrigan, 2005) ou « Pacific populations » (King, 1992) ne fait pas état de la situation épidémiologique à Tahiti ou dans l'ensemble de la Polynésie française. Vigneron (1999 :188) a souligné l'extrême rareté des données disponibles « dans le domaine des maladies

vie associé à l'urbanisation et à la migration, et qualifient finalement les causes de ce phénomène pathologique d'« obscures ». L'étude comparative¹⁴⁵ réalisée auprès de Mélanésiens vivant en zone urbaine et en zone rurale a permis de souligner l'effet délétère de la vie occidentale dans la population mélanésienne soumise à une modernisation rapide (Papoz & al., 1996 :1018). On constate que la répartition de l'épidémie du diabète dans ces communautés du Pacifique s'avère très *disparate* (King, 1992 ; Colagiuri & al., 2002). Ainsi, dans certaines zones rurales de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le taux de prévalence du diabète serait pratiquement inexistant, alors que sur l'île de Nauru¹⁴⁶ par exemple, ce taux, le plus élevé, est estimé à 40 % (King, 1992 ; Colagiuri & al., 2002).

La situation de l'état de santé particulièrement dramatique des Nauruans, illustre avec une acuité extraordinaire les effets largement dévastateurs¹⁴⁷ (i.e. au plan culturel, social et écologique) du développement industriel, sur une population initialement constituée de chasseurs et de pêcheurs qui a subi depuis des décennies les conséquences d'une « mutation économique-culturelle sans précédent » (Papoz, 2002 :89). En effet, si l'exploitation intensive des dépôts de guano, suivie des extractions et de l'exploitation des mines de phosphates qui ont, en particulier, permis à Nauru de se classer dans les années 70 « parmi les pays les plus riches de la planète » (Atlaséco, 2003 :209), l'appauvrissement des sols a conduit à une transformation radicale¹⁴⁸ du mode alimentaire des Nauruans affectant leur santé. La plupart sont devenus diabétiques et souffrent d'obésité, dans un

dégénératives cardiaques ou de surcharge (...) alors même que l'excès pondéral est un réel problème en Polynésie française ». Selon Okihiro & Harrigan (2005), les « Pacific Islanders » sont constitués généralement par des groupes ethniques demeurant dans les trois zones géographiques de la région du Pacifique : la Polynésie, la Micronésie et la Mélanésie. Les Polynésiens sont plus homogènes sur le plan ethnique, les Micronésiens sont constitués au moins des trois groupes culturels et les Mélanésiens sont le peuple le plus hétérogène au monde (Okihiro & Harrigan, 2005 :S5-73).

¹⁴⁵ Il est ainsi montré que les Mélanésiens qui vivent dans la zone urbaine de Nouméa ont un taux de prévalence de diabète de type 2 plus élevé que ceux qui vivent dans les villages situés en zone rurale.

¹⁴⁶ Ile de Micronésie, située dans le Pacifique à 3000 km du Nord-Est de l'Australie.

¹⁴⁷ Voir en particulier l'ouvrage intitulé « *Nauru : Environmental Damage under International Trusteeship* » du professeur Christopher Weeramantry (1992).

¹⁴⁸ Substitution du mode alimentaire traditionnel à la consommation de produits importés. « Under the impact of the phosphate industry the basic Nauruan diet has changed substantially. Almost all food is now imported.

« *paysage idyllique transformé désastreusement en un désert lunaire bordé d'une splendeur tropicale* » (Weeramantry, 1992, trad. libre).

« The devastating results of Western intrusion into the lives of traditional-living indigenous communities can be seen from the Arctic Circle to the jungles of Brazil and to the remote and idyllic atolls of the Pacific Ocean » (Zimmet, 2000 :302).

En Polynésie française, le taux de prévalence de l'obésité, qui accompagne significativement celui du diabète de type 2 et des autres maladies non transmissibles, était évalué en 1995 à 37 %. Alors que 30 % de la population se trouve en état pré-diabétique (ou intolérance au glucose), 18 % est diabétique. Ce taux de prévalence est largement sous-estimé en raison du nombre de diabétiques patents non dépistés (Rachédi, 2002) et devrait être réactualisé, ainsi que l'incidence des complications, la seule étude réalisée sur la prévalence du diabète et les autres maladies non transmissibles remontant à 1995 (J.O.P.F., 2003).

Des scientifiques ont attribué les variations des taux de prévalence du diabète de type 2 à des différences de susceptibilité génétique et de facteurs de risques sociaux, tels le changement de régime alimentaire, l'obésité, l'inactivité physique et parfois à des facteurs reliés au développement intra-utérin (Zimmet & al. 1997 :61).

La pluralité des facteurs impliqués dans l'émergence et l'évolution de ce phénomène morbide rend particulièrement complexes son étude et sa prise en charge (tant préventive que curative), mais « la vérité est que la plus grande partie des coûts directs du diabète est liée à ses complications. Et si le nombre des complications augmente comme prévu, les services de santé en subiront de lourdes conséquences » (OMS, 1999a :3).

Fish is still plentiful, but many Nauruans prefer canned fish. Canned food of all sorts has become extremely popular » (Weeramantry, 1992 :31).

Coût humain et financier du diabète et de ses complications

« (...) C'est avant tout le diabète de type 2 qui fait peser la menace. [...] Cette "épidémie de diabète" va engendrer des coûts majeurs, humains et financiers, pour les individus et pour la société, du fait des complications liées au diabète » (Simon & al., 2005 :8).

Les conséquences humaines et économiques du diabète sont redoutables (Isnard & Fagot-Campagna, 2002). À l'instar d'autres maladies non transmissibles, cette maladie chronique fréquente entraîne des souffrances et des coûts¹⁴⁹ bien documentés (i.e. incapacité de travail, invalidité permanente, hospitalisation, dialyses rénales, et évacuations sanitaires -vers la France ou la Nouvelle Zélande- pour certaines populations dans le Pacifique, par exemple) en augmentation rapide (OMS, 1997), et « même si l'on ne connaît pas le coût réel du diabète au Canada, les données provenant des États-Unis indiquent que le diabète et son traitement engloutissent environ le septième des budgets de soins de santé » (Meltzer & al., 1998). Mais les coûts du diabète, « qui ne sont pas simplement d'ordre financier, pèsent sur tout un chacun et partout ». En effet, « les coûts immatériels (e.g. douleur, anxiété, inconfort, diminution générale de la qualité de vie, etc.) » qui ont un impact particulièrement profond sur la vie des diabétiques et de leur entourage sont « les plus difficiles à quantifier » (OMS, 2002a). Ce coût humain inclut l'espérance de vie réduite, le stress accru sur les individus et les familles, les augmentations d'absences au travail et à l'école et la perturbation de carrière, et la souffrance personnelle lors du développement des complications. L'étude menée par l'Asia Pacific Cohort Studies Collaboration (2003) a confirmé que la croissance rapide du diabète dans la population de la région Asie Pacifique va provoquer une augmentation importante de l'incidence des causes de mortalité liée au diabète dans les prochaines décennies, en raison notamment de

¹⁴⁹ En France, par exemple, le coût de la prise en charge médicale du diabète est évalué, « hors coûts indirects, à 4,9 milliards d'Euros par an (soit environ 7.8 milliards de \$ Can), dont 2,1 milliards d'Euros (soit environ 3,346 milliards de \$ Can) de dépenses hospitalières » (Cahart, 2002).

l'augmentation des risques de maladies cardiovasculaires qui sont aussi importants que dans les populations caucasiennes d'Australie et de Nouvelle-Zélande (Ibid).

Hypothèses explicatives et facteurs de risque du diabète de type 2 et des complications

Les recherches¹⁵⁰ en santé publique ne manquent pas pour rappeler l'influence des déterminants de la santé et du bien-être sur les populations -i.e. les facteurs endogènes ou biologiques, les habitudes de vie et les comportements, l'environnement physique, l'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants) et l'organisation du système de soins et de services - (Evans & al. 1996 ; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 1997).

Les auteurs consultés dans le cadre de la revue de littérature de Leroux & Ninacs (2002) sous l'angle *des perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, confirment que l'état de santé et de bien-être d'une population est fortement déterminé par des facteurs comportementaux, sociaux (individuels, interpersonnels, institutionnels, communautaires ou politiques), mais aussi culturels, environnementaux et économiques. Aussi est-il « impératif d'investir dans l'amélioration de la vie d'une communauté, par une vision plus globale du développement et par une réduction des inégalités sociales » (Leroux & Ninacs, 2002 :16).

Livneh & Antonak (1997) font état de la revue de l'abondante littérature clinique et empirique portant sur les relations entre l'adaptation de l'individu au diabète de type 2 et

¹⁵⁰ Celles-ci utilisent fréquemment le modèle des croyances relatives à la santé ou à la maladie (*Health Belief Model*) (Rosenstock, 1974) dans le cadre d'approches psychosociologiques de l'étude des comportements reliés à la santé (liés par exemple à la prévention, au dépistage ou au traitement des maladies) (Bélanger & Godin, 2003). La principale limite de ce modèle réside dans l'interprétation des croyances sans prendre en compte « les construits culturels plus globaux tels que les conceptions, les représentations ou les idéologies qui leur donnent peut-être un sens plus large » (Massé, 1995).

les variables socio-démographiques (telles le sexe et l'âge), les variables liées à l'incapacité, les variables psychosociales et les variables environnementales. Ils suggèrent d'expliquer l'hétérogénéité des réactions des diabétiques selon la nature, la fréquence et la sévérité des réactions psychosociales à la maladie.

Selon l'OMS, depuis 1980, la surconsommation de sucres libres et de graisses saturées, c'est-à-dire d'aliments à haute densité calorique, et l'insuffisance d'aliments riches en fibres, s'ajoutant aux effets de la sédentarité, « a provoqué le triplement, au moins, des taux d'obésité dans certaines zones d'Amérique du Nord, du Royaume-Uni, d'Europe orientale, du Moyen-Orient, des îles du Pacifique, de l'Australie et de la Chine » (OMS, 2002b :64). Le diabète sucré de type 2 qui ne concernait que les adultes d'âge mûr pendant la plus grande partie du XX^e siècle atteint actuellement des enfants obèses, avant même la puberté. 58 % des diabètes sucrés sont, dans l'ensemble du monde, imputables à une surcharge pondérale (i.e. à un indice de masse corporelle¹⁵¹ ou IMC supérieur à 21 kg/m²) (Ibid).

L'association de l'augmentation du taux de prévalence du diabète et de l'obésité a été identifiée sous le terme « diabetesity », *diabésité* (Abate & Chandalia, 2003 : 43) dont la pathogenèse résulte de l'interaction entre les facteurs environnementaux (intégrant le régime alimentaire, la ration calorique, l'activité physique, le niveau socio-économique, le stress et le faible poids à la naissance) et les facteurs génétiques de l'individu (Ibid : 48).

Le lien entre précarité et complications du diabète est par ailleurs clairement établi (Ramachandran & al., 2002 ; Le Bihan, 2006). Plus précisément, le Bihan montre que les patients en forte précarité ont ainsi un risque deux fois plus élevé de développer une neuropathie, et trois fois plus élevé pour la rétinopathie que les patients en situation de faible précarité. Ces inégalités s'expliquent principalement par les problèmes (i.e. d'habitat,

¹⁵¹ Appelé aussi Indice de Quételet, « défini comme le rapport du poids au carré de la taille et qui est fortement corrélé à la teneur du corps en graisses. Les critères de l'OMS donnent, pour la surcharge pondérale, un IMC d'au moins 25 kg/m² et pour l'obésité un IMC d'au moins 30 kg/m² » (OMS, 2002b :63).

alimentaires et financiers) auxquels sont confrontés ces patients parfois en rupture de traitement, et pour qui « la santé n'est pas une priorité » (Le Bihan, 2006).

Les hypothèses explicatives de l'émergence et du fort développement de l'épidémie du diabète de type 2 explorées dans les études épidémiologiques, mettent en évidence l'universalité de l'influence du mode de vie démontrée dans de nombreux pays, tels la Chine, la Finlande, les États-Unis (Simon & *al.*, 2005 :13). Il s'agit plus précisément de l'impact de l'environnement qualifié « d'obésogène » - typique des sociétés occidentales - de la complexité des relations établies entre des facteurs génétiques¹⁵² et environnementaux¹⁵³, et des variations selon les groupes ethniques (tels les Amérindiens) (Ritenbaugh & Goodby, 1994 ; Bradshaw & *al.*, 1995).

La variable ethnique a fait l'objet de nombreuses études qui ont montré la contribution du processus d'urbanisation / occidentalisation au développement du diabète de type 2 à travers tous les groupes ethniques, évoquant ainsi la présence d'une prédisposition ou « susceptibilité ethnique au diabète » (Abate & Chandalia, 2003 :40). Certains groupes minoritaires diabétiques (e.g. African-Americans, Hispanic-Americans, Asian-Americans and Pacific Islanders) ont un risque particulièrement majoré¹⁵⁴ de développer des complications (ADA, 2003a). On constate cependant des différences considérables de prévalence du diabète de type 2 « à l'intérieur d'une même ethnie, en fonction du lieu d'implantation géographique », les habitants en zone urbaine étant plus « exposés » au développement de la maladie (Simon & *al.*, 2005 :11). L'urbanisation et la migration des groupes ethniques minoritaires ou autochtones dans les sociétés occidentales

¹⁵² L'anthropologue généticien Neel (1962) avait formulé, en première instance, l'hypothèse - soutenue par de nombreux chercheurs - de la présence dans certaines populations du "tripty genotype" (ou génotype d'épargne) et qui doit cependant être reliée à leur exposition au changement socioculturel (King, 1992).

¹⁵³ Au plan mondial, les enquêtes épidémiologiques montrent une fréquence de cas de diabète de type 2 plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (Simon & *al.*, 2005 :13).

¹⁵⁴ L'étude de Young & *al.* (2003) a ainsi démontré que le risque de subir une amputation non-traumatique des membres inférieurs est plus élevé chez certaines minorités ethniques que « chez les Blancs ».

qui constituent un environnement social stressant contribuent à majorer leur risque de diabète de type 2 (Daniel & *al.*, 1999).

Selon des études épidémiologiques comparatives réalisées dans plusieurs sous-groupes ethniques migrant aux États-Unis (e.g. Japanese - American, Asian - American), les modifications de leurs habitudes alimentaires (i.e. adoption du mode alimentaire américain plus riche en calories que leur mode alimentaire traditionnel), ont été provoquées par le phénomène migratoire et font partie du processus de l'*acculturation*¹⁵⁵ (Abate & Chandalia, 2003 :40 ; Shannon, 2002).

Résumé de la revue de littérature en Santé publique, programmes de prévention et limites

L'ensemble des données épidémiologiques disponibles confirme l'évolution extrêmement préoccupante, et vraisemblablement inexorable, de l'épidémie du diabète de type 2 au plan mondial et de ses dramatiques conséquences en termes de morbidité et de mortalité. Si l'on a démontré l'efficacité de l'éducation sur le mode de vie associant le régime alimentaire et la pratique de l'activité physique pour prévenir la maladie « for those at high risk of type 2 diabetes » (Yamakoa & Tango, 2005)¹⁵⁶, on constate cependant que de nombreuses personnes n'adoptent pas les recommandations visant à réduire le risque de développement du diabète (Alberti, 2001), ce qui contribue à accroître la progression de l'épidémie et ses conséquences potentielles. L'épidémiologie n'étant pas une science statique (Alberti, 2001), elle nécessite la réalisation d'études complémentaires pour évaluer précisément la situation épidémiologique du diabète et de ses complications. Elle appelle aussi la réalisation et la promotion d'études ethnoépidémiologiques pour explorer les

¹⁵⁵ On note à ce sujet l'invention par Koestler en 1976 du terme particulièrement significatif *coca-colonization* pour décrire l'impact des sociétés occidentales sur les pays en développement (Zimmet, 2000 :302).

¹⁵⁶ Chercheurs en biostatistique japonais qui ont procédé à une méta-analyse permettant d'évaluer l'efficacité de l'éducation du mode de vie sur la prévention du diabète de type 2 chez des individus à haut risque de diabète.

facteurs culturels, psychosociaux et environnementaux impliqués dans le développement de ce phénomène morbide qui représente un *enigmatic disorder* pour les scientifiques (Zimmet, 1999 :499), mais aussi et surtout, une réelle *menace* pour les spécialistes en Santé publique, et un réel « fardeau » pour les sociétés, les familles et les personnes qui en souffrent.

Ainsi, les conséquences de l'épidémie alertent l'Organisation Mondiale de la Santé et les organisations de santé publique au plan national et local. Les programmes et les actions de promotion de la santé ou de prévention ne manquent pas pour illustrer les moyens mis en oeuvre pour tenter de ralentir la progression de l'épidémie mondiale du diabète de type 2, notamment en dépistant le plus précocement possible la maladie, ceci pour permettre une prise en charge médicale rapide du patient afin de réduire le délai d'apparition des complications.

De 1988 à 1998, la coopération du bureau régional OMS de l'Europe (EURO) avec l'International Diabetic Association of Europe a permis de diminuer le nombre des hospitalisations et des complications et de mieux maîtriser la maladie du diabète touchant des millions de patients dans toute l'Europe (OMS, 1999b).

En 1989, l'OMS et la Fédération Internationale du diabète ont rédigé la déclaration dite de « Saint-Vincent » qui a été à l'origine, en France, de la création du Conseil supérieur du diabète et des « recommandations de bonnes pratiques en matière de diabète » à l'échelle européenne, ceci afin d'améliorer la prise en charge des diabétiques¹⁵⁷ (Ministère délégué à la santé France, 2001b).

¹⁵⁷ Parmi les objectifs visés, on relève l'importance de « promouvoir le suivi biologique et clinique au regard des recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) et d'intensifier le suivi du patient diabétique dans les axes moins bien pris en charge, tels que l'ophtalmologie, la podologie et la néphrologie ». Il est par ailleurs souligné que « c'est le devoir des gouvernements nationaux et des services de santé de réaliser les conditions permettant de réduire considérablement cette lourde incidence sur la maladie et la mort. Les États devraient reconnaître très officiellement le problème du diabète et créer des budgets nécessaires à sa résolution. Il devrait être défini à l'échelon local, national et européen, des

En 1992, un programme impliquant de nombreux partenaires (i.e. organisationnels, politiques, associatifs, académiques et hospitaliers)¹⁵⁸ a été signé pour prévenir les complications à long terme du diabète - cécité diabétique, insuffisance rénale - et obtenir ainsi une diminution des amputations de 50 % dans les 5 à 10 ans à venir (Assal, 2005 XXVII).

L'American Public Health Association (2001 :478) a invité les professionnels de santé à prendre conscience du besoin d'un suivi régulier spécifique des groupes minoritaires, et à promouvoir leur management interdisciplinaire pour réduire l'incidence de la cécité et des amputations liées au diabète.

Plus récemment, en mai 2004, l'OMS a approuvé la Stratégie¹⁵⁹ mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (OMS 2004). Parmi les principes fondateurs de l'élaboration de cette stratégie, on relève avec intérêt la reconnaissance de « l'importance socio-économique des pratiques traditionnelles en matière d'alimentation et d'exercice physique, y compris celles des peuples autochtones, et les avantages que ces pratiques peuvent comporter pour la santé » (OMS, 2004 :18), ainsi que la prise en compte « des traditions culturelles (...) en matière d'alimentation » (Ibid).

Compte tenu des projections de l'évolution inflationniste de cette épidémie, les exemples d'actions précités, ou plutôt, les tentatives, témoignent de la prise de conscience

programmes pour la prévention, le diagnostic et le traitement du diabète et tout particulièrement de ses complications : cécité, insuffisance rénale, gangrène et maladies vasculaires. Des investissements financiers mis en oeuvre actuellement permettront une réduction importante de la souffrance humaine et des économies matérielles » (Ministère de la Santé, France, 2001b).

¹⁵⁸ Il s'agissait précisément de l'Organisation Mondiale de la Santé et de son bureau régional européen, des politiciens de la santé, des associations de diabétiques, des facultés de médecine et des structures de soins.

¹⁵⁹ À partir d'une « approche véritablement multisectorielle », les objectifs de cette stratégie sont de « promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application de mesures durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial » afin de réduire la morbidité et la mortalité liées aux deux principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, « une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique » (OMS, 2004 :4). L'OMS encourage les gouvernements dont le rôle est central, à mettre en oeuvre un certain nombre de mesures dans le domaine de l'alimentation, de la nutrition et de l'exercice physique. Il est ainsi espéré d'obtenir « des progrès sanitaires importants et durables » (OMS, 2004 :16).

des organisations internationales et de leur appel à une mobilisation à l'échelle planétaire dans l'espoir de ralentir efficacement la croissance de l'épidémie du diabète de type 2, laquelle est majorée par les conséquences de l'obésité.

Pour autant, l'analyse de la littérature permet de mettre en lumière les limites à l'aboutissement de certains programmes de prévention en Santé publique cherchant à atteindre et à modifier les comportements des individus dans un contexte contradictoire et qui interroge. L'environnement des sociétés urbaines particulièrement diabéto-gène et obésogène dans lequel tout est mis en œuvre pour encourager la sédentarité, fournit une illustration convaincante du paradoxe dans lequel ces actions de prévention sont réalisées. L'environnement est le déclencheur, et il ne se limite pas à la sédentarité, à l'encouragement à la prise alimentaire, il comprend aussi le stress et la pollution, qui sont des facteurs auxquels s'ajoutent des prédispositions héréditaires, ou une susceptibilité génétique à l'obésité (Richard, 2006).

Ainsi, il n'est pas inutile de rappeler que la maladie du diabète et ses conséquences, en termes de mortalité et de morbidité, (concernant notamment le développement des complications), frappent en premier lieu les membres des communautés les plus vulnérables, qu'il s'agisse des Autochtones, des migrants, des groupes ethniques minoritaires, ou des personnes à faible niveau socioéconomique et éducatif, réactivant ainsi la question récurrente et préoccupante des inégalités de santé. En effet, s'il est clairement mis en évidence que la forme épidémique du diabète de type 2 fait partie intégrante du processus de mondialisation (e.g. Evans & *al.* 2002) et, partant, de celui de l'acculturation (e.g. Wiedman, 1987), on constate cependant que cette maladie affecte inégalement certaines communautés plus exposées à la maladie.

L'origine multifactorielle du diabète de type 2 qui est plus marquée chez les populations autochtones en raison de nombreux « facteurs de risque », ou de « prédispositions génétiques », ou de la « vulnérabilité » à la maladie, conduit à identifier ces groupes minoritaires ou les malades potentiels comme des « populations à risque », ou

des « groupes à risque », ou comme des « groupes vulnérables biologiquement » ou « génétiquement répertoriés », provoquant ainsi de vives réactions, en particulier de la part des anthropologues critiques, pour lesquels l'attribution de ces caractéristiques peut générer des effets potentiellement discriminatoires et stigmatiser ces individus. Ainsi, il apparaît nécessaire de repenser la « construction sociale du risque » (Massé, 2003 :31), de « repenser radicalement (...) ce que nous appelons un “groupe à risque” » ou « une situation à risque », en contribuant à la réalisation d'études ethnoépidémiologiques (Bibeau, 1996:17), et en développant « une véritable *analyse culturelle du risque* dans des situations concrètes » (Fassin & Dozon, 2001 :17).

Roy (2004) souligne par ailleurs que « le modèle explicatif centré sur une génétique particulière contribue de manière significative au développement d'un regard discriminatoire envers les Autochtones et tend à justifier, sur la base de raisons “naturelles”, l'existence d'inégalités de santé et même sociales » (Roy, 2004:198). Les expressions « facteurs de risque », « susceptibilité génétique » et « vulnérabilité » constituent, en effet, des sujets privilégiés de débats et de controverses qui animent certains anthropologues critiques de la santé publique. Parmi ceux qui ont développé une analyse critique et historique des rapports de pouvoir entre la biomédecine et le milieu amérindien (e.g. Roy, 2002), « la thèse de l'acculturation » et « l'approche exagérément centrée sur la génétique (...) s'avèrent incapables de rendre compte de la complexité de la problématique de l'émergence de l'épidémie de diabète en milieu autochtone » (Roy, 2004 :204).

Il convient effectivement de reconnaître l'extraordinaire exemplarité de l'origine multifactorielle de l'émergence et du développement du diabète de type 2 chez les communautés autochtones. Qu'il s'agisse des Amérindiens, des Aborigènes d'Australie ou des Native Pacific Islanders, de nombreux facteurs sont impliqués dans la survenue et l'évolution de cette affection au sein de ces peuples, lesquels seraient porteurs de blessures identitaires profondes liées à leur histoire et qui favorisent les conditions structurantes de la maladie (Bibeau, 2000). À ces facteurs s'associent les conséquences du processus

d'acculturation lié à la transition nutritionnelle, la composante héréditaire, leur environnement social pourvoyeur de stress, qui rendent leur étude extrêmement complexe et sans doute aussi passionnante. Ainsi, comme le confirment Benoist & Desclaux (1996b),

« En s'impliquant, les anthropologues ne cessent pas de faire l'œuvre de connaissance à laquelle ils s'attachent. Au contraire, en cherchant à donner de la maladie une lecture intelligible par la société qui lutte contre elle, ils découvrent combien cette connaissance est, en elle-même, une forme d'action » (Benoist & Desclaux, 1996b :373).

Le diabète de type 2 et les complications dans la littérature en sciences humaines et sociales

La réalité vécue, subjective de la maladie

« It scares me when the doctor says I might lose my legs. And then, I start picturing myself in a wheelchair. Who's gonna take care of me when I'm in a wheelchair ? Am I gonna get stuck in a nursing home? » (Weiss & Hutchinson, 2000 :527).

L'augmentation dramatique et la sous-estimation des données épidémiologiques du diabète de type 2 générées par sa forme épidémique (Zimmet & Lefèvre, 1996 ; Zimmet & al., 1997 ; Ekoé & al., 2001 ; Fontbonne & Simon, 2001 ; Simon & al., 2005) et associées au fardeau humain et financier de la gravité de ses complications, également sous-estimées, qui conduisent à une mortalité prématurée (Amos & al., 1997), contribuent à structurer la représentation sociale du diabète, mais aussi et surtout à façonner l'expérience de la maladie des personnes qui en souffrent. La représentation sociale de la santé et de la maladie étant entendue ici comme « l'élaboration psychologique complexe où s'intègrent, en une image signifiante, l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société » (Herzlich, 1996 :23). Cette « image signifiante » guide les attitudes et les comportements et conceptualise l'expérience (Ibid). Dans cette perspective, et à partir de l'analyse des conceptions de la maladie d'individus, l'auteure distingue trois conceptions de la maladie. La *maladie destructrice*, qui frappe par « l'ambivalence entre la possibilité de "nier" la maladie, donc la toute-puissance à son égard, et une impuissance totale » ; la *maladie-libératrice* qui peut intégrer « la *maladie grave*, la *mort*, la *douleur* » ; et la *maladie-métier* dans laquelle s'exerce « la lutte contre la maladie » (Ibid :148 :152 :158).

« L'anthropologie médicale repose sur le postulat que le phénomène de la maladie, fait universel, est géré et traité suivant des modalités différentes selon les sociétés, et que

ces modalités sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminés, en fonction de la culture dans laquelle il émerge » (Fainzang, 1990 :173). L'anthropologie médicale appréhende les représentations de la maladie selon quatre approches décrites par Good (1998) : 1) les croyances populaires (i.e. la tradition empiriste), 2) les modèles cognitifs (i.e. l'anthropologie cognitive), 3) les réalités culturellement constituées (i.e. la tradition centrée sur le sens), approche dans laquelle se situe l'analyse des *réseaux sémantiques* et enfin, 4) les représentations de la maladie comme mystification (i.e. l'anthropologie médicale dite critique) (Good, 1998 :95-148).

Les travaux qui accordent une place à la mise en récit de l'expérience de la maladie s'organisent selon deux perspectives. La première s'inspire de l'anthropologie critique et appréhende les rapports de pouvoir qui sous-tendent les représentations et les pratiques liées à la maladie et à son traitement. La deuxième s'inscrit dans le courant interprétatif¹⁶⁰, et se centre sur le mode d'élaboration de l'expérience de la maladie en tant qu'un phénomène significatif pour l'individu et structuré à partir d'éléments issus de sa culture et de son histoire (Corin & al., 1993). La culture est entendue ici comme un système de signes et de symboles (Geertz, 1973), mais aussi comme « un ensemble complexe de pratiques, de comportements, de représentations et de manières de penser qui forment ensemble un système plus ou moins bien intégré » (Bibeau & Vidal, 2003 :239).

« *La maladie n'est pas une entité mais un modèle explicatif.* La maladie appartient à la culture, en particulier à la culture spécialisée de la médecine. Et la culture n'est pas seulement un moyen de représenter la maladie, elle est essentielle à sa propre constitution en tant que réalité humaine » (Good, 1998 :126).

Le sens de la maladie peut être appréhendé à travers le modèle explicatif décrit par Kleinman (1980)¹⁶¹ ou à travers le réseau sémantique initié par Bibeau (1981). Ces deux

¹⁶⁰ Dans le sillage duquel la trame de cette thèse a été élaborée.

¹⁶¹ On précisera toutefois ici que les anthropologues médicaux culturalistes Kleinman comme Good et DelVecchio Good (1981), qui ont particulièrement développé l'approche centrée sur la signification et

modèles, largement utilisés dans de nombreux travaux, ont montré leur pertinence en particulier dans le cadre de l'étude des maladies chroniques. Des anthropologues ont ainsi identifié les réseaux sémantiques de la maladie du cancer (Saillant 1988, 1990), de l'hypertension (Blumhagen, 1982) élaborant une cartographie des modèles étiologiques individuels populaires de la maladie. Ces approches ont fait l'objet de critiques (Massé, 1995 :305), notamment en raison du risque de décontextualisation des éléments empiriques du modèle explicatif à la suite d'une approche morcelée du réseau de significations, ceci malgré l'articulation de ces réseaux sémantiques aux systèmes de connaissances médicales à travers les modèles explicatifs de la maladie des patients « ou ensemble de croyances comprenant l'étiologie, le début des symptômes, la physiopathologie, l'état de la maladie, et le traitement » (Young, 1982 :266).

Explorer la causalité de l'événement-maladie

D'après Sindzingre & Zempléni (1981 :280), quatre questions tendent à explorer l'explication de l'événement-maladie structurée essentiellement par des liens de causalité : 1) De quelle entité nosologique s'agit-il ? 2) Comment est-elle survenue ? 3) Qui ou qu'est-ce qui l'a produite ? 4) Pourquoi cette maladie affecte-t-elle cette personne à tel moment ? L'étude de tels schèmes de causalité propose par conséquent au chercheur, lors de son inventaire étiologique auprès des sujets, de les conduire à reconnaître l'état de maladie et le nommer éventuellement, à représenter ou décrire la perception de sa cause instrumentale, à identifier l'agent qui en est responsable et enfin à reconstruire son origine.

« Pour le malade et son entourage, mais aussi pour la plupart des spécialistes traditionnels intervenant dans la quête thérapeutique, le diagnostic, c'est-à-dire l'application de modèles explicatifs aux manifestations morbides singulières afin d'y lire

l'expérience de la maladie, ont été peu explicites sur les méthodes permettant de généraliser les résultats de leurs travaux (Massé, 1995 :304).

les effets d'une entité nosologique ou d'autres entités causales, doit moins répondre à un besoin de savoir en tant que tel qu'à une quête de sens » (Meyer, 2000 :437).

Dans le cadre de son étude ethnographique du savoir populaire sur le cancer, parmi les causes attribuées à la maladie, Saillant (1990) évoque le monde moderne pourvoyeur de nourriture intoxiquée¹⁶². Elle souligne la « dimension affective » de l'expérience du cancer, reconnaissant toutefois que « le plus important réside ailleurs, c'est-à-dire là où l'expérience est rupture, désordre, angoisse et aliénation » (Saillant, 1990 :28). Dans l'étude de Dechamp-le Roux & al. (1990) sur l'influence de l'ethnie sur les croyances des diabétiques concernant l'étiologie de leur maladie, si les Européens évoquent une pluralité des causes (i.e. stress, hérédité, transgressions alimentaires et dette), les Nord-Africains citent une cause unique (i.e. le stress ou la dette), sans mentionner l'hérédité ou la génétique en raison, selon ces auteurs, à « leur attachement à la symbolique du sucre ». En outre, pour ces musulmans, la maladie résulterait de la volonté divine.

Constatant la rareté des études qui ont intégré aux modèles explicatifs profanes du diabète de type 2 les explications causales¹⁶³ de la maladie et les processus de décisions thérapeutiques, Schoenberg & al., (1998) ont exploré, et par la suite confirmé, la relation significative qui existe d'une part, entre la cause que le malade attribue à l'origine de son diabète, et d'autre part, son comportement vis-à-vis du suivi des recommandations alimentaires. Les résultats de cette étude permettent aussi de souligner que les décisions thérapeutiques des malades ne se construisent pas suivant un axe linéaire tel « symptôme, expérience/diagnostic → information sur la maladie → compréhension de la maladie → décision thérapeutique », mais que ces décisions sont davantage intériorisées et réinterprétées dans le modèle explicatif de la maladie selon un mécanisme rétroactif (*feedback mechanism*) structuré ainsi : expérience des symptômes / diagnostic → information à propos de la maladie → décisions thérapeutiques → histoire /ou expérience

¹⁶² Ce sujet a été exploré par d'autres chercheurs (e.g. Augé & Herzlich, 1994 :24 ; Hubert, 2000).

personnelle de la maladie → nouvelle décision thérapeutique → compréhension de la maladie (Schoenberg & al., 1998 :2123).

Saisir le sens de l'expérience de la maladie

L'expérience de la maladie est entendue comme « the flow of sensations, beliefs, attitudes, and emotions that contribute to people's consciousness that something is wrong and undesirable in themselves. Symptoms are part of the experience of sickness ; in Biomedicine, doctors often use them for medical diagnosis rather than to respond to the patient's experience itself » (Hahn, 1995 :29).

Au-delà de l'ambivalence qui anime l'anthropologie médicale, partagée entre les deux aspects de la maladie, *disease* et *illness*, si la première notion (*disease*) se réfère à un processus de dysfonctionnement biologique et/ou psychologique, la seconde (*illness*) se rapporte à l'expérience psychosociale et à la signification de la perception de la maladie et, paradoxalement, fait partie des soins. En effet, *disease* et *illness* représentent en particulier des construits, des configurations des réalités sociales. Ainsi, la construction culturelle des expériences de la maladie engendre très souvent des processus d'attention, de perception, de réponse psychosociale et culturelle affective, cognitive et évaluative personnelle et sociale à la maladie et à ses manifestations (symptômes), mais aussi des processus de communication (verbale et non-verbale) et d'interaction au sein du contexte familial et du réseau social (Kleinman, 1980 :72). Les croyances et les expériences personnelles et familiales exercent de puissantes influences sur ces processus à travers le système culturel et social. Dans cette perspective, « illness is the shaping of disease into behavior and experience. It is created by personal, social, and cultural reactions to disease. Constructing illness from disease is a central function of health care systems (a coping function) and the first stage of healing » (Kleinman, 1980 :72).

¹⁶³ Voir à ce sujet les incontournables travaux de Zempléni (1985) et Sindzingre & Zempléni (1981).

Lorsque l'on s'intéresse aux affections chroniques comme le diabète, la distinction entre *disease* et *illness* paraît peu évidente, car « in such disorders, illness may exist when the disease is in remission, and recurrence of the disease itself may be due to the illness » (Ibid).

L'univers du sens dans lequel s'élabore l'expérience personnelle de la maladie peut être représenté par une matrice implicite et structurante accessible à l'issue du repérage et de l'analyse des structures de récurrence qui traversent les récits selon différentes strates. (Corin & al., 1993). Ces structures de récurrence sont identifiées à travers le mode de description des problèmes (*signes*), le mode d'interprétation (*sens*) et le mode d'*action*. Le sens de l'expérience de la maladie se construit ainsi sur un plan individuel et culturel (Saillant, 1990 :6).

L'exploration des signes d'une maladie à l'intérieur du savoir populaire conduit à identifier et analyser les expressions utilisées par les « soignés » pour nommer leur problème de santé (Saillant, 1990 :12).

Approcher l'expérience vécue par la personne diabétique ou atteinte d'une maladie chronique

Le diabète, comme tout problème de santé, en tant que construction culturelle et expérience psychosociale devrait être appréhendé dans un contexte spécifique de normes et de sens symboliques, et d'interactions sociales (Kleinman, 1980 :71). Il peut être dangereux de considérer les notions *disease* et *illness* en tant qu'entités en négligeant leurs explications : « For example, a somatic disease giving rise to a somatic illness, in which the behavioral component by definition is dominant, can also at times give rise to a psychological disease/illness, as in the case of depression caused by diabetes (...) » (Kleinman, 1980 :77).

Dans le cas du diabète, l'étude des signes précurseurs ou annonciateurs de la maladie apparaît singulière puisque ce trouble métabolique est, rappelons-le, asymptomatique au plan biomédical, limitant la prise en charge précoce de la maladie. Si les professionnels de santé expriment, de manière itérative, les contraintes auxquelles ils sont confrontés lorsqu'ils organisent le management des malades chroniques (Anderson & al., 1997), le clinicien reconnaît, dans le cas des diabétiques de type 2, la difficulté d'expliquer à un patient asymptomatique les conséquences d'un diabète mal contrôlé (i.e. « visualiser les effets d'un processus invisible dans son corps ») (Loewe & al., 1998), et le problème de la compliance associée au caractère silencieux des prémisses de la maladie (Becker & Kaufman, 1995).

Si le caractère asymptomatique ou silencieux de la maladie hypertensive peut conduire certains chercheurs à explorer la cohérence et la flexibilité de la symptomatologie développée par des personnes âgées Afro-américaines (Schoenberg & Drew, 2002), dans l'étude de Weiss & Hutchinson (2000) réalisée auprès de personnes diabétiques et hypertendues, les clients précisent que ce sont les « signes physiques » qui constituent souvent la première indication du diabète, permettant de procéder de manière objective au diagnostic. Dans le cas précisément du diabète, et même dans celui de l'hypertension, ce sont les symptômes inquiétants plus que les signes qui attirent l'attention des personnes à se rendre vers les soins de santé (Ibid :536).

Parmi les différents travaux réalisés dans le cadre de l'analyse de l'utilisation des services de santé, on relève notamment ceux de Cameron & al. (1993) qui ont conduit à l'élaboration d'un modèle d'analyse (i.e. *The self-regulatory model of health and illness behavior*) des facteurs contributifs à la recherche de soins. Ce modèle prend principalement en compte la représentation de la maladie, les symptômes, l'état émotionnel du patient en relation avec le stress, le processus d'adaptation à la maladie et son évaluation. Il postule en fait que le manque d'adaptation à la maladie conduit le patient à modifier sa représentation

de cette maladie, ou à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation et à apprécier son état de santé (« well, stressed, sick ») pouvant le motiver à utiliser les soins de santé¹⁶⁴.

Lorsque les chercheurs notamment en sciences humaines et sociales interrogent les personnes souffrant de maladie chronique, celles-ci caractérisent leur expérience de l'événement-maladie comme *perturbatrice* (Bury, 1982), génératrice de *peur* (Poss & Jezewski, 2002) causée par un ensemble de facteurs économiques, sociaux ou relationnels (Mercado-Martinez & Ramos-Herrera, 2002), de *contraintes* (Anderson & al. 1997), de *risque* (Sunday & Eyles, 2001), d'*incertitude* (Sunday & Eyles, 2001 ; Royer, 2000 ; Becker & Kaufman, 1995 ; Mason, 1985) ou de *troubles émotionnels* tels *la dépression* (Turner & Kelly, 2000) et évoquent parfois la perception d'une *ambivalence*, d'une *vulnérabilité* (Weiss & Hutchinson, 2000) et d'un *conflit identitaire et de sens* (Van Dongen & Reis, 2001).

« (...) Between their diagnoses and their deaths, people with chronic illness struggle to find identity and meaning – often with more hindrance than help from biomedicine and health politics. (...) By focusing upon the existential meaning of living with chronic illness, anthropology enables us to view the chronically ill not so much as people who are “sick” as people who are capable of reconstituting themselves » (Van Dongen & Reis, 2001 :293-296).

L'impact psychologique lié à l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique confronte l'individu qui en est porteur à la question fondamentale du sens de l'expérience de cette maladie. Le diabète « représente le type même de la maladie chronique, celle qui ne guérit pas spontanément, ou que l'on soigne mais que l'on ne guérit pas » (Reach, 2005 :941). Cette absence de guérison appelle un besoin de spiritualité qui joue un rôle primordial pour certains malades leur permettant de s'adapter à leur maladie et de faire face aux difficultés inhérentes à cette expérience. Les « African Americans » par exemple,

¹⁶⁴ Citons également le modèle de Suchman (1972) qui apparaît particulièrement adapté au contexte de la maladie chronique parce qu'il associe, selon un axe linéaire, les différentes phases d'évolution de la maladie en tant qu'expérience, et le « rôle du malade » impliqué lors de son recours aux soins.

considèrent que Dieu est l'ultime contrôleur de la maladie et de la santé (Polzer & Miles, 2005 :236). En tant que puissant guérisseur, réalisateur de miracle, Dieu aide les « African Americans » diabétiques à s'adapter à leur maladie et à la gérer. Il apparaît fondamental de prendre en compte et de respecter ces croyances et les pratiques religieuses dans le champ de la santé et des soins. La spiritualité peut représenter pour le malade une principale stratégie d'adaptation pour gérer le stress et l'incertitude de la trajectoire de sa maladie chronique, qu'il s'agisse du diabète, du cancer, ou du sida (Polzer & Miles, 2005 :236).

Le diabète peut en effet générer une dépression sévère dont les conséquences sont particulièrement communes et dangereuses chez ces patients (Watkins, 1998) et impliquer la prise en charge de certains aspects psychologiques de la maladie par les cliniciens. Plus précisément, l'annonce d'une maladie chronique comme le diabète « va entraîner un bouleversement dans *l'esprit* du patient : *ce ne sera plus jamais comme avant* » (Reach, 2005 :941). Le diagnostic et l'annonce du diabète sont vécus comme « un traumatisme ». Celui-ci correspond à « une crise événementielle », laquelle se structure en trois étapes : 1) un épisode confusionnel (état de sidération, déni¹⁶⁵, refus) ; 2) une phase de crise, de désarroi (incertitude, angoisse, dépression) ; et 3) le dénouement, dans lequel on assiste à « une réorganisation » qui se traduit par l'acceptation du diabète et de son traitement, soit à « une désorganisation » dans laquelle « la compliance est épisodique » (Lena, 2005 :8).

Dans ce contexte, la non-observance apparaît davantage comme un mécanisme de résistance, un refoulement dans l'inconscient des tensions émotionnelles génératrices d'angoisse, que comme un manque de connaissances du patient par exemple. Le déni, en tant que conduite d'opposition, permet de protéger la dépendance du patient et de lui redonner un certain pouvoir sur la maladie. Il correspond à la situation paradoxale du patient « tiraillé entre le désir d'autonomie et la relation de dépendance ». Le déni du diabète peut ainsi provoquer « la soumission et la tricherie », et permettre au patient de

¹⁶⁵ Garay-Sevilla & al. (1999) ont montré dans leur étude que le déni du diabète augmentait chez les personnes diabétiques de type 2 durant les cinq premières années de l'évolution de la maladie.

mettre à distance et de sauvegarder « une partie du narcissisme » (Lena, 2005 :9). Le déni de la maladie est favorisé également par l'évolution insidieuse du diabète (Rouillon, 2004) et constitue l'une des premières causes de nature psychopathologique de la non-observance de la maladie. En outre, la prise de traitement, vécue comme une contrainte en raison notamment de l'absence d'effets immédiats, peut être perçue comme une dépendance qui dévalorise ou stigmatise le patient qui souvent ne l'accepte pas (Ibid). Mais le problème majeur du diabète de type 2, précise le professeur Grimaldi (2004b), est « l'escamotage du travail de deuil¹⁶⁶ » impliquant un déni (i.e. de réalité, d'affect ou de comportement) ou un « contournement émotionnel » dans lequel figurent par exemple les croyances de santé. Par conséquent il appartient aussi aux soignants, par-delà le fait d'aider la personne diabétique au travail de deuil, à s'adapter aux contraintes, à organiser son suivi, « d'éviter les contre-attitudes médicales » (Grimaldi, 2004 :9).

Déchiffrer les mécanismes psychologiques impliqués chez les diabétiques

L'abondante littérature centrée sur les stratégies d'adaptation du diabétique à sa maladie et aux conséquences potentielles en termes d'aggravation de son état de santé, conduit à s'intéresser, en amont, à certains mécanismes psychologiques qui sont impliqués dans l'origine du développement du diabète.

L'instabilité des diabétiques identifiée par le clinicien en regard des « variations glycémiques modérées » ou « amples, anarchiques » de ses malades, a été explorée à travers l'étude des aspects psychologiques des diabétiques, il y a environ un demi-siècle.

À partir d'une revue de littérature, les travaux de Kissel & al. (1965), malgré leur ancienneté, apportent une lecture psychanalytique, presque universelle, des mécanismes

¹⁶⁶ Le patient doit en effet désormais se tourner vers l'avenir en intégrant des pertes irréversibles. D'abord dans son rapport au temps (angoisse de la mort plus présente), ensuite dans ses rapports au plaisir (régimes contraignants) et à la douleur (les piqûres parfois pluriquotidiennes, avec l'idée d'une violation des limites territoriales du *moi*), enfin dans son rapport aux autres (abandon du territoire de leur *normalité*) (Grimaldi, 2004b).

psychologiques impliqués chez les sujets diabétiques et qui viennent compléter les données physiopathologiques dont on dispose aujourd'hui. Selon Kissel & al. (1965) il serait ainsi mis en évidence « chez le diabétique certains conflits fondamentaux liés à l'absorption de la nourriture, se traduisant par des tendances à l'incorporation et par des pulsions orales agressives, expliquant, par exemple, la polyphagie ou le besoin excessif de recevoir des satisfactions dans les relations avec l'entourage » (Ibid :220).

Le diabète est par ailleurs identifié comme « une maladie de l'adaptation », expression qui renvoie notamment aux conséquences de l'acculturation subies par certaines communautés. En se référant aux travaux de Wolff (1959), Kissel & al. (1965) appréhendent le diabète comme « une réponse d'adaptation à la privation de sucre, (...) le sujet identifie la nourriture, l'affection et la sécurité à l'enfance, et répond aux stress situationnels impliquant un manque d'affection et de sécurité, comme s'ils représentaient des menaces de privation. Il déclenche alors son adaptation métabolique, même si la nourriture est abondante » (Ibid :220). Si la diversité des profils psychologiques des diabétiques est soulignée, on relève avec intérêt l'immaturation affective du sujet, la concordance de l'aggravation du diabète de malades qualifiés « d'instables » avec une « situation très stressante », et enfin, « la crainte des complications » en tant que perturbation psychologiques chez le diabétique (Ibid :221).

Comprendre les mécanismes de résistance des patients

Le suivi de la maladie chronique émaillé de contraintes conduit à la mise en place de mécanismes de résistance au traitement ou plus largement à des barrières aux soins.

Des chercheurs en sciences infirmières américains (Weiss & Hutchinson, 2000) ont examiné la question de l'observance des directives médicales chez des patients diabétiques et hypertendus selon une approche compréhensive du comportement du patient et des relations entre clients et professionnels de soins à partir de la méthode de la théorie ancrée (Grounded theory). L'un des fondements empiriques de l'étude était que les professionnels

de soins reprochent à leurs clients de ne pas être compliants et de générer leur problème de santé, ou de ne pas s'aider eux-mêmes à suivre les recommandations médicales¹⁶⁷ (:521). Les résultats de cette étude sont particulièrement frappants. Ils révèlent que les patients diabétiques et hypertendus sont « bombardés » d'avertissements de manière répétée par rapport à leur vulnérabilité, le but de ces avertissements étant de « notifier aux clients que leur état de santé est en danger et que souvent un changement de comportement est nécessaire » (:525, trad. libre). Les patients interprètent ce « bombardement » d'avertissements (concernant la forme des instructions données, les réprimandes et même les menaces)¹⁶⁸ comme le premier problème psychologique et social qui influence l'adhésion aux directives de soins de santé. Pour les patients diabétiques et hypertendus, suivre régulièrement les recommandations est extrêmement difficile car cela nécessite généralement de choisir de vivre « une vie de restrictions » (:525). Les « messages mentaux » d'inquiétude par rapport à leur vulnérabilité personnelle sont un problème pour beaucoup de ces malades qui se sentent agressés, bombardés d'avertissements externes et internes (:535). Il est important de souligner que la conscience de la vulnérabilité des malades augmente lorsque les avertissements externes sont associés aux symptômes ou aux messages internes (i.e. hyper ou hypoglycémie, troubles visuels, douleurs, ou troubles associés) (Ibid, :530).

L'étude de l'expérience de la maladie à travers la compréhension de l'influence de ces avertissements sur la représentation de la maladie permet de comprendre certains mécanismes à l'origine des décisions du patient relatives à son suivi des directives médicales et des soins de santé.

¹⁶⁷ Celles-ci concernent essentiellement « les restrictions alimentaires », « l'exercice physique », « l'utilisation correcte des médicaments prescrits », « l'arrêt du tabac ».

¹⁶⁸ Ces avertissements concernent généralement des restrictions personnelles ou des limitations dans le mode de vie qui sont rarement acceptées immédiatement. Souvent les professionnels de santé utilisent un modèle de cause à effet réductionniste de traitement ou une réduction des symptômes, « Si tu fais X, tu iras mieux ». « Un participant a reçu un avertissement à propos de son tabagisme qui illustre clairement cette idée : "Le Docteur qui me soigne... m'a dit, 'Maintenant tu peux continuer à fumer et mourir ou tu peux arrêter et vivre.'" » (Weiss & Hutchinson, 2000, trad. libre :526).

Examiner la trajectoire phénoménologique de la maladie chronique

L'expérience subjective de la maladie chronique caractérisée par son incertitude peut être appréhendée à travers les « patient careers », ou carrières de malade explorées par exemple dans le cadre d'étude sur l'adaptation des personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale (Gerhardt, 1990), ou à travers l'analyse de « life trajectories », ou de trajectoires de vie de personnes atteintes de sclérose en plaques (Robinson, 1990).

Utilisé il y a une trentaine d'années par Strauss (1975) dans le contexte de la maladie chronique, le concept de trajectoire se caractérise par son potentiel évolutif, mais aussi par la certitude et l'incertitude de son évolution (i.e. contradiction, ambiguïté) et par sa variabilité. L'expression *illness trajectories* (Corbin & Strauss, 1988) ou trajectoires de la maladie implique littéralement de considérer cette dernière comme une réalité vécue. Le terme « trajectoire » ne se limite pas uniquement à représenter la caractéristique objective et physiologique de l'évolution de la maladie qui n'est que l'un de ses aspects.

Le rôle actif et structurant que l'individu joue au cours de la dynamique temporelle de sa maladie est ici central, le concept de trajectoire intégrant également « the aspect of fatefulness of “undergoing and experiencing” » (Corbin & Strauss, 1988 :34). Pour le clinicien, la trajectoire de la maladie commence lors du début des symptômes, incluant les actions prises pour les traiter et avec la recherche d'un diagnostic pour agir partiellement en regard de l'évolution potentielle de la maladie selon chaque individu. La projection de la trajectoire (i.e. *trajectory projection*) conduit le clinicien à décider d'un plan d'action¹⁶⁹ (i.e. *trajectoire scheme*) dont le but est de gérer les symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie elle-même. Les trajectoires étant susceptibles de varier selon la nature de la maladie, le mode de réaction physiologique et émotionnelle de la personne, ainsi que le management institué par les professionnels de santé envers le malade, se caractérisent par

¹⁶⁹ Celui-ci varie selon la nature de la maladie chronique, la précision du diagnostic, la technique disponible pour traiter la maladie, et la réponse physiologique de la personne malade au traitement.

leurs deux principales propriétés : la variation – variabilité (variable) et la structuration (structurée). La structure (ossature, disposition, constitution, formation) de la trajectoire peut ainsi être analysée selon les différentes phases qui lui donnent sa forme.

Si l'étude de la trajectoire¹⁷⁰ *incertaine* de la maladie chronique s'avère particulièrement pertinente en anthropologie médicale, permettant d'explorer les relations entre les réponses des individus et les forces socioculturelles qui interagissent dans le monde biomédical (Becker & Kaufman, 1995), l'évolution de la trajectoire des complications chez les diabétiques n'apparaît guère avoir été investiguée dans la littérature sociologique et anthropologique.

Résumé de la revue de littérature en sciences humaines et sociales et pertinence de l'étude de la réalité subjective de la maladie vécue par les Autochtones diabétiques

L'abondante littérature en sciences humaines et sociales met notamment en évidence l'influence structurante du contexte socioculturel sur la signification de la maladie et les attitudes de l'individu. La personne souffrante, peut ainsi paradoxalement nier sa maladie, ou au contraire, l'affronter comme un combat, ou bien encore être accablée par sa gravité qui peut aboutir à sa propre mort.

Selon la méthode anthropologique issue du tournant interprétatif, la maladie en tant qu'expérience peut être notamment explorée à travers sa construction sémantique en prenant en compte la variabilité de ses modes d'expressions.

Parmi les modèles phénoménologiques les plus utilisés pour explorer l'expérience de la maladie, on relève le modèle explicatif de Kleinman (1980) et le réseau sémantique de

¹⁷⁰ La notion de *trajectoire de la maladie* introduite par Strauss (1975) et Strauss & al., (1984) est appréhendée par les sociologues selon trois dimensions (*the medical prognosis : the sickness career of the individual, including the*

Bibeau (1981). Ils permettent de porter une attention particulière sur la construction de la signification de la maladie à travers l'exploration de son explication causale et son inscription dans l'histoire de la personne souffrante mais aussi de son univers culturel. D'autres modèles théoriques sont utilisés dans le cadre d'études qui examinent en particulier l'influence des stratégies d'adaptation de la maladie sur l'utilisation des services de santé (e.g. Cameron & al. 1993). Ces stratégies de *coping* constituent des variables particulièrement pertinentes dans le cas d'études portant sur des personnes porteuses de maladies chroniques, lesquelles vivent l'impact de l'annonce du diagnostic de leur maladie et des contraintes thérapeutiques comme des événements potentiellement traumatisants. Les conduites d'opposition ou les mécanismes de résistance des patients constituent, pour eux, des moyens de survie, et pour les cliniciens, des barrières aux soins qu'il cherchent à anéantir efficacement en utilisant par exemple des menaces itératives (Weiss & Hutchinson, 2000).

Compte tenu de l'incertitude qui caractérise l'évolution de l'état de santé d'une personne porteuse d'une maladie chronique comme le diabète, le concept de trajectoire de la maladie (Corbin & Strauss, 1988) inscrit dans l'univers socio-culturel du patient en prenant compte son histoire de vie, se révèle particulièrement pertinent pour décrypter l'origine de certains phénomènes obscurs enracinés dans la réalité vécue subjective de sa maladie (e.g. réactions paradoxales, déni).

Dans la section précédente consacrée à la revue de littérature en santé publique, on a relevé en particulier les limites de certains modèles théoriques comme le *Health Belief Model* (Rosenstock, 1974). Il convient de souligner également la rareté d'études en anthropologie médicale qui ont intégré la composante linguistique dans leur dispositif conceptuel, l'accès à la trame supranarrative dans laquelle s'inscrivent les sémiologies

development of symptoms and the personal narrative) (Becker & Kaufman, 1995), qui permettent à la personne de faire sens à travers un cadre de référence subjectif et temporel.

locales impliquant pourtant la lecture des discours populaires recueillis dans la langue d'origine des personnes souffrantes.

Dans la partie consacrée à la littérature relative à la réalité sociale de la maladie, on a particulièrement souligné que les peuples autochtones, comme les migrants, en raison de leur « prédisposition », de leur « vulnérabilité », ou de leur « susceptibilité » au diabète de type 2, qu'elle soit génétique, environnementale (liée aux phénomènes de migration et d'urbanisation) ou liée aux conséquences de l'acculturation, constituent un objet d'étude privilégié pour les chercheurs en sciences humaines et sociales, et plus particulièrement pour les anthropologues impliqués dans des recherches menées au cœur des frontières où se rejoignent l'univers du culturel et le champ de la Santé publique (e.g. Massé, 1995 ; Corin, 1996 ; Garro, 1996 ; Rock, 2001 ; Bibeau & Vidal, 2003 ; Roy, 2002, 2004). Pour autant, malgré les nombreuses recherches conduites par les anthropologues sur le diabète dans les communautés amérindiennes (e.g. Garro, 1996 ; Gohdes, 1986 ; Rock, 2001 ; Roy, 1999, 2002), certes, particulièrement exposées et touchées par le diabète de type 2, dans les communautés migrantes aux Etats-Unis (Stover & *al.*, 2001 ; Mull & *al.*, 2001 ; Poss & Jezewski, 2002), ou à l'île de la Réunion¹⁷¹, on constate que les études anthropologiques portant sur la réalité subjective de la maladie vécue par les populations océaniques diabétiques, en particulier les recherches centrées sur l'apparition et le développement de leurs complications sont pratiquement inexistantes, et renforcent ainsi la légitimité de cette recherche qualitative, analytique, interprétative et culturaliste de la trajectoire de l'évolution du diabète vers les complications chez les Polynésiens autochtones vivant dans la zone urbaine de Tahiti.

Gregory & *al.* (1999) ont remarqué que si l'exploration des problèmes de santé chez les Amérindiens en milieu urbain est un phénomène récent, peu d'études concernent l'expérience du diabète vécue par ces peuples. Les résultats de la recherche qualitative

¹⁷¹ Voir à ce sujet la thèse de doctorat en anthropologie de Bouhier-Roddier (1999) qui porte sur l'identification des représentations de la maladie du diabète chez les Réunionnais.

conduite par ces chercheurs *in Urban Aboriginal¹⁷² People* sont particulièrement éloquentes. Ils tendent vers l'élaboration d'un *pan-Aboriginal Cultural Model of Diabetes*, c'est-à-dire un cadre conceptuel qui « transcende la géographie » (Gregory & al., 1999 :111) et qui contribue au développement d'une approche culturelle préventive, thérapeutique efficace et pertinente du diabète en impliquant les pourvoyeurs de soins et la communauté autochtone.

Dans cette étude, les Amérindiens perçoivent le diabète comme une maladie « omniprésente et incontrôlable », dont l'origine est inconnue pour la moitié d'entre eux et liée à différentes causes pour les autres (e.g. consommation excessive d'alcool, de sucreries, changement du mode alimentaire). Parmi ces causes figure « the arrival of the “White man's” disease (diabetes) » (Ibid :107), mettant ainsi en lumière les considérables changements socioculturels que ces peuples ont vécu depuis l'arrivée des Européens. Si certains Autochtones interrogés reconnaissent qu'ils sont habitués à l'utilisation de la médecine traditionnelle, ils reconnaissent cependant que cette « Indian medicine » est difficilement accessible en milieu urbain.

Enfin et surtout, on relève que ces Amérindiens diabétiques sont effrayés¹⁷³ par leur maladie notamment parce qu'ils ont été témoins de ses ravages parmi certains membres de leur famille ou certains de leurs amis. De nombreux participants déclarent ainsi connaître des Amérindiens touchés par l'insuffisance rénale à cause du diabète et qui doivent subir le traitement par dialyse rénale. Ainsi, « la signature du diabète sur leur corps comprend les pieds amputés, les membres et les mains » (Ibid, trad. libre :105). Ils parlent en effet des

¹⁷² Il s'agit plus précisément des Amérindiens vivant dans la ville de Winnipeg au Manitoba (Canada).

¹⁷³ Cependant, dans l'étude de Cordeau & al. (2001) centrée notamment sur l'identification « the most important barriers to care for diabetes » chez les Cris, on note que la crainte des complications à long terme du diabète provoquée par les messages de prévention diffusés par les professionnels de santé aux Autochtones diabétiques peut parfois les motiver à prendre soins de leur santé et à contrôler leur diabète.

amputations inévitables, mais aussi de la cécité, de l'insuffisance rénale, et éventuellement de la mort. Plus précisément :

« The people I see... how they are when they have diabetes. Some of them are really bad. Like, our friend, he died, not even a year ago, eh. They cut off both legs. They cut off his fingers. He was really in bad shape. He only lasted two years. Diabetes scares me. It scares me because I could lose my feet, eh. Lose my hands and lose my sight » (Gregory & *al.*, 1999 :105).

CHAPITRE QUATRIÈME

MÉTHODE

« (...) L'enquête de type anthropologique se veut au plus près des situations naturelles des sujets - vie quotidienne, conversations -, dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances *in situ* contextualisées, transversales, visant à rendre compte du "point de vue de l'acteur", des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones » (De Sardan, 1995 :72-73).

La spécificité de la méthode anthropologique utilisée dans cette étude, réside dans une approche « soucieuse de restituer le sens des pratiques de chaque individu, tout en l'éclairant par la connaissance du contexte social et culturel dans lequel s'inscrivent ces pratiques » (Grafmeyer, 1998 :107). La culture est entendue ici, rappelons-le, comme « un ensemble complexe de pratiques, de comportements, de représentations et de manières de penser qui forment ensemble un système plus ou moins bien intégré » (Bibeau & Vidal, 2003 :239). La notion de *terrain* ou de *site ethnographique* où l'anthropologue mène sa recherche est d'importance fondamentale (Ibid).

Cette stratégie de recherche ethnographique s'apparente à une recherche *synthétique* (Contandriopoulos & al., 1990 :37) qui examinerait « l'ensemble des relations qui font intervenir simultanément plusieurs variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes », « pour expliquer et prévoir des comportements ou des phénomènes complexes ». Pour autant, « les modèles explicatifs et les réseaux sémantiques individuels ne sont aucunement réductibles à des variables concrètes, tangibles, aux contours précis et stables. En tant qu'arrangements structurés, ils mettent en rapport tantôt causal, tantôt symbolique, analogique ou métaphorique une série d'éléments (tels que des symptômes, des événements, des émotions, etc.) » (Massé, 1995 :309).

Le devis applicable à ce projet de recherche est celui d'une étude de cas¹⁷⁴ envisagée selon une approche anthropologique culturaliste et interprétative dans une perspective de Santé publique.

À partir de l'analyse des récits exprimés en langue tahitienne par des Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2, l'objectif est de retracer la trajectoire sémiologique (celle des manifestations, des *signes*), sémantique (celle du *sens*), et phénoménologique (celle de l'expérience vécue) de leur maladie et de mettre en évidence leurs mécanismes internes et leurs récurrences. Autrement dit, à partir de la reconstruction et de l'analyse de la trajectoire de l'évolution de la maladie des Polynésiens diabétiques en termes de perception, de signification, et d'expérience, il s'agit d'examiner l'influence structurante de leur représentation du diabète sur leurs conduites face à cette maladie pouvant ainsi contribuer à son évolution vers la gravité, c'est-à-dire vers les complications.

Dans cette perspective, la finalité de cette recherche est d'optimiser la compréhension des cas choisis plutôt que leur généralisation (Stake, 1994). Le nombre de Polynésiens à interroger a été déterminé notamment à partir d'études similaires dans lesquelles le nombre de 30 à 40 personnes constitue un échantillon qui permet d'atteindre les objectifs de recherche et d'obtenir principalement une saturation des données empiriques (Pires, 1997 :156-157). Initialement, ce nombre était estimé à 30, mais la stratégie de repérage des cas à partir des données médicales ainsi que l'immersion dans la population étudiée m'a conduite avec mon interprète à rencontrer 35¹⁷⁵ Polynésiens volontaires pour participer à l'étude, et qui étaient originaires de l'ensemble des archipels de la Polynésie française. L'analyse des récits recueillis principalement en langue tahitienne et traduits en langue française a permis d'étudier en profondeur la trajectoire sémiologique, sémantique et phénoménologique de l'évolution de la maladie de ces Polynésiens

¹⁷⁴ L'étude de cas ethnographique peut être définie comme « a detailed ethnographic example which focuses on specific individuals or incidents » (Barnard & Spencer, 1996 :597).

¹⁷⁵ On précisera toutefois que parmi ces 35 cas, 30 ont été finalement retenus, puisque 2 cas sont décédés avant la première entrevue et que 3 cas ont été exclus, comme on l'abordera ci-après.

diabétiques, conduisant à l'optimisation de la compréhension des cas choisis en regard des critères d'inclusion précisés plus loin. Les données ethnographiques collectées proviennent essentiellement d'entrevues semi-dirigées réalisées avec les cas (i.e. Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2), généralement dans leur milieu de vie.

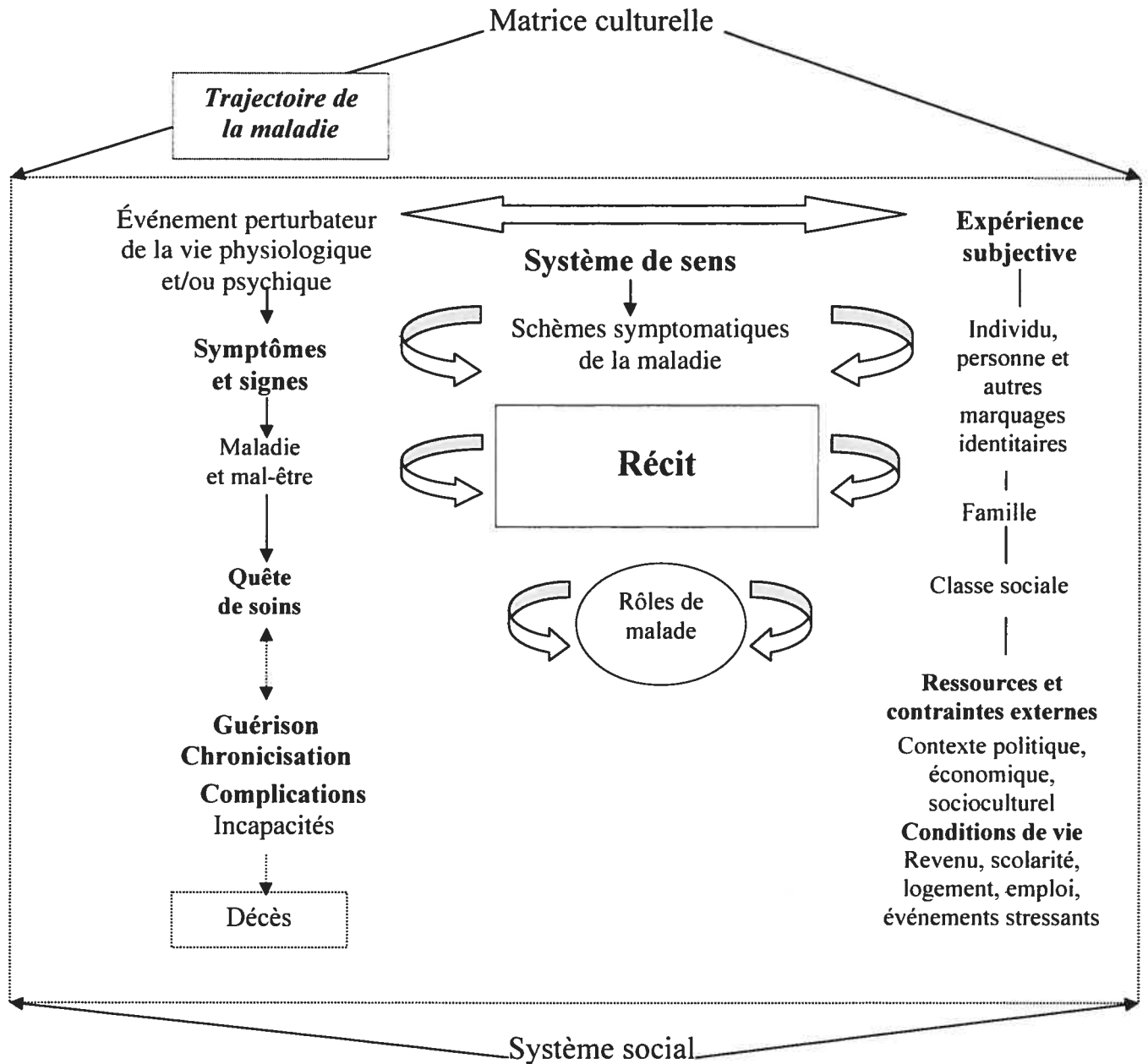
Modélisation et modèle sémiologico-phénoménologique de la maladie

La modélisation de la maladie en anthropologie présente une difficulté particulière, car elle place le chercheur à l'intersection de plusieurs paradigmes (notamment socioculturel et bio-dynamique) et disciplines scientifiques : philosophie, histoire, épistémologie historique des sciences, théorie de la littérature, sciences de la santé et sciences sociales (Bibeau, 2002b).

Lorsque l'on applique l'approche interprétative de l'anthropologie médicale de Good dans le contexte empirique de la thèse, la signification du diabète et de ses complications se construit dans la trame narrative des Polynésiens diabétiques et s'enracine dans leur contexte familial, social et culturel. La maladie est entendue ici comme un *syndrome of experience*, « a set of words, experiences, and feelings which typically “run together” for members of a society » (Good, 1994 :5).

Le modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique de la maladie retenu pour cette étude est présenté à la page suivante selon une forme simplifiée (figure 2). Il s'inspire de travaux de certains anthropologues médicaux critiques (Bibeau, 1981, 2003 ; Corin & al., 1990, 1992, 1993) et s'inscrit dans un univers socioculturel, entre la matrice culturelle et le système social, permettant d'appréhender ainsi la maladie à travers le système de *sens* produit à partir des schèmes symptomatiques (*signes*) et exprimés dans le récit de la personne souffrante, laquelle adoptera des *actions* (ou *non actions*) envers sa maladie, et jouera ainsi un rôle ou des « rôles de malade ».

Figure 2 : Modèle d'analyse sémiologique-phénoménologique de la maladie (version simplifiée)



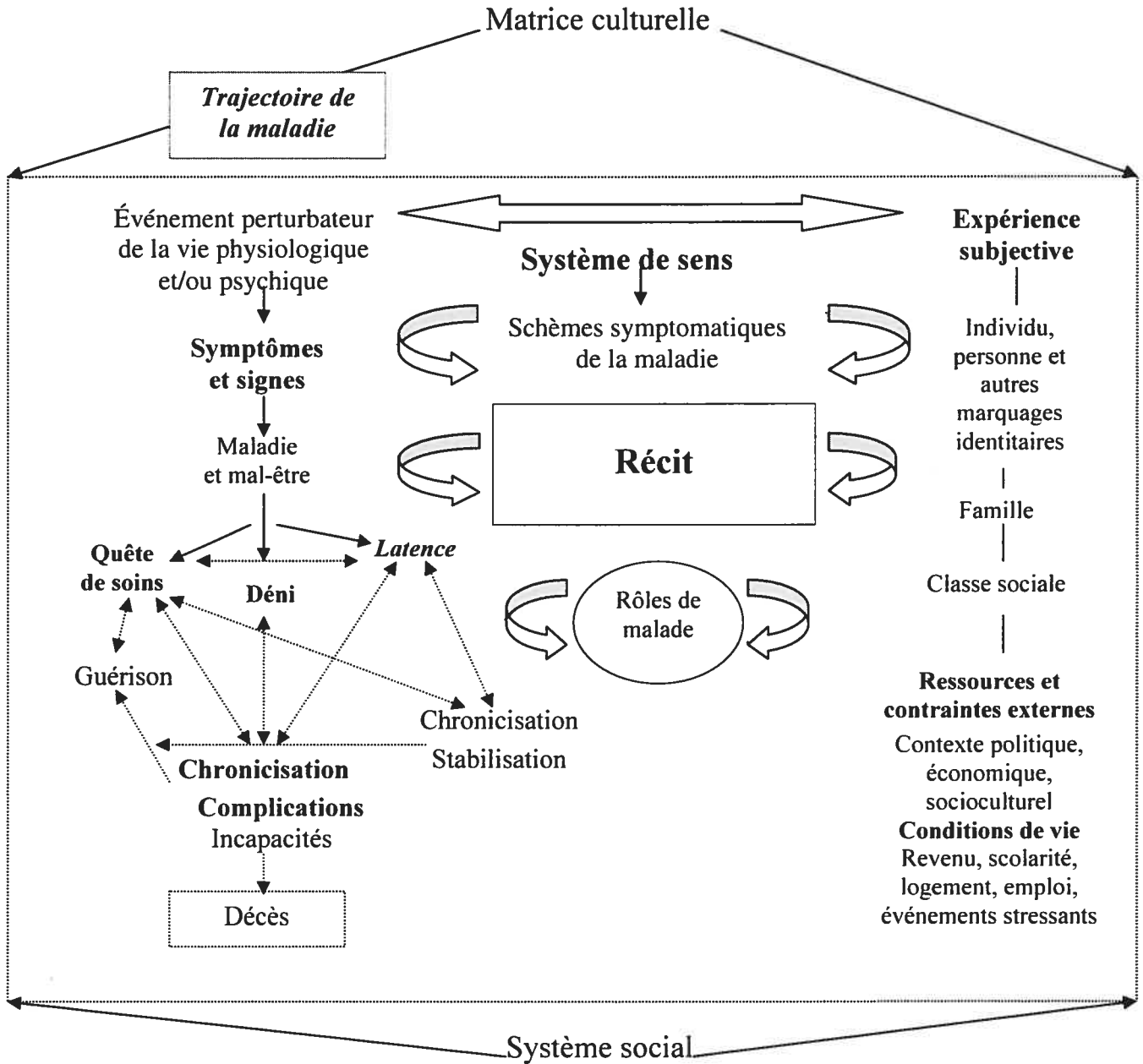
D'après Corin & al. (1990), Corin (1996), & Bibeau (2003).

L'architecture du modèle sémiologico-phénoménologique se caractérise par sa charpente constituée par deux axes principaux. Le premier est celui de la trajectoire de la maladie. Celle-ci est envisagée dans la figure 2 de manière simplifiée comme une trame qui caractérise l'évolution physiologique et objective de la maladie, partant de l'événement perturbateur de la vie physiologique qui peut être identifié à l'origine de la maladie en tant qu'élément physiologique déclenchant, les symptômes et les signes perçus à travers la maladie et de mal-être ressentis lesquels conduisent les personnes souffrantes à une quête de soins. Selon l'ancienneté du diagnostic de la maladie de l'individu et son degré de gravité en particulier, son état de santé est susceptible d'évoluer vers la guérison, ou la chronicisation aboutissant à des incapacités (e.g. diminution de l'acuité visuelle pouvant conduire à la cécité dans le cas du diabète) qui témoignent au plan physique de l'aggravation de la maladie vers les complications. La mort de la personne souffrante s'inscrit également au sein de cette trajectoire, notamment parce qu'elle représente une phase potentielle de l'évolution de sa maladie.

Le deuxième axe de la charpente du modèle concerne l'individu, c'est-à-dire ses caractéristiques personnelles identitaires, son histoire familiale, sa catégorie socioprofessionnelle, ses ressources et ses contraintes externes -en référence au contexte socioéconomique et politique de la société dans laquelle il vit- ainsi que ses conditions de vie qui permettent précisément d'appréhender les conditions structurantes de son problème de santé. Plus précisément, ce modèle s'articule autour d'un « *system of signs, meaning and actions* »¹⁷⁶ (Bibeau & Corin, 1995b :42) et permet ainsi d'explorer en interaction, dans une approche systémique, l'ensemble des manifestations et symptômes (*signes*) exprimés et vécus par le sujet quant à sa maladie et sa souffrance, au sein d'un environnement social et d'un environnement culturel incluant le système des idéologies, des valeurs, des normes, des croyances (*sens*) et le recours à la médecine traditionnelle et/ou à la biomédecine

(actions), et autour desquels gravitent des forces macro-politiques et des contraintes économiques (Corin, 1996 :131).

Figure 3 : Modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique de la maladie



Adapté à partir de Corin & al. (1990), Corin (1996), & Bibeau (2003).

La figure présentée à la page précédente correspond à la version complétée du modèle mis à l'épreuve au cours de l'étude exploratoire réalisée dans le contexte empirique. Elle permet de représenter en particulier la complexité du potentiel évolutif de la trajectoire de la maladie et surtout son extrême variabilité presque contradictoire, impliquant le rôle actif et structurant joué par l'individu au cours de l'évolution physiologique de sa maladie. Lors de sa quête de soins, la personne souffrante peut s'orienter vers la médecine biomédicale et/ou traditionnelle, notamment dans certains contextes où plusieurs systèmes thérapeutiques cohabitent. On observe cependant que la trajectoire physiologique de la maladie poursuit son évolution au cours de sa dynamique temporelle, le patient pouvant adopter certaines réactions parfois ambiguës vis-à-vis de son état de mal-être (e.g. déni, latence). La trajectoire phénoménologique de la personne malade se structure ainsi selon sa réaction physiologique et émotionnelle à la maladie mais également selon l'influence de son mode de prise en charge (management) par les professionnels de santé.

Dans le cadre de cette thèse, ce modèle d'analyse tend précisément vers la forme d'un modèle explicatif des complications chez les Polynésiens diabétiques autochtones. Il permet de porter une attention particulière sur les mécanismes impliqués dans leurs réactions¹⁷⁷ face à la maladie, mais aussi plus largement sur le contexte local dans lequel s'enracine la construction culturelle et psychosociale du diabète. Un intérêt singulier est porté sur l'évolution de la trajectoire de la maladie depuis son commencement, selon une approche essentiellement synchronique, puisqu'il s'agit de décrypter la signification profonde des récits exprimés en langue tahitienne par des Polynésiens diabétiques à un certain moment de l'histoire de leur maladie et de leur expérience vécue.

Dans une approche compréhensive (i.e. à la recherche du sens et du non-sens) des maux et des pratiques de guérison, exprimés par la personne diabétique et souffrante afin

¹⁷⁷ Il n'est pas inutile de préciser ici que les réactions des Polynésiens autochtones diabétiques ne se limitent pas à leur mode de recours thérapeutique (i.e. médecine traditionnelle et/ou biomédecine), mais qu'elles intègrent également leurs conduites d'opposition potentielles à la maladie (e.g. déni, refus).

d'apprivoiser le mal, ce cadre permet d'utiliser la méthode d'analyse de ses récits dans son fonctionnement spécifique. L'attention est ainsi portée sur l'aptitude au langage, l'interprétation symbolique du monde et la transmission de l'expérience humaine dans une dimension socioanthropologique incluant des considérations linguistique, sémantique et épistémologique. Le diabète est davantage considéré ici comme un processus historiquement, culturellement, et socialement construit, plutôt que comme une perturbation métabolique ou un état exclusivement pathologique.

Le développement d'une phénoménologie critique permet d'associer avec pertinence l'approche interprétative *-la maladie n'est pas une entité mais un modèle explicatif* (Good, 1998 :126)- et critique, lorsqu'il s'agit d'analyser les représentations de personnes souffrant du diabète et de ses complications dans des sociétés acculturées marquées par les effets de la colonisation. Une telle démarche n'est pas sans poser certaines questions qui appellent à repenser « une épistémologie qui transforme trop aisément en mystification le sens de la maladie et les formes locales du savoir médical » (Good, 1998 :145). En effet, « comment écrire sur la maladie de façon à mieux comprendre les réalités de l'expérience vécue et continuer de parler des processus sociaux et historiques au sens large, dont le sujet étudié est à peine conscient ? (...) » (Good, 1998 :145).

En résumé, ce cadre de référence permet d'accéder à l'expérience subjective des personnes (i.e. Polynésiens autochtones) porteuses du diabète de type 2, en procédant à la reconstruction et à l'analyse de la trajectoire de l'évolution de leur maladie structurée par le contexte social, économique et culturel, et par leur histoire et leur expérience personnelles, et en intégrant leurs croyances, leurs représentations, et les systèmes de *signes*, de *sens* et d'*actions* qu'ils expriment dans leur langue maternelle (i.e. langue tahitienne) dans leurs récits.

Définition des limites du terrain

Pour les besoins et la faisabilité de l'étude, les participants ont été choisis, certes, en fonction de leur pertinence *théorique* par rapport au phénomène étudié (i.e. l'évolution de la trajectoire sémiologique et phénoménologique du diabète de type 2 chez les Polynésiens autochtones), mais aussi en fonction de la collecte des données topologiques (Laperrière, 1997 :335), c'est-à-dire la délimitation du cadre empirique sur une même localité géographique.

Afin d'appréhender, en particulier, l'environnement et les conditions de vie des Polynésiens diabétiques inclus dans l'étude, les limites géographiques du secteur de la zone urbaine dans laquelle ils vivent ont été définies en concertation avec les responsables du service du cadastre, de l'urbanisme ainsi que de l'institut de la statistique de la Polynésie française.

Plus précisément, la démarche consistant à sélectionner un secteur de la zone urbaine de Tahiti résultait de la volonté de préciser les limites d'un isolat humain de Polynésiens autochtones. Il s'agissait par conséquent d'identifier un quartier d'habitation caractérisé par une densité importante de Polynésiens, et distant (i.e. n'étant pas à proximité directe) des lieux résidentiels dits « de standing » (moyen/supérieur) occupés par des Européens (« popa'ā »), des Chinois (« tinito ») ou des Métissés (« 'āfa », litt. demi).

Le choix de ce secteur géographique dans la zone urbaine de Tahiti a donc été motivé en raison d'une forte concentration de Polynésiens potentiellement migrants (i.e. originaires des îles des autres archipels que celui des îles du Vent où se trouve Tahiti), ceci dans la perspective d'étudier l'impact de la variable migratoire dans l'évolution de la trajectoire de la maladie des participants à l'étude.

En choisissant cette stratégie de recrutement, l'intention était également de repérer les cas -Polynésiens de souche, porteurs d'un diabète de type 2- à partir de leur lieu de vie,

c'est-à-dire d'un milieu non-clinique, ceci pour permettre de rencontrer des Polynésiens potentiellement peu ou non-suivis, c'est-à-dire en marge du système de santé, ceux-là mêmes que certains médecins nomment les « perdus de vue ».

Il apparaîtra en effet évident, que le recrutement des cas réalisé exclusivement à partir d'une structure de soins privée ou publique (i.e. cabinet de consultations¹⁷⁸ médicales privées, et/ou dispensaire, et/ou établissement d'hospitalisation), aurait provoqué sans doute un biais de sélection, puisque les Polynésiens pris en charge médicalement au moment de l'inclusion sont supposés bénéficier d'un suivi médical, *a priori*, régulier.

Critères d'inclusion des cas à l'étude

Les critères d'inclusion des cas à l'étude étaient principalement d'ordre médical, ethnique, géographique, et éthique. Plus précisément, chaque participant devait :

- (1) être porteur du diabète de type 2 diagnostiqué médicalement en regard de la définition ADA¹⁷⁹ fixant la limite de la glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l. (Simon & al., 2005 :4) ;
- (2) être Polynésien autochtone, c'est-à-dire auto-identifié¹⁸⁰ (Barth, 2005 :211) comme étant d'origine ou d'ethnie polynésienne, né de père et de mère Polynésiens ;
- (3) habiter dans les limites du secteur géographique défini (i.e. quartier d'habitation situé dans la zone urbaine sur l'île de Tahiti) ;

¹⁷⁸ Par exemple dans le cadre de consultations médicales que certains cliniciens planifient spécialement pour les personnes diabétiques.

¹⁷⁹ American Diabetes Association.

¹⁸⁰ On se réfère ici aux travaux de l'anthropologue Barth, notamment à *Ethnic Groups and Boundaries* (version originale parue en 1969) dans lequel il souligne l'importance que l'auto-identification de l'individu à sa communauté soit exprimée explicitement (Barth, 2005 :247). Il insiste également sur « la caractéristique de l'auto-attribution ou de l'attribution par d'autres à une catégorie ethnique » (Ibid :210), et précise plus loin « dans la mesure où les acteurs utilisent des identités ethniques pour se catégoriser eux-mêmes et catégoriser les autres dans des buts d'interaction, ils forment des groupes ethniques en ce sens organisationnel » (Ibid :211).

(4) être adulte (i.e. âgé au moins de 20 ans) et non atteint de troubles mentaux connus¹⁸¹;

(5) être volontaire pour participer à cette recherche (i.e. respect des considérations éthiques)¹⁸².

Par conséquent, la procédure de recrutement des sujets a conduit à exclure : (1) les personnes non diabétiques ; les personnes en état dit *pré-diabétique* ou dont le diagnostic de diabète était incertain, c'est-à-dire non confirmé biologiquement selon la définition de l'ADA (2003a) ; les personnes porteuses d'un diabète de type 1 ; les femmes enceintes porteuses d'un diabète gestationnel ; les personnes porteuses d'un diabète dit spécifique (e.g. diabète pancréatique, diabète induit par des médicaments ou des toxiques) (ADA, 1998) ; (2) les personnes d'origine ethnique métissée (i.e. ethnies polynésienne associée à une ou plusieurs ethnies), les personnes d'origine chinoise, d'origine française ou d'une autre ethnies ; (3) les personnes vivant à l'extérieur des limites de la zone urbaine sur l'île de Tahiti ou ne vivant pas sur l'île de Tahiti ; (4) les enfants ou les adolescents ou les personnes âgées de moins de 20 ans ; (5) les personnes non volontaires pour participer à l'étude.

Procédure de recrutement des cas

Le 31 octobre 2003, le Comité d'éthique de la Polynésie française a émis à l'unanimité un avis favorable au projet de recherche, lequel avait été présenté à ses membres le 14 août 2003.

¹⁸¹ Certains Polynésiens diabétiques porteurs de pathologies mentales antérieurement diagnostiquées générant des troubles de la mémoire et parfois même des troubles de l'expression, n'ont pas été retenus compte tenu notamment de l'absence de fiabilité évidente de leur discours.

¹⁸² Le formulaire de consentement éclairé comme l'ensemble des formulaires éthiques destinés aux médecins (en langue française) et aux participants à l'étude (en langue tahitienne et en langue française) sont présentés de l'annexe IV à l'annexe X.

Les cas ont été recrutés dans trois secteurs : (1) le secteur « médical privé » - incluant les cabinets médicaux privés et ceux qui sont implantés dans les établissements de soins privés (i.e. les cliniques) - ; (2) le secteur « public » non hospitalier (i.e. l'un des dispensaires situé à Tahiti), et « public » hospitalier correspondant à la plate-forme hospitalière de référence à Tahiti (i.e. le centre hospitalier de la Polynésie française) ; et enfin (3) le secteur dit « non clinique » permettant de recruter spontanément des cas portés volontaires sur le terrain et satisfaisant également aux critères d'inclusion. On ne procédera pas ici à la distinction du recrutement des cas réalisé dans le secteur médical privé et dans le secteur public dans la mesure où la procédure de recrutement s'est avérée identique.

Approche des cliniciens en vue du recrutement des cas

Les médecins généralistes et/ou spécialistes, potentiellement impliqués dans le suivi des patients diabétiques habitant dans la zone urbaine de Tahiti ont été rencontrés individuellement et sur rendez-vous à leur cabinet. Lors de ces entrevues, le projet de recherche était présenté, donnant lieu généralement à de fructueux échanges sur leur perception des Polynésiens diabétiques et sur les difficultés auxquelles ils sont confrontés lors de leur prise en charge. La plupart des cliniciens ont témoigné une certaine confiance, apparemment en raison de la neutralité de leur interlocuteur rattaché à des institutions non-polynésiennes (i.e. université canadienne et française). Les formulaires éthiques étaient découverts avec un certain étonnement, car les procédures s'effectuent habituellement, semble-t-il, oralement.

D'emblée, le fait de sélectionner les cas à partir du critère géographique (i.e. quartier d'habitation) est apparu complexe pour les cliniciens, notamment parce que la plupart¹⁸³ ne connaissent pas l'adresse géographique de leurs patients puisqu'ils les

¹⁸³ On constate, en effet, que les médecins généralistes qui visitent à domicile les patients notamment porteurs d'invalidités sont extrêmement rares. On note également que les patients qui viennent « des îles » (i.e. des archipels éloignés de Tahiti), par le biais d'une évacuation sanitaire par exemple, sont identifiés spécifiquement par rapport à leur île d'origine.

identifient prioritairement à partir de données administratives¹⁸⁴. Pour autant, grâce à la relation de confiance établie avec les médecins généralistes et spécialistes rencontrés à Tahiti, aux relances téléphoniques régulières et par courriel, les cas ont été recrutés majoritairement parmi la clientèle médicale ($n = 27$), à l'exception de 3 Polynésiennes recrutées spontanément sur le terrain.

Si dans l'ensemble, les 73 médecins¹⁸⁵ rencontrés étaient particulièrement motivés pour participer au recrutement des participants à l'étude, deux médecins (i.e. un généraliste et un spécialiste) ont refusé. Les motifs évoqués par le premier étaient en réalité moins son manque de temps apparent que la relation principalement exclusive qu'il semble établir avec ses malades. Assurément, ce médecin a perçu sa participation au recrutement des cas comme un engagement, et surtout comme un risque potentiel de partager sa clientèle qu'il souhaite vraisemblablement protéger. Dans ses propos, on discernait ainsi sa crainte de ne voir accéder à ses pratiques médicales :

« Comme je vous l'ai indiqué, je ne suis pas d'accord parce que je n'ai pas le temps (...). Je veux bien vous aider, divulguer cette circulaire... [i.e. la lettre d'information remise à la personne diabétique] mais je refuse de signer¹⁸⁶. Je ne suis pas impliqué dans votre étude. Le lien que j'ai avec mes malades, je ne tiens pas à le partager avec vous. (...) La relation personnelle et privilégiée... (...) Je vous ai assez donné de temps... »

À la fin de l'entrevue, il s'est adressé à sa secrétaire en lui précisant qu'il lui expliquerait... comment, *« divulguer cette circulaire... »*.

¹⁸⁴ Il s'agit en général du nom de famille du patient, de son prénom, de sa date de naissance et, secondairement, de son numéro d'identification au sein de l'organisme d'assurance maladie (i.e. Caisse de prévoyance sociale).

¹⁸⁵ Médecins généralistes et spécialistes du secteur privé et du secteur public (i.e. hospitalier et santé publique) exerçant à Tahiti.

¹⁸⁶ Il s'agit précisément du formulaire de consentement destiné au médecin et dans lequel je me suis engagée à respecter l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies dans le cadre de cette étude, et que mon action ne portera aucun préjudice à son activité professionnelle (Cf. annexe IV).

S'agissant du médecin spécialiste, sa participation au recrutement des cas était conditionnée par mon acceptation à une proposition qui m'est apparue fondamentalement incompatible avec le respect des règles éthiques de la recherche. Mais le hasard de l'itinéraire du terrain m'a conduit avec mon interprète vers certains patients suivis auparavant par ces deux médecins et dont les attitudes étaient pour le moins marginales.

La présentation du projet de recherche aux 71 médecins impliqués dans le recrutement des cas ainsi que le travail réalisé sur le terrain avec mon interprète ont donc permis de recruter 35 cas parmi les 70¹⁸⁷ diabétiques repérés dans la zone géographique. Sur les 35 cas recrutés, 30¹⁸⁸ ont été retenus de manière définitive, car 2 cas sont décédés avant la première entrevue, et 3 ont été exclus en raison de l'incertitude du diagnostic de diabète comme on le précise ci-après.

Rigueur du recrutement des cas porteurs du diabète de type 2

À Tahiti, les diabétologues (i.e. médecins spécialisés en diabétologie), et les médecins généralistes, se réfèrent à la définition biologique du diabète modifiée depuis 1997 par l'ADA¹⁸⁹. Ils considèrent ainsi comme diabétique toute personne qui, à jeun, et à deux reprises, a un taux de glycémie supérieur à 1,26 g/l.

¹⁸⁷ Ce nombre correspond aux cas potentiels identifiés essentiellement à partir des données issues du service d'information médicale du centre hospitalier de la Polynésie française, compte tenu de la fragmentation, notamment au plan épidémiologique, des rares données disponibles en Polynésie française (Vigneron, 1999 :188). Après vérification, la moitié des cas exclus d'emblée était constituée, pour une large majorité, de personnes diabétiques décédées, venaient ensuite les cas vivants, mais d'origine ou d'ethnie chinoise ou métissée, et quelques cas porteurs d'un diabète médicamenteux.

¹⁸⁸ On ne sera pas étonné de constater que les cas qui figurent dans cette thèse sont numérotés de 001 à 034 (Cf. tableaux placés en annexe). Cette numérotation s'explique par le fait que les codes d'identification des cas ont été attribués et mémorisés par le chercheur au fur et à mesure du déroulement du travail de terrain. Par conséquent, si les cas n° 009, 030 et 035 ont été effectivement éliminés car le diagnostic de leur diabète était incertain, et si les cas 011 et 025 sont décédés avant la première entrevue, -conduisant à réaliser les entretiens respectivement avec la veuve et avec la fille-, les numéros des cas attribués initialement et mémorisés pendant les trois années de travaux ont été finalement conservés.

¹⁸⁹ American Diabetes Association.

Le diagnostic biologique du diabète des Polynésiens inclus dans l'étude était confirmé, soit par leur médecin traitant, soit par le contenu de leur dossier médical¹⁹⁰ consulté en présence de leur médecin avec leur accord¹⁹¹. Par conséquent, les cas dont le diagnostic était incertain, n'étaient pas retenus. Or, sur les 35 cas inclus au début de l'étude, trois d'entre eux ont posé un problème d'incertitude du diagnostic de leur diabète. S'ils ont été finalement exclus à l'issue d'une unique rencontre, la restitution de leur approche n'est pas sans intérêt.

Le diabète du premier cas (i.e. Cas 035) avait été diagnostiqué - ou plutôt pré-diagnostiqué - par son médecin traitant, lequel était, *a priori*, convaincu de l'état diabétique de ce patient, compte tenu de son *tableau clinique de surcharge pléthorique*. Ce clinicien m'avait donc encouragée à retrouver la trace de ce malade car celui-ci était en effet susceptible de fuir ou d'échapper aux soins. La rencontre avec ce patient et l'un des membres de sa famille a permis de confirmer la véracité des propos du médecin concernant l'hypothèse de la fuite et de l'échappement du malade au système de soins. Mais cette rencontre a surtout permis de constater la méfiance et l'incompréhension des enfants au sujet de la prise en charge médicale de leurs parents souffrants. Finalement, les informations médicales recueillies, *a posteriori*, ont confirmé que le problème médical majeur de ce Polynésien, pourtant identifié comme diabétique, n'était pas lié au diabète de type 2 dont il n'était pas porteur.

La consultation du dossier médical du deuxième cas (i.e. Cas 030) a permis de constater qu'il s'agissait d'un DNID¹⁹² sans complications avec deux taux de glycémie supérieurs à 1,26 g/l (soit 1,30 g et 1,75 g). Un compte-rendu d'hospitalisation signalait des antécédents de *diabète*. Pour autant, au moment du recrutement, le diabète n'était plus

¹⁹⁰ Le cas échéant, les données médicales étaient confirmées par le contenu du carnet « longue maladie », voire complétées par le médecin à partir des résultats biologiques présents dans le dossier du patient.

¹⁹¹ Les formulaires éthiques sont présentés de l'annexe IV à l'annexe X.

¹⁹² Diabète non-insulinodépendant.

prioritaire au plan médical et identifié comme un *diabète ancien*, équilibré semble-t-il, à la suite de l'application de règles diététiques prescrites par un médecin spécialiste.

Enfin, le troisième cas (Cas 009) était identifié par son médecin traitant comme porteur d'un diabète débutant ou d'un *pré-diabète* qui a conduit à son exclusion de l'étude.

Ces trois cas permettent d'illustrer la possibilité de dérives ou d'interprétation hâtive voire erronée de certains médecins qui, en présence d'un *tableau de surcharge pondérale ou d'obésité*, ont tendance parfois à considérer d'emblée leur patient comme *diabétique*, sans disposer de la confirmation biologique de leur diagnostic.

Cas recrutés dans le milieu non-clinique

Le travail de terrain a impliqué des visites régulières et pendant plusieurs mois de mon interprète et de moi-même dans le quartier sélectionné. Les membres de cette communauté de Polynésiens ont manifesté un certain intérêt à notre égard, compte tenu de l'objet de notre recherche. Trois Polynésiennes diabétiques sont ainsi venues à notre rencontre, se portant spontanément volontaires pour s'impliquer dans l'étude sans l'intervention de leur médecin. Le contrôle des informations relatives à leur problème de santé, réalisé *a posteriori* et avec leur accord, a permis de confirmer que l'ensemble des critères d'inclusion était respecté et que ces Polynésiennes pouvaient participer à l'étude.

Cas décédés avant le premier entretien

Il convient d'apporter certaines précisions sur les cas 011 et 025 qui, malheureusement, sont décédés avant le premier entretien, et n'ont pas pu apporter le récit de l'expérience de leur maladie dans cette étude. Ils n'ont cependant pas été exclus et constituent un groupe différent. En effet, compte tenu du fait qu'ils avaient été pré-inclus dans l'étude lorsqu'ils étaient vivants, le travail de terrain m'a conduit avec mon interprète à rencontrer l'épouse du cas 011 et la fille du cas 025. Ces deux récits ont permis

d'appréhender notamment l'expérience du diabète des Polynésiens et la souffrance exprimée et vécue par les membres de leur entourage familial et d'enrichir ma réflexion¹⁹³, s'agissant notamment du motif de recours à la médecine traditionnelle pour les deux cas, et de la non acceptation de la maladie pour le cas 025.

Réalisation des entretiens semi-directifs en langue tahitienne

« Ainsi au risque de choquer aussi bien les méthodologues rigoristes que les herméneutes inspirés, je dirais volontiers que l'entretien peut être considéré comme une forme d'*exercice spirituel*, visant à obtenir, par *l'oubli de soi*, une véritable *conversion du regard* que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie » (Bourdieu, 1993 :1406).

Prétest et validation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été pré-testé, corrigé, et validé auprès d'informateurs Polynésiens diabétiques non-participants¹⁹⁴ à l'étude. Une attention particulière était portée sur la formulation et le choix des mots tahitiens dont la signification devait être la plus proche possible des expressions en langue française. Ces travaux préparatoires à la réalisation des entretiens étaient aussi l'opportunité d'explorer l'expérience de la maladie vécue par le Polynésien, et de recueillir un matériel particulièrement intéressant et extrêmement pertinent comme en témoignent les propos singulièrement troublants de l'un de mes informateurs privilégiés : « (...) *C'est pas pareil quand tu donnes ton cœur dans ta propre langue, tu peux mieux t'exprimer. Chaque mot a sa propre valeur. (...) C'est moi qui ressens, je dis exactement ce que j'ai vécu dans ma maladie. (...) Je crois que le diabète c'est la pire des maladies, hein... Le traitement, c'est à vie. C'est pire que le cancer, parce que le cancer, ça se soigne. Quand tu as le diabète, on t'ampute de tous les membres...*

¹⁹³ Il est toutefois important de préciser que si le contenu de ces deux entretiens n'a pas fait l'objet d'une analyse spécifique en vue de son exploitation dans le cadre de cette thèse, un projet de publication spécifique est envisagé.

¹⁹⁴ Il s'agissait d'habitants de la zone urbaine de Tahiti à l'extérieur des limites du quartier sélectionné.

amputé de partout ! [éclat de rires généreux] (...) Si tu fais attention... tu peux vivre longtemps... c'est seulement pour prolonger ta vie. (...) Je n'ai jamais entendu dire que quelqu'un diabétique a été guéri, alors tu suis ton traitement jusqu'à ta mort... [Silence] Je ne comprends rien... (...) Je dis à mon mari : "On dirait que mon corps est rempli d'insuline..." » Lorsque j'ai évoqué les difficultés potentielles liées à son expérience du diabète, elle a précisé : « d'abord j'aime bien manger. En mangeant tout ce qui m'a été défendu, je fais pas comme on me l'a ordonné. Quand j'ai faim, je mange jusqu'à ce que... je mange à ma faim. J'aime tellement les plats tahitiens, bananes... j'aime tout ce qui est tahitien... [Silence] Je viens d'une famille très pauvre... Je me suis privée toute ma vie... alors c'est pas maintenant que je vais me rationner hein ! Je préfère mourir d'avoir fait un écart de régime que mourir de faim ! »

La version définitive du guide d'entretien est présentée en langue française et en langue tahitienne, en annexe¹⁹⁵. La formulation des questions est conçue au regard du modèle¹⁹⁶ sémiologico-phénoménologique de la maladie, plus précisément autour des trois points d'ancrage (i.e. sémiologique, sémantique et phénoménologique) de la trajectoire de l'évolution du diabète des Polynésiens afin d'investiguer les *signes* et le *sens* qu'ils attribuent au diabète et les *actions* qu'ils mènent face à ce problème de santé.

Contexte de réalisation des entretiens

« The biggest problem in conducting a science of human behavior is not methodological but ethical » (Russell, 1995 :17).

La recherche ethnographique n'est pas sans confronter, de manière récurrente, le chercheur à certains paradoxes, ambiguïtés, et dilemmes éthiques inhérents à son approche phénoménologique et interactive (De Laine, 2000 :42), à l'écriture ethnographique et à

¹⁹⁵ (Cf. Annexe XI page xxxiii, et annexe XII page xxxv).

¹⁹⁶ Présenté de la page 180 à la page 185.

l'écriture de terrain liées notamment à *la puissance de la vérité du terrain* (Dakhli, 1995) qui légitimise sa pratique.

Les entrevues se sont déroulées du 1^{er} novembre 2003 au 04 octobre 2004, soit pendant une période de 11 mois. La réalisation des entretiens¹⁹⁷ a commencé à Tahiti au mois de novembre 2003, c'est-à-dire au début de la saison des pluies, qui est une période particulièrement chaude et humide lorsque la température extérieure varie entre 25°C et 32°C. Or, l'état de santé des Polynésiens diabétiques inclus dans l'étude étant souvent précaire (e.g. porteurs de cardiopathies, obèses, hypertendus), il a été décidé, avec leur accord, de réaliser les entretiens à leur domicile pour éviter de les mettre en danger.

On précisera ici trois exceptions. Vaiana^f (Cas 021) a été rencontrée à deux reprises au centre d'accueil pour femmes battues, ou victimes de maltraitance, dans lequel l'un de ses médecins l'avait placée, « à distance du mari », alcoolique et violent. L'aggravation rapide de l'état de santé de Varua^f (Cas 014) a nécessité de planifier les rencontres au sein des différents établissements d'hospitalisation où elle a été admise après la première entrevue. Tafai (Cas 033) a préféré que la deuxième entrevue soit réalisée à l'extérieur de son domicile, pour éviter, selon lui, de majorer l'inquiétude de sa famille au sujet de sa maladie, de surcroît parce que son frère, gravement malade, venait de revenir de son séjour dans un établissement de soins.

Les 66 entrevues réalisées en présence de mon interprète auprès des 30 Polynésiens diabétiques autochtones principalement à leur domicile, en majorité à deux reprises et enregistrées avec leur accord, ont permis de collecter en langue tahitienne un matériel particulièrement dense, mais aussi de découvrir leur environnement et leur lieu de vie.

¹⁹⁷ Il convient de préciser que le protocole de recherche initial prévoyait d'une part, le déroulement de la première entrevue « dans un lieu neutre préalablement déterminé en accord avec le sujet », et d'autre part, la planification de la deuxième rencontre au domicile de la personne diabétique avec son accord.

Les observations des lieux visités ont ainsi confirmé la promiscuité et la précarité des conditions de vie de ces Polynésiens, parmi lesquels certains sont exilés de leur île d'origine. Le mari d'une participante a donné son accord pour que les entretiens se déroulent à leur domicile (i.e. habitation de fortune), à condition, toutefois, que l'on garantisse l'absence de prise d'images photographiques de leur lieu de vie. Si le malheur et la détresse qui frappaient la majorité de ces Polynésiens me touchaient profondément, ils représentaient pour mon interprète des situations familières.

Déroulement des entretiens semi-dirigés auprès des Polynésiens

La première rencontre était l'opportunité de présenter simplement la recherche au Polynésien. On lui proposait systématiquement la lecture du formulaire de consentement éclairé en langue tahitienne et en langue française. La plupart des participants acceptaient la proposition de lecture du document en tahitien et à voix haute par l'interprète, suivie de son explicitation. Ils approuvaient le contenu du formulaire, posaient parfois quelques questions et le signaient¹⁹⁸. Ils apparaissaient généralement confiants, sans doute parce que la recherche était codirigée par des professeurs d'universités canadienne et française, et très certainement aussi parce que la santé représente un bien immatériel. Pour autant, ils demandaient souvent si leur participation à cette recherche était payante, l'annonce de la gratuité étant perçue à la fois comme un soulagement, et comme une condition *sine qua non* à leur participation.

Certains participants pensaient que l'appareil d'enregistrement audio était destiné à contrôler la glycémie et demandaient ainsi « est-ce que l'appareil (i.e. l'enregistreur audio) » permet de « mesurer le diabète ? (i.e. « te tihota i roto i te toto », c'est-à-dire « le sucre dans le sang »). Et si quelques Polynésiens diabétiques espéraient la présentation d'un « nouveau » médicament « miracle » pouvant guérir leur maladie, la plupart attendaient

qu'on leur propose une liste d'aliments recommandés dans le cadre de leur maladie, ou des conseils sur les aliments « qu'ils peuvent manger » en tant que diabétiques, à l'instar vraisemblablement des messages diffusés par les professionnels de santé, et notamment par les diététiciens, voire même par certains cliniciens qui disposent de formulaires pré-imprimés diffusés gracieusement par les laboratoires pharmaceutiques.

Les Polynésiens inclus dans l'étude se montraient souvent étonnés de découvrir que la recherche à laquelle ils participaient se limitait à l'écoute attentive du contenu de leur discours et à son enregistrement. Le fait de s'intéresser à leur histoire, plus précisément à l'émergence et au développement de leur diabète, et de manière plus générale à leurs problèmes de santé autrement que sur un plan clinique ou biologique paraissait événementiel. Ainsi, pour ces Polynésiens, le chercheur était assimilé à un savant, « 'aivāna'a », à un expert, « *Docteur diabète* », à un « Taote » c'est-à-dire à un « Docteur ou à un médecin » qui, s'agissant du diabète, possède deux fonctions essentielles : d'une part, celle de contrôler le taux de sucre dans le sang, et d'autre part, celle de donner des conseils alimentaires ou un régime diététique adapté à la maladie. Dans ce contexte, le pouvoir médical se manifeste à travers le jugement porté sur la norme d'un indicateur biologique - la glycémie dans ce cas, révélateur du comportement alimentaire et de l'activité physique du sujet - et dans les directives, ou prescriptions notamment alimentaires que le diabétique doit respecter pour que son état de santé se maintienne, voire s'améliore.

Comme dans le cas de Ruta, le premier entretien débutait toujours par la question relative au commencement de la maladie du Polynésien. L'entretien se déroulait ensuite en fonction des sujets abordés spontanément par le locuteur. Les questions étaient larges et ouvertes (Giorgi, 1997 :353) afin de lui permettre de décrire concrètement et de manière détaillée son expérience de la maladie et d'exprimer parfois *l'imprévisible*. Il ne s'agissait

¹⁹⁸ Un seul participant n'a pas souhaité apposer sa signature de peur d'être identifié. Il a préféré nous donner son accord verbal, ceci malgré notre tentative d'explicitation, en insistant pour que l'on exploite ses propos dans cette étude.

donc pas d'exploiter le guide d'entretien de manière linéaire, mais plutôt de l'utiliser comme un outil de repérage des thèmes¹⁹⁹ abordés systématiquement lors des entretiens visant à reconstruire la trajectoire de l'évolution du diabète de chaque Polynésien inclus dans l'étude.

Une attention particulière était portée sur la création d'un climat de confiance et sur le respect de l'expression des Polynésiens dans leur langue maternelle, en langue tahitienne, c'est-à-dire en « reo tahiti ». Néanmoins, deux cas âgés de 33 et 45 ans ont préféré s'exprimer principalement en langue française pour des raisons d'aisance : « *Oui je m'explique mieux en français* » (Vai^f, Cas 005). On constate cependant que le tahitien est utilisé de manière spécifique, par exemple, lorsque Vai^f nomme sa maladie, « *pūfata* »²⁰⁰, (Cas 005), ou lorsque Tafai (Cas 033) révèle sa perception du diabète : « *C'est une maladie qui fait très peur... humm... parce qu'il y a trop de sucre dans le sang. Humm... [...] Si on ne fait pas attention, ça pourrait aller sur le cœur ?* »

Chaque entrevue a duré en moyenne 1 heure 45, et si la majeure partie des cas ont accepté de participer aux deux rencontres planifiées et espacées en moyenne de 3 à 5 semaines, 2 cas ont souhaité se limiter à un seul entretien. Parmi les raisons invoquées, le déni fortement affirmé de la maladie d'un Polynésien ne justifiait pas, selon lui, une deuxième rencontre. L'autre cas était une mère de famille à la recherche d'un emploi, et ses

¹⁹⁹ Il s'agit principalement des trois registres (sémiologique, sémantique et phénoménologique) qui constituent la trajectoire de l'évolution du diabète des 30 Polynésiens interrogés (Cf. la version définitive du guide d'entretien présentée annexe XI et annexe XII). Selon Corin & al., (1992, 1993), les éléments permettant de reconstruire la trajectoire de l'expérience du diabète du patient sont les suivants : 1) Investigation des *signes* de la maladie (signes perçus comme : *antécédents* ou *précurseurs*, descriptifs d'un dysfonctionnement, associés à un sentiment d'*amélioration* ou d'*aggravation*, descriptifs du pronostic ou de l'évolution du diabète de type 2 et du mal-être de la personne souffrante) ; Description des réactions de l'entourage familial et social à la maladie ; 2) Investigation du *sens* accordé à la maladie (Inventaire étiologique de la maladie : causes attribuées à cette maladie), identification du nom attribué à la maladie et de son sens, nom du diagnostic formulé par les cliniciens et/ou, les thérapeutes traditionnels, identification du sens non-médical du traitement de la maladie (prescriptions du médecin et/ou du thérapeute traditionnel : examens biologiques et autres explorations, régime diététique, traitement médicamenteux ou autre) ; 3) Investigation des *actions* menées face à la maladie : quête de soins et description des pratiques de soins (recours au système biomédical et/ou traditionnel).

²⁰⁰ Terme tahitien qui signifie « largement ouvert, béant » et que l'on abordera dans la section des résultats.

conditions pénibles de vie associées à ses importantes contraintes familiales limitaient sa disponibilité.

En revanche, deux cas dont l'état de santé s'est particulièrement aggravé pendant le travail de terrain ont été rencontrés quatre fois. Les événements importants relatifs à leur état de santé particulièrement instable rythmaient les entretiens, lesquels contribuaient assurément à donner un sens à l'histoire de leur maladie et aussi, sans doute, à leur difficulté d'exister. Ainsi, l'un d'eux, (Toanui, Cas 003) déclarait en tahitien à la fin de la première entrevue : « Parce que si vous n'étiez pas là, nous n'existerions pas aussi ! » Il clôturait le deuxième entretien en insistant sur l'utilité et l'importance de cette étude pour les Polynésiens, mais aussi sur le rôle de Dieu à l'origine de nos rencontres :

« Vous avez mené votre enquête en profondeur... ce que vous avez voulu. Si nous n'étions pas là pour témoigner, vous ne pourriez terminer votre enquête. Nous savons aussi comment progresse la maladie. Que nous soyons sûrs, grâce à vous, que votre travail nous servira aussi, *hein ?* Que nous sachions, où nous en sommes, à quoi sommes-nous accrochés. Sans vous... c'est bien ce que vous avez accompli !

Merci à Dieu d'avoir favorisé cette rencontre. Merci à Lui, si vous n'aviez pas été là, sans Lui, vous ne seriez pas là non plus. Sans vous, nous n'existerions pas non plus. On n'avance pas. À travers les moyens que vous nous avez donnés, nous avons pu nous exprimer, cela vous sert aussi pour vos recherches.

Vous faites des recherches pour résoudre les problèmes des gens, pour qu'ils puissent faire un bilan et se situer. Voilà ce que je peux dire, *hein ?* C'est très important, c'est extraordinaire ! Personne ne pourrait dire que ce que vous faites n'a aucune importance... [...] »

Avant d'aborder le traitement des données, il convient de préciser que les caractéristiques générales²⁰¹ du participant et de son contexte de vie étaient systématiquement collectées lors de la dernière entrevue.

²⁰¹ Le formulaire de recueil est présenté annexe XIII pp. xxxvii-xxxix. Il comprend principalement les caractéristiques suivantes : âge, sexe, lieu de naissance, capacités linguistiques, situation familiale, niveau de

Traitement des données

Transcription, contrôle, traduction et contrôle des récits

Le contenu des enregistrements des 66 entretiens a été transcrit intégralement et codé d'emblée, ceci afin de protéger l'anonymat des participants, puis contrôlé, traduit en langue française et contrôlé. On disposait également des précieuses traductions manuscrites produites par l'interprète lors des entretiens et de mes notes de synthèse écrites immédiatement après chaque entrevue. L'intention était de procéder à une description ethnographique qualifiée de « *dense* » (Geertz, 1998), c'est-à-dire exhaustive, microscopique, interprétative du flux du discours de l'Autre, et de la sauvegarder « *dans des termes lisibles* » (Geertz, 1998 :93).

Retard et carence des services administratifs territoriaux

La procédure rigoureuse et systématique du contrôle et de la correction des travaux de transcription et de traduction de chaque entretien a exigé une planification du travail sur une durée nécessairement longue, et ceci notamment pour rattraper le retard, suivi de la carence de deux services administratifs territoriaux (i.e. de la Polynésie française). Ces derniers qui étaient pourtant initialement favorables à la réalisation de la transcription et de la traduction du matériel issu de ce programme de thèse n'ont finalement pas respecté leur engagement.

Le bilan de la participation du Territoire s'avère particulièrement consternant. Le service de la culture et du patrimoine a différé d'une année les travaux de transcription *in extenso* du contenu de l'ensemble des enregistrements. Le travail réalisé s'est finalement limité à la transcription de 6 cas sur 30 (soit un cinquième), dont le contenu s'est avéré très

scolarité et/ou de formation, activités, conditions et habitudes de vie, ressources mensuelles. Type de construction du logement, nombre de pièces d'habitation, équipements, véhicules.

lacunaire, parfois erroné, inutilisable et non-fiable dans le cadre de ces travaux de thèse, exigeant la reprise de la totalité de ces transcriptions, et entraînant la perte de plus d'une année.

Quant au service de la traduction et de l'interprétariat, très sollicité par ailleurs par les demandes de traduction issues du gouvernement de la Polynésie française et des services administratifs du Territoire, sa capacité à traduire les récits s'est limitée à 3 cas, soit un dixième des cas. La réalisation de ce travail a duré une année²⁰².

La lenteur, suivie de la carence exemplaire de ces services administratifs de la Polynésie française, ont eu pour principale conséquence de retarder la phase d'analyse et, partant, l'aboutissement de ces travaux de thèse, me conduisant à investir dans la constitution d'une plate-forme de transcription et de traduction efficiente.

Constitution d'une équipe de transcripteurs et de traducteurs

Une équipe de Polynésiennes et de Polynésiens disponibles, compétents, voire experts en langue tahitienne ou « reo tahiti », rigoureux, s'engageant à respecter la confidentialité des données²⁰³ et maîtrisant l'outil informatique, a été constituée à partir de l'établissement d'une relation exclusive et individualisée²⁰⁴. Parmi les 25 Polynésiens rencontrés, 4 se sont spontanément désengagés en raison de contraintes personnelles. 9 Polynésiens ont assumé la transcription des récits recueillis sur le terrain, et 12 ont procédé

²⁰² À titre d'exemple, la traduction de la deuxième partie du dernier cas a été effectuée pendant un délai de 9 mois.

²⁰³ Les formulaires d'engagement destinés aux transcripteurs et aux traducteurs figurent annexe XIV (p. xli) et annexe XV (p. xli).

²⁰⁴ La relation individuelle et exclusive établie avec chaque transcripteur ou traducteur a été, en effet, privilégiée afin d'optimiser le respect de la confidentialité des données. Le contenu de chaque transcription a été systématiquement contrôlé par un autre expert en langue tahitienne chargé de la traduction. La supervision et le contrôle des travaux de transcription et de traduction réalisés avec mon interprète me permettaient de m'imprégner du contenu des récits des Polynésiens. L'utilisation assez fréquente d'un bilinguisme ou d'une interlangue plaçait parfois le texte à la limite de l'intelligibilité, renforçait la complexité du travail de traduction et appelait la consultation d'experts.

au contrôle des transcriptions et à la traduction de leur contenu. Ces travaux de saisie et de contrôle ont été réalisés pendant plus d'une année.

La moitié de ces Polynésiens ont été rémunérés, certains n'hésitant pas, à défaut d'augmenter le tarif fixé au départ, de menacer de cesser leur travail. Ceux et celles qui se sont impliqués dans cette recherche bénévolement réalisaient leur action souvent en transparence de la parole de Dieu. Ainsi, l'un d'entre eux m'écrivait en tahitien :

« Voici notre dernière traduction ! Prends courage pour la fin de ton travail. N'oublie pas que c'est Dieu qui détient la meilleure intelligence. Je prie pour toi, pour que ton travail soit une réussite. Remercie le Seigneur, Lui qui m'a guidé vers toi pour t'aider. »

Une autre traductrice polynésienne, de surcroît diabétique, m'avait dit plusieurs fois :

*« Tu fais quelque chose que je ne peux pas faire, et c'est pourtant ça qu'il faut faire.
Tu aimes mon peuple Geneviève, et ça..., pour moi..., ça n'a pas de prix. Je t'aiderai jusqu'au bout. »*

Parmi ces transpositeurs et ces traducteurs, certains sont devenus de véritables informateurs qui enrichissaient ma réflexion, mon apprentissage de la langue tahitienne et mon approfondissement de la connaissance et de la compréhension des Tahitiens.

Ainsi l'un de mes informateurs, également diabétique, m'avait révélé son interprétation du contenu des entretiens qu'il avait contrôlé et traduit : *« Le Polynésien est un être de parole et tu leur as donné la parole. Ils ont répondu parce que tu les as valorisés, tu es allée vers eux dans leur langue, ils se sont lâchés. Cette ouverture d'expression...(...) c'est la valeur de leur parole, (...) parce que quand ils vont chez le médecin, on ne t'écoute pas. C'est vraiment différent. Qu'est-ce qu'on te dit ? (...) "T'as trop mangé de sucre, t'as trop mangé de gras, tu marches pas assez..." »* Selon lui, le déroulement de l'entrevue avait permis au Polynésien de pratiquer une auto-analyse et, partant, d'évoluer vers une prise de conscience de sa responsabilité à l'origine de sa

maladie. Ainsi, « *au début, il [le Polynésien diabétique] dit : « ua roohia vau i te ma'i » [ce qui signifie] « la maladie m'a attrapé »*. Cette expression signifie plus précisément : « *“c'est pas moi qui suis responsable, c'est pas ma faute, j'y peux rien, je n'ai plus qu'à me soigner”*. Et à la fin de l'analyse, il se responsabilise en disant *“j'ai trop mangé, c'est pour ça que je suis malade, la maladie est venue sur moi, je suis responsable, c'est moi qui ai fait n'importe quoi, c'est pour ça que la maladie est venue sur moi. Après réflexion, je mange tout ce qui me passe par la main, je suis trop gros...”* » [Cet informateur avait souligné :] « *Ça m'aide beaucoup tu sais* ».

Le récit du Polynésien s'organise ainsi autour de la fatalité (i.e. « *la maladie m'a attrapé* »), évoluant ensuite vers une intériorisation de la cause et une prise de conscience de l'impact de son comportement alimentaire à l'origine de sa maladie, avant d'envisager les risques encourus pour les membres de sa famille : « *ma famille, mes enfants, je veux pas qu'ils soient comme ça, je vais leur expliquer* ».

L'évocation du thème du diabète chez les Polynésiens conduisait souvent certains informateurs privilégiés à évoquer avec nostalgie la question fondamentale du profond changement qui affecte les Polynésiens dans la société d'aujourd'hui : « *Je vais te dire, le vrai Polynésien, le vrai Tahitien... ils n'ont plus leurs repères, et ils ne veulent plus revenir en arrière, ils sont habitués maintenant au luxe, y a beaucoup de choses, la vie moderne qui les attire. (...) Peut-être ils vont, vont-ils regretter plus tard la vie d'autrefois, je ne sais pas, mais moi je regrette la vie d'autrefois. Je préfère rester telle que je suis. [Silence] Tu ne me demandes pas pourquoi ? (...) La télé, les publicités, à cause de l'argent... (...) Le Polynésien a complètement changé à cause de l'évolution de la vie. C'est devenu moderne. Il faut voler, il faut tuer, il n'est plus Polynésien. Ça me rend mal au cœur. Je pense à mes enfants...[...] »*

Choix, limites et distance ; respect des critères de légitimité et de rigueur

L'exploitation de la totalité du matériel issu des 66 entretiens réalisés auprès des 30 Polynésiens porteurs du diabète de type 2 s'est avérée utopique dans le cadre d'une thèse, dont l'une des premières qualités est « d'être finie »²⁰⁵. L'achèvement de cette thèse a donc exigé de procéder à des choix et, par voie de conséquence, à des renoncements.

Il m'était nécessaire également de me distancier de la relation intense et privilégiée que j'avais établie avec ces Polynésiens qui m'avaient si spontanément et si généreusement confié le récit de l'expérience de leur maladie, mais aussi des difficultés qu'ils rencontrent dans leur existence.

On considère généralement que tout travail scientifique doit être dépourvu de sentiments, ce qui implique pour le chercheur d'appliquer des critères de légitimité et de rigueur, et, partant, d'aboutir à une production de sens qui doit être désaffectivée. Or, je dois reconnaître qu'il m'est difficile de dissimuler²⁰⁶ mon émotion et d'oublier l'expression de leurs plaintes sur leurs visages, lorsqu'ils s'exclamaient « auē ... » ou bien « ïia... », souvent en montrant l'état de leurs jambes rouges, souvent œdématiées et douloureuses.

En me livrant leurs stratégies issues de « la dialectique des représentations et des conduites » (Benoist, 1996a :14), ils m'ont donné accès à l'univers de leurs croyances, à une partie de leur vie spirituelle dans laquelle résident leur force et l'espoir de leur guérison.

²⁰⁵ Extrait des propos de Madame la Professeure Nicole Leduc, lors d'un séminaire de méthodologie de la recherche suivi à l'automne 2000 à l'Université de Montréal.

²⁰⁶ Il est fréquent de constater que les anthropologues dissimulent cette émotion dans la mise en mots de leurs travaux, sans doute de peur de n'être plus scientifiques.

Analyse des données

Les données sociodémographiques et médicales des Polynésiens diabétiques autochtones inclus dans l'étude ont fait l'objet d'un traitement spécifique. Elles sont présentées dans le chapitre des résultats. Une attention particulière a été portée sur la variable migratoire et sur le degré de sévérité de la maladie de ces Polynésiens.

Codage et analyse des récits

Avant de décrire la phase du codage et de l'analyse des récits, il convient de préciser que le décodage du contenu des entretiens transcrit en langue tahitienne et traduit en langue française n'a pas résisté aux tentatives d'utilisation des logiciels d'analyse qualitative (e.g. Atlas-Ti, HyperResearch). Compte tenu des niveaux d'analyse, et en particulier du « niveau de complexité de l'encodage linguistique », de la longueur des récits, et du « niveau lexico-sémantique » (Brugidou & *al.*, 2000), il est apparu clairement qu'aucun logiciel d'analyse de données textuelles ne serait réellement satisfaisant, ne pourrait permettre d'atteindre les objectifs de recherche, et ne pourrait se substituer au travail rigoureux du « découpage à la main » des récits, de surcroît s'agissant de l'analyse d'un matériel empirique réparti sur deux registres linguistiques.

Le double contenu de chaque entretien (i.e. la transcription en langue tahitienne et la traduction en langue française) a été transposé et codifié dans une grille d'analyse, en fonction de leur relation aux *facteurs* et aux *éléments de la trajectoire* issus du modèle d'analyse retenu pour cette étude. La démarche d'analyse phénoménologique utilisée s'inspire de celle déjà expérimentée avec succès par certains chercheurs (notamment Corin & *al.*, 1992, 1993). Elle est structurée en trois temps principaux et a permis d'explorer en profondeur le contenu des récits exprimés par les 30 Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2 et rencontrés dans cette étude.

Dans un premier temps, l'analyse préliminaire du contenu de chaque récit a permis d'appréhender la forme de la trajectoire de l'expérience et de l'évolution de la maladie de chaque Polynésien diabétique, et de la reconstruire schématiquement selon trois axes : l'axe sémiologique (celui des *signes*) et l'axe sémantique (celui du *sens*) qui contribuent à orienter l'axe des *actions*. Autrement dit, le repérage des passages narratifs relatifs aux *signes* et/ou aux symptômes que les Polynésiens diabétiques associent à leur maladie, ainsi que ceux relatifs au *sens* et aux *actions* (e.g. quête de soins et/ou quête spirituelle) exprimés avec récurrence²⁰⁷ dans leur(s) récit(s), ont permis de décrypter les points d'ancrage sémiologique, sémantique et phénoménologique de l'évolution de la trajectoire de leur maladie. Cette description de la structure typique des trajectoires se trouve au cœur des systèmes interprétatif, réactionnel et d'actions, utilisés par chaque participant conformément aux *éléments de la trajectoire* issus du modèle d'analyse retenu pour cette étude.

Dans un second temps, l'analyse a porté sur la trajectoire de l'expérience individuelle de la maladie reconstruite à partir du récit de chaque participant mettant en évidence les passages des récits sélectionnés en regard du modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique selon une triple codification : *signes*, *sens*, *actions*. La première codification concerne la distinction narrative repérée en langue tahitienne et en langue française des différents types de *signes* – ou symptômes perçus comme *précurseurs* ou antécédents, descriptifs d'un dysfonctionnement, d'amélioration et/ou d'aggravation, descriptifs du pronostic ou de l'évolution de la maladie et du mal-être du Polynésien porteur du diabète de type 2-. La seconde codification porte sur les unités de significations récurrentes correspondant au mode dominant de son interprétation du *sens* de sa maladie, à travers le nom qu'il lui donne et sa signification profonde en langue tahitienne, à travers également les maladies qu'il associe au diabète, et ses causes. La troisième codification concerne les *actions* menées par le Polynésien diabétique au cours de son expérience de la

²⁰⁷ Ils correspondent au mode d'expression dominant.

maladie (e.g. quête et pratiques de soins occidentaux et/ou traditionnels ; rôle de malade et impact de la maladie dans son entourage familial et social ; déni de la maladie).

Le troisième temps a été consacré à l'analyse interprétative transversale du matériel issu du décodage des trajectoires individuelles des participants à l'étude. L'examen rigoureux de la variabilité des trajectoires de l'ensemble des Polynésiens interrogés a permis de repérer des systèmes de signes, de sens et d'actions *dominants* (i.e. évoqués le plus fréquemment par certains Polynésiens) ou *démarquants* (i.e. évoqués de manière distincte par exemple vis-à-vis de leur réaction face à la maladie). Cette analyse interprétative transversale a permis d'appréhender et de confirmer, notamment, l'influence déterminante de la représentation du diabète par les Polynésiens sur l'évolution de la trajectoire de leur maladie vers les complications.

La synthèse de cette recherche complétée par l'analyse de contenu des notes de terrain et de la démarche réflexive menée durant la totalité de l'étude a permis, en particulier, d'inscrire les trajectoires des Polynésiens porteurs du diabète de type 2 dans le contexte social et culturel dans lequel elles s'enracinent et prennent sens, et d'accéder à une explication phénoménologique et interprétative de l'émergence et du développement des complications chez les Polynésiens autochtones diabétiques de type 2 vivant dans la zone urbaine de Tahiti.

CHAPITRE CINQUIÈME

DÉVOILER LES RÉSULTATS EMPIRIQUES

Prémises du décryptage de la trajectoire de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez les Polynésiens autochtones

« Les peuples dont je vais parler s'en vont, il ne restera bientôt plus d'eux que leur nom. Les vieillards disparaissent, il fallait se presser. La génération actuelle ne sait plus rien de ses ancêtres ; (...) Tout s'altère, tout s'efface dans ces archipels, la population, la langue, les souvenirs et les coutumes ; du reste, tout cela se tient » (de Bovis, 1978 :17).

Placée en amont de la présentation des résultats empiriques, cette citation extraite de l'œuvre intitulée *État de la Société tahitienne à l'arrivée des Européens*²⁰⁸, composée par le commandant Edmond de Bovis à la suite de son périple à Tahiti au milieu du XIX^e siècle²⁰⁹, pourra surprendre compte tenu de l'ouvrage historique duquel elle est issue. Or, il se trouve qu'elle correspond, et de manière saisissante, à ce que j'éprouve profondément d'une part, à l'issue de mes observations menées sur le terrain dans la zone urbaine de Tahiti, et d'autre part à l'issue de l'analyse du matériel recueilli auprès des Polynésiens autochtones diabétiques. Par-delà la souffrance physique et psychique générée par leurs maux qui les conduit inéluctablement vers leur propre fin, ils expriment aussi la perte de leurs valeurs traditionnelles et de leur identité culturelle. Ravagés par les effets délétères de la colonisation, par la consommation des produits alimentaires que les Blancs leur ont apportés et qui ont contribué de manière significative à les rendre « dépendants », à les atteindre en profondeur, et à « détruire notre (leur) vie », certains dénoncent clairement,

²⁰⁸ Il est à noter que cette œuvre d'Edmond de Bovis a notamment inspiré Victor Segalen (médecin, ethnologue qui a séjourné à Tahiti au début du XX^e siècle) dans son ouvrage « Les Immémoriaux » publié en 1907 et dans lequel il retrace « le déclin de la race maorie », s'inscrivant en totale contradiction avec le mythe du paradis et même du *Bon Sauvage* qui surgit dans les mentalités à l'évocation seule de Tahiti (de Decker, 1990 :32).

comme Toanui, sur un ton passionné empreint d'une certaine révolte, l'influence déterminante des Occidentaux sur l'origine du développement du diabète parmi les Polynésiens :

« (...) *parce que* au temps d'avant..., comment dire ? nous n'avions pas cette maladie, nous n'avions pas la maladie du *diabète*.

Malgré la manière dont nous mangeons²¹⁰ le “*mā'a Tahiti*” et autre chose, il n'y avait pas cette maladie ! [...] ce sont des aliments qui poussent, ce sont des aliments qui viennent de la terre, ça ne donne pas le *diabète* ! Pour ces aliments sucrés..., ce sucre-là *poudre* qui est importé, ces choses-là, les *pâtes*, *īā* !... Les..., les..., comment dire ? les *gâteaux*..., les... *īā* ! Je ne peux pas..., te dire c'est..., le..., le..., le..., sur la manière de vivre des Occidentaux, ça, ça, à propos des *pâtisseries*, *nous sommes forts* ! Si ce sont..., des *pâtisseries*..., les *gâteaux*, et d'autres, et d'autres, des *beignets*, et d'autres, *āi* ! Et ça... qu'on appelle..., euh....., *limonade*..., oui, cette eau sucrée *hein, āiā* !

C'est à cause de tout ça que nous avons commencé à avoir des problèmes, c'est comme si..., comment dire..., nous n'avons pas pris, nous n'avons pas pris que ce qui était à nous, nous avons suivi les autres [les Occidentaux], c'est comme ça que tout a commencé... nous avons continué, et..., comment dire, nous sommes complètement *soudés* à ça..., on le porte en nous. C'est comme si..., *il faut* que ce soit présent constamment dans nos pensées *hein, īā* !... *il faut Coca* ! Ah..., *īā* !..., j'ai une grande envie de *gâteau* ! I !..., je veux aller faire ça..., ça, c'est tout ça... qui..., détruit notre vie (...) *Parce que* aux temps anciens, il n'y a pas cette façon de vivre. Il n'y a pas cette façon de faire. [Silence] [...]

Hein, c'est ça ! Parce..., parce que pour nous “*Mā'ohi*”, à propos de notre alimentation traditionnelle, il n'y a pas, il n'y a pas, nous n'avons jamais eu cette maladie le *cancer*..., il n'y a pas cette maladie du diabète. [...] Comment dire ? (...) nous sommes liés, complètement *attachés hein, nous ! Nous ! Attachés là !... Ah ! Dans la tête il faut, il faut* dire les choses comme elles sont... *īā* !..., comme j'ai *soif*..., *y a la limonade qui m'attend, hein ! C'est pas obligé ! Hein ? C'est pas obligé... Mais on se rend compte que nous sommes complètement dépendants, il faut limonade, il faut gâteau, il faut ce goûter*..., de la crème glacée et que sais-je encore ! C'est notre plus

²⁰⁹ La première édition de son ouvrage date précisément de 1855.

²¹⁰ Toanui fait allusion ici au comportement alimentaire des Tahitiens qui mangent souvent avec avidité notamment lors des « *t m 'ara'a* » ou repas traditionnels particulièrement copieux.

grande difficulté, nous avons baissé les bras devant eux... *au lieu* de garder, de s'occuper de ce qui est à nous. *Enfin...* moi-même..., moi-même, autrefois, je mangeais que la nourriture traditionnelle..., comme le "fafaru"²¹¹..., du porc aux *choux*, et bien d'autres, bien d'autres, bien d'autres. Hélas, aujourd'hui..., je ne mange plus cette nourriture, il est vrai aussi qu'il nous est interdit de faire du feu ici *hein*, on ne peut pas..., ce n'est pas permis ». (Toanui, Cas 003)

Si Toanui, comme d'autres Polynésiens, souligne les vertus protectrices - antidiabétiques et anticancéreuses - de l'alimentation traditionnelle qui est devenue aujourd'hui, semble-t-il, difficilement accessible pour eux, le diabète est ici clairement identifié comme une maladie subie, directement liée à la consommation des produits occidentaux particulièrement pathogènes (i.e. diabétoènes et cancérogènes).

Dans son récit, Taaroa confirme également, et avec insistance, l'implication directe des Occidentaux dans la survenue et le développement de l'épidémie du diabète comme maladie d'origine étrangère parmi le peuple polynésien :

« *Oui, oui. Ma réponse : oui, oui, ça vient d'eux. Ce problème vient d'eux c'est à cause d'eux que cette maladie a pris de l'ampleur, ça vient de là-bas, cette maladie vient de l'extérieur* ». (Taaroa, Cas 027)

Taaroa évoque aussi l'influence néfaste de la *publicité* de certains aliments importés [« qui ne viennent pas des mā`ohi », qui sont « amenés ici (i.e. à Tahiti) par les étrangers »] comme le *chocolat*, les *biscuits*, et « qui font très peur » parce qu'ils sont « dangereux pour le *diabète* », mais aussi et surtout parce que « tous ces enfants qui viendront après, ça fait pitié, je crois que sa maladie du *diabète* sera plus grave (litt. encore plus au-dessus) (...) ». Selon lui, les Tahitiens sont particulièrement réceptifs à « ces *publicités* qui sont diffusées, sans cesse, si nous regardons au sujet de *Coca-Cola*, il y a toutes sortes de *publicités*, de réclames adressées aux gens : « ça c'est bon, ça c'est bon, et le *sport*²¹² aussi, et quoi

²¹¹ « Poisson mis à macérer dans une préparation à base d'eau de mer » (Académie tahitienne, 1999 :140).

²¹² Taaroa fait allusion ici au fait qu'en Polynésie française, Coca-Cola est le principal sponsor des manifestations sportives (e.g. compétitions de surf, pirogue).

d'autre, tu deviens *musclé*, et puis quoi encore, *hein* ! [...] ceci c'est bon, ça c'est sucré, et quand tu en consommes tu deviens fort » ». Par conséquent, « les gens sont vite entraînés et sont piégés par toutes ces choses, et quand les Tahitiens mangent les produits (aliments) sucrés, ils en ont pas assez. [...] » Ils « sont féroces (comme des ogres) dessus ». En utilisant l'exemple des messages publicitaires sur les crèmes glacées, et leur impact redoutable sur les Polynésiens, Taaroa suggère de : « Ne pas faire-croquant comme ça, les gens, les enfants n'iront pas chercher un, les parents iront jusqu'à chercher une *touque*²¹³, [interpelle et implique l'interprète dans sa démonstration :] n'est-ce pas Māmā²¹⁴, quand le Tahitien va, il ne va pas chercher une petite boîte, il va chercher la *touque*, ces "mea" *touques*-là, c'est ça ce que le Tahitien va chercher. *Il faut* "pa'i" manger *aujourd'hui, après-demain, après-demain* encore, et à la fin, en effet, c'est complètement fini, on est *habitué* tout à fait ».

En évoquant la dépendance des Polynésiens aux produits sucrés qui apparaissent comme une drogue, Taaroa met en scène la « manufacture de la maladie du diabète » orchestrée à partir de l'importation et de la publicité de produits essentiellement diabétogènes. Il signale toutefois l'importance de trouver, en Polynésie française, un compromis entre les enjeux économiques, politiques et sanitaires qui sont clairement impliqués au cœur de ce dispositif pathogène, et, en se référant à son expérience de la maladie, il insiste sur le fait que les complications dramatiques du diabète pourraient, et devraient être évitées par la mise en œuvre d'actions de prévention stratégiques.

« [...] Ça ne s'arrêtera pas *si*, ces choses ne sont pas... [Tape sur la table]..., il ne faut pas dire *stopper hein* ! je ne dis pas de *stopper*, c'est aussi pour l'*économie* du... du Territoire (i.e. le gouvernement de la Polynésie française), pour remplir ses caisses, *hein*, on ne peut pas couper complètement, ramener complètement, *non*. À l'extérieur un *panneau*, [Dit

²¹³ Une touque contient 4,5 litres de crème glacée et coûte 1 150 CFP (soit 13,60 \$ Can ou 9,64 €) dans les grands supermarchés à Tahiti.

²¹⁴ « M m », lorsque l'on s'adresse à une femme ou « P p », lorsque l'on s'adresse à un homme correspondent aux appellations utilisées habituellement à Tahiti dans le cadre des relations interpersonnelles et qui témoignent d'une certaine affection distincte toutefois des rapports filiaux.

sur un ton grave :] “*Attention...*, manger équilibré, ne pas manger...”, jusqu’à ce que ça devient tout rond tout à fait devant, et demain là ça sera enflé complètement [Taaroa simule ici le ventre gros d’une personne obèse], et à la fin le pied sera amputé (litt. coupé), voilà. J’étais comme ça avant, au début c’était comme ça, comme je te l’ai dit, manger du *chocolat* et autre chose, c’est sucré ces nourritures qui viennent de l’extérieur, *hein*, [Approbation du chercheur] et quand ton état s’est détérioré (litt. quand tu es abîmé), c’est là que tu dis “‘ia ! *faut* avertir ceux qui arrivent, regardez bien, équilibrez !” (...). [...] » (Taaroa, Cas 027)

Avec beaucoup de sérieux, Taaroa a exprimé ses vifs encouragements à mon interprète et à moi-même, en insistant fortement pour que le contenu de cette étude dans laquelle « tu (je) cherches le bien, plus pour nous²¹⁵ » soit « partagé avec les professeurs (litt. Grands Docteurs) » pour « chercher les moyens » pour ceux qui viendront après, « quand cette maladie les rattrapera ». C’est sur un ton particulièrement grave et singulièrement troublant qu’il a précisé ainsi ses attentes, pour le moins incertaines :

« Et..., c’est trop tard aujourd’hui, aujourd’hui je suis en train de vivre la vie qu’il me reste, (...) tout en conseillant à ceux qui viennent [la nouvelle génération]... [...] Trop tard, maintenant tu t’occupes uniquement de te soigner et..., jusqu’au moment, où Dieu te prendra et... t’emmènera. C’est tout ce que tu peux attendre durant ces années, *hein*, depuis *quarante-huit* (ans) [l’âge de Taaroa] et plus, ce sont les années d’attente, à quel moment ? Tu ne sauras pas, on viendra te chercher tout simplement, c’est fini. Il n’y a pas d’autre issue, tu ne peux pas dire à Dieu “Non Dieu, je ne veux pas y aller”, y a rien à faire, *tout le monde passe*. (...) [Soupir] *Eh oui...* » (Taaroa, Cas 027)

Je m’étais engagée à porter l’essentiel de sa parole, comme celle des autres Polynésiens que mon interprète et moi-même avons rencontrés. Il m’importait de saisir le sens profond de leur expérience de la maladie, mais aussi celui de leur demande qui raisonnait parfois comme cet appel de détresse exprimé de manière insistante par Taaroa : « aidez-nous, aidez, poussez énergiquement, il ne faut pas attendre que cette *génération* qui

²¹⁵ Taaroa parle ici au nom des Polynésiens diabétiques dont le degré de gravité de la maladie rend vain tout espoir.

vient derrière soit encore abîmée (détériorée, dégradée), et trouver à ce moment-là un moyen, eh bien non, ceux qui arrivent seront morts aussi ».

En révélant la causalité occidentale du diabète, et en soulignant l'impact redoutable de cette maladie chez les Polynésiens, vraisemblablement parfaitement orchestrée au sein d'un dispositif socioéconomique et politique, les extraits du récit de Toanui et ceux de Taaroa constituent une introduction singulière de la présentation des résultats empiriques. Celle-ci s'organise autour de trois corpus de données. Le premier concerne l'approche des conditions de vie et des contraintes des Polynésiens diabétiques autochtones inclus dans l'étude, ainsi que leurs caractéristiques sociodémographiques identifiées en termes d'âge, d'île d'origine, de situation familiale, de niveau d'études, d'activité professionnelle et de religion.

Le deuxième corpus de données expose les caractéristiques des données médicales et objectives des cas au moment de leur inclusion dans l'étude [i.e. ancienneté du diagnostic du diabète ; niveau de sévérité du diabète c'est-à-dire le stade d'évolution ou le niveau d'atteinte, ou le degré de gravité de la maladie]. Il m'est apparu à la fois judicieux et utile d'introduire la présentation médicale des cas en approchant le contexte clinique par la mise en scène de certains médecins rencontrés à Tahiti dans le cadre du recrutement des cas à travers la restitution de leur témoignage. La remarquable transparence de leurs propos permet de saisir certaines particularités de leur contexte d'exercice et d'approcher précisément l'environnement dans lequel leurs patients sont pris en charge, mais aussi d'appréhender leur perception du développement du diabète chez les Polynésiens compte tenu de leur réalité clinique.

Le troisième corpus de données fait l'objet du sixième chapitre. Il est essentiellement consacré au décryptage de la trajectoire de l'évolution du diabète chez les Polynésiens autochtones. En premier lieu, on porte une attention particulière aux conditions structurantes de l'émergence et du développement du diabète chez ces Polynésiens. L'expérience de leur maladie est ensuite analysée (selon le modèle sémiologico-

phénoménologique), à partir de son ancrage sémiologique (en termes de *signes* et/ou de symptômes précurseurs ou annonciateurs de leur diabète), de son ancrage sémantique (en termes de *sens* qu'ils lui attribuent), permettant de révéler ainsi certains mécanismes fondamentaux qui sous-tendent leurs conduites (i.e. actions ou non-actions) vis-à-vis de leur problème de santé.

Approche des conditions de vie et des contraintes des Polynésiens diabétiques autochtones

« Dans les sites les plus répulsifs, se localisent les quartiers surpeuplés et insalubres²¹⁶. (...) La comparaison des types de tissu avec la répartition des ethnies montre qu'à ces taudis correspond un peuplement quasi homogène de Polynésiens défavorisés, le plus souvent émigrés des îles.

Dans ces îlots de "misère", de promiscuité et de désœuvrement, s'accumule une population déracinée et souvent sans emploi. (...) Ces quartiers sont caractérisés par la densité, la précarité du bâti et la concentration du peuplement, la densité y est supérieure à 40 habitations à l'hectare. Les maisons de plain-pied sont jointives par endroits. Il y a de nombreux agrandissements du corps principal par édification de cabanes en planches » (Morhange, 1993 :106-107).

Mataihau^f avait donné à son médecin traitant son accord pour que je vienne la rencontrer dans son habitation de fortune où il n'y a pas le téléphone. Elle m'avait interpellée ainsi : « *C'est toi le Docteur diabète ?* ». L'un de ses fils me narguait à distance en riant : « *C'est quoi le traitement du diabète ? (...) La bière ?* [rires généreux] » Mataihau^f était volontaire pour participer à l'étude, mais, avant le premier entretien en langue tahitienne avec mon interprète, je voulais la rencontrer. Elle m'intriguait. Sous la bâche qui abrite sa voiture près d'un manguier, elle me dit : « *Viens, assieds-toi.* (...) »

²¹⁶ On précisera toutefois ici que malgré la mise en œuvre, relativement récente, d'une politique de logement social en Polynésie française visant notamment à résorber l'habitat insalubre qui exigerait la reconstruction de 1700 logements par an pour répondre à la demande d'urbanisation liée à la croissance démographique.

[Silence] *Mon Docteur, je comprends pas certains mots français trop profonds pour moi... ces mots trop profonds...* [Silence]. Ensuite, en me montrant l'état de ses jambes et de ses pieds apparemment douloureux, elle précise : « *C'est surtout mes pieds qui gonflent et qui sont rouges parce que je marche plusieurs heures dans mon travail...* » Elle a particulièrement insisté sur les conditions très pénibles de son travail de balayeuse avant de me confier : « *...J'ai été alcoolique, j'ai arrêté l'alcool. J'ai fait l'asthmatique, on m'a dit que j'avais une maladie grave...* [Silence]. *Le diabète, je l'ai depuis 92 je crois...* [Silence] ». Elle semblait attendre de moi une réaction, puis constatant mon attente silencieuse, elle a indiqué que sa sœur était aussi diabétique et que toutes les deux se soignent avec le « *rā'au tahiti* » (remède traditionnel) et avec le « *rā'au popa'ā* » (litt. médicament des Blancs, médicament occidental). Son visage laissait apparaître une certaine satisfaction lorsqu'elle a déclaré qu'elle « *prend les deux* », « *c'est mieux...* ». Cela sous-entend qu'elle associe la prise de remèdes traditionnels et des médicaments occidentaux. En fait, elle a expliqué que c'est elle-même qui prépare le « *rā'au tahiti* », à partir de la recette de sa belle-sœur. Elle reconnaît cependant que « *c'est pour maigrir que c'est difficile... les enfants sont là...* » Elle a eu huit enfants et, veuve aujourd'hui, elle vit avec trois d'entre eux. Ils sont venus manger chez elle. « *Regarde mon dernier, il n'a que 14 ans, il est déjà gros... (...) C'est difficile... avant c'était pas comme ça. Aujourd'hui, il faut acheter... Je dis à mes enfants de ne pas faire trop d'enfants, c'est dur après...* ».

Son médecin traitant m'avait dit, sur un ton désespéré, « *qu'elle ne prenait pas ses médicaments* », « *qu'il n'y a jamais de suivi* » et « *qu'elle se soignait au "rā'au tahiti" en prenant une préparation à base de sucre de canne... (...)* ». Les Tahitiens considèrent que « *c'est un remède traditionnel miracle et, dans leur tête, ils sont sûrs que si ils prennent ça ils vont guérir* ». « *C'est une catastrophe* », avait-il déclaré, en précisant qu'il avait réussi à convaincre Mataihau^f « *au bout de quelques années* », mais que c'était « *très dur pour elle d'admettre qu'elle avait le diabète ; elle ne voulait pas entendre. (...) Elle a eu peur... la*

(Decoudras, 2005 :118), les observations menées sur le terrain ont confirmé que l'insalubrité et la promiscuité

crainte du bistouri renforce les motivations ». Il a évoqué les conditions particulières dans lesquelles elle vit : « *Famille nombreuse... le soir, c'est café-pain-beurre*²¹⁷ ». Pour lui, les Tahitiens « *ne comprennent pas la gravité de leur maladie. En prenant les médicaments, ils sont persuadés qu'ils n'ont pas à faire le régime* ».

Les rencontres avec les cliniciens contribuaient à enrichir mon questionnement. Leur incompréhension des malades Polynésiens et leurs difficultés à les prendre en charge frappaient notamment par leurs récurrences.

Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

Le recrutement des cas réalisé au regard des critères d'inclusion²¹⁸, d'une part parmi la clientèle de médecins généralistes et de spécialistes exerçant à Papeete et dans les communes avoisinantes, et d'autre part dans le milieu non-clinique, a permis de rencontrer autant d'hommes que de femmes.

Les 30 Polynésiens qui ont accepté de participer à cette étude se caractérisent en termes d'âge, d'île d'origine, de situation familiale, de niveau d'études, d'activité professionnelle et de religion²¹⁹.

Age

Les 15 Polynésiennes sont âgées en moyenne de 52 ans (i.e. 52,26 ans). La femme la plus jeune a 32 ans et la plus âgée a 71 ans.

caractérisent l'environnement dans lequel vivent les Polynésiens inclus dans cette étude.

²¹⁷ Il s'agit de la composition du repas du soir de nombreuses familles polynésiennes qui vivent dans des conditions modestes voire pauvres.

²¹⁸ La procédure de recrutement des cas visait à respecter rigoureusement les critères d'inclusion que l'on rappellera sommairement ici : être Polynésien ou Polynésienne auto-identifié(e) comme Autochtone [c'est-à-dire né(e) de père et de mère Polynésiens, non-métissés], être adulte [âgé(e) de plus de 20 ans], habiter dans les limites de la zone urbaine sélectionnée, être porteur d'un diabète de type 2 biologiquement diagnostiqué, ne pas être porteur de pathologie mentale, et être volontaire pour participer à l'étude.

²¹⁹ Le tableau IV situé annexe XVII (pp. xliv-xlvi) permet d'apprécier les principales caractéristiques sociodémographiques de la totalité des cas.

Les 15 Polynésiens sont âgés de 34 ans à 79 ans. La moyenne d'âge pour les hommes est de 56 ans (i.e. 55,86 ans).

Ile d'origine et variable migratoire

Les 30 cas inclus dans l'étude sont natifs de l'ensemble des archipels de la Polynésie française ce qui permet de considérer le caractère significatif de la variable migratoire et de la prendre en compte dans l'évolution de la trajectoire de la maladie de ces Polynésiens.

Leur origine géographique²²⁰ est pratiquement répartie de manière égale. Ainsi, 9 Polynésiens sont natifs des archipels éloignés, 10 sont natifs des îles plus proches, et 11 sont originaires de Tahiti. Plus précisément :

1 seul cas est né dans l'archipel des Marquises, sur l'île de Hiva Oa ;

2 sont natifs de l'archipel des Australes : 1 de Raivavae et 1 de Rapa²²¹ ;

6 sont originaires de l'archipel des Tuamotu : dont 2 de l'île de Anaa, 1 de Tikehau, 1 de Hikueru, 1 de Makemo, 1 de Fakarava ;

10 cas sont originaires des îles Sous-le-Vent : dont 6 de l'île de Raiatea, 3 de Huahine et 1 de Tahaa ;

11 cas sont nés uniquement sur l'île de Tahiti (archipel des îles du Vent), où ils habitent. Parmi eux, 9 vivent à Papeete depuis leur enfance, 1 cas a principalement vécu à Faaa (commune située en zone urbaine et adjacente à la ville de Papeete) et 1 cas est né à la presqu'île de Tahiti que l'on considère généralement comme une zone semi-rurale voire rurale.

²²⁰ La consultation de la carte de la Polynésie française placée à la page xxii (figure 1) permet de localiser ces points géographiques.

²²¹ Voir la note n° 12 qui figure au bas de la page 38 sur cette île.

Situation familiale

Parmi les 30 cas, il convient de préciser que 2 couples de Polynésiens diabétiques ont été recrutés ainsi qu'un frère et sa sœur issus d'une autre famille également diabétique.

Les deux couples diabétiques sont mariés et vivent avec leurs enfants. Les itinéraires thérapeutiques des cas étant très diversifiés, un couple a été recruté simultanément par le biais de son médecin traitant, et l'autre couple a nécessité un recrutement distinct : auprès d'un médecin généraliste pour l'épouse et auprès d'un médecin spécialiste pour le mari pris en charge médicalement après une tentative de guérison de son problème de santé avec des remèdes traditionnels.

Le frère âgé de 47 ans et sa sœur âgée de 45 ans vivent dans le même quartier, mais ils habitent dans des logements différents. Le frère a été recruté par son médecin traitant, et la sœur est venue spontanément à notre rencontre sur le terrain en se portant volontaire pour participer à l'étude.

La situation familiale des participants à l'étude est la suivante :

13 sont mariés et vivent en couple ;

9 sont veufs (2 vivent seuls, 5 vivent avec ou chez leurs enfants, 2 vivent en concubinage) ;

4 sont célibataires (3 sans enfant, 1 avec enfant) ;

2 vivent en concubinage avec enfants ;

1 est mariée mais séparée (i.e. placée dans une maison d'accueil pour femmes battues où nous l'avons rencontrée) ;

1 est divorcé.

Niveau d'études

Le niveau d'études de ces Polynésiens se caractérise globalement par sa faiblesse. Ce constat s'explique dans certains cas par les conséquences des phénomènes migratoires (e.g. instabilité du lieu de vie, établissements scolaires parfois inexistants) notamment pour les natifs des archipels éloignés. Dans d'autres cas, ce sont des problèmes financiers, et/ou familiaux, qui sont évoqués à l'origine de l'interruption, suivie du décrochage scolaire définitif du Polynésien. Ainsi,

2 cas n'ont eu aucune scolarité. Ils ne savent pas lire, ni écrire, et s'expriment oralement, uniquement en langue tahitienne. Ils ne comprennent pas la langue française ;

2 cas ont été scolarisés moins d'une année. Ils ne savent pas lire, ni écrire, et s'expriment oralement en langue tahitienne. Ils ne comprennent pas la langue française ;

1 cas a été scolarisé seulement pendant trois années. Ensuite, il a été élevé et éduqué par sa grand-mère qui habitait dans une vallée aux Marquises trop éloignée de l'école ;

19 Polynésiens ont poursuivi leur scolarité jusqu'au niveau primaire, puis ils l'ont définitivement arrêtée ;

6 cas ont atteint le niveau secondaire. Parmi eux, un cas a suivi des cours de dactylographie, et un cas a dû interrompre ses études, également de dactylographie, avant l'obtention de son diplôme, ceci en raison de problèmes financiers et familiaux.

Parmi les 4 Polynésiens qui détiennent des diplômes : 1 est titulaire d'un CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) de soudeur, 2 ont obtenu le BEPC (Brevet d'études du premier cycle), et 1 possède les trois diplômes suivants : BEPC, BEP (Brevet d'études professionnelles) et CAP de comptabilité.

Activité professionnelle

L'activité professionnelle des Polynésiens inclus dans l'étude se caractérise par la présence d'une majorité d'anciens employés et d'ouvriers aujourd'hui retraités ($n = 9$), d'ouvriers et d'ouvriers non qualifiés ($n = 8$).

Étant donné la faiblesse du niveau d'étude de ces Polynésiens, on ne sera pas étonné de découvrir que la moitié sont inactifs ($n = 15$) et que les autres exercent majoritairement des fonctions d'ouvriers. Ainsi, 13 cas travaillent comme « *femme de ménage* », « employée de maison », « *balayeuse* », ou « homme d'entretien ». Certaines Polynésiennes parlent de leur travail en laissant apparaître une certaine satisfaction : « ...*ménage* et le matin *ménage*, balayer par-dehors, non c'est pas difficile c'est bien ce... ce *patron* à moi, *hummm...* [Silence]. Le travail est facile... » (Maire^f, Cas 024). « Ça a toujours été mon travail. Au tout début, ça a toujours été le travail, *femme de ménage* d'un côté, et *femme de ménage* de l'autre. Je suis depuis à [Nom de l'employeur]. J'ai toujours fait ce travail, jusqu'à maintenant, je n'ai jamais quitté... parce que, mon *patron* est bon, je suis toujours restée sur ce genre de travail » (Faimano^f, Cas 026).

Le classement des cas actifs selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (2003) permet d'obtenir la répartition suivante :

- 8 occupent des postes d'ouvriers non qualifiés ;**
- 4 sont artisans** (sculpture, vannerie) ;
- 1 est personnel des services directs aux particuliers ;**
- 1 est employé administratif d'entreprise ;**
- 1 est ouvrier qualifié** (soudeur).

Parmi les non-actifs :

3 sont à la recherche d'un emploi (dont 1 femme de ménage) ;

9 sont à la retraite (anciens employés et ouvriers) ;

2 sont inactives (femmes au foyer et anciennes femmes de ménage) ;

1 est en invalidité (ancien chauffeur de « truck »²²²).

Religion

« Le peuple mā'ohi, quand nous sommes dans les problèmes, nous ne cherchons personne d'autre... comment dire, que Lui ! Le Grand Créateur ! C'est Lui, c'est Lui que nous recherchons en premier. Le Docteur vient après, *hein* ! le Docteur est en deuxième position. *Mais*, en tout premier lieu, c'est Lui, le Dieu Sauveur. *Tu mets Dieu devant, après, nous, les hommes.* [Silence] » (Toanui, Cas 003)

Les Polynésiens interrogés appartiennent tous à une confession religieuse et ils ont la foi. Ils sont majoritairement protestants ($n = 20$), ensuite viennent les catholiques ($n = 6$), les sanitos ($n = 2$), un keresitiano (protestant dissident), et un adventiste. 10 Polynésiens précisent qu'ils sont très impliqués dans des activités religieuses, par exemple à la paroisse. 10 déclarent avoir une pratique religieuse hebdomadaire, 8 pratiquent leur religion irrégulièrement, voire rarement :

« *Enfin, c'est rare quand je vais à la messe. J'ai été à la messe il y a deux semaines, peut-être c'est la première fois dans trente ans, [...] je crois en Dieu, mais pas les gens. Quand tu vas là-bas ils racontent leurs histoires, (...) leur vie, ça m'intéresse pas, (...) je préfère être chez moi et prier, quand je mange, quand je dors, je parle à Dieu (...)* ». (Mana, Cas 001)

²²² Il s'agit en fait d'un camion à châssis nu carrossé en bois (Champaud, 1981, cité par Reitel, 1993 :98). Jadis « conçu pour relier les quartiers ou districts agricoles de l'île au marché situé au centre-ville », il est devenu aujourd'hui un transporteur collectif urbain qui a perdu son rôle de transporteur rural (Bon, 2005 :136-137).

Deux Polynésiens disent qu'ils ne pratiquent pas leur religion, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils n'invoquent pas Dieu, comme le précise Tafai :

« Si ! je crois ! mais c'est le fait que... je pratique pas. Le truc, je crois, je crois en... ..en la religion, mais..., j'sais pas, je sais pas..., c'est pas mon moment de... et puis... le fait de ne pas aller à la messe tous les dimanches, mais ça veut rien dire ! Tu peux toujours prier à la maison toi tout seul hein, au lieu d'aller à l'église... [...] Oh... mais je crois, je crois en Dieu quand même, mais... même si je vais pas à la messe hein. [...] Oh, faut toujours croire en Lui hein ! (...) Y a que Lui hein ! (...) Oui, le Docteur aussi mais... le plus souvent c'est Lui hein ! » (Tafai, Cas 033)

Caractéristiques des données médicales des Polynésiens diabétiques autochtones

« On voit des cas beaucoup plus évolués qu'en France. (...) »

Y a une spécificité, oui. C'est spécifique car c'est pas une médecine du Tiers-Monde, comme en Afrique. C'est très bien équipé, c'est pareil qu'en France, les praticiens sont très bien diplômés et sélectionnés, et en même temps, il y a un retard au diagnostic parce que quand ils vont voir le "Taote" (i.e. le Docteur), ils sont vraiment malades. (...)

Ils sont pas très compliants, obéissants. Ils ont un petit côté nonchalant. (...) En tous les cas ils sont adorables. C'est vraiment des consultations de rêve pour les médecins : le Docteur a le savoir, il (i.e. le malade Polynésien) écoute et il fait ce qu'il dit (...). C'est assez paradoxal qu'avec cette confiance on n'arrive pas à faire de la prévention [...] ».²²³

Ancienneté du diagnostic du diabète

Les caractéristiques des données médicales (objectives), en termes d'ancienneté du diagnostic du diabète, de niveau de sévérité du diabète, (c'est-à-dire le stade d'évolution, le

²²³ Extrait des propos recueillis auprès d'un médecin spécialiste rencontré dans le cadre du recrutement des cas.

niveau ou le degré d'atteinte, ou de gravité de la maladie) de l'ensemble des cas sont présentées dans le tableau récapitulatif présenté à l'annexe XVIII (page xlvii).

L'ancienneté du diagnostic du diabète des Polynésiens recrutés varie de 2 mois à 28 ans. Ces deux extrêmes, qui correspondent au diagnostic le plus précoce et à celui qui est le plus tardif, sont des exceptions.

La moyenne d'ancienneté du diagnostic du diabète est précisément de 6,44 ans soit 6 ans et demi. Cette durée rejoint pratiquement la littérature qui précise, rappelons-le, que la maladie étant ignorée, aurait déjà évolué en moyenne à bas bruit depuis 7 ans (Ministère de la Santé, France, 2001a).

Parmi les cas les plus fréquents :

10 Polynésiens ont été diagnostiqués depuis une durée variant de 2 ans à 5 ans ;

6 Polynésiens depuis 6 ans à 8 ans ;

4 cas ont été diagnostiqués depuis moins d'un an ²²⁴.

Niveau de sévérité du diabète

Le niveau de sévérité de la maladie des 30 Polynésiens porteurs du diabète de type 2 inclus dans l'étude se caractérise comme suit :

6 Polynésiens sont diabétiques non insulino-dépendants sans complications ;

14 Polynésiens sont diabétiques non insulino-dépendants avec complications ;

10 Polynésiens diabétiques insulino-dépendants avec complications multiples (i.e. cardiopathie, neuropathies, néphropathies, etc.).

²²⁴ On se rapportera si nécessaire au tableau récapitulatif des cas situé annexe XVIII page xlvii.

22 Polynésiens bénéficient du régime « longue maladie²²⁵ » offert par l'organisme d'assurance maladie qui prend en charge la totalité des frais médicaux inhérents à ladite maladie. Parmi les 22 cas, 2 sont affiliés à ce régime pour une autre pathologie que le diabète : l'un est atteint d'un cancer et l'autre d'une coronaropathie antérieure à la découverte de son diabète.

Analyse des données médicales

L'examen minutieux du tableau relatif à la sévérité de la maladie des cas (voir annexe XVIII, page xlvii) met clairement en évidence la gravité et le nombre des complications dont les 24 Polynésiens diabétiques dits *compliqués* étaient porteurs au moment de l'inclusion dans l'étude. Si de nombreux cas sont porteurs de plusieurs complications²²⁶, parmi ceux dont les complications sont précisées, on relève sensiblement le même nombre de rétinopathies ($n = 6$) que de néphropathies ($n = 5$) et d'hypertension ($n = 6$), et le même nombre de cardiopathies ($n = 4$) que de neuropathies ($n = 4$).

Il est important de préciser que la plupart des Polynésiens identifiés comme *insulinodépendants* ne sont pas autonomes dans l'administration de leur insuline à l'exception de quelques cas ($n = 3$ sur 10) qui pratiquent eux-mêmes leurs injections et leur auto-surveillance glycémique. Les autres ($n = 7$) sont pris en charge par des infirmières ou des infirmiers libéraux qui assurent leur insulinothérapie et leur contrôle glycémique à domicile une fois par jour ou de manière biquotidienne.

L'examen du degré d'atteinte des cas en regard de l'ancienneté du diagnostic de leur diabète permet de faire deux constats majeurs. Premièrement, les cas dont le diabète a été diagnostiqué depuis 10 années et au-delà ($n = 6$) sont assurément porteurs de nombreuses complications. Deuxièmement, il est saisissant de constater que parmi les 4 cas

²²⁵ Voir l'explication fournie dans la note n°19 figurant au bas de la page 45.

²²⁶ Ou complications multiples *associées*, ou *non précisées*.

diagnostiqués récemment, c'est-à-dire depuis moins d'un mois, 3 cas sont déjà porteurs de graves complications, dont 2 sont porteurs de cardiopathies.

La variable migratoire, examinée en relation avec l'ancienneté du diagnostic du diabète, montre que ce sont les Polynésiens originaires des îles Sous-le-Vent qui ont été diagnostiqués le plus tardivement (i.e. moyenne de 9 ans). Viennent ensuite les Polynésiens originaires des îles éloignées (i.e. moyenne de 5 ans et demi), puis les Polynésiens natifs de Tahiti qui bénéficient d'une offre de soins plus importante compte tenu de la concentration médicale et des structures de soins, et qui ont une moyenne d'ancienneté du diagnostic de leur diabète de 4 ans et demi.

L'observation de la relation entre la variable migratoire et le degré d'atteinte des cas montre globalement que les Polynésiens diabétiques nés à Tahiti sont porteurs de plus²²⁷ de complications que les Polynésiens natifs des autres îles. Ainsi, 11 Polynésiens natifs de Tahiti sur 9 sont porteurs de complications²²⁸. En revanche, 15 Polynésiens natifs des îles éloignées et des îles Sous-le-Vent sur 19 souffrent de complications. Enfin, il convient de souligner la répartition égale des trois formes de sévérité de la maladie (i.e. DNID sans complications, DNID avec complications, et diabète sous insuline) chez les 9 Polynésiens natifs des archipels éloignés.

Lorsque l'on s'intéresse au devenir de la prise en charge médicale et du suivi de ces Polynésiens diabétiques en septembre 2006, c'est-à-dire approximativement 3 ans après le début de l'étude (i.e. novembre 2003), parmi les 30 cas, on constate que :

²²⁷ Ce constat permet d'illustrer, sans doute, le caractère diabétogène de la zone urbaine de Tahiti dont les effets apparaissent ici plus nuisibles sur la santé des Tahitiens que les conséquences du phénomène migratoire sur la santé des Polynésiens originaires des îles éloignées. Cependant, ce constat appelle la réalisation d'une étude complémentaire, laquelle pourrait précisément examiner de manière approfondie l'impact de cette variable migratoire sur la santé d'un échantillon représentatif de Polynésiens et à partir d'une méthode quantitative.

²²⁸ Ce résultat souligne et tend à confirmer notamment l'influence délétère de l'environnement de la zone urbaine de Tahiti sur la santé de ces Polynésiens autochtones.

19 Polynésiens diabétiques bénéficient d'un suivi médical :

5 sont traités par insuline administrée quotidiennement²²⁹

14 sont traités par antidiabétiques oraux.

8 ne bénéficient pas d'un suivi médical ni d'un traitement occidental :

La trajectoire de leur maladie étant marquée par une interruption des soins et du suivi médical, une phase de latence, ou d'incertitude.

3 sont décédés (2 dans un établissement d'hospitalisation, 1 à son domicile).

Remarque sur la composante héréditaire du diabète des Polynésiens

Avant de compléter la présentation des données médicales par une approche du contexte clinique à travers le témoignage de certains médecins qui assurent le suivi des Polynésiens diabétiques, il convient de souligner la présence de la composante héréditaire du diabète pour la moitié des cas.

Ainsi, 15 Polynésiens ont dans leur famille au moins une personne qui est, ou qui a été diabétique. Il s'agit de la mère pour 7 cas, et pour les autres cas du père, ou de la grand-mère, ou d'une sœur, ou du beau-père ou de l'épouse. L'expérience du diabète partagée et appréhendée par le Polynésien à travers l'expression de la souffrance d'un être cher qu'il a vu *amputé*, ou *dialysé*, avant de décéder, aura une influence déterminante sur ses conduites face à sa maladie. On relève également que l'hypothèse de l'origine héréditaire de la maladie nommée en tahitien « te ma'i tupuna », ce qui signifie littéralement « la maladie des ancêtres », peut conduire parfois le Polynésien à assumer le fait que l'un de ses ancêtres soit le responsable de son diabète, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'évolution de la trajectoire de sa maladie comme on le montrera plus loin.

²²⁹ Un seul cas s'autoadministre son insuline, les injections d'insuline des 4 autres Polynésiens étant effectuées par des infirmiers/ères à leur domicile.

Approche du contexte clinique²³⁰

Avant de procéder à l'examen des points d'ancrage qui structurent l'évolution de la trajectoire de la maladie des cas, il m'est apparu à la fois utile et pertinent d'approcher le contexte clinique dans lequel ils sont pris en charge à travers la présentation d'extraits des propos de certains cliniciens²³¹ rencontrés à Tahiti dans le cadre du recrutement des cas. Ces rencontres furent l'opportunité de recueillir leur point de vue sur le sujet de la thèse, leur perception des Polynésiens diabétiques, les difficultés particulières qu'ils rencontrent lors de leur prise en charge, et leurs éventuelles attentes par rapport à cette recherche.

Il ne s'agit pas ici d'explorer la relation médecin - malade, à l'instar des ethnographies hospitalières²³² ou des études réalisées en milieu clinique, ou des études comparatives du discours profane, *versus* expert. Ces « morceaux choisis » parmi le matériel empirique collecté auprès de ces cliniciens, permettent plutôt d'appréhender le contexte médical dans lequel les malades diabétiques sont pris en charge et auquel parfois ils résistent. Ils permettent aussi et surtout de renforcer la légitimité de cette étude en mettant clairement en évidence que la compréhension profonde du phénomène du développement des complications chez les Polynésiens échappe au clinicien dans sa pratique quotidienne.

²³⁰ Des affiches sont exposées sur les murs des salles d'attente de certains cabinets médicaux fréquentés par certains participants à l'étude. On constate avec étonnement que le contenu des messages est davantage destiné à une clientèle française maîtrisant un vocabulaire spécialisé. Ainsi, un poster fait la promotion du dosage d'Hémoglobine glyquée (HbA1c) : « Pour contrôler votre diabète, faites surveiller votre HbA1c. Le dosage sanguin tous les 3 à 4 mois seulement. Le paramètre de référence. Parlez-en à votre médecin ». Un autre poster indique : « Comment éviter l'hypertension, les maladies de cœur, le diabète : gardez la forme, restez mince, mangez les produits locaux, consommez moins de sucre et de sel, ne fumez pas, buvez... » [Affiche arrachée].

²³¹ Il s'agit de médecins généralistes et de médecins spécialistes.

²³² Voir par exemple la thèse de doctorat en anthropologie de Corbel (2002) qui a exploré, dans le cadre d'une ethnographie en milieu hospitalier, le vécu de l'expérience des diabétiques de type 1 et 2 et les relations soignants-soignés par le biais de l'éducation thérapeutique.

Des cliniciens utilisateurs de moyens médicaux « hyper sophistiqués », conscients de leur impuissance, limités, en quête de sens face aux conduites des Polynésiens qui leur échappent

Un objectif prioritaire de productivité²³³

« Qu'est-ce que vous cherchez à démontrer ? » [Dans ma réponse, j'évoque l'approche anthropologique que je privilégie dans mes travaux de thèse en soulignant l'importance de prendre en compte les conditions de vie des Polynésiens diabétiques et les facteurs socioculturels]. Il poursuit : « Quand on a 60 malades par jour, comment voulez-vous que l'on soit attentif au milieu socioculturel ? (...) On travaille dans l'organisationnel ; on a une clientèle plus polynésienne qu'occidentale, ils viennent sans rendez-vous. C'est un rythme de travail un peu à la chaîne. C'est pas dans leur culture de prendre un rendez-vous, il faut que ça soit aujourd'hui. Ça laisse pas beaucoup de temps. On a tendance à régler le problème [nom de la spécialité médicale], le reste c'est pour le médecin traitant ».

Une prise en charge thérapeutique « très sophistiquée », inadaptée et a-subjectivante

Son regard de clinicien porté sur les Polynésiens diabétiques m'intriguait. « Le regard que je porte, il est beaucoup lié au fait que les patients que j'ai traités, je les vois manger un *ice-cream*... On leur a dit pourtant qu'ils ont le diabète qui les rend aveugle... Mon métier, c'est aussi d'accepter ça, d'accepter d'agir, d'appliquer la science médicale en étant conscient que l'action sera vaine... Ça veut dire accepter ça. On est là pour leur donner les moyens d'accéder à un traitement de plus en plus moderne, très sophistiqué, qui coûte très cher et en même temps, on sait que c'est pas adapté. Il serait plus utile de consacrer du temps, de l'argent et de comprendre pourquoi ils continuent à manger des *ice-creams* après avoir consulté. (...) Ce que j'en pense ? (...) Il y a une complète inadéquation

²³³ Extrait des propos recueillis auprès d'un premier médecin spécialiste.

entre un système médical occidental qui se préoccupe surtout des considérations médico-légales ; le médecin est tenu de mettre en jeu toutes les techniques qu'il a à sa disposition au *cas médical* et pas forcément au *malade*, sinon vous pouvez être accusé... Ça coûte des sommes faramineuses pour des résultats... (...) Le problème est que ce discours n'est pas politiquement correct et pas électoralement porteur, alors on ne le dit pas ».

Avant de clore l'entrevue, et de manière assez surprenante, il a évoqué la dimension socioculturelle, celle qu'il reconnaissait, au début de l'entretien, ne pas prendre en compte dans sa pratique quotidienne par manque de temps. Ainsi, il déclarait : « Le diabète implique une prise de conscience lourde pour accepter un traitement à vie, une rigueur dans l'hygiène de vie, dans le régime alimentaire. Il faut une éducation, qui dépend du niveau socioculturel, et une volonté. (...) Les Polynésiens sont exceptionnellement gentils et merveilleux ».

L'impuissance du médecin face aux invalidités des Polynésiens diabétiques²³⁴

« ...Des Polynésiens aveugles, ils ont perdu un deuxième œil... Vous êtes diabétique à 6g ; 7g... en France, ça n'existe pas. Découvrir le diabète par la cécité, sans savoir qu'ils sont diabétiques... c'est de moins en moins souvent au fil des années. (...) On peut rien faire et on n'arrive pas à les convaincre de ne plus manger de gâteaux. (...) Il est en train de perdre la vue. Il perd la vue et c'est inéluctable. On les voit... ils raccourcissent, un orteil en moins, deux orteils... le pied... ça change rien à leur comportement. C'est extraordinaire ! (...) Je l'envoie à son médecin de famille ou à un confrère [nom d'un établissement de soins à Tahiti] ».

« On oublie de leur demander pourquoi ils ne suivent pas leur régime. On se dit parfois qu'on l'a convaincu. [Silence] Qu'est-ce qu'il a pu se passer entre le moment où il était convaincu et le moment où il mange un *Mars*, où il boit un *Coca* ? »

²³⁴ Extrait des propos recueillis auprès d'un deuxième médecin spécialiste.

[Restitue les paroles dites au malade polynésien lors d'une consultation qu'il simule :] « *Ce que je fais, ça sert à rien... tu bouffes trop sucré... si tu continues à faire ça, je pourrai plus te soigner...* ». Il a l'air d'avoir compris quelque chose. [Silence] Est-ce que je suis un mauvais pédagogue ? Est-ce que les Polynésiens ont une dose d'absence de maturité ? (...) Ce que je fais, ça sert à rien. »

Des problèmes de communication médecin – patient, et de résistance des Polynésiens porteurs de complications à la prise en charge médicale²³⁵

« Sur le plan scientifique, on a des limites, on n'arrive pas à se faire comprendre réellement même si les complications sont là, on n'arrive pas toujours à se faire comprendre. (...) Y a comme un mur, on n'arrive pas à communiquer. [Silence]

C'est vrai que le Polynésien n'a pas peur de la mort. Les Polynésiens pré-dialysés, certains sont obtus, ils préfèrent mourir que de se faire dialyser. La dialyse, c'est vraiment quelque chose... c'est l'enfer quoi. »

Par-delà l'aveu de leur impuissance et de leur incompréhension à l'égard du Polynésien diabétique et de ses conduites face à sa santé et à sa maladie, les cliniciens reconnaissent clairement l'inadaptation de leur prise en charge médicale qui apparaît assurément a-subjectivante. La rencontre clinique est réduite au traitement ponctuel d'un dysfonctionnement organique en occultant vraisemblablement la parole du Polynésien souffrant. Conscients de l'inefficacité de leurs actions, les cliniciens mettent en lumière plus largement le décalage qui semble exister entre les intentions politiques en matière de santé et la réalité du terrain.

²³⁵ Extrait des propos recueillis auprès d'un troisième médecin spécialiste.

CHAPITRE SIXIÈME

DÉCRYPTER LA TRAJECTOIRE DE L'ÉVOLUTION DU DIABÈTE DE TYPE 2 VERS LES COMPLICATIONS CHEZ LES POLYNÉSIENS AUTOCHTONES

Reconstruire la trajectoire de la maladie des Polynésiens autochtones diabétiques

En amont du décryptage des signes et du sens que les Polynésiens diabétiques attribuent à leur maladie, s'impose la présentation du contexte social et culturel, plus précisément des conditions structurantes de leur maladie, au sein duquel la trajectoire de leur problème de santé s'est ébauchée, laissant dans son sillage des traces indélébiles, parmi lesquelles la progression inéluctable de cette *maladie du sucre*, « ma'i tihota », que certains veulent aujourd'hui combattre, et que d'autres doivent accepter malgré tout, ou subir, ou nier. Le plus important ici est de considérer que ces quatre réactions prennent leur origine dans la trajectoire sémiologique et phénoménologique de leur maladie dont il convient de saisir le sens.

Conditions structurantes de l'émergence et du développement du diabète chez les Polynésiens autochtones

« Chez nous, pour dire bonjour, on dit *haere mai ra* (“Viens sans façon”). Cette phrase est littéralement exacte dans le cadre de notre habitat traditionnel. Mais dans l'urbanisme des agglomérations modernes, elle n'a plus de sens. Mettez un Tahitien dans un H.L.M.²³⁶ et il n'a plus de mot pour

²³⁶ Habitation à loyer modéré. Désigne ici les immeubles ou logements sociaux destinés à loger les familles à faibles revenus.

saluer son voisin. Et un être humain qui ne peut plus dire bonjour à son voisin est un être humain qui dépérit » (Hiro²³⁷, 2004 :8).

Il m'apparaît en effet important, avant tout, d'appréhender les conditions et les contraintes dans lesquelles l'expérience du diabète s'est construite, et au sein desquelles se prennent les décisions des personnes qui en souffrent. Dans cette perspective, la citation extraite de l'ouvrage de Henri Hiro offre une illustration frappante du caractère particulièrement pathogène de l'environnement dans lequel vivent les Polynésiens qui habitent dans la zone urbaine de Tahiti où cette étude a été réalisée.

Un quartier peuplé de « gens morts »

Vanaa vit dans ce quartier depuis 34 ans. Il évoque ses conditions de vie difficiles, sa vie malheureuse et contrainte par manque de moyens. Dans ce quartier surpeuplé de « gens morts », « qui prennent leur corps pour une *poubelle* » et qui s'alcoolisent parfois, il faut subir les nuisances sonores en s'armant de patience au sein d'un environnement social désorienté, déstructuré, et incroyant que Vanaa décrit de manière saisissante et particulièrement pathétique :

« Oui, cet endroit, ce n'est pas formidable, parce qu'on est face à face. (...) »

Oui, il y a, à certains moments du bruit. Y en a aussi de ce côté. Ce n'est pas une vie heureuse. [...] Comment donc, ce n'est pas, ce n'est pas formidable. *Mais*, comment faire, et avec quels moyens ?

Le bruit, c'est fort le bruit.

Les personnes de ce côté-là, elles n'ont pas de culte, pas de Dieu. Dimanche, ils boivent de l'alcool, dimanche. C'est juste à côté. Ils font pitié tout à fait, ils font pitié tout à fait ces gens-là. Pourquoi je dis qu'ils font pitié ? Ce sont

²³⁷ Henri Hiro était un poète tahitien et un chanteur moderne de la tradition polynésienne. Homme de théâtre, il a tourné un film en 1983 intitulé « cinéma des Immémoriaux contemporains » (thèmes développés par Segalen au début du XX^e siècle pour la Polynésie aujourd'hui) (de Decker, 1990 :38). Il était amoureux de sa terre et « adorait » sa langue, la langue tahitienne. Il s'est par ailleurs impliqué dans l'Église évangélique et dans la politique en tant que militant indépendantiste, écologiste. Il est décédé des suites d'une longue maladie le 10 mars 1990.

des gens morts. Ils s'occupent de leur corps et sont heureux, mais à leur mort, ils n'auront rien.

Ce sont des gens morts. Ils n'ont pas suivi la parole de Dieu, un moment, *hein* ? Non, ils ne s'occupent que de leur corps, de leur corps seulement. Ça ne sert à rien, ça ne sert à rien. *Il faut de temps en temps suivre l'Évangile, hein ! [...]*

Votre visite est très profitable, pas seulement pour ici, pas ici seulement, mais dans toutes les cours, toutes les maisons et ici, il y en a beaucoup de ce côté là-bas. Il y a beaucoup de diabète. Ils sont énormes. Quand tu regardes, ils marchent comme ça [simule le dandinement]. Ils prennent leur corps pour une poubelle. Ils prennent leur corps pour une *poubelle*, jettent seulement la nourriture à l'intérieur. (...) Tu pèses ça, mesure la boisson, pèse la nourriture, il faut tout peser. Ne pas jeter dans ton corps. Il n'est pas une *poubelle* ! On a assez mangé, on continue de remplir. Et après on est trop gros. [...]

Ce sont de très très gros, énormes. C'est en eux qu'il y a cette maladie du diabète, grosse quantité, grosse quantité, pas de mesure de la nourriture. *Pasque* toutes les choses, il faut les mesurer. Quand tu bois, il y a la *limite*. Manger, il y a (la limite). [Approbation de G.] Tout, tout. Comme dans l'Évangile, il est dit : « On doit mesurer ou peser par l'homme ». » (Vanaa, Cas 018)

L'unique²³⁸ entretien mené avec Vanaa a permis de recueillir le témoignage d'un « spectateur » du milieu social particulièrement désagrégé et déstructurant, potentiellement diabétogène et obésogène, dans lequel il vit. Il convient de préciser en effet, comme on le verra plus loin, que Vanaa fait partie des Polynésiens qui nient totalement leur diabète. Son discours est donc celui d'un observateur du développement de la maladie chez des incroyants, qui négligent leur santé et qui n'ont aucune vie spirituelle, « pas de Dieu », ses propos rappelant fortement ceux de Ruta. Il insiste notamment sur l'importance de respecter les règles d'hygiène de vie, mais surtout, il évoque le respect des prescriptions médicales parallèlement à celui des règles de l'Évangile. Ainsi, Vanaa, comme Ruta,

²³⁸ Son déni de la maladie n'a pas permis la planification d'une autre entrevue qui apparaissait selon lui, manifestement inutile.

placent au cœur de leur récit la foi et son rôle structurant sur la santé et sur la vie du croyant fidèle, mais aussi sur son destin.

« Si tu n'écoutes pas la parole du médecin, tu mourras. C'est pareil que l'Évangile, il n'y a aucune différence, c'est la même chose. [...]

C'est pour cela que je vous ai dit tout à l'heure que cette question [relative à l'attention qu'une personne porte sur elle-même] est aussi dans l'Évangile, l'Évangile. Dieu a dit, le fils *Jésus*, en tahitien : "O tei ha'apa'o i tā'u parau tae noa atu i te hope'a, te ora" [litt. Celui qui met en pratique ma parole jusqu'à la fin (de sa vie), sera sauvé (guéri, vivant)]. Si tu n'écoutes pas sa parole, tu mourras, mourras. C'est aussi pareil que ceci. Les médecins ont cherché les moyens, les recommandations pour les aliments [régime alimentaire]. Si tu ne fais pas attention, pas longtemps, au cimetière. (...) » (Vanaa, Cas 018)

Destruction sacrilège de la nature, désorganisation sociale, perte des repères fondamentaux, et troubles psychosociaux

*« O Ta'arua nui fa'aoti hara e te 'ino,
E tuhi i te fenua, e mate,
E huri i te fenua, e pohe i te ma'i... »*

« C'est Ta'arua, le Grand, qui donne le péché et le mal,
Lorsqu'il maudit la terre, c'est la mort qui survient,
Lorsqu'il retourne la terre, c'est la maladie... »²³⁹ (Peltzer, 1996b :31)

De nombreux Polynésiens décrivent la rupture engendrée par le passage d'une vie familiale et heureuse dans une maison traditionnelle au cœur de la nature paisible, à une vie dans des logements collectifs entourés de nombreuses nuisances (e. g. bruits, pollution, promiscuité), dans un environnement naturel dévasté. Les extraits du récit de Tii rappelleront parfois certains éléments du discours de Ruta, permettant ainsi d'insister sur la nécessité de prendre en compte le contexte dans lequel s'enracine le mal dont souffrent ces Polynésiens et de le caractériser.

²³⁹ Extrait des premiers vers des textes de la Création cités par Peltzer (1996b :31) dans son essai sur l'approche sémantique de la maladie en Polynésie.

Autrefois, l'environnement de vie du Polynésien était simple et communautaire.

« Là où nous habitons avant il n'y avait qu'une seule maison, la nôtre, il n'y avait pas d'électricité, les maisons de cette époque ce sont des maisons en palmes de cocotiers, *hein*, nous avons une maison en palmes de cocotiers. Dans la salle à manger le plancher c'était la terre *humm*, c'est la terre, il y avait la maison pour dormir, le plancher alors est en bois *hein*, mais l'organisation de la maison de cette époque, ce n'était pas comme aujourd'hui *hein*, chacun à sa chambre *hein*, avant non, la maison *hein*, il y avait effectivement deux salles, une pour les parents, et une autre pour les enfants. » (Tii, Cas 034)

« C'était vivant, la vie était meilleure »

Les « plantes nourricières » étaient accessibles, « le peuple » (polynésien) vivait dans la nature « florissante », saine, généreuse et préservée, sans « aucune difficulté ».

« Les mangues, le “uru” (i.e. fruit de l'arbre à pain), comment on dit, les arbres fruitiers étaient en abondance en ces temps-là, ils n'étaient pas malades aussi... tu pouvais les manger sans retirer la peau. [...] L'eau était propre. [...] Tu pouvais pêcher les chevrettes la nuit *humm*, tu n'as pas besoin d'aller trop loin, il y avait aussi ces petits poissons appelés “nato”²⁴⁰ *hein*, il y avait une manière de faire pour ça... c'était vivant, la vie était meilleure. Lorsque je regarde aujourd'hui ah, comment dire... » (Tii, Cas 034)

La modification du mode de consommation alimentaire du Polynésien illustre radicalement un changement d'époque. Autrefois, la nature lui offrait « des mangues, des goyaves pour chercher un moyen pour se nourrir ». Aujourd'hui, il achète au magasin les ingrédients pour préparer le « casse-croûte pâté ».

« Même quand nous allions à l'école, parce que comme il y avait des champs de goyaviers, ou un autre fruit que nous pouvions manger à midi, comme les mangues *hein*, ou les pistaches, c'est comme ça à l'époque quand nous allions à l'école, c'est ça que nous mangions. Aujourd'hui on va au magasin

²⁴⁰ « Poisson d'eau douce, sorte de perche, qui descend en mer pour frayer » (Académie tahitienne, 1999 :286).

pour manger, on achète du pain, du pâté ou du fromage c'est ça que l'on va manger souvent. » (Tii, Cas 034)

Tii est accablé aujourd'hui par la destruction et la pollution de l'environnement : « la nature est polluée, on dirait qu'on l'a détruite », « on a détruit, on a tout détruit là-bas. [...] C'est complètement détruit » ; « c'est sale, les rivières sont polluées ». Il décrit ainsi avec insistance l'« énorme » changement de l'environnement et de la vie des Polynésiens qui disposaient à l'époque d'une autosuffisance alimentaire, et pouvaient ainsi « vivre uniquement sur les produits de la nature ».

« Nous vivons maintenant comme les étrangers »

Il évoque avec une certaine tristesse mêlée à de la révolte, la perte identitaire qui semble fortement affecter les Polynésiens²⁴¹ dans un contexte de détérioration progressive de la nature, celle que Dieu a pourtant créée, destruction sacrilège, qui est aujourd'hui malheureusement définitive.

« Tout a changé, la vie est devenue comme celle des étrangers *hein*, nous vivons maintenant comme les étrangers, avant il n'y avait pas de grillages *hein*, [...] ...mais ce n'est pas d'aujourd'hui. On peut dire que c'est fini maintenant, la terre est souillée, on peut plus faire quoique ce soit pour la sauver, on ne peut plus, on ne peut plus. [...] C'est ça le grand changement : Tahiti est devenu comme un pays étranger, on peut dire un pays de l'extérieur *hein*, c'est Tahiti d'aujourd'hui, allez un peu sur les plages... ça ressemble aussi aux plages de France, oui, c'est pourquoi je dis que c'est changé, et c'est un très grand changement. » (Tii, Cas 034)

« À cause de l'argent, ils ont pollué la terre »

La destruction irréversible de la nature sacrée et aujourd'hui profanée prend son origine dans « l'œuvre malfaisante de l'homme qui abîme », « à cause de l'argent » ou peut-être à cause du « modernisme », et conduit Tii à reconnaître la destruction et la

souillure de la terre, laissant apparaître un sentiment d'accablement, de culpabilité, de crainte et d'impuissance.

« Comment faire pour la sauver à présent ? On a creusé la terre comment sauver, on ne peut plus rien faire, on l'a détruite *hein*, parce que la création de Dieu, c'est quelque chose de merveilleux *hein*, il l'a bien organisé tout ce qu'il a donné, et c'était à toi de préserver mais aujourd'hui, ah ah, à cause de l'argent *hein*, pour certains pour trouver de l'argent, à cause de l'argent, ils ont pollué la terre, c'est vrai ce que je vous dis là pour le changement des temps anciens et aujourd'hui *hein*... » (Tii, Cas 034)

« Le peuple n'a pas été gagnant dans ces changements »

L'impact de ces profonds changements ne s'est pas limité à la destruction de l'environnement naturel des Polynésiens. Il a contribué à la désorganisation de leur microsociété insulaire, à anéantir leur environnement social et collectif, générant la perte de leurs repères identitaires fondamentaux, et provoquant de profonds troubles psychosociaux.

« Le peuple n'a pas été gagnant dans ces changements, il est devenu paresseux, les gens "pa'i" (*), ils sont paresseux, c'est ce que nous voyons aujourd'hui, il y a la drogue, ...*hein* il existe toutes sortes de difficultés aujourd'hui, la vie n'est plus la même qu'autrefois. [...] »

Parce que ici il y a beaucoup d'enfants *tsts* en grandes difficultés, on ne les guide pas sur une bonne éducation... ça veut dire que les enfants se détachent de leurs parents, ils organisent eux-mêmes leur vie... » (Tii, Cas 034)

L'évocation de cette nature saccagée et détruite fait surgir cette conscience de la culpabilité et de la faute irrémédiable de l'homme, et rend aberrante et décalée la mise en œuvre d'actions visant à protéger l'environnement.

« C'est ça alors que tu entends aujourd'hui, "il faut protéger, prendre soin de la nature". Comment tu peux protéger aujourd'hui la nature, on a tout

²⁴¹ Dans ses propos, cette perte identitaire apparaît résulter vraisemblablement de la présence "polluante" des Français (i.e. marquage de la période coloniale) ainsi que des conséquences de l'acculturation.

saccagé, c'est pourquoi "i ia"²⁴²..., quand tu réfléchis bien de ce mot protéger, ça va plus, on ne peut plus parler de protection de la nature, il fallait l'organiser bien avant *hein*, pas comme on fait aujourd'hui... on va tailler la terre, *hein*, on a saccagé l'œuvre de Dieu, on a détruit, c'est complètement foutu, comment tu peux encore sauver la nature, la terre a été ramassée, etc., on peut plus sauver ». (Tii, Cas 034)

La mise en évidence de l'impact délétère de l'environnement et des conditions de vie de ces Polynésiens sur leur santé a permis d'appréhender le contexte d'émergence et du développement de leur maladie. On s'attachera ci-après à explorer successivement les points d'ancrage sémiologique et sémantique qui structurent l'évolution de la trajectoire phénoménologique de leur maladie. Autrement dit, à partir de l'analyse de la trajectoire de l'expérience de la maladie de ces Polynésiens diabétiques, il s'agit de montrer l'influence déterminante des signes et du sens qu'ils attribuent à leur maladie, ainsi que l'impact de sa représentation sur leurs conduites face à ce problème de santé, et, partant, sur son évolution vers l'aggravation, c'est-à-dire vers les complications.

Ancrage sémiologique de la trajectoire du diabète des Polynésiens autochtones

Comment les Polynésiens diabétiques décrivent-ils les signes de leur maladie ?

Les Polynésiens décrivent les signes de leur diabète généralement lorsqu'ils expliquent comment leur maladie a commencé, plus précisément comment elle a « poussé », (« tupu ») sur eux. « tout ce que tu sais, tu es malade sur tout ton corps, *hein* ? » (Vaiana^f, Cas 021), ou en eux, suggérant la notion de croissance²⁴³, de développement de

²⁴² Tii exprime ici son embarras, son insatisfaction et son impuissance face à cet état de fait.

²⁴³ Peltzer (1996b :31) a mentionné l'analogie qui existe entre le vocabulaire relatif à la vie et à la santé de l'homme et celui que l'on utilise pour les plantes, illustrant ainsi le lien étroit qui existe entre l'homme et la nature dans la mythologie polynésienne. On relève par ailleurs qu'en 1824, Moo, prêtre de Moorea, poursuivait le récit de la Création en ces termes : « une fois le ciel érigé à sa position actuelle et la mortalité des humains ayant rapidement augmenté, de nombreuses plantes nouvelles surgirent de leurs corps ensevelis. Le "uru" ou arbre à pain jaillit d'un homme, le tronc était son corps, les branches étaient ses membres et les

quelque chose à l'intérieur de leur corps, « dans ton corps “pa'i” hein ! » (Maire^f, Cas 024), ou sur leur corps, « [...] j'avais mal au rein, (...) le début de cette maladie-ci à moi, ça a poussé alors sur, sur mon corps, lors d'une douleur à mon dos » (Vai^f, Cas 005).

Certains Polynésiens utilisent le verbe « ro'ohia » qui signifie dans ce contexte « être atteint par la maladie, le malheur » (Académie tahitienne, 1999 :418) ou « noa'a(hia) », « être obtenu, être attrapé, être acquis » (Ibid :292), la maladie et le malheur n'étant pas différenciés, ce qui est confirmé dans le contenu de la plupart des récits. Selon la forme verbale employée, on constate cependant que certains locuteurs déclarent qu'ils « ont été atteints par la maladie » (i.e. « ua ro'ohia vau e te ma'i 'ōmaha tihota » - « j'ai été atteint par le diabète »), tandis que d'autres précisent que « la maladie les a attrapés » ou les a atteints (i.e. « ua ro'ohia vau i te ma'i 'ōmaha tihota » - « le diabète m'a attrapé »).

Avant de révéler les signes que les Polynésiens diabétiques expriment le plus fréquemment, on mentionnera trois cas particuliers : celui de Mana (Cas 001), de Hereiti^f (Cas 032) et celui de Tii (Cas 034).

Des phénomènes « bizarres » peuvent apparaître « sur » certains Polynésiens lors de l'annonce du diagnostic de leur diabète, sans doute parce que, comme on le verra ci-après, la plupart considèrent cette maladie particulièrement effrayante. Ainsi, lorsque Mana, qui refusera finalement le diagnostic de sa maladie, a entendu son médecin lui annoncer son taux de glycémie :

« *Quatre*. À ce même moment, la... la chose (“te mea”) que j'ai seulement remarquée sur moi, une chose bizarre à l'estomac, hein ! Un peu mal à l'estomac, hein ! C'est ça seulement ! *Mais*, quand je suis allé là-bas [Nom de l'établissement d'hospitalisation], lorsqu'on m'a examiné, on m'a dit que ça venait juste “pa'i” de commencer. C'est aussi la première fois “pa'i” que je me suis senti bizarre à ce... ce mois... de *juin* peut-être... » (Mana, Cas 001)

feuilles ses mains, le fruit était sa tête et à l'intérieur de celui-ci se trouvait la langue (le cœur du fruit) » (Koenig, 1986 :12).

Hereiti^f a commencé à ressentir plusieurs signes d'affaiblissement à la suite de la prise d'un remède traditionnel (ou *rā'au tahiti*). C'est ainsi qu'elle a découvert qu'elle avait « attrapé le diabète » :

« (...) ma tête a commencé à tourner, c'est comme ça que je me suis rendu compte que, ah, quelque chose poussait sur moi. [...]

Mon corps a commencé à s'affaiblir aussi, j'avais souvent envie d'aller dormir, tout cela, et ça me décourageait dans mon travail tout ça, je me fatiguais pour rien, c'est comme si mon corps était tout le temps épuisé. C'est comme ça d'ailleurs que j'ai commencé à consulter le Taote pour connaître ce que j'avais. » (Hereiti^f, Cas 032)

Les Polynésiens sont effectivement très attachés à l'utilisation de la médecine traditionnelle encore aujourd'hui. Ainsi Tii s'est aperçu « qu'il y avait du sucre à l'intérieur de moi (de lui) », après avoir essayé de traiter un furoncle avec des remèdes tahitiens préparés par une « vraie *māmā* guérisseuse ».

« J'ai continué à boire, j'ai bu deux fois le verre de cette contenance (litt. grandeur), avec beaucoup de sucre roux, ah, [...] Quand je suis arrivé à l'hôpital, on a constaté le, le..., le taux de sucre, c'est... *cinq*, comment on dit, cinq virgule, non. *Euh...*, ça atteint cinq euh..., comment on dit, euh... (...) [...] ça a atteint, ça a atteint jusqu'à cinq "pa'i"... "mea" *hein*, "mea" "pa'i" le total du sucre *hein*, (...) dedans leurs analyses. Ah, c'est comme ça que je me suis aperçu que..., il y avait du sucre à l'intérieur de moi. » (Tii, Cas 034)

Si Tii reconnaît que l'état de son furoncle « a empiré » parce que le remède traditionnel « n'a pas réussi », il n'établit pas pour autant de lien de causalité entre ce furoncle et son diabète, précisément parce que « ce n'est pas à cause du sucre, que... le furoncle a poussé, non, ce "mea" [ce furoncle] pousse sur les personnes, mais on ne sait pas à quel moment, *humm* ». Il avoue cependant avoir consulté le médecin trop tardivement et se culpabilise : « c'est ma faute aussi *hein*, j'ai attendu trop longtemps avant d'aller chez le Docteur ». Il précise également avec une certaine insistance qu'il a particulièrement peur du diabète.

De manière générale, on remarque que les Polynésiens porteurs du diabète de type 2 qui acceptent²⁴⁴ le diagnostic de leur maladie, dressent le portrait sémiologique de leur maladie selon deux périodes. L'une passée, caractérisée par l'absence de signes, et qui correspond au *début* de leur maladie, parfois diagnostiquée, souvent sans impliquer pour eux de changements dans leur mode de vie. Dans l'autre période, laquelle est située au moment de l'étude, figurent des signes physiques dont ils cherchent la signification. Parfois, ils décrivent certaines manifestations physiques qui suggèrent le développement de complications du diabète (e.g. oculaires) et dont l'origine inconnue les interpelle. Certains, comme Mataihau^f, font allusion à leur mode alimentaire identifié comme excessif et surtout non conforme aux directives médicales :

« mais je n'avais aucun bobo²⁴⁵ quand cette maladie a poussé (s'est développée) [...] Quand ça pousse (sur moi), c'est parce que je mange trop de ces mauvais aliments peut-être, tu ne... Ah, on a mal au corps, mal à la tête, les yeux se voilent *hein*, [...] Et... "te mea" (la chose) qui m'est arrivée aussi, mal aux pieds, mal aux pieds, quand on marche énormément, ça devient complètement rouge en dessous, mais je n'ai pas compris... [d'où ça vient ou pourquoi]. » (Mataihau^f, Cas 008)

Secondairement, certains Polynésiens peuvent ressentir des douleurs, par exemple dans le cas de Hiro qui reconnaît avoir négligé sa maladie lors d'une période silencieuse, c'est-à-dire asymptomatique, au cours de laquelle il n'a « *rien senti* ».

« Non ! Non, je n'ai pas *senti* du tout ! Même quand j'ai eu le diabète, le début, *hein* ! C'est après t'à fait²⁴⁶, *hein* ! Même j'ai eu le début le diabète, j'ai rien senti, pas encore. J'ai rien senti, je n'ai rien du tout... Rien du tout ! Mais après, je n'ai pas fait attention. C'est après, *hein* ! J'ai eu ... J'ai souffri vraiment, c'est après ! [Approbation du chercheur] Mais quand j'ai

²⁴⁴ Il est à noter, ainsi qu'on l'abordera plus loin, que parmi les 30 cas, 6 n'acceptent pas le diagnostic de leur diabète. Incontestablement, le déni ou le refus de la maladie par le Polynésien rend difficile la description des signes d'une maladie, dont il n'est plus atteint ($n = 3$), ou bien qu'il considère n'avoir jamais eu ($n = 3$).

²⁴⁵ Ce terme populaire est souvent utilisé par les Polynésiens pour évoquer les plaies dont sont porteurs les diabétiques. Il correspond à la traduction du terme tahitien « t tu'a » qui signifie précisément « petit bobo » (Académie tahitienne, 1999 :534).

²⁴⁶ Voir l'explication de cette expression à la page xiv et à la page xv de l'annexe II.

eu dès le début, hein ! J'ai rien senti, hein ! Y a pas ! C'est après. » (Hiro, Cas 006)

Les signes exprimés le plus fréquemment par les Polynésiens sont la faiblesse « sur » le corps... (« paruparu i ni'a i te tino...»), « la fatigue », « *fatiguée* », « l'ennui », la lassitude (« haumani »), le « mal de tête » (« māuiui te ūpo'o »), et des douleurs ressenties sur le corps (« māuiui te tino », litt. « mal au corps »), « sur ton corps ! tu as mal ! », « les yeux se voilent un peu aussi » (« pōiri te mata », litt. les yeux s'assombrissent »), « c'est *flou* tout à fait les yeux ». On constate cependant que au-delà de la perception de ces signes physiques ; par-delà la verbalisation de leur corps souffrant et l'expression de leur état de mal-être, c'est surtout l'impact psychologique de leur représentation effrayante de la maladie qui les frappe. C'est en effet « la peur » (« ri'ari'a »), « la crainte » (« taiā »), et « la terreur » (« mehameha ») que ces Polynésiens disent éprouver à la suite de l'annonce du diagnostic du diabète, lorsque se dessine la perspective menaçante de son évolution vers la gravité et vers la mort, comme on l'abordera dans la section suivante consacrée à l'ancrage sémantique de la trajectoire de leur maladie.

La persistance de certains signes particulièrement douloureux et récurrents, comme l'a montré Ruta, et que d'autres cas ont confirmé, correspond pour eux à l'aggravation de leur maladie : « ah, ça a continué comme ça seulement, ah, j'ai eu mal aussi aux articulations des mains... c'est là que je me suis rendu compte que, en effet, ma maladie s'est vraiment aggravée. » (Mihia^f, Cas 20).

La perception de ces signes corporels qui témoignent de la gravité du diabète peut conduire parfois le Polynésien au déni de sa maladie, lui permettant d'échapper ainsi à la prise en charge médico-chirurgicale, de surcroît lorsque l'évocation de celle-ci génère une peur lancinante, comme l'exprime Maire^f :

« Quand on m'a auscultée, on m'a dit, *il faut* aller voir mes yeux là-bas à "mea", chez le Docteur à [Établissement de soins]. J'ai pas été, j'avais peur pour mes yeux quand ils vont soigner *après* ils vont opérer mes yeux, c'est pour ça ma peur, et l'*année...*, (...) *vers... juin, mois de juin*, je suis pas allée.

(...) [...] j'ai peur "pa'i" mes yeux quand on va opérer, mes deux yeux, *parce que* je ne vois pas bien l'écriture *parce que* c'est écrit tout petit, ah je vois alors *comme ça...*, mais les petites écritures je ne peux pas lire, je vois pas. [...] C'est très grave mes yeux. (...) [...] *Oui j'ai, j'ai peur de... on va m'opérer, on va opérer après mes yeux...* » (Maire^f, Cas 024)

Les douleurs articulaires fréquentes perçues par certaines Polynésiennes, « des fois j'ai mal dans les articulations... des os [...] » (Maire^f, Cas 024), les conduisent à associer le diabète à la *goutte*²⁴⁷ comme le précise Vaina^f :

« Aïe... c'est le "mea" !..., ça ressemble à la *goutte* !..., douleur au pied !... *hein* ! C'est comme si "pa'i", au niveau de l'articulation (litt. la jointure des os) du pied... *hein*, c'est là que l'on m'a dit que c'est la maladie du sucre. (...) C'est comme ça que je l'ai eue, parce que, (c'est au niveau de la) jointure des os "pa'i" du pied *hein* ! [Silence]. » (Vaina^f, Cas 021)

Vaina^f signale aussi des « fourmillements » (« *hopi'ipi'i* ») au niveau du pied, et des douleurs « j'avais mal... [Silence] ». Ces signes sont également perçus par Tiare^f qui décrit des picotements au niveau des ongles, des crampes (« *motu'utu'u* ») dans les doigts des mains et parfois aux pieds, comparant ces troubles sensitifs à ceux de la ciguatera²⁴⁸ et s'interrogeant sur leur origine. Elle insiste toutefois sur ses maux de tête persistants et sur l'absence de signes visibles « sur son corps ».

« ...par contre, ma main, *ça* ! [en montrant ses doigts] ça picote *hein*, comme si j'ai vraiment été intoxiquée par du poisson (...). [...], *mais* sur mon corps il n'y a rien, pas sur mon corps, *mais* par contre ma tête me fait toujours mal, la nuit, j'ai mal à la tête, et lorsque je me réveille le matin j'ai mal à la tête,

²⁴⁷ Selon le dictionnaire Garnier Delamare (1998), on désigne sous le nom de *goutte* « une maladie due à une perturbation du métabolisme des purines qui provoque une surcharge de l'organisme en acide urique ; celui-ci est en excès dans le sang (hyperuricémie) » (Garnier Delamare & al., 1998 :345). La goutte se manifeste par des crises articulaires d'allure inflammatoire, extrêmement douloureuses. Si ces crises disparaissent rapidement sous l'action de la colchicine, la goutte devient chronique après une dizaine d'années (Ibid).

²⁴⁸ Il s'agit d'une intoxication souvent observée en Polynésie française comme dans d'autres régions tropicales (e.g. Antilles, Nouvelle-Calédonie) et qui est due à l'ingestion de la chair de certains poissons contenant une toxine produite par « un micro-organisme flagellé » (Garnier Delamare & al., 1998 :160). Elle se traduit notamment par des troubles nerveux (paresthésies) que décrit Tiare^f, par des douleurs articulaires et d'autres signes comme l'altération de l'état général. « La guérison survient au bout de 3 semaines et laisse souvent des séquelles douloureuses » (Ibid).

et... ça fait vraiment tout drôle *hein* ! non, le mal ne s'arrête pas du tout, j'ai toujours mal, voilà c'est seulement ça que j'ai remarqué sur mon corps. [Silence] [...]

Mais... sur mon corps hein, il n'y a vraiment rien du tout, c'est surtout mes doigts, lorsque je dors, on dirait... iiss... ça fait tout drôle, il n'y a pas, on dirait peut-être que le sang ne circule pas, je ne sais pas pourquoi, et pour les pies hein ! pareil, c'est pareil. (...) [Bruit de camion]. » (Tiare^f, Cas 028)

La perception de certains signes tels que la faiblesse extrême, les douleurs articulaires récurrentes conduisent certains Polynésiens à appréhender l'évolution de leur diabète vers la paralysie, ce qui motive leur recours aux soins médicaux. Ainsi, au début de sa maladie, Mihia^f pensait, « *eh c'est pas grave cette maladie-là, [...] Mais mais après, quand j'ai eu les signes, c'est par là que je suis t'à fait²⁴⁹ voir le Docteur... »*

« J'ai vu (remarqué) "pa'i" une chose..., un signe sur moi, c'est comme..., paralysée ("ha'aparuparu") bizarre..., et après..., je m'évanouissais. [...] Au début "pa'i"... ça faisait "mea" "pa'i" à la tête..., paralysée (très affaiblie)... [...] C'est comme ça que je suis allée trouver un médecin. [...] Quand je suis revenue, ils m'ont dit que c'est le diabète (litt. le sucre dans l'urine), c'est grand... complètement... (c'est vraiment aggravé). » (Mihia^f, Cas 020)

On constate cependant que les signes de paralysie que Mihia^f décrit en amont du diagnostic de son diabète vont contribuer à structurer sa représentation effrayante de cette maladie « très grave » dont elle craint l'évolution, provoquant ainsi sa « peur » au moment du diagnostic et retardant sa prise en charge médicale :

« C'est comme si, j'ai vraiment eu peur. J'ai eu peur parce que j'ai toujours entendu dire qu'avec le diabète, ē... on devient "mea" (paralysé) aussi, comme si on devient *paralysé* aussi, c'est pour ça que j'ai voulu... aller voir le Docteur. Ça commence aussi "pa'i" par des douleurs aux articulations des mains... Non, c'est une maladie très grave (très difficile) cette maladie du diabète... [Long silence]. » (Mihia^f, Cas 020)

²⁴⁹ Voir l'explication de cette expression *tout à fait* à la page xiv et à la page xv de l'annexe II.

On a montré que les Polynésiens caractérisent le début de leur maladie par l'absence de signes visibles sur leur corps et qu'ils associent l'apparition secondaire de diverses manifestations souvent douloureuses et récurrentes à l'aggravation de leur diabète, motivant généralement la consultation d'un médecin. Cependant, on a souligné que la perception des signes associée à la crainte que génère le diabète chez certains Polynésiens peut inhiber leur recours aux soins et même les conduire à nier leur maladie, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'aggravation de leur état de santé, et partant, sur l'évolution de leur maladie vers les complications.

On complétera ce tableau sémiologique par l'irruption de signes chez certains Polynésiens, après une longue période de négligence avouée de leur maladie, ceci malgré les diagnostics itératifs et les messages d'avertissement formulés par les professionnels de santé. Le cas le plus frappant est celui de Taaroa, dont la durée d'ancienneté du diagnostic du diabète est la plus élevée (i.e. 28 ans). Dans son récit, il a reconnu plusieurs fois « avoir fait le sourd », « n'avoir pas fait cas » du contenu des propos des cliniciens. Ainsi, on lui avait dit : « Tu as le *diabète* ! » « Je lui ai répondu : “c'est quoi cette maladie-là ? C'est quoi cette maladie ?” (...) [Sur un ton grave :] On m'a répondu, “Cette maladie, c'est une maladie que l'on ne guérit pas encore (i.e. incurable), nous te mettons en garde, tu as le *diabète*” ».

D'une voix plaintive, il a raconté le déroulement des perturbations survenues dans sa vie à la suite des manifestations physiques liées à son diabète, en évoquant l'écart existant entre la période où il n'avait « pas encore cette maladie » et celle pendant laquelle, il a vécu d'importants changements. « Au début, j'étais un homme corpulent, j'avais 130 *kilos*. Et... un homme... *sport* (sportif) dans la pirogue, j'adorais l'agriculture. Il y a beaucoup de chose dans la vie que je pouvais faire car j'avais de la force ». Muté dans une île éloignée de Tahiti, « tout allait bien ». La survenue d'un accident traumatique dans le cadre de son activité professionnelle a nécessité son hospitalisation au cours de laquelle la question lancinante de son amputation potentielle le taraudait : « Ah ! lors des soins là-bas

se posait toujours pour moi la question de... est-ce que j'allais être amputé ? ». Lors de cette hospitalisation a été initié son traitement occidental qu'il a interrompu pour changer d'itinéraire thérapeutique et « essayer » (« tāmata ») l'efficacité de divers remèdes traditionnels tahitiens : « et..... après je me suis arrêté, j'ai arrêté comme je te l'ai dit pendant *deux ans ou trois ans* où j'ai pris du "rā'au tahiti", j'ai essayé toutes sortes de remèdes, *hein* ». L'accident qu'il a subi, constitue selon lui l'événement déclenchant de l'irruption des signes qui témoignent de l'importante dégradation de son état de santé et de l'apparition de certains handicaps :

« Il y a eu beaucoup de changements, perte de poids, le premier changement a été la perte de poids. Et..... après, je prenais du poids. Durant beaucoup d'années, j'ai eu beaucoup de changements ce n'est pas comme autrefois, il y avait ces douleurs partout dans le corps..., la tête qui tourne, et..., mes dents qui tombent, mes dents bougeaient sans raison et je n'allais pas chez le dentiste, elles bougeaient... à un moment, au bout de trois mois, quatre mois, la dent tombait. Il y avait deux, deux dents qui tombaient des fois, (...) comment dire..., à propos de mes yeux, mes yeux ont commencé à s'assombrir, mais je n'ai pas demandé de lunettes, ce n'est que depuis peu que j'ai demandé ça. (...) Les démangeaisons aux pieds, les plaies, qui viennent souvent [...] et... des plaies qui mettent du temps à guérir. (...) » (Taaroa, Cas 027)

Après avoir complété ses signes par « la *nervosité* », le fait qu'il « s'énerve très vite », Taaroa a expliqué sur un ton qui appelait la compassion, que son problème dentaire était toujours préoccupant au moment de l'entretien :

« Aujourd'hui, je peux vous dire, je n'ai plus que trois dents, trois (...), et toutes les trois bougent, (...) toutes les trois bougent. Ça fait longtemps que je, longtemps que je... (...), cette... (...) je ne peux pas aller chez le *Dentiste*, car chez le *Dentiste* il n'y a pas de *prise en charge* pour cette chose, il faut payer. Il est vrai que, le prix a baissé (...), mais il n'y a pas assez d'argent, pour ce genre de traitement. » (Taaroa, Cas 027)

Ce traitement dentaire étant particulièrement onéreux et non remboursé par l'organisme d'assurance maladie de la Polynésie française, Taaroa a finalement renoncé à l'achat d'un *dentier* qu'il ne peut pas financer, laissant « la nature les enlever, il m'arrive

même de les bouger..... et qu'elles se détachent. J'ai pourtant mal quand je mange, comment faire, maintenant je ne peux plus manger de la nourriture solide, *il faut* manger de la nourriture... et *ich*..., comme du riz..., du pain mou... (...) » Et puisqu'« *il faut* chercher de l'argent, pour vivre, mis à part le traitement », Taaroa a aujourd'hui choisi de « faire attention à son traitement » et de « laisser, laisser l'argent, pour la vie [celle de sa famille]. C'est comme ça que je vois ma vie et la question de ma maladie, *hein* ? »

Pour la plupart des Polynésiens, le diabète se manifeste sur le corps par des plaies, « des bobos », qui ne guérissent pas et qui évoluent vers la pourriture²⁵⁰ du pied et de la jambe : « si tu ne fais pas attention à ce... *diabète*, il te mange et ça monte jusqu'en haut, et ensuite on t'ampute (litt. on te découpe) le pied. On t'ampute (litt. on te découpe) le pied »²⁵¹. C'était le cas de Varua^f :

« ...il me semblait que mon pied enflait de plus en plus et avant mon pied ne me faisait pas mal, pas mal du tout, je pouvais marcher, je le pouvais, je me rendais là où je voulais ! À l'hôpital, je n'étais pas coincée au lit, je me déplaçais, mais après j'ai commencé à avoir mal, on dirait que mon pied était en train de pourrir tu comprends, on dirait que mon pied était en train de pourrir ! » (Varua^f, Cas 014)

Mon interprète et moi-même l'avions suivie lors de ses hospitalisations particulièrement longues et éprouvantes ponctuées par de nombreuses amputations (i.e. des orteils, du pied, de la jambe, et finalement de la moitié de la cuisse) qu'elle avait subies.

²⁵⁰ Il n'est pas inutile de rappeler ici les propos de Ruta lorsqu'elle constatait les pieds « pourris » des malades diabétiques qu'elle visite et pour lesquels elle prie, en insistant toutefois sur sa crainte d'être atteinte de ce mal : « Tu vois que le pied est pourri. Je remercie Dieu, ça fait combien d'années maintenant que j'ai su que j'ai le diabète, j'ai peur aussi quand je regarde... pourri, n'est-ce pas ? [Silence] »

²⁵¹ Il s'agit d'un extrait du témoignage du mari de Hereiti^f (Cas 032) qui a généreusement participé à la deuxième entrevue, notamment en nous confiant spontanément le récit de l'expérience du diabète de son père, réactivant ainsi le vécu antérieur de sa propre souffrance : « il ne fallait pas amputer son pied. Ça a duré cinq ans. C'est tout récemment qu'il est mort. Et le Docteur avait dit qu'il allait mourir en un an, et cinq ans plus tard il est mort mon papa. C'est le *diabète* alors. Mon papa n'a pas accepté qu'on lui ampute le pied ! Mais ça a duré cinq ans, et puis il est mort. Ses *copains*, ils sont six, ça n'a pas duré un an, ils sont "dans la caisse". Mon papa, ça a duré cinq ans. [...] Il n'a pas accepté qu'on lui ampute le pied, on l'a *soigné* seulement... Il a supporté le mal du *diabète*. Et c'est allé *toucher* tout à fait jusque sur le cœur ».

Après ce fut sa rééducation, ses ré-hospitalisations, et toujours la présence de sa souffrance, mais aussi de son espoir.

Varua^f est décédée 11 mois après le premier entretien qu'elle nous avait accordé chez elle. Malgré sa maladie qu'elle portait comme un fardeau, elle espérait sa guérison et l'attendait, parce qu'elle croyait en Lui.

« Dieu a pris pitié de moi ! Ta maladie peut guérir ! Tu crois en Lui, tu peux guérir de ton diabète ! Mais si tu ne crois pas en Lui, tu ne guériras pas de ton diabète ! Dans ces moments-là, il faut que toi, tu lui demandes ! À un autre moment encore demander même si Il est “fiu” (i.e. las) d'entendre ta demande, continue à demander, ne sois pas “fiu”, ne te lasse pas de demander, il arrivera un moment..., voilà ! » (Varua^f, Cas 014)

Trajectoires sémiologiques émergentes de l'analyse

Si la reconstruction de l'histoire de la maladie des 30 cas et l'examen des récurrences de leurs récits met en évidence l'irréductibilité et la pluralité des signes qu'ils expriment, il m'apparaît néanmoins utile de présenter de manière synthétique les trois principales trajectoires sémiologiques qui surgissent de l'analyse.

La première trajectoire rappelle l'évolution du processus physiopathologique du diabète. Elle comprend en effet successivement l'absence de signes visibles sur le corps des Polynésiens (période asymptomatique), la perception de différentes manifestations physiques souvent récurrentes et parfois douloureuses qui évoluent vers des signes interprétés comme l'aggravation du phénomène, motivant parfois le recours aux soins occidentaux (“popa'ā” ; litt. des Blancs) permettant de diagnostiquer leur diabète médicalement (biologiquement). Le diagnostic du diabète peut également être établi de manière empirique, s'inscrivant dans un itinéraire thérapeutique traditionnel.

On mentionnera ici le cas de Vaiana^f qui affirme avoir découvert son diabète de manière empirique grâce aux fourmis. Ce « test de diagnostic par les fourmis » a été cité

par Lemaitre (1994 :56) qui a confirmé son utilisation dans le cadre de la médecine tahitienne. Vaiana^f est l'une des rares Polynésiennes qui localise son diabète dans l'urine, « le pipi, *hein*, c'est là-bas que tu apprends que tu as le diabète... ». Elle nous confie avec une certaine fierté, comment elle a découvert cette technique des fourmis :

« C'est ça la seule technique que je connais, *hein* ? c'est ça "pa'i", je mets "pa'i" le sucre, *hein* ? je laisse longtemps, c'est là que tu vois, il y a plein de fourmis, *humm* c'est plein de fourmis, c'est ça seulement que je connais comme moyen pour savoir qu'il y a le diabète *humm* ? [Long silence] »

En fait, la technique des fourmis lui permet de contrôler son diabète ainsi que l'efficacité des remèdes traditionnels qu'elle absorbe notamment avant d'aller à sa consultation médicale. Cette stratégie thérapeutique traditionnelle s'inscrit en opposition à celle des Blancs²⁵² : « Il ne faut pas croire, et continuer à boire le médicament français. Non alors. Non alors ». Elle lui permet de « nettoyer » son « mea », c'est-à-dire son sucre, et d'anéantir ainsi temporairement, sans doute, son état diabétique²⁵³.

« [...] lorsque tu pisses, tu vois que c'est le diabète, quand tu pisses, il y a beaucoup de fourmis, tu as le diabète (...) c'est à ce moment-là que tu comprends que c'est le diabète, quand tu vas pisser, il y a beaucoup de fourmis autour de ce "mea" [l'endroit où la personne a uriné] [Silence]. [...] »

Ah ! quand je me prépare pour aller à la visite, je commence à boire le médicament tahitien, pour nettoyer avant qu'il m'ausculte. Et quand il "mea" [mesure son taux de glycémie] "*ah māmā c'est bon, ah continue tes médicaments*" ». (Vaiana^f, Cas 021)

²⁵² Cette expression est issue de la traduction littérale de « r 'au popa' », c'est-à-dire « médicament des Blancs » et qui correspond au traitement occidental ou au traitement biomédical.

²⁵³ Le cas de Vaiana^f illustre de manière saisissante les stratégies mises en œuvre par certains Polynésiens et qui échappent aux médecins, lesquels sont convaincus du faible niveau de connaissances voire de l'ignorance des Polynésiens au sujet de leur maladie. Je me réfère notamment ici à certains constats formulés par un groupe de professionnels médicaux et paramédicaux dans le cadre de la prise en charge du diabétique en Polynésie française : « carence de connaissances élémentaires sur la maladie et sur sa gravité potentielle, facteur d'indifférence » (U.S.P.S.L.P., 2002 :10).

Si la deuxième trajectoire sémiologique se caractérise par la révélation surprenante du diagnostic²⁵⁴ du diabète au Polynésien lorsqu'il n'a « rien du tout... rien du tout ! », on a souligné que cette absence de signes visibles sur son corps aura un impact déterminant sur l'évolution de sa maladie vers les complications. En effet, à ce stade de la maladie, le Polynésien n'a pas intégré le fait qu'il était porteur du diabète. Or, il se trouve que la non-acceptation de sa maladie ne provient pas uniquement de son constat d'absence de signes physiques, mais qu'elle implique aussi le rôle structurant de sa représentation du diabète sur l'évolution de la trajectoire de sa maladie vers les complications, comme on le montrera dans la prochaine section.

La troisième trajectoire sémiologique s'inscrit dans la continuité de la précédente. Lorsque le Polynésien voit ou constate les manifestations de sa maladie, pourtant antérieurement diagnostiquée mais souvent non intégrée, voire même son aggravation, il prend conscience qu'il a « négligé » sa maladie, qu'il n'a « pas fait attention » (e.g. Hiro, Taaroa, Tii). Tiare^f précise par exemple : « au début tu ne fais pas cas de cette maladie *hein*, et maintenant ma maladie s'est aggravée, mon *diabète* s'est vraiment aggravé *hein* ». Éprouvant un sentiment de culpabilité ainsi que des regrets, « je me dis, voilà, si j'avais écouté ce que m'a dit le Docteur ! *hein* ! [...] je ne serais pas en train de me piquer aujourd'hui », elle prend conscience du caractère irréversible de l'aggravation de sa maladie, et dit à voix basse : « comment dire déjà, *ich...*, j'ai pensé dans ma réflexion *iïss...* il est trop tard, *hein* !... [prononce chaque mot distinctement] *c'est - trop - tard* !..., *pour moi "pa'i" hein...* ». Taaroa a également reconnu, sur un ton grave, « c'est trop tard aujourd'hui, [...] trop tard, maintenant tu t'occupes uniquement de te soigner et..., jusqu'au moment, où Dieu te prendra et... t'emmènera ».

Les stratégies d'actions que les Polynésiens diabétiques adoptent face à leur maladie sont nécessairement conditionnées par leur acceptation voire leur non-acceptation du

²⁵⁴ Celui-ci est généralement pratiqué lors d'un dépistage systématique réalisé dans le cadre des campagnes de prévention ou de la médecine du travail.

diagnostic de leur diabète ainsi que la survenue potentielle du cortège de ses graves complications. Cependant, il convient de souligner que cette acceptation (ou cette non-acceptation) de la maladie mobilise surtout la charge symbolique issue des significations dans lesquelles le diabète s'inscrit en tant qu'événement pathologique pour les Polynésiens, plus précisément à travers le nom et le sens qu'ils attribuent à leur maladie, façonnant ainsi la trajectoire sémantique de leur diabète, et, partant, celle de son évolution.

Ancrage sémantique de la trajectoire du diabète des Polynésiens autochtones

Largement influencés par le discours médical, les Tahitiens nomment le diabète dans leur langage populaire « te 'ōmaha tihota », ce qui signifie littéralement « l'urine – sucre », c'est-à-dire le sucre dans l'urine. L'Académie tahitienne confirme cette définition, « Diabète, glycosurie » (1999 :305). Pour Lemaitre (1994 :56-57), la maladie du diabète permet d'illustrer l'influence de la médecine scientifique, même si la notion *diabète* ne figure pas dans les anciens documents relatifs à la médecine tahitienne. On considère que les Polynésiens sont situés au cœur d'un pluralisme médical (Lemaitre, 1996a ; 1996b), en présence à la fois de la médecine scientifique (i.e. celle des Blancs), et de la médecine traditionnelle (i.e. celle des Tahitiens). Selon Lemaitre (1994 :56), certains guérisseurs expliquent aux Polynésiens diabétiques la nature de leur maladie en utilisant « une étymologie approximative du mot français : diabète = diable + bête » (Ibid). Cette appellation confère inévitablement à cette maladie une dimension surnaturelle, qui nécessite une approche et un traitement traditionnels particuliers. On précisera cependant dans cette section que la plupart des Polynésiens inclus dans l'étude considèrent le diabète comme une « vraie maladie » (« ma'i mau ») et non comme une maladie surnaturelle (« ma'i tapiri »).

L'ancrage sémantique de la trajectoire du diabète chez les Polynésiens sera examiné en premier lieu à travers les noms qu'ils attribuent à leur maladie généralement en langue

tahitienne ainsi que leur signification. Ensuite, on poursuivra ce décryptage sémantique en identifiant les maladies que les Polynésiens associent au diabète, avant d'aborder leur conception étiologique (ou causale) de leur maladie.

Comment les Polynésiens diabétiques nomment-ils leur maladie et quelle est sa signification ?

Lorsque les Polynésiens diabétiques s'expriment au sujet de leur maladie, ils utilisent généralement l'expression « te ma'i 'ōmaha tihota », c'est-à-dire « la maladie du diabète » (i.e. la maladie du sucre dans l'urine), ou « te 'ōmaha tihota », que l'on traduira par « le diabète » (litt. le sucre dans l'urine), ou « te ma'i *diabète* », pour évoquer précisément « la maladie (du) *diabète* ». Ils désignent également leur maladie par la forme abrégée « te ma'i tihota » et parlent ainsi de leur diabète en tant que « maladie du sucre ».

On constate d'emblée que ces expressions, notamment « te ma'i 'ōmaha tihota », « la maladie du diabète » (i.e. la maladie du sucre dans l'urine), citées avec récurrence par les Polynésiens diabétiques pour identifier leur maladie, s'inscrivent incontestablement dans le sillage de la pensée biomédicale qui tend à attribuer une causalité principalement alimentaire à la maladie diabétique.

L'analyse des récits des Polynésiens porteurs du diabète de type 2 permet de différencier deux catégories de termes qu'ils utilisent pour nommer leur maladie. On distingue ainsi d'une part, les expressions à connotation étiologique ou causale du diabète, et d'autre part, les expressions relatives au diabète en tant que maladie-état et aux effets qu'elle produit.

Expressions à connotation étiologique ou causale du diabète

Parmi les expressions les plus courantes relevées dans la première catégorie figurent celles que l'on vient de citer, comme « la maladie du sucre dans l'urine », ou « la maladie

du sucre », et parfois même « te ma`i *diabète* » [litt. la maladie (du) *diabète*], ou *le diabète*, qui sont des expressions issues du langage scientifique utilisées dans l'espace clinique par les professionnels de santé, mais qui sont aussi partagées aujourd'hui par les membres de la communauté tahitienne.

On note également que le diabète est identifié par certains Polynésiens comme une « ma`i tupuna » (litt. maladie des ancêtres), ou comme une « ma`i *famille* », c'est-à-dire une maladie d'origine familiale, ou comme une « ma`i tumu » [litt. maladie d'origine – de la souche (familiale). « Tumu » signifie littéralement « racine, origine, cause, fondation, source »]. Si dans la pensée occidentale la « maladie des ancêtres » correspond à la maladie héréditaire ou à la maladie génétique, elle véhicule une forte charge symbolique pour les Polynésiens, impliquant leurs ancêtres à l'origine de leur malheur invoqué parfois comme un héritage qu'ils doivent assumer²⁵⁵.

Les Polynésiens considèrent le diabète comme une « ma`i mau », c'est-à-dire commune « vraie maladie », une « maladie véritable », [« c'est vraiment une vraie maladie » (Cas 010)] et qui interroge parfois : « C'est une vraie maladie, la maladie du diabète ? » (Cas 008). Selon certains participants, puisque l'expression « ma`i mau », « vraie maladie », confirme l'appartenance de la maladie à ceux qui la portent, le diabète ne peut pas être une maladie surnaturelle ou une « ma`i tapiri », qui signifie littéralement *maladie collée* (Lemaitre, 1986 :3). Ainsi, Vaiana^f (Cas 021) précise : « je ne sais pas d'où vient ma maladie. Je pourrais dire, ah, non c'est à cause de "mea" [quelqu'un] ma maladie, non ! c'est à toi vraiment ta maladie ! (...) » On montrera cependant que la causalité héréditaire du diabète peut parfois générer chez les Polynésiens la crainte de la production d'effets maléfiques.

²⁵⁵ Ce sujet sera abordé plus précisément dans la partie consacrée à l'exploration de la causalité héréditaire du diabète chez les Polynésiens inclus dans l'étude (Cf. pp. 272-274).

Vai^f (Cas 005) est la seule Polynésienne qui attribue à sa maladie un nom qualifié d'*original* selon elle : « *pour moi c'est "pūfata" : Tu bouffes, tu bouffes, tu bouffes, tu bouffes, et puis le résultat euh... est tombé nette²⁵⁶ ... [...] comme quoi j'ai contracté aussi cette maladie* ».

Ce nom « pūfata » vient en fait de ses « grands-pères » qui lui répétaient sans cesse « *"ne mange pas comme ça, mange calmement, ne... ne... prends pas tout à la fois dans ta bouche [...] mange correctement comme un enfant devrait manger..." Mais moi non..., et d'où cette appellation que j'ai donné "pūfata"* ». Si ce terme signifie pour elle « *l'envie de manger, manger... enfin la gourmandise* », pour d'autres personnes précise t-elle, « *"pūfata" c'est énorme..., c'est... l'obésité, certaines hein, mais pour moi euh, ç... ça fait une seule, un seul mot pour ces deux. [Bruits d'enfants qui jouent]* »

En réalité, le terme « pūfata » qui signifie littéralement « largement ouvert, béant » (Académie tahitienne, 1999 :385), correspond dans le cas de Vai^f à l'absence de limite à la satiété. D'autres participants ont par ailleurs confirmé cette absence de satiété évoquant des ingestions alimentaires importantes, tant en termes de quantité qu'en termes de valeur calorique, les conduisant parfois à ressentir un mal-être profond. Ici, l'acte alimentaire vise plus à combler un manque, un mal à être, et sans doute une détresse profonde, qu'à satisfaire des besoins nutritionnels. Les propos de Toanui (Cas 003) et ceux de Hiro (Cas 006) confirment cette consommation alimentaire importante et cette absence de satiété qui résultent, apparemment, d'un affaiblissement physique et psychique considérable se traduisant par une insuffisance de volonté et aboutissant parfois à la sensation d'un malaise extrême. Ils soulignent toutefois avoir semble-t-il cessé ces épisodes de surconsommation alimentaire, à la suite de l'annonce du diagnostic de leur maladie.

Toanui : « *...Moi, moi je te dis franchement, au début, je mange trois assiettes, trois assiettes hein ! [...] Ouais. Et parfois ça va jusqu'à quatre*

²⁵⁶ Il est sans doute utile de préciser ici qu'il ne s'agit pas d'une faute d'orthographe, mais de l'expression réelle du locuteur qui a particulièrement insisté sur la fin du mot « net », suggérant le genre féminin.

assiettes, mais, quand... quand j'ai découvert cette maladie... ah c'est pour ça que i faut pas, i faut pas, i faut pas "pa'i" que tu ailles jusqu'à cette limite hein ! il vaut mieux pour toi... diminuer. Tu vois, si si tu "mea" (diminue) pas, c'est ça vraiment alors, balaise, balaise ! balaise ! Tu ne peux plus te porter toi-même [tu ne peux plus te lever], ensuite, tu vas étouffer et jusqu'à la mort, c'est pire que tout ! (...) [...]

Oui ! y a des moments... la, la plupart c'est en famille, hein. Y a des... comment on dit ? euh... fini manger, après, une heure après, bon, on mange encore, tu vois ? Entre une heure, deux heures, on mange encore..., c'est... c'est comme ça, tu vois ! Mais je trouve..., [soupir] (...) mais enfin pour moi..., je trouve que... ça va pas hein, ça va pas... [Silence] Comment dire... Humm... [Long Silence] [...] Ma pensée s'affaiblit.... hein, tu vois, faible "pa'i", il n'y pas de... force... Voilà, humm... Faible... C'est comme si... dans cette idée de faiblesse, c'est cette chose-là qui te pousse aussi à... manger plus, hein, manger plus "pa'i" ça ne te pousse pas à avoir le moral (la force) de seulement doser (limiter) ! » (Toanui, Cas 003)

Hiro : « Moi, j'aimais beaucoup l'*ice-cream* autrefois, hein, je peux vider une grosse touque comme ça [gestuelle suggérant la taille d'un seau d'environ 5 l], hein ! j'ai tout vidé, tout seul ! Comme ça ! Une touque, [interpelle l'interprète :] māmā, d'*ice-cream*, je peux manger tout seul, je vide tout ! (...) Oui, et j'aime aussi boire ces "mea"..., la *limonade*..., le *Coca-Cola*..., le *fanta*..., c'est peut-être de là qu'a poussé cette chose en moi. Tous les jours, je ne fais que ça, hein ! Ah ! Et quand j'ai su que c'est le diabète, ah ! j'ai complètement arrêté de boire tout ça. [Silence] » (Hiro, Cas 006)

Expressions relatives au diabète en tant que maladie-état et à ses effets

De manière générale, les noms répertoriés dans cette catégorie témoignent de la représentation particulièrement terrifiante du diabète pour les Polynésiens. Les expressions qu'ils utilisent suggèrent ainsi la gravité de leur maladie, la souffrance et les craintes qu'elle peut provoquer.

Identifiée dans l'espace clinique de maladie *incurable*, « Parce que je sais, on m'a affirmé que cette maladie était incurable ! » (Varua^f), le diabète est en effet, pour les

Polynésiens, une maladie « que l'on ne guérira pas », c'est-à-dire une maladie mortelle, qui va écourter leur vie et qu'ils vont subir jusqu'à leur mort.

Plus précisément, le Polynésien diabétique qualifie sa maladie de « ma'i 'īno », que l'on traduit de manière littérale par une « maladie mauvaise » ou une « mauvaise maladie », c'est-à-dire une maladie grave. « 'īno », signifie « mauvais, abîmé, détérioré » mais aussi « le mal », celui que l'on redoute et qu'il faut éviter en veillant, dans le cas du diabète, à la prise régulière des médicaments prescrits par le médecin, comme le précise Mataihau^f. Cette Polynésienne accepte ainsi sa maladie en craignant toutefois la survenue de ses graves complications, dont les dramatiques conséquences représentent pour elle de réelles menaces.

« [...] ...c'est vraiment une mauvaise maladie, *il faut* que tu fasses attention, on découpe²⁵⁷ (ampute) les pieds, les mains, et quoi encore à cause de cette maladie, et c'est vraiment une mauvaise maladie. [...] »

J'entends toujours les gens parler du diabète, on a coupé ("tāpūhia") les pieds et moi aussi j'ai peur si on va couper mon pied *hein*, c'est pour ça parfois, *il faut* que je fasse attention à manger (prendre) mon traitement, *il faut* que ce "mea" (le taux de sucre) tombe (baisse). [Profond soupir, souffle] » (Mataihau^f, Cas 008)

Les Polynésiens évoquent l'irruption de leur maladie diabétique et de ses lourdes conséquences, en termes de « problèmes » (« fifi »), de « malheur » (« 'ati »), et même de « fardeau » ou de « charge » qu'ils portent (« amo ») suggérant ainsi l'impression de lourdeur, de pesanteur de la maladie et de ses contraintes notamment thérapeutiques, s'agissant par exemple du traitement par insuline de Miri^f (Cas 004) originaire de l'archipel

²⁵⁷ Puisque la notion d'amputation n'existe pas dans la langue tahitienne, du moins dans le langage populaire, les locuteurs utilisent simultanément le mot français *amputer* ou *amputé* selon une forme verbale tahitienne (« *amputé-hia* », ce qui signifie avoir été amputé) illustrant la notion d'"interlangue" (que l'on évoque par ailleurs à la page xv de l'annexe II), ou bien ils utilisent l'expression « t p hia », ce qui veut dire, « on a coupé, on a tranché ». On constate cependant qu'ils utilisent généralement le verbe « t p p », c'est-à-dire « couper plusieurs fois, découper » (Académie tahitienne, 1999 :459) et qui illustre de manière significative leur représentation redoutable du diabète, lequel peut évoluer vers la nécessité de « découper » le pied ou la

des Tuamotu. Il n'est pas sans intérêt de préciser ici que « amo » signifie aussi « accepter une punition, une situation défavorable » (Académie tahitienne, 1999 :40).

Le cas de Miri²⁵⁸ permet d'illustrer ici en partie, et pourtant de manière exemplaire, la conception du diabète en tant que maladie « subie » surtout en raison notamment de certaines contre-attitudes médicales produites par les professionnels de santé.

« Et puis....., j'ai eu ce problème, ce malheur que j'ai qui m'a conduite ici à Tahiti, qui m'a laissée longtemps comme ça à Tahiti. [Silence]

Si j'ai eu... ce problème, c'est à [lieu de dépistage]. C'est ce malheur alors que j'ai. C'est celui que je porte encore. Le dernier fardeau à porter c'est la piqûre alors. C'est comme ça seulement²⁵⁹. [Silence] » (Miri^f, Cas 004)

« La piqûre » d'insuline, identifiée ici comme un « fardeau » que l'on « porte », trouve son origine dans la forte crainte produite par certains propos particulièrement angoissants exprimés par une infirmière venue à domicile pour administrer l'insuline de Miri^f : « concernant ce traitement, elle m'a fait peur, elle m'a dit que ce traitement, j'en aurai jusqu'à ma mort ». Générant assurément la « peur », cette déclaration prononcée par l'infirmière a renforcé l'incertitude de l'évolution de la maladie de Miri^f, et provoqué l'abandon potentiel de ce traitement apparemment très toxique, puisqu'elle le perçoit comme un « poison », laissant apparaître son recours à d'autres moyens thérapeutiques dans le cadre de sa quête de guérison.

« Ah ! Je lui ai dit que j'allais arrêter ce traitement, que je ne voulais plus de ce traitement, et que je veux pas qu'on m'empoisonne, je veux abandonner,

jambe, et même les mains d'après les propos de Mataihau¹ (voir également à la page 49 l'extrait du témoignage recueilli auprès d'une Polynésienne lors de la recherche exploratoire).

²⁵⁸ Il n'est pas inutile de préciser ici que Miri^f fait partie des trois Polynésiennes volontaires venues spontanément à notre rencontre sur le terrain. Lorsque Miri^f a appris que mon interprète et moi étions dans le quartier pour mener une recherche sur le diabète chez les Polynésiens, elle nous a interpellées, souhaitant apparemment nous raconter ce qu'elle avait vécu, ou plutôt subi, comme le témoignent les extraits de son récit, et de sa fille présente lors du premier entretien.

²⁵⁹ « Seulement » (« noa ») est ici traduit littéralement. Cependant, dans ce contexte, « noa » suggère la notion de continuité que l'on pourrait traduire selon la pensée occidentale par « c'est toujours comme ça », expression moins fidèle à la pensée tahitienne.

je veux chercher un moyen pour éliminer ce *sucré* ! Ce sucre dans mon sang. [Silence] » (Miri^f, Cas 004)

La fille de Miri^f, présente lors de la première entrevue, a affirmé être fortement opposée, comme sa mère, à « cette piqûre » (d'insuline) « jusqu'à sa mort ». Pour autant, les médecins « n'ont pas accepté » d'interrompre ces injections d'insuline qui représentent pour la fille de Miri^f un traitement palliatif administré à sa mère « condamnée ».

« Ils m'ont répondu qu'elle fera cette piqûre jusqu'à sa mort. Je leur ai demandé : "Qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'est-ce que vous voulez dire par là, ma mère fera cette piqûre jusqu'à sa mort ?" Ce que ça veut dire, *on dirait* bien que... comment on dit, *ïa* ! Je ne sais plus c'est quoi. C'est comme des gens à qui on a donné un *contrat*, arrivés à un moment ils vont mourir, comme ce que nous a expliqué le Taote (Docteur), *hein* ! [...] *On dirait* pour moi à ce moment-là, quand j'ai regardé *māmā*, elle est *condamnée* par le Taote, ça, c'est mon avis, *hein* ! C'est ce que je pense. » (Fille de Miri^f, Cas 004)

Dans un tel contexte, le fait d'envisager de former la fille de Miri^f à la pratique des injections d'insuline à sa mère et qui sont prévues « jusqu'à sa mort », alors même que toutes les deux refusent ce traitement, apparaît clairement absurde, totalement vain, et même traumatisant.

« Cette piqûre, elle l'aura jusqu'à sa mort... (...) et puis on m'a dit d'apprendre à faire cette piqûre. J'ai répondu que je ne peux pas faire cette piqûre à ma mère, je vais trembler, c'est... comment on dit ? Parfois je fais, mon cœur bat seulement [palpitations cardiaques, impact émotionnel]. J'ai dit, ils m'ont obligée, *il faut* que je trouve un moyen, *faut* que je fasse la piqûre de ma mère. J'ai prévenu que je ne peux pas faire la piqûre de ma mère. J'ai vraiment dit ça, c'est comme si pour moi quand je regarde ma mère, je la traitais comme un chien ou une *poupée*. J'ai dit ça *parce* je ne peux pas piquer toujours ma mère parce que j'ai peur, mon cœur bouge [palpitations cardiaques, sensation de malaise] (...). » (Fille de Miri^f, Cas 004)

Notre rencontre initiée par Miri^f a finalement évolué vers une demande d'intervention formulée par sa fille pour réussir à « annuler » le traitement par insuline de sa mère.

« ...c'est pour ça que je vous demande, *si* vous avez aussi un moyen pour annuler (supprimer) cette piqûre, puisque vous nous dites qu'on ne peut pas, il n'y a que le Taote... » (Fille de Miri^f, Cas 004)

À la fin de la deuxième entrevue réalisée sans sa fille, Miri^f a souhaité recueillir mon avis sur l'efficacité de « cette piqûre », plus précisément si « c'est bien ou c'est pas bien » puisque « certains disent que... cette piqûre, c'est jusqu'à ta mort ». Elle a manifesté clairement son intention d'arrêter ce traitement qui fait « peur » en s'appuyant sur l'expérience apparemment exemplaire d'une personne diabétique de son entourage.

« Une mère de famille, elle a aussi ce traitement, elle s'injecte elle-même et elle a arrêté ce traitement, elle n'en prend plus. Les deux, arrêtés en même temps. Ah ! à mon avis je serai comme ça aussi ! » (Miri^f, Cas 004)

Si l'on poursuit l'examen et l'analyse des expressions utilisées par les Polynésiens pour désigner leur maladie, on remarque que Toanui nomme son diabète « ma'i fifi » (litt. Maladie complexe, difficile, compliquée ou maladie à problèmes), expression que l'on traduira par « maladie difficile à vivre », « maladie pénible », ou « maladie grave » qui accable ; maladie qui engendre des problèmes, des difficultés, des perturbations dans la vie de celui qui la porte, sans doute par les graves complications qu'elle génère et qui sont difficiles à soigner. Il n'est pas sans intérêt de préciser ici que le terme « fifi » signifie également « chaîne », « être emmêlé ». Dans l'expression « ma'i fifi », c'est précisément l'événement-maladie qui apparaît surgir dans la vie du Polynésien comme un nœud entravant la trame de son existence.

« Parce que... ce qui me fait dire que c'est difficile (que c'est une maladie grave), quand une maladie (plaie) pousse (se développe) sur le pied, elle a du mal à guérir ! c'est ça qui montre que... y a un problème (que c'est grave). » (Toanui, Cas 003)

Il souligne également la gravité de sa maladie en ajoutant l'augmentatif « roa » dans l'expression « ma'i fifi roa », (litt. maladie complètement difficile, ou maladie difficile tout à fait), maladie très grave. Lorsqu'il envisage l'évolution de sa maladie vers l'amputation

de son pied ou de sa jambe, s'il ne se suit pas le traitement, il précise, en langue française : « *c'est grave* » et même « *c'est fini, c'est foutu..., c'est foutu...* ».

Certains Polynésiens qualifient leur diabète de « *ma'i rahi roa* », ce qui signifie littéralement « maladie très grande », c'est-à-dire une maladie très grave qui fait peur parce qu'elle peut évoluer vers des complications redoutables, notamment vers la dialyse rénale qu'ils nomment « *te matini* », c'est-à-dire la *machine*. Si cette *machine* permet selon eux de purifier (litt. adoucir) le sang, elle constitue surtout une réelle menace et implique de « faire attention », mais elle peut aussi conduire à la mort.

« [...] ...on dirait... selon moi c'est une maladie qui fait vraiment peur aussi *hein* ? Si je ne fais pas attention, ah, je serai tout à fait sur la machine, *humm* ? Ah, c'est ça, c'est un peu comme ça que je vois cette maladie, ce que veut dire cette maladie. [...] ...c'est une maladie grave. Si je ne fais pas attention, mon corps sera en difficulté, *humm* ? [...] et à cause de ma négligence, je vais finir alors dans cette machine comme on a dit, qui... nettoie... (litt. adoucit) le sang ! » (Tii, Cas 034)

« Ce que mon Docteur a dit, il y a beaucoup de personnes qui vont sur la *machine*, des gens bien portants, maintenant ils sont toujours (en permanence) sur la *machine*, au bout de deux semaines, ils sont morts. La *machine* n'est pas bonne pour un être humain. » (Mataio, Cas 019)

Enfin, le diabète est identifié comme une maladie mortelle, « *ma'i pohe* », c'est-à-dire une maladie dont le caractère incurable s'impose par l'absence de perspective de guérison. On constate, avec un certain étonnement, que certains cliniciens évoquent parfois la mort lors de l'annonce du diagnostic du diabète au Polynésien, l'entraînant ainsi dans cet univers flou et dramatique de la fin de son existence, comme le précise Hiro :

« Oui. Et au moment où ce médecin m'a dit : "Tu as le diabète !" Ah ! "Y a beaucoup de diabète, deux *grammes* !" Y a pas... *Īa* ! On meurt ! Tu peux mourir ! [...] Ah ! j'ai développé cette, cette maladie-là [litt. cette maladie a poussé en moi] et... le médecin m'a dit qu'on meurt, ah, ah, ah ! Qui va nourrir mes enfants ? *Hein* ? » (Hiro, Cas 006)

À quelles maladies les Polynésiens associent-ils le diabète ?

« Ce sont les maladies que je vois, comment dire, qui favorisent... qui sont proches... de la maladie du *diabète*, *hein* ? C'est, la cécité..., ...boiter du pied..., c'est aussi le RAA²⁶⁰, toutes les jointures, c'est aussi, comment dire, c'est, c'est... *sur le pied là, l'os hein ? Yeah, bé', ça vient du diabète ! Tu vois euh... bobo..., amputé..., euh... y a toutes sortes de maladies. (...) Si tu soignes pas le bobo, ça veut dire que... t'as le diabète.* [Silence] »

La question relative aux « (mau) ma'i piri roa » (litt. « maladies collées tout à fait », ou « maladies très collées »), c'est-à-dire aux maladies associées au diabète, a permis d'approfondir la signification que les Polynésiens diabétiques attribuent à leur maladie. On remarque qu'ils désignent souvent les complications du diabète en tant que « maladies associées », soulignant ainsi l'influence structurante des messages entendus dans l'espace clinique et plus largement à travers les médias sur leur représentation de la maladie. Le diabète correspond ainsi pour la plupart des Polynésiens, et dans le discours populaire tahitien, à une maladie dont l'annonce du diagnostic provoque un impact psychologique important, de surcroît lorsque se profile son cortège de complications effrayantes (i.e. cardiopathie, cécité, amputation et insuffisance rénale). Ils citent ainsi *le cœur*, la maladie de cœur, « te ma'i māfatu » ; le rhumatisme articulaire aigu, « *le RAA* » ; la cécité, « piori te mata » et parfois la *cataracte*, mais aussi la crainte d'être *paralysés* dans la continuité de ces épisodes de fatigue intense qu'ils décrivent au début de leur maladie.

À ce tableau redoutable, il convient d'évoquer à nouveau la peur engendrée par la perspective de la *machine* (i.e. la dialyse) qui « te guérit en attendant ta mort » (Tanerai, Cas 016). Le traitement par hémodialyse constitue en effet, a-t-on remarqué, une véritable menace pour les Polynésiens et pour Toanui en particulier : « *Si ! Ça a démoralisé ! Oui démoralisé j'ai eu ça quand on m'a prévenu que tu as le diabète tu risques d'aller sur la machine c'est par là oui c'est ça !* » Il a précisé ensuite :

²⁶⁰ Rhumatisme articulaire aigu.

« Ça peut produire beaucoup et ssss... [expression d'une gêne] *Et, pasque* dans ces maladies, si on ne fait pas attention au *diabète, hein*, c'est le cœur qu'on attrape, moi je sais, je ne suis pas allé à l'école, [mais je sais que] *si* tu ne fais pas attention au *diabète*, c'est le cœur [la maladie de cœur] que tu attrapes, et si c'est pas le cœur... [...] ...on attrape... on devient aveugle... [...] ...*si* on n'est pas aveugle, c'est le pied (ou la jambe) qui sera *amputé(e)* ! Voilà ce que je constate, *hein* ! » (Toanui, Cas 003)

Marqués par les prélèvements sanguins effectués lors du dépistage, ou du contrôle de leur glycémie dans l'espace clinique, les Polynésiens situent leur diabète ou plus précisément leur « maladie du sucre » (« ma'i tihota »), dans le sang : « ce sucre dans mon sang », précisait Miri^f. Ce constat pourra surprendre étant donné la localisation explicite du diabète dans l'urine conférée par l'expression « 'ōmaha tihota » (litt. « sucre dans l'urine ») qui diffère de l'expression « toto tihota », laquelle signifie la présence anormale de glucose (sucre, « tihota ») dans le sang (« toto ») (Montillier, 1999 :250), mais qui n'est pas utilisée dans le langage populaire polynésien pour identifier le diabète. Pour autant, on note que les Polynésiens associent leur diabète à des maladies localisées dans le sang, comme le « *cholestérol* dans le corps » (« te ma'i hinu », litt. la maladie de la graisse) ; le sida (« te ma'i *sida* ») ; la filariose lymphatique (« te ma'i mariri ») ; et à deux maladies qui sont aussi et surtout incurables, c'est-à-dire mortelles, et particulièrement terrifiantes pour les Polynésiens : le cancer, et une forme de cancer situé dans le sang, la leucémie. Ces maladies cancéreuses associées au diabète suggèrent pour les Polynésiens la perspective de souffrances difficiles à guérir, et leur évolution inéluctable vers la pourriture du corps puis vers la mort : « Non, le *cancer*, c'est ça la maladie que je ne pourrais pas supporter (endurer). Lorsque j'apprendrai que j'ai le *cancer*, je préférerais m'en aller... » (Torea, Cas 029) : « tout ce que je sais c'est que c'est une maladie mortelle, si tu attrapes la *leucémie* c'est la mort » (Taaroa, Cas 027).

« *C'est pas alors pareil avec le diabète... t'as vu les... comment on dit... comme une sorte de cancer là... leucémie ? non ? [...] Ouais, j'ai peur aussi de cette maladie-là... ça va venir aussi comme ça... [...] Mais moi... je pense seulement à ça, après ça va aller aussi comme ça, comme la leucémie, comme le... diabète, c'est dans le sang... même la leucémie, c'est aussi dans*

le sang ! [Silence] [...] J'ai très peur de cette maladie la *leucémie*... c'est très douloureux aussi... et... ça ne guérit pas facilement avec le "rā'au" ! C'est ce que... je pense de cette maladie, c'est une maladie qui fait peur (redoutable) aussi cette maladie... [...] C'est comme si, je suis en train de penser à ce diabète, c'est comme ça aussi, comme la *leucémie* aussi. » (Mihia^f, Cas 020)

Les Polynésiens associent le diabète au cancer, « mariri 'ai ta'ata », expression qui signifie précisément le « "mariri" (gangrène) qui ronge *ou* qui dévore l'homme », et à la leucémie « te mariri 'ai toto », c'est-à-dire le « "mariri" qui ronge le sang » ou littéralement la maladie dont le sang est « pourri ». Cette notion de pourriture, clairement mise en évidence dans le récit de Ruta qui évoquait les pieds « pourris » des malades incroyants auprès desquels elle prie, permet d'évoquer et de souligner la croyance de certains Polynésiens selon laquelle le sang d'une personne atteinte du diabète est « pourri », puisque cette maladie se traduit par des plaies incurables dont l'évolution vers l'amputation est inéluctable.

Le diabète représente ainsi pour les Polynésiens rencontrés une maladie très grave, incurable, mortelle, qui va écourter leur vie, de surcroît pour certains, s'ils ne respectent pas les prescriptions médicales. On constate cependant que la majorité des participants s'interrogent sur l'origine de leur maladie, l'exploration de cette question de la causalité qui est, sans doute, « le plus vieux thème et le plus épais dossier de l'anthropologie de la maladie » (Zempléni, 1985 :13), permettra de décrypter certains mécanismes qui sous-tendent leurs conduites face au diabète et à son évolution.

À quelles causes les Polynésiens diabétiques attribuent-ils leur maladie ?

L'exploration de la cause de la maladie chez les Polynésiens implique de porter une attention particulière à la notion tahitienne « te tumu » qui signifie « la racine, l'origine, la cause, la fondation, la source », de la maladie. La provenance de la maladie est parfois identifiée par le locatif « no ni'a *ou* na ni'a » qui signifie littéralement « qui vient de dessus, d'en haut *ou* par-dessus », ou par « na roto », c'est-à-dire « à travers ».

Cet inventaire étiologique est constitué des quatre conceptions causales émergentes et récurrentes de l'analyse des récits : la causalité alimentaire, qui est la plus fréquemment citée, suivie de la causalité coloniale, soulignée au début de ce chapitre par certains Polynésiens qui ont mis clairement en évidence l'influence des Occidentaux à l'origine du développement du diabète au sein de leur peuple ; la causalité migratoire, et la causalité héréditaire. Une attention particulière sera portée sur les mécanismes d'actions impliqués dans l'évolution de la trajectoire des Polynésiens diabétiques vers la gravité.

Pluralité des causes

Au cours de l'analyse, on constate cependant que certains récits qui font état d'une pluralité des causes ne résistent pas à cette taxonomie pourtant pertinente mais parfois limitée. Il suffit de rappeler le cas de Ruta qui attribuait une double causalité : alimentaire, « te mā'a » et héréditaire « te ma'i tupuna » à son diabète. Le cas de Faimano^f montre une configuration causale différente, précisément parce que celle-ci sous-tend le déni de son diabète, lequel résulte simultanément de son mode interprétatif de la causalité alimentaire et de la causalité héréditaire de cette maladie. En effet, pour elle, comme pour d'autres Polynésiens qui intègrent la logique étiologique issue du discours médical « diabète = consommation excessive de sucre », quelqu'un qui « ne sucre pas son café, qui ne mange pas de sucreries, ni de gâteaux », ne peut pas être diabétique. Faimano^f n'a donc « pas accepté » le diagnostic de son diabète, refusant la causalité alimentaire de sa maladie.

« Je ne suis pourtant pas une personne qui mange sucré... et je bois aussi mon café, sans sucre depuis toujours !

Depuis toute jeune, il n'y a jamais de sucre dans mon café ! Et quand je bois ma citronnade, depuis ma jeunesse, j'aime beaucoup quand on ne met pas de sucre ! D'où vient cette maladie que j'ai attrapée ? » (Faimano^f, Cas 026).

Pour Faimano^f, l'hypothèse de l'origine héréditaire de son diabète est également irrecevable puisqu'elle estime ne pas avoir de parents ou de membres de sa famille diabétiques.

« Maintenant, la raison pour laquelle je n'ai pas accepté, c'est parce que je n'ai jamais été confrontée à cette maladie, et je n'ai jamais vu cette maladie dans ma famille. (...) Si ça existait (s'il y en avait), je pourrais peut-être accepter... [Silence] [...]

Est-ce une maladie de famille ? (litt. maladie des ancêtres) ou bien ce sont ces nouvelles maladies qui me tombent dessus ? » (Faimano^f, Cas 026)

Qu'il s'agisse de la causalité alimentaire ou de la causalité héréditaire, on remarque qu'elles contribuent de manière significative à la construction du déni de la maladie chez certains Polynésiens diabétiques, ce qui, assurément, n'est pas sans conséquences sur l'aggravation de leur état de santé.

Causalité alimentaire

L'expression « te ma'i 'ōmaha tihota », (litt. « la maladie du sucre dans l'urine »), utilisée par la plupart des Polynésiens diabétiques pour désigner leur maladie et plus largement dans le langage populaire tahitien pour parler du diabète, est, a t-on dit, distinctement empreinte d'une causalité d'ordre biomédical. Celle-ci s'affirme de surcroît dans les explications que le clinicien donne au Polynésien diabétique au moment de l'annonce du diagnostic de sa maladie, insistant particulièrement sur sa consommation excessive de produits sucrés à l'origine de sa maladie. Le médecin provoque ainsi d'une part, une certaine culpabilité du Polynésien qui cherchera, par suite, un moyen de se purger ou de « nettoyer ce sucre » identifié logiquement à l'origine de cette « maladie du sucre » - comme l'a montré Ruta- et d'autre part, sans doute un conflit cognitif, et potentiellement un déni.

L'exemple de Mana permet de comprendre d'autres mécanismes d'actions impliqués à l'origine du déni du diabète chez les Polynésiens. Le caractère « événementiel » du diabète de Mana trouve ainsi son origine dans sa consommation exceptionnelle d'une grande quantité de « ces aliments défendus (interdits) », c'est-à-dire les deux grands *saladiers* de *fruits cocktail* (i.e. fruits au sirop), « les *gâteaux*, les *fruits*...

j'en ai mangé [...] ...bu du jus », à l'occasion de l'anniversaire de l'un de ses enfants. La révélation du diagnostic de son diabète a d'abord généré son étonnement, -puisqu'il n'a apparemment pas l'habitude de manger des choses sucrées-, ensuite son déni : « j'ai été bien sûr étonné, je n'ai pas cette chose-là [le diabète] sur moi parce que je ne mange pas de "mā'a" sucré, je ne mange pas cette nourriture-là, hein ! » Ensuite, on note avec intérêt la majoration de son déni par sa représentation effrayante du diabète construite d'une part, à partir de l'impact d'images télévisées de personnes diabétiques à qui l'« on a coupé les pieds et tout ça », et d'autre part, à partir de sa confrontation à la réalité de la souffrance de Polynésiens diabétiques lors de ses trois semaines d'hospitalisation à la suite de son hyperglycémie « événementielle ».

« (...) ...et quand j'ai été hospitalisé, quand j'ai été hospitalisé, c'est au dernier étage le diabète, que j'ai vu des gens dont on a amputé le pied, [...] et même les jeunes gens, [...] Les jeunes gens, au début c'était les orteils, maintenant c'est tout le pied, [...] et maintenant les pieds, [...] un jeune, un jeune, on a la même chambre, trente-deux ans, alors que j'ai cinquante deux, je veux pas, je ne veux pas devenir comme lui. [...] » (Mana, Cas 001)

L'impact psychologique de la confrontation à la souffrance observée (i.e. les orteils et le pied amputés), et l'expression douloureuse entendue (i.e. les plaintes, les gémissements lancinants) de ces Polynésiens diabétiques hospitalisés, a contribué à la construction de sa représentation terrifiante du diabète, maladie dramatique, irréversible, insupportable et qu'il refuse :

« C'est pas pareil, j'ai vu à la télé, c'est différent de ce que j'ai vu à l'hôpital, j'ai vu de mes propres yeux, puisqu'on avait la même chambre... [...] Un vieux, on a soigné le pied, il n'a plus les quatre orteils et il continuait de souffrir... [...] ...une personne âgée qui gémissait, cinquante, [...] peut-être cinquante et quelques années, ce vieux continuait de gémir... » (Mana, Cas 001)

Cette expérience structurante a généré en lui le refus définitif de sa maladie, laquelle a pris la forme d'un événement pathologique progressivement anéanti et finalement réduit à « zéro, zéro ». Ainsi, à la suite de son hospitalisation, son « diabète a continué (à baisser),

un... dix..., (1,10 g) et jusqu'à maintenant, c'est zéro. Eh bien, c'est tombé tout à fait [ça a considérablement baissé]. Maintenant, et tous les jours quand je mesure... eh bien je n'ai plus ce "mea" [ce sucre], hein ! [...] ici, à la maison, seulement zéro, zéro, zéro zéro, zéro ». Ces résultats qu'il annonce comme une victoire, témoignent de la guérison de son diabète puisque, à la suite de son hospitalisation, déclare-t-il, « on a arrêté mon traitement, zéro, zéro, zéro, zéro ! ».

Causalité coloniale

Toanui et Taaroa ont souligné et même avoué²⁶¹, que c'est moins de la causalité alimentaire que de la causalité coloniale dont il s'agit en réalité, plaçant clairement les Blancs, « *oui, oui, ça vient d'eux* », au cœur du dispositif producteur du diabète qui ravage leur peuple. Autrement dit, « mais d'où vient la faute ? Elle vient d'ailleurs, de la nourriture des Blancs, de la nourriture, elle vient des Blancs », affirme Taaroa.

On constate avec intérêt que de manière générale les Polynésiens situent l'émergence du diabète parmi les membres de leur communauté autochtone (mā'ohi), lors de l'installation du Centre d'Expérimentation du Pacifique en 1963, suivie de ses bouleversements économiques, sociaux et culturels, entraînant notamment l'importation massive de produits diabétogènes.

« Depuis les temps passés, depuis l'époque 1958-1960, ah il y a très peu de diabète à Tahiti, ce que j'ai vu. *En 1960*, et des années après, est arrivée aujourd'hui cette maladie du diabète, à l'arrivée de tous les aliments importés, de tout ce genre d'aliments, la plus grande partie d'aliments sucrés. À cette époque, il n'y avait pas de *Coca-Cola*, pas de *gâteau*. Quand tu manges du *gâteau*, c'est peut-être une fois dans l'année. [Bruit de moteur de scooter] » (Vanaa, Cas 018).

²⁶¹ On se réfère ici aux propos de Taaroa, mais aussi à ceux de Toanui cités au début de ce chapitre (Cf. pp. 210-213).

La causalité coloniale implique, en effet, directement l'influence de la toxicité des aliments importés que Ruta avait qualifié de *pourris de maladies*, et dont la force pathogène provoquait l'apparition et le développement du *cancer* ou du *diabète*, maladies inexistantes autrefois lorsque les Polynésiens consommaient leur nourriture traditionnelle : « Avant le *diabète* ne s'attrapait pas avec le « mā'a tahiti » » (Taaroa, Cas 027).

Il est important de souligner ce constat car il constitue le point d'ancrage du déni de la maladie de certains Polynésiens diabétiques. Ceux-ci considèrent ainsi que l'alimentation traditionnelle polynésienne, constituée principalement de produits de la terre (e.g. taro, igname, fruit de l'arbre à pain) créés par Dieu, possède des vertus protectrices contre les maladies, dont le diabète. Ainsi, les Polynésiens s'accordent à reconnaître comme Taaroa que « le “mā'a tahiti” est une bonne nourriture pour le corps, [...] mais ces aliments importés de l'extérieur et qui font du mal au corps... (...) » Par conséquent, puisque certains Polynésiens affirment avoir maintenu un mode alimentaire traditionnel, ils estiment que l'hypothèse selon laquelle ils pourraient être diabétiques est totalement exclue.

« Je ne bois pas de *limonade*. Ma nourriture, c'est le “mā'a tahiti” (*) et le poisson cuit à l'eau. Je ne mange pas ces nourritures grasses, c'est pour ça, rien, pas de cette maladie qu'on me demande, ces “mea” [maladies] sucre dans l'urine (diabète), toutes ces “mea” [maladies], rien du tout. » (Mataio, Cas 019)

Le refus de la maladie se trouve parfois majoré par la perception particulièrement négative des personnes qui finalement provoquent elles-mêmes leur diabète et que Vanaa décrivait comme des « gens morts », sans Dieu, et « qui prennent leur corps pour une *poubelle* », suggérant la déchéance humaine. Le déni du diabète de Vanaa s'explique par différents facteurs, parmi lesquels figurent son utilisation d'un remède traditionnel [i.e. un « rā'au tahiti » « donné par un vieux » (une personne âgée polynésienne)] dont l'action serait préventive : sa perception négative des consommateurs de produits alimentaires « avariés » et diabétogènes qui contraste avec sa description du mode de vie traditionnel et

sain qu'il avait autrefois sur son île natale, éloignée de Tahiti, et préservée de la maladie diabétique.

« Moi-même, j'en prends [du *rā'au tahiti*]. C'est pour ça que nous ne sommes pas atteints de cette maladie. Toute la *famille* entière, pas un seul membre n'est atteint. Je te dis la vérité. Je ne vais pas consulter le médecin pour le diabète. [...] Moi je bois de l'eau, je ne bois pas autre chose. Je sais que c'est mauvais [les boissons sucrées et/ou les boissons alcoolisées] *hein*. [...]

Fainéants, allez chercher le "punu pua'atoro"²⁶² et autres choses quoi. Ces choses qui donnent la maladie. Boîtes de bœuf, des *viandes*, des viandes qui sont avariées, *poulets*. Avant, non [il n'y en avait pas]. *Poisson*, taro, *poisson*, taro, *café*, *lait*, traire la vache. *C'est bon ça !* Tous les matins aller traire la vache pour avoir du lait, le lait de la vache *hein*. Ah, tu sais ce que ça signifie ? C'est ça. Cuire le *café* avec le "pōpoi"²⁶³. *Humm*, c'est ça la nourriture là-bas, la vraie nourriture du "fenua" [pays, île, terre]. On n'attrape pas ces maladies diabète de notre temps dans mon île. [...] » (Vanaa, Cas 018).

Vanaa fait partie des Polynésiens qui ont migré de leur île natale située dans les archipels éloignés vers Tahiti, et qui ont vécu la rupture du passage d'un mode de vie traditionnel à celui d'une survie dans son quartier « peuplé de gens morts ». Son discours ne se limite pas à démontrer le caractère irrecevable de la causalité alimentaire du diabète dans son cas, mais il révèle, en transparence de la position privilégiée de « son île » natale, l'influence des conséquences du phénomène migratoire à l'origine de sa maladie qu'il nie.

Causalité migratoire

Si les Polynésiens natifs de la zone urbaine de Tahiti affirment être profondément affectés par la destruction définitive de leur environnement naturel²⁶⁴, ceux qui ont migré à

²⁶² Boîte de bœuf en gelée ou *corned beef*.

²⁶³ « Pâte fabriquée à partir de fruits ou de tubercules tels que "f'i" (plantain de montagne), "taro", "uru" (fruit de l'arbre à pain) » (Académie tahitienne, 1999 :376).

²⁶⁴ Voir à ce sujet l'argumentation de Tii présentée de la page 237 à la page 239.

Tahiti, et plus particulièrement les Polynésiens natifs des archipels éloignés²⁶⁵ ($n = 9$) ont subi les effets particulièrement délétères de leur migration. Le passage d'un mode de vie paisible dans un environnement naturel et préservé sur leur île natale, à celui de la vie trépidante et stressante de la ville, a été vécu comme une profonde rupture, de surcroît pathogène.

Ainsi, Hereiti^f native de Anaa, et Miri^f originaire de Tikehau, attribuent la survenue de leurs problèmes de santé à l'origine de leur « immersion » dans la zone urbaine particulièrement pathogène de Tahiti. Hereiti^f évoque clairement, et prudemment, l'hypothèse selon laquelle l'origine des deux maladies dont elle est porteuse - le diabète et le cancer - serait liée à sa migration à Tahiti.

« Je suis mieux là-bas qu'ici. Lorsque je reviens ici, tout recommence, je tombe malade, fatiguée (meurtrie). Je préfère le mode de vie de là-bas qu'ici.

Non, je pensais donc aussi que c'est peut-être dû au fait que je sois venue vivre ici que j'ai contracté cette maladie parce que là-bas, je ne suis pas une fille très malade. J'aime le sport, tout ça, je ne connaissais pas ces maladies [le diabète et le cancer]. Je pense que c'est peut-être ici que ça a commencé et que j'ai attrapé ça. Là-bas, je me sens bien (...). » (Hereiti^f, Cas 032).

Quant à Miri^f, elle insiste sur le fait que si elle était restée sur son atoll natal où elle vivait en bonne santé dans la quiétude, elle n'aurait pas eu le diabète qu'elle porte comme un fardeau auquel s'ajoute celui de l'injection d'insuline qu'elle appréhende.

Elle exprime aussi son regret d'être soumise aux contraintes imposées par son suivi²⁶⁶ médical à Tahiti qui constitue un obstacle à son retour à Tikehau, l'île, la terre à laquelle elle est profondément attachée.

²⁶⁵ Ce sont les archipels éloignés de l'archipel de la Société (où se trouve notamment Tahiti) qui correspondent aux archipels des Australes, des Tuamotu et des Marquises (Cf. carte figure 1 page xxii).

²⁶⁶ Comme on l'a indiqué dans la présentation du contexte sanitaire, la faible population de certaines îles ne permet pas d'affecter un médecin sur place en permanence. La plupart du temps, un professionnel paramédical représente le référent sanitaire de l'île et communique si nécessaire par téléphone et/ou par fax

« Si j'étais toujours restée sur mon atoll à Tikehau, je n'aurais pas développé cette maladie. J'aime beaucoup le mode de vie sur cet atoll, tu n'as pas d'inquiétude [tu vis dans l'insouciance], et tout ce dont tu as besoin, c'est là-bas, et je suis folle de ce "fenua" [de cette île]. S'il n'y avait pas mon "Taote" (Docteur, médecin), je serais là-bas sur mon atoll près de ma fille aînée, [montre sa fille présente lors de l'entretien :] son aînée. La vie est merveilleuse là-bas, c'est vraiment bien là-bas, tu ne ressens pas le "fiu"(*). [l'ennui, la lassitude] [Silence] » (Miri^f, Cas 004)

Causalité héréditaire

« Ah, Mon Dieu, Toi qui m'a donné la vie. Je ne suis pourtant pas dans les ténèbres avec ça, si c'est dans mes parents, *hein*, qui ont dans eux cette maladie ». (Tuahine^f, Cas 012)

La causalité héréditaire réfère à l'expression occidentale *maladie héréditaire*, ou *maladie génétique*, traduite en langue tahitienne par « te ma'i tupuna », c'est-à-dire littéralement « la maladie des ancêtres ». On rappellera le cas de Ruta qui illustre l'absence d'impact de la composante héréditaire de son diabète sur son itinéraire de soins, puisque son diabète a été diagnostiqué tardivement, compliqué de surcroît d'une cardiopathie alors qu'elle était pourtant issue d'une famille diabétique, sa mère étant « morte du diabète ».

La conception causale héréditaire livrée dans l'espace clinique par le médecin traitant est validée, *a posteriori*, par Ruta et par Tiare^f. Si elles établissent toutes les deux clairement le lignage de leur maladie, ce constat constitue cependant une exception. Ainsi Tiare^f précise : « Ah ! pour moi cette maladie des ancêtres c'est ça, on dirait que ma mère l'a attrapée, *peut-être* que ma sœur l'a attrapée, *peut-être, hein ? après* je l'ai attrapée, voilà ma pensée (...) [...] "*c'est héréditaire*" (...) *parce que* le Docteur m'a *expliqué*, il y a à l'intérieur de ma mère quelque chose qui se trouve aussi à l'intérieur de moi, et c'est pour ça que j'ai... eu la maladie du *diabète* ». Si Tiare^f accepte de porter le fardeau de cette

avec le service des urgences du centre hospitalier de la Polynésie française qui est la plate-forme hospitalière de référence à Tahiti.

maladie et de se soumettre aux contraintes imposées par le suivi médical de son diabète, son récit témoigne aussi et surtout de son acceptation de l'origine héréditaire de sa maladie. On remarque cependant, comme dans le cas de Ruta, que l'annonce du diagnostic de son diabète renvoie à l'image de la mort de sa mère décédée de cette maladie « de famille », réactivant sans doute la mémoire d'une souffrance partagée.

« *Oui*, lorsqu'il m'a annoncé que j'avais le *diabète*, je me suis dit ah, comment faire alors *hein* ? J'ai été atteinte par cette maladie, *il faut* alors que j'endure, et *il faut* alors que je me soigne, et *après* j'ai pensé à ma mère, *hein*, - oui, ma mère est décédée, elle, elle avait cette maladie *hein* - je me suis dit *ich* c'est peut-être alors ainsi, c'est peut-être pour nous vraiment cette maladie [une maladie de famille], *hein* (...), *mais... il faut* que j'aie du courage, *il faut que* je fasse attention. » (Tiare^f, Cas 028)

On constate en effet que si l'expérience du diabète vécue par le Polynésien se construit souvent à partir du marquage laissé par la souffrance d'un parent ou d'un proche décédé du diabète, la causalité héréditaire de cette maladie confronte le Polynésien diabétique à des réactions paradoxales impliquant un héritage familial au cœur de son histoire personnelle et de son devenir. Il est en effet tiraillé, d'une part entre l'acceptation de l'héritage de cette « ma'i *famille* », ou maladie d'origine familiale, et d'autre part entre le fait d'assumer les risques potentiels liés à l'accusation de l'un de ses ancêtres identifié comme responsable de l'origine de son mal. Autrement dit, la logique étiologique du diabète en tant que « maladie des ancêtres » est souvent mal acceptée par les Polynésiens qui ne souhaitent pas « accuser » ou faire porter la responsabilité de la survenue de leur malheur à leur famille ou à l'un de leur ancêtre. Il apparaît que celui-ci pourrait se venger de cette accusation en lui jetant un sort, un « *pīfao* », la force incantatoire provoquant l'irruption d'une maladie surnaturelle, ou d'une maladie maléfique subie par la personne diabétique. Par conséquent, lorsque le Polynésien accepte l'origine héréditaire de sa maladie, il doit surtout veiller à ne pas accuser le parent ou l'ancêtre susceptible d'être impliqué dans le lignage de sa maladie.

« Ah ! Moi, je dis que..., je ne pourrai pas dire que c'est du père, je dis que c'est à moi-même cette maladie. Je ne peux pas accuser mon "mea..." [père] que c'est à mon père, *hein* ! Je vous assure que c'est à moi-même cette maladie. Je ne peux pas alors dire : "Ah ! C'est de mon papa que j'ai attrapé cette maladie qui m'a été transmise sur moi !" (...) *Parce...* mon papa, c'est ça sa maladie. C'est le diabète (litt. le sucre dans l'urine) sa maladie. Et je suis le seul parmi nous, voilà, je tiens ça de mon papa. *Mais*, mais je ne pourrai pas dire que c'est à cause de mon papa qui m'a transmis cette maladie sur moi, c'est seulement à moi-même. » (Hiro, Cas 006)

De même, Tafai a insisté dans son récit pour déresponsabiliser son père qui est décédé d'un diabète compliqué d'une insuffisance rénale terminale traitée par hémodialyse.

« À mon avis, il n'y a pas de... ce n'est pas la faute de... mon papa *hein*... C'est peut-être la mienne... c'est vraiment la mienne *hein*..., cette... cette maladie du *diabète*... j'ai moi-même cherché à... pourquoi j'ai contracté cette maladie *diabète*, en... moi. [Long silence] » (Tafai, Cas 033)

Décryptage de la trajectoire phénoménologique de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications chez les Polynésiens autochtones

L'exploration de l'ancrage sémiologique et sémantique de la maladie chez les Polynésiens a notamment permis de montrer précisément que la trajectoire de l'expérience de leur maladie se structure en fonction du contexte sociofamilial et culturel dans lequel elle s'enracine. Mais parfois, face à leurs importantes contraintes de vie, le diabète n'apparaît pas un problème prioritaire²⁶⁷. On remarque cependant que l'évolution de la trajectoire de l'expérience du diabète du Polynésien est marquée par l'incertitude de l'évolution de sa maladie, mais aussi et surtout par l'influence structurante de sa représentation du diabète sur ses conduites face à ce problème de santé. Le diabète peut ainsi être une maladie que l'on combat, dans le cas de Vai^f et de Tiare^f, qui, marquées respectivement par la souffrance de son père et de sa mère décédés du diabète, ont exprimé

²⁶⁷ Je me réfère ici, à titre d'exemple, au couple Tanerai (Cas 015) et Moeata^f (Cas 016) qui sont littéralement préoccupés au quotidien par la gestion des problèmes liés à leurs 10 enfants.

leur volonté de lutter contre la maladie, Tiare^f acceptant de se conformer aux prescriptions médicales malgré l'issue fatale de sa maladie :

« *il faut* que je fasse attention à mes médicaments, *parce que* le Docteur m'a dit que cette maladie ne guérira pas (...), *hein*, cette maladie restera comme ça... jusqu'à la mort » (Tiare^f, Cas 028)

On a montré que le diabète est une maladie parfois niée par les Polynésiens (e.g. Mana, Vanaa, Faimano^f), ou au contraire une maladie acceptée, malgré les contraintes imposées par les prescriptions médicales, mais aussi et surtout malgré le spectre de ses complications redoutables qui conduisent à la mort.

L'analyse des trajectoires des Polynésiens diabétiques inclus dans l'étude permet ainsi de distinguer différentes formes de trajectoires d'évolution de leur maladie dont certaines sont parfois saisissantes. La maladie est ici subie, compte tenu notamment de son évolution dramatique.

Parmi les 30 cas, celui de Toanui (Cas 003) et de Varua^f (Cas 014) étant les plus caricaturaux en termes de rapidité d'évolution dramatique de leur diabète, on s'attachera à restituer les éléments les plus marquants, et parfois communs, de l'histoire de leur maladie.

Ainsi, le diagnostic de leur diabète a été établi de manière empirique : par le biais de la technique des fourmis, évoquée plus haut²⁶⁸ pour Toanui, et par un « ta'ata rā'au » (i.e. préparateur de remèdes traditionnels) pour Varua^f.

L'établissement du diagnostic formel du diabète de Toanui par des Anciens (i.e. des personnes âgées polynésiennes) selon la technique des fourmis a entraîné immédiatement son recours aux remèdes traditionnels.

« Une... “māmā” et un “pāpā”, ils m'ont dit : “non, mais, en te regardant, tu as le diabète, j'ai vu l'endroit où tu es allé uriner (pisser), c'est plein de

²⁶⁸ Il s'agit du cas de Vaiana^f mentionné à la page 250.

fourmis”. C’est à partir de ce moment-là, j’ai essayé de me soigner aux médicaments tahitiens, pendant un certain temps, *hein* [...] ». (Toanui, Cas 003)

De même, le diagnostic établi par le « pāpā » que Varua^f a rencontré « en allant à la rivière » a permis d’initier un itinéraire thérapeutique traditionnel.

« Nous étions en train de discuter avec ce “pāpā”, et là il me dit : “Māmā, quand je te regarde, j’ai l’impression que tu as une grande maladie ! [une maladie grave]”. Je lui ai répondu : “Pāpā, mon ami, je ne sais pas, je ne sais pas comment te le dire !”

Là, il a regardé mon pied, ce Pāpā m’a dit : “Māmā, tu as le diabète !” Et moi je lui ai répondu : “Non, je n’ai jamais eu le diabète !” Il me répond : “Si ! ” C’est là qu’il m’a donné ce “rā’au” en disant “essaie” si ça marche, c’est bien le diabète ! J’ai essayé, rien, et pour finir ? Docteur, [s’adresse à Geneviève] c’est ce que tu vois, je suis à [établissement de soins] ! Une seule fois j’ai pris du “rā’au tahiti”, c’est ce Pāpā ! Je faisais cuire des feuilles de “Tou²⁶⁹” dans de l’eau, c’est tout ! » (Varua^f, Cas 014)

La similitude de leurs trajectoires est surprenante, comme le montre la figure 4 située à la page 280 et au sein de laquelle sont représentés les éléments les plus marquants qui ont structuré l’évolution de leur maladie. Ainsi, Toanui et Varua^f vont effectivement « essayer » de traiter leur diabète en utilisant des remèdes traditionnels, mais cet itinéraire thérapeutique sera interrompu pour des motifs différents. Toanui précise qu’il a entendu parler de la toxicité potentielle des plantes utilisées dans la préparation de son remède après l’avoir absorbé pendant trois années, précisant toutefois qu’il était convaincu de la prolongation de l’efficacité du « rā’au » (remède) pendant la période suivant cette interruption. Après quatre années de latence, Toanui a été victime d’un accident de la route, plus précisément d’une « *perte de contrôle* », probablement liée à un malaise hypoglycémique. Hospitalisé dans un établissement de soins à Tahiti, le diagnostic de son diabète a été confirmé, donnant lieu à une prise en charge médicale et thérapeutique. Il sera finalement traité par hémodialyse, alors qu’il a justement exprimé sur un ton passionné

empreint de révolte, que la dialyse inspirait pour lui l'ultime recours thérapeutique, la mort, l'horreur :

« Pour moi, je n'aime pas la dialyse. J'ai horreur de la dialyse. J'ai horreur de la dialyse. À peine que je la voie, moi, à peine que je rentre dedans, je vois des lits des, des malades sur les lits ce côté-là, ce côté-là, je dis dans ma tête, c'est pas pour nous ça ! C'est pas pour nous ça ! Si on veut guérir, il faut guérir, pas aller là-bas. Si c'est pour aller là-bas, c'est à vie. C'est fini ! Tu meurs là-bas, tu meurs. C'est tout. [...] J'aime pas. On dirait..., on est en train de me dire : "Ae²⁷⁰ ! Va seulement ! On s'en fout !" Ae ! tu meurs, tu meurs, il ne faut pas se tromper'... c'est la mort certaine ! Tu vois ? Si ! C'est pas ça ! C'est pas ça que tu veux. Tu veux vivre ! mais pas comme ça ! pas comme ça. Mais la machine, c'est la machine qui t'aide, hein ! Mais ça sert à rien ! Ça sert à rien ! » (Toanui, Cas 003).

Pourtant, Toanui, comme d'autres Polynésiens espérait pouvoir bénéficier d'une greffe rénale pour éviter ainsi la dialyse. Réagissant contre l'avis et les attitudes des médecins dans un discours particulièrement éloquent et animé, il dénonce la prise en charge biomédicale ou occidentale (i.e. celle des Blancs) qui consiste à traiter *les peuples tahitiens* apparemment comme *des cobayes* :

« Si vous voulez que j'aïlle sur la machine, je veux une greffe, c'est tout. Ah ! Y a toujours, y a toujours ! Tu vois ? Y en a toujours des questions à poser. Ah, non ! Tu peux pas. Il faut... Leur envie, leur envie à eux, toi tu vas aller sur la machine c'est tout. C'est ça. Moi, je sais. C'est pour ça, nous, nous, nous les peuples tahitiens on est des cobayes. Moi, je sais. On dirait, ils te disent : "eh bien, tu guéris, tu es guéri ! tu es mort, tu es mort, eh bien meurs ! On s'en fout". C'est comme ça. (...) Mais, ce n'est pas bien de dire ce genre de choses, mais... [Exprime une forte hésitation] » (Toanui, Cas 003).

Quant à Varua^f, constatant l'absence des signes prouvant l'efficacité (i.e. purge) du remède traditionnel du « pāpā », elle ne l'a finalement absorbé que pendant trois jours :

²⁶⁹ « Arbre des sols alcalins dont les fleurs, les feuilles et l'écorce, sont largement utilisés dans la pharmacopée traditionnelle (Académie tahitienne, 1999 :515).

²⁷⁰ Dans ce contexte, cette expression confirme et appuie la notion d'abandon suggérée dans les propos de Toanui.

« Oui, je ne voyais rien, je l'avais pourtant pris auparavant ; les signes devaient être ceux-ci : quand tu l'auras bu, tu devais beaucoup uriner, tu comprends ? beaucoup uriner. Je l'ai bu et je n'ai pas uriné, j'urinais comme d'habitude ! C'est ainsi que je me suis dit que ce "rā'au" n'était pas pour moi et j'ai arrêté ! Je l'ai bu, je l'ai pris durant ces trois jours et après j'ai arrêté parce que rien n'avait changé, je buvais et j'urinais quand je le voulais ! » (Varua^f, Cas 014)

On a précédemment évoqué l'évolution dramatique et rapide de la maladie de Varua^f (voir les pages 248-249), qui, à la suite de cette expérience infructueuse et apparemment unique de l'utilisation des remèdes traditionnels, a vécu une période de latence. Ensuite, elle précise avoir été conduite par *miracle* vers une structure de soins où son diabète a été diagnostiqué médicalement, donnant lieu à une prise en charge médicale à domicile dans un premier temps, puis chirurgicalement en milieu spécialisé où elle a subi de nombreuses amputations successives. Elle aurait pourtant voulu traiter son diabète à l'aide des remèdes traditionnels, mais sa perception de l'extrême toxicité des médicaments des Blancs et de ses conséquences, est sur ce point particulièrement explicite :

« Oui, bien sûr ! Je le voudrais bien, prendre du "rā'au tahiti" mais, comment ? Ton corps est mort par le "rā'au popa'ā"... mort ou envahi par le "rā'au popa'ā", ça ne peut pas marcher ! » (Varua^f, Cas 014)

Les quatre entretiens réalisés auprès de ces deux Polynésiens, ont confirmé leur quête de sens à donner aux événements marquants structurant la trajectoire singulière de l'expérience de leur maladie. Il s'agissait en réalité simplement d'un partage, d'une communion profonde dont la mise en mots peut être ici dépourvue d'explication et d'interprétation. Ainsi, pour Toanui, a-t-on dit, ces rencontres donnaient un sens à l'histoire de sa maladie, et pour Varua^f qui est décédée après avoir subi plusieurs amputations alors qu'elle espérait guérir grâce à l'aide de Dieu,

« Pas de problème, tu vois, moi, je suis heureuse quand tu es venue me voir ! Quand tu me demandes ce que je pense, je te réponds, je te raconte ! Et, tu vois moi, j'étais contente après toi, j'étais contente après toi, c'est comme si toi, tu es comme une maman pour moi ! Je t'ai considérée comme ma

maman ! Parce que je n'ai plus de maman, je n'ai plus de papa, je n'ai plus de grand-mère plus de grand-père ! Je suis seule avec mes enfants ! Et c'est comme si je te prenais pour ma maman hein, et à chaque fois que tu es venue me visiter, c'est comme si tu étais ma maman ! Oui c'est ce que je ressens au fond de mes entrailles ! Je te le confie, je t'aime beaucoup, quand tu viens me voir, c'est comme si tu étais ma maman, parce que je n'ai plus de maman ! Seuls mes enfants sont en vie et quand tu es venue me visiter, je t'ai vraiment considérée comme ma maman !

Et maintenant tu me dis que tu vas bientôt partir, aller à l'étranger et revenir. C'est comme si tu étais ma maman, parce qu'une maman, elle prévient toujours ses enfants quand elle part, oui, voilà, voilà Geneviève, oui, voilà ! Voilà je suis très heureuse que le Seigneur m'ait gardée jusqu'à ce jour ! Et, je n'ai plus rien à rajouter Geneviève ! Qu'y a-t-il, tu as encore quelque chose à dire ? » (Varua^f, Cas 014)

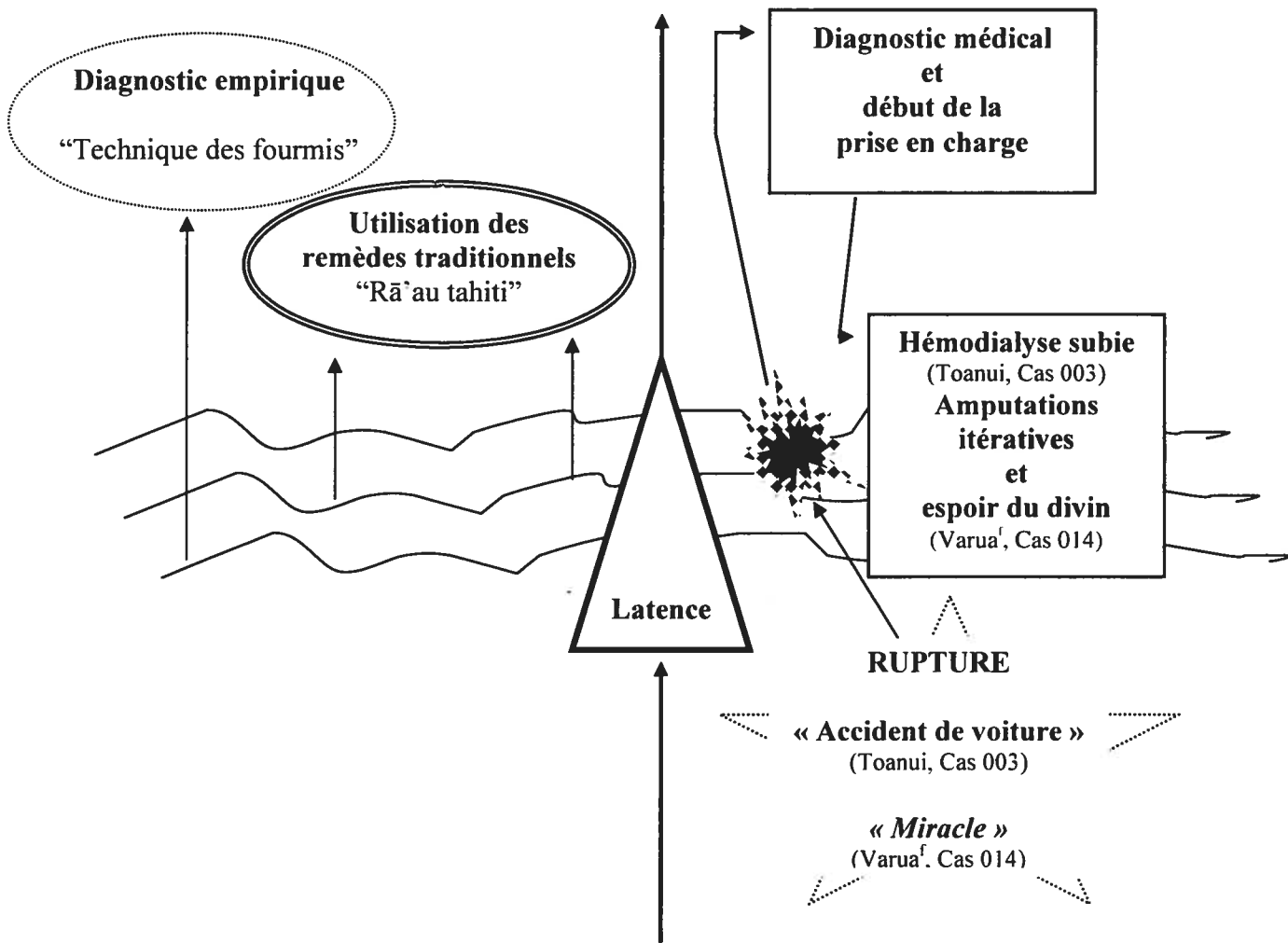


Figure 4 : Éléments marquants de l'évolution de la trajectoire de Toanui et de Varua^f

SYNTHESE ET DISCUSSION

L'analyse des récits permet de mettre en évidence que la perception et l'observation de signes physiques, dépourvus de douleur, et associés ou non au diabète conduisent très rarement les Polynésiens à se diriger spontanément vers les professionnels ou les services de santé. On rappellera ici le cas de Ruta, qui, confrontée à sa *crise de diabète ou crise de cœur*, permettait d'illustrer le motif de recours ultime aux soins du Polynésien. Celui-ci consulte en effet le médecin lorsqu'il perçoit une douleur « sur son corps » insupportable, ou des signes d'intensité croissante qui génèrent en lui une forte inquiétude, et qu'il associe à l'aggravation de son problème de santé dont l'origine est généralement incertaine.

Ce constat se trouve confirmé par le fait que le diabète des participants à l'étude a été souvent diagnostiqué à l'occasion d'un dépistage systématique pratiqué dans le cadre de la médecine du travail ou d'une campagne de dépistage ou bien encore à l'occasion d'une consultation pour un problème de santé aigu (e.g bilan infectieux, bilan préopératoire, bilan cardiaque).

Par conséquent, les signes corporels décrits par les Polynésiens et identifiés comme précurseurs de la maladie, ne sont en réalité que l'expression physique des complications. L'exemple le plus frappant a été illustré par le cas de Taaroa, qui reconnaît avoir négligé sa maladie pendant de nombreuses années malgré les messages d'avertissement associés au diagnostic de sa maladie répétés avec insistance par les professionnels de santé.

À cela s'ajoute l'influence structurante des représentations du diabète par les Polynésiens, lesquels qualifient cette maladie d'incurable, de redoutable et d'effrayante, principalement en raison de leur crainte de l'apparition des graves complications, ce qui n'est pas sans conséquences sur leurs réactions vis-à-vis de leur problème de santé. Pour les Polynésiens, le diabète est effectivement une maladie incurable, et donc mortelle, puisque « 'aita e rave'a », c'est-à-dire littéralement « il n'y a pas de moyen » (pas de solution). Ils sont ainsi confrontés à un constat d'impuissance formulé en transparence de l'expression : « nafea ia ? », que l'on traduira par « comment faire alors ? », et qui sous-entend finalement l'absence totale de moyen, c'est-à-dire qu'il n'y a précisément aucun espoir de guérison de

la maladie du diabète pour le Polynésien, puisque « il n'y a rien à faire ». Cependant, il s'agit moins d'assumer la survenue et le développement du diabète parmi ces Polynésiens comme une fatalité, que comme une maladie subie à cause des produits pathogènes et diabétogènes, en particulier, que « les Blancs », « oui, ce sont eux », leur ont apportés et de l'assumer ainsi comme une « maladie du sucre » (« ma'i tihota »), et/ou comme une « maladie des ancêtres » (« ma'i tupuna »), et/ou comme une maladie de la migration.

On remarque que la perception du caractère incurable du diabète influence de manière significative les conduites des Polynésiens face à ce problème de santé. Ainsi, pour le Polynésien, la privation alimentaire (litt. restriction, diminution) qu'il associe aux contraintes inhérentes au respect des prescriptions médicales, est sans fondement. En effet, puisqu'il sait qu'il est atteint d'un mal incurable, « qui ne sera jamais guéri », qu'il se considère donc « condamné », et que, dans le passé, il a souvent été confronté à la pauvreté, parfois même à une insuffisance de nourriture, pourquoi, selon lui, devrait-il aujourd'hui accepter de se priver²⁷¹ ? L'un de mes informateurs diabétiques privilégiés m'avait ainsi précisé : « *je préfère mourir d'avoir fait un écart à mon régime que mourir de faim. Je me suis privée presque toute ma vie, alors... ce n'est pas aujourd'hui que... hein !* ». Dans ce contexte, les « règles diététiques » et les autres messages de prévention récurrents, diffusés par les professionnels de santé ont, de toute évidence, peu de chance d'être appliqués par les Polynésiens.

Le diabète est aussi et surtout identifié par les Polynésiens comme une maladie redoutable et terrifiante parce qu'elle suggère l'image de « plaies qui ne guérissent pas », et qui s'infectent conduisant à la pourriture du pied, ou de la jambe et à l'amputation. L'origine de cette perception effrayante de la maladie est généralement issue du partage de

²⁷¹ Il n'est pas inutile de préciser ici que la privation ne concerne pas uniquement la restriction de l'apport alimentaire en terme quantitatif, mais qu'elle comprend également la privation du plaisir « de la bouche » suggérant l'expression d'une frustration.

l'expérience de la maladie d'un parent ou d'un proche qui était également diabétique, et qui est mort après avoir été amputé et après avoir souffert.

À ce tableau effrayant, s'ajoute l'image angoissante de *la machine*, plus précisément de la dialyse rénale vue comme un lieu de passage des malades qui vont « sur *la machine* », ceux qui ont le « sang tout noir » que l'on ne réussit pas à « purifier » (litt. à adoucir). L'image de la *machine* symbolise l'absence de guérison et suggère la mort. « Aller sur *la machine* » représente pour le Polynésien l'ultime recours thérapeutique, perçu comme inutile, et vécu comme un abandon, ainsi que l'a montré le récit de Toanui.

Compte tenu de l'appréhension du diabète par les Polynésiens, on ne sera pas étonné de leurs réactions de sidération et d'impuissance lors de l'annonce du diagnostic de leur diabète. À ces réactions s'ajoute parfois leur tiraillement lié à la nécessité qui s'impose à eux d'accepter à « endurer » ce phénomène pathologique même si « c'est trop tard », surtout lorsque la maladie qu'ils portent appartient à leur histoire familiale, s'inscrit dans le lignage d'un héritage et rappelle la mort de leur propre mère.

Les résultats de cette recherche montrent ainsi clairement que la survenue et le développement des complications chez les Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2 ne sont pas réductibles au strict processus physiopathologique de cette maladie.

Ainsi, parmi les facteurs contributifs à l'évolution de ce phénomène morbide chez ces Polynésiens, s'imposent d'une part les conditions structurantes de la maladie, accentuées par la faiblesse de leur niveau socioéconomique et éducatif, d'autre part les profondes perturbations liées aux conséquences des phénomènes migratoires pour certains, et aux effets délétères de la colonisation pour d'autres. Plus largement, on a mis en évidence leurs conditions de vie difficiles dans un environnement naturel dévasté situé au cœur de la zone urbaine de Tahiti particulièrement diabétogène.

Enfin et surtout, il convient de souligner l'influence majeure de leur représentation du diabète qui, faut-il le rappeler, est pour eux une maladie terrifiante, la terreur générée par le spectre des complications produisant des effets inhibiteurs à la prise en charge médicale de ces Polynésiens. L'idée évoquée par Ruta selon laquelle le recours à la médecine des Blancs était jadis effrayant, demeure aujourd'hui une réalité. Les Polynésiens appréhendent leur prise en charge dans le système de soins occidental. Ils désignent ainsi l'hospitalisation en terme d'« incarcération »²⁷², relatent leurs soins comme une expérience douloureuse à laquelle s'ajoute leur confrontation à la souffrance et à la gravité de l'état de santé des autres Polynésiens hospitalisés, ce qui renforce leur crainte, encourage leur fuite et leur échappement de ce système dans lequel certains précisent qu'ils ont l'impression d'être considérés comme des animaux de laboratoire (i.e. comme « *des cobayes* »).

La perspective d'établir une typologie des trajectoires des cas à l'étude, envisagée lors de ces travaux, s'inscrivait initialement dans une volonté de cartographier l'ensemble des différentes formes d'évolution de la maladie des Polynésiens au plan sémiologique et phénoménologique. Pour autant, l'analyse des trajectoires a permis de révéler l'extrême complexité de leur structure, mais aussi et surtout leur irréductibilité. Il m'est apparu plus utile, et sans doute plus pertinent, dans une démarche anthropologique ouverte sur la Santé publique, de dévoiler la structure interne de leurs mécanismes en démontrant l'influence structurante des marqueurs (ou des déterminants) issus de l'expérience et de la représentation du diabète des Polynésiens sur leurs conduites face à leur maladie et qui contribuent ainsi à retarder, ou plus généralement à favoriser son évolution vers l'aggravation (i.e. vers les complications).

²⁷² On note en effet que les verbes « t pe'ahia » ou « mau », utilisés pour évoquer l'hospitalisation d'un individu, sont également employés dans le contexte d'un emprisonnement. Plus précisément, « ua t pe'ahia vau i te fare ma'i » signifie littéralement « j'ai été retenu, (ou) maintenu à l'hôpital », ou « ua mau vau i te fare ma'i » veut dire « j'ai été retenu, (ou) stoppé, gardé) à l'hôpital » et éventuellement au centre pénitentiaire (« fare tape'ara'a »).

On a ainsi montré que la trajectoire phénoménologique de chaque Polynésien diabétique inclus dans l'étude, s'enracine dans un contexte caractérisé par des contraintes et des conditions structurantes environnementales particulièrement diabétogènes majorées par la faiblesse de leur niveau socioéconomique et éducatif. La trajectoire de l'expérience de la maladie de ces Polynésiens diabétiques autochtones se caractérise par son incertitude, son extrême variabilité, s'agissant de la durée de latence de la maladie, du contexte de survenue des signes physiques inquiétants motivant le recours au système de soins occidental et/ou le recours aux remèdes traditionnels. On remarque cependant certaines récurrences dans leur expérience de la maladie.

Ainsi, par-delà la pluralité des signes corporels qu'ils utilisent pour décrire comment leur maladie « a poussé sur eux », suggérant rapidement son évolution vers la chronicité, et potentiellement vers la mort, on observe la cristallisation de quatre configurations significatives sur la trajectoire de l'expérience de la maladie de chaque cas, et qui contribue à structurer son évolution. Plus précisément, il s'agit, premièrement, de l'influence du mode interprétatif de la double causalité (i.e. héréditaire et alimentaire) de la maladie. Pour le Polynésien, la causalité héréditaire du diabète est, a-t-on souligné, soit, assumée, la maladie étant ici perçue comme le symbole d'un héritage, « une maladie de *famille* », soit, refusée, afin d'éviter de subir les conséquences (i.e. maladie surnaturelle, maléfique) liées à l'accusation d'un ancêtre à l'origine de son mal. La causalité alimentaire renvoie à l'effet culpabilisant du discours du clinicien sur le comportement alimentaire du Polynésien et peut le conduire à percevoir son diabète comme une « maladie sanction ». Autrement dit, lorsque le Polynésien reconnaît qu'il a fait des excès alimentaires, il subit cette maladie comme une punition du péché (de gourmandise) qu'il a commis. L'acceptation du diagnostic de la *maladie du sucre* aboutit à la mise en œuvre, pratiquement constante, de la part des Polynésiens, de stratégies visant à obtenir une purge, un nettoyage de cette « chose » (« mea » c'est-à-dire du « sucre ») qui est l'agent responsable de leur maladie. Il n'est pas inutile de rappeler ici les quatre phases du scénario adopté et reproduit par Ruta, « interdiction - envie - transgression - purge », permettant de

souligner que l'impact de son interprétation de la causalité alimentaire, annoncée dans l'espace clinique, ne conduit pas à sa culpabilité et, partant, à son application des prescriptions de son médecin. On constate au contraire, que les directives médicales, organisées principalement autour des interdictions alimentaires (s'agissant notamment de l'alimentation traditionnelle qui, selon les Polynésiens, possède des vertus protectrices, antidiabétiques), entraînent chez la plupart des diabétiques rencontrés, la mise en œuvre de stratégies de résistance. Celles-ci se traduisent notamment par une absence de changement de leur mode alimentaire, voire le maintien de leurs excès alimentaires, suivis d'une purge leur permettant d'anéantir la transgression des interdits alimentaires et de tendre potentiellement vers un anéantissement de leur diabète (i.e. de la présence excessive du sucre dans leur corps).

La deuxième configuration est, on l'aura remarqué, l'influence de la représentation effrayante du diabète pour les Polynésiens. Ils sont ainsi conduits, soit à accepter de manière contrainte l'itinéraire thérapeutique occidental, taraudés par le spectre²⁷³ des complications (i.e. plaies incurables, pourriture du pied ou de la jambe, amputation), soit à retarder leur prise en charge médicale qu'ils redoutent particulièrement, soit à nier leur maladie. Dans ce cas, le déni du diabète est suivi de leur échappement du système de soins et généralement d'un recours à la médecine traditionnelle, ceci dans un processus de quête de guérison et d'espoir du divin.

Troisièmement, il convient en effet de souligner l'influence de la toute-puissance divine qui s'impose dans les récits des Polynésiens comme le symbole de l'espoir de la guérison de leur maladie qu'ils qualifient pourtant d'incurable. Pour les Polynésiens, Dieu est leur Tahu'a, leur Grand Guérisseur dont la puissance extrême transcende le pouvoir médical. C'est en Lui, uniquement, que réside leur confiance. En Lui, le Créateur « des

²⁷³ Ce spectre des complications surgit dans le discours du clinicien organisé autour de l'expression menaçante systématiquement répétée au Polynésien en ces termes : « si tu ne suis pas bien le traitement, alors tu auras... (e.g. la cécité, une amputation) ; « tu meurs ! » (Hiro, Cas 006).

cieux et de ta terre », ils puisent leur force. Certains, comme Ruta, affirment les vertus protectrices de la foi puisque, rappelons-le, les diabétiques incroyants sont plus gravement atteints par la maladie que les personnes souffrantes qui croient en Lui. D'autres, comme Ruta, précisent que c'est de Lui que vient son courage (sa force), sa connaissance, son intelligence (sa lumière), et qu'il est son guide. L'utilisation des remèdes traditionnels (« *rā`au tahiti* ») par les Polynésiens fondamentalement croyants, s'inscrit ainsi dans le sillage du souffle créateur divin.

« C'est Lui mon Tahu'a, lorsque tu prépares un remède tu demandes à Dieu (au Seigneur) de t'aider, ne vas pas... demander aux gens. (...). Ne fais pas confiance *hein*, (...) confiance aux gens, *il faut* que tu croies en Dieu, *hein, parce que* Dieu, [Bruit de camion] c'est Lui qui nous a créés, c'est Lui qui a créé la nature, la nature... *hein*, les arbres. [Silence] » (Tiare^f, Cas 028)

L'invocation de Dieu suscite parfois la réactivation de la souffrance et même de certaines blessures profondes portées par ces Polynésiens. Dans ce contexte, le caractère « silencieux » de la maladie du diabète souligné dans le discours biomédical s'avère assurément peu pertinent. En toile de fond, s'impose cette misère sociale inscrite en rupture avec le mythe « Tahiti paradis », mettant plutôt en scène un « Faux paradis ».

« C'est Lui qui m'aide dans ce lourd fardeau que je porte, (...) le Seigneur..., sinon, il y a longtemps que je serais partie, avec ce grand malheur d'avant, la maladie, les coups, la tête cassée, les menaces au fusil de pêche, et quoi encore, mais c'est le Seigneur qui aide, oui. Quand je reste seule, voilà, je vais raconter ces choses-là. Quand je reste seule, je pleure, je me rappelle ce grand malheur que j'avais et peut-être que c'est mon fardeau, je me dis ça : "Seigneur, si j'ai péché sans le savoir, ceci est devenu mon fardeau, c'est assez, pardonne-moi mon péché, nous sommes humains". C'est ce que je me dis, c'est ce que je dis à mes enfants, je vous le dis, je ne sais pas lire, lire la Bible, mais je sais comment, je peux prier etc., etc., demander de l'aide à Dieu. » (Averii^f, Cas 002)

La dernière configuration comprend l'influence structurante du partage de l'expérience de la maladie du diabète vécue par un parent (souvent décédé) ou un membre de la famille du Polynésien. Il peut s'agir également de sa confrontation à la souffrance des

malades diabétiques hospitalisés lors d'un séjour en milieu hospitalier, dans le cas de Mana par exemple, ou en tant que visiteur chargé de leur apporter la parole de Dieu, si l'on se réfère au récit de Ruta.

Ces travaux de thèse sont devenus un « passage », une traversée singulière dont le point de départ était l'exploration de la maladie du diabète et de ses complications au sein d'un groupe de Polynésiens autochtones. L'objectif était particulièrement ambitieux puisqu'il s'agissait d'accéder au discours de ces Polynésiens dans leur langue maternelle afin d'appréhender en profondeur l'histoire et l'expérience de leur maladie dite « silencieuse », et probablement aussi celle de la souffrance qu'ils portent. Par conséquent, l'éthique était placée au cœur même de la recherche et plus particulièrement lors du travail de terrain, en approchant ces Polynésiens souffrants, affaiblis, possédant un faible niveau socioéconomique et éducatif, et ne sachant parfois ni lire ni écrire.

La réalité du terrain et l'analyse du matériel empirique montrent, en effet, que l'évolution des complications du diabète surgit brutalement dans la vie des Polynésiens comme un malheur, les confrontant, certes, à leur propre finitude, mais aussi et surtout leur permettant de donner un sens à leur expérience de la maladie. Ils cherchent ainsi à comprendre l'origine de leur problème de santé ou de leurs maux dans un questionnement récurrent centré sur le « pourquoi », en adoptant une démarche autoréflexive face à leurs propres comportements qui ont pu contribuer à l'irruption de ce mal (le diabète) dans leur existence.

L'intervention du médecin qui impose au malade son explication scientifique dans la continuité de l'annonce du diagnostic, en évoquant la causalité alimentaire, héréditaire etc. laisse peu de place à l'expression du malade dont la perception de la maladie n'a apparemment pas sa place dans l'espace clinique où le temps semble compté et même chronométré. Dans ce contexte, le rôle du malade se limite, comme l'a précisé Ruta, à l'écoute du résultat de son taux de glycémie, à l'attente de son ordonnance et de l'explication sommaire des directives médicales interprétées notamment en termes

d'interdictions et de privations exprimées sur un ton qui est souvent décrit comme péremptoire (« le médecin gronde »).

Par-delà le regard critique que les cliniciens et les professionnels de santé pourraient porter sur les stratégies qu'ils utilisent pour obtenir des résultats biologiques satisfaisants de la part de leurs patients (i.e. la norme glycémique), il est sans doute utile de préciser que c'est probablement parce qu'ils considèrent les Polynésiens comme « adorables », ou « extrêmement gentils et merveilleux » que ceux-ci leur échappent à l'issue de ces « consultations de rêve ». Au-delà de ce rêve et de cette extrême gentillesse, se cache ce mal-être profond et cette détresse que j'ai approchés sur le terrain auprès de ces Polynésiens affectés par la maladie-*fardeau*, mais aussi par leur histoire singulière souvent tourmentée, et que j'ai essayé de faire apparaître dans la trame de cette thèse. Il ne serait probablement pas sans intérêt de réaliser une étude approfondie sur la représentation des Polynésiens autochtones diabétiques par les cliniciens. Il n'est pas exclu, en effet, que cette perception du Polynésien caractérisé par sa naïveté, sa nonchalance, son insouciance, renvoyant au cliché de l'insulaire, voire du « Bon Sauvage », confronté au pouvoir (*impuissance* devrais-je dire) des « Grands Docteurs », « ceux qui sont allés à l'école pour apprendre », c'est-à-dire « ceux qui savent », ne constitue pas finalement l'un des premiers malentendus dans la relation médecin – malade polynésien, inhibant ainsi l'efficacité de la prise en charge médicale.

J'ai préalablement annoncé que je n'avais pas la prétention de restituer la totalité du matériel recueilli, mais que mon intention était plutôt d'en extraire la substance essentielle. À présent, il me reste « te hōhonura`a o tō`u `ā`au », c'est-à-dire littéralement « la profondeur de mes émotions (*ou* de mes sentiments) »²⁷⁴. Ces émotions prennent notamment leur source dans le lien fondamental établi entre le religieux et la santé que ces Polynésiens démasquent avec une acuité particulière. Ces émotions accompagnent

²⁷⁴ Il convient de préciser que les Polynésiens situent le siège de leurs émotions dans leurs entrailles (On pourra se référer à la définition du terme « `au » dans le lexique à l'annexe III page xvi).

l'extrême richesse des enseignements tirés du terrain et de l'apprentissage de la langue tahitienne lors de ces rencontres imprégnées d'incertitude et d'ambivalence. Ces enseignements se sont poursuivis à travers le décryptage, le décodage du matériel issu des entretiens et son analyse qui n'a pas résisté à la mise à l'épreuve des logiciels d'analyse qualitative de textes. Le contenu des récits tahitien-français ou franco-tahitiens reflétait la réalité de l'expression populaire de ces Polynésiens et souvent leur détresse et leur souffrance. Ils apparaissent davantage préoccupés, voire sidérés par l'hypothèse selon laquelle cette maladie, grave et incurable, celle qui « les a attrapés » et qui provoque la pourriture des pieds, l'amputation des membres et la mort, progresse de manière dramatique et risque vraisemblablement d'atteindre plus gravement leurs enfants, alors même que les conditions et l'environnement de vie de ces Polynésiens sont fondamentalement diabétogènes voire obésogènes. Un tel constat confère inévitablement aux messages de prévention une dimension presque symbolique, s'agissant par exemple du décalage entre la réalité de l'environnement et les intentions, sans doute ambitieuses, ou davantage utopiques, de la santé publique, de modifier les habitudes alimentaires des Polynésiens. Cela conduit finalement à exprimer un discours qui, comme le soulignait l'un des médecins, « n'est pas politiquement correct et pas électoralement porteur » et que généralement « on ne dit pas ». Il est effectivement frappant de constater, par exemple, un certain nombre d'aberrations inhérentes au système de protection sociale polynésien. Celui-ci, rappelons-le, prend en charge la gratuité des soins des patients diabétiques, uniquement lorsqu'ils sont dits « compliqués », c'est-à-dire porteurs d'une neuropathie diabétique, d'une rétinopathie diabétique, ou d'une néphropathie diabétique, transformant certains cabinets médicaux en « *chambre d'enregistrement des complications* », dans un système sanitaire où, finalement, en donnant « la prime au diabète compliqué », on contribue assurément au renforcement et à la majoration des inégalités sociales et de santé.

CONCLUSION

Cette thèse s'est construite à partir de l'exploitation des résultats d'une recherche exploratoire menée à Tahiti - auprès de Polynésiens diabétiques, de professionnels de santé et de guérisseurs - mettant clairement en évidence que l'aggravation de l'état de santé des Polynésiens diabétiques confronte quotidiennement et avec récurrence les médecins, et plus largement les professionnels de santé particulièrement « *désarmés* », aux limites de leurs stratégies et de leurs actions mises en œuvre dans l'espace clinique. Pour obtenir l'équilibre glycémique de leurs patients diabétiques et ainsi limiter leur risque de développer des complications, les cliniciens tentent de prévenir et de corriger les comportements déviants de leurs malades qu'ils perçoivent comme « *négligents* » en raison, par exemple, de leur suivi médical irrégulier et/ou, de leur inobservance au traitement. Apparemment impuissants face aux conduites de leurs patients qui, de toute évidence, leur échappent, les médecins exercent parfois une violence symbolique à travers leur pouvoir médical qui infiltre leur discours empreint de « *force* », provoquant « *la peur* » des complications, qui devient pour certains cliniciens « *un levier pour l'observance* ». Ainsi, les professionnels de santé « *grondent* » leurs malades, et utilisent fréquemment des propos infantilisants et culpabilisants.

Dans ce contexte, les Polynésiens diabétiques fondamentalement croyants, à la recherche du sens à donner à leur maladie, en quête de guérison, et souvent saturés de la prise en charge biomédicale, cherchent des moyens leur permettant d'éliminer « le sucre dans leur sang » (leur diabète) et, partant, de purifier (« nettoyer ») leur corps. Ils utilisent ainsi des remèdes traditionnels tahitiens ou « *rā'au tahiti* », lesquels représentent avant tout des produits de la nature créés par Dieu. Des Polynésiens mobilisent ainsi les connaissances et les pratiques transmises en héritage par certains de leurs ancêtres, ou utilisent les conseils donnés par des membres de leur famille, des amis ou des collègues de travail, tandis que d'autres consultent le « *Tahu'a rā'au* » ou expert en médecine traditionnelle. Cependant, l'efficacité des remèdes traditionnels tahitiens se trouve souvent limitée compte tenu du degré de sévérité de la maladie du Polynésien qui sera finalement amené, presque malgré lui, à recourir à nouveau au système de soins occidental (« *popa'ā* », c'est-à-dire

littéralement celui des Blancs), lorsque son état de santé sera devenu irréversible, hors de toute ressource médicale.

La revue de littérature a mis l'accent, en particulier, sur l'origine multifactorielle et particulièrement complexe du diabète de type 2, notamment chez les peuples autochtones. Si l'évolution du diabète de type 2 vers les complications résulte, sur le plan biomédical, du processus physiopathologique lié à l'histoire naturelle de la maladie, les cliniciens reconnaissent avec récurrence, et de manière pratiquement unanime, qu'ils sont quotidiennement confrontés à des difficultés de prise en charge des malades diabétiques - généralement identifiés comme "inobservants" - et qui parfois leur échappent, ceci malgré la formulation itérative des règles de "bonne conduite diabétologique" en brandissant le spectre des complications. Parallèlement, les organisations et les acteurs de santé publique constatent, au plan mondial, la progression dramatique de l'épidémie du diabète de type 2 associée à son fardeau de morbidité et de mortalité, confirmant la difficulté de la mise en oeuvre d'actions de prévention efficaces et pérennes.

Cette thèse qui s'inscrit dans une perspective de contribution à l'avancement des connaissances et à l'amélioration de la prise en charge des personnes diabétiques n'avait pas la prétention d'apporter des solutions aux cliniciens, ou aux acteurs de santé publique. En postulant que l'évolution du diabète de type 2 vers les complications n'est pas réductible à l'histoire naturelle de la maladie ou à son strict processus physiopathologique, il s'agissait plutôt de démontrer les mécanismes à l'origine de la production de ce phénomène morbide à l'aide d'une approche et d'outils de déchiffrement anthropologiques pour montrer précisément l'influence déterminante de facteurs psychosociaux et culturels sur son évolution.

Ainsi, j'ai cherché à appréhender les racines du mal qui frappe ces Polynésiens autochtones en dépassant le discours biomédical - lequel identifie principalement le diabète comme une perturbation métabolique - et en m'intéressant davantage aux conditions et aux contraintes au sein desquelles ces Polynésiens prennent leurs décisions face à leur maladie.

Le recrutement des cas effectué auprès de divers cliniciens ($n = 71$), mais aussi et surtout à l'extérieur du milieu clinique, m'a permis de rencontrer parmi les 30 Polynésiens diabétiques inclus dans l'étude, des « perdus de vue », des « non suivis », ceux qui sont vraisemblablement engagés dans une trajectoire de la maladie marquée par une extrême incertitude et une ambivalence, ainsi qu'une évolution inéluctable et dramatique vers les complications, à leur insu.

En veillant à ne pas occulter les conditions structurantes de la maladie diabétique des Polynésiens autochtones et les difficultés psychologiques qui contribuent à façonner leur expérience de la maladie, cette approche dépasse les limites des études exclusivement culturalistes, sans toutefois *surculturaliser* la recherche (Bibeau, 1988 ; Massé, 1995). Elle s'enracine définitivement dans la réalité du contexte social et culturel des Polynésiens diabétiques, permettant ainsi de comprendre l'origine de certains phénomènes insaisissables dans l'espace clinique, en évitant toutefois de simplifier l'opposition qui existe entre le savoir médical et les croyances populaires.

J'ai ainsi montré que la trajectoire de l'expérience du diabète du Polynésien évolue de manière sinueuse et incertaine, de surcroît totalement imprévisible et inaccessible pour le clinicien. Elle se structure sous l'influence de facteurs environnementaux, socioculturels mais aussi psychologiques. Elle intègre certains événements marquants de l'histoire personnelle et familiale des individus, et surgit dans un contexte de vie souvent précaire et difficile, imposant des contraintes, provoquant la mise en œuvre de mécanismes de survie. La trajectoire du vécu subjectif du diabète du Polynésien s'enroule autour d'un point d'ancrage essentiel constitué par sa représentation de la maladie élaborée notamment à travers son interprétation du discours médical et de l'écho des messages de prévention diffusés au sein de la microsociété insulaire.

Dans la pensée du Polynésien, le diabète est une « vraie maladie », c'est-à-dire une maladie grave et effrayante parce qu'elle est largement associée à la peur de la *machine*²⁷⁵ et à la crainte d'être porteur de plaies incurables qui évoluent vers la *pourriture* du pied ou de la jambe, puis vers l'amputation. Le diabète est aussi une maladie incurable et donc mortelle, qui n'épargne aucune souffrance, laquelle se trouve majorée par les prescriptions médicales perçues comme des interdictions, ou des injonctions menaçantes, devrait-on dire, souvent dépourvues de sens. Dans ce contexte où le Polynésien s'interroge sur l'origine de son mal, tiraillé notamment par l'implication potentielle de certains de ses ancêtres lesquels seraient responsables de sa maladie, l'invocation de Dieu, « le Grand Guérisseur » qui seul détient le pouvoir de guérir cette maladie pourtant qualifiée d'incurable, transcende le pouvoir médical. Le recours à la médecine traditionnelle qui correspond pour le Polynésien à l'utilisation des plantes que Dieu a créées s'inscrit dans cet espoir de guérison attendue du divin.

Cette thèse intitulée pour le profane, « la maladie du sucre chez les Polynésiens, rupture, malheur, souffrance, et espoir du divin » permet de mettre en lumière les quatre points de cristallisation qui marquent la trajectoire de la maladie de ces Polynésiens autochtones diabétiques, rencontrés dans la zone urbaine de Tahiti. Parmi ces quatre noyaux de cristallisation, figurent en premier lieu les conditions structurantes de leur maladie, s'agissant précisément de la rupture de leur mode de vie associée à la perte de leurs repères culturels et identitaires, dans un environnement naturel ravagé, dans un environnement social désorganisé et devenu de surcroît diabétogène, implanté dans un quartier peuplé de « gens morts » « qui prennent leur corps pour une *poubelle* », et situé dans la zone urbaine de Tahiti. Le malheur correspond à l'irruption du diabète dans la vie de ces Polynésiens, événement-maladie qu'ils portent comme un fardeau, taraudés par la crainte de l'apparition de ses complications redoutables qui inhibe souvent leurs conduites positives à l'égard de leur santé. La souffrance s'impose à la fois au plan psychologique par

²⁷⁵ Il s'agit précisément du système d'hémofiltration utilisé lors de la dialyse rénale.

la peur lancinante de la survenue de plaies incurables en particulier, et au plan physique par les signes corporels douloureux souvent incessants qu'ils éprouvent. Enfin, l'espoir du divin surgit de manière récurrente et transcende les frontières de l'espace clinique et celles du contexte de l'entretien, nous entraînant dans l'univers fluide de la vie et de notre condition humaine, mais aussi dans l'univers flou de notre mort qui se profile.

Située à la jonction de l'épidémiologie sociale et de l'anthropologie médicale cette thèse appelle certaines remarques d'ordre théorique, méthodologique et épistémologique, conduisant ainsi à la formulation de certaines recommandations et réflexions utiles sans doute aux acteurs en santé publique, aux cliniciens et plus largement aux professionnels de santé.

Au plan théorique, la thèse s'enracine dans des fondements qui trouvent leur origine notamment dans l'anthropologie médicale interprétative. Appliqué dans la perspective d'une anthropologie *ouverte* à la santé publique, et *impliquée* dans la santé publique, le modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique de la maladie qui intègre le concept de trajectoire a permis assurément de décrypter les mécanismes psychosociaux et culturels impliqués dans l'évolution de la maladie du diabète vers les complications chez les Polynésiens autochtones inclus dans cette étude. Le concept de trajectoire de la maladie placé au sein du modèle sémiologico-phénoménologique, a permis d'appréhender l'histoire de leur maladie et les différentes formes des réalités qu'elle met en scène : la réalité psychologique (c'est-à-dire le monde intérieur de l'individu), la réalité biologique (ou l'infrastructure de l'organisme), la réalité physique, dans laquelle s'associent la structure et l'environnement matériels et qu'il convient de compléter par la réalité sociale. Plus largement, et de manière saisissante, la « complète inadéquation » du système médical occidental à l'égard des problèmes de santé dont souffrent les Polynésiens autochtones apparaît, ainsi que les effets pervers de la couverture du risque maladie pour les personnes porteuses du diabète de type 2 dont la gratuité des soins est, en Polynésie française, faut-il le rappeler, conditionnée par la présence de complications. Indubitablement ces

observations contrastent avec la vision triomphale d'un système de santé pourtant apparemment porteur d'équité puisqu'il tend vers une couverture médicale universelle du risque maladie à l'ensemble de la population dans le secteur public et privé. La question récurrente et lancinante des inégalités sociales surgit, ouvrant sur des enjeux collectifs plus larges, sur les défis qui se posent finalement à la société polynésienne et autour desquels s'enroulent les trajectoires individuelles des Polynésiens, leurs comportements et leurs conduites.

Au plan méthodologique, cette thèse conçue autour d'une approche sémiologico-phénoménologique dans une perspective de santé publique n'échappe pas aux limites inhérentes aux recherches qualitatives menées en sciences humaines et sociales notamment concernant la faiblesse de la validité externe et de l'objectivité (Krefting, 1990). Mais, « above all, remember : the term *ethnography* does not mean *qualitative*. As a noun, it means a description of a culture, or a piece of a culture. As a verb (*doing ethnography*), it means the collection of data that de scribe a culture (Russel, 1995 :16-17). Lorsque l'on s'intéresse à décrypter la signification profonde de récits exprimés par des Polynésiens à un certain moment de l'histoire de leur maladie et de leur expérience vécue, l'objectif n'est pas d'obtenir des résultats pouvant être généralisés à une large population puisqu'il s'agit d'examiner un phénomène en profondeur dans toute sa complexité. Cependant, si l'on s'attache à étudier l'évolution du diabète de type 2 au sein des membres d'une communauté insulaire d'Autochtones, par essence minoritaires, issus d'un milieu social défavorisé, possédant un faible niveau socioéconomique et éducatif, et vivant dans un secteur limité de la zone urbaine de Tahiti, on assume nécessairement une certaine homogénéité des caractéristiques environnementales, socioéconomiques et éducatives des cas, ainsi que des conditions structurantes de leurs problèmes de santé. La validité interne de cette recherche est, de surcroît, renforcée par la justesse et la pertinence de la relation établie entre la réalité empirique observée et le modèle d'analyse sémiologico-phénoménologique utilisé. La principale force de ce modèle réside, en effet, dans sa pertinence puisqu'il permet d'identifier les conditions structurantes de la maladie et de démontrer l'influence

déterminante des signes et du sens que les Polynésiens diabétiques autochtones attribuent à leur maladie ainsi que l'impact de leur représentation de la maladie sur leurs conduites et, partant, sur l'aggravation de leur état de santé vers les complications. La pertinence de ce modèle est aussi renforcée par la présence de la composante linguistique qui conduit à placer le récit exprimé en langue tahitienne par les Polynésiens autochtones et le caractère polysémique des termes tahitiens au cœur de cette thèse, afin de permettre de décrypter l'axe sémantique et l'axe sémiologique qui structurent la trajectoire phénoménologique de leur maladie. Ce décryptage a été initié lors des entretiens semi-directifs approfondis réalisés en langue tahitienne, c'est-à-dire dans la langue maternelle de ces Polynésiens autochtones. Il s'est poursuivi lors de la phase d'analyse, mettant en évidence les mécanismes de construction des significations de la maladie et de leur interprétation à l'origine des conduites que ces Polynésiens diabétiques adoptent face à leur maladie et qui échappent aux cliniciens.

Au plan épistémologique, il apparaît utile et nécessaire de procéder à une étude épidémiologique visant à réactualiser en Polynésie française le taux de prévalence du diabète de type 2 et de ses complications, les résultats recueillis dans cette thèse étant susceptibles de compléter les données épidémiologiques quantitatives. En effet, compte tenu de l'augmentation des maladies non transmissibles en Polynésie française à l'instar des autres pays, les résultats de cette étude pourront, sans doute, apporter des connaissances utiles aux professionnels de santé soucieux d'adopter une approche compréhensive des malades porteurs de maladies chroniques (e.g. maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle) et sans doute aussi aux planificateurs de programme et, bien entendu, aux chercheurs en santé publique. « Le défi de la santé publique est alors de jeter des "ponts culturels" entre administrateurs et bénéficiaires des programmes. C'est, entre autres, à ce niveau que le travail de culture brokers des anthropologues trouve sa pertinence » (Massé, 1992 :104).

En termes de recommandations formulées dans le champ de la Santé publique, le caractère multifactoriel des causes à l'origine du développement du phénomène morbide que constitue le diabète de type 2, dont la forme épidémique aujourd'hui n'épargne aucune communauté, impose la mise en place de stratégies multidisciplinaires et d'approches privilégiant une démarche participative des membres de communautés au sein de programmes de prévention et de promotion pour la santé. Pour autant, ces programmes doivent être renforcés par une prise en compte effective du contexte social et culturel d'émergence de la maladie des individus, c'est-à-dire d'une analyse des conditions structurantes qui favorisent le développement de cette maladie. Il s'agit plus précisément d'une approche écologico-culturelle du problème de santé qui devrait, en amont de la prise en charge des membres de la communauté, tenir compte de leurs représentations de la maladie et de son traitement plutôt que de viser l'atteinte d'objectifs comportementaux telles l'augmentation de l'activité physique et/ou les modifications du régime alimentaire en réduisant l'apport calorique, par exemple.

Il apparaît légitime d'attirer également l'attention des cliniciens et plus globalement celle des professionnels de santé sur le pouvoir structurant de leurs messages sur les réactions des malades vis-à-vis de leur problème de santé à travers leurs interprétations. Il s'agit plus précisément de sensibiliser, voire d'avertir les cliniciens ainsi que les acteurs de la santé publique de leur contribution potentielle à l'évolution de la maladie vers la gravité (vers les complications chez les diabétiques par exemple) et de les encourager à repenser leurs analyses des obstacles à la prise en charge de certains patients et des stratégies qu'ils utilisent pour obtenir une observance thérapeutique. Enfin, si la question des inégalités sociales et des inégalités de santé qui apparaît en transparence de ces propositions impose une réflexion approfondie sur les programmes de prévention par exemple, la prise en compte des différences culturelles et notamment la compréhension de la langue utilisée par les personnes souffrantes, me paraît indispensable à la pratique d'une médecine plus humaine et aussi sans doute plus efficace.

Les résultats de cette thèse - dont le résumé vulgarisé²⁷⁶ traduit en langue tahitienne sera transmis aux participants - constituent, sans doute, une substance empirique atypique extraite de l'analyse et du décryptage des récits de Polynésiens autochtones diabétiques recueillis en langue tahitienne et de la reconstruction de la trajectoire de leur maladie. Par-delà la contribution à l'enrichissement des connaissances relatives aux déterminants socioculturels du diabète chez les populations autochtones, et de certains facteurs à l'origine de l'utilisation ou de la non utilisation des services des santé par des patients diabétiques, le contenu de cette thèse permet de comprendre certains mécanismes explicatifs du développement des complications liées au diabète de type 2 qui, n'ayant pas de frontières, ne se limitent malheureusement pas au ravage du peuple polynésien autochtone.

Au-delà des conséquences liées aux actions réalisées par les cliniciens et les acteurs de santé publique, ainsi qu'à leurs limites face à l'augmentation dramatique de l'épidémie du diabète de type 2, demeurent deux questions fondamentales et sans doute universelles. Il s'agit d'une part, de la question de la prise en compte dans l'espace clinique du vécu subjectif de la maladie et des croyances de l'Autre souvent ignorés dans le cadre d'une médecine réductionniste, a-subjectivante, et d'autre part des défis auxquels la Santé publique est confrontée dans le contexte de la mondialisation. Ces deux questions appellent inévitablement les professionnels de santé à repenser la clinique et appellent sans doute aussi les acteurs de Santé publique à repenser leurs stratégies et leurs actions de prévention.

La densité du matériel empirique recueilli, permet d'envisager sans réserve la réalisation d'analyses approfondies et complémentaires des récits, s'agissant par exemple des différentes trajectoires thérapeutiques des 30 cas dans le contexte de pluralisme médical. On envisage également de procéder à une analyse du récit de la veuve de Mareto et de celui de la fille de Petero qui sont les deux cas décédés avant la première rencontre, et

²⁷⁶ Le résumé vulgarisé rédigé en langue française est présenté au début de la thèse à la page vii et à la page viii et la version traduite en langue tahitienne figure à la page ix et à la page x.

d'analyser de manière comparative l'expérience de la maladie vécue par trois Polynésiens métissés vers lesquels certains médecins nous ont conduites. Si le respect rigoureux des critères d'inclusion ne nous autorisait pas, *a priori*, à les rencontrer, la réalité du terrain nous a permis de les écouter, et de recueillir le récit de l'émergence et de l'évolution de l'histoire de leur maladie exprimé en langue tahitienne. Il me paraît également utile d'envisager la réalisation d'études complémentaires à celle-ci, d'une part à Tahiti, selon une approche comparative, parmi les différents groupes de Polynésiens métissés (Polynésiens avec une autre ethnie), et d'autre part parmi les Polynésiens autochtones qui vivent en milieu rural dans leur île natale (i.e. dans les archipels éloignés : Tuamotu, Marquises et Australes).

Par-delà ces perspectives de recherches complémentaires non exhaustives, la réalisation de cette thèse construite autour de l'analyse de la réalité organique, de la réalité sociale et de la réalité subjective de la maladie vécue en particulier par des Polynésiens diabétiques autochtones, m'entraîne à franchir les limites de la microsociété insulaire. Au-delà de la trajectoire structurée par mon expérience de terrain au cœur de la maladie, du malheur et de l'infortune de ces Polynésiens, et par l'interprétation des données accumulées lors de ces travaux, mon itinéraire de chercheuse s'oriente vers une nécessaire contribution au développement d'études ethnoépidémiologiques réalisées au sein d'autres communautés et dans d'autres contextes et au renforcement des arguments de ceux qui plaident en faveur d'un changement culturel radical en Santé publique (Bibeau, 1999). Il s'agit plus précisément de contribuer au développement d'une anthropologie médicale à la fois, *impliquée* dans la Santé publique, et *ouverte* à la Santé publique. Les propos de Benoist permettent de mettre en lumière ces perspectives : « l'anthropologie, lorsqu'elle rencontre sur son chemin la maladie, la douleur et la mort, évite de s'enfermer dans des frontières qui couperaient les liens du corps, de la douleur, des soins, de l'interprétation du mal avec tant d'aspects de la vie sociale, de la religion, de l'art, de la littérature... Au point qu'elle s'interroge souvent sur l'existence même du champ que pourrait être la maladie, sur la possibilité de l'isoler, de le définir » (Benoist, 1996a :10).

BIBLIOGRAPHIE

- Abate, N., & Chandalia, M., *The impact of ethnicity on type 2 diabetes*, Journal of Diabetes and its complications, 17 :39-58, 2003.
- Académie tahitienne, Fare Vana'a, *Dictionnaire Tahitien – Français, Fa'atoro parau Tahiti – Farani*, Papeete : STP Multipress, 1999. 574p.
- Achard, P., *Commentaire*, Sciences Sociales et Santé, VIII(3) :41-48, 1990.
- ADA, American Diabetes Association, *Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus*, Diabetes Care, 21(suppl) :S5-19, 1998.
- ADA, American Diabetes Association, *Screening for Diabetes*, Diabetes Care, 24(suppl.1) :S21-S24, 2001.
- ADA, American Diabetes Association, *Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus*, Diabetes Care, 26 (suppl.1) :S33-S50, 2003a.
- ADA, American Diabetes Association, *Diabetic Nephropathy*, Diabetes Care, 26 (suppl.1) :S94-S98, 2003b.
- Alberti, G., « Foreword », in : *The Epidemiology of Diabetes Mellitus*, Ekoé, J.M., Zimmet, P., & Williams, R., dir., New York : John Wiley & Sons Ltd, 2001. 437p.
- Al Wardi, S., *Tahiti et la France. Le partage du pouvoir*, Paris : L'Harmattan, Coll. Logiques Politiques, 1998. 312p.
- Al Wardi, S., *Communication personnelle*, Punaauia : Université de la Polynésie française, 25 Octobre 2005.
- Al Wardi, S., *Interview*, Journal télévisé en langue française, Papeete : RFO, 14 Janvier 2006.
- American Public Health Association. *Reducing the Incidence of Blindness, Lower Extremity Amputation, and Oral Health Complications in Minority Populations Due to Diabetes*, American Journal of Public Health, 91(3) :478-479, 2001.
- Amos, A.F., McCarty, D.J., & Zimmet, P., *The Rising Global Burden of Diabetes and its Complications : Estimates and Projections to the Year 2010*, Diabetic Medicine, 14 :S7-S85, 1997.

- Anderson, J.M., Dyck, I., & Lynam, J., *Health care professionals and women speaking : constraints in everyday life and the management of chronic illness*, *Health*, 1(1) :57-80, 1997.
- Asia Pacific Cohort Studies Collaboration, *The Effects of Diabetes on the Risks of Major Cardiovascular Diseases and Death in the Asia-Pacific Region*, *Diabetes Care*, 26 :360-366, 2003.
- Assal, JP., « La maladie chronique : une autre gestion, une autre prise en charge », in *La relation médecin-malade*, Grimaldi A., & Cosserat, J., dir., Paris : Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, SAS, 83-125, 2004a. 202p.
- Assal, JP., *Motivation et compliance en thérapeutique*, Symposium organisé par Servier Médical dans le cadre du congrès de l'ALFEDIAM, Nice :Palais des Congrès, 23 Mars, 2004b.
- Assal, JP., « Préface », in : *Traité de diabétologie*, Grimaldi, A., dir., Paris : Flammarion, Coll. Médecine - Sciences, 2005. 981p.
- Association de gestion de « la maison du diabétique », *Statuts de l'association de gestion de « la maison du diabétique » Centre d'éducation thérapeutique*, Papeete : Document non publié, 2002. 9p.
- Atlas économique mondial 2003, *Atlaséco*, Paris : Le nouvel observateur, 2003. 360p.
- Augé, M., & Herzlich, C., « Introduction », in : *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Augé, M., & Herzlich, C. dir., Paris : Éditions des archives contemporaines, Coll. Ordres Sociaux, 9-31, 1994. 278p.
- Babadzan, A., *Remarques sur la construction d'un objet anthropologique dans l'étude des sociétés acculturées*, *Communication and Cognition*, XIV(1) :85-97, 1981.
- Barbiéra, N., *Tahiti c'est la France ?* *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 30 :07-10, 1996.
- Baré, J.F., *Tahiti, les temps et les pouvoirs. Pour une anthropologie historique du Tahiti post-européen*, Paris : Éditions de l'ORSTOM, Coll. Travaux et documents n°207, 1987. 543p.

- Baré, J.F., *Le malentendu Pacifique. Des premières rencontres entre Polynésiens et Anglais et de ce qui s'ensuivit avec les Français jusqu'à nos jours*, Paris : Éditions des archives contemporaines, Coll. Ordres Sociaux, 2002. 274p.
- Barnard, A., & Spencer, J. (Eds.), *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*, New York : Routledge, 1996. 658p.
- Barth, F., « Les groupes ethniques et leurs frontières », in : Poutignat, P. & Streiff-Fenard, J., *Théories de l'ethnicité*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Le Sociologue, 203-249, 2005. 270p.
- Becker, G., & Kaufman, S.R., *Managing an Uncertain Illness Trajectory in Old Age : Patients' and Physicians' Views of Stroke*, *Medical Anthropology Quarterly*, 9(2) :165-187, 1995.
- Bélanger, D., & Godin, G., « La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement », in : Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel, P. & Dewailly, E., *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques*, Québec : Edisem, 277-288, 2003. 1023p.
- Benoist, J., *Anthropologie médicale en société créole*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Les Champs de la Santé, 1993. 285p.
- Benoist, J., « Santé, maladie : pour une anthropologie ouverte », in : *Les maux de l'Autre. La maladie comme objet anthropologique*, Cros, M., dir., Paris : L'Harmattan, Coll. Santé et Sciences humaines, 9-14, 1996a. 142 p.
- Benoist, J., *Une médecine ou des médecines ? À propos de la dimension culturelle de la maladie*, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 30 :147-159, 1996b.
- Benoist, J., & Desclaux, A., dir., *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris : Karthala, Coll. Médecines du Monde, Anthropologie comparée de la maladie, 1996a. 381 p.
- Benoist, J., & Desclaux, A., « Pour une anthropologie impliquée », in : *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Benoist, J., & Desclaux, A., dir., Paris : Karthala, Coll.

- Médecines du Monde, *Anthropologie comparée de la maladie*, 363-381, 1996b. 381p.
- Bertaux, I., *Le problème est désormais quantifié. Maintenant, il faut apporter des réponses*, Tahitibusiness, (43) :8-9, 2006.
- Berteloot, G., *L'exercice infirmier dans les postes isolés de Polynésie française, de l'identification des tâches spécifiques à la nécessité d'une formation complémentaire*, Mémoire de Maîtrise Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé, Université Paris 13, Bobigny, France, 1998. 246 p.
- Berteloot, G., *Étude des caractéristiques du contexte d'exercice d'infirmiers isolés et semi-éloignés en Polynésie française et dans le Nord québécois*, Mémoire de diplôme d'études supérieures spécialisées, Tome 1, Université Paris 13, Bobigny, France, 1999a. 137p.
- Berteloot, G., *Étude des caractéristiques du contexte d'exercice d'infirmiers isolés et semi-éloignés en Polynésie française et dans le Nord québécois*, Mémoire de diplôme d'études supérieures spécialisées, Tome 2, Université Paris 13, Bobigny, France, 1999b. 235p
- Bibeau, G., *De la maladie à la guérison : essai d'analyse systématique de la médecine des Angbandi du Zaïre*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université Laval, Québec, Canada, 1979. 625p.
- Bibeau, G., *The circular semantic network in Ngbandi disease nosology*, *Social Science and Medicine*, B(15) :295-307, 1981.
- Bibeau, G., *A Step Toward Thick Thinking : From Webs of Significance to Connections Across Dimensions*, *Medical Anthropology Quarterly*, 2(4) :402-416, 1988.
- Bibeau, G., « La spécificité de la recherche anthropologique sur le sida », in : *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Benoist, J., & Desclaux, A., dir., Paris : Karthala, Coll. Médecines du Monde, Anthropologie comparée de la maladie, 13-30, 1996. 381p.

- Bibeau, G., *Une troisième voie en santé publique*, Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, 6(2) :209-236, 1999.
- Bibeau, G., *Communication personnelle*, Montréal : Université de Montréal, Automne 2000.
- Bibeau, G., *Le dressage de l'Homme. Écho d'un débat avorté en Allemagne*, Essai présenté à la séance « Quel humanisme pour aujourd'hui », Séminaire ANT 6054 Systèmes médicaux comparés, Montréal : Université de Montréal, Département d'Anthropologie, 2002a.
- Bibeau, G., *In defense of a creolized grammar of the health-disease complex*, Essai présenté à la séance « Eléments d'un modèle pour penser la maladie », Séminaire ANT 6054 Systèmes médicaux comparés, Département d'Anthropologie, Montréal : Université de Montréal, Département d'Anthropologie, 2002b.
- Bibeau, G., *Une anthropologie de l'enfant*, Cadre pour une pédiatrie interculturelle, Montréal : Manuscrit, Document non publié, 2003. 25p.
- Bibeau, G., & Corin, E., « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale », in : Trudel, F., Charest P., & Breton Y., (Eds), *La construction de l'anthropologie québécoise, mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*, Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 105-148. 1995a.
- Bibeau, G., & Corin, E., « From submission to the text to interpretive violence », in : Bibeau, G., & Corin, E., (Eds.), *Beyond Textuality : Asceticism and violence in anthropological interpretation*, Berlin : Mouton de Gruyter, 3-54. 1995b.
- Bibeau, G., & Vidal, J.M.. « Des anthropologies médicales : regards croisés sur la santé des populations », in : Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel. P. & Dewailly, E., *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques*, Québec : Edisem, 238-244, 2003. 1023p.
- Blumhagen, D., « The Meaning of Hyper-Tension », in : Chrisman, N.J., & Maretzki, T.W., (Eds.), *Clinically Applied Anthropology*, Dordrecht, Holland : D. Reidel, 297-323, 1982. 437p.

- Boissin, J.L., *L'obésité en Polynésie française : phénomène culturel, phénomène conjoncturel*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, 30 :169-182, 1996.
- Bon, O., *L'insoutenable développement urbain de l'île de Tahiti : politique du « tout automobile et congestion des déplacements urbains »*, Les Cahiers d'Outre-Mer, 230(58) :121-152, 2005.
- Bouhier-Roddiér, M., *Le diabète, entre culture et santé publique. Approche anthropologique des représentations du diabète de type 2 à la Réunion*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université de la Réunion, 1999. 681p.
- Bourdieu, P., dir., *La misère du monde*, Paris : Éditions du Seuil, 1993. 1461p.
- Bradshaw, B.S., Blanchard, S., & Thompson, G.H., *Emergence of Diabetes Mellitus in a Mexican-origin Population : A Multiple Cause-of-death Analysis*, Social Biology, 42 (1-2), 36-49, 1995.
- Brugidou, M., Escoffier, C., Folch, H., Lahlou, S., Le Roux, D., Morin-Andreani, P., & Piat, G., *Les facteurs de choix et d'utilisation de logiciels d'analyse de données textuelles*, JADT 2000, 5^e Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles, 8p, 2000.
- BSO, Bulletin de la Société des Études Océaniques., *Les maladies des Européens à Tahiti en 1880*, Bulletin de la Société des Études Océaniques, XIX(2)225 :1433-1440, 1983.
- Bury, M., *Chronic illness as biographical disruption*, Sociology of Health and Illness, 4(2) :167-182, 1982.
- Cahart, C., *Les chiffres du diabète*, Quotidien du médecin, 12 novembre 2002, Web-evenements qdm N°12112002, 2002.
- Caisse de Prévoyance Sociale, *Te fare Turu'ua'a, Régime de Solidarité Territorial, Guide de l'assuré*, Papeete, Avril 2004. 36 p.
- Cameron, L., Leventhal, E.A., & Leventhal, H., *Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, Adult sample population*, Health Psychology, 12(3) :171-179, 1993.

- Campbell, I.C., & Latouche, J.P., *Les insulaires du Pacifique. Histoire et situation politique*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Politique d'aujourd'hui, 2001. 380p.
- Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses Universitaires de France, 1^{re} édition 1966, Coll. Quadrige, 1999. 224p.
- Canguilhem, G., « Les maladies », in : *Écrits sur la médecine*, Paris : Éditions du Seuil, Coll. Champ Freudien, 33-48, 2002. 125p.
- Centre de Recherches sur les Espaces tropicaux, *Iles tropicales : insularité, "insularisme"*, Actes du colloque organisé à Bordeaux-Talence, Bordeaux : Coll. Iles et Archipels, n°8, 1987. 499p.
- CEESC, Conseil Economique Social et Culturel, « *Quel avenir pour le Territoire après l'arrêt des essais* », Rapport n°98, Papeete, Décembre 1995. 78p.
- Champaud, J., *Les trucks de Tahiti*, Papeete : Orstom, 1981. 57p.
- Chanson, P., Timsit, J., & Charbonnel, B., *Données actualisées de l'UKPDS : implications pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2*, Médecine thérapeutique - Endocrinologie, 2(3):207-16, 2000.
- Charte Tahiti Nui., *Bilan de la décennie 1992-2002 en Polynésie française*, Papeete : 2004. 79p.
- CHPf, Centre Hospitalier de Polynésie française, *File active de patients porteurs d'un diabète qui ont bénéficié de prises en charge en 2003 au Centre Hospitalier de Polynésie française*, Papeete : Service d'Information Médicale, Document de travail non publié, 18p., 2004.
- CHPf, Centre Hospitalier de Polynésie française, *File active de patients porteurs d'un diabète qui ont bénéficié de prises en charge en 2004 au Centre Hospitalier de Polynésie française*, Papeete : Service d'Information Médicale, Document de travail non publié, 10p., 2005.
- CHPf, Centre Hospitalier de Polynésie française, *File active de patients porteurs d'un diabète qui ont bénéficié de prises en charge en 2005 au Centre Hospitalier de*

- Polynésie française*, Papeete : Service d'Information Médicale, Document de travail non publié, 11p., 2006.
- Cizeron, M. & Ravault, F., « Les problèmes sociaux », in : Ravault, F., dir. *Encyclopédie de la Polynésie, Vivre en Polynésie 2*, Tahiti : F. Christian Gleizal – Multipress, 25-27, 1988. 148p.
- Colagiuri, S., Colagiuri, R., Na`ati, S., Muimuiheata, S., Hussain, Z., & Palu, T., *The Prevalence of Diabetes in the Kingdom of Tonga*, *Diabetes Care*, 25 :1378-1383, 2002.
- Conseil des Employeurs de Polynésie française, 2003 : *Les temps forts de l'actualité*, La lettre des Employeurs, 1983-2003, Édition spéciale, 2004.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L., & Boyle, P A., *Savoir préparer une recherche*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1990. 197p.
- Corbel, M., *Diabète : entre déréalité physique et paradoxes. Approche anthropologique du vécu des diabètes de type 1 et 2 et des relations soignants-soignés à travers l'acte d'éducation dans un service hospitalier*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Spécialité "Anthropologie Biologique", Université de la Méditerranée Aix-Marseille II, Faculté de Médecine de Marseille, 2002. 452p.
- Corbin J.M, & Strauss, A., *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco : Jossey-Bass, 33-48, 1988. 358p.
- Cordeau, K., Levac, C., Dannenbaum, D., & Torrie, J., *Experiences of Cree people living with diabetes in two Communities in Eeyou Istchee*, Public Health Department, Cree Board of Health and Social Services of James Bay, Document non publié, Summer 2001. 22p.
- Corin, E., Bibeau, G., Laplante, R., & Martin, J.C., *Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1990. 258p.

- Corin, E., Uchôa, E., Bibeau, G., & Koumare, B., *Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action*, Psychopathologie Africaine, XXIV (2) :183-204, 1992.
- Corin, E., Bibeau, G., & Uchôa, E., *Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali*, Anthropologie et Sociétés, 17 (1-2) :125-156, 1993.
- Corin, E., « La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie », in : Evans, R.G., Barer, M.L., & Marmor, T.R., (Eds.), *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 103-141, 1996. 359p.
- Dakhli, J., *Le terrain de la vérité*, Enquête, 1 :141-152, 1995.
- Daniel, M., O'Dea, K., Rowley, K.G., McDermott, R., & Kelly, S., *Glycated Hemoglobin as an Indicator of Social Environmental Stress among Indigenous versus Westernized Populations*, Preventive Medicine, 29 :405-413, 1999.
- De Bovis E., *État de la société tahitienne à l'arrivée des Européens*, Papeete : Société des études océaniques, Publication n°4, 1978. 74p.
- Dechamp-le Roux, C., Valensi, P., Assad, N., Sislian, P. & Attali, J.R., *Croyances des diabétiques sur l'étiologie de leur maladie. Influence de l'ethnie*, Diabète & Métabolisme, 16 :207-212, 1990.
- Decoudras, P.M., *Polynésie, dynamique contemporaine et enjeux d'avenir*, Les Cahiers d'Outre-Mer, 230(58) :117-120, 2005.
- De Decker, P., *Victor Segalen*, Cahiers ethnologiques N°12 Spécial, nouvelle série, 18^e année. Bordeaux : Les Presses Universitaires de Bordeaux, Université de Bordeaux 2 :14-38, 1990. 45p.
- De Laine, M., *Fieldwork, Participation and Practice : Ethics and Dilemmas in Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA :Sage Publications, 2000, 231p.
- De Sardan, J.P.O., *La politique du terrain*, Enquête, 1 :71-109, 1995.
- Deslaurier, J.P. & Kérisit, M., « Le devis de recherche qualitative », in : Poupart, J., Deslaurier, J.P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires A.P., *La*

- recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin, 85–111, 1997. 405p.
- Devatine, F., *Problèmes rencontrés en Polynésie pour la conservation du patrimoine culturel et le développement des cultures océaniques : évaluation et propositions*, Bulletin de la Société des Études Océaniques, XVII(206) :379-404, 1979.
- Dictionnaire historique de la langue française, *Tome I*. Rey, A., dir., Dictionnaires le Robert, Paris : 1998. 1381p.
- Direction de la Santé en Polynésie française, *Fiche d'identification de l'île de Rapa*, polycopié, Papeete : 1996. 1p.
- Direction de la Santé en Polynésie française, *Alimentation et corpulence en Polynésie française. Étude de la socio-anthropologie de l'obésité, des représentations du corps, des modèles et des pratiques alimentaires*, Rapport de première analyse des données de l'étude de M. Poulain, J.P., Université de Toulouse II le Mirail, Centre d'Étude des Rationalités et des Savoirs UMR-CNRS 5117, Papeete : Ministère de la Santé, de la Fonction publique et de la Rénovation de l'Administration, 2002. 221p.
- Donovan, J.L., & Blake, D.R., *Patient non-compliance : deviance or reasoned decision-making*, Soc. Sci. Med, 34(5) :507-513, 1992.
- Doumenge, J.P., « Polynésie française », in *Encyclopaedia Universalis*, Paris : Supplément Le Savoir, 1990. 1975p.
- Druhle, M., *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1996. 390p.
- Dubois, J. dir. *Dictionnaire de linguistique et des sciences du langage*, Paris : Larousse, 1994. 514p.
- Egede, L.E., *Beliefs and attitudes of African americans with Type 2 diabetes toward depression*, The Diabetes Educator, 28(2) :258-50, 2002
- Ekooé, J.M., Zimmet, P., & Williams, R., dir., *The Epidemiology of Diabetes Mellitus*, New York : John Wiley & Sons Ltd, 2001. 437p.

- Ellis, W., *À la recherche de la Polynésie d'autrefois, Polynesian Researches*, Paris : Publications de la Société des Océanistes, n° 25, Musée de l'Homme, 1972. 943p.
- Engelgau, M.M., Geiss, L.S., Saaddine, J.B., Boyle, J.P., Benjamin, S.M., Gregg, E.W., Tierney, E.F. Rios-Burrows, N., Mokdad, A.H., Ford, E.S., Imperatore, G., & Narayan, K.M.V., *The Evolving Diabetes Burden in the United States*, *Annals of Internal Medicine*, 140(11) :945-951, 2004.
- Evans, M., Sinclair, R.C., Fusimalohi C., & Liva'a V., *Mondialisaion, alimentation et santé : l'exemple des Tonga*, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Recueil d'articles n° 6, 2002. 7p.
- Evans, R.G., Barer, M.L., & Marmor, T.R., dir., *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1996. 359p.
- Fainzang, S., « De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie », in : *Encyclopaedia Universalis*, Baumberger, P.F., dir., Paris : Supplément, 173-180, 1990. 1020p.
- Fassin, D., & Dozon, J.P., « L'universalisme bien tempéré de la santé publique », in *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Dozon, J.P., & Fassin, D., dir., Paris : Baland, Coll. Voix et Regards, 7-19, 2001. 362p.
- Fenua Economie., *Brasserie de Tahiti*, Papeete : Fenua Economie, Le magazine de l'économie polynésienne, Document publicitaire, 3 :19, 2005-2006.
- Fève, G., « C'est joli [mai] à elle ! Énonciation et variationnisme », in : *Communication et parlars en Polynésie*, G. Fève & C. Lombardini dir., Ed. Maisonneuve-Larose, 85-96, 1994. 133p.
- Fong, D.S., Aiello, L., Gardner, T.W., King, G.L., Blankenship, G., Cavallerano, J.D., Ferris, F.L., & Klein, R., *Diabetic Retinopathy*, *Diabetes Care*, 26(1) :226-229, 2003.

- Fontbonne, A., & Simon, D., « Épidémiologie du diabète », in : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris : Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 10-366-B-10, 2001, 9p.
- Fournier, P., « L'art et la science de la santé publique », in : Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel, P. & Dewailly, E., *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques*, Québec : Edisem, 39-57, 2003. 1023p.
- Frémy, D., & Frémy, M., « La France d'outre-mer », in : *Quid 2006*, Paris : Éditions Robert Laffont, 2006-2011, 2005. 2174p.
- Frenck, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Frejka T., & Lozano, R., « Elements for a Theory of the Health Transition », in : Chen, L.C., Kleinman, A., & Ware, N.C., *Health and Social Change in International Perspective*, Boston : Harvard University Press, 25-49, 1994. 508p.
- Gagnayre, R., & Traynard, P.Y., « Éducation thérapeutique du patient », in : *La relation médecin-malade*, Grimaldi A., & Cosserat, J., dir., Paris : Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, SAS, 157-156, 2004. 202p.
- Garay-Sevilla, M.E., Malacara, J.M., Gutierrez-Roa, A., & Gonzalez, E., *Denial of disease in Type 2 diabetes mellitus : its influence on metabolic control and associated factors*, *Diabetic Medicine*, 16(3) :238-44, 1999.
- Garnier, M., Delamare, V., Delamare, J., & Delamare, T., *Dictionnaire des termes de médecine*, Delamare J. dir., 25^e édition, Paris : Maloine, 1998. 973p.
- Garro, L.C., *Intracultural variation in causal accounts of diabetes : A Comparison of Three Canadian Anishinaabe (Ojibway) Communities*, *Culture Medicine and Psychiatry*, 20(4) :381-420, 1996
- Geertz, C., *The Interpretation of Cultures*, New York : Basic Books, 1973. 470p.
- Geertz, C., *La description dense : Vers une théorie interprétative de la culture*, (A. Mary, trad.), *Enquête*, 6 :73-105, 1998.
- Gendron, Y., & Bronstein, J.A., « Les maladies métaboliques », in : Orstom., *Atlas de la Polynésie française*, Paris : Éditions de l'ORSTOM, 101-102, 1993. 156p.

- Gerhardt, U., *Patient careers in end-stage renal failure*, Soc. Sci. Med., 30(11):1211-1224, 1990.
- Ginsberg, B.H., Tan, M.H., Mazze, R., & Bergelson, A., *Staged diabetes management : computerizing a disease state management program*, Journal of Medical Systems, 22(2) :77-87, 1998
- Giorgi, A., « De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation », in : Poupart J., Deslaurier JP., Groulx LH., Laperrière A., Mayer R, & Pires AP., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin, 309–340, 1997. 405p.
- Girard-Meulemeester, D., *L'obésité à Tahiti : le point de vue des médecins généralistes à partir d'une enquête qualitative*, Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Université de droit et de la santé - Lille 2, Lille, France, 2004. 140p.
- Glasgow, R.E., Hampson, S.E., Strycker, L.A., & Ruggiero, L., *Personal-Model Beliefs and Social-Environmental Barriers Related to Diabetes Self-Management*, Diabetes Care, 20(4) :556-561, 1997.
- Gohdes, D., *Diabetes in American Indians*, Diabetes Care, 9(6) :609-613, 1986.
- Good, B.J., & DelVecchio Good, M.J., « The Meaning of Symptoms : A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice », in : *The Relevance of social science for medicine*, Eisenberg, L., & Kleinman, A., (Eds.), Dordrecht : D. Reidel Publication, 165-196, 1981. 422p.
- Good, B.J., *Medicine, rationality, and experience : An anthropological perspective*, New York : Cambridge University Press, 1994. 242p.
- Good, B.J., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité, et vécu*, Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo. Coll. Les Empêcheurs de penser en rond, 1998. 433p.

- Gouvernement de la Polynésie française, *Plan 1995-99 pour la lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Polynésie française*, Ministère de la Santé et de la Recherche, Direction de la santé, 1996. 46p.
- Gouvernement de la Polynésie française, *Activités du gouvernement au cours de l'année 1997, Rapport du président du gouvernement à l'Assemblée de la Polynésie française*, Papeete, Présidence du gouvernement de la Polynésie française, Tome 1, 1998. 97p.
- Gouvernement de la Polynésie française, *Plan pour la Santé 2001-2005*, Ministère de la Santé et de la Recherche, Direction de la santé, 2000. 58p.
- Gouvernement de la Polynésie française, *La santé observée en Polynésie française, Édition 2002*, Observatoire Polynésien de la Santé, Ministère de la Santé, de la Fonction publique et de la Rénovation de l'Administration, Direction de la santé, 2002a. 31p.
- Gouvernement de la Polynésie française, *Schéma d'Organisation Sanitaire de la Polynésie française 2003-2007*, Ministère de la Santé, de la Fonction publique et de la Rénovation de l'Administration, Direction de la santé, 2002b. 181p.
- Grafmeyer, Y., « École de Chicago », in : *Dictionnaire de la sociologie*, Baudrillard, J., Paris : Albin Michel, Coll. Encyclopædia Universalis, 105-110, 1998. 921p.
- Gregory, D., Whalley, W., Olson, J., Bain, M., Harper, G.G., Roberts, L., & Russel, C., *Exploring the experience of Type 2 Diabetes in urban Aboriginal People*, Canadian Journal of Nursing Research, 31(1) :101-115, 1999.
- Grimaldi, A., « Préface », in : *La relation médecin-malade*, Grimaldi A., & Cosserat, J., dir., Paris : Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, SAS, 7-8, 2004a. 202p.
- Grimaldi, A., *Activités sur l'acceptation du diabète. Le diabète de l'adulte : objectifs spécifiques*, La lettre des paramédicaux, 34 :8-9, 2004b.
- Grimaldi, A., *Le patient diabétique est une trinité*, Équilibre, 239 :5, 2006.
- Gual, P., Bekri, S., Anty, R., Tran, A., & Le Marchand-Brustel, Y., *La stéatose hépatique et l'insulinorésistance*, Médecine Clinique et endocrinologie diabète, numéro Hors-Série, :36- 41, Décembre 2005.

- Guillausseau, P.J., *L'observance médicamenteuse du diabétique de type 2 ou la quadrature du cercle*, Symposium organisé par Servier Médical dans le cadre du congrès de l'ALFEDIAM, Nice: Palais des Congrès, 23 Mars 2004.
- Guillebaud, J.C., *Les confettis de l'Empire*, Paris : Seuil, Coll. L'histoire immédiate, 1976. 317p.
- Hahn, R.A., *Sickness and Healing : An Anthropological Perspective*. New Haven : Yale University Press, 1995. 327p.
- Hahn, R.A., (Ed.), *Anthropology in public health : bridging differences in culture and society*, New York : Oxford University Press, 1999. 384p.
- Halimi, S., *Le diabète de type 2 ou diabète non insulino-dépendant (DNID) (223b)*, Corpus Médical, Faculté de Médecine de Grenoble, 2003. 11p. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>
- Henry, T., *Tahiti aux temps anciens*, Paris : Publications de la Société des Océanistes, n°1, Musée de l'Homme, 2000. 722p.
- Herzlich, C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales, (1^{ère} édition 1969), 1996. 210p.
- Hiro, H., *Pehepehe i ta'u nuna'a, le Message poétique*, Tahiti : Éditions Haere Po, 2004. 95p.
- Hodée, P., *Tahiti 1834-1984. 150 ans de vie chrétienne en Église*, Paris-Friburg : Éditions Saint-Paul, 1983. 702p.
- Hubert, A., *L'anthropologie nutritionnelle : aspects socio-culturels de l'alimentation*, Cahiers Santé, (1) :165-168, 1991.
- Hubert, A., *Alimentation et santé : la science et l'imaginaire*, Cah. Nutr. Diét., 35(5) :353-356, 2000.
- Idriss-Kanoun, S., Kanoun, F., Hsairi, H., Machgoul, M., Bahri, M., & Ben Khalifa, F., *Prevalence of degenerative complications of diabetes in an outpatient population*, Tunisie Medicale. 80(7) :380-6, 2002.

- IEOM., Institut d'Émission d'Outre-Mer., *La Polynésie française*, Paris : IEOM, 1993. 200p.
- IEOM., Institut d'Émission d'Outre-Mer., *Rapport annuel 2003*, Paris : IEOM, 2004a. 67p.
- IEOM., Institut d'Émission d'Outre-Mer., *La Polynésie française en 2003*, Paris : IEOM, 2004b. 194p.
- IEOM., Institut d'Émission d'Outre-Mer., *Rapport annuel 2004*, Paris : IEOM, 2005. 186p.
- INSEE., « Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées 2003 niveau 1 : 8 postes », in : *Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003*, www.insee.fr/fr/nom-def-met/nomenclatures/prof-cat-soc/html/LO3_N1.htm
- Isnard, H., & Fagot-Campagna, A., *Numéro spécial consacré au diabète. Éditorial*, BEH, 20-21 :85, 2002.
- ISPF., Institut Territorial de la Statistique., *Recensement 2002 : 245 516 habitants en Polynésie française*, Papeete : Points forts de la Polynésie française, 4, 2003. 4p.
- ISPF., Institut Territorial de la Statistique., *Polynésie en bref, Édition 2005*, Papeete : 2005a. 10p. www.ispf.pf
- ISPF., Institut Territorial de la Statistique., *Pauvreté relative en Polynésie, l'approche monétaire*, Papeete : Points forts de la Polynésie française, 3, 2005b. 8p.
- ISPF., Institut Territorial de la Statistique., *Espérance de vie en Polynésie française 1984 à 2005 et table de mortalité abrégée pour la génération 2005*, Papeete : État-civil, 2006. 1p.
- Jacquier, D., & Andreelli, F., *Régulation de la glycémie*, Médecine Clinique et endocrinologie diabète, numéro Hors-Série, :11-18, Décembre 2005.
- J.O.P.F., Journal Officiel de la Polynésie Française, *Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2007*, Délibération n°2002-170 APF du 12 décembre 2002, parue au J.O.P.F. n° 52 du 26 décembre 2002, p.3212, Journal Officiel de la Polynésie française, 1 :37-40, 2003.
- Kalk, W.J., Joannou, J., Ntsepo, S., Mahomed, I., Mahanlal, P. & Becker, P.J., *Ethnic differences in the clinical and laboratory associations with retinopathy in adult*

- onset diabetes : studies in patients of African, European and Indian origins*, Journal of Internal Medicine, 241 :31-37, 1997.
- King, H., « The Epidemiology of Diabetes Mellitus in Papua New Guinea and the Pacific : Adverse consequences of natural selection in the face of sociocultural change », in : Attenborough, R.D. & Alpers, M.P. (Eds.), *Human biology in Papua New Guinea. The small Cosmos*, Research monographs on Human Population biology n° 10, New York : Clarendon Press, 363-372, 1992. 427p.
- King, H., Aubert, R.E., & Herman W.H., *Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections*, Diabetes Care, 21(9) :1414-1431, 1998.
- Kissel, P., Debry, G., & Barrucand, D., *Les caractéristiques psychologiques des diabétiques instables*, Annales médico-psychologiques, 1(2) :219-250, 1965.
- Klein, R., *Relation of glycemic control to diabetic complications and health outcomes*, Diabetes Care, 21(Suppl. 3) :C39-43, 1998.
- Kleinman, A., *Patients and Healers in the context of Culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley : University of California Press, Coll. Comparative studies of health systems and medical care n°3, 1980. 472p.
- Kleinman, A., *The Illness Narratives*, New York : Basic Books, 1988. 284p.
- Koenig, R., « Rā'au et Tahua », in : Pétard, P., dir. *Plantes utiles de Polynésie, Rā'au Tahiti*, Ed. Revue augmentée et illustrée, Tahiti : Haere Po no Tahiti, Polytram, 11-16, 1986. 354p.
- Krefting, L., *Rigor in Qualitative Research : The Assessment of Trustworthiness*, The American Journal of Occupational Therapy, 45(3) :214-222, 1990.
- Krowleski, A., *Epidemiology of late diabetic complications. A basis for the development evaluation of preventive programs*, Endocrinol Metab North Am, 25(2) :217-242, 1996.

- Laperrière, A., « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », in : Poupart J., Deslaurier JP., Groulx LH., Laperrière A., Mayer R., & Pires AP., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin, 309–340, 1997. 405p.
- Lazard, G., & Peltzer, L., *Structure de la langue tahitienne*, A. & Moïse-Faurie, C., dir., Paris : Peeters, Selaï n° 391, Coll. Langues et Cultures du Pacifique n°15, Bensa 2000. 258p.
- Le Bihan, H., *Quand la précarité aggrave le diabète* (Propos recueillis par Thomas, M.), *Équilibre*, 249 :19, 2006.
- Lemaitre, Y., *La langue tahitienne*, Bulletin de la Société des Études Océaniques, XV(184-185) :342-345, 1973.
- Lemaitre, Y., *Guérisseurs et malades polynésiens : trois entretiens*, Tahiti : Centre ORSTOM, Archives de Sciences Humaines, 86/04, 1986. 45p.
- Lemaitre, Y., « Communication et médecine traditionnelle à Tahiti », in *Communication et parlars en Polynésie*, G. Feve & C. Lombardini dir., Ed. Maisonneuve-Larose, 53-67, 1994. 133p.
- Lemaitre, Y., *Lexique du tahitien contemporain, tahitien-français, français-tahitien*, Paris : Éditions de l'Orstom, 1995. 205p.
- Lemaitre, Y., *Médecine traditionnelle et changement à Tahiti*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, 30 :117-129, 1996a.
- Lemaitre, Y., « Médecines en contact à Tahiti », in : *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*, J. Benoist (Dir.), Paris : Éditions Karthala. 461-489. 1996b. 520p.
- Lena, M., *La non observance, le diabète et l'inconscience*, La lettre des paramédicaux, 38 :8-9, 2005.
- Leroux, R., & Ninacs, W.A., *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des*

- communautés*, Revue de littérature, Institut national de la santé publique du Québec, 2002. 46p.
- Livneh, H., & Antonak, R.F., *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*, Gaithersburg, Maryland : Aspen Publishers, 209-210, 1997. 470p.
- Loewe, R., Schwartzman, J., Freeman, J., Quinn, L., & Zuckerman, S., *Doctor talk and diabetes : towards an analysis of the clinical construction of chronic illness*, Social Science and Medicine, 47(9) :1267-1276, 1998.
- Lortat-Jacob, A., *Hypodermites et fascites nécrosantes. Une redoutable urgence thérapeutique*, Le Quotidien du médecin, 07 novembre 2005, 7837 :3, 07 novembre 2005.
- Mason, C., *The production and effects of uncertainty with special reference to diabetes mellitus*, Social Science and Medicine, 21(12) :1329-1334, 1985.
- Massé, R., *Introduction : Anthropologie et Santé publique*, Santé Culture / Culture Health, IX(1) :103-108, 1992-1993.
- Massé, R., *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1995. 499p.
- Massé, R., *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Montréal : Les Presses de l'Université Laval, Coll. Sociétés, cultures et santé, 2003. 413p.
- Matthews, D.R., *The natural history of diabetes-related complications : the UKPDS experience*, Diabetes, Obesity and Metabolism, 1(Suppl. 2) :S7-S13, 1999.
- McDonald, R.C., *The Evolving Care of Diabetes. Models, managed care, and public health*, Diabetes Care, 20(5) :685-686, 1997.
- Meltzer, S., Leiter, L., Daneman, D., Gerstein, C.H., Lau, D., Sora L, Yale, J.F., Zinman, B., & Lillie, D., *Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada*, Journal de l'Association Médicale Canadienne, 159(8 suppl.) :S1-S32, 1998.
- Mercado-Martinez, F.J., & Ramos-Herrera, F.J., *Diabetes : The Layperson's. Theories of Causality*, Qualitative Health Research, 12(6) :792-806, 2002.

- Merceron, A., *Des orientations pour la Santé en 2002...*, Papeete : Ministère de la Santé, de la Fonction publique et de la Rénovation de l'Administration, Document non publié, Tahiti, Polynésie française, 2002. 3p.
- Merceron, F., *Dynamiques démographiques contemporaines de la Polynésie française : héritage colonial, pluri-ethnisme et macrocéphalie urbaine*, Les Cahiers d'Outre-Mer, 230(58) :233-240, 2005.
- Meyer, F., « Maladie », in : P. Bonte & M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige, 436-438, 2000. 842p.
- Ministère de l'Outre-Mer, Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, J.O. 52, 2 mars 2004 :4183.
http://www.outremer.gouv.fr/outremer/front?id=outremer/dossiers_thematiques/le_nouveau_statut_de_la_polynesie_francaise_1086365088057
- Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, *Enquête sur les maladies non transmissibles en Polynésie française, Étude de la prévalence de l'hypertension, du diabète, de la goutte et de l'obésité en relation avec les habitudes alimentaires*, Septembre – Novembre 1995, Direction de la Santé en Polynésie française, Institut Territorial de Recherche Médicale Louis Malardé, Papeete, Polynésie française, 1998. 88p.
- Ministère de la Santé et de la Recherche de la Polynésie française, *Résultats de l'enquête de consommation alimentaire réalisée en Polynésie française en 1995, Étude sur la commercialisation et la consommation des produits vivriers horticoles et fruitiers en Polynésie française*, Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (CIRAD), Ministère de l'Agriculture, Service du Développement Rural (Polycopié), Papeete, Polynésie française, 2001. 23p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, *Priorités nationales de Santé publique, 1997-2002*, Québec : Gouvernement du Québec, 1997. 104p.

- Ministère de la Santé, France, *Programme d'actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2, 2002-2005*, Paris : Ministère délégué à la santé, 2001a. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/diabete/prog.htm>
- Ministère de la Santé, France, « Déclaration de Saint Vincent (OMS – IDF / Italie –1989) », in : *Programme d'actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2, 2002-2005*, Paris : Ministère délégué à la santé, Novembre 2001b. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/diabete/prog.htm#annexe2>
- Ministère de la Santé, France, *Éditorial*, Paris : Ministère délégué à la santé, 2002. <http://www.sante.gouv.fr/>
- Ministère de la Solidarité de la Polynésie française, *La situation démographique en Polynésie française*, Papeete : Ministère de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, Le Service des Affaires Sociales, 2006. <http://www.solidarite.gov.pf/articles.php?id=3014>
- Montillier, P., *Dictionnaire étymologique et historique, Te reo Tahiti 'āpi, Dictionnaire du tahitien nouveau et biblique*, Tahiti : STP Multipress, 1999. 365p.
- Morhange, C., « L'agglomération urbaine de Papeete », in : Orstom., *Atlas de la Polynésie française*, Paris : Éditions de l'ORSTOM, 106-107, 1993. 156p.
- Moulik, P.K., Mtonga, R., & Gill, G., *Amputation and mortality in new-onset diabetic foot ulcers stratified by etiology*, *Diabetes Care*, 26(2) :491-494, 2003.
- MSA., Ministère de la Santé, de la Fonction publique, et de la Rénovation de l'Administration de la Polynésie française., *Schéma territorial d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2008*, Document d'étape soumis à concertation, Direction de la Santé (manuscrit), Papeete : Polynésie française, 2002. 133p.
- Mull, D.S., Nguyen N., & Mull, J.D., *Vietnamese diabetic patients and their physicians : what ethnography can teach us*, *The Western Journal of Medicine*, 175 :307-311, 2001.

- Muller, I.S., De Grauw, W.J.C., Van Gerwen, W.H.E.M., Bartelink, M.L., Van Den Hoogen, H.J.M., & Rutten, G.E.H.M., *Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in Dutch Primary Health Care*, *Diabetes Care*, 25(3) :570-574, 2002.
- Murray, C.J.L., & Chen, L.C., « Dynamics and patterns of mortality change », in : Chen, L.C., Kleinman, A., & Ware. N.C., *Health and social change in international perspective*, Boston : Harvard University Press, 3-23, 1994. 508p.
- Nell, J.V., *Diabetes mellitus : A thrifty genotype rendered detrimental by 'progress'?* *American Journal of Human Genetics*, 14 :353-62, 1962.
- Okihiro, M., & Harrigan, R., *An overview of obesity and diabetes in the diverse populations of the Pacific*, *Ethnicity and Disease*, 15 :S5-71-S5-80, 2005.
- Oliver, D.L., *Les îles du Pacifique. L'Océanie, des temps primitifs à nos jours*, (R. Jouan, trad.), Paris : Payot, 1952. 366p.
- Omran, A.R., *The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change*, *Milbank Memorial Fund Quartely*, 49(4-1) :509-38, 1971.
- OMS., *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10, Dixième Révision, Vol. 3, Index alphabétique*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 291-294, 1993. 761p.
- OMS., *Nutrition et sécurité alimentaire*, Papeete : Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique occidental, Rapport de mission, Manuscrit, 1997. 21p.
- OMS., *Le coût du diabète*, Genève : Organisation mondiale de la Santé, Aide-mémoire N°236, 1999a. 4p.
- OMS., *La régionalisation des activités à l'Organisation Mondiale de la Santé*, Bureau régional OMS de l'Europe (EURO), Copenhague : Organisation mondiale de la Santé, 1999b. <http://www.who.int/archives/who50/fr/euro.fr.htm>.
- OMS., « Maladies non transmissibles y compris la santé mentale », in : OMS Région du Pacifique Occidental, *Rapport du Directeur Régional du Comité Régional du*

- Pacifique occidental*, Manille : activité de l'OMS dans la région du Pacifique occidental 1998-1999, 1^{er} juillet 1999 - 30 juin 2000, 101-107, 2000.
- OMS., *Le coût du diabète*. Aide-mémoire N°236, Révisé septembre 2002, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002a. 4p.
- OMS., *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002b. 262p.
- OMS., *Projet de Budget Programme 2004-2005, WPR/RC 54/4*, Manille : Région du Pacifique occidental, 141-142, 2003. 254p.
- OMS., *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2004. 20p.
- OMS., *Rétinopathie diabétique, Maladies oculaires prioritaires*, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006.
<http://www.who.int/blindness/causes/priority/fr/index6.html>
- O'Reilly, P., *Le français parlé à Tahiti*, Journal de la Société des Océanistes, XVIII(18) :69-81, 1962.
- O'Reilly, P., *Tahitiens. Répertoire biographique de la Polynésie française*, Paris : Publications de la Société des Océanistes, N°36, Musée de l'Homme, 1975. 670p.
- Pambrun, J.M., « La stratification sociale : la situation sociale en 1962 », in : Ravault, F., dir. *Encyclopédie de la Polynésie, Vivre en Polynésie 2*, Tahiti : F. Christian Gleizal / Multipress, 9-10. 1988. 148p.
- Papoz, L., Barny, S., Simon, D., & The CALDIA Study Group, *Prevalence of Diabetes Mellitus in New Caledonia : Ethnic and Urban-Rural Differences*, American Journal of Epidemiology, 143(10) :1018-1024, 1996.
- Papoz, L., *Le diabète de type 2 dans les Dom-Tom : un effet pervers de la modernité*, BEH, 20-21 :89-90, 2002.
- Pardon, D., *Recherche : Le fiasco Malardé*, Fenua Economie, Le magazine de l'économie polynésienne, 3 :43-44, 2005-2006.

- Peltzer, L., *La mort dans la tradition polynésienne*, Bulletin de la Société des Études Océaniques, 265-266(XXIII)2-3 :15-29, 1995.
- Peltzer, L., *Grammaire descriptive du tahitien*, Papeete : Éditions Polycop, 1996a. 396p.
- Peltzer, L., *Approche sémantique de la maladie en Polynésie*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, 30 :29-39, 1996b.
- Penformis, F., *La non observance et le diabète de type 2 : le point de vue du médecin*, La lettre des paramédicaux, 38 :9-10, 2005.
- Pétard, P., *Plantes utiles de Polynésie, Rā'au Tahiti*, Papeete : Éditions Haere Po no Tahiti, 1986. 354p.
- Phillips, D.R. & Verhasselt, Y. (Eds.), *Health and development*. New York, Routledge, 3-32. 1994. 331p.
- Pires, AP., « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », in : Poupart J., Deslaurier JP., Groulx LH., Laperrière A., Mayer R., & Pires AP. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin, 113-169, 1997. 405p.
- Polonovski, J., *Dictionnaire de biologie, français – anglais*, J. Charles Sournia (Dir.), Conseil international de la langue française, Paris : PUF, Coll. Dictionnaire de l'Académie de Médecine, 2000. 967p.
- Polzer, R., & Miles M. S., *Spirituality and Self-Management of Diabetes in African Americans*, Journal of Holistic Nursing, 23(2) :230-250, 2005.
- Poss, J., & Jezewski, M.A., *The role and meaning of Susto in Mexican American's explanatory model of Type 2 Diabetes*, Medical Anthropology, 16(3) :360-377, 2002.
- Postel-Vinay, N., & Ménard, J., « Observance en pratique médicale courante », in : *La relation médecin-malade*, Grimaldi A., & Cosserat, J., dir., Paris : Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, SAS, 157-166, 2004. 202p.
- Rachédi, F., *Le diabète en Polynésie française*, Conférence, Punaauia : Université de la Polynésie française, Tahiti, Novembre 2002.

- Ramachandran, A., Snehalatha, C., Vijay, V., & King, H., *Impact of poverty on the prevalence of diabetes and its complications in urban southern India*, *Diabetic Medicine*, 19(2) :130-135, 2002.
- Ramlo-Halsted, B.A., & Edelman, S.V., *The natural history of type 2 diabetes. Implications for Clinical Practice*, *Primary Care*, 26(4) :771-789, 1999.
- Ravault, F., *Le français dans une société pluri-culturelle, l'exemple de la Polynésie*, *Anthropologie et Sociétés*, 6(2) :89-105, 1982.
- Reach, G., « Réflexion sur la maladie chronique : une démarche physiopathologique pour comprendre la place du temps », in : *Traité de diabétologie*, Grimaldi, A., dir., Paris : Flammarion, Coll. Médecine - Sciences Flammarion, 941-952, 2005. 981p.
- Regnault, J.M., *Taui, Oscar Temaru – Gaston Flosse, Le pouvoir confisqué*, Tahiti : Les Éditions de Tahiti, 2004. 183p.
- Regnault, J.M., *Crise politique en Polynésie française, mai 2004 - février 2005*, *Les Cahiers d'Outre-Mer*, 230(58) :241-244, 2005.
- Reitel, B., « Les transports routiers », in : Orstom., *Atlas de la Polynésie française*, Paris : Éditions de l'ORSTOM, 98, 1993. 156p.
- RFO., Réseau France Outre-Mer, *Émission télévisée « Mata ara »*, Papeete : RFO Polynésie, 2006. 55mn.
- Richard, D., *La régulation autonome du poids corporel dans un environnement « obésogène » : un défi pour le cerveau et l'organisme*, Colloque organisé dans le cadre du 74^{ème} Congrès de l'Acfas, Montréal : Université McGill, 15 Mai 2006.
- Ricoeur, P., *Sur la traduction*, Paris : Bayard, 2004. 69p.
- Ritenbaugh, C., & Goodby, C.S., « Beyond the Thrifty Gene : Metabolic Implications of Prehistoric Migration into the New World », in : A., Podolefsky, & P.J. Brown (Eds.), *Applying anthropology : an introductory reader*, 46-52, 1994.
- Robinson, I., *Personal narratives, social careers and medical courses : analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis*, *Soc. Sci. Med.*, 30(11) :1173-1186, 1990.

- Rock, M., *Sweet Blood and Power : Making Diabetics Count*, PhD Thesis Anthropology, McGill University, Montréal, Canada, 2001. 382p.
- Rosenstock, I.M., *Historical Origins of the Health Belief Model*, Health Education Monographs, 2 :328-335, 1974.
- Rouillon, F., *Dépister la non-observance. Rendre le diabétique de type 2 observant : Quels outils en pratique clinique ?* Symposium organisé par Servier Médical dans le cadre du congrès de l'ALFEDIAM, Nice: Palais des Congrès, 23 Mars 2004.
- Roy, B., *Le diabète chez les Autochtones. Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et La Romaine*, Recherches amérindiennes au Québec, XXIX(3) :3-18, 1999.
- Roy, B., *Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : Les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université Laval, Québec, Canada, 2002. 402p.
- Roy, B., « Vulnérabilité des Autochtones ou regard tutélaire des milieux de la santé », in : Saillant F., Clément, M., & Gaucher, C. dir., *Identités, vulnérabilités, communautés*, Cap-Saint-Ignace : Éditions Nota Bene, 189- 229, 2004. 333p.
- Royer, A., « Uncertainty : A key characteristic of chronic illness and a major problem for managed care », In : Kronenfeld, J.J. (Ed.), *Health, illness, and use of care : The impact of social factors*, Research in the sociology of health care, Vol. 18, New York, 269-286, 2000.
- Rubin, R.R., Peyrot, M., & Saudek, C.D., *Effect of Diabetes Education on Self-Care, Metabolic Control, and Emotional Well-Being*, Diabetes Care, 12(10) :673-679, 1989.
- Russel, H.B., *Research methods in anthropology : qualitative and quantitative approaches*. 2nd ed. Walnut Creek, CA : AltaMira Press, 1995. 585p.
- Saillant, F., *Cancer et culture : produire le sens de la maladie*, Montréal : Éditions Saint-Martin, 1988. 317p.

- Saillant, F., *Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer*, Sciences Sociales et Santé, VIII(3) :5-40, 1990.
- Santé Canada, *Le diabète : Faits et Chiffres*, 2002, <http://www.hc-sc.gc.ca/>
- Santé Canada, « Prévalence et incidence », in : *Le diabète au Canada. Deuxième édition*, Santé Canada, 2003, http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/dic-dac2/francais/20chap2_f.html
- Saura, B., *Thérapie et religions chrétiennes à Tahiti. L'espace du tradipraticien et du prêtre*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, 30 :41-65, 1996.
- Saura, B., *Communication personnelle*, Punaauia : Université de la Polynésie française, 06 Mai 2006.
- Scheen, A.J., & Luyckx, F.H., *Les critères de l'insulinorésistance en clinique*, Médecine Clinique et endocrinologie diabète, numéro Hors-Série, :19- 29, Décembre 2005.
- Schoenberg, N.E., Amey, C.H., & Coward, R.T., *Stories of meaning : Lay perspectives on the origin and management of noninsulin dependent diabetes mellitus among older women in the United States*, Soc. Sci. Med., 47(12) :2113-2125, 1998.
- Schoenberg, N.E., & Drew, E.M., *Articulating silences : Experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology*, Medical Anthropology Quarterly, 16(4): 458-475, 2002.
- Schreiter, R.J., « Polynésie (Religions de) », in : Poupard, P., Dir., *Dictionnaire des religions*, Paris : PUF, 1332-1333, 1984. 1838p.
- Shannon, C., *Acculturation : Aboriginal and Torres Strait Islander nutrition*, Asia Pacific J. Clin. Nutr., 11(Suppl) :S576-S578, 2002.
- Simon, D., & Eschwege, E., *Données épidémiologiques sur le diabète de type 2*, BEH, 20-21 :86, 2002.
- Simon, D., Fagot-Campagna, A., Eschwege, E., & Balkau, B., « Diabète : définition, dépistage et épidémiologie », in *Traité de diabétologie*, A. Grimaldi dir., Paris : Flammarion, Coll. Médecine - Sciences Flammarion, 3-31, 2005. 981p.

- Sindzingre, N., & Zempléni, A., *Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire*, Social Science and Medicine, B(15) :279-293, 1981.
- Stake, R., « Case Studies », in : Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks : Sage Publications, 236-247, 1994. 643p.
- Staszak, J.F., « Ile » in : Lévy, J. & Lussault, M., dir., *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris : Belin, 484-485, 2003. 1034p.
- Stover, J.C., Skelly, A.H., Holditch-Davis, D., & Dunn, P.F., *Perceptions of health and their relationship to symptoms in African American women with Type 2 Diabetes*, Applied Nursing Research, 14(2) :72-80, 2001.
- Strauss, A.L., *Chronic illness and the quality of life*, Saint Louis : The C. V. Mosby Company, 1975. 47-53.
- Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B., & Wiener, C.L., *Chronic illness and the quality of life*, 2nd ed. St Louis, C.V. : Mosby, 1984.
- Suchman, E.A., *Patients, physicians and illness*, Jaco, E.G., (Ed.) 2nd édition, New York : Free Press, 155-171, 1972.
- Sunday, J., & Eyles, J., *Managing and treating risk and uncertainty for health : a case study of diabetes among First Nation's people in Ontario, Canada*, Social Science and Medicine, 53 :635-650, 2001.
- Tahiti-Pacifique, *Les grandes lignes de la politique d'Oscar Temaru*, Papeete : Tahiti-Pacifique Magazine, 159 :20, juillet 2004.
- Tahitipresse, *150,5 milliards Fcfp versés par l'État en Polynésie en 2004*, Papeete : Agence tahitienne de presse, Économie, juin 2005, www.tahitipresse.pf 2004
- Taylor, R., *Diabetic eye disease : A natural history*, Eye, 11(P4) :547-553, 1997.
- Toullelan, P.Y., *Tahiti colonial (1860-1914)*, 2^e édition, Paris : Publication de la Sorbonne, 1988. 361p.
- Trostle, J.A., *Medical compliance as an ideology*, Soc. Sci. Med., 27(12) :1299-1308, 1988.

- Turner, J., & Kelly, B., *Emotional dimensions of chronic disease*, *The western journal of Medicine*, 172 :124-128, 2000.
- U.S.P.S.L.P., Union syndicale des professionnels de santé libéraux de Polynésie., *Prise en charge du diabète en Polynésie française*, Tahiti : STP Multipress, 2002. 80p.
- Van Dongen, E., & Reis, R., *Chronic illness : Struggle and challenge*, *Medical Anthropology*, 19, :293-297, 2001.
- Vexiau, P., *Nouveaux traitements et pistes pour l'avenir*, *Équilibre*, 239 :22-25, 2006.
- Vigieron, E., *La Polynésie française*, Paris : Presses universitaires de France, Coll. Que sais-je ? n° 3041, 1995. 127p.
- Vigieron, E., *Le territoire et la santé. La transition sanitaire en Polynésie française*, Paris : CNRS Éditions, Coll. Espaces et Milieux, Claval, P., dir., 1999. 281p.
- Virieux, R., *Un "épruvé" psychique polynésien - Le Fiu - Approche psychosociologique, clinique et psychopathologique*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Nice, Faculté des Lettres en Sciences Humaines, 1981. 263p.
- Watkins, C.E., *Depression and Anxiety in the Person with Diabetes*, *Practical Diabetology*, 17(4) :16-20, 1998.
- Weeramantry, C., *Nauru : Environmental Damage under International Trusteeship*. Melbourne : Oxford University Press, 1992. 448p.
- Weiss, J., & Hutchinson, S.A., *Warnings about Vulnerability in Clients with Diabetes and Hypertension*, *Qualitative Health Research*, 10(4) :521-537, 2000.
- WHO, World Health Organization Consultation, *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*, Report of a World Health Organization Consultation, Department of non communicable disease surveillance. Geneva, WHO publications, 1999. 59p.
- Wiedman, D.W., « Type II Diabetes Mellitus, Technological Development and the Oklahoma Cherokee », in : H.A. Baer (Ed.), *Encounters with Biomedicine : Case studies in medical anthropology*, Health, Society and Culture, New York : Gordon and Breach Science Publishers, 43-71. 1987.

- Wolff, H.G., *Brain and diabetes : the role of the highest integrative functions in disease*, *Diabetes*, 8 :358-363, 1959.
- Yamakoa, K., & Tango, T., *Efficacy of lifestyle Education to Prevent Type 2 Diabetes*, *Diabetes Care*, 28(11) :2780-2786, 2005.
- Young, A., *The Anthropologies of illness and sickness*, *Ann. Rev. Anthropol*, 11 :257-85, 1982.
- Young, B.A., Maynard, C., Reiber, G., & Boyko, E.J., *Effects of Ethnicity and Nephropathy on Lower-Extremity Amputation Risk Among Diabetic Veterans*, *Diabetes Care*, 26(2) :257-501. 2003.
- Zempléni, A., *La « maladie » et ses « causes »*. Introduction, *L'Ethnographie*, LXXXI(96-97) :13-44, 1985.
- Zimmet, P., & Lefèvre, P., *The Global NIDDM Epidemic. Treating the disease and ignoring the symptom*, *Diabetologica*, 39 :1247-1248, 1996.
- Zimmet, P., McCarty, D.J., & de Courten, M.P., *The Global Epidemiology of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus and the Metabolic Syndrom*, *Journal of Diabetes and Its Complications*, 11 :60-68, 1997.
- Zimmet, P., *Diabetes epidemiology as a tool to trigger diabetes research and care*, *Diabetologica*, 42 :499-518, 1999.
- Zimmet, P., *Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic : can the Doomsday scenario be averted ?* *Journal of Internal Medicine*, 247 :301-310, 2000.

ANNEXE I

Analyse des obstacles au financement d'un projet de recherche pertinent dans un contexte ambigu²⁷⁷ en transparence d'une ignorance de la souffrance humaine

La production de cette thèse centrée sur la compréhension de l'expérience de l'évolution du diabète de type 2 vers les complications, vécue par des Polynésiens autochtones a permis d'examiner la question suivante : pourquoi est-il difficile, voire impossible, d'obtenir une aide financière dans le cadre d'une recherche menée « au bout du monde » sur une maladie qui « n'a pas de limites, pas de frontières » (Alberti, 2001) et qui est en effet un problème de santé publique alarmant à l'échelle planétaire ?

Plus précisément, comment expliquer les obstacles à l'obtention du financement des travaux réalisés dans le cadre d'une thèse de doctorat au milieu du Pacifique chez des Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2, par une étudiante, « vahine farani » (litt. « femme d'origine française »), « popa`ā », c'est-à-dire « étrangère de race blanche », (selon le dictionnaire de l'Académie tahitienne, 1999 :376), de citoyenneté non-canadienne - pour le gouvernement du Québec - et dirigée par des professeurs d'université canadienne et d'université française ?

L'identification des obstacles à l'obtention d'un soutien financier à ce projet de recherche s'inscrit en toile de fond d'un double paradoxe.

Celui-ci s'organise d'une part, autour du caractère pertinent, indiscutable et reconnu d'une thèse portant sur le diabète qui constitue un problème majeur de santé publique, et dont le développement de la recherche est prioritaire au plan international. D'autre part

²⁷⁷ L'ambiguïté du contexte se réfère ici, en particulier, aux investissements réalisés pour la promotion d'une recherche clinique et fondamentale dans le domaine du diabète et de sa puissante industrie pharmaceutique en ignorant la souffrance humaine des peuples minoritaires (e.g. celle des Polynésiens autochtones placés au cœur de cette thèse).

s'impose la prise en considération des critères d'attribution des bourses. Les bourses de doctorat sont accordées au Canada, aux étudiants de citoyenneté canadienne ; en Polynésie française, aux Polynésiens de souche ou aux Polynésiens métissés dans un contexte sociopolitique aride²⁷⁸ ; et en France, aux « élites », et plus globalement à ceux qui s'intéressent à la recherche moléculaire ou à ceux qui alimentent les projets de recherche en génétique ou en médecine prédictive en partenariat avec les firmes pharmaceutiques.

Pourtant, je bénéficiais des appuis solides et enthousiastes de mes directeurs de recherche, et du ministre de la santé de la Polynésie française qui déclarait :

« (...) L'incidence de cette pathologie, qui en fait un problème majeur de Santé publique, et les solutions nécessaires à la faire diminuer ne pourront provenir que d'un enrichissement par différentes études dont les résultats pourront intégrer l'ensemble des données déjà disponibles. En conséquence et sans préjudice de l'avis des autorités compétentes en matière de recherche, je vous confirme tout l'intérêt que je porte à votre projet et ne peux que vous soutenir pleinement dans la réalisation de votre travail de thèse. (...) »

L'un des médecins exerçant dans le secteur de la santé publique à Tahiti confirmait également la pertinence du projet. En se référant à la réalité des « *acteurs de terrain* » cliniciens impliqués dans la prévention, il soulignait d'une part l'importance de la différence culturelle qui existe plus particulièrement entre les professionnels de santé et les patients polynésiens autochtones, et d'autre part, l'utilisation fréquente de la médecine traditionnelle par ces patients :

« Il apparaît que les objectifs poursuivis dans votre étude constituent pour l'ensemble des professionnels de santé, publics et privés, soignants ou

²⁷⁸ L'aridité du contexte sociopolitique en Polynésie française suggère ici la volonté clairement affichée par le gouvernement de la Polynésie française de privilégier "l'océanisation des Cadres", qui est « une constante dans l'histoire de ce Territoire » (« *les Polynésiens d'abord* ») (Al Wardi, 1998 :35). En outre, comme le soulignaient les membres du CESC, « il existe sur le territoire une xénophobie très marginale mais néanmoins latente, pour ne pas dire plus, même si elle est non avouée » (CESC, 1995 :45). Enfin, les rencontres menées à Tahiti avec certains responsables au ministère de la Santé, au ministère de la Culture, et au ministère de la Recherche conduisaient au même constat d'absence d'objectivité dans la sélection des projets de recherche en Polynésie française. Le premier critère était, en effet, que ledit projet soit « électoralement porteur », et le second, qu'il propose des résultats concrets immédiats, laissant apparaître clairement le fait que la recherche n'est pas une priorité en Polynésie française, ce que l'on confirmera plus loin.

coordonnateurs de stratégies préventives mais aussi décideurs politiques et responsables de la gestion des dépenses de santé, une approche parfaitement adaptée aux problématiques concrètes que le diabète pose aux acteurs de terrain. [...]

Il faut intégrer dans nos réflexions que la majorité des médecins exerçant en Polynésie française ne sont pas Polynésiens autochtones, que l'usage des médecines traditionnelles reste très répandu et que tout travail qui tend à aider les praticiens à se rapprocher de leurs patients dans une meilleure compréhension et confiance réciproques, doit être soutenu. »

Parmi les professionnels de santé quotidiennement engagés dans la lutte contre le diabète à Tahiti, l'un d'entre eux soulignait l'intérêt du projet de recherche qui pourrait permettre de répondre aux besoins de connaissance approfondie des facteurs, notamment psychosocioculturels et anthropologiques, impliqués dans le développement du diabète chez les Polynésiens :

« Si les causes immédiates du diabète (déséquilibre alimentaire, sédentarité) semblent évidentes, d'autres déterminants de nature socioculturelle, ethnologique, psychosociale et socio-économique sont mis en cause et demandent à être étudiés en profondeur. Une meilleure compréhension des représentations et des pratiques peut contribuer à la mise en place de modèles de changement de comportements adaptés à nos situations culturelles et sociales en Polynésie. »

Ainsi, malgré les qualités reconnues de ce projet de thèse, soutenu notamment par de nombreux cliniciens²⁷⁹ assurant la prise en charge et le suivi des personnes diabétiques à Tahiti, la totalité des demandes de soutien financier adressées aux institutions et aux organismes concernés et potentiellement financeurs n'a pas abouti, notamment au Canada, auprès des IRSC (Instituts de Recherche en Santé du Canada) ; en France, auprès du Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé ; Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques), auprès du Secrétariat d'État à l'Outre-Mer ; à l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) ; à l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ; à l'Association en Langue Française pour l'Étude du Diabète et des

²⁷⁹ À titre d'exemple, un médecin spécialiste déclarait : « (...) j'espère de tout cœur que les instances en charge de la santé soutiendront ce projet et vous donneront les moyens de le mener à bien ».

Maladies Métaboliques (ALFEDIAM). Dans la région d'Océanie (au bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé du Pacifique occidental). À Tahiti²⁸⁰, auprès de la Présidence du Gouvernement de la Polynésie française ; auprès du Ministère de la Santé²⁸¹ de la Fonction publique et de la Rénovation de l'Administration, à l'Établissement Public Administratif pour la Prévention (EPAP), auprès du Ministère de la Culture, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche chargé de la promotion de la femme et des langues polynésiennes ; à la Délégation à la Recherche ; et auprès de la direction générale de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) (i.e. Organisme de protection sociale en Polynésie française).

L'analyse des obstacles au financement de ce projet de thèse permet d'identifier principalement des facteurs géographiques, conjoncturels (politique et économique), et des facteurs scientifiques, disciplinaires voire épistémologiques.

Il s'agit, en premier lieu, d'assumer certaines conséquences engendrées par les limites géographiques du terrain en milieu insulaire et celles de la population à l'étude. Les Polynésiens autochtones pouvant en effet être identifiés comme appartenant à une communauté minoritaire vivant sur un territoire isolé, éloigné²⁸², exigü, « *en marge du monde* » (Vigneron, 1995 :7) pratiquement inexistant à l'échelle mondiale -de la taille d'un grain de sable sur le planisphère, « *les îles du Pacifique sont à peine visibles sur une carte* » (Al Wardi, 1998 :5), un territoire d'outre-mer constituant l'un des derniers « confettis » de la République française (Guillebaud, 1976, cité par Ravault, 1982 :89), contribuer au financement d'une telle étude apparaissait très probablement secondaire pour des

²⁸⁰ La seule aide proposée par le Territoire de la Polynésie française a été l'engagement du Service de la Culture et du Patrimoine (Service des Traditions orales) à transcrire la totalité des entretiens. Mais ledit « engagement », pourtant formalisé au sein d'une convention, n'a pas été respecté. Après un retard considérable, (un an après la signature de la convention, une seule page-test avait été transmise), l'Administration a d'abord montré sa totale incapacité à respecter son engagement, pour finalement prouver son incurie. En effet, le contrôle scrupuleux des transcriptions, limitées à 6 cas sur 30, a permis de constater que le contenu des entretiens était incomplet, voire erroné, et donc inexploitable, laissant apparaître que le travail avait été manifestement bâclé.

²⁸¹ Et pourtant le ministre avait témoigné personnellement, et par écrit, de son soutien au projet de recherche (voir un extrait de ses propos à la page ii).

²⁸² L'île de Tahiti est distante d'environ 10 300 km de Montréal, 18 000 km de Paris, 6 600 km de Los Angeles, 6 000 km de Sydney et 5 000 km de Nouméa.

v
institutions ou des organismes non polynésiens. Par contre, si au plan épidémiologique le diabète est identifié dans la région du Pacifique occidental de « *problème redoutable* »²⁸³ (OMS, 2000 :136), mais que la forme épidémique du diabète de type 2 concerne globalement autant les pays industrialisés que les pays en développement²⁸⁴, l'obtention d'aides financières à l'extérieur de la Polynésie française n'était pas exclue.

Contacté à Manille, le bureau de la région du Pacifique occidental de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qui est au plan régional l'organisme de référence en matière de politique de santé publique, et avec lequel le gouvernement de la Polynésie française collabore, n'apparaissait pas concerné²⁸⁵ :

« (...) Vous devez vous adresser aux instances de santé publique compétentes ; en l'occurrence à la Direction de la Santé publique de Polynésie française. Ce sera au Gouvernement de décider si votre projet peut bénéficier d'un appui ».

Au Canada, les organismes qui proposent des subventions aux recherches sur le diabète s'intéressent aux projets en recherche fondamentale, appliquée ou clinique, et les bourses proposées dans le domaine des sciences humaines ou sociales concernent les étudiants de citoyenneté canadienne, ou ayant un statut de résident permanent, ou les « stagiaires post-doctoraux ». En outre, il faut souligner que « *la Polynésie française n'est pas admissible à l'aide publique au développement du Canada* », et que ce territoire d'outre-mer n'étant pas non plus un pays participant au programme canadien de bourses de la francophonie, l'organisme répondait : « *(...) alors nous ne pouvons considérer aucune demande de bourse provenant de votre pays* ».

²⁸³ L'OMS indiquait déjà dans son rapport d'activité concernant la région du Pacifique occidental 1998-1999 que « *certaines pays insulaires du Pacifique ont des taux de prévalence parmi les plus élevés du monde* » (OMS, 2000 :136).

²⁸⁴ Même si l'augmentation du nombre de diabétiques dans le monde se produira dans les pays en développement en raison de l'accumulation de facteurs (e.g. tels l'accroissement démographique, le vieillissement de la population, les déséquilibres alimentaires, la sédentarité), de nombreuses personnes sont touchées par le diabète de type 2 dans les pays développés. En 2002, l'OMS estimait à 150 millions le nombre de diabétiques dans le monde, et signalait que ce nombre pourra doubler d'ici 2025 (OMS, 2002b).

²⁸⁵ Dans son projet de budget relatif au programme 2004-2005, le Comité régional pour le Pacifique occidental de l'OMS constatait pourtant en Polynésie française « un fort taux de prévalence des maladies dues à des

Au Canada et en France, puisque les bourses de recherche sont attribuées prioritairement aux « jeunes chercheurs », et/ou, aux « élites », les opportunités de financement pour les candidats au doctorat qui ont repris un parcours universitaire après une période d'activité professionnelle sont extrêmement rares.

La difficulté à obtenir une aide financière dans le cadre des projets de recherche en sciences humaines et sociales constituait déjà un problème préoccupant au Canada, il y a une quinzaine d'années, comme l'avait confirmé à l'époque le professeur Marc-Adélaïde Tremblay de l'Université Laval :

« (...) Les fonds pour le financement de la recherche en sciences sociales deviennent de plus en plus difficiles à dénicher et à obtenir, même dans le vaste secteur de la santé, suite à une double conjoncture de restrictions budgétaires et de renforcement des normes de qualité utilisées par les comités de pairs (...) » (cité par Contandriopoulos & al., 1990 :4).

Plus récemment, en France, le budget alloué à la recherche a été considérablement restreint, provoquant une révolte des chercheurs et le choix pour certains de s'expatrier.

L'une des institutions publiques sollicitée (e.g. le Ministère français de la santé ou de la solidarité) n'aurait pu accepter de soutenir un projet d'étude sans que celui-ci s'intègre dans le cadre d'actions locales et régionales financées par les crédits de l'État français.

Avec un PIB par habitant de 1,987 million de francs CFP²⁸⁶ en 2002 (ISPF, 2005a :2), la Polynésie française se positionne parmi les pays les plus riches²⁸⁷ de la

excès », par exemple le diabète sucré (18 %), et signalait certaines « maladies imputables aux modes de vie et aux comportements à risque » comme « l'obésité, la mauvaise alimentation » (OMS, 2003 :141).

²⁸⁶ Soit un produit intérieur brut d'environ 23 486 \$ Can ou 16 651 €

²⁸⁷ Le niveau de richesse de la Polynésie française établi ici par rapport à un indicateur international, ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas de pauvreté en Polynésie française. On constate cependant que « la Polynésie bénéficiant du niveau de vie d'un pays développé, la pauvreté absolue est très heureusement quasi-inexistante » (18,6 % de la population, soit 10 660 ménages polynésiens sont situés en dessous du seuil de pauvreté relative qui est de 51 500 F CFP par mois – soit environ 609 \$ Can ou 432 € par mois) (ISPF, 2005b :1). Pour autant, les inégalités de revenus sont « beaucoup plus marquées » dans les Iles du Vent (qui comprennent Tahiti, Moorea, Tetiaroa, Maiao et Mehetia) où la pauvreté est prépondérante (31 % des ménages polynésiens en dessous du seuil de pauvreté résident dans la zone urbaine de Tahiti), et des différences de modes de vie sont observées entre les archipels. Ainsi, les habitants des archipels éloignés de Tahiti (Marquises, Tuamotu, Gambier et Australes) « ont une alimentation sur la base de l'auto-production, de

Communauté du Pacifique (Gouvernement de la Polynésie française, 2002a :1.1). Ce territoire d'outre-mer représente aussi pour la France un pays riche ou « favorisé » auquel d'importants flux financiers résultant de l'activité du Centre d'Expérimentation du Pacifique (CEP)²⁸⁸ ou « rente économique » issue de la période nucléaire sont versés. Ainsi, dans son rapport sur « l'avenir pour le Territoire après l'arrêt des essais » (CESC, 1995), le Conseil économique social et culturel de Polynésie française²⁸⁹, précisait que le versement de la somme de 26 milliards de XPF²⁹⁰ par an, au titre des « mesures compensatoires », et des « flux financiers issus des activités civiles » serait maintenu jusqu'en 2006. Selon les organismes français, c'était donc au gouvernement de la Polynésie française qu'il appartenait de financer une recherche « portant sur une maladie dont l'ampleur représente un problème de santé majeur en Polynésie » (Gouvernement de la Polynésie française, 2000 :10).

Les maladies liées à l'alimentation (i.e. l'obésité et le diabète), « du fait de leur fréquence (morbidité), leur gravité (mortalité, invalidité), leur coût (hospitalisations, évacuations sanitaires, arrêts de travail) » constituent les premières priorités du Plan pour la Santé 2001-2005²⁹¹ (Gouvernement de la Polynésie française, 2000). « La diminution des complications graves du diabète » (Ibid., p. 13) étant l'unique objectif formulé dans le

la pêche et des échanges et ne sont pas comparables à ceux qui vivent dans la zone urbaine de Tahiti au même niveau de ressources monétaires » (ISPF, 2005b :8).

²⁸⁸ L'implantation du CEP en Polynésie française au milieu des années 1960 a eu le rôle économique d'une industrie lourde dans le processus de développement économique polynésien (Charte Tahiti Nui, 2004 :4), provoquant une profonde mutation économique, sociale et culturelle.

²⁸⁹ Le Conseil Économique Social et Culturel ou CESC est la troisième institution du Territoire après le gouvernement et l'assemblée territoriale. Ses membres sont consultés pour les projets de loi à caractère économique et social.

²⁹⁰ Suite à la dévaluation du franc par rapport au dollar US intervenue le 25 décembre 1945, le Franc CFP (Change Franc Pacifique) est la monnaie ayant cours légal dans les collectivités d'outre-mer du Pacifique, et donc en Polynésie française. À partir du 1^{er} janvier 1960, la parité XPF (qui est la dénomination internationale du franc CFP : eXchange Pacific Franc) est restée fixe avec le franc français, suivant ses variations par rapport aux devises étrangères. Depuis décembre 1998, le gouvernement français a décidé que la parité du franc CFP serait exprimée en euros à compter du 1^{er} janvier 1999, dans un rapport de 1 00 XPF = 8,38 € (IEOM, 2004a :17). Son cours est fixe par rapport à l'Euro à un taux de 1 Euro 119,3317422 XPF. Par conséquent, l'enveloppe de 26 milliards de XPF correspond à 217 880 000 €, soit à 307 310 442,65 \$ Can (taux de change au début de l'année 2006 : 1 \$ Can = 84,605 XPF).

²⁹¹ Dans ce document de référence de la politique de santé en Polynésie française, le gouvernement affirme ses priorités pour affronter les problèmes sanitaires de la société polynésienne et propose globalement des stratégies d'action en impliquant « la population, les professionnels de santé et les responsables ».

cadre de la lutte contre la maladie du diabète sur ce territoire d'outre-mer, il n'était donc pas exclu que son gouvernement accepte de contribuer au financement, même partiel, voire symbolique, d'un projet de recherche portant sur l'évolution des complications chez les Polynésiens diabétiques autochtones. Or, il est apparu que la recherche ne constitue pas un axe prioritaire en Polynésie française. La rupture de l'association de l'Institut Pasteur implanté à Paris avec l'Institut Malardé²⁹² situé à Papeete constatée depuis l'année 2000 est à ce sujet extrêmement significative²⁹³. Un ancien chercheur de cet Institut n'hésite pas à dénoncer que :

« Le Territoire²⁹⁴ a toujours manifesté une indifférence totale face à la recherche. Dans le meilleur des cas, on nous prenait pour des prestataires de service priés de répondre au plus vite à une question fournie par les politiques, ce qui n'est pas notre rôle. (...) Il y a un vrai passage de relais dans la plupart des pays où nous travaillons, pas ici. Donc face à ce désintérêt, quelle raison y avait-il pour Paris de s'investir ? On ne fait pas boire un âne qui n'a pas soif, et visiblement, le Territoire n'a pas soif de connaissances » (Pardon, 2006 :44).

La direction de l'organisme d'assurance maladie de la Polynésie française, confrontée pourtant à l'augmentation du financement des complications chez les diabétiques de type 2, répondait : *« Les administrateurs sont frileux en matière d'investissement. Quand ils investissent, ils veulent savoir l'intérêt en termes de retombées pour les ressortissants de la caisse ».*

²⁹² L'Institut territorial de recherches médicales Louis Malardé est un établissement public territorial de recherche et de lutte contre les endémies (telles la tuberculose, le sida) qui était associé à l'Institut Pasteur depuis 1975 (Gouvernement de la Polynésie française, 1996 :8).

²⁹³ Cette rupture entre l'Institut Pasteur et l'Institut Malardé trouve son origine dans la nomination d'un administratif (local) qui a remplacé un scientifique très pointu chargé d'animer un *turn-over* de chercheurs appliquant la rigueur du système Pasteur. Rapidement, l'Institut Malardé s'est transformé : « la science faisant place à la "cuisine", les grands programmes étant amputés de compétences éminentes. Concrètement, cela se traduit par un effondrement colossal des publications scientifiques (...) un centre moribond et de rares chercheurs démotivés (...) » (Pardon, 2006 :44).

²⁹⁴ Le mot Territoire figurant avec une majuscule signifie les « institutions territoriales de la Polynésie française », c'est-à-dire le « pouvoir local » (Al Wardi, 1998 :8). Par extension ici, « le gouvernement de la Polynésie française », c'est-à-dire les personnages (hommes et femmes) politiques, détenteurs localement du pouvoir décisionnel dans certains domaines comme celui de la recherche et de la santé, alors que d'autres (e.g. la défense, la justice) relèvent du pouvoir central français.

Certaines grandes entreprises privées - principalement françaises - sur le marché des matériels et produits biomédicaux, relevant pourtant « *la pertinence et le sérieux du projet* », n'ont pas accepté de le soutenir, leur intérêt étant ailleurs, précisément « *focalisé sur les thèmes de recherche consacrés à l'injection d'insuline et à sa résorption* ».

Les éléments de réponse fournis par le responsable scientifique de l'un des organismes de recherche contactés, témoignent notamment du maintien de la situation d'enclavement de certaines institutions médico-scientifiques qui affichent leur volonté de « *favoriser le développement de la recherche clinique et fondamentale dans le domaine du diabète* », et qui renforcent leur légitimité en se limitant à promouvoir les recherches dans l'univers prometteur de la puissante industrie pharmaceutique.

« ... Je comprends très bien l'importance du travail que vous accomplissez et les difficultés que vous avez à surmonter. Malheureusement, aucun de nos partenaires industriels n'est réellement intéressé par votre approche socioculturelle et environnementale de la prise en charge du diabète.

En outre, les autres bourses dont disposent [nom de l'organisme sollicité] ne peuvent pas s'adresser à vous car elles sont prévues pour soutenir des post-doctorants ou aider à la formation de personnes étrangères venant de pays moins favorisés. Je n'ai donc pas de solution à vous proposer... »

Par ailleurs, il n'est pas sans intérêt de relever l'opinion de certains chercheurs en santé publique sur ce projet de réalisation d'une étude empirique, qui utilise des outils et une approche anthropologiques dans une perspective en santé publique pour comprendre la survenue et le développement des complications chez des Polynésiens autochtones porteurs du diabète de type 2. Par-delà les généreuses critiques concernant les limites inhérentes à toute recherche qualitative (e.g. représentativité des données), et la difficulté de réaliser une étude ethnoépidémiologique, c'est l'utilité de la démarche anthropologique dans le champ de la Santé publique qui est critiquée, alors même que l'auteur de la lettre reconnaît ne pas avoir réussi à mener, de manière approfondie, une telle entreprise sur le terrain.

« J'ai moi-même tenté d'introduire un volet anthropologique dans [nom du projet] conduit à [lieu de l'étude] sur le diabète de type 2.

Mon équipe et moi-même avons eu de grandes difficultés à convaincre nos partenaires anthropologues de l'intérêt de lier les sciences humaines et l'épidémiologie, puis à travailler avec eux. Nous avons finalement obtenu des réponses [...]. À l'analyse, aucun lien n'a été observé avec leur état de santé.

Il est cependant apparu que 20 % des patients ignoraient le caractère chronique de leur maladie. Ils croyaient massivement que le diabète résultait d'une fatalité, et donc qu'ils n'y pouvaient rien... La majorité d'entre eux s'opposait à toute modification de leurs habitudes alimentaires.

J'ai tendance à croire que vous observerez des résultats similaires à Tahiti. »

Les motifs des refus récurrents et le contenu des réponses négatives, voire l'absence de réponse, suffisent à illustrer l'attitude rétive des bailleurs de fonds dans les trois contextes - canadien, français et polynésien - s'agissant d'une participation financière même minime, voire symbolique, à une étude menée dans l'espace frontalier situé entre le vaste champ de la santé, de la maladie et celui du culturel.

Par ailleurs, il est surprenant de constater qu'en Polynésie française, malgré les apparences, la recherche n'est effectivement pas une priorité, de surcroît lorsque l'on examine les caractéristiques individuelles et les intentions de la porteuse du projet. Il s'agit, en effet, d'une « étrangère de race blanche » (« vahine popa'ā »), non-canadienne, non-polynésienne, mais d'origine française, particulièrement déterminée pour explorer l'origine du mal qui touche les membres de la communauté polynésienne en marge du système de santé, ceux-là mêmes qui incarnent, finalement, les limites d'un système de santé pourtant accessible (idéalement) à tous les Polynésiens, mais qui est de fait, élitiste, dans un contexte politique et socioéconomique apparaissant fortement contribuer à l'émergence et au développement des complications chez les diabétiques Polynésiens, c'est-à-dire à l'aggravation de leur état de santé.

Cette thèse a été réalisée dans les limites d'un triangle géographique reliant les deux pôles académiques (cotutelle de thèse) l'un situé Canada (Université de Montréal) et l'autre en France (Université de Bordeaux 2), et le pôle empirique implanté sur l'île de Tahiti au milieu de l'Océan Pacifique. Cette configuration hybride s'est révélée en grande partie à

l'origine du non-aboutissement des demandes de financement dans les trois contextes (canadien, français et polynésien), chacun arguant de la possibilité pour les autres de trouver un intérêt à financer cette étude.

Pour autant, le statut dont j'ai bénéficié, celui de candidate au programme de doctorat en Santé publique à l'Université de Montréal en cotutelle de thèse avec l'Université de Bordeaux 2 en ethnologie, m'a permis d'accéder à un vaste champ de connaissances, mais également de bénéficier du soutien constant, empreint de l'exigence et de la rigueur avec lesquelles mes deux directeurs de thèse m'ont accompagnée au cours de ce travail intellectuel et empirique passionnant.

ANNEXE II

Convention d'écriture et justification sémantique

La convention d'écriture des extraits d'entretiens qui figurent dans cette thèse est la suivante :

Les passages exprimés spontanément en langue française apparaissent *en italique*, et peuvent contenir certains mots en langue tahitienne, transcrits en caractère non-italique ;

Le récit exprimé en langue tahitienne et traduit en français apparaît en caractère **normal**, non-italique, mais les mots exprimés spontanément par les locuteurs en langue française sont maintenus *en italique* ;

Le soulignement de certains mots ou expressions indique généralement qu'ils ont été exprimés par le locuteur avec une certaine force ou insistance, à moins d'une indication particulière placée en amont du passage souligné, par exemple, « [Dit avec un rire retenu :] *je bois pas, humm !...* » L'élément (...) indique la présence d'un « bref silence » et se distingue du silence dit « prolongé » qui est représenté par [Silence].

L'orthographe et la graphie, ou signes orthographiques, des mots ou expressions recueillis et transcrits en langue tahitienne sont ceux de l'Académie tahitienne (Académie tahitienne, 1999).

Il m'a semblé utile d'indiquer, entre parenthèses, la traduction littérale de certains termes tahitiens appartenant au registre de la maladie, et de préserver la signification profonde du discours en respectant et en révélant le mode de pensée authentique du Polynésien.

Le glossaire tahitien-français, situé à la page xvi (annexe III), contient les locutions et mots les plus fréquemment utilisés par les locuteurs polynésiens pour s'exprimer au sujet de leur maladie.

L'attention est portée sur le caractère polysémique des termes tahitiens particulièrement intéressant et utile dans l'interprétation des récits. Par exemple, le terme « fa'aro'o », en tant qu'adjectif signifie « obéissant », mais aussi « croyant », et, en tant que verbe, il signifie « entendre, écouter », mais aussi « obéir et croire ».

Ce lexique permet aussi de définir certains mots appartenant à « *l'intraduisible* ». En effet, étant donné la présence de mots tahitiens excessivement polysémiques, lors de l'approfondissement de l'analyse du contenu des transcriptions et des traductions, il a été décidé de garder dans le corpus traduit en français certains mots tahitiens²⁹⁵ qui paraissaient intraduisibles dans la pensée occidentale.

Si, comme l'indique Ricoeur (2004 :55), « *l'intraduisible* » peut se révéler « *inquiétant* », le renoncement à « *l'idéal de la traduction parfaite* » a permis d'assumer « *le dilemme fidélité/trahison qui se pose comme dilemme pratique parce qu'il n'existe pas de critère absolu de ce qui serait la bonne traduction* » (Ricoeur, 2004 :60). Les récits recueillis auprès des Polynésiens interrogés ont été traduits en appréhendant leur signification profonde en langue tahitienne, et en s'attachant à la restituer dans la mise en mots en langue française.

Par conséquent, les extraits des entretiens menés auprès des Polynésiens diabétiques autochtones qui illustrent cette thèse sont conformes à la traduction du contenu de la transcription *in extenso* visant à préserver l'expression réelle du narrateur.

Le contrôle rigoureux réalisé à l'issue de la transcription et à l'issue de la traduction du contenu de chaque entretien, a ainsi permis de porter une attention particulière sur le respect de l'authenticité du discours exprimé principalement en langue tahitienne, et parfois

²⁹⁵ Ils apparaissent suivis d'un astérisque (*) qui indique le renvoi au lexique.

en langue française par les Polynésiens, ceci afin de limiter les biais, notamment de traduction, en disposant d'un matériel empirique d'origine. La langue parlée par les participants à l'étude pourra frapper certains puristes de la langue tahitienne parce qu'elle s'éloigne souvent de la syntaxe du tahitien académique. L'utilisation du terme « mea » est à ce sujet exemplaire : « *tera mea* », désigne « cette chose-là », mais dans le contexte de l'entretien il peut s'agir de « cette nourriture-là » ; « *teie mea* » (litt. cette chose) peut signifier « cette maladie ».

Ainsi, dès la première lecture, le respect de la mise en mots exprimés par le narrateur, permet de repérer la particularité de son mode d'expression comme l'illustre cet extrait :

« Après, le Docteur a dit, "Non, tu as effectivement la diabète... mais ça a augmenté t'à fait hein..." »

Les puristes de la langue française pourront souhaiter que ce texte soit corrigé ainsi :

« Après, le Docteur a dit, "Non, tu as effectivement la maladie du diabète... mais elle s'est aggravée..." »

Pour autant, une telle correction aurait pour principale conséquence de modifier la morphologie des expressions utilisées et construites par le narrateur à travers son mode de pensée. Le genre féminin attribué au diabète, correspond en fait, à la contraction de l'expression « *la maladie du diabète* ». L'utilisation de « *tout à fait* », sous la forme simplifiée de « *t'à fait* », trouve ici son origine dans le terme tahitien augmentatif « *roa* » issu de l'expression « *ua rahi roa* », qui signifie littéralement « *c'est grand complètement* », ou « *c'est grand tout à fait* ». Cette expression est très souvent exprimée avec force par les participants à l'étude pour indiquer l'aggravation de leur diabète dont l'état a vraiment « empiré », c'est-à-dire que leur maladie est devenue « *grande tout à fait* ».

Dans ses notes écrites en 1954 sur les particularités de la langue française parlée à Tahiti, Patrick O'Reilly constatait que « *Tafait* est également très utilisé ; dans le sens

d'achèvement, de distance, de plénitude : "Où habites-tu ? Là-bas *tafait*..." C'est loin *tafait*... Il pleut *tafait*... Il a fini *tafait*... Elle est *tafait* gentille » (O'Reilly, 1962 :76).

Si certains sociologues considèrent que la transcription de l'oral avec précision appartient au linguiste et non au sociologue (Achard, 1990) et, partant, à l'anthropologue, l'exploration du registre sémantique de la maladie exige cette précision de la mise en mots du récit, laissant au chercheur l'opportunité d'accéder à la réalité du discours et parfois à cette « interlangue »²⁹⁶ utilisée par des participants à l'étude, et qui se révèle, comme le précise Feve, socialement partagée au sein de la communauté tahitienne (Feve, 1994 : 85).

²⁹⁶ Le terme « interlangue » réfère aux situations d'apprentissage d'une seconde langue, et peut être défini comme un « système intermédiaire plus ou moins stabilisé fondé sur la présence simultanée d'éléments appartenant à chacune des langues (ici, le tahitien et le français) en présence » (Dubois, 1994 :253). L'origine de ce phénomène linguistique est en réalité historique. Les missionnaires anglais furent les premiers Européens à imposer leur langue en Polynésie française. O'Reilly rapporte que l'inspecteur des colonies Revel constatait en 1914 avec étonnement que « le tahitien et l'anglais sont parlés couramment à Papeete. L'usage de l'une et l'autre langue est constant, même dans les familles métisses franco-tahitiennes ; il n'est pas rare qu'une phrase, commencée en maori, se poursuive en anglais parsemé d'expressions françaises ». Par exemple, « les enfants achètent de l'*escrime* – *ice-cream* – aux marchands chinois » (O'Reilly, 1962 :76). La pratique de cette interlangue se traduit par de nombreux mots tahitiens, purs ou importés qui se sont imposés dans le français couramment parlé par la population, et inversement par l'utilisation de mots français dans la langue tahitienne liée et conduisant inexorablement à son appauvrissement. Ce phénomène n'est pas nouveau puisque l'importante diminution du vocabulaire de la langue tahitienne a été remarquée depuis la moitié du XIX^e siècle. William Ellis (1972), missionnaire de la Société des Missions de Londres, arrivé à Tahiti en 1816, constatait qu'à l'époque, le langage des Tahitiens était riche, varié, précis et pur. Par contre, il y a plus de 30 ans (i.e. en 1973), selon le linguiste Yves Lemaitre, la connaissance d'un Tahitien se limitait à « un cinquième à un tiers des mots contenus dans une page d'un dictionnaire ancien » (Lemaitre, 1973 :343).

ANNEXE III

Lexique des termes tahitiens

Les définitions qui figurent dans ce lexique sans indication de la référence bibliographique sont extraites du dictionnaire de l'Académie tahitienne (Académie tahitienne, 1999). La plupart des termes sont issus des récurrences relevées lors de l'analyse des récits et ne sont donc pas exhaustifs. Ils ne se limitent pas au registre sémantique de la maladie, et du diabète en particulier. Ils appartiennent aux thèmes qui gravitent autour de la maladie du diabète en tant qu'expérience subjective du Polynésien autochtone, et parmi lesquels figurent l'alimentation (notamment certains comportements alimentaires), certains signes et symptômes de la maladie, certaines attitudes et émotions, et certains remèdes.

Ā'au : 1°) Intestin de l'homme et des animaux, entrailles, viscères. 2°) Siège des idées, des sentiments, des émotions.

'Amu : (En tant que nom) Un mangeur, la personne ou la chose qui mange. (En tant que verbe) Manger. **'Amu'amu** : (Forme redoublée de 'amu) Manger souvent, en petite quantité, grignoter. **'Amurahi** : Gros mangeur, gourmand.

'Ati : (En tant que nom) Malheur, détresse. Difficulté. Tentation, épreuve. (En tant que verbe) Être dans le malheur. Avoir des ennuis.

Fa'aro'o : (En tant qu'adjectif) 1°) Obéissant. 2°) Croyant. (En tant que nom) 1°) Obéissance. 2°) Foi. (En tant que verbe) 1°) Entendre. 2°) Écouter. 3°) Obéir. 4°) Croire.

Fati : (En tant que nom) Rupture, fracture. (En tant que verbe) 1°) Être brisé. 2°) Être vaincu, dispersé, en fuite. 3°) céder. [« Meurtrissures et contusions, consécutives ou non à une fracture » (Pétard, 1986 :77)].

Fifi : Complexe. Difficile, compliqué. (En tant que nom) 1°) Difficulté. 2°) Chaîne. 3°) Engagement, obligation, contrainte. (En tant que verbe) 1°) Se trouver entraîné dans une affaire. 2°) Être emmêlé.

Fiu : 1°) Être rassasié. 2°) Être fatigué, las. En avoir assez, s'ennuyer. [« Fastidieux ; en avoir assez, être dégoûté. » (Lemaitre, 1995 :50)]. [Pour Virieux (1981), le « Fiu » n'est pas

assimilé à la mélancolie, il renvoie davantage à « une problématique de l'action (arrêt de l'action et désir d'aller ailleurs) qu'à un vécu dépressif primitif. Et l'inhibition de l'action reflète plus le trouble du temps vécu qu'elle n'est en rapport avec la dépression. La perception défectueuse du temps et plus précisément de l'avenir rend inutile d'y accrocher son action et d'y persévérer dans un but de gratification. Dès lors, tout effort semble vain, il y a désinvestissement de l'action et au-delà, désinvestissement du Monde » (Virieux, 1981 :183)].

Ha'apa'o : 1°) Prêter attention. 2°) Observer, appliquer, obéir. 3°) S'occuper de quelque chose, de quelqu'un. 4°) Destiner, prédestiner, choisir à l'avance. 5°) Obéir. **Ha'apa'o 'ore** : (Adjectif) De mauvaise conduite.

He'a : Terme technique de la médecine tahitienne désignant un nombre important de maladies parmi lesquelles des maladies de peau et des leucorrhées (pertes blanches).

Mā'a : 1°) Nourriture en général, aliment, repas. 2°) La nourriture qui accompagne le « 'īna'i » (poisson ou viande), par exemple « taro », « fe'i », « 'uru » et aussi, maintenant, le riz, les pâtes, le pain mais pas le « fafa²⁹⁷ » qui est considéré comme du « 'īna'i ». 3°) Les fruits d'un arbre. **Mā'a punu** = Conserve ; **Mā'a papa'ā** = Nourriture d'origine européenne ; **Mā'a tahiti** = Cuisine tahitienne ; **Mā'a tinito** = 1°) Plat composé de riz et de haricots rouges avec quelques légumes et des petits cubes de porc. 2°) Cuisine chinoise.

Ma'i : 1°) Maladie, tout désordre corporel, plaie. **Fare ma'i** = hôpital. **Ma'i māfatu** = maladie de cœur. **Ma'i tapiri** = Maladie d'origine maléfique qui vient se greffer à une maladie naturelle. **Ma'i tupuna** = Maladie héréditaire. 2°) Malade. 3°) Défunt. Mort.

Mariri : Filariose, accès de fièvre provoqué par la filariose. **Mariri 'aita'ata** = Cancer. (litt. mariri qui mange l'homme) – Cf. « Puhi » anguille ; « Puhi'airoto » forme de cancer (litt. anguille qui mange à l'intérieur) mais aussi, variété d'anguille, quelqu'un qui travaille secrètement contre un autre ; Syn. Tuna (anguille).

Māuiui : Douleur, peine, chagrin. (En tant que verbe) Souffrir, avoir du chagrin, de la peine, être malade.

²⁹⁷ Jeunes tiges de « taro » ou de « tarua » destinées à être mangées comme des épinards.

- Mea** : Chose, objet. Tel (en remplacement d'un nom propre ou d'un nombre). « Mea »
(en tant que verbe) Faire, remplace un verbe que l'on ne veut pas dire ou que l'on ne sait pas dire.
- Mehameha** : (En tant qu'adjectif) Effrayant, terrifiant. (En tant que nom) Terreur, frayeur.
(En tant que verbe) Être effrayé, terrifié.
- Monamona** : Doux, sucré, succulent, savoureux, délicieux.
- Nounou** : Désir, convoitise. (En tant que verbe) Désirer, convoiter.
- Ora** : (En tant qu'adjectif) Vivant, vif, joyeux. (En tant que nom) 1° Vie. 2° Salut. 3° Santé. 4° Sauveur, libérateur. (En tant que verbe) 1° Vivre. 2° Être sauvé, être libéré, s'échapper. 3° Être guéri. **Fa'aora** : Guérisseur, rédempteur. (En tant que verbe) 1° Guérir. 2° Sauver (la vie). 3° Sauver (sens spirituel). 4° Bénir (donner une bénédiction).
- 'Ōmaha tihota** : Diabète, glycosurie. (litt. Urine – sucre).
- Pa'i** : (En tant qu'adverbe) Eh bien, donc. [Selon Lemaitre (1995 :90), « pa'i » qui est l'abréviation de « paha ho'i » (litt. « peut-être bien », ou « peut-être également ») signifie : « en fait, vraiment, certainement »].
- Paruparu** : (En tant qu'adjectif) Mou, faible, indolent, affaibli, infirme. (En tant que nom) Faiblesse, mollesse.
- Pē** : (En tant qu'adjectif) 1° Pourri, mûr, trop mûr, usé, gâté, délabré. 2° Relâché, détaché, mobile. (En tant que verbe) Être détaché, être terminé. **Ha'apē** : 1° Être infecté. 2° Faire mûrir les fruits, faire pourrir.
- Pe'ape'a** : (En tant qu'adjectif) Préoccupant, ennuyeux. (En tant que nom) 1° Querelle. 2° Difficultés, ennuis. (En tant que verbe) 1° Être en peine, être ennuyé. 2° Être brouillé.
- Pohe** : (En tant qu'adjectif) Mort. (En tant que nom) 1° Mort. 2° Blessure, maladie, souffrance. (En tant que verbe) 1° Être mort. 2° Être arrêté, cesser, éteint. 3° Être vaincu. 4° Souffrir. 5° Être malade, être blessé. 6° Avoir besoin de... (sommeil, manger, boire).
- Rā'au** : Médicament. **Rā'au tahiti** : Médicament traditionnel. Les médicaments portent le nom de la maladie qu'ils soignent. **Rā'au fati** : Médicament pour les fractures et

traumatismes. [Le « tiatiamoua »²⁹⁸ et le « metuapuaa » sont les principaux constituants du rā'au fati, pour traiter les « meurtrissures et contusions, consécutives ou non à une fracture » (Pétard, 1986 :77)]. **Rā'au he'a** : Médicament pour les leucorrhées ou les pertes blanches²⁹⁹.

Ri'ari'a : Dégoûtant, horrifiant, terrible. 1°) Horreur, peur. 2°) Dégoût de la nourriture. (En tant que verbe) Avoir peur, être choqué, être dégoûté par la nourriture.

Roa'a : Être obtenu, être attrapé. **Ro'ohia** : 1°) Être trouvé, être rejoint. 2°) Être atteint par la maladie, le malheur, la pluie, etc.

Rohirohi : Fatigue, lassitude. (En tant que verbe) 1°) Être fatigué, las.

Tahu'a : 1°) Spécialiste, expert. Il y avait des **Tahu'a pure** = Prêtres ; (...) des **Tahu'a rā'au** = Guérisseurs par les remèdes à base de plantes ; **Tahu'a taurumi** = Masseur-kinésithérapeute ; 2°) (Actuellement) – Guérisseur. On parle de « Tahu'a taurumi » = Masseur, de **Tahu'a hi'ohi'o** qui soigne les maladies non naturelles, « Tahu'a rā'au » = guérisseur avec des remèdes traditionnels ; 3°) (Dans la Bible). Prêtre (...).

Taiā : Chagrin, peine, lourdeur, découragement, crainte. (En tant que verbe) 1°) Avoir de la peine, du chagrin, être affligé, être attristé. 2°) Hésiter, craindre.

Tāmata : Essayer, tenter, goûter.

Ti'aturi : (En tant que nom) 1°) Pierre du « marae » [Plate-forme construite en pierres sèches et où se déroulait le culte ancien, associé souvent à des cérémonies à caractère social ou politique] sur lequel s'appuyaient les prêtres pendant les offices. 2°) Espérance. (En tant que verbe) 1°) S'appuyer, se reposer sur quelque chose. 2°) Mettre en quelqu'un sa confiance, compter sur quelqu'un, attendre de quelqu'un de l'aide, du secours. 3°) Espérer avec confiance.

Tupu : 1°) Pousser, grandir, croître, se développer. 2°) Se produire, avoir lieu, se dérouler.

²⁹⁸ Le « tiatiamoua est une fougère à rhizome rampant » (Pétard, 1986 :77).

²⁹⁹ [Le « metuapuaa », les figues de « mati to piavere » sont les principaux constituants du r'au he'a, pour traiter les leucorrhées (pertes blanches) (Pétard, 1986 :77)].

ANNEXE IV

Formulaire de consentement destiné au médecin

Papeete, le

Je soussigné(e), Docteur atteste avoir pris connaissance du projet de recherche de Madame G. Berteloot.

J'entends que toutes les informations qu'elle recueillera dans le cadre de cette étude restent anonymes et confidentielles et que son action ne porte aucun préjudice à mon activité professionnelle.

Fait en deux exemplaires originaux dont un à chacune des parties.

Médecin _____

Signature

Nom et prénom (lettres moulées)

Chercheur _____

Signature

Nom et prénom (lettres moulées)

ANNEXE V

Lettre d'information remise à la personne diabétique

Chercheur responsable : Geneviève Berteloot
Directeur de recherche : Gilles Bibeau
Université de Montréal
Codirecteur de recherche : Annie Hubert
Université de Bordeaux 2

Papeete, le

Madame, (Monsieur),

J'ai l'honneur de vous adresser cette lettre en tant que responsable d'un projet de recherche dont le but est d'étudier les causes des complications du diabète chez les Polynésiens. Cette étude permettra d'améliorer la prise en charge des diabétiques en Polynésie française en comprenant mieux comment ils vivent la maladie dans leur quotidien.

Je souhaiterais donc vous solliciter pour participer à deux entretiens d'environ une heure à une heure et demie.

Comme cette recherche prend en compte l'environnement dans lequel les Polynésiens vivent leur maladie, il est important que les deux rencontres aient lieu à votre domicile si toutefois vous êtes d'accord. Je vous expliquerai le but de cette étude et pourrai répondre à vos questions. Vous pourrez me parler de votre expérience du diabète. Tout ce que vous me direz pendant ces deux rencontres, et tout ce que j'observerai chez vous restera anonyme et confidentiel, et sera uniquement utilisé dans le cadre de cette recherche.

Avec votre accord, le contenu de ces entrevues sera enregistré ; les cassettes d'enregistrement seront conservées dans un lieu sécurisé à l'Université de la Polynésie de la Polynésie française.

Je pourrai, avec votre accord, être amenée à consulter votre dossier médical en présence de votre médecin afin d'obtenir des informations complémentaires sur votre état de santé.

Il est important de vous préciser que ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la Polynésie française, et que toutes les mesures d'anonymat et de confidentialité seront respectées.

Je vous remercie de votre future participation à cette recherche qui permettra d'améliorer la prise en charge des diabétiques en Polynésie française et vous prie de croire, Madame, (Monsieur), à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Geneviève Berteloot

ANNEXE VI

Rata fa'aarara'a i tu'uhia atu i roto i te rima o te ta'ata ma'i 'ōmaha tihota

'Eivana'a tuatāpapa : Geneviève Berteloot
'Orometua hi'opo'a tuatāpapara'a : Gilles Bibeau
Ha'api'ira'a tuatoru nō Montréal
'Orometua hi'opo'a tuatāpapara'a : Annie Hubert
Ha'api'ira'a tuatoru nō Bordeaux 2

Pape'ete, te _____

E hoa here mā,

Tē fa'atae atu nei au i teie rata nā ni'a i tō'u ti'ara'a ta'ata ha'apa'o i te tahi 'ōpuara'a mā'imira'a e hina'aro ra e tuatāpapa i te mau tumu i 'u'ana ai te ma'i 'ōmaha tihota i ni'a i te ta'ata mā'ohi. Nā roto i teie tuatāpapara'a e roa'a i te ha'amaita'i i te utuutura'a o te mau ta'ata ma'i 'ōmaha tihota i Porinetia farāni nei i muri mai i te māramarama-maita'i-ra'a i tā rātou huru orara'a i tōrātou ma'i i te mau mahana ato'a. Tē hina'aro nei au e ani atu ia 'oe ia fārerei tātou e piti taime i ni'a i te roara'a e hō'ē hora e tae atu e hō'ē hora e te 'āfa nō te tau'aparau.

Nō te mea i roto i teie tuatāpapara'a e hi'o-ato'a-hia mai te vāhi i reira te ta'ata mā'ohi e ora ai, mea faufa'a mau ia tupu na fārereira'a e piti i tō'oe fare nohora'a mai te peu e fa'ari'i mai 'oe. E fa'ata'a atu vau i te tumu o teie tuatāpapara'a, e pāhono ato'a i tā 'oe mau uira'a. E tano roa ia 'oe ia paraparau mai i ni'a i teie ma'i 'ōmaha tihota e orahia ra e 'oe. Te mau mana'o ato'a o tā 'oe e fa'ahiti i roto i teie nā fārereira'a e piti, e te mau mea ato'a e 'itehia e a'u i ni'a ia 'oe, e vai mo'e noa ia e te 'itea-'ore-hia, e fa'a'ohipa-noa-hia ra nō teie tuatāpapara'a.

Nā roto i te tā 'oe parau fa'ati'a, e haruharuhia te paraparaura'a, e vaiihohia atu te mau rīpene haruharura'a i roto i te tahi vāhi maita'i i te Fare Ha'api'ira'a Tuatoru o Porinetia

farāni. Mai te peu e fa'ari'i mai 'oe, e riro ato'a vau i te tura'ihia ia hi'o i tō'oe pu'e parau ma'i i mua i te aro o tō'oe Taote rapa'au nō te rave mai i te mau ha'amāramaramara'a hau atu i ni'a i te ma'i e orahia ra e 'oe.

Mea faufa'a ia ha'apāpū e ua fa'ari'ihia teie 'ōpuara'a e te Tōmite hi'opo'a Ea o Porinetia farāni, e fa'aturahia te mau ravera'a ato'a i ni'a i te vai-huna-ra'a te i'oa ta'ata e tō na parau.

Tē ha'amāuruuruhia atu nei 'oe i te fa'ari'ira'a mai i teie mā'imira'a nō te ha'amaita'ira'a i te utuutura'a o te feia ma'i 'ōmaha tihota o Porinetia farāni.

A fa'ari'i mai, e hoa here mā, i te tāpa'o o tō'u fa'atura.

Geneviève Berteloot

ANNEXE VII

Lettre de consentement de la personne diabétique

Papeete, le

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance de la lettre de présentation du projet de recherche de Madame G. Berteloot.

J'accepte que mon médecin, le Docteur donne mon nom et mon numéro de téléphone à G. Berteloot pour qu'elle me contacte pour participer à sa recherche sur les causes des complications du diabète.

J'ai reçu une copie de cette lettre de consentement, dûment signée par les deux parties.

Participant _____

Signature

Nom et prénom (lettres moulées)

Médecin _____

Signature

Nom et prénom (lettres moulées)

ANNEXE VIII

Rata fa'ari'ira'a a te ta'ata ma'i 'ōmaha tihota

Pape'ete, te _____

O vau, tei tu'urima i raro nei, tē ha'apāpū nei au e ua tai'o mau vau i te rata vauvaura'a i te 'ōpuara'a a te Vahine ra o Geneviève Berteloot.

Tē fa'ari'i nei au i tō'u Taote rapa'au, 'oia te Taote _____, ia horo'a atu o ia i tō'u i'oa e tō'u nū mera niuniu i te ta'ata ra ia G. Berteloot ia nahonaho ia na ia niuniu mai ia'u nōtā na mau mā'imira'a i ni'a i te mau tumu i 'u'ana ai te ma'i 'ōmaha tihota.

Ua tae mai te tahi hoho'a o taua rata fa'ari'ira'a i tu'urimahia e nā pae e piti.

Ta'ata fa'ari'i (Pa'era'a e te i'oa pi'i) : _____ tu'urimara'a

Taote (Pa'era'a e te i'oa pi'i) _____ tu'urimara'a

ANNEXE IX

Formulaire de consentement éclairé

Participation à une recherche en santé publique
(Université de Montréal & Université de Bordeaux 2)

Chercheur principal : Geneviève Berteloot (Tél. 27 04 45)
Directeur de recherche : Gilles Bibeau
Codirecteur de recherche : Annie Hubert

1- Résumé du projet

Le diabète est un problème de santé important dans le monde entier, et à Tahiti, de nombreux Polynésiens sont atteints par cette maladie.

Les recherches scientifiques ont fait beaucoup de progrès dans la découverte du diabète. On reconnaît cependant aujourd'hui l'importance d'encourager les chercheurs à étudier en profondeur cette maladie pour mieux la prévenir et mieux la soigner.

À partir de l'étude de votre expérience de la maladie, cette recherche, à laquelle vous êtes invité(e) à participer, vise à examiner les raisons pour lesquelles les complications se développent chez certains Polynésiens au cours de l'évolution de la maladie.

Deux entrevues concernant vos conditions de vie et votre expérience du diabète seront réalisées. Elles se dérouleront à votre domicile afin de prendre en compte, dans cette étude, les conditions réelles dans lesquelles vous vivez l'expérience de votre maladie.

Les résultats de cette étude, dont le projet a été accepté par l'Université de Montréal (Canada) et par l'Université de Bordeaux (France), seront particulièrement utiles dans le futur pour améliorer la vie des Polynésiens diabétiques, mais aussi pour aider les personnes qui les prennent en charge.

2- Consentement éclairé

Ce projet de recherche m'a été expliqué et toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. Il m'a été dit que, si j'acceptais d'y participer, j'aurais deux entretiens d'environ une à une heure et demie avec Geneviève Berteloot sur mes conditions de vie et mon expérience du diabète. Les deux entretiens se dérouleront à mon domicile pour lui permettre de prendre en compte mon milieu de vie dans son étude.

J'accepte que Madame G. Berteloot accède à mon dossier médical en présence de mon médecin, afin qu'elle puisse obtenir des informations complémentaires sur l'évolution de mon état de santé. Les informations qu'elle recueillera pendant son étude ne seront transmises à personne et leur secret sera rigoureusement respecté.

Il m'a aussi été dit que :

- ma participation est volontaire ;
- je suis libre de retirer mon consentement et d'interrompre ma participation à tout moment de cette étude, ceci sans en expliquer les raisons et sans en subir aucune conséquence ;
- le contenu de mes propos sera enregistré (enregistrement audio) et transcrit mot à mot en assurant mon anonymat grâce au codage des entrevues (mon nom n'apparaîtra sur aucun document dactylographié) ;
- certains passages non nominatifs de l'entrevue pourront être utilisés à titre d'illustration dans la thèse de Madame G. Berteloot et dans le cadre de publications éventuelles, mais ils ne serviront pas à tout autre usage ;
- les cassettes audio seront entreposées dans un endroit sécurisé (coffre situé à l'Université de la Polynésie française), puis détruites dans un délai de 5 ans après publication de la thèse de Madame G. Berteloot ;
- je n'aurai pas de bénéfices directs en participant à cette recherche, ni de risques, ni de compensation financière malgré le temps consacré aux deux entrevues, mais les informations recueillies pourront être utiles dans le futur pour aider les personnes diabétiques ;
- à ma demande orale, je pourrai avoir accès à la transcription de mon entretien et, à ma demande écrite, un résumé de la recherche me sera envoyé à la fin de celle-ci ;
- dans le cas où je serais insatisfait(e), je pourrai contacter le directeur de recherche, le Professeur G. Bibeau (Coordonnées : Tél. 00 1 514 343 69 09) ou le Docteur A. Hubert (Coordonnées : Tél. 00 33 5 56 69 91 11) ;
- si je me sentais non respecté(e) ou mis(e) en danger, je pourrai contacter le Président du Comité d'éthique de la Polynésie française (Tél. 46 00 63).

ANNEXE X

Parau fa'ari'ira'a i ha'amāramamahia

'Apitira'a i roto i te mā'imira'a i te pae ea o te huirā'atira
e te ihi orara'a nuna'a ta'ata

(Ha'api'ira'a tuatoru o Montréal e te Ha'api'ira'a tuatoru o Bordeaux 2)

'Eivana'a tuatāpapa : Geneviève Berteloot (niuniu : 27 04 45)

'Orometua hi'opo'a tuatāpapara'a : Gilles Bibeau

'Orometua hi'opo'a tuatāpapara'a : Annie Hubert

1- Mana'o poto noa i ni'a i te 'ōpuara'a

E ma'i fifi mau te ma'i 'ōmaha tihota e 'itehia nei 'ati a'e te ao ta'ato'a nei, e i Tahiti nei e rave rahi ta'ata mā'ohi tei ro'ohia i teie ma'i.

Ua nu'u maita'i te mau 'eivana'a i ni'a i tā rātou mau tuatāpapara'a i ni'a i teie ma'i. Tē 'itehia nei i teie mahana te faufa'a i te fa'aitoitōra'a i te feia mā'imi ia tuatāpapa hohonu atu ā i teie ma'i nō te arai 'ohie e te rapa'au maita'i ato'a.

Nā roto i te tuatāpapara'a i tā 'oe huru orara'a i teie ma'i, tē hina'aro nei teie mā'imira'a, i tītauhia atu ai 'oe ia fa'aō mai, i te tuatāpapa i te mau tumu i 'u'ana ai teie mai i ni'a i vetahi mau ta'ata Mā'ohi.

E ravehia e piti tāu'aparaura'a i ni'a i tō 'oe huru orara'a e tā 'oe huru orara'a i te ma'i 'ōmaha tihota. E tupu ia na tāu'aparaura'a e piti i tō'u fare ia nahonaho i te 'apo mai i tā 'oe huru orara'a i tō 'oe ma'i i te vāhi mau e orahia ra e 'oe.

Mea faufa'a mau te mau tai'o e roa'a mai i roto i teie 'ōpuara'a i fa'ari'ihia e te Fare Ha'api'ira'a Tuatoru o Montréal (Tanata) e te Fare Ha'api'ira'a tuatoru o Bordeaux (Farāni) nō te ha'amaita'i i te orara'a o te mau ta'ata Mā'ohi, e nō te tauturu ato'a i te mau ta'ata e utuutu ra i taua ma'i nei.

2- Fa'ari'ira'a i ha'amāramaramahia

Ua ha'amāramaramahia vau i ni'a i teie 'ōpuara'a e ua pāhono-maita'i-hia mai te ta'ato'ara'a o tā'u mau uira'a. Ua parauhia mai au e mai te peu e fa'ari'i au i teie mā'imira'a, e tupu e piti tāu'aparaura'a i ni'a i te roara'a e hō'ē aore ra e hō'ē hora e te 'āfa i ni'a i tō'u huru orara'a e tō'u orara'a i te ma'i 'ōmaha tihota. E tupu ia na tāu'aparaura'a e piti i tō'u fare ia nahonaho ia na ia hi'o ato'a mai tō'u vāhi orara'a i roto i tā na tuatāpapara'a.

Tē fa'ari'i nei au i te vahine ra ia Geneviève Berteloot ia tai'o i tō'u pu'e parau ma'i i mu'a i tō'u Taote rapa'au ia roa'a ia na te mau ha'amāramaramara'a hau atu i ni'a i te tupura'a o tō'u ma'i. Eita te ta'ata 'eivana'a e ha'apūhara i tō'u pu'e parau ma'i o tā na e 'apo mai nō tā na tuatāpapara'a, e fa'atura-maita'i-hia ra.

Ua parau-ato'a-hia mai au ē :

- Nā'u iho i fa'ari'i i tō'u 'apitira'a i roto i teie mā'imira'a ;
- E ti'amāra'a tō'u i te 'iriti i tā'u parau fa'ari'ira'a e te fa'a'ore i tā'u 'apitira'a i te mau taime ato'a o te nu'ura'a o te tuatāpapara'a, e mā te 'ore e horo'a i te hō'ē noa a'e ha'amāramaramara'a, e mā te 'ore te tahi utu'a i te tae mai i ni'a ia'u ;
- E fa'aharuharuhia te mau parau ato'a o tā'u e fa'ahiti (i ni'a i te rīpene haruharura'a), e pāpa'i-rima-hia atu ai tā'u i parau mā te 'ore tō'u i'oa e fa'ahitihia, maoti te tāmūmerara'a o te mau paraparaura'a (eita tō'u i'oa e fa'ahitihia i ni'a i te hō'ē noa a'e parau pāpa'i) ;
- E riro vetahi mau tuha'a o te paraparaura'a i te fa'a'ohipahia, ei hi'ora'a, i roto i te parau tuatāpapara'a a te vahine ra o G. Berteloot, e i roto i te mau parau e pia-noa-hia atu, eita roa ra e fa'a'ohipahia nō te tahi 'ohipa 'ē atu ;

- E tu`uhia atu te mau rīpene haruharura`a i roto i te vāhi maita`i (‘āfata ‘auri e vai ra i te Fare Ha`api`ira`a tuatoru o Porinetia farāni), e ha`amouhia atu ai i roto i te area tu`ua e 5 matahiti i muri mai i te piara`ahia te parau tuatāpapara`a a te vahine ra o G. Berteloot ;
- E`ita vau e fāna`o ‘āfaro i te tahi fa`anahora`a nā roto i te fa`aōra`a i roto i teie mā`imira`a, aore ra e ro`ohia i te fifi, aore ra e fa`aho`onahia i te faufa`a moni noa atu te taima i fa`ata`ahia nō teie mau paraparaura`a, e faufa`a ra teie mau parau e ‘apohia nō te tauturu i te feia i ro`ohia i te ma`i `ōmaha tihota nō ‘ananahi ;
- I ni`a i tā`u anira`a parau vaha noa, e ti`a ia`u ia fāna`o i te parau pāpa`i i te paraparaura`a i ravehia e o vau nei, e i muri mai i tā`u pāpa`ira`a, e hāponohia mai te tahi ha`apatora`a mana`o o te mā`imira`a ia hope te tau ‘ohipara`a ;
- Ia ‘ore noa atu vau e māuruuru, e ti`a ia`u ia fāfā atu i te fa`atere o te mā`imira`a, ‘oia te ‘Orometua G. Bibeau (niuniu : 00 1 514 343 69 09), aore ra te Taote A. Hubert (niuniu : 00 33 5 56 69 91 11), aore ra te Peretiteni o te Tōmite hi`opo`a Ea o Porinetia farāni (niuniu : 46 00 63).

Ia au i te fa`aaura`a i ni`a nei, tē fa`ari`i nei au i te tomo atu i roto i teie ‘ōpuara`a.

Ua tae mai te tahi hoho`a o teie parau fa`ari`i, i tu`urimahia e nā pae e piti.

Ta`ata ma`i – (Pa`era`a e te i`oa pi`i) _____ tu`urimara`a

Vāhi e te tai`o mahana :

Ta`ata mā`imi – (Pa`era`a e te i`oa pi`i) _____ tu`urimara`a

Vāhi e te tai`o mahana :

ANNEXE XI

Guide d'entretien (version définitive)

Date : Lieu : Code :

1- Raconte-moi comment ta maladie a commencé ?

2- Comment as-tu réagi quand tu as su que tu avais le diabète ?

2-1 Comment ton conjoint (mari ou épouse) et tes enfants ont-ils réagi à l'annonce de ton diabète ?

3- Quelles sont les personnes que tu es allé rencontrer (consulter) pour ta maladie ? Est-ce le docteur ? le guérisseur (le préparateur de remède traditionnel) ? ta grand-mère, ton grand-père, tes enfants... ?

3-1 Parmi ces personnes, quelle est celle qui est la plus importante (pour ta guérison) ?

4- Quand as-tu commencé à te soigner ?

4-1 Et comment (t'es-tu soigné) ? Raconte un peu...

5- Quels sont les traitements (incluant les recommandations) que ton médecin t'a prescrits pour ta maladie ?

Quels sont les médicaments occidentaux (rā`au popa`ā) que ton docteur t'a prescrits, et/ou les remèdes traditionnels (rā`au tahiti) que le tradipraticien t'a donnés pour soigner ta maladie ?

5-1 Selon toi, quel est l'effet de ce traitement sur ton corps ?

5-2 Quel est l'effet de ces médicaments sur la maladie ?

5-3 Quel est l'effet de ces médicaments sur la cause de la maladie ?

5-4 Que penses-tu des médicaments occidentaux (ou remèdes des Blancs) et/ou du « rā`au Tahiti » (remède traditionnel) dans le cas de ta maladie ?

6- Depuis que l'on a découvert ta maladie, est-ce que tu as changé quelque chose dans ta vie quotidienne ?

6-1 Quels changements ont eu lieu dans ton entourage familial et social à la suite de ta maladie ?

6-2 Quels sont les changements les plus importants ?

7- Selon ta pensée de Polynésien(ne), quel nom donnes-tu à ta maladie ?

7-1 Selon ta pensée de Polynésien(ne), quel est la signification de cette maladie ? (As-tu une façon personnelle de décrire ton diabète ?).

7-2 À ton avis, selon ta pensée de Polynésien(ne), d'où vient cette maladie ? Est-ce qu'elle vient du « he'a » ? du « fati » ? du cancer ? etc.

7-3 À ton avis, quelle est la maladie, ou quelles sont les maladies voisines (ou les plus proches) de la maladie du diabète ?

8- À ton avis, selon ta pensée de Polynésien(ne), quelle est la cause, ou quelles sont les causes de ta maladie d'après toi ?

8-1 Comment les as-tu découvertes ?

8-2 Quelle est la cause la plus difficile (la plus terrible) à ton avis ?

9- Selon ta pensée de Polynésien(ne), cette maladie (le diabète) a-t-elle été introduite par les Occidentaux ou bien faisait-elle partie des maladies des Polynésiens autochtones autrefois ?

10- Comment cette maladie a-t-elle évolué depuis sa découverte ? Raconte...

10-1 Comment penses-tu que cette maladie va évoluer ?

10-2 Est-ce une maladie grave ?

11- Est-ce que tu as rencontré des difficultés particulières lors de ton expérience de la maladie du diabète ?

11-1 Quelle est la difficulté la plus importante ?

12- Avant de finir, je voudrais te demander si ta vie spirituelle, tes croyances ou ta pratique religieuses t'aident pour traverser cette période de ta vie ? Si oui, peux-tu m'expliquer de quelle façon ?

13- Est-ce que tu voudrais ajouter d'autres choses importantes à propos de ton expérience du diabète ?

ANNEXE XII

Te tāu'aparaura'a

Tai'o mahana : Vāhi : Nūmera :

1- A fa'ati'a mai nā 'oe i te ha'amatarā'a (tupura'a) tō 'oe ma'i ?

2- E aha tō 'oe huru i te itera'a 'oe ē, e 'ōmaha tihota ?

2-1 E aha te huru o to 'oe 'utuāfare feti'i (te hoa, te mau tamari'i...) i mua i teie ma'i ?

E aha te huru o tā 'oe tāne (vahine) 'e tā 'orua mau tamarii i te 'itera'a ē e 'ōmaha tihota tō 'oe ?

3- 'O vai ma te mau ta'ata 'o tā 'oe ma'i i haere e fārerei ? Te Taote ānei ? te Tahu'a rā'au (te ta'ata hamani rā'au) ? tō 'oe mama rū'au, pāpā rū'au, tō'oe fetii... ?

3-1 'O vai tā 'oe ta'ata 'ti'aturi roa a'e i roto ia rātou ?

4- E aha te taime i ha'amata ai 'oe i te rapa'au i tō 'oe ma'i ?

4-1 E mea nāhea (te rapa'aura'a) ? A fa'ati'a...

5- E aha tā te Taote rā'au i hōro'a mai nō tō 'oe ma'i ?

E aha te mau rā'au popa'ā i horo'ahia mai e tō 'oe Taote, e/aore ra te rā'au tahiti a te Tahu'a rā'au nō te rapa'aura'a i tō 'oe ma'i ?

5-1 I tō 'oe hi'ora'a, e aha tā teie rā'au i fa'atupu mai i ni'a i tō 'oe tino ?

5-2 E aha tā teie mau rā'au i fa'atupu mai i ni'a i te ma'i ?

5-3 E aha tā teie mau rā'au i fa'atupu mai i ni'a i te tumu o te ma'i ?

5-4 E aha tō 'oe mana'o i ni'a i te rā'au popa'ā e/aore ra te rā'au tahiti nō teie ma'i nō 'oe ?

6- Mai te itera'ahia tō 'oe ma'i, ua tauī ānei 'oe i tō 'oe orara'a i te mahana tāta'itahi ?

6-1 E aha te mau tauira'a i tupu i roto i tō'oe 'utuāfare feti'i, te mau hoa, te mau ta'ata ha'ati a'e ia 'oe i muri mai i tō'oe tupura'ahia i teie ma'i ?

6-2 E aha te mau tauira'a faufa'a rahi ?

7- I to 'oe mana'o i te ferurira'a a te m 'ohi, e aha te i'oa to 'oe ma'i ?

7-1 E aha te aura'a o tera ma'i i tō 'oe ferurira'a m 'ohi ?

7-2 I tō 'oe mana'o, i te hi'ora'a a te ta'ata m 'ohi, no hea mai teie ma'i ? No roto mai ānei i te he'a ? i te fati ? i te mariri ai ta'ata ? e te vai atura.

7-3 I to 'oe mana'o, e aha te ma'i, aore ra te mau ma'i, piri roa i teie ma'i 'ōmaha tihota ?

8- I tō 'oe mana'o i te ferurira'a a te ma'ohi, e aha te tumu, aore ra te mau tumu o to 'oe ma'i i to 'oe hi'ora'a ?

8-1 Mea na hea 'oe i te 'itera'a i te reira ?

8-2 E aha te tumu fifi roa a'e no teie ma'i i to 'oe hi'ora'a ?

9- I tō 'oe mana'o i te ferurira'a a te m 'ohi, mana'o ānei 'oe ē, nā te popa'ā i hōpoi mai i terā ma'i i 'ō nei 'e 'aore ra i ora mai ānei ratou i tera ma'i hou a'e te popa'ā i tae mai ai ?

10- Mea nā hea teie ma'i i te tupura'a mai tō na 'itera'ahia mai ? A fa'ati'a mai...

10-1 E aha tō 'oe mana'o i ni'a i te tupura'a o teie ma'i mai teie atu mahana ?

10-2 E ma'i 'ino ānei ?

11- Ua fārerei ānei 'oe i te mau fifi ta'a'ē i te taime a ora ai 'oe i tō 'oe ma'i 'ōmaha tihota ?

11-1 E aha te fifi rahi a'e ?

12- Na mua i te fa'aoti, e nehenehe ānei 'oe e fa'a'ite mai i roto i te pae no te orara'a fa'aro'o, 'aita ānei te reira e tauturu ato'a i tō 'oe oarara'a ma'i, mai te peu ē 'oia, e nehenehe 'oe e fa'anaho, nehenehe 'oe e fa'ata'a ri'i mai na ?

13- E mana'o 'ē atu ra ānei tō 'oe nō teie ma'i 'ōmaha tihota e orahia nei e 'oe ?

ANNEXE XIII

Recueil anonyme et confidentiel des caractéristiques du participant et de son contexte de vie

Code :

Date du 1^{er} entretien : Date du 2^{ème} entretien :

Age :

Sexe : Masculin Féminin

- Commune de naissance :

- Commune de naissance du père :
.....

- Commune de naissance de la mère :
.....

Capacités linguistiques

Parler Lire Ecrire le français

Parler Lire Ecrire le tahitien

Quelle est la langue la plus couramment parlée en famille ?

Situation familiale

marié/e ; vit en concubinage ;

divorcé/e ; veuf/ve ; célibataire

Nombre total de personnes vivant dans votre logement :

Précisions :

vit seulement avec époux/se ;

vit avec enfants et/ou petits enfants

Préciser leur âge :

.....

vit avec époux/se, enfants et ou petits enfants

vit avec d'autres personnes. Précisez (+ âge) :

.....

.....

.....

Niveau de scolarité et/ou de formation

Scolarité poursuivie jusqu'à la classe de :

Nombre d'années de scolarité :

Aucune scolarité

Dernier diplôme obtenu :

Aucun diplôme

Activités

Emploi actuel :

Est-ce un emploi :

 À temps plein À temps partiel

Horaires de travail :

 Sans emploi : Homme ou femme au foyer Retraité/e ; Pré-retraité ; Autre :

Autre(s) activité(s) pratiquées (Vie associative, religieuse...) et fréquence

.....

.....

Quels sont les loisirs que vous pratiquez ?

.....

.....

À quelle fréquence les pratiquez-vous ?

 Plusieurs fois par semaine ; une fois par semaine ; une fois par mois.**Conditions et habitudes de vie**Etes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui que fumez vous ?

Fréquence ? (1 paquet =))

Consommez-vous de l'alcool ?

Oui Non

Si oui, que buvez-vous ?

.....

.....

Fréquence de consommation :

.....

Quelles sont vos **ressources mensuelles** actuelles :

Depuis combien d'années habitez-vous dans ce logement ?

Vous êtes :

 le propriétaire du sol et du logement le locataire du terrain et le propriétaire du logement le locataire du logement vide le locataire du logement meublé logé gratuitement (famille...)Quel est le **type de construction** ?

(Traditionnelle, Fare MTR, construction moderne, immeuble HLM, ou autre :

.....)

Quelle est la nature principale des **murs** ?

(Dur, bois/contre-plaqué, végétal, ou autre :))

Quelle est la nature du **toit** ?

(Tôle, tuile, végétal ou autre :)

Quelle est la nature principale du sol ?

(Terre battue, Béton, bois, bois/contre-plaqué, végétal, ou autre :)

Combien y a-t-il de pièces d'habitation ?

Y a-t-il une ou des **cuisine(s)** :

Une cuisine intérieure ?

Une cuisine extérieure ?

Pas de cuisine ?

Y a-t-il une alimentation en eau courante à l'intérieur ou à l'extérieur du logement ?

Cette eau est-elle potable ou non potable ?

Les WC sont-ils situés :

à l'intérieur ou

à l'extérieur du logement

pas d'installation ?

Les équipements sont :

Télévision (TNS ? Canal + ?)

Magnétoscope, Lecteur DVD

Chaîne hifi

Ordinateur (connexion Internet)

Téléphone

Réfrigérateur Congélateur

Cuisinière

Lave-linge Chauffe-eau

Autres :

Avez-vous des véhicules et/ou des bateaux ?

Auto,

Camionnette (4x4),

Deux roues à moteur,

Bicyclette,

Bateau(x) à moteur,

Bateau(x) sans moteur ?

Geneviève Berteloot
Doctorante en Santé publique
Université de Montréal
Tél . 27 04 45

ANNEXE XIV

Engagement du transcripteur

En participant à la transcription du contenu des enregistrements réalisés dans le cadre de la recherche en Santé publique conduite par Geneviève Berteloot auprès de Polynésiens, je m'engage :

- à respecter scrupuleusement la confidentialité du contenu des entretiens qui me sont confiés,
- à ne jamais partager leur contenu avec une autre personne,
- à ne jamais écouter le contenu de ces entretiens en présence de ma famille, d'ami(e)s ou autres (utilisation du casque dans le cas des transcriptions à mon domicile),
- à ranger le matériel qui m'est prêté (lecteur MD Sony, écouteurs, batterie) ainsi que les Minidiscs à l'abri des vols éventuels et lors de leur transport, ainsi que le support informatique (CD ou Disquette de sauvegarde) porteur de leur contenu,
- à protéger par un mot de passe (connu par moi seul et gardé en lieu sûr) les fichiers concernant la transcription des entretiens,
- à restituer les Minidiscs à l'issue de leur transcription transmise sur un CD ou sur une disquette et à détruire les fichiers informatiques contenant le cas échéant le matériel issu de la recherche de G. Berteloot.

Transcripteur _____
Nom et prénom (lettres moulées)

Signature

Lieu et date :

Geneviève Berteloot
Doctorante en Santé publique
Université de Montréal
Tél . 27 04 45

ANNEXE XV

Engagement du traducteur

En participant au contrôle et à la traduction du contenu des transcriptions réalisées dans le cadre de la recherche en Santé publique conduite par Geneviève Berteloot auprès de Polynésiens, je m'engage :

- à respecter scrupuleusement la confidentialité du contenu des entretiens qui me sont confiés,
- à ne jamais partager leur contenu avec une autre personne,
- à ranger le matériel qui m'est prêté (lecteur MD Sony, écouteurs, batterie), les Minidisks, ainsi que le support informatique (CD ou Disquette de sauvegarde) porteur de leur contenu à l'abri des vols éventuels et lors de leur transport,
- à protéger par un mot de passe (connu par moi seul et gardé en lieu sûr) les fichiers concernant la transcription et la traduction des entretiens,
- à restituer le support informatique à l'issue de la traduction transmise sur un CD ou sur une disquette et à détruire les fichiers informatiques contenant le cas échéant le matériel issu de la recherche de G. Berteloot.

Traducteur _____
Nom et prénom (lettres moulées)

Signature _____ Lieu et date : _____

ANNEXE XVI

Tableau III : Prénoms des Polynésiens autochtones inclus dans l'étude (Annexe XVI)

Prénoms des Polynésiens autochtones inclus dans l'étude

Cas	Prénom ³⁰⁰	Signification
001	Mana	Puissant, fort, qui a de l'autorité ; Pouvoir surnaturel ou matériel, puissance, autorité, influence.
002	<u>Averii</u> ^f	Prénom de femme âgée ; Litt. Petite queue de comète.
003	Toanui	Grand guerrier.
004	<u>Miri</u> ^f	Basilic, plante aromatique traditionnelle plantée à proximité des maisons.
005	<u>Vai</u> ^f	Eau, rivière ; exister, être.
006	Hiro	Héros considéré comme le Dieu des voleurs.
007	Pare	Place de refuge, château, forteresse, tour.
008	<u>Mataihau</u> ^f	Vent paisible.
010	Teiki	Prénom masculin des Marquises.
011	<i>Mareto</i>	<i>Marc.</i>
012	<u>Tuahine</u> ^f	Sœur.
013	Maui	Nom d'un personnage célèbre de la tradition polynésienne qui captura le soleil. Il était considéré comme le fondateur des rites religieux, aussi son nom était associé à plusieurs cérémonies.
014	Varua ^f	Esprit, âme.

³⁰⁰ Certains prénoms pouvant désigner à la fois un homme et une femme, et pour éviter toute ambiguïté, les prénoms des cas féminins (i.e. femmes polynésiennes porteuses du diabète de type 2) qui apparaissent dans la thèse sont pourvus d'un « f » placé en exposant.

Cas	Prénom	Signification
015	Taneraï	Homme céleste (litt. homme ciel).
016	<u>Moeata</u> ^f	Nuage endormi.
017	Pae	Cinq (Cf. Les 5 îles de l'archipel des Australes).
018	Vanaa	Érudit.
019	Mataïo	Matthieu.
020	Mihia ^f	Nostalgie permanente.
021	Vaïana ^f	Eau de la grotte.
022	Toriki	Prénom masculin des Tuamotu.
023	Ruta ^f	Ruth.
024	Maire ^f	Fougère odorante.
025	<i>Petero</i>	<i>Pierre.</i>
026	Faimano ^f	Mère de Hiro, le Dieu des voleurs.
027	Taaroa	Dieu créateur, quelqu'un qui saisit.
028	Tiare ^f	Fleur.
029	Torea	Oiseau du large.
031	Hina ^f	Nom de la première femme, épouse de Tii. (Premier homme selon la tradition tahitienne).
032	Hereiti ^f	Petit amour, fragile.
033	Tafai	Héros qui découvre les îles.
034	Tii	Nom du premier homme selon la tradition tahitienne.

ANNEXE XVII

**Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude
(Annexe XVII)**

Caractéristiques sociodémographiques des 30 cas vivants lors du travail de terrain

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	État matrimonial	Activité professionnelle
001	Mana	H	50 ans	TG ³⁰¹ (Hikueru)	Marié (en couple)	Retraité Ex-chauffeur de truck ³⁰²
002	Averii	F	69 ans	ISLV ³⁰³ (Raiatea)	Veuve en concubinage	Retraitée (Ex-employée de maison)
003	Toanui	H	47 ans	IDV ³⁰⁴ (Papeete - Tahiti)	Célibataire avec enfant	Musicien
004	Miri	F	61 ans	TG (Tikehau)	Veuve	Aide-ménagère
005	Vai	F	33 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	Mariée (en couple)	Femme de ménage
006	Hiro	H	38 ans	IDV (Faaa)	Marié (en couple)	Homme d'entretien
007	Pare	H	75 ans	TG (Anaa)	Veuf avec enfant	Retraité (Ex-maçon)
008	Mataihau	F	49 ans	ISLV (Tahaa)	Veuve avec enfants	Balayeuse

³⁰¹ Archipel des Tuamotu-Gambier.

³⁰² Terme populaire utilisé en Polynésie française pour désigner le moyen de transport collectif traditionnel.

³⁰³ Iles Sous-le-Vent.

³⁰⁴ Iles du Vent.

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	État matrimonial	Activité professionnelle
010	Teiki	H	69 ans	Marquises (Hiva Oa)	Marié (en couple)	Retraité (Ex-docker)
012	Tuahine	F	45 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	Veuve en concubinage	Artisanat
013	Maui	H	73 ans	ISLV (Huahine)	Célibataire	Retraité (Ex-aide-cuisinier)
014	Varua	F	58 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	Veuve	Pré-retraîtée (Ex-femme de ménage)
015	Moeata	F	54 ans	ISLV (Huahine)	Mariée (en couple)	Femme au foyer (Ex-femme de ménage)
016	Taneraï	H	55 ans	ISLV (Huahine)	Marié (en couple)	Mécanicien
017	Pae	H	79 ans	Australes (Raivavae)	Divorcé	Retraité (Ex-docker)
018	Vanaa	H	59 ans	Australes (Rapa)	Veuf avec enfant	Retraité
019	Mataïo	H	70 ans	ISLV (Raiatea)	Veuf	Retraité (Ex-manutentionnaire)
020	Mihia	F	46 ans	ISLV (Raiatea)	Mariée (en couple)	À la recherche d'un emploi (Ex-femme de service)
021	Vaiana	F	55 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	Mariée (séparée) ³⁰⁵	Artisanat
022	Toriki	H	48 ans	TG (Makemo)	Célibataire	À la recherche d'un emploi (Ex- ouvrier)

³⁰⁵ Polynésienne rencontrée exceptionnellement dans un établissement dans laquelle elle a été placée à la suite de violences conjugales.

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	État matrimonial	Activité professionnelle
023	Ruta	F	71 ans	IDV (Presqu'île de Tahiti)	Veuve	Retraitée (Ex-aide-cuisinière)
024	Maire	F	56 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	En concubinage avec enfant	Femme de ménage
026	Faimano	F	48 ans	ISLV (Raiatea)	Mariée (en couple)	Femme de ménage
027	Taaroa	H	48 ans	ISLV (Raiatea)	Marié (en couple)	Artisanat
028	Tiare	F	60 ans	ISLV (Raiatea)	Mariée (en couple)	Retraitée (Ex-femme de ménage)
029	Torea	H	34 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	En concubinage avec enfants	Soudeur
031	Hina	F	47 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	Mariée (en couple)	Femme au foyer (Ex-femme de ménage)
032	Hereiti	F	32 ans	TG (Anaa)	Mariée (en couple)	À la recherche d'un emploi
033	Tafai	H	45 ans	TG (Fakarava)	Célibataire	Employé administratif
034	Tii	H	48 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	Marié (en couple)	Magasinier

Age et île d'origine des 2 cas décédés avant la première entrevue

011	Mareto	H	62 ans	IDV (Moorea)		
025	Petero	H	78 ans	Australes (Rurutu)		

ANNEXE XVIII

Tableau V : Ancienneté du diagnostic du diabète des Polynésiens et degré de sévérité de leur maladie au moment de leur inclusion dans l'étude (Annexe XVIII)

Caractéristiques médicales des 30 cas vivants lors du travail de terrain

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	Ancienneté du diagnostic du diabète	Degré d'atteinte
001	Mana	H	50 ans	TG (Hikueru) Migrant	5 mois	DNID ³⁰⁶ avec complications multiples Sans traitement occidental (déli) Longue maladie pour coronaropathie
002	Averii	F	69 ans	ISLV ³⁰⁷ (Raïatea) Migrant	20 ans	DNID avec complications rénales, oculaires, HTA ³⁰⁸ et obésité Longue maladie ³⁰⁹
003	Toanui	H	47 ans	IDV ³¹⁰ (Papeete - Tahiti)	7 ans	Diabète sous insuline avec complications rénales, neuropathie diabétique, macro et micro angiopathies Longue maladie
004	Miri	F	61 ans	TG (Tikehau) Migrant	2 ans	Diabète sous insuline avec complications multiples Longue maladie
005	Vai	F	33 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	8 ans	Diabète sous insuline et obésité Longue maladie

³⁰⁶ Diabète non insulino-dépendant.

³⁰⁷ Îles Sous-le-Vent.

³⁰⁸ Hypertension artérielle.

³⁰⁹ L'expression « Longue maladie » sans indication d'une maladie particulière se rapporte au diabète de type 2 dit « compliqué ».

³¹⁰ Îles du Vent.

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	Ancienneté du diagnostic du diabète	Degré d'atteinte
006	Hiro	H	38 ans	IDV (Faaa - Tahiti)	3 ans	DNID avec troubles artérioveineux des membres inférieurs Longue maladie
007	Pare	H	75 ans	TG (Anaa) Migrant	14 ans	Diabète sous insuline avec insuffisance rénale chronique, goutte, Longue maladie
008	Mataihau	F	49 ans	ISLV (Tahaa) Migrant	4 ans et demi	DNID avec artérite des membres inférieurs et insuffisance respiratoire chronique Longue maladie
010	Teiki	H	69 ans	Marquises (Hiva Oa) Migrant	7 ans	Diabète sous insuline avec complications multiples Longue maladie
012	Tuahine	F	45 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	12 ans	Diabète sous insuline Sans traitement occidental (déli) Longue maladie
013	Maui	H	73 ans	ISLV (Huahine) Migrant	1 an et demi	Diabète sous insuline avec insuffisance rénale chronique et cardiopathie Longue maladie
014	Varua	F	58 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	6 mois	Diabète sous insuline avec neuropathie diabétique Longue maladie
015	Moeata	F	54 ans	ISLV (Huahine) Migrant	2 ans et demi	DNID avec HTA Longue maladie

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	Ancienneté du diagnostic du diabète	Degré d'atteinte
016	Taneraï	H	55 ans	ISLV (Huahine) Migrant	5 ans	DNID avec complications oculaires et HTA Longue maladie
017	Pae	H	79 ans	Australes (Raivavae) Migrant	20 ans	DNID avec complications rénales Longue maladie
018	Vanaa	H	59 ans	Australes (Rapa) Migrant	9 mois	DNID avec insuffisance cardiaque Longue maladie
019	Mataïo	H	70 ans	ISLV (Raïatea) Migrant	10 ans	DNID avec complications rénales et HTA Longue maladie
020	Mihia	F	46 ans	ISLV (Raïatea) Migrant	12 ans	DNID avec complications oculaires (rétinopathie diabétique ischémique) et hypercholestérolémie Longue maladie
021	Vaïana	F	55 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	2 ans	DNID avec complications (artériopathie) Sans traitement occidental et non suivi « Perdue de vue »
022	Toriki	H	48 ans	TG (Makemo) Migrant	2 mois	DNID sans complications
023	Ruta	F	71 ans	IDV (Teahupoo - Tahiti)	4 ans	DNID avec complications associées (oculaires, insuffisance coronarienne) et HTA Longue maladie

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel & Lieu Naissance	Ancienneté du diagnostic du diabète	Degré d'atteinte
024	Maire	F	56 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	6 ans	DNID avec complications associées (oculaires) Sans traitement occidental « Perdue de vue »
026	Faimano	F	48 ans	ISLV (Raiatea) Migrant	2 ans	DNID sans complications Sans traitement occidental (déli) « Non suivie » « Perdue de vue »
027	Taaroa	H	48 ans	ISLV (Raiatea) Migrant	28 ans	Diabète sous insuline avec complications multiples et oculaires Longue maladie
028	Tiare	F	60 ans	ISLV (Raiatea) Migrant	6 ans	Diabète sous insuline avec complications oculaires et HTA Longue maladie
029	Torea	H	34 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	7 ans	DNID avec complications non précisées (Suivi irrégulier)
031	Hina	F	47 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	2 ans	DNID sans complications
032	Hereiti	F	32 ans	TG (Anaa) Migrant	4 ans	DNID sans complications Longue maladie pour cancer
033	Tafai	H	45 ans	TG (Fakarava) Migrant	1 an	DNID sans complications
034	Tii	H	48 ans	IDV (Papeete - Tahiti)	1 an	DNID sans complications

Caractéristiques médicales des 2 cas décédés avant la première entrevue

Code	Prénom	Sexe	Age	Archipel, île, lieu de naissance	Ancienneté du diagnostic du diabète	Degré d'atteinte
011	Mareto	H	62 ans	IDV (Moorea) Migrant	-	Diabète sous insuline avec complications multiples (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale traitée par dialyse) Décédé en 2004
025	Petero	H	78 ans	Australes (Rurutu) Migrant	-	Diabète sous insuline avec complications multiples Décédé en 2003

ANNEXE XIX

Transcription intégrale du contenu des deux entretiens réalisés avec Ruta³¹¹ (version originale)

Légende

C : Cas (Ruta)

I : Interprète

G : Geneviève

(...) : Bref silence

[Silence] : Long silence

[MG] : Médecin Généraliste

[MS C 1] : Médecin Spécialiste en Cardiologie

[MS D] : Médecin Spécialiste en Diabétologie

[Nom méd. X] : Nom de médicament X

³¹¹ Cas 023.

Transcription du premier entretien réalisé avec Ruta

G : Māuruuru no teie fāreireira'a. A fa'ati'a mai na 'oe i te ha'amatarara'a o tō 'oe ma'i Māmā...

C : Te ha'amatarara'a tō'u ma'i *humm...* (...) Te ha'amatarara'a mai tō'u ma'i māuiui na roto i tō'u pu'oi ra'a ivi, e 'afa'i hia atu ra vau iō te Taote, i [Nom établissement de soins 2], a toru matahiti i teie nei (...) e te hi'ora'a hia, e māfatu. 'Ē, e māfatu no te 'ohipa puhipuhi 'ava'ava 'e'ere, te paraura'a. No ni'a ato'a paha i te mā'a (...) 'aita vau e pāpū. Mai na reira te 'itera'a hia mai te 'ōmaha tihota (...) e 'ōmaha tihota tō'u. Tera e māuiui ra e 'ōmaha tihota, ta'a noa atu ai te māfatu, 'ere ? Na te 'ōmaha tihota i fa'ahaere mai i te ma'i māfatu. [Ouvre son corsage pour nous montrer la cicatrice de sa thoracotomie ainsi que celle du prélèvement de son greffon à son bras gauche]. Te paraura'a 'aita vau e 'ite, puhipuhi i te 'ava'ava..., 'amu i te mau mā'a 'aita e tano..., tera, tera ia. 'Afa'i hia atu ra vau i te [Nom établissement de soins 2], mai [Nom établissement de soins 2] 'afa'i roa hia atu ra vau i [Pays 1 hors Polynésie française] (...) Tāpu hia atu ra, e piti *pontages* tō'u *hein ? Humm...* Tera ia. E piti hepetoma vau i'ō, fa'aho'i hia mai nei, mea maita'i roa e tae roa mai i teie mahana, *humm*.

Teie mahana te 'amu noa nei vau i te rā'au i horo'a hia mai e te Taote, te reira tau ra na [Nom MG 1] vau e hi'opo'a, e te Taote māfatu ra [Nom MS C 1] i'ō i Nom établissement de soins 1], [Nom prénom MS C 1] 'o na ia tō'u Taote e... [Nom MS C 2], te Taote rahi roa'e ia teie, na rāua e hi'opo'a ia'u no ni'a i tō'u māfatu (...) *humm* tera, 'ē, mea maita'i roa. Tera ia tā'u e nehenehe e parau atu ia 'outou, ia 'orua. No te rā'au ra te rave noa nei ihoā ia vau i tā'u rā'au, ia haere au e fāreirei ia [Prénom MS D 1] te mahana tā na e hina'aro ia'u e haere e haere vau, *mais* mea maita'i roa ra vau, maita'i roa e te mā'a, 'aita vau e 'amu hānoa i te mau mā'a... 'aita e ha'apa'ora'a... mai te... faraoa monamona... 'aita. 'aita.

E 'amu vau i te *salade*, tā'u 'au'a *salade* (...) hāmani ana'e vau hō'ē 'au'a rahi, 'oia ! *salade*, haere vau i tā'u 'ohipa ho'i mai, e 'amu vau 'aita ia e hāmani fa'ahou ra'a, 'ere ? no te hupehupe ānei [rire retenu] mea na r(e)ia (...) e... tā'u *viande, morceau de viande ou poisson*. Te ahiahi te tihōpu. *Alors* e fa'a'i ihoā ia, fa'arahi ihoā ia vau i tā'u mea i roto i te

tihōpu, tihōpu tinito e tu'u vau i te tahi *viande hachée* i roto, e... hō'ē... 'umara putete *découpée*..., fa'arairai, tā'u pota, *voilà, ou bien*... e moa..., tera mea... mea 'uo'uo to te moa i raro a'e ra te reira ia tā'u e tāpupu, tā'u ia e 'amu nei.

Tera noa ia tā'u e nehenehe e parau atu ia 'orua. 'Ā i ni'a i tā'u mau rā'au ra te ha'apa'o nei au, e 'aita ra vau e fa'aea i te puhipuhi i te 'ava'ava, no te mea..., hō'ē ta'ata hō'ē..., 'aita e ta'ata e paraparau mai, e vahine puhipuhi 'ava'ava ihoā vau mai tō'u 'apira'a mai e tae roa mai i teie mahana, ua tāma'i hia vau e te Taote « eiaha e puhipuhi fa'ahou », 'aita ra e fa'aro'o. [rire retenu] [Silence]

G : *Est-ce que tu considères que ton diabète est lié à quelque chose, à un événement qui s'est passé dans ta vie ?*

C : *Je ne pense pas*... [Silence]

G : E aha tō'oe huru i te 'itera'a e... e 'ōmaha tihota to 'oe ?

C : E horuhoru ihoā ia tō'oe 'ā'au*, e pe'ape'a 'oe e e tuatāpapa ato'a ihoā 'oe, no te aha, i roa'a mai ai ia 'oe teie ma'i, (e) 'ere ? 'e. Tō'u Māmā..., ua pohe i te 'ōmaha tihota, *humm* ? Ua tāpu hia tō na 'avae. [Silence]

Tō'u Māmā e vahine 'amu tihota : tā na *café* i te po'ipo'i mea tāmonamona monamona e... e'ita 'oe e nehenehe..., 'o na ihoā ia tō na huru, 'ere ? E'ita 'oe e nehenehe e parau ia na e'ere'... mea monamona roa, te reira ihoā tā na i au. Ia'u 'aita vau e au mea monamona *hein?* e inu ihoā ia vau *mais* tā'u *café* i te po'ipo'i 'aita vau e tātihota, 'aita. Ei ū ra 'oia ia, *mais*... 'aita ānei, 'aita ānei ho'i te ū... e tū'ino ato'a ra i roto, 'aita ato'a vau e 'ite. E parau 'oe e inu 'oe i te *café* e 'ere i te mea maita'i..., ia parau 'oe e inu 'oe i te ū..., e 'ere i te mea maita'i *cholestérol*, 'aita atu ra 'oe ta'a fa'ahou ai... tei hia te 'afarora'a, ia'u *il faut* ihoā tā'u *café* i te po'ipo'i..., e tā'u 'ava'ava. [Silence]

G : *Humm... humm*... E... e aha te huru o tō'oe 'utuafare feti'i, te hoa, te mau tamari'i i mua i teie ma'i Māmā ?

C : Ha'ape'ape'a ihoā ia te tamari'i, no te mea hō'ē tā'u tamaiti tera i'ō a'e i te [Nom Société Polynésienne] 'ōmaha tihota tō na (a)to'a, na [Prénom MS D 1] ato'a e rāpā'au ra. (...) [Nom Prénom mari de C] (...) tā na... tā na tamaiti te fa'aea i'ū nei, māua ana'e, māua e piti, o vau e te mo'otua, *petit-fils*... 'Aita ia vau i 'ite e 'ōmaha tihota ānei tō na ato'a, araua'e iho paha ! 'Aita ā ia, *mais* tā'u matahiapo, 'aita. [Silence]

J'ai deux enfants, une fille et un garçon. Ma fille, elle n'a pas ça. Mais mon fils si, le cadet hein. Alors ici je vis avec son fils, mon petit-fils qui est [Prénom petit-fils]... Mon mari il est mort, ça fait un an maintenant, humm... Alors..., ça n'a rien à voir avec eux, hein. Je peux pas vous dire pour mon mari parce que... chez les protestants ils ont leur... façon... Quand je me suis mariée avec mon mari, c'était un veuf et en plus [Fonctions mari de C], et il avait 80... 89 ans... Non ça fait 20 ans, dans les 80 et il est mort à [Age du mari de C] ans. Alors euh... nous étions pas, euh..., mariés par amour... mais par respect de... la loi dans l'Eglise, humm. Parce que je ne peux pas être confirmée... et... « ordein... » Comment on dit « ordein » ?...

I : *Euh... ordination,*

C : *Oui.*

I : *Consécration, consacre, consacrée.*

C : *Voilà, voilà. Euh... célibataire..., humm, et lui aussi... Voilà pourquoi que... on s'est mariés juste pour ça. Un pasteur ne peut pas servir le Seigneur seul, et moi non plus je peux pas être consacrée, être seule. Alors lui... veuf et moi j'étais veuve aussi. Voilà. Tera pa'i ia te fa'anahora'a a te 'Etaretia Evaneria... humm ? humm. Alors aujourd'hui, il est parti, je suis tout' seule avec le Seigneur... [Silence]*

Parce que je sais que vous allez me demander, « mais où il est mon mari ? » Humm ? [Silence]

Tera ia. [Silence]

G : *E tauturu tā'oe tamari'i i roto i tō'oe...*

C : *...tō'u orara'a ? (...) Teie vāhi no ta'u tāne mātamua fānau tera e piti tamari'i. Humm ? I muri iho, ua ta'a māua, ua ha'aipoipo 'o na i te hō'ē vahine 'āpī..., ua fānau te tamari'i, tei [Ile de Polynésie française]. Ua ha'aipoipo vau, tā'u vāhi māuruuru ia na, e'ita vau e nehenehe e haere mai i roto i teie fare... no te mea, ua hāmani hia teie fare no te tamari'i. 'E'ere, na te tamari'i vau i 'āfa'i mai i'ū nei i roto i teie fare, e tā'u tāne 'āpī i'ō. Teie mahana rā 'aita ia. Te fatu o teie vāhi tera ia i'ō a'e, mo'otua, [Prénom tahitien] (...) ia pohe vau 'o na ia te fatu, (e)'ere ? Tera, tera te fa'anahora'a, tā te Pāpā rū'au (e) 'ere ? 'Ā ua tano ato'a ihoā ia'u, 'ere ? māuruuru vau. Tera ia. [Silence]*

J'avais pas le droit de mettre quelqu'un ici, parce que ici ça appartient aux enfants et... notre communauté n'a pas été partagée, humm?... était pour les enfants. Alors le... la terre était au nom de mon fils, et la maison appartient à mon fils et ma fille. Maintenant j'ai un... petit-fils qui a 34 ans maintenant. Alors j'avais demandé à mon fils de lui donner ici et... eux deux... ils vont à la... au district, à [Nom de commune 1 à Tahiti]. Alors il a accepté avec mon ex-mari, parce que il faut la signature du... mais j'ai pas le droit de vivre ici avec un mari..., un nouveau, à condition..., humm... oui..., non..., on peut pas, à condition qu'il me donne la permission, le père de mes enfants, et... mes enfants. Mais ils m'ont donné l'autorisation de rester et habiter ici.

G : *Donc avec ton premier mari tu as eu des enfants...*

C : *Deux*

G : *Et avec le deuxième mari tu n'as pas eu d'enfants ?*

C : *Non, non. Non, non. Parce que ici c'est les biens des..., biens de... de mon premier mari avec mes enfants. Alors il faut quand même l'autorisation, comme, euh... notre bien de la communauté n'a pas été partagé, alors j'avais ma moitié et lui la moitié, n'est-ce pas ? Alors... notre moitié iront vers les enfants. Ce sera pour les enfants. Nous avons acheté ici pour les enfants. Voilà pourquoi que... lui il n'a pas le droit... d'habiter ici et moi non plus, à condition qu'il me donne la permission ou moi je lui donne la permission de vivre ici, pour la communauté de notre communauté, plus l'accord des enfants. Alors il m'a donné l'autorisation de vivre ici jusqu'à ma mort. Mais, après ma mort, mon petit-fils deviendra propriétaire de cet endroit, voilà. J'étais contente... [rires] parce que autrement, je serais pas ici, je serais dans une maison à louer hein ? Voilà.*

G : *E aha te taimē i ha'amata ai 'oe i te rāpa'au i tō'oe ma'i Māmā ?*

C : [Silence] *Mai te mahana i mau ai au i te [Nom établissement de soins 2], fa'ahoro hia vau no te parau e... e māfatu, mai te reira mai tau vau i te rāpa'au ra'a hia e tae roa mai i teie nei. Te tai'o mahana rā, 'era roa ia matahiti. J'ai pas la date en tête... [rire retenu]*

G : *Piti, piti matahiti ?*

C : *'Aita, 'aita, 'aita, 'aita, 'aita,*

G : *'Aore ra toru ?*

C : 'Aita... ua haere maha matahiti paha i teie nei, 'ere ? Te ha'amatarā'a mai, matahiti piti ah' piti tauatini hō'ē... *ou* piti tauatini piti... *non*, piti tauatini hō'ē ra... 'oia ĩa. 2001, *je crois. Je pense... Je peux plus me rappeler aussi...*

G : E te ma'i 'ōmaha tihota i te...

C : 'Aua'e te māfatu 'ite hia ai e 'ōmaha tihota, *humm* ? 'aua'e te māfatu 'ite hia ai e 'ōmaha tihota. [Long silence]

G : *Et est-ce que tu penses qu'il y a une relation entre...*

C : (Te) Māfatu ?

G : *Entre tes problèmes de cœur et tes problèmes de diabète ?*

I : Te vai ra hō'ē tū'atira'a i roto i tō'oe mana'ora'a i te parau no to 'oe māfatu e tō 'oe ma'i 'ōmaha tihota ?

C : Ina(h)'a te ha'amatarā'a mai ? (...) *Enfin*, e mana'o noa *hein*, e 'ere ho'i vau te 'aivana'a e... Taote no te reira mea, te ha'amatarā'a mai mea na roto mai i te māuiui i te pū'oi ra'a ivi, 'ere ? (...) E te vaha ato'a 'aita e aura'a e..., fa'ahoro hia atu ai i te fare ma'i, tera ĩa tei hōro'a hia mai, e māfatu e te 'ōmaha tihota, *humm* ! Te na'ō ra rātou no ni'a paha i te mā'a e te 'ohipa puhipuhi 'ava'ava te māfatu. Na roto i te 'ōmaha tihota e roa'a mai ai te tahi mau taime, te tahi ihoā mau ta'ata, te māfatu... (...) tā'u ĩa e... 'ina'a... ait'... i te reira vāhi rā, e'ita vau e nehenehe e parau, tera pa'i ia tei hōro'a hia mai.

...(...) *C'est ce qu'ils m'ont dit là... à [Nom établissement de soins 2] que... j'avais le... le cœur, et le diabète. Est-ce que c'est le diabète, [Silence] qui m'avait provoqué pour le cœur ou, c'est un début de cœur aussi... je sais pas, qui ai provoqué le diabète ? Je sais pas. Je peux pas vous dire, j'ai jamais été chez le Docteur, jamais, jamais, jamais.*

G : I te mātamua?

C : 'Aita, 'aita. 'Aita ā vau i pohe hia na i te ma'i, *non*, 'aita.

G : I te mātamua 'aita e fifi ?

C : 'Aita, 'aita. 'Oia, te hota, *ça c'est rien*, ua mātau ihoā ĩa tātou te hota, 'oia ĩa, *mais...* tera mau ma'i rarahi, *dengue* e aha ana'e atu ā, 'aita. 'Aita pa'i vau e haere i te fare ma'i, 'ere ? mai teie, mai te... māfatu... 'ōmaha tihota... 'Aita.

G : E i tō'oe mana'o i te ferurira'a a te mā'ohi e aha te i'oa o tō 'oe ma'i Māmā ?

C : E aha te i'oa o tō'u ma'i ?

G : 'Ē.

C : [Silence] E'ita vau e nehenehe e parau ia 'oe, te paraura'a ho'i e..., te Taote, eiaha te ta'ata tahiti, non. Te paraura'a a te Taote, e ma'i tumu no roto mai i te... metua *hein* ? 'ere ? (...) Te paraura'a ia, parau ti'a ānei ? ua hape ānei ? 'aita e 'ite, ua tano ānei 'aore 'aita. (...)

G : Ua parau te Taote e ma'i tupuna ?

C : Tupuna *oui*, 'ē, te *diabète*...

G : No te mea i roto i tō'oe ferurira'a...

C : 'Ē, 'aita pa'i vau e feruri ra, ua ha' pohe tō'u Māmā e *diabète*, na'ō ra'a vau : e parau mau ihoā paha ia tā te Taote, o rātou te 'aivana'a tuatāpapa mai ia 'outou, 'ere ? Ia parau hia mai te hō'ē ta'ata tahiti tera tō 'oe ma'i, e no'ō mai, e ti'aturi ihoā ia 'oe, 'ere ? Mai te mariri, 'ōpu mariri tō 'oe e haere mai ihoā i ni'a i te huā'ai, 'ōpu 'ōmaha tihota e haere mai ihoā i ni'a i te hua'ai (...) *humm* ? tā'u ia i fa'aro'o. [Silence]

G : *Tu dis que ta maman est morte du diabète, elle était donc diabétique..., est-ce que selon toi, le diabète de ta maman c'est le même diabète que tu as ou c'est différent ?*

I : Hō'ē ā ānei tō'oe ma'i 'ōmaha tihota e tera tō'oe Māmā ? (...)

C : *Je peux pas vous dire ça, je peux pas vous confirmer...*

G : Na roto i te reo tahiti Māmā ?

C : E'ita vau e nehenehe... ha'apāpu ia 'orua i te reira vāhi, 'ere ? Te parau, e haere vau i ni'a i tā te Taote parau, eiaha tā'u parau, 'aita, tā te Taote ra parau, tā'u ia e rave 'ere ? (...) Penei a'e mea ta'a'ē tō na *parce que*, fa'atata 'o na i te (f)a'aru'e mai i teie nei ao 'ite hia atu ai e 'ōmaha tihota tō na, 'ere ? e va'u 'ahuru ma maha matahiti tō na i fa'aru'e mai ai. 'Aita vau i ite. Māuiui, e e ta'i noa ihoā 'o na na'ū nei māuiui tō na 'avae... Teie nei, ua ha'apē i ni'a i tō na mai'u'u' 'avae..., 'ere ? 'afa'i hia atu ai i'ō te Taote, e tāpu hia atu ra teie vāhi...

G : *Ah...*

C : (...) E hō'ē... e piti hepetoma 'o na i'ō i te... [Nom établissement de soins privé 1 à Tahiti], mea... [Nom de quartier à Tahiti], *pardon*, [Nom établissement de soins privé 2 à Tahiti] fa'aru'e mai nei, 'aita ia i 'ite hia na mua atu 'ene ? E taime poto roa, e ta'i hā noa 'o na na'ū nei *et puis* māuiui tō na mea, tō na 'avae, ua ha'apē pa'i, mea na reira i 'afa'i hia

atu ai iō` te Taote, e ta`a hia atu ra, parau hia mai nei `ōmaha tihota, `aita i maoro ina`(h)a te pohe mai nei, ina`(h)a. [Silence]

G : *Est-ce qu'elle a souffert, tu te souviens de...*

C : *Eh ben... les... oui, parce que... normale', euh... avant de l'emmener à l'hôpital...*

G : Māmā...

C : Mea..., na mua a`e e haere `ona i te fare ma`i, `aita `o na i hina`aro e haere i roto i te fare ma`i, tera hō`ē vāhi `aita `o na e hina`aro (te) fare ma`i, `aita ra ho`i e rave`a *il faut* `afa`i. *Et comme hō`ē soeur* tō`u, tō, tō muri iho ia`u e Taote... mea..., e tu`ati vahine, no [Pays 2 hors Polynésie française] mai, tāpapa roa mai nei `o na, na na i rave i tō`u Māmā i roto i te fare ma`i e... pohe noa atu ra tō`u Māmā. `Aita ho`i ia tō`u Māmā e piti `ava`e i roto i te fare ma`i, ina`(h)a te pohe mai nei. [en tapant sur la table]

Tera ia, ti`a atu ai tā`u e nehenehe e parau, mea na reira ato`a to`u i te tupura`a mai, māuiui na roto i te pū`oi ra`a ivi, te vaha `aita e `afaro..., mea huru `ē roa `ino, `afa`i hia atu ai, ina`(h)a na`ō hia mai nei e... e māfatu, te ha`amata ra te māfatu... no te puhipuhi `ava`ava... e `ōmaha tihota..., fa`aro`o noa, i reira te paraura`a hia mai e... e ma`i tupuna ! te reira ihoā paha, `aita ato`a vau e `ite.

G : E i tō `oe mana`o e aha te aura`a o teie ma`i ?

C : Te aura`a o teie ma`i ?

G : `Ē

C : (...) `Aita. `Aita roa tā`u e pahonora`a i roto, *mais...* mea fifi no te hō`ē ta`ata `ōmaha tihota tō na, ia `ore `oe e ha`apa`o mai ta te Taote parau e... « eiaha tera, eiaha tera, eiaha tera » `ere ? Hi`o `oe ua pē te `avae. Māuruuru vau i te Atua, a hia matahiti i teie nei tō`u `itera`a e `ōmaha tihota, e ri`ari`a ato`a vau ia hi`o ana`e atu hoi au e... pē, `ere ? [Silence]

C : Parau ra`a i teie mahana [rires retenus] e fifi ri`i pa`i, tapura `ohipa e aha ana`e atu ā, `ē pa`i !

I : `Aita e nehenehe e fa`ahaere fa`ahou ?

C : `Oia, fa`ahaere ri`i ā ma`a taime iti *parce que* fa`aru`e vau ia `orua...

I : [S`adresse à G :] *On peut continuer encore un peu parce qu'après elle va s'en aller...*

C : 'Ē, *mais*, mōnire rā, te mōnire mahana vata te reira na'u *hein*, nehenehe pa'i ia tātou e... fa'anaho hō'ē mōnire na tātou, eiaha te ahiahi, 'aita e *pastorale* tā'u i te ahiahi 'ere ? ahiahi mōnire, no reira pau roa tā'u mau pu'era'a mea hina'aro te ta'ata e fārerei mōnire,

I : Mōnire

C : *oui*, 'ere ? e vaiiho ihoā ia vau tō'u tere ia [Prénom MS D 1] ra *je peux toujours...*, haere te mahana mā'a ia [Prénom MS D 1] ra *parce que* e haere 'oe *dans la semaine* [en tapant sur la table], ina(h)'a ia te pere'o'o, 'aita e... *vaira'a* pere'o'o, *alors il faut* ia te ta'ata e *déposer* ia 'oe, e ti'i mai ia 'oe *alors...* e 'ohipa iti rahi roa... (...) Tera pa'i ia...

G : *Ok on peut continuer ?*

I : *Oui*, en s'adressant à C] e hia taime tā'oe e horo'a mai ?

C : *Parce que* 'ahuru ma hō'ē e fa'aru'e vau ia 'orua, haere vau e fa'aineine ia'u mai te reira.

G : *Ok on peut continuer là ? (...) Tu as dit en fait que ta maman est...*

C : *est morte...*

G : *est décédée... c'était en...* i te matahiti...

C : 'Ā... *je...*, 'aita vau e nehenehe e parau fa'ahou atu ia 'oe, matahiti ua reva [*rires*] 'aita vau e ta'a fa'ahou, matahiti tauatini piti, tauatini hō'ē, tauatini piti..., 'aita vau e ta'a fa'ahou. 'Ē.

G : *Est-ce que tu te souviens...*

C : *Il faut* ia *aller fouiller les papiers là pour... le décès...*

G : *Est-ce que tu te souviens si elle est décédée avant que l'on découvre ton diabète ou après ?*

C : *Euh... avant, avant, bien avant...*

G : *Bien avant ?*

C : *Oui, bien avant, quand..., (...) qu'on trouve que j'ai le diabète aussi. Je crois un an... après, (...) j'ai eu la crise euh... enfin... je sais pas si crise de diabète... crise de cœur ?*

G : A fa'ati'a mai na i te « *crise* », a fa'ati'a mai na i te huru...

C : Na roto mai i tō'u ta'oto !

G : 'Ē, 'ē.

C : Na roto mai i tō`u ta`oto māuiui tō`u rima, pū`oi ra`a ivi mai te rumati *hein* ? (...)
hummm. Te ha`amatara`a mai e to`u vaha ia inu vau i te pape, `aita e aura`a. Haere noa, haere noa (a)tu ra e... ina` (h)a, rahi roa atu ra [Tape sur la table]. Tāniuniu atu ra (vau) tā`u tamahine, `aita tā`u tamahine e fa`aea i`ū nei, e fa`aea `o na i [Nom de commune 2 à Tahiti]. Tāniuniu atu ra vau ia na ha`aviti mai, e na na i `afa`i ia`u iō te Taote, te `afa`i ra`a hia, na`ō hia mai nei : « te māfatu e e diabète ato`a », tā rātou hi`ora`a, mai na reira i `ite hia ai e *diabète* e te māfatu.

G : E... i tō`oe mana`o, e aha te ma`i `aore ra te mau ma`i piri roa i teie ma`i `ōmaha tihota ?

C : `Aita vau i `ite. `Aita vau e nehenehe e pahono ia `oe i te reira, `e`ere ho`i au i te `aivana`a no`, mai tā`u i parau, `aita ā vau i pohe hia a`e i te ma`i a tahi ra, *hummm*. Mai tō`u `āpira`a mai `aita vau i haere i roto i te fare ma`i no te tahi ma`i..., no te tahi ma`i..., `aita.

G : *Hummm..., hummm,*

C : `Ē. [Silence]

G : E i tō`oe mana`o i te ferurira`a a te Mā`ohi e aha te tumu `aore ra te mau tumu o tō`oe ma`i i tō`oe hi`ora`a ?

C : `Aita vau e tāu`aparau i te Mā`ohi, no te mea mea piri roa atu ia te Mā`ohi ia`u, `ere ? E ui noa ihoā ia vau ia`u iho, `ere, e`ita vau e haere e parau ia rātou e, tera tō`u mai e... tā rātou e fa`anaho mai `aita. Tā te Taote ra e fa`anaho mai, tera ia tā`u e tāpe`a mai, *hummm* ? te parau a te Taote e ma`i tupuna, `ere ? *alors...*, ua hi`o vau, i tā`u hi`ora`a ua pohe tō`u Māmā i tera, e o vau i teie mahana e tā`u tamaiti tera e pohe ato`a ra, penei a`e, ua tano, `ere ? e`ita ia vau e fa`ahape tera parau, penei a`e no roto mai ihoā, e tō`u mau pu`era`a feti`i tera te ma`i rahi roa, `ere ? (...) *Alors*, no raro mai ia e tae mai i teie tau, teie tau, te `itera`a hia teie mau ma`i, `ere ? *parce que* i tera tau, `aita. Te mariri, `oia ia, tei te mau vahi ato`a te mariri, nehenehe e `ōpū e ma`i tupuna, e nehenehe e ma`i hāmani `ino, e nehenehe no teie nei te roa`ara`a, `ere ? Te vahi tā`oe e fa`aea ra, ia au i te parau na te naonao e hopoi, `ere ? [Silence]

E`ita ia vau e nehenehe... e ha`apāpu roa`tu ia `oe, ia `orua te... *hummm...*

G : E no hea mai teie ma`i ?

C : Tō`u mana`o ?

G : no roto mai ānei i te he'a, i te fati, i te mariri 'ai ta'ata e te vai atu ra Māmā ?

C : Te 'ōmaha tihota e... te mariri 'ai ta'ata 'aita rāua e tu'ati ra..., 'aita vau e mana'o... mariri 'ai ta'ata mea ta'a'ē te reira *hein*... [Silence]

Diabète et cancer..., je sais pas... [Silence]

'Aita tā'u e fa'anahora'a i te parau, *non*. (...) Te *diabète* ra i teie mahana 'o na i te 'itera'a hia, i teie mahana, 'ere ? muta'a iho ra, 'aita. Te vai ra paha i tera tau e i'oa 'ē tō na, 'ere ? I teie mahana te parau ra te Taote e *diabète*, penei a'e i tera tau te vai ra *mais* 'aita ra tera i'oa « *diabète* », e i'oa 'ē, 'ere ? [Silence]

Teie mahana te ha'apāpura'a hia, e te 'aivana'a te Taote tuatāpapa, e 'ōmaha tihota, e *diabète*, no reira vau i parau ai i tera tau, te vai ra paha, *mais* 'aita ra tera i'oa. [Silence]

Tera noa ĩa tā'u e nehenehe e parau. [Silence]

*C'est très intéressant de savoir aussi, parce que là, on travaille..., enfin... moi, je visite les malades, et je les vois, dans leur lit : [dit avec compassion] « Qu'est-ce que tu as Papa ? » Des fois je..., après... la prière... je discute avec eux. Faut bien discuter euh... hein ? Euh, je me mets à leur place aussi, de leur souffrance, hein ! et je suis diabétique ! (...) Et..., et puis les voir euh... souffrir là... c'est plein de..., hein ! des bobos partout ! mais... d'où ça vient ? et pourquoi ? (...) Si je me..., sais-tu', vous savez quand euh..., on a le diabète ça nous démange par moments. [Dit en se grattant les avant-bras] *Qu'est-ce que... j'ai mangé pour avoir ça ! Humm ? (...) [Tape sur la table] Peut-être euh... j'ai trop mangé d'gateaux ? hein ? pour que ça me démange..., je sais pas..., trop de sucre ? (...) Et je leur regarde, et pourtant ce sont des gens qui mangent pas des..., je pense pas que... ils sont là sur le steak tous les jours..., le poisson oui ! Enfin..., en voyant... (...) le genre de ces personnes-là, ce sont pas des personnes, aisées... euh... qui mangent du steak avec des frites tous les jours, hein ! je pense pas ! poisson ! oui ; miti ha'ari³¹²... du lait de coco... ; taro..., ou bien-portants, mais pourquoi... ça ? (...) C'est peut-être euh... ils boivent de la bière aussi ! hein ? Soi-disant que la bière euh... n'est pas bonne pour le..., [Début des aboiements de chiens] *pour ça ! Je bois pas, [Dit avec insistance :] je fume, [Dit avec rire***

³¹² « Sauce constituée par un mélange d'eau de mer et de lait de coco » (Académie tahitienne, 1999 :270).

retenu :] *je bois pas, humm !...* [Persistence des aboiements de chiens] *Ya les flics ! Ah non... Alors ! quelle journée hein !...*

[En s'adressant à l'un de ses chiens :] *Outside* roa ia 'oe !

G : Māmā ua parau 'oe... mai te peu e te ma'i 'ōmaha tihota e ma'i tapiri 'o na ?

C : *Ah... alors là...*

I : Te fa'ahiti mai ra pa'i 'oe iraua'e ra mai te... ma'i..., na fea e parau..., mai te huru pa'i e... e mea fa'a'ino hia 'oe ?

C : *Non, e'ita. Non, 'aita te reira, eiaha, eiaha...*

I : Te mariri...

C : 'Ē, te mariri 'ai ta'ata penei a'e i te reira tau, te reira pa'i tau, 'ere ? te 'ite ra tātou, ua 'ite ia te ta'ata, te ta'ata tahiti e... e ma'i mariri 'ai ta'ata tera. Te 'ōmaha tihota rā, 'aita pa'i tātou i, 'ite i te reira tau, 'ere ? fa'aro'o e *cancer*... 'ere ? *mais... y a jamais eu de* 'ōmaha tihota tā'u pa'i ia i tō'u tau. *J'ai 72 ans aujourd'hui, j'ai jamais entendu, il a fallu que... hein !* teie tau. 'Ē, tō mātou tau, tera tau ia Māmā mā 'aita. Mariri 'oia ia. Mariri 'ai ta'ata 'oia ia. Te 'ōmaha tihota, 'aita, 'aita ā vau i fa'aro'o atu ra, i teie tau 'oia. No hia mai pa'i ? no hia mai ?

Penei a'e te vai ra te 'ōmaha tihota i tera tau, 'aita ra te ta'ata tahiti i maramarama ra e 'ōmaha tihota tera. E 'ere ato'a te ta'ata tahiti i te mau feia e haere iō te Taote i tera tau, 'aita, mea mehameha roa na rātou te Taote. Fa'aea noa, haere e ti'i i te rā'au mea. E mea tō mea, haere rave mai i te rā'au pāfa'i, tūpa'i, tu'u i ni'a iho, *tu vois. Mais* 'aita pa'i e tuatāpapa hia..., mai teie tau, ahani paha te vai ra te 'aivana'a i te reira tau i tuatāpapa, 'oia paha... e ta'a hia paha... *mais...*, ia'u 'aita vau i fa'aro'o. Tō'u noa ihoā o ta'u i 'ite i teie mahana e 'ōmaha tihota te paraura'a a te Taote, e... e māfatu, eiaha e puhipuhi rahi i te 'ava'ava, *humm ?* Tera.

G : *Et quand tu parles de* « puhipuhi i te 'ava'ava

C : *Oui !*

G : I mātamua ua puhipuhi roa 'oe ?

C : *Oui !* mea puhipuhi 'ava'ava roa vau i tera tau

G : *Depuis quel âge ?*

C : *Euh... dix neuf ans (19 ans)*

G : *Depuis l'âge de 19 ans ?*

C : *Oui, et j'ai 72 ans*

G : *Jusqu'à aujourd'hui ?*

C : *Oui,*

G : E puhipuhi 'oe i te *Bison*, 'aore ra te *Marlboro* ?

C : 'Aita, *eah... Marlboro, Bison, Bison*, ha'amata mai ai te māui(ui), 'ere ? na ni'a mai i te *Bison*, i pohe hia mai vau i teie ma'i, i tupu ai tera fifi i ni'a ia'u, ho'i ra'a mai ia'u, e rave atu ra vau i te *Malboro* 'uo'uo. Teie mahana 'aita, e *Royale... humm... humm...*

G : E e aha tō'oe mana'o no teie puhipuhira'a i te 'ava'ava ?

C : Te na'ō ra te Taote : « e 'ere i te mea maita'i no te mea e' te *Nicotine* e haere 'o na na roto i te uaua e... e 'opani i te haere ra'a... toto, 'ere ? mata'i e te toto, na te mata'i e tūra'i i te... toto, ere ? i roto i te uaua. E mana'o vau i te reira ra 'oia paha, 'oia paha, e'ita vau e fa'ahapa, 'ere ? no te mea ia puhipuhi vau i te 'ava'ava e hota, 'ere ? e tera hota... ra e haere ihoā ia i ni'a i te māfatu, 'ere ? Tera ia, ua 'ite au e mea 'ino, no'u, e... na fea vau e parau..., e'ita vau e ha'avare, 'ere ? 'aita.

O vau e ta'ata hō'ē, ua mātau i te puhipuhi i te 'ava'ava e 'imi au fa'atea ri'i i te puhipuhira'a 'ava'ava, o vau ana'e iho i roto i te fare, 'aita e ta'ata paraparau haere noa t', eiaha no te puhipuhi, e tutu'i vau puhipuhi, vaiiho, haere atu ra vau e rave i te reira 'ohipa, *alors* e haere e toru pu'ohu i te mahana *hein* ? Ia haere mai te ta'ata i reira vau e puhipuhi maita'i ai, te rahira'a (o) te taime e puhipuhi vau vaiiho i'ō, haere atu ra vau e rave i tā'u 'ohipa, ho'i ana'e mai ua pau. Mea na reira pa'i. [Silence]

Mais ia pa'ia vau, *il faut* tera 'ava'ava, ha'apa'ia roa. [Silence]

G : E i tō'oe mana'o mea 'ino te 'ava'ava 'aore ra mea maita'i i roto i tō'oe tino ?

C : Mana'o vau te 'ava'ava e'ita ihoā paha e tano, ua tano paha ta te Taote, 'ere ? te 'ava'ava 'oviri ua puhipuhi mai au, te *Bison*, mea na reira mai te haere ra'a mai, *hein*, « *taste* ». Teie mahana te puhipuhi ra vau te *Marlboro*, mea... *Royale...* mea maita'i... *Enfin* ia'u pa'i ia, noa atu ā e hota, maita'i a'e ia 'o na i te... 'oviri, mea puai a'e te 'oviri *que* teie mea... 'ava'ava, *mais* tō na ra tanora'a fa'a'ore roa, 'ere ? ia au i te parau a te Taote, hō'ē ta'ata hō'ē e'ita 'o na e fa'a'ore *parce que* 'aita e ta'ata e paraparau ia na, ere ?

mātau 'oe e rave i tā'oe pu'ohu 'ava'ava 'aita e ta'ata, *humm ?* a hari paha hō'ē ta'ata paraparau mai, penei a'e... e 'ore, *humm ?* e *il faut* ho'i fa'a'ore.

G : *Mais on dirait..., est-ce que tu te sens seule ?*

C : *Eh ben y a des moments...*

G : *Est-ce que tu te sens... seule ?*

C : *Y a des moments, surtout à table on est..., on est habitué d'être avec des, des gens à table... hein,*

G : I reo tahiti Māmā...

C : 'Ē, na roto i te tāmā'a, i te hora tāmā'ara'a hina'aro vau hō'ē ta'ata piha'i iho ia'u, 'ere ? 'Ē.

G : No te mea...

C : 'O 'oe ana'e iho tāmā'a ana'e, 'aita tā'oe e paraparaura'a, *des fois* 'aita vau e ha'avare ia 'oru e paraparau vau i ni'a i tā'u 'ohipa *tout* 'seule, e au atu ra vau i te hō'ē vahine ma'ama'a, 'ere ? e ui 'oe e na 'oe iho e pahono, 'aita e ta'ata e pahono mai, 'ere ? e ani 'oe i te mea i te Atua e horo'a mai te Atua i te pahonora'a na roto i tō'oe ferurira'a, 'ere ? fa'aea 'oe ma'a taime iti e haere mai 'ā e na'ō vau, na'ō, 'ere na 'oe, no'ō mai te mea tā'oe i ani, 'ere ? Tō'u ia (mana'o), tā'u ia (ite).

Mea fifi roa hō'ē ta'ata hō'ē i te 'utuafare, e'ita 'oe e mau i roto i tō'oe 'utuafare e haere 'oe i rapae *parce que...* e'ita, ia'u e hi'o e'ita, no reira e ha'amāuruuru i tā'u tapura 'ohipa i roto i te fare ma'i... ..No reira ihoā te tahi mau ta'ata te tahi taime 'aita e ferurira'a 'āfaro 'o na ana'e iho. [Silence] Tera ia.

G : E 'oa'oa 'oe 'aore ra e fifi i roto i tō'oe orara'a Māmā ?

C : I roto i te orara'a (...) hāmani mai te Atua e piti ta'ata 'ere ? 'apiti rāua *humm ?* Ua haere mai 'oe i tō'oe orara'a e piti, 'ere ? teie taime hō'ē, mātau 'oe e paraparau 'ere ? *Et... tout d'un coup* 'ō 'oe ana'e iho 'aita e ta'ata. E rave 'oe hō'ē mea i 'opani hia ia 'oe no tera, tera ia, tā'u i parau ra, te 'ava'ava tō'oe ia tera hoa, feruri 'oe na fea vau i tā'u tapura 'ohipa ananahi, puhipuhi 'oe i te 'ava'ava e au e... te maramarama no roto mai, no roto mai i te 'ava'ava, *alors* tapa'o atura 'oe : na'ō ia vau, na'ō ia vau ananahi, o mea ia te haere i'ō, o mea te haere i'ō, e o vau e haere ia vau i'ō, *tu vois*. I tā'u fa'anahora'a, 'ere ? Tāmā'a 'aita e

ta'ata e paraparau ia 'oe 'aita 'oe e hina'aro e tāmā'a, 'ere ? 'amu'amu 'oe ma'a vahi iti, ua reva *humm...* Tera ia tō'oe orara'a, ua mātau tātou e piti ta'ata. [Silence]

G : E... O vai tā'oe ta'ata ti'aturi roa a'e i roto ia rātou, te Taote ānei, te tamari'i ānei, te ta'ata i roto i te fare ma'i ānei ?

C : Tā'u ti'aturira'a, na mua roa te Atua, tā'u ti'aturira'a, *humm...*

G : A fa'ati'a mai na...

C : Te piti tō'u tere, na na e fa'anaho i tā'u tere, na na tō'u itoito, na na tō'u pūai, na na tō'u 'ite, na na tō'u maramarama i horo'a mai, 'ere ? e 'o na tō'u 'arata'i, 'ere ? I roto i te fare ma'i 'ohipa ta'a 'ē, te reira te Taote na mua roa, 'ere ? Te tu'ati te piti, *humm...* Te toru te mau ma'i ia, te mau ma'i... Te maha tera ia mau feiā tāmā ra, tāmā ra pa'i i te fare, 'ere ? e nehenehe vau e tu'u i tera mea i te toru tāmā ra'a pa'i i te fare, e hi'o 'oe i te ma'i mea mā, 'ere ? a tahi ia, tō rātou ra 'ati ta rātou māuiui ra no hea mai pa'i ? E'ita vau e ti'aturi na mua i te Taote na na e horo'a mai i tā'u pūai 'aita ia, na te Atua e horo'a mai i tō'u pūai, tō'u 'ite, tō'u maramarama, 'ere ? no te aha ?

(E)'ere na tā'u tāne, *non*, mea 'ē te tāne, pūai 'ē tō na e te 'utuafare, paraparau ia 'oe, hoa, 'ere ? eiaha no te ta'oto, *non*, hoa paraparau, teie 'oe 'oe ana'e hāmani hia mai te Atua e piti ta'ata i roto i tō tātou orara'a, *humm* ? e piti ihoā ta'ata a maita'i ai te orara'a e 'ere hō'ē, hō'ē ana'e iho *c'est trop triste !* 'aita ia e..., e aha te faufa'a ? 'ere ? haere hānoa 'oe na [Nom de ville à Tahiti] mai te mā'au te huru, tera e piti paraparau, 'ere ? tā'u ia.

Teie mahana o vau ana'e iho i roto i te orara'a 'e'ere ra vau ana'e iho, o vau e o te Atua, tia tu ai ta'u e mea, e ani vau i te Atua na fea tāua i teie mahana, 'ere ? fa'ahoro tō'u pere'o'o, te Atua fa'ahoro 'oe i tō tāua pere'o'o, 'aita vau 'ite, 'ere ? na 'oe te Atua e fa'ahoro i tō tāua pere'o'o, haere tāua i'ō, 'iō, 'iō, na 'oe ra e ha'amanuia mai i tō tāua tere. (...)

Tera tā'u ti'aturira'a na mua roa, ia tae i'ō e fa'atura vau i te Taote, tā na fa'anahora'a i roto i te fare ma'i, i roto i te mau 'ohipa ato'a e fa'anahora'a, 'ere ? tā tātou, tā'oe, na mua roa e fa'anahora'a tā'oe haere 'oe i ni'a i tā'oe fa'anahora'a, 'ere ? fa'atura ia tātou i tā 'oe fa'anahora'a, *c'est ça*. 'Aita vau i 'ite e haere mai 'orua no te aniani ia'u i teie mahana, na'ō noa mai 'oe ia'u e haere atu vau e fārerei ia 'oe, paraparau vau ia 'oe, iō [MS D 1] *c'est tout, y a pas eu d'explication euh... je viendrai pour ceci pour cela non...*, 'ere ? fārerei,

mana'o ana'e vau e 'ohipa ia 'oe tā 'oe e hina'aro fāreirei e ani « 'ā, hina'aro vau e fāreirei ia'oe paraparau tātou », 'oia ia. [Silence]

Tera ia e mea... Geneviève ? Tera pa'i ia tō'u mana'o...

G : [Rires partagés] [Silence] *Ok*, no te fa'aoti i teie fāreireira'a e aha tō'oe mana'o i ni'a i te rā'au tahiti no teie ma'i no 'oe Māmā?

C : [Silence] Ia 'ite mai 'oe te ta'ata pa'i ti'aturi i te Atua, 'ere ? Te ta'ata rave ma'i i'ū nei te rahira'a e parauhia e tahu'a, 'aita vau e hina'aro, 'ere ? Te vai ra paha tā rātou rā'au maita'i roa ia 'ite vau mea rāpā'au 'ati 'ere ?

Mais... i ni'a ra i ta ratou ha'amorira'a na ni'a i ta te ta'ata, e'ita vau e hina'aro 'ere ? tera ia te tahu'a rahi i'ō i ni'a, o te Atua, mea 'ōhie roa e ani 'oe i te Atua « e rāpā'au mai na i tō'u 'ati, 'ā, tō'oe te mata maramarama a'e 'ere ? na 'oe au i hāmani, ua 'ite 'oe e aha te mea e 'ere ra i roto ia'u, e no hea mai teie 'ati ? » Mea 'ohie roa, fa'aro'o noa te Atua ia au i te parau : « E ani, horo'a hia, pātōtō [dit en tapant sur la table rythmant chaque syllabe] e 'iriti hia te 'uputa » *hein ? c'est Sa parole qui dit, c'est pas moi*, 'ere ? (...) Teie mau ta'ata e rave nei i te rā'au e haere 'oe e 'aufau, 'aufau... [Silence]

Mea haere noa ia e fa'aro'o tā'oe 'ā *il faut* pa'i tera mea, tera mea, e tano ia, haere ia rātou hāmani 'afa'i atu ra e ho'o 'aita ia, *non, non je suis pas là* mea hau a'e ia na'u ta te Taote na 'ō mai tera, tera, tera, ua tuatāpapa 'o na e ua 'afaro, haere ia vau e ti'i ta te Taote 'afa'i i'ō *hein ?* E ani 'oe i te Atua e horo'a mai no te mea ua ma'iti o te Atua i te mau 'aivana'a no ni'a i te rā'au, ta te ta'ata tahiti ato'a, e mehameha ra vau ta te ta'ata tahiti, e mehameha, ua rahi roa te 'imi moni que e 'afaro mai tō'oe 'ati *tu vois ?* [Silence]

J'ai une évangéliste qui habite... vous pouvez y aller là-bas aussi, humm... il y a deux semaines de ça...

G : E ma'i 'ōmaha tihota tō'na ?

C : E ma'i 'ōmaha tihota 'ē, 'ōmaha tihota, haere atu ra te ta'ata, tamahine pure Atua 'e'ere ? [Prénom de femme 1], [Prénom de femme 1], [Prénom de femme 1] atu ra, haere ia iō te ta'ata tahiti, haere atu ra, 'aita 'o na i fa'a'ite ia'u, haere atu ra. (...) *Elle a été séduit³¹³ par*

³¹³ Exprimé au masculin dans le récit.

cette personne, il faut aller voir un tel, 'ere ? Alors elle est partie..., haere ra'a mai haere roa i roto i te fare ma'i vaira'a e piti hepetoma, e i hea roa ia te faufa'a ? tu vois? ta'ata tahiti (...) 'aita vau e fa'a'ino tā rātou, 'aita vau e fa'a'ino 'aita ra vau e ti'aturi, non, mea au a'e na'u tā'u Taote, 'aita e 'afaro e ani noa vau i te Atua tauturu mai na, 'ere ? na na e ha'amaita'i mai, na na e ma'iti i te Taote 'e'ere na tātou, si e haere 'oe Taote na na i ma'iti ia 'oe haere 'ere ? ua 'ite 'o na mea itoito 'oe, te vai ra hō'ē maita'i i roto ia'oe (...) Tera... 'ī ia ia, ua rahi roa pa'i, rahi roa. Taurumi ? 'oia paha, e haere au, ti'aturi vau i tera ta'ata, te 'ite ra 'o na i te taurumi, 'ere ? te tahi ato'a, e haere mai e taurumi ia'oe no te 'imi no te vahine, 'ere ? ia roa'a ana'e tā na vahine ra 'aita e taurumi fa'ahou.

Eh ben oui, c'est vrai ! Y a combien de masseurs comme ça ! 'ere ? Les Tahitiens, je parle des Tahitiens. Une fois qu'il a trouvé cette femme-là, ua oti, ça y est, c'est fini !... (...) Ou des fois, on te dit c'est un masseur. Tu vas lui demander, il te regarde sans rien te dire !... et si il est devant la télé, ses yeux devant la télé, à la télé... 'ere ? Il te répond pas, au lieu de te regarder, tu es venue pour te faire masser. Est-ce qu'il va te faire payer ou... prendre gratuitement ? On ne sait pas. Y a pas de réponse. Alors vaut mieux ĩa t'en aller, 'ere ? Alors..., non ! non ! je crois pas à ces choses-là. (...) Mon Docteur me dit ceci cela, parce qu'il a été à l'école pour apprendre, 'ere ? Ceux-là aussi ! Des fois ils ont été éduqués par leurs parents, peut-être les parents dans le temps. Mais..., aujourd'hui, c'est l'argent qui compte, hein, la plupart... Je te donne un peu, tant ! hein. 'Aita. (...) C'est vrai, y a des moments je... j'écoute tout ce que le Docteur me dit comme les cigarettes « faut plus fumer », « oui Taote » et puis... hein ! Voilà. Mais le reste 'aita.

Voilà ! Tera ia ta'u, te 'afaro mai nei, te aha ?

I : 'Aita e hape

C : [Rires généreux partagés]

I : No'oe teie 'orara'a

C : 'Ē pa'i ! tera ia tō'u orara'a Māmā !

I : 'Aita atu ai !

C : 'Ē, te tahi taime e 'imi 'oe i te ta'ata, 'ere ? *surtout* taime tā mā'ara'a ; *c'est triste, d'être seule, humm, à table.* [Silence]

[Sur un ton triste :] *Mes enfants ne reviennent pas à la maison, ils ont leur vie, avec leur famille et les enfants, ere ? Je veux pas aller les déranger... pour être avec moi...*

[Silence]

Alors..., alors je préfère me fier au Seigneur... [en retenant ses larmes] c'est le seul qui me... protège, me donne la force... [Silence]

Tera ia Māmā iti [terme qui témoigne d'une certaine affection], ia fa'aoti ana'e tātou e fa'aoti vau i te tahi purera'a, 'ere ?

I : *On va terminer par la prière...*

[Lors de ce moment de recueillement émouvant, I et G partagent la prière exprimée en langue tahitienne par C, mais non enregistrée dans le contexte de cette première rencontre].

G : E no te fa'aoti, *pour la dernière parole*, e aha tō 'oe mana'o no teie fārereira'a Māmā i teie mahana ?

C : Maita'i, māuruuru roa 'ino vau, fārereira'a tia'i 'ore hia, mana'o 'ore hia *à l'improviste, tu vois ? et puis euh...* māuruuru roa, 'aita ā te ta'ata e haere mai i'ū nei no te ui, haere ana'e mai Evaneria, haere ana'e mai Evaneria, 'ere ? 'Aita vau e 'opani i te Evaneria, *non*, te ta'ata ra 'opani vau, 'ere ? Tei te huru pa'i o te ta'ata 'ere ? te Evaneria, na te Atua teie, te ta'ata hopoi ra, te 'ite ra pa'i 'oe i te hape i roto, 'aita ia vau e hina'aro (...) *ça*, tō tātou fārereira'a māuruuru roa, māuruuru vau i te Atua teie ra, e fa'anahora'a pa'i tā tātou ta tetahi, nehenehe ā tātou e fa'anaho hō'ē fārereira'a fa'ahou i te Monire ra. Tera noa ia tō'u mana'o.

G : Ua oti Māmā ? Māuruuru Māmā, māuruuru roa, māuruuru maita'i...

C : Na'u e ha'amāuruuru maita'i ia 'orua. [*rires*]

Transcription du deuxième entretien réalisé avec Ruta

C : *Eh ben quand j'ai été adoptée par Madame [Nom de famille], pasque à part ça..., y a pas d'autre chose à faire... je restais à la maison avec mes parents, alors euh... oui, quand la personne m'avait adoptée parce que elle n'avait pas de fille, alors j'ai travaillé dans la*

cuisine, à éplucher des légumes, hiii !! [rire retenu]. Voilà. Pourquoi tous³¹⁴ ces lxx questions-là ?

G : C'est juste pour mieux comprendre en fait votre vie...

C : Euh... je crois que... c'que j'ai en ce moment c'est héréditaire chez nous, chez mes, ma mère plutôt. Elle est morte de ça et y a pas..., y a pas qu'elle, même ses sœurs aussi..., alors le diabète euh... chez... ma famille, ma mère, côté mère, ce sont tous des diabétiques, je le pense...

G : Juste pour revenir et terminer au sujet de l'activité professionnelle dont vous me parliez, vous avez fait ça longtemps...

C : Longtemps comment ?

G : Cinq ans ou dix ans...

C : Pour ?

G : Cette activité professionnelle d'aider à la cuisine...

C : Eh ben c'est-à-dire que la personne m'avait adoptée à partir de l'hôtel, alors elle m'avait mis dans la cuisine pour apprendre euh... à faire la cuisine au lieu que je pouvais plus y aller à l'école... J'étais plus acceptée dans l'école. J'étais trop âgée pour continuer... humm...

G : Oui, et donc actuellement cette fonction que vous avez, qui est une fonction quand même importante au niveau de...

C : Eh ben pour la cuisine, je suis bonne pour la cuisine, et jusqu'à présent.

G : D'accord... je parlais de l'activité religieuse que vous avez...

C : Oh ! Oui, là, nous sommes...

G : Na roto i te reo tahiti...

C : Nous sommes en train de mélanger... là hein. L'Eglise et... notre vie privée, c'est pas pareil... oui,

G : Là, j'avais quitté l'activité professionnelle et j'arrivais aux activités religieuses dans lesquelles vous êtes impliquée... c'était ça...

³¹⁴ Expression du locuteur préservée.

C : *Eh ben je crois que le Seigneur m'avait appelée, pour que je sois là avec Lui aujourd'hui, parce que une autre personne, je sais pas les autres, mais je parle de moi-même. Alors si le Seigneur n'est pas là c'est que tu n'es pas... enfin elle [l'interprète] le sait d'ailleurs... Quand on n'est pas appelé par le Seigneur, on va au temple... peut-être de temps à autre... euh... pour prendre la responsabilité, mais je pense pas, à moins que on se marie avec un pasteur ou... un diacre... mais là... j'ai été consacrée en [nom d'un pays étranger].*

[Passage d'enregistrement défectueux, inaudible]

G : *Cette implication à l'Église c'est... [passage inaudible]*

C : *Oui, alors je travaille dans les hôpitaux à [nom de ville à Tahiti]... Enfin, j'ai trois personnes euh... qui travaillent pour m'..., pas pour moi, pour le Seigneur... Nous sommes trois à travailler...*

G : *Humm... humm..., d'accord... Sinon, vos loisirs... vous regardez la télé ou...*

C : *C'est très rare... j'écoute... les nouvelles, c'est tout... [Bruit violent de moteur de scooter] regarder la télé... J'ai pas assez de temps pour regarder la télé... [rire retenu]*

G : *Humm... humm..., donc vous fumez..., vous m'avez dit que vous fumiez ?*

C : *Ah, fumer oui... Si, je fume...*

G : *Ce sont des Royale c'est ça, ou des Marlboro ?*

C : *Non, Winfield...*

G : *D'accord..., et un paquet dure combien de temps Māmā ?*

C : *Pour deux jours... ça fait beaucoup quand même... 25 dans un paquet pour deux jours... enfin pour moi..., pour le moment, hein,*

G : *Et est-ce que vous buvez de l'alcool ?*

C : *Non, 'aita.*

G : *D'accord... en termes de revenus, vous touchez une pension ? Vous avez... C'est une question qui peut être délicate là, mais c'est important de savoir un peu le contexte dans lequel vous vivez...*

C : *Je préfère raconter ce que j'avais vécu,*

G : *O.K., d'accord...*

C : *Humm ? J'ai été mariée avec le père de mes enfants. Nous avons travaillé dur pour acheter ici. Pour les enfants, et non pas pour nous. Divorcée, humm, j'ai eu deux enfants de mon premier mari. Divorcée, j'ai eu une fille et un garçon. Alors le petit mo'otua³¹⁵-là, appartient à mon fils. Ma fille, elle n'a pas eu d'enfants, et elle s'est jamais mariée. Elle a voulu, mais... [Silence] Le père n'a pas voulu... Alors c'est une personne qui a été désespérée dans sa vie, par notre faute, je pense, et elle avait que 17 ans, à ce moment là... Alors euh... c'est pas que le père a voulu empêcher, mais le père a voulu qu'elle continue ses études. Alors, mes deux enfants ont grandi en [nom 2 d'un pays étranger], et ils ont fait leurs études en [nom 2 d'un pays étranger]. Alors euh... divorcée, tantôt les enfants sont avec moi, tantôt avec lui... et je me suis remariée avec un [personne d'origine étrangère non polynésienne ni française], je suis partie en [nom 1 d'un pays étranger], vivre. Et voilà pourquoi que j'ai, j'ai servi le Seigneur en [nom 1 d'un pays étranger] avant de revenir... et jusqu'à présent. Voilà. Bon, j'ai perdu mon mari en [année de décès de son deuxième époux], et je suis revenue à Tahiti. Vous savez quand vous servez le... Seigneur, alors euh... l'Église vous force de... vous pouvez pas servir le Seigneur tout seul, il faut que vous soyez marié. Voilà. Alors, la personne avec qui je me suis mariée, c'est-à-dire que forcée par l'Église..., il avait [nombre] ans plus que moi ! et il est mort à [âge de décès du mari] ans, et j'ai que 72 ans, je viens d'avoir mes 72 ans... ça fait beaucoup quand même... Voilà ! Si ça vous...*

G : *Humm..., humm... O.K., peut-être que maintenant là, on peut commencer...*

Māuruuru Māmā no teie fāreireira'a e pahono na roto i te reo Tahiti Māmā no te mea e mea faufa'a teie i roto i teie ma'imira'a te parau i reo Tahiti, no te ha'amaramaramara'a...

C : *rā*

G : *te ma'i 'ōmaha tihota i roto i te 'utuafare i roto i te orara'a, tō 'oe orara'a humm ? Māmā ua parau 'oe itera'a i tō 'oe ma'i 'ōmaha tihota i te mātahiti 2001, e... eaha te tupura'a o tō 'oe ma'i mai te taima te itera'a 'oe, est-ce que tu pourrais me dire en reo Tahiti Māmā ce qu'il s'est passé depuis le diagnostic jusqu'à aujourd'hui...*

³¹⁵ Petit-fils

C : Na mua roa, na roto i te māfatu, ma'i māfatu, *hein*, tō'u ma'i māfatu tu'uhia vau i te fare ma'i Mama'o, tera ia, *deux pontages*, 'ere ? Na roto i tera ma'i māfatu (i) itehia'tu ai e *diabète* (a)to'a, na mua'tu 'aita ia vau i ite. Aua'e te māfatu, i tupu mai, i itehia'tu ai, te vai ra te 'ōmaha tihota. Tera ia. Rāpa'auhia to'u māfatu, rāpa'auhia to'u 'ōmaha tihota, e i muri iho *il faut* e fa'areva ia'u i [nom 2 d'un pays étranger] no te tāpūra'a, tera ia, *pontages* e piti. (...)

No te rāpa'aura'a i to'u 'ōmaha tihota, 'aita e haere 'tu i mua, 'aita e haere'tu i muri, te huru te huru, *il faut* ta 'oe..., tā 'oe rā'au... (...) tira'tu ai. *Alors* e'ita vau e ha'apa'o rahi te ria (reira) haere... ha'apa'o vau (i) ta'u 'ohipa, [en tapant sur la table] 'ere ? 'Ōmaha tihota, ia ore 'oe ia 'amu (i) te mā'a... 'ino, mea afaro, 'ere ?

Ta 'oe rā'au... *Diamicron...*, *je sais pas trop...*, ua rau te huru *Elisor...*, eaha 'na'e'tu ā... Te tahi taima e mo'ehia, te tahi taima e ha'amana'ohia, *c'est pas stable...* e 'ere pa'i... 'ere ? Ia ho'i 'na'e mai vau na ta'u 'ohipa ua rohirohi vau 'aita v', 'aita vau i ha'amana'o fa'ahou ua vare'a vau i te ta'oto, ua mo'ehia'tu te rā'au. (I te) maorora'a pō i reira 'oe e ha'amana'o ai, aī, i reira ia 'oe e rave ai, e i te tahi taima po'ipo'i ia 'oe ua rave tera, tapàpà'tu (i) te 'ohipa, 'ere ? tera ia... E 'ere vau (i) te ta'ata 'aufauhia, ta'u e rave ra *bénévolement pour l'église, pour le Seigneur, c'est tout*. (...) Tā'u moni (e) fana'o nei i teie mahana, e moni ru'au ia, no roto vau (i) te [Nom du régime de couverture sociale ou d'assurance maladie] (...) Tera ia. *Si* e tauturu i ta 'orua..., (...) tā'u anira'a, *humm...*

G : E ua parau 'oe no te ma'i māfatu Māmā, te ma'i māfatu e te ma'i 'ōmaha tihota *et donc on peut dire* e piti, e piti ma'i to 'oe, Māmā, e 'ere ? E..., eaha to 'oe mana'o no teie (e) piti ma'i no te mea... [Toux grasse de C]..., *est-ce que selon toi le fait d'avoir la maladie du cœur avec la maladie du diabète c'est lié*, Māmā, aore ra 'aita ; *c'est l'une après l'autre, ou c'est les deux ensemble et comment tu gères ces deux maladies, est-ce que la maladie du cœur c'est plus important que la maladie du diabète, ou comment ça se passe ?*

C : *Je fais les deux en même temps, mais seulement,*

G : I (ei) reo Tahiti Māmā,

C : *pour aller voir le je vais, quand j'ai vraiment... le temps.*

G : *Humm*, pāhono Māmā i (ei) reo Tahiti...

C : Na roto, i te..., 'ē. E haere vau e farerei (i) to'u Taote ia taimehia vau, 'aita 'na'e e'ita vau e ha'apa'o i to'u ma'i, ha'apa'o vau i ta'u tapura 'ohipa ia oti. la rahi roa 'na'e to'u ma'i i reira ia vau e fa'aea'i i ta'u tapura ('ohipa), (e) haere vau e hi'o i te Taote, eiaha ia 'oe e mana'o ē... te Taote e māuruuru mai te Taote, 'ere ? e taniuniu roa mai to'u Taote māfatu i ō nei.

G : *Humm..., humm...* E i to 'oe mana'o *est-ce que tu penses* Māmā... e mana'o 'oe (e) te tupu no te ma'i māfatu e e ma'i 'ōmaha tihota e aore ra 'aita Māmā ?

C : Ahiri vau (e) aivana'a e parau'tu vau ia 'oe, e paha, e 'ere vau (i) te aivana'a mai ia outou te huru, 'ere ? Outou tei ite (e) nohea mai te 'ōmaha tihota te haerera'a mai e te māfatu, 'ere, penei a'e paha to'u ma'i māfatu no roto mai (i) te 'ōmaha tihota haere mai ai (i ni'a i te) māfatu, te 'ohipa pu(hi)puhi 'ava'ava, mana'o vau, i tupu mai ai, outou noa tei ite 'aita vau i ite. [Silence]

G : *Et justement tu disais la dernière fois que tu n'avais jamais arrêté de fumer depuis...*

C : Pu(hi)puhi (i) te 'ava'ava,

G : Puhipuhi te 'ava'ava, te 'ava...

C : 'Ava...

G : « 'Ava'ava », *à quoi ça correspond* Māmā, *cette...*

C : Te 'ava'ava ?

G : *Est-ce que ça correspond pour toi à ton espace de liberté, est-ce que c'est une fuite de la solitude, est-ce que c'est un goût du risque que tu as* Māmā ? A fa'ati'a mai na Māmā te tumu no teie 'ohipa puhipuhi...,

C : Te 'ava'ava ? 'Ahuru ma hitu (17 ans) vau i puhipuhi ai i te 'ava'ava, e peu ihoā na te tamari'i (e) haere (e) pu(hi)puhi (i) te 'ava'ava, 'ere ? Te reira tau, e... ha'aipoipo (fa'aipoipo) mai nei vau, fanau mai (i) te tamari'i, tera, ua mātau (i) te 'ava'ava. Te parau ra 'oe i arau a'e ra, « *la solitude* », 'oia paha, 'ere ? Ho'e ta'ata ia pu(hi)puhi 'o'na (i) te 'ava'ava (e) feruri 'ona, *c'est peut-être la solitude, je sais pas aussi, hein ?* 'Outou tei 'ite, 'outou tei maramarama (e) no te aha, vau, e parau vau e ha'umani vau, 'aita e ta'ata e paraparau ia'u, pu(hi)puhi vau i ta'u 'ava'ava, feruri vau i ta'u mau tapura 'ohipa, nafea vau (i) ta'u mau tapura 'ohipa, (...) tera. (...) [sourir]. Teienei, 'outou te aivana'a ua 'ite 'outou (e) nohea mai te *diabète* te haerera'a mai, māfatu (e) nohea mai, ia'u e'ita vau e nehenehe e

parau, 'ere no'u te rira (reira) ti'ara'a no 'outou, 'ere ? Ua 'ite rā vau e, aua'e to'u māfatu i itehia'i e *diabète* 'to'a, e. To'u māmā, ua pohe e *diabète*, to'u pāpā ru'au ua pohe e *diabète*, *alors donc* no roto mai (i) te 'opū feti'i, *humm, héréditaire*, i roto (i) te 'opū feti'i. Ia mana'o vau...

G : 'Ē. E ua parau ('oe) no te ma'i 'ōmaha tihota e ma'i tupuna 'ona, Māmā ?

C : 'Ē.

G : E, a fa'ati'a mai na te aura'a no te parau e ma'i tupuna, Māmā.

C : Ia mana'o vau, e mana', e ma'... e... e ma'i tupuna, ni'a mai (i) to'u māmā, i ni'a mai te pāpā (o) to'u māmā, fanau mai (i) to'u māmā, e (i) teie mahana o vau. E ta'u tāmaiti, e *diabète* 'to'a, te pāpā ia (o) tera'e tāmaiti i ō a'e. Tera ia ta'u (e) nehenehe (e) parau no te tuatāpapa roa i roto, *non*, 'aita, *non*. 'Aita, ua ite na vau e *diabète* to to'u māmā i pohe ai, to to'u pāpā ru'au e *diabète*, to'u e *diabète*... Tera.

G : *Et la dernière fois tu as dit aussi que ton fils était diabétique*, Māmā ?

C : *Oui*.

G : A fa'ati'a mai na (e) Māmā...

C : 'Aita, e'ita vau e nehenehe e fa'ati'a, na 'oe e haere i ō ia'na ra, na'na e fa'ati'a mai, na'na i parau mai ia'u e, e *diabète* 'to'a to'na, 'aita vau (i) tuatāpapa, e *diabète* ua ite ia 'oe e eaha te reira ma'i na'na ia e imi e 'ere te tamari'i fa'ahou (e) ta'ata pa'ari, 'ere, [Age fils de C en langue tahitienne] ua 'ite 'ona (i) to'na orara'a, 'aita ia e, *non*, e'ita vau e parau no'na, e parau vau no'u iho, 'ere, ua ite rā vau e *diabète* 'to'a to'na *humm*, tera ia.

G : *Et ça fait longtemps que l'on a dépisté son diabète*, Māmā ?

C : *Eh ben..., l'année dernière seulement que j'ai su*,

G : *Humm..., humm...* ei reo Tahiti, Māmā...

C : Teie mātahiti i mairi a'enei to'u itera'a e *diabète* to'na, mea... e 'ōmaha tihota to'na.

G : *Et vous parlez ensemble de votre..., du diabète* Māmā, aore ra 'aita e e fifi teie parau e,

C : *Non*, 'aita, 'aita e fifi, taime ore rā e fārerei e, 'ere ? e orara'a to'na, e orara'a to'u i ō nei..., 'aita rātou e haere mai i ō nei, 'aita vau e haere i ō ia rātou ra, 'ere ? 'Aita mātou e tau'a parau (i) te reira mea, na te Taote e tau'a parau mai, na 'outou. Haere vau i ō te Taote e hi'o, na ō mai te Taote e *il faut* e [Nom méd. B], *il faut* tera, *il faut*... [Nom méd. Cr] e

aha ‘ana’e ‘tu ā, *alors...* (e) horo’(a) mai te rā’au e rave ia ‘oe si e ua ha’amana’ohia.

[sourir].

G : *Quand tu dis que ton fils est diabétique, et puis toi tu es sa mère..., on dirait qu’il n’y a pas forcément d’échange... ou que c’est un sujet... où qu’il y a des choses que l’on ne doit pas dire ou...,*

C : *Non, il le sait ce qu’il y a à faire, il est mature il a [Age du fils de C] ans, il a..., il va chez son ... Voilà. Il sait ce qu’il faut pas manger et ce qu’il faut manger, c’est comme moi, humm ?*

Pas de riz, pas ceci, pas cela, pas de pain..., alors je triche, et je me purge après. Quand on triche, il faut toujours faire un nettoyage après. Je crois que tout le monde ne, ne peut pas vivre sans tricher, surtout pour le manger hein...

G : *Humm..., Māmā, tāmata te pahonora’a i (ei) reo Tahiti, Māmā...*

C : ‘Aita paha e ta’ata ‘aita e, e... (...) e rave nei i te mau mea e’ita e ti’a ia ‘oe ia rave [Approbation de G : “*humm... humm...*”] e ‘amu, ‘ere ? te mea e’ita e ti’a ia ‘oe : *tricher alors*, ‘ere ? [Approbation de G : “*humm... humm...*”] e, *alors*, na ‘oe e imi i te rave’a no ‘oe iho ta’a noa’tu ai ta te Taote fa’anahora’a, fa’anahora’a ato’a ihoā ta tātou i roto, ‘ere ? *humm...* Eaha ta ‘oe fa’anahora’a ? e imi ia ‘oe te rave’a (e) tamā i tera mea ta ‘oe i ‘amu, e’ita o ‘oe e nehenehe e ‘amu ? ‘Aita te Taote i parau “eiaha o ‘oe e ‘amu, fāito rā”. Teie nei ia ‘amu ‘na’e mai parauhia ia ‘oe ho’e punu taepu, ua nava’i, e rave mai tātou ho’e ‘ahuru punu taepu, nafea ia (e) afaro ai ? ‘ere ? ia parauhia ia ‘oe, ho’e ‘afa au’a e amu mai tātou e piti au’a.

G : E ua parau no te *purge*, Māmā ? Eaha, a fa’ati’a, a ha’amaramarama...

C : Ia’u, ua ‘ite vau ē, e fifi vau, ‘ere ? e e inu vau (i) tera rā’au, tahe’e ia’u, ia mā tera mea ta’u i ‘amu, e inu rahi (i) te pape, te paraura’a *il faut* (e) fa’arahi te pape, e inu fa’arahi (i) te pape ia hi’o ia ‘oe te huru, te huru te ‘avae, ‘ere ? Rave noa pa’i. [Va chercher le médicament qu’elle utilise pour se purger]

C : Tera ta’u rā’au tahe’e, *humm...*, ho’e (i) te ava’e, tei te huru rā ia ‘amu ‘oe te mau mā’a ‘i’ino e tahe’e vau ia’u. (...) No re(i)ra ‘aita to’u e tutu’a, ‘ere, teie taime ‘aita e tutu’a, penei a’e ananahi te vai ra te tutu’a. [Silence]

G : E ua parau Māmā “*tricher*”, *est-ce que tu pourrais m’expliquer*, i (ei) reo Tahiti à *quoi ça correspond pour toi “tricher”,... Tricher c’est quoi prendre, en quelle quantité, Māmā ?*

C : Ia *triché* te ho’e ta’ata, na ō pa’i tātou te parau ai e ia eiā, ‘ere ? *tricher c’est „eiā“, c’est voler, hein, en français, tricher c’est voler en tahitien, humm ?... Enfin..., je pense que c’est ça ?* aore ra e rave ‘oe ho’e ‘ohipa ‘aita (e) tano, no ‘oe iho mea hau a’e paha ia fa’aro’o te tari’a mea au a’e, *que voler..., voler et tricher*, hō’ē ā huru. E rave ‘oe te ohipa ta’a ‘ore, te ‘ohipa... ‘aita e tano no ‘oe iho, ‘ere ? (...), hō’ē ā huru, ‘ere ? *humm...*

G : Mai te peu ē,

C : E ‘imi ‘oe te rave’a tamā tera mea i roto ia ‘oe, *alors*, to’u ’ōmaha tihota e māfatu *alors* e ‘imi ia ‘oe te rave’a tamā, *parce* ia ore ‘na’e, tera hota, te ‘ava’ava, te ‘ava’ava, pato’ihia te ‘ava’ava no te haerera’a i roto i to ‘oe māfatu, ha’a apiapi (i) to ‘oe haerera’a māfatu, *alors* e hota te roa’a mai, *en ce moment, obligée* vau e rave (i) teie no tera *asthme* e haere maira, ‘ere ? Tera hota haere roa e *asthmaticque après*, ‘ere ? *alors ça* [méd. 1], *c’est bon et ça*, [méd. 2] *on sait jamais*, ‘ere ? *Alors* fa’aineine noa *si y a quelque chose* ta’iri atu i roto i to ‘oe vaha, ‘ere ? *Ça* ‘aita ia, *mais pour le nez seulement*, tera pa’i ia.

G : Mai te peu ē ua *triches* ‘oe i teie nei e Māmā eaha te... *qu’est-ce qu’il se passe alors Māmā ?*

C : E fifi ia ‘oe, te paraura’a a te Taote, e fifi ia ‘oe, ‘ere ?

G : I to ‘oe mana’o Māmā, *si tu triches, tu as envie de prendre quoi Māmā*, mai te peu e...

C : Farii

G : Ia *tricher* ia ‘oe, eaha te ‘amu te mā’a, e aore ra, *que fais-tu exactement Māmā ?*

C : *Eh ben*, e ‘amu ho’i au e inu vau tera mea, tamā te mea ta’u i ‘amu, e’ita vau e nehenehe e ‘amu, ‘ere ? Te tihota, eiaha te tihota no te ’ōmaha tihota, *humm ?... Humm*. Te tahi taimē e ‘amu vau te faraoa mōmona, *gâteau*, eiaha te mea monamona no te ’ōmaha tihota, eiaha te ‘ava’ava no te māfatu, *hein ?* te ‘amu ra vau te mea monamona e te pu(hi)puhi ra vau (i) te ‘ava’ava *alors, il faut* ia ‘oe e imi te rave’a no te tamā *et si ‘aita e rave’a*, ua oti ihoā ia, ‘ere ? Ta’u rā vahi (e) māuruuru (i) te Atua, tauturu noa maira te Atua, ‘ere ? e’ita rā te tari’a e fa’aro’o ‘to’a te tahi taimē... e... e aha teie ?

I : *Il t’aide malgré tout*, e’ita pa’i te tari’a e fa’aro’o..., *hein ?*

C : *Humm..., voilà c'est vrai hein, oui,*

I : *et puis euh..., et puis quoi, voilà. Te parau ra 'oe 'aita te tari'a e fa'aro'o,*

C : *Humm..., e pa'i, e te mārō 'tu ā, te mārō'tu ā (i) te rave, 'ē. Ua 'ite tātou e'ita e tano e te mārō'tu ā. Tera ia...*

G : *Mais est-ce que tu pourrais préciser Māmā, et peut-être que tu [à l'interprète] pourras le traduire parce que je crois que je n'arrive pas bien à le dire en reo Tahiti. Quand tu dis que tu triches Māmā, ça correspond à quoi, tu triches sur quoi, tu manges des desserts...*

C : *Par exemple les choses qu'on nous dit faut pas toucher, faut pas manger,*

G : I (ei) reo Tahiti Māmā,

C : *Te mau mea 'opanihia 'eiaha e 'amu mai te raiti..., te faraoa..., te tihota..., te faraoa momona..., eiaha e ha'uti, e te mā'a ia ta mātou e 'amu na. Alors, nafea 'oe (i) te tamāra'a (i) tera mau mā'a, tera ia e tahe'e, humm...*

G : *Humm... et, à ton avis est-ce que le diabète de ton fils et ton diabète Māmā c'est,*

C : *Alors là, je parle pas de mon fils, ne me demandez pas pour mon fils je sais..., je connais pas, je m'en occupe pas..., il a [Age fils de C en rf], il gagne sa vie 'ere? Je vais les voir un p'tit bonjour en passant, mais..., je le..., je lui demande, « ça va? » - « Oui, ça va ». Ua oti ! E'ita vau e haere e ra'atira ia rātou, 'aita. Non ! haere ia pépé, 'oia ! tera e ta'ata pa'ari, ia fa'aea 'na'e (i) te vahine ra e ta'ata pa'ari ia, 'ere? humm..., quand on se marie, c'est que il est... mature quoi ! 'ere? J'ai pas à les..., à les apprendre encore, non ?*

G : *Humm... humm... Et la dernière fois tu nous avais dit qu'avant 2001 donc tu n'avais jamais été malade, Māmā ?*

C : *Non, non, jamais. Je sais que c'est pas français mais...*

G : I (ei) reo Tahiti, Māmā...

C : *'Aita vau (e) pohe nei (i) te ma'i... teie noa, tera te mea mātamua to'u māfatu, rahi roa te 'ava'ava...*

G : *Humm... humm... Donc, depuis le diagnostic en 2001 jusqu'à aujourd'hui, il y a eu ton intervention en [Pays 1 hors Polynésie française] avec tes deux pontages Māmā, et au niveau du diabète est-ce qu'il y a eu..., a fa'ati'a mai na mai te peu ē te tupura'a aore ra... te, 'aita e tau'i...*

C : Na roto i te māfatu itehia ai 'ōmaha tihota *humm*, ta 'oe i papa'i, ti'a'tu ai ! Ua horo'a mai te Taote te rā'au, mea ē te Taote māfatu, mea ē te Taote *diabète*, 'ere ? ta rātou (e) horo'a mai (i) te rā'au...

G : *Humm... humm...* E i to 'oe mana'o te tumu no to 'oe 'ōmaha tihota..., e ma'i tupuna, e 'ere ?

C : (Ia) mana'o vau, mana'o vau...

G : *Et tu penses qu'il y a d'autres causes* Māmā, aore ra 'aita ? I to 'oe mana'o ?

C : 'Aita vau (i) ite, e'ita vau e nehenehe e parau ia 'oe... (...) Ua pohe to'u pāpā ru'au e *diabète, diabète*, to'u māmā e *diabète...*, *alors...* teie nei o vau teie mahana e ta'u tamaiti, (...) no reira e mana'o ai e..., e ma'i... tupuna e 'ere paha ? 'aita 'to'a vau (i) ite.

G : *Est-ce que tu pourrais me raconter* Māmā *ce qu'il s'était passé le jour où l'on t'a annoncé que tu avais le diabète* Māmā, te mahana te 'itera'a i to 'oe ma'i 'ōmaha tihota Māmā, eaha to 'oe huru ? Eaha to 'oe mana'o ?

C : 'Aita vau i ha'afifi ia'u no te mea tei roto vau (i) te rima o te Taote. Te reira mahana parauhia mai ai e *diabète* to 'oe, eaha te *diabète*, 'ōmaha tihota, eaha te 'ōmaha tihota 'amu rahi te tihota, *voilà*, 'ere ? e rāpa'auhia ! tei ō te Taote no te 'ōmaha tihota, te Taote no te māfatu, *alors* e rāpa'au te Taote māfatu (i) te māfatu, are'a te Taote no te... 'ōmaha tihota ra e rāpa'au, fa'ahaere, eiaha e fa'aea noa, 'ere ?

I tera mau mahana fa'ahaere hia mātou na ni'a (i) te mou'a i ō a'e..., i ō a'e i [Nom de quartier], [Nom établissement de soins 2] na te Taote *faut...* haere eiaha e fa'aea noa, no te aha ? o rātou tei 'ite, te reira pa'i. Ia'u e'ere vau (i) te mea tau'a rahi i teie nei te Taote, fiu vau ! fiu ! 'aita 'oe 'ite ho'e apīra'a 'amu 'oe (i) te rā'au, to mau rā'au iti nei ā 'aita 'oe (i) 'ite te apīra'a..., na 'oe noa ihoā e 'imi te rave'a no 'oe iho, e 'aita i roa'a ia 'oe te rave'a ua oti ihoā ia !

Mea hau a'e na'u ta'u 'ohīpa haere vau e fa'aoti te purera'a... no te mau ta'ata e pohe ra te ma'i i roto i te fare ma'i e 'oa'oa a'e ia rātou, e o vau 'to'a, māuruuru 'to'a vau (i) te Atua, tera. Mau'a noa te taime haere 'oe i ō parahī ai fatata ho'e 'afa mahana ta'ato'a tiaira'a 'oe (i) to 'oe taime, e haere 'oe i roto ma'a taime poto roa, 'ere ? e hi'ohia to 'oe toto : « *combien tu fais ? (...)* hō'ē virgule e..., 'ā, *il faut pas faire ça, ceci celà*, 'ā, a rave ta 'oe

rā'au, a 'amu ho'i », *alors...* mea au a'e na'u (i) piha'i iho (i) ta'u mau ma'i (...), tera ia ! peneia'e 'aita e pahono ra i ni'a te mea ta 'orua e titau mai nei, *mais* to'u tera mana'o, 'ē !

G : E Māmā...

C : Ua 'ite tātou e'ita te *diabète* e ora, 'ere ? e'ita e ora, parau noa mai ā te Taote tera mea, tera mea, e'ita ihoā e ora, *humm ?... alors* eaha te faufa'a ? Māuiui 'oe fa'aea te fare, o 'oe tei 'ite nafea 'oe ia 'oe iho. Haere 'oe i ō te Taote te reira tia'ira'a 'oe mahana ta'ato'a vai-noa-ra'a i ō, 'aita e ta'ata e ha'uti ia 'oe, *perte de temps...*, ia'u iho ta'u e parau ra, 'aita vau e parau ra te tahi. (...) *Y a tellement de choses à faire* haere 'oe, *tu vas là-bas, tu t'assois, tu attends, alors...* ahia'tura ia ta'ata na mua'tu ia 'oe... (...) Mea hau a'e ia na'u fa'aea vau te fare tamā to'u fare, 'ere ?

'Aita ho'e rave'a ta 'outou e ta te Taote, *y en a pas ! Faut pas manger ceci cela. Bois beaucoup d'eau, o.k.*, 'ere ? Eiaha (e) 'amu tera mau mā'a, e 'amu fa'arahi (i) te... *fruits*, 'ā 'amu ho'i te *fruits*, e tihota ho'i to roto (i) te *fruits*, 'aita'tura 'oe e ta'a fa'ahou e nafea, ere ? Eiaha e 'amu... *banane ! combien de..., du sucre là-dedans ? ere ? Papaye ! combien de sucre là-dedans ? il faut* e 'amu ! *Alors* teienei ia 'amu ho'i 'oe māuiui mai to 'oe 'avae, 'ere ? tera 'ōmaha tihota ānei..., māfatu ānei..., 'aita vau e ta'a. (...)

'Aita 'to'a vau haere fa'ahou e hi'o i te Taote, taniuniu mai to'u Taote, 'aita vau haere ! Mau'a te taimē. Haere 'tura 'oe na Papeete 'imi'tura 'oe te tape'ara'a pere'o'o fatata ho'e hora e piti hora to 'oe fa'atira'a, 'aita ia 'oe haere 'tura i ō te Taote, te 'imi-noa-ra'a te vaira'a pere'o'o *c'est quelque chose...*, *Ohhhh ! Sainte Marie Mère de Dieu, humm...* e ia roa'a mai ia 'oe, te reira tia'ira'a 'oe tae 'oe (i) ni'a ua ī roa ia (i) roto (i) te *salle...*, te ta'ata, tia'i'tura ia 'oe (i) to 'oe taimē, (...) āia !... ahiri 'oe haere *faire la marche là sur le terrain foot là...* i ō a'e pa', mea..., *là à côté, au moins trois fois, hein ?* mea hau a'e paha *que* haere 'oe i ō fa'aea noa'i, tia'i 'oe ! Faito hia mai to 'oe mea, 'ā ! *y a deux grammes, hein, ou un gramme...* *Faut pas manger ceci cela !* ahia'tura ia hora 'oe te tia'i-noa-ra'a, tera tia'ira'a 'oe, haere 'oe *faire la marche* iō a'e, itoito mai 'oe, *humm ?* mea huru maita'i a'e, tera ia to'u mana'o. [Long silence]

Ho'e noa mea ta te Taote e hina'aro, peneia'e paha... 'oia 'to'a ihoā, no ta 'oe *carnet C.P.S.*, eiaha 'oe ia 'ere te reira, 'oia ia. Tamau 'oe te haere ia hi'opo'ahia, 'oia ia. Fa'atau

rā, mea rahi ia, nounou 'oe to 'oe taime haere i ō parahi noa ai, tera ia. [Silence] [rot],
pardon.

G : E Māmā, e aha to 'oe mana'o i ni'a (i) te tupura'a o teie ma'i mai teie atu mahana,
Māmā ?

C : 'Aita to'u ho'e mana'o i ni'a iho, tei ia 'outou roa te hi'o, te mau Taote, e aha to rātou
mana'o pa'i i ni'a i teie mau ma'i, *pasque* 'aita e tauira'a, *humm* ? e'ita e mā, e'ita e ora,
alors e aha to 'oe mana'o ? e aha pa'i te mana'o ? (...) E'ita to'u ma'i e ora, e'ita e..., 'aita
e rave'a, 'ere ?

teie ihoā ia te parau e ma'i tupuna, 'ere ? *Humm*, e ma'i tupuna e'ita ia e mā, na 'outou e
tamā, na 'outou e parau mai, mai tera, mai tera. Ia haere 'oe i ō te Taote, tera ihoā ia ta te
Taote e parau mai, eiaha e 'amu tera mea, eiaha e 'amu tera mea, eiaha e 'amu tera mea.

A ore 'oe e 'amu ra hia'amu ra 'oe, e *tricher* ia te roa'a mai i muri a'e e tahe'e, te 'ohipa
noa'e ia i roto i to 'oe orara'a. « *Il faut manger beaucoup de viande* », 'ē, a 'amu ho'i (i) te
viande, « *beaucoup de poisson* », a 'amu hoi te *poisson*, *mais... y a toujours ça..., ça se
nettoie pas, ça guéri pas... Alors maintenant, il faut...* eiaha 'oe e tama'a ? eiaha te *café*, eie
(teie) e *tricher* nei te *café*, *pas de jus* ! eie (teie) e *tricher* nei te *jus* ! (...)

On nous met devant la figure des choses qu'il faut pas..., 'ite noa 'oe te ta'ata ia haere mai
te inu ra hia'amu 'to'a 'oe, na 'oe iho e parau na te parau ā 'oe e'ita vau e inu, e'ita vau e
inu, ina'a, *à la fin* na'a tape'a roa'tu. *Il faut* 'oe e tape'a ! [en soupirant :] *aïa* !..., mea fifi
roa. Toma, ua parau te Atua ia Toma, « E Toma, eaha 'oe i fa'aro'o 'ore ai ? fa'aro'o
pa'i ! », ere ? te na ō ra o Toma, « Ia ore vau ia 'ite te puta », te puta pa'i i ni'a (i) te rima o
letu, « i ni'a i To'na 'ao'ao, e'ita vau e ti'aturi », *c'est vrai ça, nous aussi, on te dit, de ne
pas manger ceci, de ne pas boire ça, 'oia ia ! 'oia ia ! C'est incurable, nafea ia* ? [Dit avec
rire retenu :] *on est là, à dire, « il faut pas, il faut pas »*, 'aita ta te Taote e rave'a, tera noa
ihoā ia, *pour baisser, il faut pas, diminuer*, 'ohipa iti rahi roa. [soupir] [Silence]

G : *Et depuis que tu as ta maladie*, Māmā, te ma'i māfatu e te ma'i 'ōmaha tihota *puisque
l'on peut dire que tu as eu les deux en même temps...*

C : *Humm, oui, oui...*

G : *Est-ce que ça a changé ta façon de voir la vie*, Māmā ?

C : *Non, pas du tout...*

G : I (ei) reo Tahiti, Māmā...

C : ‘Aita roa, ‘aita e tauī, ‘ere ? ‘aita vau ha’ape’ape’a no to’u ’ōmaha tihota, to’u māfatu, tera noa ra ia māuiui mai, [Approbation de G : “*humm... humm...*”] e mata’u vau, (...) no tera, [*tapote sa poitrine*], *humm* ? Te ’ōmaha tihota, e taere ā ‘ona, teie, ia ha’uti ‘na’e mai to ‘oe ihoā ia hope’a, ‘ere ? *il faut* ihoā ia e ta’ata i piha’i iho ia ‘oe, ‘ere ? [Silence] Ia’u... e taupūpū vau i ni’a (iho) i to’u māfatu, te ’ōmaha tihota... [Silence]

G : *Est-ce que tu veux dire Māmā, que lorsqu’on a une maladie de cœur comme tu as, est-ce que finalement c’est tellement important que des fois tu ne penses plus à ton diabète, Māmā, ‘e ere ? (ei) reo Tahiti Māmā ?*

C : E, ia ‘ore vau ia puhipuhi (i) te ‘ava’ava, ia mārō pa’i ‘oe i te puhipuhi (i) te ‘ava’ava, e’ita e tano no to ‘oe māfatu, ‘aita vau ite e e’ita ‘to’a e tano no te *diabète* te ‘ava’ava, ‘aita vau i ite, te māfatu rā ua ‘ite ia vau, ‘ere ? no te fa’ahaerera’a... te mata’i na roto i to ‘oe mau pu’era’a uaua..., *alors* te *diabète*, tei roto (i) te toto, ‘ere ? *Humm...* Nehenehe ‘oe e ‘amu te mau mea ‘to’a ia mana’o vau, (te) māfatu, e’ita e taime to’na. Ia puhipuhi ‘oe fa’arahi te ‘ava’ava, e hota te roa’a mai, e tera hota, mea fifi roa no ‘oe, te tahi taime e roa’a ia ‘oe te tahi taime e’ita e roa’a, tera. Te ’ōmaha tihota, *quoi* ? tei roto (i) to ‘oe toto, te parau tei roto (i) to ‘oe toto, e’ita ‘oia te mau uaua, ‘aita ‘oe e ha’afifi ra i to ‘oe uaua ! [sourir] Tera ia...

G : *Et, est-ce que..., e fifi te taime, Māmā ?*

C : ‘Ahuru ma piti, tapāpā vau (i) [Nom Etablissement de soins], e tere to mātou farerei (i) te mau ma’i, *midi...*

G : *Humm... humm... Māmā, est-ce que depuis que tu as ces problèmes de santé, est-ce que ça a changé ta façon de voir la mort, Māmā ?*

C : *Non.*

G : I (ei) reo Tahiti Māmā...

C : ‘Aita roa. [Silence] ‘Aita vau e ha’apa’o i to’u ma’i, ‘aita pa’i vau (e) ha’apa’o. (...) Ho’e noa mea e’ita vau e hina’aro ia rahi vau e ia poria, te reira ‘toa. [Silence]

Ha’apa’o vau ta’u mā’a, ta’u *salade*, ta’u e hina’aro e ‘amu, ‘ere ? pau roa te mahana, ta’u tihōpu (i) te ahiahi, ‘aita e ta’ata, o vau ‘na’e iho, ta’u mo’otua na’na ihoā e ha’apa’o (i) ta’na... [Silence]

G : *Et quand on est aussi croyante et impliquée dans la religion que toi, et que l'on pratique autant..., est-ce que l'on a peur de la mort, ou l'on n'a pas peur, Māmā,*

C : *Oh...*

G : *Comment on voit les choses Māmā, i (ei) reo Tahiti Māmā ?*

C : 'Aita, 'aita te pohe e fa'ari'ari'a ia'u, o vau ta'u e parau ra, 'aita vau i 'ite i te tahi, ia'u 'aita, 'aita. *Mais !* e'ita rā vau e hina'aro e fa'aea i roto i te 'ati e pohe 'tu ai, mea au na'u e haere, 'ere ? Mea au a'e 'oe e haere e marua 'oe i raro ua oti to 'oe parau, ua oti, 'ere ? Eiaha tera mea e fa'aea 'oe i ni'a i te ro'i, tia'i 'tura 'oe to 'oe pohe, *non*, tei te huru te ta'ata, 'ere ? Ia'u, 'aita vau e mata'u te pohe, 'ere ? e'ita 'oe e pohe e ta'oto 'oe, ta'oto noa 'oe, 'ere ?

Te parau e pohe ia taninahia 'oe (i) te auahi, e, te reira ra, ia au i ta letu i parau, fa'auto'ahia 'oe no ta 'oe hara, taninahiha 'oe tei roto (i) te auahi, pohe-ore-ra'a, te reira te mea ri'ari'a roa. Ia pohe tātou, haere tātou i ō mai, vare'a 'oe (i) te ta'oto, 'ere ? ina'a, e ora mai to 'oe varua i ō mai,

e 'ohipa ra, ta 'oe 'ohipa i ō mai, ta 'oe i rave i ō nei, ta 'oe 'to'a ĩa e rave i ō mai, eaha ĩa te fifi ? Ia ha'ava rā o letu ia 'oe, e, te reira te mea ri'ari'a roa, 'ere ? Ia tu'uhia pa'i 'oe i roto i tera auahi pohe, pohe 'ore, 'a, 'aita vau i 'ite e te ta'ata e... mea hina'aro na rātou i ō, ia'u e'ita ĩa vau e hina'aro, 'ere ? E'ita.

G : *Je voudrais revenir sur ton expérience Māmā, quand tu visites les malades..., et puis la dernière fois tu avais parlé des malades que tu voyais qui étaient diabétiques, qui étaient hospitalisés..., et ce que j'aurais voulu savoir c'est quel regard tu portes sur eux et puis, ce que tu en penses toi, et le message que tu leur portes... Je sais bien que c'est un message religieux là, un message d'aide et tout ça, mais, qu'est-ce que tu aurais à dire sur ça Māmā, sur ton expérience de visiter des gens qui souffrent du diabète, Māmā, i (ei) reo Tahiti ?*

C : Te mau ta'ata e pohehia ra te... ma'i 'ōmaha tihota i roto i te fare ma'i, ia haere 'oe e fa'aoti (i) te purera'a, te mau feia 'aita e fa'aro'o, 'ere ? Ua pē te 'avae, ua pē te 'avae, 'aita ho'e ha'apa'ora'a fa'ahou. No ni'a ānei te mā'a ta rātou i 'amu, e'ita vau e nehenehe e parau. (...) Ho'e noa mea ta 'oe, e pure (i) te Atua, na te Atua e tauturu mai, fa'aitoito 'oe ia rātou i roto i to rātou 'ati.

No reira vau e au ai haere na roto i te fare ma'i, ha'api'i ia'u te here i te ta'ata, no te mea, i roto ia tātou, 'aita tātou 'ite i te here i te ta'ata, 'ere ? Ia'u i muta'a ihora, here vau i ta'u tane e ta'u mau tāmari'i, eiaha te ta'ata. Teie mahana haere vau na roto i te fare ma'i, māuiui teie ta'ata, māuiui 'to'a vau, 'ere ? Te 'ite ra 'oe, te māuiui ra teie ta'ata, here 'tura 'oe i teie mau ta'ata no te mea, te māuiui 'to'a ra 'oe. Na te here e ha'amāuiui ia 'oe, *humm ?...*

Muta'a iho, 'aita, 'ere ? (...) *pasque...*, to tātou apīra'a, ua 'ite 'oe e here tātou (i) to tātou pāpā, to tātou māmā. Ia ha'aipoipo 'oe e here 'oe i ta 'oe tane e ta 'oe hua'ai tamari'i, ti'a'tu ai ! Ia 'ore 'oe ia haere na roto i te fare ma'i, e'ita 'oe e 'ite i te here i te ta'ata. Ia haere rā 'oe, e 'ite 'oe i to rātou māuiui, e māuiui 'to'a 'oe. [expression plaintive] Na reira e here 'oe, i muta'a iho, 'aita vau... e here i te ta'ata, aua'e vau i haere na roto i te fare ma'i e hi'o, 'ā, mea aroha, 'ere ? 'Aita e 'ahu te tahi taime, 'aita e tauera, no te vēvē e tei roto te 'ati mai teie te huru, nehenehe ta 'oe e rave mai ho'e tauera e 'imi 'oe (i) te rave'a, 'aita e purumu niho, mea rahi te mea ta tātou e hopoi ! *petit à petit tu apprends à aimer*, 'ere ? *Sans l'amour du Seigneur*, 'aita, *c'est pas vrai*, 'aita. *J'étais comme ça. Aujourd'hui*, 'aita, [sourir] *voilà*, no, no reira paha te Atua i tauturu ai no te mea ua 'ite 'ona i roto i to'u 'a'au, 'ere ? (...)

E'ere te 'ohipa na'ina'i, e'ere te mea teiaha no te mea na te Atua e rave, ta 'oe *juste acte de présence*, *voilà*, fa'aoti te pure, te Atua te rave, *pas toi*, 'ere ? *Mais, il faut être là-bas, hein ! acte de présence...* Te Atua, tauturu mai ia rātou, fa'atoro to 'oe rima i ni'a ia rātou, rapa'au na i to rātou māuiui, iriti ē atu na, 'ere ? 'Ite ihoā 'oe, 'afaro, *si ça vient du cœur*, 'afaro ihoā, *si vraiment tu as pitié de cette personne, pourquoi le Seigneur ne t'aiderait pas ? Si*, 'ere ? *Il veut, te montrer que ce que tu avais demandé, ça y est... c'est pour toi personnellement*, te reira 'to'a, tu vois ? *Avant, je savais pas aimer... Si, aimer mon mari..., mes enfants..., c'est tout, pas les... les gens en dehors, non. Mais aujourd'hui, ça m'a appris à aimer les gens, à force de... visiter et c'est pas..., tout le monde n'a pas le même..., souffrant que les autres, diabétiques, mea ē, le cœur, mea ē, quoi ? Y a d'autres encore ?... C'est ça qu'il faut voir...*

G : *Ils souffrent beaucoup Māmā ?*

C : *Comment ?*

G : *Ils souffrent beaucoup, ces gens que tu rencontres, ces diabétiques ?*

C : *Je trouve les diab..., oui...,*

G : I (ei) reo Tahiti Māmā...

C : *Humm... Te 'ōmaha tihota, 'oia, humm... Ia hi'o 'oe ia rātou, passer-tura te hémodialyse... 'ere ? tamā-tura, e'ita même te toto e mā, 'ere'ere roa 'ino, alors, a ti'a pa'i, ta rātou tera fa'anahora'a 'ohipa rātou ia, 'ere ? Haere noa 'oe e fa'aoti te pure 'ere ? Te māuiui ra, māuiui ra, hein ? E'ita e nehenehe e'ita e māuiui ua pē te 'avae, 'aita ia e ha'apa'ora'a te 'avae ua 'ere', ua tutu'ahia, e... [soupon]*

'Aita e..., te mata e'ita e ite fa'ahou no tera *diabète*, parauhia no te *diabète*, 'ere ? *Même moi aussi ! j'ai cet œil-là, condamné*, 'ere ? *ça m'embête...*, mais, te ani noa nei vau i te Atua, ia rapa'au... Māuruuru rā vau te Atua *parce que* ahari, 'aita, e'ita vau e nehenehe e fa'ahoro i to'u pere'o('o), tera ia. E 'ere te 'ohipa na'ina'i no te... fa'aterera'a ho'e tapura 'ohipa mai tera, 'aita. (...) I ō e ono mātou fa'aro'o, e ono fa'aro'o, tauturu te tahi(i) te tahi... [Silence] [soupon] *Pas facile...*

G : *Qu'est-ce que tu attends Māmā ?*

C : *Le...*

G : *Quelles sont tes attentes, tes espoirs pour les jours prochains, Māmā, i (ei) reo Tahiti ? Qu'est-ce que tu souhaiterais ? i (ei) reo Tahiti Māmā ?*

C : Teie mahana, ua tae'a-ato'a-hia ia'u te taime, tera, ua tae'ahia ia'u ho'e taime, fa'aea, *humm ?* vaiiho te feia apī ia haere mai i ni'a i te tapura 'ohipa, ha'api'i, eiaha (e) fa'aea (i) te 'ohipa ! ha'api'i, ere ? 'oe rā fa'aea ia, vaiiho, arata'i, tera ia...

G : E, i to 'oe mana'o Māmā, eaha te ma'i aore ra te mau ma'i piri roa no teie ma'i "ōmaha tihota Māmā ?

C : Eaha te ma'i piri roa ? i te "ōmaha tihota ?

G : E. Ua parau 'oe *la dernière fois* te ma'i māriri Māmā ? [Long silence]

C : E'ita (e) ora, *hein...* ere ? E'ita e ora..., [Approbation de G : "*humm... humm...*"] [Silence] ē paha...

G : E..., i to 'oe mana'o, i te hi'ora'a a te ta'ata ma'ohi, nohea mai teie ma'i Māmā, te ma'i 'ōmaha tihota, no roto mai ānei, i te he'a, i te fati, i te mariri-'ai-ta'ata, e te vai atu rā Māmā ?

C : Ina(h)a tei roto (i) te toto, ere ? 'itehia 'ona (i) roto (i) te toto, e itehia te mariri i roto i te toto, mariri-ai-ta`ata, e `ere ho`e ā huru, `ere ? (...), e `ere ia ho`e ā huru ! (...) Te mariri-`ai-ta`ata e te ma`i māfatu ia mana`o vau ua `aifaito noa ho`e puaira`a, `ere ? E `amu te tahi, e tupohe te tahi, *humm* ? (Te) māfatu, (te) ma`i māfatu e tupohe `ona ia `oe. Te mariri-`ai-ta`ata e `amu `ona ia `oe.

`Aita i atea`tu te māfatu e te..., e te mariri-`ai-ta`ata. Te mariri noa rā, ua `aifaito ia te mariri e te `ōmaha tihota, no te mea tei roto (i) te toto `ere, *pattes d'éléphant*, `ere ? *Parce que* e piti huru mariri tera ta `oe (e) parau ra, mariri-`ai-ta`ata e te mariri, *humm...*, ta`u e parau te mariri e te `ōmaha tihota, ua `aifaito ri`i paha rāua ina`a tei roto (i) te toto `ere ? te mariri-`ai-ta`ata e..., te māfatu, `aita rāua i atea`tu, *humm* ?... (...) *Il faut* ei `aivana`a (i) tera mea, tena huru uīra`a, a`e ! !... [avec rire retenu]

I : Mai teie pa`i te huru,

C : *Oui*,

I : E..., ta`na e hina`aro ra e parau, ta `oe noa pahonora`a,

C : *Humm...*,

I : Eiaha mai te peu e ua `ite `oe te reira `to`a ia, `aita rā i titauhia te pahonora`a a te `aivana`a,

C : *humm...*

I : to `oe noa mana`o, ta`na noa ia e..., e...,

C : *Ce qu'elle veut, ah !*

I : E, te reira noa.

C : `Aita vau e nehenehe e parau

I : `Aita ia e na ō-ra`a e,

C : E... ,

I : E pahonora`a tano, pahonora`a hape, `ere ? To `oe noa mana`o.

C : `Aita, `aita pa`i e tu`ati ra. `ere ?

G : E, Māmā ua parau no te rā`au, te rā`au no te ma`i `ōmaha tihota, te rā`au popa`ā, *est-ce que les médicaments que le médecin te donne des fois, est-ce que tu es fiu..., est-ce que tu as envie d'arrêter Māmā, ou tu les prends régulièrement ?*

C : *Non, mais j'oublie !...*

G : I (ei) reo Tahiti Māmā...

C : E mo'ehia na..., e mo'ehia na ia'u te rave e mo'ehia na, e teie nei ua haere pa'ari 'to'a ha'amata 'to'a ra te ferurira'a e mo'e, 'ere ? tera pa'i. (...)

G : *Est-ce que tu ressens*, eaha to 'oe huru i te taime ua..., ua 'amu 'oe teie rā'au Māmā, (e) tauī i roto i to' oe tino, eaha to 'oe huru Māmā ?

C : 'Aita, mea maita'i, 'aita (e) tauira'a, 'aita ho'e a'e ! 'aita e tauira'a. (...)

G : E, i to 'oe hi'ora'a, eaha ta teie rā'au i fa'atupu mai i ni'a i to 'oe tino Māmā ?

C : (...) 'Aita vau i 'ite te ta'a-ē-ra'a mai te mahana vau i 'amu ai tera rā'au, 'aita e tauī, te itoito te vai noa ra ĩa, te maita'i te vai noa ra ĩa, te haere o te 'avae ra, te vai..., te haere noa ra ĩa, i to'na vaira'a, *mais*... 'aita i haere'tu i mua, 'aita i haere'tu i muri, taua mea iti nei ā ta'u hi'ora'a, 'ere ? E mo'ehia na ia'u te rave i teie mahana e 'āraua'e, ha'amana'o vau, ua oti 'tura ĩa, 'ere ? e... Ia parauhia e 'amu i te po'ipo'i, haere ĩa e ahiahi e 'amu ai, *alors*..., tera pa'i no tera mea e rū noa 'oe, 'ere ?

G : *Et...*, *comment ça agit selon toi sur ta maladie, ces rā'au là* Māmā, i to 'oe mana'o ?

C : [sourir] 'Aita e tauira'a, te huru, te huru (...), te puai te vai noa ra ĩa te puai, te itoito te vai ra, 'aita e tauira'a.

G : E ua mana'o 'oe i te mana i te rā'au popa'ā Māmā, *est-ce que tu penses que ce traitement* e mea tano mea rahi e..., e...

C : No te tano ra ua tano ĩa teie mau pu'era'a rā'au, *mais*... o 'oe iho pa'i, 'ere ? e mo'ehia ia 'oe (i) te rave. No te tano ra ina(h)a te 'afaro noa ra 'aita ho'e mea, *alors c'est que*... mea 'afaro, 'ere ? [Silence]

Ia mana'o vau 'aita ho'e fifi a'e, *il faut rā e tamau*.

G : *Tout à l'heure* Māmā, *tu parlais des gens que tu vois à l'hôpital, et puis tu disais que leur diabète vient du mā'a... de ce qu'ils mangent*, Māmā ?

C : *Eh ben oui, parce que on nous...*,

G : I (ei) reo Tahiti Māmā...

C : E parauhia mai eiaha e 'amu (i) te pu(a)'a, e 'amu (i) te pu(a)'a, 'ere ? Eiaha e 'amu (i) te po'e, te 'amu nei (i) te po'e, eiaha te raiti, te 'amu nei te raiti, e'ita (e) ha'apa'o (i) te mā'a. [Approbation de G : "hummm... hummm..."]

Ia mana'o vau, no te aha to'u ! e (e)'iā vau (i) te mā'a, eaha pa'i... 'aita e tutu'a, e hi'o 'oe to rātou 'avae e ra ē te rarahira'a ua pē!... [Approbation de G : "hummm... hummm..."]

C'est ça pa'i ! te r(e)ira te vahi 'aita vau e maramarama ra ! Eaha mea ē 'tu ĩa ta rātou mā'a, *alors...*, no'u noa tera mana'o, 'ere ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."]

Eiaha e inu (i) te café ta-tihota, te mau ta-tihota..., [insistance] 'aita e..., *hein, monamona...* [En tapant sur la table] (...) E 'ere ho'e ā huru *hein...*, ia'u 'aita vau (e) tu'u (i) te tihota, 'aita 'na'e ta'u e ū, i r(e)ira e tu'u vau (i) te tihota ma'a vahi iti tihota, mai te mea e ū ta'u Vai Ora, 'aita vau (e) tu'u (i) te tihota, [En tapant sur la table] 'ere ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] Tera..., ...penei a'e paha... 'aita 'to'a vau i 'ite, ĩa !... [Expression d'une plainte] (Ia) 'ite vau to rātou 'avae e rā ē te ta'amu te... te me'ume'u e..., ua pē ! [Dit avec violence :] e i tē..., aĩa ! [Soupir] (...) No ni'a ānei i te mā'a ? aore o, e *diabète* mau aore ra te vai ra te ma'i ē 'tu ? *C'est ça pa'i !* te r(e)ira pa'i !

G : *Humm...* (...) *Et, tu penses justement que* teie ma'i 'ōmaha tihota e ma'i i roto i te mau ta'ata i porinetia mātamua aore ra,

C : 'Aita !

G : E i teie tau,

C : *Non, non, non.*

G : *Et avec les produits importés* Māmā, eaha to 'oe mana'o Māmā ?

C : 'Ē. Teie tau e, eiaha e i muta'a iho, 'aita, 'aita. No teie mau rā'au (i) afa'ihia mai na ō mai ia tanu (i) te mā'a, *il faut* tera mea..., 'ere ? fa'ararahi (i) te mā'a *en trois mois* e rā a'e te rarahira'a, parau mau ! mea nehenehe ia hi'o (i) te mata, *mais* eaha pa'i ta'na 'ohipa (i) roto ? i ni'a pa'i (i) to 'oe tino, 'ere ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] 'Aita, ua ora mai te ta'ata Tahiti (i) mūta'a iho ra ! e tāhana (i) te mā'a. te i'a, 'ere ? e piti mahana, ho'e i'a e te *café* mea maita'i roa te ta'ata Tahiti !

Teie mahana..., (...) e *steak* eaha 'na'e 'tu ā ! te 'amu nei te mau mea ato'a, *des frites* eaha'na'e'tu ā, ina'a ! *c'est pourri de...*, *de... maladies...*, ina'a, *cancer...* eaha'na'e'tu ā... (...) *Et pourtant...* (...)

Ua pa'ari mai mātou tāhana te i'a, e te *café* e te taioro, 'aita ho'e, 'ere ? e i teie mahana ia tanu (i) te mā'a, *il faut* e tu'u (i) te *engrais*, tera, *il faut* e tu'u, *hein*, e toru ava'e ina'a, ua,

ua pa'ari 'ere ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] e... na reira te moa, fa'a'amu (i) te moa, *il faut* e tu'u tera mea i roto i ta rātou mā'a, e'ita e maoro, *en trois mois on peut vendre*, 'ere ? tera na'a 'oia te hope'a. 'Aita e hina'aro (i) ta te Atua i horo'a mai, hina'aro (i) ta te ta'ata, 'ere ? *alors* e 'aro tātou te Atua ra, tera ia ta te Atua e fa'a'ite mai ia tātou, 'ere ? [Silence]

G : *Et comment tu gères alors Māmā ton diabète, tu le contrôles quand tu vas juste chez le Médecin aore ra teie mau mahana... e eaha te... [en aparté] Elle vient de s'absenter pour aller chercher une boîte, un appareil... que l'on va découvrir... (...)*

C : Tera, na ō vau i te hi'opo'a, i ta'u mau... mau rā'au, tera ia... [*elle sort ses médicaments*] tera..

G : A fa'ati'a mai na Māmā, a ha'amaramarama mai na i teie mau rā'au... e teie matini ?

C : 'Ē, e pātia ia i ni'a i to 'oe rima ia ta'a ia 'oe e hia rahira'a *diabète* to 'oe, 'ere ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] 'ē..., na tera ia e fa'a'ite mai ia 'oe, ia au pa'i (i) ta 'oe anira'a, "ha'amaramarama mai rà (e) mea nafea ?" *alors* horo'a ia vau, e'ita vau e parau 'tu ia 'oe *il faut* ia teie mea... ia 'ite 'oe (e) mea nafea ta'u hi'opo'ara'a ia'u iho, 'ere ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] 'ē. Te mau rā'au ta'u e rave teie te mau rā'au, horo'ahia mai (e) te Taote e 'amu, 'ere ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] Te vai ra to te po'ipo'i, e te vai ra to te avatea, 'ere ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] Tera ia... Ti'a 'tu ai !

G : E teie, *et cet appareil tu l'utilises* (i) teie mau mahana Māmā, i te po'ipo'i aore ra..., a fa'ati'a mai na Māmā ?

C : Te po'ipo'i..., te po'ipo'i... [sort l'appareil de sa boîte] hina'aro ra vau (e) taniuniu, *parce que...* e tere to mātou, 'ere ?

[Va téléphoner dans le salon et revient] Tera ia ! [Silence]

[ouverture de la trousse de l'appareil Dextro] Tera mea patia i ō, ia nehenehe (o) 'oe ia *contrôler*, 'ere ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] *Il faut* rā e horoi to 'oe rima na mua eiaha ho'e reporepo, ere ? (...) [*Elle va se laver les mains à la cuisine*]

[double bip de l'appareil] [Silence] [double bip de l'appareil] *Humm..., ça passe pas là. (...)* *Y a quelque chose...*

I : Eaha teie fāito ?

C : *Hein ?* (...) Fāito no te mea..., te ‘itera’a (i) to ‘oe fāito.

I : Fāitora’a tihota ?

C : E pa’i,

I : *Humm...* E, eaha teie ?

C : *Mais* ua hape rā,

I : A, ua hape teie ? *O.K...*

C : Tāmata teie... [Silence] pau ‘to’a ra paha te *piles*, ‘ere ?

G & I : *Ah...*

C : *Hein ?*

G : *C’est* pau *la pile*, Māmā ?

C : E, ia hi’o ‘na’e... [Silence] *Ah là, ça va*, [Bip de l’appareil] [Silence]

I : *Un seize* (1.16 g)

G : *Humm !*

C : *Combien ?*

I : *Un seize* (1.16 g)

G : E i to ‘oe mana’o eaha teie numera Māmā ?

C : *Un quoi ?*

I : *Un, seize* (1.16 g)

C : *Un seize...* (1.16 g)

G : Māmā...

C : Mea maita’i roa ahiri... e ua ‘amu (o) ‘oe (i) te mā’a, ‘ere ? [Approbation de G : “*hummm... hummm...*”] ‘aita ‘oe (e) ‘amu (i) te mā’a, ‘aita e tano, e rahi roa, *hummm ? Comme* ua inu vau (i) te *café* i teie po’ipo’i..., tano paha.

G : *Et tu le fais tous les jours ça* Māmā ?

C : *Oh...* ia... ia mana’o ‘na’e vau, ‘ere ? [Approbation de G : “*hummm... hummm...*”] Mai ta’u i parau (i) arau a’e ra, e mo’ehia, ‘ere ? [Approbation de G : “*hummm... hummm...*”] e rū ‘oe (i) te mau mea ato’a e mo’ehia, [Approbation de G : “*hummm... hummm...*”] ho’i ‘na’e mai (i) te ahiahi, ‘ā, ha’amana’o vau, no r(e)ira e tu’u vau i pihai iho i ta’u amura’a mā’a ia ‘ite noa pa’i vau, ‘ere ? [Approbation de G : “*hummm... hummm...*”] Mea au tera *un seize ?* (1.16 g) *que deux virgule... hein ?*

I : *Bien sûr...*

C : Tera ia.

G : E, e fifi Māmā teie matini ? Fifi ?

C : ‘Aita e fifi te matini te ta’ata rā, *humm...*? No te matini ra ‘aita ia ho’e a’e. Te ta’ata rā te fa’aafaro, e ha’apa’o. (...)

G : E teie rā’au Māmā, teie, eaha te rā’au ua (ia) ‘amu i te po’ipo’i, Māmā ?

C : Tera ta’u e ‘amu i te po’ipo’i,

G : E teie ?

C : Eaha tera ?

G : [Nom méd. B] ?

C : *Oui*, [Nom méd. B], *oui ! humm...*, tei te huru pa’i te [Nom méd. B], teie mau mahana e ‘amu vau e piti [Nom méd. B] e’ita rā vau e ‘amu i te po’ipo’i, e ‘amu vau i te ahiahi e piti, *eah...* le [Nom méd. C] *c’est...* e ‘amu vau e tera, *c’est le* [inaudible] ça... Tera ta’u e ‘amu i te po’ipo’i,

G : *C’est lequel* i te pō ?

C : I te po’ipo’i, po’ipo’i tera, ‘afa, ‘afa...

G : *Humm... humm...* Ho’e, ‘afa ?

C : ‘Afa.

G : Ho’e, ho’e ?

C : *Oui*.

G : *D’accord*.

C : Mea.. [Nom méd. B], e piti ‘ere ?

G : E i te pō, Māmā ?

C : Tera ia, e rave vau i te ahiahi, ‘ere ? *ça*, [Nom méd. B], *eah...* tei hea tura ? *c’est lequel c’est le s’... matin oui, ça*, no to’u māfatu ia.

G : *Et ce contrôle là Māmā, tu le fais de temps en temps, tu ne le fais pas régulièrement, Māmā ?*

C : *Non, vaut mieux dire la vérité parce que des fois j’oublie... je..., je vais en vitesse et en revenant, je prends, ‘ere ? Pas comme ça a été dit : “le matin”, ‘ere ? le matin non, c’est pas vrai, ‘ere ? Alors quand je reviens là je pense à prendre... alors le reste, ahiahi ia.*

Humm... la mo'ehia ia'u ia i te po'ipo'i, e'ita ia vau e 'amu (i) te tahi mau pu'era'a, e rave ihoā vau to te po'ipo'i no te po'ipo'i...

G : *Et ce contrôle-là Māmā, c'est de temps en temps Māmā ? Aore ra teie mau..., est-ce que c'est tous les jours, tous les jours, aore ra....*

C : 'Aita, 'aita, 'aita, 'aita, 'aita.

G : *C'est une fois par semaine ou...*

C : *Une fois par semaine, oui, et pourtant il faut prendre tous les jours... 'ere ? [Ferme la trousse de l'appareil]*

G : *Māmā, je voudrais que l'on revienne sur un sujet qui m'intéresse beaucoup,*

C : *Oui,*

G : *Et puis là on quitte un peu le diabète pour s'en aller i te mātamua Māmā, ua parau 'oe te..., au tout au début de l'entretien là, tu as dit Māmā que i te mātamua vous étiez une énorme famille et..., et que vous étiez pauvres Māmā, très pauvres, [Approbation de C : "Humm..."] et est-ce que tu as le sentiment Māmā d'avoir manqué, d'avoir manqué. Est-ce qu'il y avait te mau fifi no te moni no te mā'a, est-ce que vous aviez des problèmes pour...*

C : *Oh ! je crois que y avait pas un..., une famille...'aita e...,*

G : *Māmā, i (ei) reo Tahiti...*

C : *... 'opū ta'ata 'aita e pohe poi'a i te reira tau, mais... te ora rā..., 'ere ? 'ē. (...) Mea hau a'e te orara'a (i) tera tau noa'tu te vĕvĕ, e mea 'ohipa rahi na te metua, mea hau a'e, 'aita (e) 'ati, 'aita e fifi, 'ere ? Teie mahana, ua rahi te mau mea..., euh..., ta te ta'ata (i) afa'i mai i ū (ō) nei, e tanu (i) te mā'a, e tu'u tera mau rā'au e'ita e tano e tu'u, 'ere ? Teie mahana, te iteahia ra te diabète, e *cancer*, eaha 'na'e'tu ā..., eaha 'na'e'tu ā..., te māfatu, 'aita e... ma'i māfatu, 'aita pa'i e itehia i te reira tau *hein* ? 'Aita e *cancer*..., 'oia paha... i roto i te hanere, ho'e, 'ere ? (...)*

Teie mahana, 'ā..., mea rahi e ra e pu'e maira i ō a'e i [Nom établissement de soins 2], i ō a'e i... [Nom établissement de soins 1], [Nom établissement de soins 2], un peu partout, 'ere ? Centre... i ō a'e... i mea... [Nom de ville 1 à Tahiti]..., parce que haere roa 'to'a vau i [Nom de ville 1 à Tahiti], [Nom de ville 2 à Tahiti], [Nom de ville 3 à Tahiti] ; je vais une fois par mois là-bas, hein ? Tous les derniers samedis du mois, haere vau i [Nom de ville 2 à Tahiti] [Nom de ville 3 à Tahiti], [Nom de ville 1 à Tahiti], hein ? Farerei (i) te mau feia

pa'ari, 'ere ? afa'i te *gâteaux*..., te *sandwiches*... na rātou... *Ah oui ! je fais ça...*, et *aujourd'hui j'ai besoin de me retirer, pas... retirer non, chercher quelqu'un plus jeune*, 'ere ? *hein ?* Hamani vau ta'u (mau) *sandwiches* i ū (ō) nei pō, *vendredi* po'ipo'i mātou ua reva, e 'ere ia *cent*..., *non, non ; déjà* [Nom de ville 1 à Tahiti] *y a cinquante* 'ere ? *alors deux fois cinquante* 'ere ? *plus canapés*..., *deux fois... cinquante*, 'ere ? *alors tu peux pas faire* ho'e *sandwich*... ho'e ta'ata... ; *alors* ho'e *sandwich* *tu fais*... *pour* ho'e *morceau*, *deux sandwiches*, 'ere ? *Deux, deux sandwiches, deux canapés, un morceau de gâteau, on emmène tous les mois.*

G : *Tu les vends Māmā, aore ra...*

C : *Non, non, non, non.*

G : *Tu les donnes ?*

C : *Ah oui ! On va les visiter, faire la prière là-bas et on leur laisse, et nous on mange avec eux, enfin casser la croûte avec...*

G : *Ce sont comme des offrandes en fait,*

C : *Hein ?*

G : *Ce sont comme des offrandes...*

C : *Oui, c'est ça, c'est ça !*

G : E Māmā, i te mātamua ua 'oa'oa 'oe, Māmā, i te mātamua i roto i to 'oe orara'a, Māmā, aore ra fifi ?

C : *Euh...* tera tau (i) vēvē ai, mea 'oa'oa a'e mātou, ta'u hi'ora'a, *hein ?* I teie mahana, ua rahi te fifi, [éternuement] *pardon*. Te orara'a 'utuafare, ta'u hi'ora'a mea maita'i a'e tera tau, parau mau 'ohipa rahi na te metua (i) te imira'a (i) te rave'a (e) fa'a'amu, *que* teie tau..., mea 'ohie a'e (i) teie tau e rahi te fifi, e rahi te ma'i, 'ere ? Tera tau, 'aita. (...)

G : *Et tu te souviens des privations, de quoi s'agissait-il Māmā, i te mātamua ?* I roto i to 'oe 'utuafare, te vēvē...

C : *Privations..., des fois on mange du poisson, des fois... on n'a pas...*

G : I (ei) reo Tahiti, Māmā...

C : I tera tau, i ni'a noa i te mā'a, to'u Pāpā e tai'a ta'na 'ohipa..., te vai ra te mahana e manuia mai te tai'ara'a e 'amu ia tātou (i) te i'a, 'aita e inu, *café* noa e te faraoa e tei te

huru, mai te mea e roa`a mai ho`e faraoa, haere (e) ho`o mai e ono tamari`i, tāpū ho`e faraoa e ono tuha`a, *plus* na metua, te Pāpā, te Māmā e va`u ia ta`ata, `ere ? [Silence]

Teie tau mea `ohiē a`e, mea rahi te fifi, rahi te `ati. Tera tau, `aita. Me(a) vēvē, me(a) iti te mā`a..., *mais* `aita rā `oe `e `ite e... te fifi i roto i te `utuafare mai te `ati, `aita. Tera noa ihoā te fifi, `aita e moni, `aita (e) rava`i (i) te moni, `ere ? [Silence] Tera ia.

G : E, ua ite Māmā teie vahi (i te) mātamura ? *Est-ce que tu pourrais me dire comment c'était ici* (i te) mātamura, teie fa`a Māmā, [Nom quartier à Tahiti] (i te) mātamura, *le souvenir, ce que tu te souviens* (i te) mātamura, Māmā ?

C : En 1952, to ta`u tane e o vau ho`ora`a mai (i) teie vahi... (...) *Comment on dit quatre vingt dix mille ?... (90 000 F) deux fois neuf dix huit, ça fait* hanere... e va`u `ahuru tautini, `ere ? *Humm...*, hanere e va`u ahuru tautini teie vahi, fa`ati`a mai māua (i) te fare na ta māua e piti tamari`i, maita`i roa ia o [Nom quartier à Tahiti], `aita ia e purumu mai teie e `ōfa`ifa`i `na`e, `ere ? Teie mahana ra, mea nehenehe roa ia o [Nom quartier à Tahiti]. [Long silence].

[Nom quartier à Tahiti] parauhia, [Nom complet quartier à Tahiti], e hereherera`a ia na... na [Explication Nom quartier à Tahiti] (i) te reira tau, `ere ? maita`i roa ia, tera rā, te purumu, `aita ia e purumu..., `e`ere mai teie mahana, teie mahana mea au maita`i, mea tā. Tera ia ta`u e nehenehe e parau ia `oe `ā, te tahi mau mea, `aita ia vau e nehenehe e pahono atu, `aita pa`i vau to ō nei, [Année arrivée lieu de vie], `oia ia. [soupon]

G : Eaha te mau tauira`a e Māmā i teie vahi, e (i) te mātamura e (i) teie tau Māmā ?

C : Tauira`a teie vahi, `aita e uru `aihere fa`ahou e fare `na`e, `aita pa`i e `aihere fa`ahou e fare `na`e, e fare na te mau vahi ato`a. Tera tau, `aita, teie noa te fare e tera tera i ō a`e mai, e, ia`u i haere mai, e, `aita ia to tera.

G : E eaha to `oe mana`o no teie vahi i teie nei Māmā ? E fifi i roto i te fa`a Māmā, te mau ta`ata...

C : `Aita, `aita paha, `aita paha, `aita, i ō noa e fifi ai te poritita, *c'est tout, mais*, ia `ore `oe ia ha`apa`o (i) te poritita eaha te faufa`a, *hein* ? e`ita `oe e fifi, e moni ta `oe, e tama`a `oe. Ho`e noa mea ta `oe e ani te fare toa tinito e horo`a mai (i) te tārahu ia `oe, e ora ia `oe tia i ta `oe mahana e tae mai ai ta `oe moni na te Hau no te `aufaura`a (i) ta `oe mau tarahu, ia `ore e fifi `oe, te r(e)ira na`a *parce que* e ora `oe o `oe e te fare toa. *Humm...*? `Afarō te

fare toa ia 'oe, fāna`o 'oe, 'aita te fare toa (e) 'afaro ia 'oe, e fifi 'oe to 'oe orara`a mai te mea e tamari`i ta 'oe, *humm ?* Tera pa`i iā, ta`u hi`ora`a, *hein ?* 'aita vau i 'ite ta te tahi [rot], *pardon.*

G : E Māmā, teie rā`au, *le Sulfate de magnésium*, eaha te Taote i parau ia 'oe (i) teie rā`au aore ra o vai ?

C : Nā`u noa ihoā, nā`u noa ihoā, 'e`ere na te Taote,

G : 'Ē ! *et comment tu sais ça Māmā, d'où tu sais ça, qui t'a appris à,* o vai te ta`ata...

C : Mai to`u fanau-ra`a-hia mai ua vai a`e na teie rā`au, i to`u Māmā i to`u Pāpā.

G : *Ah !...*

C : 'Ā, 'ē, 'e`ere no teie mahana teie rā`au `ere ? aore ra e *sirop*, 'ere ? na te tamari`i, teie ra te vai ra iā, *oui.*

G : E to 'oe Māmā e to 'oe Pāpā, (ua) inu (i) teie rā`au Māmā ?

C : A, e ! a, e !

G : I te mātamua ?

C : A, e ! i to rātou tau, haere mai to mātou tau, e haere 'tu i to te tahi tau, to te tamari`i. Ua vai noa tera rā`au ehia tau, 'ere ? *voilà*, e 'ere no teie mahana ! e`ita, no te... tau mai ā (o) to mātou Pāpā ru`au fanau (i) to mātou Māmā tera rā`au,

G : *Ah !...*

C : 'E, 'oia, haere mai te tau o to`u Māmā e to`u Pāpā, haere mai to`u tau e ta`u mau tāmari`i teie nei haere 'tu rātou tau e ta rātou mau tamari`i, te vai ra te *sirop* e te vai ra tera.

G : *On dirait tu crois plus dans ce médicament ou dans ceux là, Māmā, 'e`ere ?* Te maramarama ra Māmā, teie parau ?

C : No teie mau pu`era`a...

G : *On dirait que tu crois plus dans celui-là, dans l'efficacité de ce médicament que dans ceux que le Médecin t'a prescrit ?*

C : *Non, non, non, c'est pas ça, c'est pas ça, c'est quand je triche, je mange beaucoup de..., de chocolat parce que... j'aime beaucoup le chocolat 'ē gâteaux... tout ça, c'est là où je prends ça, 'ere ? Humm... du riz c'est défendu, pour les diabétiques, hein ? le pain, c'est défendu pour les diabétiques si, pain grillé ça va hein ? alors, pour nettoyer tout ça je prends ça. Est-ce que ça se, ça se nettoie ou 'aita, hein ? mais... je me sentais soulagée...*

G : *Et quand tu, mai te peu e inu (i) teie rā'au,*

C : *Il faut 'oe e 'amu (i) te mā'a, hein, il faut 'oe 'amu (i) te mā'a, e'ita 'oe (e) nehenehe e inu noa, e inu noa (i) tera rā'au e 'aita e 'amu (i) te mā'a, 'aita ĩa, o 'oe ĩa te marua i raro, 'ere ?*

G : *Donc tu prends ça et tu manges en même temps et après ça te donne la diarrhée, Māmā ?*

C : *Eh ben oui ! c'est ça, ça..., ça te purge, hein ? humm...*

G : *Et après tu te sens bien.*

C : *Voilà..., sens bien.*

G : *Comme si tu n'avais pas mangé de chocolat, Māmā.*

C : *Voilà, c'est ça.*

G : *Qu'est-ce qui est le plus difficile Māmā ? Eaha te 'opanihia e fifi a'e, Māmā ?*

C : *No ni'a (i) te mā'a, ao...*

G : *E.*

C : [Silence] *E fifi vau i ni'a i ta'u 'ava'ava, 'ava'ava, e 'ere ? humm... To'u tera ihoā, humm...? Te fare 'aita e ta'ata o 'oe 'na'e iho, ta 'oe 'ava'ava, [Silence]*

Noa'tu (e) 'aita ta 'oe mā'a, ta 'oe rā 'ava'ava eiaha ia 'ore, 'ere ? noa'tu ho'e, ho'e, e'ita ihoā e nava'i, 'ere ? (...) ta'u hi'ora'a. Là c'est vrai, hein, c'est la vérité. Enfin pour moi c'est ça : prive-moi de tout, mais pas de cigarettes, ĩia !... chhhhhh

G : *Et..., juste avant de terminer Māmā, il y a quelque chose que je voudrais que tu me précises là, parce que une femme polynésienne comme toi, avec son identité de Polynésienne, ses valeurs, sa culture, comment tu peux ne pas croire vraiment dans les rā'au Tahiti Māmā, que ce n'est pas quelque chose qui t'intéresse, qui t'implique, Māmā ?*

C : *Si ! je crois,*

G : *A fa'ati'a mai ei reo Tahiti...*

C : *E ti'aturi vau (i) te rā'au Tahiti il faut rā ho'e ta'ata e ite vau (e) ua ora ia'na tera ta'ata i ni'a i ta'na rā'au, 'oia ! e ti'aturi ĩa vau ! mai te mea e parau noa mai 'oe ia'u, "a, ta mea te rā'au," 'ere ? e'ita ĩa vau (e) hina'aro (i) te r(e)ira, hina'aro vau ho'e ta'ata ua ora,*

hummm...? Ia parauhia mai, e rā'au ta tera ta'ata (i) horo'a ua ora to'na ma'i, o vai ia ta'ata e'ita e haere i ō ?

Pauroa te ta'ata e haere i ō, ti'aturi vau i te rā'au Tahiti, eiaha teie mahana, tera tau 'oia, teie mahana e moni ta 'oe, e roa'a ta 'oe rā'au, e'ita ia ! 'Aita pa'i o te Atua i fa'atupu mai (i) te 'aihere no te haere 'oe e ho'o, (e)'ita, (...) no te tauturu rā ia tātou, 'ere ? tauturu i te ta'ata tataitahi, 'oia ia.

Teie mahana, ua riro te rā'au a te Atua i (ei) imira'a moni na te ta'ata, e'ita vau e ti'aturi. Ia parauhia mai e rā'au mea, e rā'au fati ta tera'e ta'ata i ō a'e, *mais..., 500 francs ou bien 1000 francs le gallon*, 'ere ? E'ita vau e haere e ti'i *1000 francs* (i) te *gallon*, ua 'ite 'oe e ha'avare. Ia ho'o 'na'e, *c'est que*, e ha'avare, 'aita 'na'e e ho'o, parau mau, e ora ia to 'oe 'ati, tera ia te tahi ia fa'anahora'a. Tera ia ta'u fa'anahora'a, te ta'ata e ho'o te tao'a (o) te rā'au, 'aita.

A, ta te popa'ā, mea 'afa'i mai i 'ū (ō) nei i Tahiti nei, mea fa'anaho i roto i te ho'e fare, e ho'o, 'ere ? te vai ra te Taote na'na e fa'a'ite mai tera rā'au e tano i to 'oe 'ati, 'ere ? Ta te ta'ata Tahiti te vai noa ra i ū (ō) nei, 'ere ? e haere ā ia 'oe e ho'o, *hein ?* 'aita, ia ho'o 'na'e, 'aita ia, 'aita e faufa'a, e'ita te ma'i e ora, e'ita ta'u i fa'aro'o *hein ?* to'u māmā..., e'ita 'to'a ihoā vau e haere e ho'o mai, e'ita, mea au a'e na'u e haere vau i te *Pharmacie* ua 'ite vau (i) tera rā'au, ua 'afaro vau. Haere vau e ho'o mai, no te mea e Taote ia to'u no te hi'opo'a ia'u.

I tera (ta'ata), 'aita, hina'aro ihoā 'ona i ta 'oe moni, 'ere ? ia pau ta'na rā'au, parau mau ānei e ha'avare paha, e e ora te ma'i, penei a'e paha ! 'aita 'to'a vau (i) 'ite, *mais* e'ita, e'ita vau e haere e ti'i, e'ita vau e haere e ha'amau'a. Te ta'ata Tahiti ia hamani 'oe i te rā'au e'ita 'oe e ho'o, 'ere ? no te mea na te Atua i fa'atupu, 'ere ? Te ta'ata e ho'o, 'aita, 'aita vau i ite, na te ta'ata noa te r(e)ira, 'ere ? ha'avare mai ia 'oe e ora to 'oe mea, *non*, e'ita, penei a'e paha 'oia, e'ita vau (e) ti'aturi, tera, tera te vahi ta'a'-ē-ra'a,

G : *Et si quelqu'un là arrivait aujourd'hui avec des rā'au Tahiti*, mea tano maita'i no te ma'i 'ōmaha tihota, Māmā, eaha to 'oe...,

C : A, penei a'e e rave vau, e, mai te mea e'ita 'ona e ho'o, 'ere ? Na'na e hamani na 'oe e haere e 'ohi, 'oia, 'oia, e haere vau, mai te mea e *garantit* mai 'ona e ora to'u ma'i *hein ?*

na`na e hamani, pauroa te ta`ata na`na te rā`au, e`ita (e) horo`a na `oe e hamani, *non*, na`na ihoā e hamani. Ia fa`a`aufau rā `oe (i) te ta`ata, `aita ĩa, e ha`avare ĩa te r(e)ira, e`ita ĩa.

Tera ĩa e pu`e noa maira na roto i te Makete (Matete) (i) Papeete là, *des gallons et des litres* e te aha `na`e `tu ā, e rā`au mea, e rā`au mea, *peut-être ?* mea maita`i ? *mais* teie nei rā, `aita (e) ti`aturi-fa`ahou-hia, tera, te... Mea hau a`e na`u e haere vau i to`u Taote, *hein !* Noa`tu pa`i e tama`ihia mai, « *Je t`ai pas vue voilà...* » noa`tu, *mais*, hamani mai `ona (i) ta`u *ordonnance*, haere (e) ti`i i ta`u rā`au *hein ? Voilà la différence.*

G : *Et dans quoi réside en fait teie « ti`aturi », tu parles de confiance, avec la confiance, c`est quoi la clé Māmā, la clé de la confiance que tu pourrais...*

C : *La clé, sans te faire payer, c`est ça, voilà la clé. (...) Si on te fait payer c`est pas la peine, non, non, ça c`est des mensonges hein ? enfin chez nous, chez les Tahitiens, on le sait, humm...? Les médicaments qu`on te fait pas payer,*

G : I (ei) reo Tahiti Māmā...

C : E, te mau rā`au e`ita `oe e fa`a`aufauhia, maita`i, *mais*, te mau rā`au rā e fa`a`aufauhia (e) parauhia e mea maita`i, e`ita, e`ita vau e ti`aturi, `aita pa`i, `aita. E`ita ta`na rā`au e fa`a`aufauhia i te moni, e`ita. E, no te mea e`ita `oe e haere e ho`o mai (i) te r(e)ira mau rā`au te vai ha` (haere) noa ra na ō a`e, haere `oe e pafa`i.

A, te vai ra te tahi mau rā`au ua tanu te ta`ata, e`ita e roa`a fa`ahou na te mau vahi `to`a, `oia ĩa, `ere ? haere ĩa `oe e ho`o mai (i) ta`na rā`au, `ere ? no te fa`ati`ara`a i ta `oe rā`au, `oia ĩa, *hein ?*

I te r(e)ira huru ra penei a`e paha `oia, *mais*, tera mea e fa`a`aufau mai te ta`ata i ta`na rā`au, `aita ĩa, *non*.

Ta te Atua, horo`a `oe, to `oe `a`au horo`a, ia ora `ona, `ere ? `Ere ĩa e mea `aufau, `ere ? na te Atua i fa`atupu noa mai, `ere ? [Silence] Tera te vahi ta`a`ē.

G : *Et en fait quand tu disais que pour toi te tumu no te `omāha tihota i to `oe tino e te ma`i tupuna ? Et pour les gens que tu rencontres qui ont le diabète et qui sont dans les hôpitaux, c`est pas te ma`i tupuna qu`ils ont c`est le mā`a, c`est ça Māmā, que tu dis ? Aore ra e..., c`est plus complexe que ça... ils pourraient aussi eux avoir la ma`i tupuna ? Est-ce que tu*

penses qu'on peut avoir la ma'i tupuna, et qu'en même temps la maladie du diabète soit liée à la nourriture et tout ça... 'aita e...

C : *Peut-être pa'i... je sais pas.... alors là.... je peux pas vous dire... hein... Y a que... vous qui pouvez dire... si... on peut avoir te r(e)ira mau mea, te r(e)ira mau ma'i... noa'tu e 'e're te ma'i tupuna, e roa'a rā... ia 'oe te ma'i... 'ōmaha tihota, e paha... 'aita...*

G : *Et toi tu es convaincue que dans ton cas c'est une ma'i tupuna, parce que ta maman l'avait...*

C : *ah oui,*

G : *et puis ton fils l'a... et que ton grand-père...,*

C : *Mon grand-père... 'ē... oui ! e mana'o, e mana'o, 'ere ? e mana'o, no r(e)ira mai paha ina'a..., pohera'a o Māmā tapūhia to'na 'avae no te mea e diabète, 'ere ? te paraura'a.*

G : *'Ē. Et puis juste avant de clore... La dernière fois tu disais que tu étais seule, que tu souffrais un peu dans ta solitude, mais en fait, j'ai l'impression que tu n'es pas si seule que ça parce qu'il y a tout le temps des choses, des mea et des mea..., des choses tout le temps... tu es en fait très occupée donc... ça veut dire que ta solitude est un peu relative..., 'ere Māmā ? No te mea e 'ohipa rahi to 'oe...*

C : *No r(e)ira ho'i ! c'est dans la solitude il faut essayer de... dégager tout ça. Il faut être... euh... comment dirais-je..., euh...*

G : *I (ei) reo Tahiti, Māmā...*

C : *E horo'a 'oe ia 'oe i roto i te mau tapura 'ohipa 'to'a même... ua 'ite 'oe 'e'i'te, e rahi roa ia 'oe il faut 'oe e haere i roto, 'ere ? na 'oe e hi'o ia tae i roto e teihea ta 'oe (e) hina'aro, 'ere, 'ere ? Humm... [Fonctions de C] vau e fa'atere i te fare ma'i ta'ato'a i ū (ō) nei i Papeete, hein ? alors... ehia ia fare ma'i, haere roa i te [Nom établissement de soins privé 3 à Tahiti], [Nom de ville 2 à Tahiti], [Nom de ville 3 à Tahiti], des centres, y a trois centres i ō, 'ere ? i ō a'e i [Nom quartier A à Tahiti] chez [Nom prénom tahitien], humm ? haere vau..., no te mea 'aita e ta'ata, o vau 'anae. Na vai e tape'a ia'u ? Ia n', ia fifi vau i to'u ma'i, e'ita vau e tae, humm ? Na te ma'i e tape'a ia 'oe e'ita 'oe e tae, mai te mea 'aita to 'oe e ma'i e tae 'oe ia haere, 'ere ? Na vai e tape'a ia 'oe ?... Na te Atua e horo'a mai i te itoito, te puai, te 'ite, maramarama, nafea 'oe ia 'oe, humm... ? Tera.*

G : *Et teie 'ohipa rahi Māmā, c'est mai te taime te ma'i 'ōmaha tihota e te ma'i māfatu aore ra i muri ? i mua Māmā ? est-ce que c'était avant ?*

C : *Na mua'tu e teie nei ho'e ā huru, 'aita e tauira'a, parce que tei ō te vaira'a. 'Ananahi il faut vau i ō, ananahi'tu il faut vau i ō, 'ere ? Māuiui 'oe 'aita e māuiui il faut 'oe ia tae hein !*

G : *Mais, eaha te tumu no teie 'ohipa rahi Māmā, qu'est-ce que tu cherches ?*

C : *To 'oe tauturu,*

G : *'Ē ! Qu'est-ce que tu cherches, dans..*

C : *Pour dégager la solitude,*

G : *C'est ça, c'est bien la fuite de ta solitude Māmā ?*

C : *Voilà, et puis euh..., pour l'amour du Seigneur aussi !... 'ere ? C'est ça !*

G : *Et l'amour de l'Autre aussi, Māmā ?*

C : *Eh ben l'autre... [son mari] est parti, qu'est-ce que tu as à espérer... y a rien, 'ere ? il est parti, il t'a laissé tout seul !... Qu'est-ce qu'il a préparé pour toi ? Rien du tout, c'est à toi à chercher, hein ? à améliorer... ta vie...*

G : *L'autre est parti ?... c'est ton tane, c'est ça, Māmā ?*

C : *Eh ben oui, c'est ça, c'est ça que tu voulais dire ?*

G : *Non, l'Autre...*

C : *Ah, o.k. ! ah...*

G : *L'Autre, c'était l'Autre avec un grand "A",*

C : *Ah !*

G : *l'Autre..., toi tu es l'Autre aussi ? Tu vois c'est l'Autre... aller vers l'Autre... L'Autre... ton prochain..., celui qui est sur ta route..., 'ere ?*

C : *Ben te r(e)ira noa ihoā, i horo'a ai 'oe ia 'oe i roto i To'na rima no te tavinira'a i te ta'ata humm ?... C'est ça ? Humm... Ahari 'aita 'ona, 'aita 'oe i ū (ō) nei, 'ere ? 'aita tātou e paraparau no te ma'i, non. Ia'u, aua'e teie 'ohipa Ta'na i horo'a mai, i 'ite ai vau ē... e here te ta'ata, 'ere ? Mai ta'u i parau i arau a'e ra, mātamua, 'aita vau i 'ite i te here i te ta'ata.*

Ua 'ite i te here i ta'u tane e ta'u mau tāmari'i, to'u Māmā, e to'u Pāpā, ti'a 'tu ai ! Teie mahana, e here vau ia 'oe e here vau ia'na no te mea ha'api'i maira te māuiui ra 'oe, te

ci
māuiui ra ‘ona, e hi’o vau a, mea aroha, ‘ere ? Eaha te roa’a mai i roto ia ‘oe, e māuiui, e aroha, *hein* ? Tera, na te reira e ha’api’i mai ia ‘oe, *il faut* e tauturu ! e tauturu ! (...) Tera !
‘Ē. E ‘opere, ‘opere to ‘oe ‘ite ! Ta’na i horo’a mai, ‘opere ! ‘ere ?

G : E no te fa’aoti (i) teie farereira’a, Māmā, e piti uīra’a. E a tahi, e eaha to ‘oe mana’o no teie e piti farereira’a i te...

C : I ma’iri a’enei ? I ma’iri ?

G : ‘Ē. E teie mahana, e te piti o te uīra’a, eaha ta ‘oe parau e mea faufa’a rahi i roto i teie ma’imira’a no te maramarama teie ma’i ’ōmaha tihota i roto i te ta’ata porinetia farani nei ?

C : Te pahonora’a, te uī maira ‘orua ia’u, ‘ere ? e ta’ata mau’a roa’tu ia vau ia ‘orua, ‘ere ?
‘Ē, e ta’ata ma’i au, e Taote ‘orua, ‘ere ? na r(e)ira pa’i tātou i te paraura’a, ua haere mai ‘orua e ani ia’u i to’u huru, ‘ere ? fa’a’ite roa vau i to’u huru e to’u mana’o, ‘aita ia vau e ‘ite eaha to ‘orua mana’o, *hein* ? Tera ia. Ia’u rā, ua māuruuru ‘to’a vau i tau’a parau ia ‘orua, ‘aita vau i ‘ite e eaha mau to ‘orua tere, ‘ere ? (...) Tera pa’i ia. ‘Ā, te parau maira ‘orua e rave ‘orua i te ‘ohipa i ō tera *Centre* i ō i [Nom de ville 4 à Tahiti] ‘ere ? *Humm...* e tuatāpapa ra ‘orua mea au ‘to’a ia ‘itehia e ia maramaramahia to te r(e)ira ‘ati, to te r(e)ira ‘ati. Tera ia ! *Alors...* i ta ‘orua rā... tuatapapara’a ‘aita ia vau i ‘ite e, te hohonura’a, te ‘a’anora’a to ‘orua hina’aro, ‘ē ! e tano te reira i te hō’ē mahana ‘aita e ‘ohipa. *Humm ?...*
‘ē. Eiaha te mau mahana ‘ohipa, ‘aita ia. ‘Aita. ‘Ē ! Te mau mahana ‘ohipa, e’ita ia e ha(e)re, e rū e..., e’ita pa’i... e’ita e ‘afaro. [Silence]

E fifi ‘to’a pa’i ‘oe i ni’a i ta ‘oe tapura ‘ohipa, *alors*, e’ita te paraparau e oti, ua fa’aea, ‘ere ? *Enfin* e mana’o tera *hein* ? (...) E tano e fa’atupu ho’e rurura’a, te ta’ato’ara’a..., e tuatāpapa, penei a’e te hape ra vau ? penei a’e mea maita’i a’e i ni’a i ta ‘orua fa’anahora’a ? ha(e)re na roto i te utuafare e tau’a parau, mea ‘ohiē a’e, *mais...*, ia’u ra, e fifi ‘to’a pa’i ia vau i roto i tena fa’anahora’a, te reira pa’i, ia ‘ore tātou ia maramarama i te mea ta’ te hina’arohia maira. (...) Tera ia !

G : Mai te peu ē... e tāmata vau (i) te pahono ia ‘oe Māmā ? *Je vais essayer de répondre... Dès le début on avait clarifié que c’était une recherche, [C : ‘Ē !] et que je n’allais pas entrer en conflit ou apporter des éléments qui allaient être en contradiction avec ce que le Docteur..., ce que tes médecins te disent de prendre et de faire..., [C : ‘Ē] et moi je viens là*

juste pour comprendre... C'est vrai que je viens écouter, mais je viens aussi je pense, t'aider très certainement à réfléchir Māmā, t'écouter, et t'aider à réfléchir, 'ere, Māmā ? Est-ce que ça t'a apporté quelque chose quand même, ces deux rencontres Māmā ?

C : (...) Oui ! ça m'a... appris quand même quelque chose... que vous êtes venues ici pour..., pour savoir, 'ere ? c'que vous voulez. Mais..., améliorer quoi ? (...) Améliorer vos recherches sur euh... ce que je vous dis... Est-ce que juste ou pas ?

G : Eh bien, en fait, ce qui est prévu aussi c'est que quand la recherche va être terminée [Approbation de C : "humm..."] je fais parvenir aux participants comme vous [Approbation de C : "humm..."], e potō parau,

C : Ha'apoto, ha'apoto'ā parau...

G : 'Ē, 'ē. C'est la moindre des choses là, de vous envoyer un exemplaire du résultat de cette recherche là, de manière simplifiée pour que ce soit compréhensible. Mais..., dans la recherche avant tout, avant de faire, il faut comprendre et c'est ça que j'essaie de...

C : Humm..., voilà !... Enfin... enfin vous, vous savez c'que vous... vous cherchez, mais moi, moi, savoir... c'que vous voulez [en tapant sur la table] (...), je crois que y a des..., des..., des médecins pour ça, [rire retenu] hein ? tuatāpapa... pour faire des recherches... euh... les personnes qui ont... le diabète, euh..., cancer et tout ça... Alors vous préférez aller dans les maisons et discuter avec les patients ou quoi ?

G : En fait, le médecin, ce n'est pas lui qui m'intéresse, moi, c'est vous [Approbation de C : "humm..."] et c'est pas la version scientifique et médicale qui m'intéresse, mais c'est la version profonde,

C : de la personne,

G : Oui, tout à fait, et justement celle du Polynésien ou de la Polynésienne que vous êtes, avec tout ce qui gravi autour... [Approbation de C : "humm..."] votre histoire..., comment vous vivez..., i roto i to 'oe orara'a, i roto i to 'oe utuafare, e te mau fifi, e te mau 'oa'oara'a, Māmā. [Approbation de C : "humm !"] Humm... humm...

C : Humm... Tera ia, 'aita e tauira'a. [Silence]

Te vai ra te ta'ata, 'aita e fa'aro'o i roto ia'na, ha'apa'o 'ona i to'na ma'i, na'na e fa'arahi roa i to'na ma'i.

Te vai ra te ta'ata, e fa'aro'o to'na tu'u 'o'na (i) to'na fifi ta'ato'a i roto i te rima o te Atua, haere 'ona e rave i ta'na 'ohipa, ma te ti'aturi e ora to'na 'ati i te Atua, 'ere ? Te na o ra pa'i tātou i te hō'ē taime te mau pu'era'a 'aivana'a, “*donnons, donnons*”, 'ere ? *Voilà*, ta'u ia e mana'o ra, *hein*. Horo'a 'oe i to 'oe taime i te 'ohipa a te Atua, na te Atua 'oe e tauturu mai. *Humm ? (...)*

E mana'o tera *hein*, 'aita vau i ite e... e parauti'a ānei ta'u, ua tano ānei, 'ere ? Te parau ra te Atua, “E ani e horo'ahia”, 'ere ? *Alors*, fa'a'ohipa 'ona ia 'oe i ni'a i Ta'na 'ohipa, e ani 'oe Ia'na e tauturu mai, horo'a mai i te itoito, te puai, te 'ite, te maramarama, te pa'ari, te 'aravihi. Eiaha 'oe 'na'e iho te ha(e)re, o 'oe e o 'Ona te ha(e)re, *humm...*, maita'i e manuia ia to 'oe tere. 'Aita 'Ona, eaha te faufa'a, 'aita e faufa'a, parau mai 'oe, parau 'tu vau, 'aita ia hō'ē 'apī, 'ere ?

Na'na e fa'a'āpī ta tātou parau, Na'na ato'a (e) fa'a'afaro mai ta tātou e hina'aro ra, ia mana'o vau 'aita hoi vau e papu, e mana'o tera, 'ere ? *Mais* māuruuru rā vau ua tae mai 'orua i ū (ō) nei, nehenehe tātou e paraparau, 'ere ? Ta'a'tura to 'oe hina'aro e to'u, e ta'u e parau ra.

G : *Humm... (...)* *Et puisque tu avais, je crois, posé la question tout à l'heure, il faudrait que je te dise quelque chose d'important, c'est que tout ce que tu as dit, teie mahana et l'autre jour, tout ce que tu as dit reste dans cette recherche et ne sera pas répété aux médecins que ce soit te Taote [Prénom MS D 1] e aore ra te Taote māfatu, parce que c'est quelque chose qui est,*

C : *Oui..., privé,*

G : *...et c'est important que je te le redise..., c'est pour cette recherche et ça ne regarde personne, voilà, je tenais à te le dire, c'est important.*

C : Ia'u 'aita vau e pe'ape'a, na vai tātou haere mai e fa'autu'a, na vai parau ia 'oe 'aita i tano ? O vai ? 'aita e ta'ata ! ere ? hina'aro ra 'oe ua fari'i vau ia 'orua ia haere mai i ū(ō) nei e tau'a parau tātou, eaha ta te ta'ata rapae e haere mai e parau ia tātou ? 'E'ere i ō rātou, i ū(ō) nei tātou, 'ere ? 'Ere no rātou te parau no'u te parau, te r(e)ira pa'i.

G : *Et, pour que je comprenne mieux, Māmā, les fois où nous sommes venues et que tu n'étais pas là, est-ce que c'était no te fifi no ta rahi o ta 'oe 'ohipa Māmā, aore ra c'était une fuite parce que c'était pénible d'envisager la rencontre ?*

C : *Eh ben ça été un peu pénible parce que je pouvais pas être ici à l'heure... Voilà.*

G : *Mais tu étais fiu d'envisager ...*

C : *Non, mais pour... pour vous appeler, je sais pas comment, 'ere ? J'emmène pas vos... vos numéros de téléphone avec moi, alors je sais pas si je vais pouvoir euh..., l'idée, être ici, 'ere ? et j'ai pas pu, voilà. Je me suis dit, "bon, ça fait rien, on va... on va se voir encore, et tu..., tu vas me téléphoner. Pour vous téléphoner... 'aita ia 'ohipa rahi roa na'u ia 'imi i ta 'orua téléphone, 'ere ā, à cause de mes yeux, alors je vais pas aller, chercher, fouiller dans, non, 'aita. Vous m'appellez, je suis là O.K. !*

G : E ua 'oa'oa 'oe i teie mahana Māmā ?

C : E ! māuruuru vau, māuruuru vau.

G : Māuruuru roa Māmā.

C : *Humm...*

G : Ua oti Māmā ?

C : E, e fa'aoti vau to tātou purera'a... *hein ?* fa'aoti vau to tātou purera'a... *Non !* fa'aoti ta 'oe mea..., ua oti to tātou purera'a

I : Ua oti.

C : Ua oti ! Na roto te reo mā'ohi, *hein ?*

I : E ! 'aita e fifi.

C : Fa'aea maita'i rā. E tai'o mai tātou i te parau a to tātou Atua, tei papa'ihia i roto i te evanelia a Ietu ia au i te hi'ora'a a Ioane (i) te pene 'ahuru ma hitu, taiō mai tātou te irava hō'ē, o tei na ō mai ē, E ia fa'aoti a'era Ietu i Ta'na paraura'a ua nānā a'era Oia i Ta'na mata i ni'a ite ra'i e ua na ō atura : "E Tau Metua ua tae i te hora." Vaiiho ta tātou taiōra'a parau, na te Atua e ha'amaita'i mai te ta'iōra'ahia Ta'na parau i mua Ia'na e i mua 'to'a ia tātou.

E pure tātou i to tātou Atua : "Te Atua, to mātou Atua e Iehova, o Tei hamani i te mau ra'i e te fenua nei, te ī ato'a i ni'a iho, ta 'Oe i 'opere i roto i na 'orapa e maha o te ao nei, ta mātou e fana'o nei i te mau mahana tata'itahi i roto i to mātou nei orara'a. Te ha'amaita'i ha'amāuruuru atu nei mātou ia 'Oe, 'Oe i fa'atae mai ia mātou i roto i teie mahana apī ta 'Oe i 'otaro ē atu i te pouri, hohora maira 'Oe i te maramarama i ni'a i te tino o te fenua nei,

ei turama mai i to mātou mau haere'a. No reira e to mātou Metua e, i fa'aro'o iho nei 'Oe i to 'Oe na tavini tei 'amui mai ia tatou i teie po'ipo'i i roto i to tāua tiahapa.

To rāua mau hina'aro ia 'ite rāua e te Atua, na 'Oe rāua e ha'amaramarama'tu ā, mau 'Oe ia rāua i roto i to 'Oe 'apu rima, hopoi 'Oe ia rāua i te mau vahi ato'a ta rāua e hina'aro ia haere, ha'amanuia i to rāua tere, ta raua tuatapapara'a, o 'Oe te Maramarama o teie nei ao ia au i ta 'Oe parau e te Fatu, e 'oire e fa'ati'ahia i ni'a i te mou'a ra e'ita ia e e riro ia vetahi ē. No reira e to mātou Metua ē, e aroha mai 'Oe ia mātou pa'ato'a i roto i ta mātou paraparaura'a, teie taime ua fa'aoti, te fa'aho'i atu nei i te hanahana o te tapura 'ohipa i roto i to 'Oe 'apu rima, eiaha rā to 'Oe Varua ia fa'aea i te 'ohipa i roto ia mātou tataitahi e tae noa'tu i to mātou hope'a.

Tia'i pare mai ia mātou i te toe'a o teie mahana o ta mātou e ratere atu nei, tae noa'tu i te pōra'a, paruru i te mau ino ato'a e iri mai i ni'a ia rāua e mātou ato'a, ia parahi noa rāua e o mātou ato'a i raro a'e i to 'Oe na na pu'e pererau, ma te hau, te 'oa'oa e te ora, no ō mai ia 'Oe ra. Fari'i aroha mai (i) ta mātou pure e te Atua, fa'aore mai te rahira'a, te hohonura'a, te 'a'anora'a ta mātou hara, te na roto atu nei mātou i te I'oa o ta 'Oe Tamaiti here, o Ietu Ari'i, to mātou Fa'aora Ho'e roa, Tei pohe i ni'a i te Tatauro no ta mātou nei mau hara, i maita'i ai i ora'i to teie nei ao. Amene.

I 'e G : Amene.

C : Ua oti to tātou purera'a

I 'e G : Māuruuru,

C : Ia orana tātou i roto i te aroha o to tātou Atua. *Alors...*, *café* tātou ? e'ita ?

ANNEXE XX

Traduction en langue française du contenu de la transcription intégrale des deux entretiens réalisés avec Ruta³¹⁶ (version originale)

Légende

C : Cas (Ruta)

I : Interprète

G : Geneviève

(...) : Bref silence

[Silence] : Long silence

[MG] : Médecin Généraliste

[MS C 1] : Médecin Spécialiste en Cardiologie

[MS D] : Médecin Spécialiste en Diabétologie

[Nom méd. X] : Nom de médicament X

Litt. : littéralement

Les parenthèses enferment, soit la traduction littérale d'un terme ou d'une expression placée après Litt., par exemple « j'ai été hospitalisée (litt. gardée) » ; soit des particules diverses ou des synonymes permettant de rendre la traduction plus explicite.

³¹⁶ Cas 023.

Les crochets encadrent une mention qui n'est pas dans le récit, par exemple, « *enfin elle* [l'interprète] *le sait d'ailleurs...* » ou l'expression de certaines émotions, par exemple [rires retenus], ou bien certaines remarques relatives à la gestuelle démonstrative du locuteur.

Il convient de rappeler, comme on l'a mentionné dans la convention d'écriture, que les passages exprimés spontanément en langue française apparaissent *en italique*, et peuvent contenir certains mots en langue tahitienne, transcrits en caractère non italique et placés entre guillemets. Parmi ces termes figurent « mea » et « pa'i ». Ils renvoient volontiers à la consultation du lexique situé à l'annexe III.

Le récit exprimé en langue tahitienne et traduit en français apparaît en caractère normal, non italique, mais les mots exprimés spontanément par les locuteurs en langue française seront maintenus *en italique*.

Traduction du premier entretien réalisé avec Ruta

G : Merci pour cette rencontre. Raconte-moi le commencement de ta maladie Māmā³¹⁷...

C : Quand ma maladie a commencé *humm...* (...) Quand ma maladie a commencé j'avais mal dans mes articulations, on m'a conduite chez le médecin, à [Nom établissement de soins 2], ça fait trois ans maintenant (...) et ce qu'on a diagnostiqué (découvert), c'est le cœur. Oui, c'est le cœur à cause du fait de fumer la cigarette, n'est-ce pas, c'est ce qui a été dit. Ça vient peut-être aussi du « mā'a » (...) je n'en suis pas certaine. C'est comme ça que l'on a découvert (dépisté) mon diabète (litt. « urine sucre » ; sucre dans l'urine) (...) j'ai le diabète (litt. du sucre dans l'urine). Ce qui m'a fait mal, c'est le diabète, à part le cœur, *humm* ? C'est le diabète qui a fait venir la maladie du cœur. [Ouvre son corsage pour nous montrer la cicatrice de sa thoracotomie ainsi que celle du prélèvement de son greffon à son bras gauche]. Ce qui a été dit, je ne sais pas, (si c'est) fumer la cigarette..., manger les « mā'a » qui ne conviennent pas..., c'est ça, c'est ça alors. J'ai été conduite à [Nom établissement de soins 2], de [Nom établissement de soins 2] on m'a envoyée tout à fait (évacuée sanitaire) [Pays 1 hors Polynésie française] (...) J'ai été opérée, j'ai eu deux *pontages hein ? Humm...* Voilà alors. Je suis restée deux semaines là-bas, on m'a ramenée, ça va très bien jusqu'à ce jour, *humm*.

Aujourd'hui je continue à manger les médicaments que le médecin m'a donnés (prescrits), mais en ce temps-là c'est le Docteur [Nom MG 1] qui me suivait, et le cardiologue c'est [Nom MS C 1] là-bas à [Nom établissement de soins 1], [Nom prénom MS C 1] c'est lui alors mon Docteur c'est... [Nom MS C 2], le plus grand des Docteurs celui-ci (i.e. il dépasse les autres, c'est un médecin très important), ils me suivent tous les deux pour mon cœur (...) *humm* c'est ça, oui, ça va très bien. Voilà alors ce que je peux vous dire, à vous deux. Mais pour les médicaments, je continue à prendre mon traitement. Quand je vais rencontrer alors [Prénom MS D 1], le jour où il veut que j'aïlle (i.e. rendez-vous fixé par le

³¹⁷ Le terme M m qui signifie littéralement « maman », exprime ici, comme dans les autres entretiens (ou P p, lorsqu'il s'agit d'hommes polynésiens), une volonté de montrer un certain respect mais aussi de l'affection à mon interlocuteur. Il s'agit d'une pratique particulièrement courante à Tahiti, notamment lorsque l'on s'adresse à des personnes âgées.

médecin ou à sa demande), j'y vais, *mais* je me porte très très bien, ça va très bien, et en ce qui concerne le « mā'a » (la nourriture), je ne mange pas n'importe quels « mā'a » (aliments)... pas n'importe quoi... comme les... gâteaux... non, non.

Je mange de la *salade*, mon bol de *salade* (...) je prépare seulement un saladier (litt. grand bol), si ! *salade*, dès que je reviens de mon travail, je mange, je n'ai plus à préparer, humm ? est-ce par paresse, [rire retenu] c'est comme ça... (...) et... ma *viande, morceau de viande ou poisson*. Le soir de la soupe. *Alors* je remplis complètement, j'ajoute beaucoup de choses dans la soupe, soupe chinoise, je mets de la *viande hachée* dedans, et... une... pomme-de-terre *découpée*..., coupée mince, mon « pota »³¹⁸, *voilà, ou bien*... du poulet..., je veux dire... le blanc du poulet que je découpe, c'est ça ce que je mange.

Voilà tout ce que je peux dire à vous deux. Ah, au sujet de mes médicaments, je fais bien attention (je suis bien le traitement). Mais je n'ai pas arrêté de fumer la cigarette, parce que..., (je suis) une personne seule..., personne ne discute avec moi. Je suis effectivement une fumeuse depuis ma jeunesse et jusqu'à ce jour. J'ai été grondée (réprimandée) par le Docteur, « il ne faut plus fumer », mais je n'écoute pas. [rire retenu] [Silence]

G : *Est-ce que tu considères que ton diabète est lié à quelque chose, à un événement qui s'est passé dans ta vie ?*

C : *Je ne pense pas*... [Silence]

G : *Quelle a été ta réaction lorsqu'on t'a annoncé que... tu avais le diabète ?*

C : *Tes entrailles [siège des émotions du Polynésien] sont vraiment touchées (tirillées), tu te tourmentes (tu es très soucieuse), et tu recherches aussi vraiment à savoir pourquoi tu as été atteinte par cette maladie, n'est-ce pas ? Oui. Ma maman..., est morte du diabète, humm ? On a amputé (litt. coupé) sa jambe (ou son pied). [Silence]*

Ma maman était une femme qui mange du sucre : son café le matin elle le sucrant, sucrant et... tu n'aurais pas pu..., elle était effectivement comme ça, hein ? Tu n'aurais pas pu lui dire, non... c'est trop sucré, car c'était effectivement ça qu'elle aimait. Quant à moi, je n'aime pas quand c'est sucré hein ? Mais j'en boirai quand même, mais mon café le matin

³¹⁸ « Tout légume vert : chou, chou-chinois, salade, feuille de « taro » de « tarua ». Plus proprement, jeunes feuilles du « taro », « tarua » et « kararû » (Académie tahitienne, 1999 :379).

je ne le sucre pas, non. S'il y a du lait j'en prends alors, *mais...* est-ce que, est-ce que le lait... n'abîme pas aussi l'intérieur, je ne sais pas aussi. On te dit que si tu bois du *café* ce n'est pas bon..., quand tu dis que tu bois du lait..., ce n'est pas bon (à cause du *cholestérol*, alors tu ne comprends plus rien... où est la bonne manière (la vérité). Quant à moi, *il (me) faut* vraiment mon *café* le matin..., et ma cigarette. [Silence]

G : *Humm... humm...* Et... quelle a été la réaction des membres de ta famille, de tes amis, de tes enfants face à cette maladie Māmā ?

C : Les enfants s'inquiètent bien sûr, parce que j'ai un fils (qui travaille dans l'entreprise) là à côté à [Nom Société Polynésienne], il est diabétique aussi, c'est [Prénom MS D 1] aussi qui le soigne. (...) [Nom Prénom mari de C] (...) son... son fils reste ici, il n'y a que nous deux, nous deux, moi et le petit-fils, *petit-fils*... Je ne sais pas est-ce qu'il a le diabète aussi, plus tard peut-être ! Pas encore, *mais* mon aînée, non. [Silence]

J'ai deux enfants, une fille et un garçon. Ma fille, elle n'a pas ça. Mais mon fils si, le cadet hein. Alors ici je vis avec son fils, mon petit-fils qui est [Prénom petit-fils]... Mon mari il est mort, ça fait un an maintenant, humm... Alors..., ça n'a rien à voir avec eux, hein. Je peux pas vous dire pour mon mari parce que... chez les protestants ils ont leur... façon... Quand je me suis mariée avec mon mari, c'était un veuf et en plus [Fonctions mari de C], et il avait 80... 89 ans... Non ça fait 20 ans, dans les 80 et il est mort à [Age du mari de C] ans. Alors euh... nous étions pas, euh..., mariés par amour... mais par respect de... la loi dans l'Église, humm. Parce que je ne peux pas être confirmée... et... « ordein... » Comment on dit « ordein » ? ...

I : *Euh... ordination,*

C : *Oui.*

I : *Consécration, consacre, consacrée.*

C : *Voilà, voilà. Euh... célibataire..., humm, et lui aussi... Voilà pourquoi que... on s'est mariés juste pour ça. Un pasteur ne peut pas servir le Seigneur seul, et moi non plus je peux pas être consacrée, être seule. Alors lui... veuf et moi j'étais veuve aussi. Voilà. C'est ça alors les principes de l'Église évangélique... humm ? humm. Alors aujourd'hui, il est parti, je suis tout' seule avec le Seigneur... [Silence]*

Parce que je sais que vous allez me demander, « mais où il est mon mari ? » Humm ?

[Silence]

Voilà. [Silence]

G : Tes enfants t'aident dans ta...

C : ...ma vie ? (...) Cette propriété (litt. ce lieu) appartient à mon premier mari avec lequel j'ai eu deux enfants. *Humm ?* Ensuite, nous nous sommes séparés, il s'est marié avec une jeune femme..., ils ont eu des enfants, ils sont à [île de Polynésie française]. Je me suis mariée, et je le remercie de ce lieu, je ne pouvais pas venir dans cette maison... parce que cette maison a été construite pour les enfants. Ce ne sont pas les enfants qui m'ont permis d'habiter dans cette maison-ci, c'est mon nouveau mari là-bas. Mais aujourd'hui, ce n'est pas le cas. Le propriétaire de ce lieu est ici, (c'est le) petit-fils, [Prénom tahitien] (...) quand je mourrai, ce sera lui le propriétaire, n'est-ce pas ? Voilà, c'est ça qu'avait décidé le grand-père, n'est-ce pas ?

Ah, ça me convient totalement [Approbation appuyée de la décision du grand-père], n'est-ce pas ? Je suis contente. Voilà alors. [Silence]

J'avais pas le droit de mettre quelqu'un ici, parce que ici ça appartient aux enfants et... notre communauté n'a pas été partagée, humm ?... était pour les enfants. Alors le... la terre était au nom de mon fils, et la maison appartient à mon fils et ma fille. Maintenant j'ai un... petit-fils qui a 34 ans maintenant. Alors j'avais demandé à mon fils de lui donner ici et... eux deux... ils vont à la... au district, à [Nom de commune 1 à Tahiti]. Alors il a accepté avec mon ex-mari, parce que il faut la signature du... mais j'ai pas le droit de vivre ici avec un mari..., un nouveau, à condition..., humm... oui..., non..., on peut pas, à condition qu'il me donne la permission, le père de mes enfants, et... mes enfants. Mais ils m'ont donné l'autorisation de rester et habiter ici.

G : Donc avec ton premier mari tu as eu des enfants...

C : Deux

G : Et avec le deuxième mari tu n'as pas eu d'enfants ?

C : Non, non. Non, non. Parce que ici c'est les biens des..., biens de... de mon premier mari avec mes enfants. Alors il faut quand même l'autorisation, comme, euh... notre bien de la communauté n'a pas été partagé, alors j'avais ma moitié et lui la moitié, n'est-ce

pas ? Alors... notre moitié iront vers les enfants. Ce sera pour les enfants. Nous avons acheté ici pour les enfants. Voilà pourquoi que... lui il n'a pas le droit... d'habiter ici et moi non plus, à condition qu'il me donne la permission ou moi je lui donne la permission de vivre ici, pour la communauté de notre communauté, plus l'accord des enfants. Alors il m'a donné l'autorisation de vivre ici jusqu'à ma mort. Mais, après ma mort, mon petit-fils deviendra propriétaire de cet endroit, voilà. J'étais contente... [rires] parce que autrement, je serais pas ici, je serais dans une maison à louer hein ? Voilà.

G : Quand as-tu commencé à soigner ta maladie Māmā ?

C : [Silence] Depuis le jour où j'ai été hospitalisée (litt. gardée) à [Nom établissement de soins 2], j'ai été conduite à cause de... du cœur, depuis ce temps-là j'ai été soignée jusqu'à maintenant. Mais la date exacte, ça fait des années. *J'ai pas la date en tête...* [rire retenu]

G : Deux, deux années ?

C : Non, non, non, non, non,

G : Ou bien trois ?

C : Non... ça fait quatre ans peut-être maintenant, hein ? Ça a commencé, l'année vingt', deux mille un [2001]... *ou* deux mille deux [2002]... *non*, en deux mille un [2001]... certainement. *2001, je crois. Je pense... Je peux plus me rappeler aussi...*

G : Et la maladie du diabète en...

C : Grâce au cœur on a découvert le diabète, *humm* ? Grâce au cœur (à la maladie de cœur), on a découvert le diabète. [Long silence]

G : *Et est-ce que tu penses qu'il y a une relation entre...*

C : (Le) Cœur ?

G : *Entre tes problèmes de cœur et tes problèmes de diabète ?*

I : Est-ce qu'il y a une relation, à ton avis, entre le problème de ton cœur et ta maladie du diabète ?

C : Eh bien quand elle a commencé ? (...) *Enfin*, ce n'est qu'une idée *hein*, je ne suis pas un savant (scientifique)..., il y a le Docteur pour ça. Ça a commencé par des douleurs au niveau des articulations, hein ? (...) Et la bouche aussi, il n'y avait pas de goût et... on m'a conduite à l'hôpital. Voilà alors ce qu'on m'a donné (comme information) : c'est le cœur et le diabète (sucre dans l'urine), *humm* ! Ils ont dit que le cœur (la maladie de cœur) c'est

peut-être à cause du « mā'a » et du fait de fumer la cigarette. C'est par (litt. à travers) le diabète, que certaines personnes attrapent parfois le cœur, (...) c'est mon cas alors... en effet... il n'y a pa'... mais pour cela, je ne pourrai pas le dire, mais c'est ce qu'on m'a donné (comme explication).

...(...) *C'est ce qu'ils m'ont dit là... à [Nom établissement de soins 2] que... j'avais le... le cœur, et le diabète. Est-ce que c'est le diabète, [Silence] qui m'avait provoqué pour le cœur ou, c'est un début de cœur aussi... je sais pas, qui ait provoqué le diabète ? Je sais pas. Je peux pas vous dire, j'ai jamais été chez le Docteur, jamais, jamais, jamais.*

G : Autrefois ?

C : Non, Non. Je n'avais pas encore été malade [avant les problèmes de cœur et de diabète], *non, non.*

G : Autrefois, il n'y avait pas de problème ?

C : Non, Non. Si, la toux, *ça c'est rien*, nous sommes bien sûr habitués à tousser, bien sûr, *mais...* ces grandes maladies (maladies graves), (comme la) *dengue* et quoi d'autre encore, non. Je ne suis donc pas allée à l'hôpital, hein ? comme celle-ci, comme le... cœur... (le) diabète... Non.

G : Et selon ta pensée, ta réflexion de « Mā'ohi », quel est le nom de ta maladie Māmā ?

C : Quel est le nom de ma maladie ?

G : Oui.

C : [Silence] Je ne pourrai pas te dire, ce qui a été pourtant dit par..., le Docteur, pas le Tahitien [le tradipraticien le guérisseur], *non*. D'après les dires du Docteur, c'est une maladie d'origine (familiale) qui vient des... parents *hein ?* N'est-ce pas ? (...) C'est ce qui a été dit, est-ce juste ? Est-ce une erreur ? On ne sait pas si c'est juste ou pas. (...)

G : Le Docteur a dit que c'est une maladie des ancêtres (maladie héréditaire) ?

C : [Maladie des] Ancêtres (maladie héréditaire) *oui, oui, le diabète...*

G : Parce que selon ta réflexion...

C : Oui, je n'y avais pas pensé, ma mère est morte du *diabète*, alors je me suis dit : le Docteur a probablement raison, ce sont eux les savants qui étudient comme vous, n'est-ce pas ? Lorsqu'un Tahitien me dit, c'est ça ta maladie, elle vient de là, tu y crois vraiment, n'est-ce pas ? [un Tahitien croit ce que lui dit le médecin – référence scientifique - au sujet

de sa maladie et de son origine]. Comme la filariose, si ta souche (familiale) est « mariri » [touchée par la filariose], ça arrivera effectivement sur la descendance, (si ta souche familiale est diabétique, ça arrivera effectivement sur la descendance (...)) *hummm ?* c'est ce que j'ai entendu. [Silence]

G : *Tu dis que ta maman est morte du diabète, elle était donc diabétique..., est-ce que selon toi, le diabète de ta maman c'est le même diabète que tu as ou c'est différent ?*

I : Est-ce que ta maladie du diabète est pareille à celle de ta Maman ? (...)

C : *Je peux pas vous dire ça, je peux pas vous confirmer...*

G : En langue tahitienne Māmā ?

C : Je ne pourrai pas... vous confirmer cela, hein ? (Je vais) dire, je vais me référer aux dires du Docteur, pas ce que je dis, non, ce que le Docteur a dit, c'est ce que je vais faire (dire), n'est-ce pas ? (...) Peut-être que le sien [le diabète de la mère de C] est différent, *parce que*, elle était presque sur le point de quitter ce monde lorsqu'on a diagnostiqué (découvert) son diabète, n'est-ce pas ? Elle avait 84 ans lorsqu'elle est décédée. Je ne sais pas. (Elle) souffrait, et elle pleurait sans arrêt parce qu'elle avait mal à ses pieds... Mais c'était infecté sur ses ongles d'orteils..., hein ? On l'a emmenée chez le médecin, on l'a amputée à cet endroit...

G : *Ah...*

C : (...) Elle a été une..., deux semaines là-bas à... [Nom établissement de soins privé 1 à Tahiti], « mea »... [Nom de quartier à Tahiti], *pardon*, [Nom établissement de soins privé 2 à Tahiti] et elle nous a quittés, on n'avait pas su avant, n'est-ce pas ? Cela s'est passé en très peu de temps, elle ne faisait que pleurer par ici *et puis* elle avait mal à son « mea »..., à son pied, c'était infecté (lit. pourri) « pa'i », c'est comme ça qu'on l'a envoyée chez le médecin et qu'on a alors compris, qu'on nous a dit (c'est le) diabète. Pas longtemps après, voici qu'elle est morte, en effet. [Silence]

G : *Est-ce qu'elle a souffert, tu te souviens de...*

C : *Eh ben... les... oui, parce que... normale', euh... avant de l'emmenner à l'hôpital...*

G : Mama...

C : « Mea... », avant qu'elle aille à l'hôpital, elle ne voulait pas aller dans l'hôpital (être hospitalisée), c'est un lieu..., elle ne voulait pas l'hôpital, mais nous n'avions pas d'autre

solution, *il faut* l'y emmener. Et *comme* une sœur à moi, qui, qui vient après moi est Docteur... « mea »..., elle est infirmière, de [Pays 2 hors Polynésie française], elle est revenue tout à fait, c'est elle qui s'est occupée de ma mère à l'hôpital et... jusqu'à ce que ma maman décède. En effet car ma mère n'a même pas été deux mois dans l'hôpital, voici qu'elle décède. [en tapant sur la table]

Voilà alors, c'est tout ce que je peux dire, c'est comme ça aussi que ça a commencé pour moi, mal dans les articulations, la bouche, ça ne va pas..., c'est complètement bizarre, on m'a emmenée (à l'hôpital), voici ce que l'on m'a dit... c'est le cœur, le cœur commence... à cause de fumer la cigarette... c'est le diabète.., (j'ai) simplement entendu, c'est là que l'on m'a dit que... c'est une maladie des ancêtres (maladie héréditaire)! c'est ça probablement, je ne sais pas aussi.

G : Et à ton avis quelle est la signification de cette maladie ?

C : La signification de cette maladie ?

G : Oui

C : (...) Non. Je n'ai pas du tout de réponse à cela, *mais*... c'est difficile pour une personne qui est diabétique, quand tu n'obéis pas (tu ne te soumetts pas) aux paroles (conseils, prescriptions) du Docteur... : « il ne faut pas ceci, il ne faut pas ça, il ne faut pas ça », n'est-ce pas ? Tu vois que le pied est pourri (infecté). Je remercie Dieu, ça fait combien d'années maintenant qu'on m'a annoncé que j'ai le diabète, j'ai peur aussi quand je vais découvrir que c'est... pourri, n'est-ce pas ? [Silence]

C : Disons qu'aujourd'hui [rires retenus] j'ai un petit problème, une liste d'activités et quoi encore, oui « pa'i » !

I : On ne peut plus continuer ?

C : Si, on peut continuer un petit peu *parce que* je vais vous quitter...

I : [S'adresse à G :] *On peut continuer encore un peu parce qu'après elle va s'en aller...*

C : Oui, *mais*, plutôt le lundi. Le lundi, je suis plus disponible *hein*, nous pouvons ensemble... organiser un lundi pour nous, pas en fin de journée, non, j'ai une *pastorale* en fin de journée, humm ? Lundi en fin de journée, c'est pour ça que toutes les personnes qui veulent me rencontrent le lundi,

I : Lundi

C : *oui*, n'est-ce pas ? je laisserai alors ma visite avec [Prénom MS D 1] *je peux toujours...*, y aller le samedi chez [Prénom MS D 1] *parce que* (si) tu y vas *dans la semaine* [en tapant sur la table], pour la voiture en effet, il n'y a pas de... parking, *alors il faut* que quelqu'un va te *déposer*, et vienne te chercher *alors...* c'est une chose très compliquée (qui exige beaucoup d'organisation)... (...) Voilà donc...

G : *O.K. on peut continuer ?*

I : *Oui*, [en s'adressant à Ruta :] Combien de temps tu nous donnes ?

C : *Parce que* à onze heures, je vais vous quitter, comme ça j'irai me préparer.

G : *O.K. on peut continuer là ? (...)* Tu as dit en fait que ta maman est...

C : *Est morte...*

G : *est décédée... c'était en... l'année...*

C : Ah..., *je...*, je ne peux plus te dire, les années ont passé [rires] je ne m'en souviens plus, en deux mille deux (2002), (deux) mille un... (2001), (deux) mille deux... (2002), je ne m'en souviens plus. Oui.

G : *Est-ce que tu te souviens...*

C : *Il faut alors aller fouiller les papiers là pour... le décès...*

G : *Est-ce que tu te souviens si elle est décédée avant que l'on découvre ton diabète ou après ?*

C : *Euh... avant, avant, bien avant...*

G : *Bien avant ?*

C : *Oui, bien avant, quand..., (...)* qu'on trouve que j'ai le diabète aussi. Je crois un an... après, (...) j'ai eu la crise euh... enfin... je sais pas si crise de diabète... crise de cœur ?

G : Raconte un peu la « crise », raconte un peu comment c'était...

C : C'est venu dans mon sommeil !

G : Oui, oui.

C : C'est venu dans mon sommeil, j'ai eu mal à mon bras [ou « ma main »], aux articulations comme des rhumatismes *hein ? (...)* humm. Quand ça a commencé c'était ma bouche, quand je buvais de l'eau, il n'y avait pas de goût. Ça a continué, ça a continué jusqu'à ce que... voici que ça s'est aggravé (litt. ça s'est agrandi). [Tape sur la table]. J'ai téléphoné à ma fille, ma fille n'habite pas ici, elle habite à [Nom de commune 2 à Tahiti].

Je lui ai téléphoné de venir rapidement, et c'est elle qui m'a conduite chez le Docteur.

Quand on m'a emmenée, on m'a dit alors : « c'est le cœur et c'est le diabète aussi », d'après leurs observations, c'est comme ça qu'on a su que c'est le *diabète* et le cœur.

G : Et... à ton avis, quelle est la maladie ou quelles sont les maladies les plus proches de cette maladie du diabète ?

C : Je ne sais pas. Je ne peux pas te répondre à ça, car je ne suis pas un savant (expert) de', comme je l'ai déjà dit, je n'ai jamais été malade, c'est la première fois, *humm*. Depuis ma jeunesse, je ne suis jamais allée dans un hôpital pour telle maladie..., pour telle maladie..., non.

G : *Humm...*, *humm*,

C : Oui. [Silence]

G : Et à ton avis, selon ta pensée de « Mā'ohi », quelle est la cause ou bien quelles sont les causes de cette maladie à ton avis ? [Compte tenu de la réponse fournie ci-après par C, au lieu de « selon ta pensée de Mā'ohi », Ruta semble avoir compris le début de la question ainsi : « selon les Mā'ohi, quelle est la cause... »]

C : Je ne discute pas avec les « Mā'ohi » parce que les « Mā'ohi » sont plus ignorants que moi, n'est-ce pas ? [Ruta estime que les Polynésiens ne pourront pas identifier l'origine de sa maladie car ils ne connaissent pas son histoire. Autrement dit, il n'y a qu'elle qui peut dire ce qu'elle a.] Je me pose la question effectivement à moi-même, je ne vais pas aller leur dire que c'est ça ma maladie... à eux de me conseiller, non. Par contre ce que le Docteur va me proposer, c'est ça que je retiens [dit se conformer aux dires du Docteur], le Docteur a dit, c'est une maladie des ancêtres (maladie héréditaire), n'est-ce pas ? *alors*, j'ai constaté (litt. vu), selon ma perception (litt. vue) que ma mère est morte de ça, et moi aujourd'hui et mon fils qui est aussi malade, peut-être que c'est exact, n'est-ce pas ? Je ne contredirai pas cette parole, peut-être que ça vient effectivement de là, et que les membres de ma famille sont en grande partie atteints de cette maladie, n'est-ce pas ? (...) *Alors*, depuis très longtemps jusqu'à cette époque, cette époque, que l'on a découvert ces maladies, n'est-ce pas ? *parce que* en ce temps-là, non. La filariose, si bien sûr, la filariose existait partout, il se pourrait que ce soit la souche (familiale) et que ce soit une maladie des ancêtres (une maladie héréditaire), ou il se pourrait que ce soit une maladie qui fait du mal

(une maladie maléfique), ou il se peut que ce soit une maladie attrapée récemment (litt. de maintenant), n'est-ce pas ? D'après les dires, c'est le moustique qui la transporte au lieu où tu habites (litt. L'endroit où tu habites, d'après les dires, c'est le moustique qui l'envoie), n'est-ce pas ? [Silence]

Je ne pourrai pas... te l'affirmer avec certitude, à vous deux le... *humm...*

G : Et d'où vient cette maladie ?

C : À mon avis ?

G : est-ce que ça vient du « he'a » (*) (des pertes), du « fati » (des fractures, traumatismes), du cancer etc. Māmā ?

C : Le diabète et... le cancer il n'y a aucun rapport entre eux..., je ne pense pas... le cancer est bien différent *hein...* [Silence]

Diabète et cancer..., je sais pas... [Silence]

Je n'ai pas de parole à dire, *non*. (...) Mais le *diabète* c'est aujourd'hui qu'il a été découvert, aujourd'hui, n'est-ce pas ? Mais dans le temps, non. Il existait peut-être à cette époque-là avec un nom différent, n'est-ce pas ? Aujourd'hui le Docteur dit que c'est le *diabète*, peut-être qu'à cette époque-là il existait *mais*, mais pas avec ce nom-là « *diabète* », avec un nom différent, n'est-ce pas ? [Silence]

Aujourd'hui les spécialistes, les médecins chercheurs ont prouvé que le sucre dans l'urine (le diabète) c'est le *diabète*, c'est pour ça que je dis qu'à cette époque-là il existait peut-être, *mais* mais pas avec ce nom-là. [Silence]

C'est ça seulement ce que je peux dire. [Silence]

*C'est très intéressant de savoir aussi, parce que là, on travaille..., enfin... moi, je visite les malades, et je les vois, dans leur lit : [dit avec compassion] « Qu'est-ce que tu as Papa ? » Des fois je..., après... la prière... je discute avec eux. Faut bien discuter euh... hein ? Euh, je me mets à leur place aussi, de leur souffrance, hein ! et je suis diabétique ! (...) Et..., et puis les voir euh... souffrir là... c'est plein de..., hein ! des bobos partout ! mais... d'où ça vient ? et pourquoi ? (...) Si je me..., sais-tu', vous savez quand euh..., on a le diabète ça nous démange par moments. [Dit en se grattant les avant-bras] *Qu'est-ce que... j'ai mangé pour avoir ça ! Humm ? (...)* [Tape sur la table] *Peut-être euh... j'ai trop mangé d'gateaux ? hein ? pour que ça me démange..., je sais pas..., trop de sucre ? (...)* Et je leur regarde,*

et pourtant ce sont des gens qui mangent pas des..., je pense pas que... ils sont là sur le steak tous les jours..., le poisson oui ! Enfin..., en voyant... (...) le genre de ces personnes-là, ce sont pas des personnes, aisées... euh... qui mangent du steak avec des frites tous les jours, hein ! je pense pas ! poisson ! oui ; miti ha`ari³¹⁹... du lait de coco... ; taro..., ou bien-portants, mais pourquoi... ça ? (...) C'est peut-être euh... ils boivent de la bière aussi ! hein ? Soi-disant que la bière euh... n'est pas bonne pour le..., [Début des aboiements de chiens] pour ça ! Je bois pas, [Dit avec insistance :] je fume, [Dit avec rire retenu :] je bois pas, humm !... [Persistance des aboiements de chiens] Y a les flics ! Ah non... Alors ! quelle journée hein !...

[En s'adressant à l'un de ses chiens :] Tu vas complètement « *outside* ! » (« dehors » !)

G : Māmā tu as dit... si la maladie du diabète est une maladie maléfique ?

C : *Ah... alors là...*

I : Tu nous as dit tout à l'heure que tu avais eu la... maladie..., comment dire..., comme si « pa'i e »... on t'avait fait du mal (jeté un sort) ?

C : *Non, non. Non, non pas ça, non, non...*

I : Le « mariri »...

C : Oui, le cancer (litt. la maladie « mariri » qui mange ou ronge l'homme) peut-être à cette époque-là, en ce temps-là alors, n'est-ce pas ? Mais dès que nous avons su, les gens l'ont su alors, les Tahitiens... que... c'est un cancer. Mais le diabète, eh bien nous ne le connaissions pas à cette époque-là, humm ? On entendait *cancer*... n'est-ce pas ? *mais... y a jamais eu de diabète à moi « pa'i »* alors, à mon époque. *J'ai 72 ans aujourd'hui, j'ai jamais entendu, il a fallu que... hein !* (à) cette époque-ci. Oui, à notre époque, mais à cette époque-là de ma mère et de notre famille, non. (La) filariose oui bien sûr, le cancer oui bien sûr. (Mais) Le diabète, non, je n'en ai jamais entendu parler, à cette époque-ci, oui. D'où ça vient « pa'i » ? D'où ça vient ?

Peut-être qu'il y avait du diabète en ce temps-là, mais les Tahitiens n'étaient pas informés que c'était le diabète. Les Tahitiens n'étaient pas des gens qui allaient chez le médecin à cette époque-là, non, c'était très terrifiant (effrayant) pour eux, le médecin. On restait sans

³¹⁹ « Sauce constituée par un mélange d'eau de mer et de lait de coco » (Académie tahitienne, 1999 :270).

rien faire, on allait chercher le remède « mea » (rā`au tahiti). Untel a quelque chose [« mea » = maladie] on allait chercher la plante médicinale, (la) cueillir, (l')écraser et (l')appliquer dessus, *tu vois. Mais* on n'avait pas « pa`i » fait de recherche..., comme aujourd'hui, peut-être que s'il y avait eu des spécialistes qui avaient fait des recherches à cette époque-là, oui peut-être..., on aurait su (compris) peut-être... *mais...*, en ce qui me concerne, je n'ai pas entendu. Je ne connais que mon cas aujourd'hui, c'est le diabète d'après les dires du médecin, et.... c'est le cœur, il ne faut pas trop fumer la cigarette, *humm ? Voilà.*

G : *Et quand tu parles de « puhipuhi i te `ava`ava » (litt. « fumer la cigarette »)*

C : *Oui !*

G : *Autrefois tu fumais beaucoup ?*

C : *Oui ! je fumais beaucoup la cigarette à cette époque-là*

G : *Depuis quel âge ?*

C : *Euh... dix neuf ans [19 ans]*

G : *Depuis l'âge de 19 ans ?*

C : *Oui, et j'ai 72 ans*

G : *Jusqu'à aujourd'hui ?*

C : *Oui,*

G : *Tu fumes du Bison, ou bien des Marlboro ?*

C : *Non, euh... Marlboro, Bison, Bison, quand a commencé la douleur, hein ? c'est à cause du Bison, que j'ai eu cette maladie-là, que ce problème s'est développé sur moi, lorsque je suis revenue j'ai pris des Marlboro blondes. Aujourd'hui non, c'est des Royale... humm... humm...*

G : *Et que penses-tu de cette consommation de cigarette ?*

C : *Le Docteur a dit : « ce n'est pas bon, parce que la Nicotine circule dans les vaisseaux... et bloque la circulation du... sang », n'est-ce pas ? L'air (l'oxygène) et le sang, c'est l'air qui pousse (fait circuler) le... sang, n'est-ce pas, dans les vaisseaux. Je pense que ça, c'est ça peut-être, oui peut-être, je ne vais pas le contredire, n'est-ce pas ? parce que quand je fume la cigarette, il y a la toux, hein ? Et cette toux... va aller directement sur le cœur [aura*

des conséquences sur le cœur], n'est-ce pas ? C'est ça alors, je sais que c'est mauvais, pour moi, et... comment je vais le dire..., je ne vais pas mentir, hein ? non.

Moi, je suis une personne seule, je suis habituée à fumer la cigarette, je cherche à espacer un peu la consommation de cigarette, je suis seule dans la maison, il n'y a personne avec qui discuter..., pas pour fumer, j'allume, je fume, je laisse (la cigarette se consumer), je vais faire ce travail-là, *alors* ça va (jusqu'à) trois paquets par jour³²⁰ *hein* ? Quand une personne vient, c'est là que je fume bien. La plupart du temps je fume et je laisse là [ma cigarette], je vais faire mon travail, et lorsque je reviens il n'y en a plus (la cigarette s'est consumée). C'est comme ça alors. [Silence]

Mais quand j'ai fini de manger, *il me faut* cette cigarette pour que je sois rassasiée. [Silence]

G : À ton avis, le tabac c'est mauvais ou c'est bon dans ton corps ?

C : Je pense que la cigarette n'est probablement pas bonne, le Docteur a certainement raison, n'est-ce pas ? La cigarette roulée j'en ai fumé, du *Bison*, c'est comme ça que c'est arrivé, *hein*, « *taste* ». Aujourd'hui je fume des *Marlboro*, « *mea* » (des)... *Royale*... ça va... *Enfin* quant à moi alors, même s'il y a la toux, je la [cigarette Royale] préfère à... celle que l'on roule, celle qu'on roule est plus forte *que* cette... cigarette, *mais* arrêter complètement serait plus juste, n'est-ce pas ? D'après ce que dit le Docteur, une personne seule ne supprimera pas (sa cigarette) *parce que* il n'y a personne pour discuter avec elle, n'est-ce pas ? Tu as l'habitude de prendre ton paquet de cigarettes, il n'y a personne, *humm* ? Peut-être que s'il y avait quelqu'un qui me parle, peut-être... que ça s'arrêterait, *humm* ? et *il faut* pourtant arrêter.

G : *Mais on dirait...*, est-ce que tu te sens seule ?

C : *Eh ben y a des moments...*

G : *Est-ce que tu te sens... seule ?*

C : *Y a des moments, surtout à table on est..., on est habitué d'être avec des, des gens à table... hein,*

³²⁰ Il s'agit très vraisemblablement d'un lapsus, l'expression « par jour » ayant été évoquée au lieu de « par semaine ».

G : En langue tahitienne Mama...

C : Oui, lors du repas, à l'heure de manger j'ai besoin d'avoir quelqu'un près de moi, hein ? Oui.

G : Parce que...

C : Tu prends ton repas toute seule, tu n'as pas de conversation. *Des fois*, je ne vais pas vous mentir, je vais *tout' seule*, comme si j'étais une femme folle, hein ? Tu te poses des questions et c'est toi-même qui réponds, personne ne te répond, n'est-ce pas ? Tu demandes... à Dieu, et Dieu te donne la réponse à travers ta réflexion, humm ? Tu restes un petit moment (à réfléchir), et ça vient encore [les idées arrivent de là-haut, de Dieu], ah, je me dis, (je ferai) comme ça, mais ça n'est pas de toi, ce que tu as demandé vient de là-bas, (toutes tes idées viennent de Dieu) n'est-ce pas ? C'est mon avis, c'est ce que je sais.

C'est très difficile pour une personne seule à la maison, tu ne peux pas rester dans ta maison, alors tu vas à l'extérieur *parce que*... non, quand je regarde non, c'est pour ça que je suis contente de mon programme de travail dans l'hôpital... ...C'est effectivement à cause de ça que parfois certaines personnes seules n'ont plus toute leur raison. [Silence]

Voilà.

G : Es-tu heureuse ou bien as-tu des problèmes dans ta vie Māmā ?

C : Dans la vie... (...) Dieu a créé deux personnes (i.e. l'homme et la femme) n'est-ce pas ? Ils s'unissent *humm* ? Tu arrives dans ta vie à deux, n'est-ce pas ? maintenant une [une seule personne], tu es habituée à discuter, n'est-ce pas ? *Et... tout d'un coup* tu te retrouves seule, il n'y a personne. Tu fais quelque chose qui t'as été interdit, c'est pour ça alors, ce que j'avais dit, la cigarette c'est alors ton ami (compagnon), tu réfléchis comment je vais planifier mon travail demain, tu fumes la cigarette comme si... l'intelligence venait de, vient de la cigarette, *alors* tu écris : je ferai comme ceci, je ferai comme cela demain, c'est un tel qui ira là-bas, c'est un tel qui ira là-bas, et moi j'irai alors là-bas, *tu vois*. C'est ma façon de procéder, n'est-ce pas ? Prendre le repas sans que personne ne te parle, tu n'as pas envie de manger, n'est-ce pas ? Tu grignotes un peu, et tu t'en vas *humm*... Voilà alors ta vie, (alors que) nous avons l'habitude d'être à deux personnes. [Silence]

G : Et... quelle est la personne en qui tu as le plus confiance parmi eux, est-ce le Docteur, tes enfants, les personnes qui sont dans l'hôpital ?

C : Ma confiance, avant tout c'est en Dieu, ma confiance, *hummm...*

G : Raconte-moi un peu...

C : Le deuxième (c'est) mes visites, c'est Lui qui prépare mon déplacement, mon courage est à Lui, ma force est à Lui, mon savoir (ma connaissance) est à Lui, Il m'a donné mon intelligence (ma lumière), n'est-ce pas ? Il est mon guide, n'est-ce pas ? Dans l'hôpital, c'est autre chose, c'est le Docteur en premier, hein ? L'infirmière (ou l'infirmier) en deuxième, *hummm...* En troisième les malades alors, les malades... En quatrième ce sont les femmes de service (litt. les gens qui nettoient), celles qui s'occupent de la propreté de l'établissement (litt. de la maison), n'est-ce pas ? Je peux placer en troisième position, la propreté de l'hôpital, (parce que) quand tu regardes les malades, ils sont propres, n'est-ce pas ? ça c'est en premier, mais leur malheur (maladie), leur souffrance d'où ça vient « pa'i » ? Je ne mettrai pas ma confiance d'abord dans le Docteur, qui me donne ma force, non pas du tout, c'est de Dieu que vient ma force, ma connaissance, mon intelligence, *hummm* ? Pourquoi ?

Ce n'est pas de mon mari, *non*, le mari c'est différent, il a une autre force dans la famille, il discute avec toi, c'est un ami, n'est-ce pas ? pas pour coucher (litt. dormir), *non*, c'est un ami pour discuter, te voici toi toute seule, mais Dieu a créé deux personnes dans notre vie *hummm* ? Il faut vraiment deux personnes pour que la vie soit meilleure, ce n'est pas une, une seule (personne) *c'est trop triste !* il n'y a pas alors de..., à quoi ça sert ? hein ? Tu erres dans [Nom de ville à Tahiti] comme une idiote, voilà deux points de vue, n'est-ce pas ? en tout cas, c'est le mien.

Aujourd'hui, je suis seule dans ma vie, mais pas seulement moi, moi et Dieu, c'est tout ce que je... Je demande à Dieu comment nous allons faire aujourd'hui, n'est-ce pas ? Conduire ma voiture, Dieu, tu conduis notre voiture [vie], je ne sais pas, hein ? C'est toi mon Dieu qui conduiras notre voiture, nous irons là-bas, là-bas, là-bas, mais c'est toi qui rendras victoire (qui feras réussir, qui nous épargneras les dangers, les risques) à notre parcours [vie], (...).

Voilà ce en quoi je crois avant tout, quand j'arriverai là-bas, je respecterai le Docteur, ses prescriptions (ses directives) à l'hôpital, dans toutes les activités qui sont organisées, n'est-ce pas ? les nôtres, les tiennes, avant tout, tu as une organisation et tu suis ton organisation,

n'est-ce pas ? Nous respectons alors ton organisation, *c'est ça*. Je ne savais pas que vous alliez venir toutes les deux pour me questionner aujourd'hui, tu m'avais simplement dit, je viendrai te rencontrer pour te parler, là-bas chez [MS D 1] *c'est tout, y a pas eu d'explication euh... je viendrai pour ceci pour cela non...*, n'est-ce pas ? se rencontrer. Je pensais que tu avais quelque chose que tu voulais, (pour) que l'on se rencontre, et demander, « ah, je voudrais te rencontrer pour que nous discussions », oui bien sûr. [Silence] Voilà alors c'est... Geneviève ? Voilà ce que je pense...

G : [Rires partagés] [Silence] *Ok*, pour finir cette rencontre, que penses-tu du « *rā'au tahiti* » (remède traditionnel) pour cette maladie que tu as *Māmā* ?

C : [Silence] Il faut que tu saches que quelqu'un [il s'agit d'elle, de Ruta] « *pa'i* » qui croit en Dieu, n'est-ce pas ? Les personnes qui s'occupent des malades ici [ceux qui exercent leurs pouvoirs, leurs dons], la plupart on les appelle « *tahu'a* », je n'en veux pas, n'est-ce pas ? Ils ont peut-être des médicaments très efficaces que je connais et qui soignent la maladie, n'est-ce pas ?

Mais... mais en ce qui concerne leurs incantations qu'ils font à travers l'homme (litt. par-dessus ce qui vient de l'homme ; [Ruta fait allusion ici aux interventions des esprits maléfiques]), je n'en veux pas, hein ? Le Grand Guérisseur, il est là-haut, c'est Dieu. C'est très facile à faire, tu demandes à Dieu, « Guéris-moi de ma maladie. Ah, tu as les yeux les plus puissants (tu vois plus que quiconque), n'est-ce pas ? c'est toi qui m'a créée, et tu sais quelle est la chose qu'il n'y a pas à l'intérieur de moi [notion de manque], et d'où vient ce malheur (maladie) ? » C'est très facile à faire, écoute simplement Dieu selon cette parole : « Demandez, on vous donnera, frappez à la porte (i.e. référence Biblique [Matthieu 7-7]) [en tapant sur la table et en rythmant chaque syllabe] et on vous ouvrira la porte » *hein ? c'est Sa parole qui dit, c'est pas moi*, n'est-ce pas ? (...) Ces personnes qui font maintenant les « *rā'au* » (remèdes tahitiens), tu vas les payer, payer... [Silence]

Tu vas simplement pour écouter ton... ah, *il faut* « *pa'i* » ceci, et cela, ça sera adapté (ça conviendra) alors. Ils vont alors le préparer, porter et (le) vendre, non alors, *non, non je suis pas là*, c'est bien mieux pour moi alors ce que me dit le Docteur, il me dit ça, ça, ça, il a ausculté (litt. Fait des recherches), et c'est bon. Alors je vais chercher celui du Docteur et porter là-bas [porter l'ordonnance à la pharmacie] *hein ?* Tu demanderas à Dieu de te

donner parce que Dieu a choisi des experts (des savants) pour les médicaments, aux Tahitiens aussi, mais j'ai peur (i.e. crainte en raison du doute) de ce qui vient des Tahitiens [Guérisseurs], peur, il y a trop de profit (litt. on cherche trop l'argent) *que* te régler ton problème (litt. malheur), *tu vois ?* [Silence]

J'ai une évangéliste qui habite... vous pouvez y aller là-bas aussi, humm... il y a deux semaines de ça...

G : Elle a la maladie du diabète ?

C : C'est la maladie du diabète oui, le diabète, une personne est allée, une fille pieuse (litt. qui prie Dieu) n'est-ce pas ? [Prénom femme 1], [Prénom femme 1], [Prénom femme 1], alors elle est allée chez le Tahitien [le tradipraticien], elle y est allée, elle ne m'avait pas dit, elle y est allée. *Elle a été séduit³²¹ par cette personne, il faut aller voir un tel*, n'est-ce pas ? *Alors elle est partie...*, en arrivant elle est allée directement à l'hôpital, en y restant deux semaines, alors où est l'utilité ? *tu vois ?* Tahitien (guérisseur). (...) Je ne dis pas du mal d'eux (litt. je ne leur ferai pas de mal), je ne dis pas du mal, mais je n'ai pas confiance, *non*, je préfère mon médecin, si ça ne va pas mieux, je demanderai simplement à Dieu de m'aider, n'est-ce pas ? C'est Lui qui me bénira, c'est Lui qui choisit le Docteur, ce n'est pas nous, *si* tu vas voir le Docteur, c'est Lui qui te guide pour y aller, n'est-ce pas ? Il connaît ton courage, et qu'il y a en toi quelque chose de bon. (...) Voilà... 'ī ia ia ! [exprime ici la démesure, l'abus] c'est trop « pa'i », c'est trop. Le massage ? Oui peut-être que j'irai, j'aurai confiance en cette personne, parce qu'elle a une connaissance du massage, n'est-ce pas ? Autre chose aussi, il va te masser pour chercher une femme, n'est-ce pas ? Dès qu'il aura eu sa femme (compagne), il ne masse plus. *Eh ben oui, c'est vrai ! Y a combien de masseurs comme ça ! hein ? Les Tahitiens, je parle des Tahitiens. Une fois qu'il a trouvé cette femme-là, c'est terminé, ça y est, c'est fini !... (...)* Ou des fois, on te dit c'est un masseur. *Tu vas lui demander, il te regarde sans rien te dire !... et si il est devant la télé, ses yeux devant la télé, à la télé... humm ? Il te répond pas, au lieu de te regarder, tu es venue pour te faire masser. Est-ce qu'il va te faire payer ou... prendre gratuitement ? On ne sait pas. Y a pas de réponse. Alors vaut mieux alors t'en aller, n'est-ce pas ? Alors...*

³²¹ Exprimé au masculin dans le récit.

non ! non ! je crois pas à ces choses-là. (...) Mon Docteur me dit ceci cela, parce qu'il a été à l'école pour apprendre, n'est-ce pas ? Ceux-là aussi ! Des fois ils ont été éduqués par leurs parents, peut-être les parents dans le temps. Mais..., aujourd'hui, c'est l'argent qui compte, hein, la plupart... Je te donne un peu, tant ! hein. Non. (...) C'est vrai, y a des moments je... j'écoute tout ce que le Docteur me dit comme les cigarettes « faut plus fumer », « oui Taote » et puis... hein ! Voilà. Mais le reste non. Voilà ! Voilà pour ma part, c'est juste, (ou) quoi ?

I : Ce n'est pas faux

C : [*Rires généreux partagés*]

I : C'est ta vie

C : Oui « pa'i » ! c'est bien ça ma vie Mama !

I : C'est formidable !

C : Oui, parfois tu cherches de la compagnie, n'est-ce pas ? *surtout* au moment des repas ; *c'est triste, d'être seule, humm, à table...* [Silence]

[Sur un ton triste :] *Mes enfants ne reviennent pas à la maison, ils ont leur vie, avec leur famille et les enfants, humm ? Je veux pas aller les déranger... pour être avec moi...*

[Silence]

Alors..., alors je préfère me fier au Seigneur... [en retenant ses larmes] c'est le seul qui me... protège, me donne la force... [Silence]

Voilà alors mes Māmā (litt. "mes petites mamans" [terme qui témoigne une certaine affection]), quand nous aurons fini, je ferai une prière, n'est-ce pas ?

I : *On va terminer par la prière...*

[Lors de ce moment de recueillement émouvant, I et G partagent la prière exprimée en langue tahitienne par C mais non enregistrée dans le cadre de cette première rencontre].

G : Et pour terminer, *pour la dernière parole*, que penses-tu de cette rencontre Māmā aujourd'hui ?

C : Très bien, je suis complètement satisfaite de cette rencontre inattendue, imprévue à l'improviste, tu vois ? et puis euh... merci beaucoup. Personne n'est jamais venu ici pour poser des questions, si ce n'est pour l'Évangile, si ce n'est l'Évangile ? Je n'empêche pas l'Évangile, *non*, mais les personnes, je ne leur ouvre pas, hein ? Tout dépend des personnes,

hein ? L'Évangile, ceci est à Dieu, mais les personnes qui envoient (la parole), tu te rends compte qu'il y a des fautes à l'intérieur, je n'en veux pas (...) ça. Mais pour notre rencontre merci beaucoup, je remercie Dieu, cependant chacun a ses occupations, nous pourrions éventuellement programmer une autre rencontre le lundi. Voilà simplement ce que je pense.

G : C'est fini Māmā ? Merci Māmā, merci beaucoup, merci beaucoup...

C : C'est moi qui vous remercie bien. [rires]

Traduction du deuxième entretien réalisé avec Ruta

C : *Eh ben quand j'ai été adoptée par Madame [Nom de famille], pasque à part ça..., y a pas d'autre chose à faire... je restais à la maison avec mes parents, alors euh... oui, quand la personne m'avait adoptée parce que elle n'avait pas de fille, alors j'ai travaillé dans la cuisine, à éplucher des légumes, hiii !! [rire retenu]. Voilà. Pourquoi tous³²² ces questions-là ?*

G : *C'est juste pour mieux comprendre en fait votre vie...*

C : *Euh... je crois que... c'que j'ai en ce moment c'est héréditaire chez nous, chez mes, ma mère plutôt. Elle est morte de ça et y a pas..., y a pas qu'elle, même ses sœurs aussi..., alors le diabète euh... chez... ma famille, ma mère, côté mère, ce sont tous des diabétiques, je le pense...*

G : *Juste pour revenir et terminer au sujet de l'activité professionnelle dont vous me parliez, vous avez fait ça longtemps...*

C : *Longtemps comment ?*

G : *Cinq ans ou dix ans...*

C : *Pour ?*

G : *Cette activité professionnelle d'aider à la cuisine...*

C : *Eh ben c'est-à-dire que la personne m'avait adoptée à partir de l'hôtel, alors elle m'avait mis dans la cuisine pour apprendre euh... à faire la cuisine au lieu que je pouvais*

³²² Expression du locuteur préservée.

plus y aller à l'école... J'étais plus acceptée dans l'école. J'étais trop âgée pour continuer... humm...

G : Oui, et donc actuellement cette fonction que vous avez, qui est une fonction quand même importante au niveau de...

C : Eh ben pour la cuisine, je suis bonne pour la cuisine, et jusqu'à présent.

G : D'accord... je parlais de l'activité religieuse que vous avez...

C : Oh ! Oui, là, nous sommes...

G : En langue tahitienne...

C : Nous sommes en train de mélanger... là hein. L'Église et... notre vie privée, c'est pas pareil... oui,

G : Là, j'avais quitté l'activité professionnelle et j'arrivais aux activités religieuses dans lesquelles vous êtes impliquée... c'était ça...

C : Eh ben je crois que le Seigneur m'avait appelée, pour que je sois là avec Lui aujourd'hui, parce que une autre personne, je sais pas les autres, mais je parle de moi-même. Alors si le Seigneur n'est pas là c'est que tu n'es pas... enfin elle [l'interprète] le sait d'ailleurs... Quand on n'est pas appelé par le Seigneur, on va au temple... peut-être de temps à autre... euh... pour prendre la responsabilité, mais je pense pas, à moins que on se marie avec un pasteur ou... un diacre... mais là... j'ai été consacrée en [nom d'un pays étranger].

[Passage d'enregistrement défectueux, inaudible]

G : Cette implication à l'Église c'est... [Passage inaudible]

C : Oui, alors je travaille dans les hôpitaux à [ville à Tahiti]... Enfin, j'ai trois personnes euh... qui travaillent pour m'..., pas pour moi, pour le Seigneur... Nous sommes trois à travailler...

G : Humm... humm..., d'accord... Sinon, vos loisirs... vous regardez la télé ou...

C : C'est très rare... j'écoute... les nouvelles, c'est tout... [Bruit violent de moteur de scooter] regarder la télé... J'ai pas assez de temps pour regarder la télé... [rire retenu]

G : Humm... humm..., donc vous fumez..., vous m'avez dit que vous fumiez ?

C : Ah, fumer oui... Si, je fume...

G : Ce sont des Royale c'est ça, ou des Marlboro ?

C : *Non, Winfield...*

G : *D'accord..., et un paquet dure combien de temps Māmā ?*

C : *Pour deux jours... ça fait beaucoup quand même... 25 dans un paquet pour deux jours... enfin pour moi..., pour le moment, hein,*

G : *Et est-ce que vous buvez de l'alcool ?*

C : *Non, non.*

G : *D'accord... en termes de revenus, vous touchez une pension ? Vous avez... C'est une question qui peut être délicate là, mais c'est important de savoir un peu le contexte dans lequel vous vivez...*

C : *Je préfère raconter ce que j'avais vécu,*

G : *O.K., d'accord...*

C : *Humm ? J'ai été mariée avec le père de mes enfants. Nous avons travaillé dur pour acheter ici. Pour les enfants, et non pas pour nous. Divorcée, humm, j'ai eu deux enfants de mon premier mari. Divorcée, j'ai eu une fille et un garçon. Alors le petit mo'otua³²³-là, appartient à mon fils. Ma fille, elle n'a pas eu d'enfants, et elle s'est jamais mariée. Elle a voulu, mais... [Silence] Le père n'a pas voulu... Alors c'est une personne qui a été désespérée dans sa vie, par notre faute, je pense, et elle avait que 17 ans, à ce moment là... Alors euh... c'est pas que le père a voulu empêcher, mais le père a voulu qu'elle continue ses études. Alors, mes deux enfants ont grandi en [nom 2 d'un pays étranger], et ils ont fait leurs études en [nom 2 d'un pays étranger]. Alors euh... divorcée, tantôt les enfants sont avec moi, tantôt avec lui... et je me suis remariée avec un [personne d'origine étrangère non polynésienne ni française], je suis partie en [nom 1 d'un pays étranger], vivre. Et voilà pourquoi que j'ai, j'ai servi le Seigneur en [nom 1 d'un pays étranger] avant de revenir... et jusqu'à présent. Voilà. Bon, j'ai perdu mon mari en [année de décès de son deuxième époux], et je suis revenue à Tahiti. Vous savez quand vous servez le... Seigneur, alors euh... l'Église vous force de... vous pouvez pas servir le Seigneur tout seul, il faut que vous soyez marié. Voilà. Alors, la personne avec qui je me suis mariée, c'est-à-dire que forcée par l'Église..., il avait [nombre] ans plus que moi ! et il est mort à [âge de décès du mari]*

³²³ Petit-fils.

ans, et j'ai que 72 ans, je viens d'avoir mes 72 ans... ça fait beaucoup quand même...

Voilà ! Si ça vous...

G : *Humm..., humm... O.K., peut-être que maintenant là, on peut commencer...*

G : Merci Māmā pour cette rencontre, et réponds s'il te plaît en langue tahitienne Māmā, parce que c'est important dans cette recherche de parler en langue tahitienne, pour la compréhension de... [Intervention de Ruta qui complète l'expression de G par un adverbe tahitien « rā », intraduisible en français et qui confère davantage le sens de « renseigner » plutôt que celui de « comprendre » tel qu'il était exprimé initialement par G], (...) la maladie du diabète dans l'entourage familial, dans la vie, ta vie *humm* ? Māmā tu as dit que l'on avait diagnostiqué ta maladie du diabète l'année 2001, et... que s'est-il passé dans ta maladie depuis que l'on te l'a diagnostiquée, *est-ce que tu pourrais me dire en langue tahitienne Māmā ce qu'il s'est passé depuis le diagnostic jusqu'à aujourd'hui...*

C : Au tout début, par le cœur, c'est une maladie du cœur *hein*, à cause de ma maladie de cœur, j'ai été hospitalisée à [Nom établissement de soins 2], c'est ça alors (voilà j'ai eu *deux pontages*, *humm* ? À cause de cette maladie de cœur, mon *diabète* a été découvert aussi, avant cela je ne le savais pas. (C'est) Grâce au cœur (à ma maladie de cœur) que j'ai développé (litt. qui a poussé), on a découvert qu'il y avait le diabète (litt. urine-sucre ; sucre dans l'urine). C'est ça alors. On a soigné mon cœur, on a soigné mon diabète, et après *il faut* que l'on me fasse partir (i.e. évacuation sanitaire) en [nom 2 d'un pays étranger] pour l'opération, c'est ça alors, *deux pontages*. (...)

Pour les soins de mon diabète, ça ne va pas en avant, ça ne va pas en arrière (i.e. il n'y a pas d'évolution), c'est la même chose, *il faut* ton..., ton médicament (traitement)... (...) c'est tout. *Alors* je ne m'occupe pas beaucoup de ça, je vais... je m'occupe de mon travail, {en tapant sur la table} n'est-ce pas ? Le diabète, si tu ne manges pas le « mā'a »... mauvais (défendu, interdit), ça va (c'est stable), n'est-ce pas ?

Ton médicament ... *Diamicron*..., *je sais pas trop*..., il y a en a plusieurs sortes *Elisor*..., et quoi d'autre encore... Parfois on oublie, parfois on s'en souvient, *c'est pas stable*... ce n'est pas..., *hein* ? Quand je reviens de mon travail, je suis très fatiguée, je ne, je ne m'en souviens plus, je tombe de sommeil et j'oublie mon traitement. Au milieu de la nuit, c'est à ce moment-là que tu te rappelles, *ai* ! c'est à ce moment-là que tu le prends, et parfois c'est

le matin que tu en prends, et tu te dépêches d'aller au travail, hein ? voilà... Je ne suis pas une personne salariée, ce que je fais (c'est) *bénévolement pour l'Église, pour le Seigneur, c'est tout*. (...) L'argent dont je bénéficie aujourd'hui c'est l'allocation de vieillesse [allocation de solidarité aux personnes âgées], je suis au [Nom du régime de couverture sociale ou d'assurance maladie] (...) Voilà donc. *Si ça peut vous aider...*, (...) (par rapport) à votre question, *humm...*

G : Et tu as dit pour la maladie de cœur Māmā, la maladie de cœur et la maladie du diabète, *et donc on peut dire* qu'il y a deux, tu as deux maladies Māmā, n'est-ce pas ? Et..., quel est ton avis sur ces deux maladies, parce que... [Toux grasse de C]..., *est-ce que selon toi le fait d'avoir la maladie du cœur avec la maladie du diabète c'est lié, Māmā, ou non ; c'est l'une après l'autre, ou c'est les deux ensemble et comment tu gères ces deux maladies, est-ce que la maladie du cœur c'est plus important que la maladie du diabète, ou comment ça se passe ?*

C : *Je fais les deux en même temps, mais seulement,*

G : En langue tahitienne Māmā,

C : *pour aller voir le Docteur je vais, quand j'ai vraiment... le temps.*

G : *Humm*, réponds Māmā en langue tahitienne...

C : Dans la... (langue tahitienne), oui. Je vais rencontrer mon Docteur quand j'ai le temps, sinon je ne fais pas attention à ma maladie, je m'occupe de mon programme de travail pour qu'il soit terminé. C'est seulement quand ma maladie s'aggrave, c'est à ce moment-là que j'arrête mon programme (de travail), et que je vais voir le Docteur. Ne pense pas alors que... le Docteur va être content, hein ? Mon cardiologue me téléphone directement ici.

G : *Humm...*, *humm...* Et à ton avis *est-ce que tu penses* Māmā... est-ce que tu penses que tu as développé la maladie du diabète à cause de la maladie du cœur ou pas Māmā ?

C : Si j'étais un spécialiste je te répondrais, peut-être que oui, mais je ne suis pas un chercheur (je ne suis pas un savant, quelqu'un qui a des connaissances) comme vous, n'est-ce pas ? C'est vous qui savez d'où vient le diabète et le cœur, n'est-ce pas ? peut-être que... ma maladie de cœur vient du diabète qui est allé (sur le) cœur, (à cause) du fait de fumer la cigarette je pense, c'est ça qui a développé (ma maladie), c'est vous seulement qui le savez, je ne sais pas. [Silence]

G : *Et justement tu disais la dernière fois que tu n'avais jamais arrêté de fumer depuis...*

C : Fumer la cigarette,

G : Fumer la cigarette, l'alcool... [le mot « `ava`ava » veut dire « cigarette », mais le mot « `ava » signifie « alcool », ce qui explique la réponse de Ruta]

C : Alcool...

G : « Cigarette », à quoi ça correspond Māmā, cette...

C : La cigarette ?

G : *Est-ce que ça correspond pour toi à ton espace de liberté, est-ce que c'est une fuite de la solitude, est-ce que c'est un goût du risque que tu as Māmā ? Raconte un peu Māmā l'origine de cette action de fumer...*

C : La cigarette ? J'avais 17 ans je fumais la cigarette, c'était par amusement dans ma jeunesse que de fumer la cigarette, hein ? En ce temps-là, ensuite... je me suis mariée, j'ai eu des enfants, c'est ça, j'étais habituée à (fumer) la cigarette. Tu disais il y a un instant, « *la solitude* », probablement, hein ? Une personne quand elle fume la cigarette, elle réfléchit, *c'est peut-être la solitude, je sais pas aussi, hein ?* C'est vous qui le savez, c'est vous qui avez la connaissance du pourquoi, moi, je dis que je m'ennuie, quand je n'ai personne avec qui discuter, je fume ma cigarette, et je réfléchis à mes planifications d'activités, comment j'organise mes activités, (...) voilà. (...) [sourir]. Maintenant, c'est vous les spécialistes qui savez d'où vient le *diabète* qui est arrivé, et d'où vient le cœur (la maladie de cœur), quant à moi, je ne pourrai pas en parler, car je ne suis pas dans votre situation [je ne suis pas un spécialiste], n'est-ce pas ? Mais ce que je sais, (c'est) grâce à mon cœur (ma maladie de cœur) qu'on a découvert le *diabète* aussi, oui. Ma mère est morte du *diabète*, mon grand-père est mort du *diabète*, alors donc ça vient de la souche familiale, *hummm, héréditaire*, à l'intérieur de la souche familiale. Quand je pense...

G : Oui. Tu as dit que la maladie du diabète était une maladie des ancêtres (maladie héréditaire), Māmā ?

C : Oui.

G : Oui, raconte-moi un peu la signification de ce mot « ma`i tupuna » (litt. maladie des ancêtres), Māmā.

C : Quand je pense, je pense', je pen'... c'est... c'est une maladie des ancêtres, ça vient de ma mère, ça vient du père de ma mère, qui a eu ma mère, et aujourd'hui c'est moi. Mon fils, c'est le *diabète* aussi, c'est-à-dire le papa du garçon qui est là à côté. Voilà ce que je peux dire, (mais) pour approfondir davantage, *non*, non, *non*. Non, mais je sais que ma mère est morte du *diabète*, que mon grand-père c'est le *diabète*, à moi c'est le *diabète*... Voilà.

G : *Et la dernière fois tu as dit aussi que ton fils était diabétique, Māmā ?*

C : *Oui.*

G : Raconte un peu Māmā...

C : Non, je ne pourrai pas te raconter, c'est à toi d'aller le voir, c'est lui qui te racontera, c'est lui qui m'a dit qu'il a le *diabète* aussi. Je n'ai pas d'information, c'est le *diabète*. Tu le sais ce que c'est comme maladie donc c'est lui qui te le dira car ce n'est plus un enfant, c'est un adulte, n'est-ce pas, [Age fils de C en langue tahitienne] il connaît sa vie, non alors, *non*, je ne parlerai pas pour lui, je parlerai pour moi-même, n'est-ce pas ? Mais je sais qu'il a le *diabète* aussi *humm*, voilà alors.

G : *Et ça fait longtemps que l'on a dépisté son diabète, Māmā ?*

C : *Eh ben..., l'année dernière seulement que j'ai su,*

G : *Humm..., humm...* en langue tahitienne, Māmā...

C : L'année dernière j'ai appris qu'il avait le *diabète*, "mea" (*)... qu'il a le diabète (litt. du sucre dans l'urine).

G : *Et vous parlez ensemble de votre..., du diabète Māmā, ou bien non, c'est difficile ce sujet,*

C : *Non*, non, il n'y a pas de problème, mais on n'a pas le temps de se rencontrer, *humm ?* il a sa vie, j'ai ma vie ici..., ils ne viennent pas ici, et je ne vais pas là-bas chez eux, *humm ?* Nous ne discutons pas de ce sujet-là, c'est le Docteur qui m'en parle, et vous. Lorsque je vais chez le Docteur voir, le Docteur me dit qu'*il faut*, c'est [Nom méd. B], *il faut* cela, *il faut*... [Nom méd. Cr] et autre chose encore, *alors*... on me donne les médicaments, tu les prends alors *si* tu y penses. [soupir]

G : *Quand tu dis que ton fils est diabétique, et puis toi tu es sa mère..., on dirait qu'il n'y a pas forcément d'échange... ou que c'est un sujet... où qu'il y a des choses que l'on ne doit pas dire ou...,*

C : *Non, il le sait ce qu'il y a à faire, il est mature il a [Age du fils de C] ans, il a..., il va chez son Docteur... Voilà. Il sait ce qu'il faut pas manger et ce qu'il faut manger, c'est comme moi, humm ? Pas de riz, pas ceci, pas cela, pas de pain..., alors je triche, et je me purge après. Quand on triche, il faut toujours faire un nettoyage après. Je crois que tout le monde ne, ne peut pas vivre sans tricher, surtout pour le manger hein...*

G : *Humm..., Māmā, essaie de me répondre en langue tahitienne, Māmā...*

C : *Il n'y a peut-être personne, pas de..., (...) qui ne prendra pas les choses que tu ne peux pas prendre [Approbation de G : "humm... humm..."] pour manger, n'est-ce pas ? La chose que tu ne peux pas (manger) : *tricher alors*, n'est-ce pas ? [Approbation de G : "humm... humm..."] oui, *alors*, c'est à toi de chercher les moyens pour toi-même, à part les directives du Docteur, à l'intérieur desquelles nous avons notre façon de faire (litt. nous avons aussi notre façon de faire dedans), hein ? *humm...* Quelle est ta façon de procéder ? Tu cherches une solution (un moyen) pour nettoyer ce que tu as mangé, et que tu ne devais pas manger ? [tu purges les aliments qui t'ont été déconseillés, interdits et que tu as mangés]. Le Docteur n'a pas dit « il ne faut pas que tu manges, mais juste ce qu'il faut (sans excès) ». Et alors quand tu manges, on te dit une cuillère, ça suffit, et nous prenons dix cuillères, comment alors ça peut aller bien ? n'est-ce pas ? quand on te dit la moitié d'un bol, nous mangeons deux bols.*

G : *Et tu parlais de *purge*, Māmā ? Qu'est-ce, raconte, éclaire-moi...*

C : *En ce qui me concerne, je sais que j'aurai des problèmes, n'est-ce pas ? Quand je bois ce médicament, je me purge pour nettoyer ce que j'ai mangé, d'après ce que l'on dit, *il faut* boire beaucoup d'eau, il faut boire beaucoup d'eau, et quand tu regardes, l'état (l'aspect) du pied (ou de la jambe) n'a pas changé, n'est-ce pas ? Il faut toujours le prendre (le médicament pour se purger). [Ruta va chercher le médicament qu'elle utilise pour se purger]*

C : *Ça c'est mon médicament purgatif, humm..., une fois par mois, mais ça dépend si tu as mangé les aliments mauvais (qui sont interdits), je me purge. (...). C'est à cause de ça que*

je n'ai pas de plaies (litt. Bobos), n'est-ce pas, en ce moment je n'ai pas de plaies (litt. Bobos), mais peut-être que demain il y aura des plaies (litt. Bobos). [Silence]

G : Et tu disais Māmā "tricher", *est-ce que tu pourrais m'expliquer*, en langue tahitienne à quoi ça correspond pour toi "tricher",... *Tricher c'est quoi prendre, en quelle quantité, Māmā ?*

C : Quand quelqu'un a *triché*, nous disons (en tahitien) que c'est comme quand on a volé, n'est-ce pas ? *tricher c'est « voler », c'est « voler », hein, en français, tricher c'est « voler » en tahitien, humm ?... Enfin..., je pense que c'est ça ?* ou alors tu fais quelque chose qui n'est pas bien (juste) pour toi-même, c'est peut-être mieux que les oreilles écoutent [entendent Cf. Obéir], c'est mieux *que voler..., voler et tricher, c'est pareil*. Tu fais quelque chose sans comprendre (aberrant, illogique, absurde), quelque chose... qui ne convient pas pour toi-même, n'est-ce pas ? (...) c'est pareil, n'est-ce pas ? *humm...*

G : Si,

C : Tu cherches le moyen de nettoyer cette chose qu'il y a en toi, *alors*, j'ai le diabète et le cœur *alors* tu cherches bien sûr le moyen de (te) nettoyer (purifier), *parce* si tu ne le fais pas, cette toux, la cigarette, la cigarette, on a interdit la cigarette parce qu'elle va aller dans ton cœur, provoquer un encombrement de la circulation de ton cœur, *alors* c'est la toux que l'on attrape, *en ce moment*, je suis *obligée* de prendre ça pour cet *asthme* qui arrive, n'est-ce pas ? Cette toux va tout à fait (aboutir) et (tu es) *asthmatique après*, n'est-ce pas ? *alors ça* [méd. 1], *c'est bon et ça*, [méd. 2] *on sait jamais*, n'est-ce pas ? *Alors* on est toujours prêt, *si y a quelque chose* tu mets ceci [embout de l'inhalateur de ventoline³²⁴] dans ta bouche, n'est-ce pas ? *Ça non alors, mais pour le nez seulement*, c'est ça alors.

G : Et si tu *triches* maintenant Māmā qu'est-ce... *qu'est-ce qu'il se passe alors* Māmā?

C : Tu auras des problèmes, d'après les dires du médecin, tu auras des problèmes, n'est-ce pas ?

G : À ton avis Māmā, *si tu triches, tu as envie de prendre quoi* Māmā, si...

C : Accepter

G : Quand tu triches, quel « mā'a » tu manges, ou bien, *que fais-tu exactement* Māmā ?

C : *Eh ben*, je mange quand même (les aliments qui me sont interdits) et je bois ça (sulfate de magnésium), pour nettoyer (purifier, purger) ce que j'ai mangé, ce que je ne peux pas manger (qui m'est interdit), n'est-ce pas ? Le sucre, il ne faut pas de sucre pour le diabète, *humm ?... Humm*. Parfois je mange du gâteau, *gâteau*, il ne faut pas de choses sucrées pour le diabète, il ne faut pas de cigarette pour le cœur, *hein ?* Mais je mange ce qui est sucré et je fume la cigarette *alors, il faut* alors que tu cherches le moyen pour nettoyer et si il n'y a pas de moyen (on ne peut pas faire autrement), c'est effectivement terminé alors (tu subis les conséquences d'avoir mangé l'interdit), n'est-ce pas ? Mais là où je suis reconnaissante vis-à-vis de Dieu, c'est que Dieu continue toujours à m'aider, n'est-ce pas ? Mais à certains moments tu ne prêtes pas assez l'oreille aussi... et... c'est quoi ça ? (que m'arrive t-il ? que puis-je faire ?)

I : *Il t'aide malgré tout*, les oreilles n'entendent pas..., *hein ?*

C : *Humm..., voilà c'est vrai hein, oui*,

I : *et puis euh..., et puis quoi, voilà*. Tu disais que les oreilles n'entendent pas,

C : *Humm..., oui alors, on s'obstine en plus, on s'obstine d'en prendre, oui*. Nous savons que ça ne sera pas correct (juste, adapté), et on s'obstine toujours. C'est ainsi...

G : *Mais est-ce que tu pourrais préciser Māmā, et peut-être que tu [à l'interprète] pourras le traduire parce que je crois que je n'arrive pas bien à le dire en langue tahitienne. Quand tu dis que tu triches Māmā, ça correspond à quoi, tu triches sur quoi, tu manges des desserts...*

C : *Par exemple les choses qu'on nous dit faut pas toucher, faut pas manger*,

G : En langue tahitienne Māmā,

C : Les choses interdites, qu'il ne faut pas manger comme le riz..., le pain..., le sucre..., le gâteau..., il ne faut pas y toucher, et c'est pourtant ce que nous venons de manger. *Alors*, comment tu fais pour nettoyer toutes ces nourritures, c'est ça alors, se purger, *humm...*

G : *Humm... et, à ton avis est-ce que le diabète de ton fils et ton diabète Māmā c'est*,

C : *Alors là je parle pas de mon fils, ne me demandez pas pour mon fils je sais..., je connais pas, je m'en occupe pas..., il a [Age fils de C en français], il gagne sa vie n'est-*

³²⁴ Bronchodilatateur à action rapide et de courte durée par voie inhalée, prescrit dans le traitement de la crise

ce pas ? *Je vais les voir un p'tit bonjour en passant, mais..., je le..., je lui demande, « ça va ? » - « Oui, ça va ». C'est tout ! Je ne veux pas les commander, non. Non ! si c'était un bébé, oui ! lui c'est un adulte, et quand on reste avec une femme c'est qu'on est une personne mature, n'est-ce pas ? humm..., quand on se marie, c'est que il est... mature quoi ! n'est-ce pas ? J'ai pas à les..., à les apprendre encore, non ?*

G : *Humm... humm... Et la dernière fois tu nous avais dit qu'avant 2001 donc tu n'avais jamais été malade, Māmā ?*

C : *Non, non, jamais. Je sais que c'est pas français mais...*

G : *En langue tahitienne, Māmā...*

C : *Je n'ai pas été malade..., c'est très récent, en premier c'est mon cœur, trop de cigarettes...*

G : *Humm... humm... Donc, depuis le diagnostic en 2001 jusqu'à aujourd'hui, il y a eu ton intervention en [Pays 1 hors Polynésie française] avec tes deux pontages Māmā, et au niveau du diabète est-ce qu'il y a eu..., raconte un peu s'il y a eu une évolution ou bien..., pas de changement...*

C : *Par le cœur, que l'on a découvert le diabète, humm, ce que tu as écrit, c'est tout ! Le Docteur m'a prescrit (litt. donné) des médicaments, le médecin du cœur (cardiologue) est différent, le médecin du diabète (diabétologue), n'est-ce-pas ? Ce sont eux qui me donnent les médicaments...*

G : *Humm... humm... Et à ton avis, la cause de ton diabète..., c'est une maladie des ancêtres (maladie héréditaire), n'est-ce pas ?*

C : *C'est ce que je pense, je le pense...*

G : *Et tu penses qu'il y a d'autres causes Māmā, ou bien non ? À ton avis ?*

C : *Je ne sais pas, je ne pourrai pas te le dire... Mon grand-père est mort du diabète, diabète, ma mère du diabète..., alors maintenant c'est moi aujourd'hui et mon fils, c'est pour ça que je pense que..., c'est une maladie... des ancêtres (héréditaire), peut-être pas ? je ne sais pas non plus.*

G : *Est-ce que tu pourrais me raconter Māmā ce qu'il s'était passé le jour où l'on t'a annoncé que tu avais le diabète Māmā, le jour où l'on t'a annoncé ta maladie du diabète Māmā, quelle a été ta réaction ? Quelle a été ta pensée ?*

C : Je ne me soucie pas trop de moi parce que je suis dans les mains (suivie) d'un médecin. Un certain jour, on m'a dit, « tu as le *diabète* ». Qu'est-ce que le *diabète* ? ('ōmaha tihota) du sucre dans les urines (litt. urine – sucre). Qu'est-ce que le sucre dans les urines ? manger trop (excès) de sucre. *Voilà*, n'est-ce pas ? il faut le soigner ! Il est là-bas le Docteur pour le diabète. Le Docteur pour le cœur, *alors* le Docteur pour le cœur soigne le cœur. Quant au Docteur pour le... sucre dans les urines (diabète) il soigne, faire de la marche, il ne faut pas rester sans bouger (litt. rester seulement), n'est-ce-pas ?

Ces jours-là, nous avons fait la marche dans la montagne là à côté..., là à côté de [Nom de quartier], de [Nom établissement de soins 2] c'est le Docteur (qui dit) *faut...* marcher, il ne faut pas rester seulement (sans rien faire), pourquoi ? C'est eux qui le savent, c'est ça « pa'i³²⁵ ». Pour ma part, je ne prête pas beaucoup d'attention maintenant au Docteur, je suis « fiu » ! « fiu » ! Tu ne vois (perçois) pas une amélioration, tu manges (i.e. prends) les médicaments, ce sont toujours les mêmes médicaments, tu ne vois pas d'amélioration..., c'est effectivement toujours à toi de chercher des solutions pour toi-même, et si tu n'obtiens pas de résultats, c'est effectivement terminé alors ! (i.e. il n'y a rien à faire)

Je préfère alors mon travail, je vais faire la prière... pour les personnes qui sont malades à l'hôpital, elles seront plus heureuses, et moi aussi, je remercie aussi Dieu, voilà. C'est toujours une perte de temps, quand tu vas t'asseoir là-bas presque toute une demie journée, et que tu attends ton moment, tu vas dedans (dans le cabinet du médecin) pour un temps très court, n'est-ce pas ? On examine ton sang : « *combien tu fais ? (...)* un virgule et..., ah, *il faut pas faire ça, ceci cela*. Ah, prends tes médicaments, mange aussi », *alors...* je préfère être auprès de mes malades (...). Voilà ! Peut-être que ça ne répond pas à ce que vous êtes en train de chercher, *mais* c'est ça ma pensée, oui !

G : Oui Māmā...

³²⁵ Particule de discours qui dans ce contexte peut se traduire par « eh bien », (i.e. eh bien c'est ça) (Académie tahitienne, 1999 :337).

C : Nous savons que le *diabète* ne guérira pas, n'est-ce pas ? Il ne guérira pas, malgré tout ce que dira le Docteur, ceci, celà, il ne guérira vraiment pas, *hummm ?... alors* à quoi ça sert ? (quelle est l'utilité ?) Tu souffres en restant à la maison, c'est toi qui sais comment faire pour toi-même. Lorsque tu vas chez le Docteur, c'est ça, tu peux attendre toute une journée à rester là-bas, personne ne s'intéressera à toi, *perte de temps...*, je ne parle ici que pour moi, je ne parle pas pour quelqu'un d'autre. (...) *Y a tellement de choses à faire* tu vas, *tu vas là-bas, tu t'assois, tu attends, alors...* combien d'autres personnes avant toi... (...) Je préfère autant rester chez moi et faire le ménage de ma maison, hein ?

Vous et le Docteur n'avez pas une solution, *y en a pas ! Faut pas manger ceci cela. Bois beaucoup d'eau, O.K.*, n'est-ce pas ? Il ne faut pas manger ces « *mā'a* » (aliments). Il faut manger beaucoup de... *fruits*, ah on mange alors des *fruits*, et pourtant il y a du sucre à l'intérieur des *fruits*, tu ne sais plus comment faire, hein ? Il ne faut pas manger... (de la) *banane ! combien de..., du sucre là-dedans ?* n'est-ce pas ? *Papaye ! combien de sucre là-dedans ? il faut manger !* Alors dès que tu en manges, tu as mal au pied, n'est-ce pas ? Est-ce le diabète ?... Est-ce le cœur ?... je ne comprends pas. (...)

Je ne vais plus voir le Docteur. Mon Docteur m'a téléphoné, je n'y suis pas allée ! C'est du temps perdu. Quand tu vas vers Papeete, tu cherches une place de parking, tu tournes pendant presque une heure, deux heures, et tu n'es pas encore arrivée chez le Docteur, à cause de cette recherche de place de parking, *c'est quelque chose..., Ohhhh ! Sainte Marie Mère de Dieu, hummm...* et quand tu l'as eue [la place de parking], là tu arrives et tu attends parce que la *salle...*, (d'attente) est déjà complètement remplie de monde..., alors tu attends ton tour (...) *aïa !...* si tu allais *faire la marche là sur le terrain foot là...* là à côté, « *mea* »..., *là à côté, au moins trois fois, hein ?* c'est bien mieux peut-être *que* (quand) tu vas là-bas, rester, et tu attends ! On te contrôle (litt. mesure) ton « *mea* » (sucre) "ah ! *y a deux grammes, hein, ou un gramme...* *Faut pas manger ceci cela !*" Ça fait combien d'heures alors que tu as attendu, et pendant ton attente, tu (aurais pu) aller *faire la marche* là à côté, ça te donne de l'énergie, *hummm ?* C'est bien mieux, voilà alors mon avis. [Long silence]

Il n'y a qu'une chose que le Docteur veut, peut-être que... oui absolument, c'est ton *carnet CPS.*, il ne faut pas que tu l'oublies, bien sûr. Il faut que tu ailles régulièrement te faire

examiner, c'est ça. Mais on est paresseux (i. e. fainéant, on remet au lendemain), c'est considérable (i.e. c'est flagrant, la paresse est très grande) [on diffère] et tu ne veux pas perdre ton temps à aller là-bas t'asseoir simplement et attendre, voilà alors. [Silence] [rot], *pardon*.

G : Māmā, comment penses-tu que ta maladie va évoluer, Māmā ?

C : Je n'ai pas d'avis là-dessus, c'est à vous deux tout à fait de consulter (litt. voir) les Docteurs, quel est leur avis « pa'i » sur ces maladies, *pasque* il n'y a pas de changement, *humm* ? ça ne sera pas propre, ça ne guérira pas, *alors* qu'en penses-tu ? Quoi « pa'i³²⁶ » en penser ? (...) Ma maladie ne guérira pas, il n'y aura pas..., il n'y a pas de solution (il n'y a pas de moyen, il n'y a rien à faire, pas d'issue), n'est-ce pas ?

C'est donc ça vraiment que l'on dit, c'est une maladie des ancêtres (une maladie héréditaire), n'est-ce pas ? *Humm*, c'est une maladie héréditaire qui ne sera donc pas propre, c'est vous [les Docteurs] qui nettoierez, c'est vous [les Docteurs] qui me direz, c'est comme ça, c'est comme ça. Quand tu vas chez le Docteur, c'est ça effectivement que le Docteur me dit, « il ne faut pas manger ça, il ne faut pas manger ça, il ne faut pas manger ça ».

Si tu n'en manges pas, tu en auras envie quand même, et tu vas *tricher* (litt. c'est *tricher* que tu vas avoir) après ça il faut se purger, tu feras que ça alors dans ta vie [interdiction, envie, triche, purge]. « *Il faut manger beaucoup de viande* », oui, il faut manger de la viande, « *beaucoup de poisson* », oui, il faut manger du poisson, *mais... y a toujours ça..., ça se nettoie pas, ça guérit pas... Alors maintenant, il faut...* il ne faut pas que tu manges (litt. que tu prennes de repas) ? il ne faut pas de *café*, on est en train de *tricher* avec le *café*, [on en boit malgré l'interdiction, on transgresse], *pas de jus* ! on est en train de *tricher* avec le *jus* ! (...)

On nous met devant la figure des choses qu'il faut pas..., tu vois seulement les gens, quand ils viennent, ils sont en train de boire, tu as envie aussi, c'est toi-même qui dis, tu te dis encore je ne boirai pas, je ne boirai pas. Cependant *à la fin*, tu cèdes (tu bois comme eux. Litt. tu tiens tout à fait). *Il faut* que tu en prennes ! *aïa* !... [en soupirant], c'est très difficile.

³²⁶ Dans ce contexte, « pa'i » devrait être traduit dans le sens de « donc » (i.e. Quoi donc en penser ?)

Thomas. Dieu dit à Thomas, « Thomas pourquoi ne crois-tu pas ? (litt. pourquoi es-tu incrédule) Crois donc ! », hein ? Thomas a dit, « Si je ne vois pas tes plaies », les plaies « pa'i » sur les mains de Jésus, « sur Son côté, je n'y croirai pas », *c'est vrai ça, nous aussi, on te dit, de ne pas manger ceci, de ne pas boire ça, oui bien sûr ! oui bien sûr ! C'est incurable, comment (faire) alors ? *on est là, à dire, « il faut pas, il faut pas »**, [*dit avec rire retenu*] Le médecin n'a pas de solution, il n'y a que ça, *pour baisser, il faut pas, diminuer*, c'est un travail exigeant (i.e. compliqué, contraignant, qui exige beaucoup de chose). [soupir] [Silence]

G : *Et depuis que tu as ta maladie, Māmā, la maladie du cœur et la maladie du diabète puisque l'on peut dire que tu as eu les deux en même temps...*

C : *Humm, oui, oui...*

G : *Est-ce que ça a changé ta façon de voir la vie, Māmā ?*

C : *Non, pas du tout...*

G : *En langue tahitienne, Māmā ...*

C : *Pas du tout, pas de changement, hein ? Je ne m'inquiète pas pour mon diabète, mon cœur, c'est seulement quand j'ai mal, [Approbation de G : "humm... humm..."] j'ai peur, (...) de ça, [tapote sa poitrine], humm ? Le diabète, il traîne encore (il est encore lent à se manifester). Ceci (sa poitrine, son cœur) quand ça bouge [réfère aux palpitations], c'est alors ta fin, n'est-ce pas ? *il faut* vraiment avoir quelqu'un près de toi, n'est-ce pas ? [Silence]*

En ce qui me concerne... je m'inquiète plus pour mon cœur, que pour le diabète... [Silence]

G : *Est-ce que tu veux dire Māmā, que lorsqu'on a une maladie de cœur comme tu as, est-ce que finalement c'est tellement important que des fois tu ne penses plus à ton diabète, Māmā, n'est-ce pas ? en langue tahitienne Māmā ?*

C : *Oui, quand j'arrête de fumer la cigarette, quand tu as fumé longtemps [notion de persistance, d'obstination] « pa'i » la cigarette, ce ne sera pas bon pour ton cœur, je ne sais pas, et (si) la cigarette ne sera pas bonne aussi pour le *diabète*, je ne sais pas, mais pour le cœur ça je le sais, hein ? pour la circulation... de l'air (oxygène) dans tous les vaisseaux..., *alors le diabète*, c'est dans le sang, n'est-ce pas ? *Humm...* Quand je pense, tu peux manger*

tous les « mea » [tu peux manger tout ce que tu veux], le cœur, il n'aura pas le temps [on doit se modérer]. Si tu fumes beaucoup la cigarette, c'est la toux que tu attrapes, et cette toux, c'est très difficile (pénible) pour toi, parfois tu l'attrapes et parfois tu ne l'attrapes pas, c'est ça. Le diabète (litt. le sucre dans l'urine), *quoi* ? c'est dans ton sang, on dit que c'est dans ton sang, il n'est pas dans les vaisseaux, alors tu n'auras pas de problème à tes vaisseaux ! [sourir] Voilà...

G : *Et, est-ce que...*, il y a un problème de temps, Māmā ?

C : Il est midi, je dois me rendre à [Nom Etablissement de soins], nous allons rendre visite aux malades, *midi*...

G : *Humm... humm...* Māmā, *est-ce que depuis que tu as ces problèmes de santé, est-ce que ça a changé ta façon de voir la mort, Māmā ?*

C : *Non.*

G : En langue tahitienne Māmā...

C : Pas du tout. [Silence] Je ne m'occupe pas de ma maladie, je ne m'en occupe pas. (...) Il y a une seule chose que je ne veux pas c'est que je devienne grosse (prendre du volume) et que je devienne obèse, c'est ça aussi. [Silence]

Je fais attention à mon « mā'a », ma *salade*, ce que j'ai envie de manger, hein ? Tous les jours, ma soupe à la tombée de la nuit, il n'y a personne, il n'y a que moi, mon petit-fils il s'occupe de lui-même... [Silence]

G : *Et quand on est aussi croyante et impliquée dans la religion que toi, et que l'on pratique autant..., est-ce que l'on a peur de la mort, ou l'on n'a pas peur, Māmā,*

C : *Oh...*

G : *Comment on voit les choses Māmā, en langue tahitienne Māmā ?*

C : Non, la mort ne me fait pas peur, je ne parle que pour moi, je ne sais pas pour les autres, quant à moi non, non. *Mais* ! mais je ne voudrais pas rester dans le malheur (la maladie) et mourir ainsi, c'est mieux pour moi d'aller, n'est-ce pas ? Tu préfères aller, tu tomberas en bas, et on ne parle plus de toi, c'est fini, n'est-ce pas ? Il ne faut pas que tu restes sur le lit et que tu attendes que ta mort arrive, *non*, ça dépend de la personne, n'est-ce pas ? Quant à moi, je n'ai pas peur de la mort, hein ? tu ne mourras pas, tu dormiras, tu dormiras simplement, n'est-ce pas ?

Au sujet (litt. le sujet, la parole) de mourir quand on te brûle dans les flammes, oui, ça par contre, selon ce que Jésus a dit, tu seras puni à cause de ton péché, on te brûlera dans le feu qui ne s'éteint pas (le feu éternel), voilà ce qui fait très peur. Lorsque nous mourrons, nous irons de l'autre côté, tu t'endormiras, n'est-ce pas ? En effet, ton âme vivra de l'autre côté, mais les actions, ce que tu feras de l'autre côté, ce que tu as fait ici (en ce bas monde), c'est ce que tu feras aussi de l'autre côté (dans l'au-delà). Quel est alors le problème ? Lorsque Jésus te jugera, oui, c'est ça qui fait très peur, n'est-ce pas ?

Quand on te mettra alors dans ce feu de la mort, qui ne s'éteint jamais (la fournaise éternelle), ah, je ne sais pas si les personnes... elles voudront aller là-bas, quant à moi je ne voudrai pas alors, hein ? Non.

G : *Je voudrais revenir sur ton expérience Māmā, quand tu visites les malades..., et puis la dernière fois tu avais parlé des malades que tu voyais qui étaient diabétiques, qui étaient hospitalisés..., et ce que j'aurais voulu savoir c'est quel regard tu portes sur eux et puis, ce que tu en penses toi, et le message que tu leur portes... Je sais bien que c'est un message religieux là, un message d'aide et tout ça, mais, qu'est-ce que tu aurais à dire sur ça Māmā, sur ton expérience de visiter des gens qui souffrent du diabète, Māmā, en langue tahitienne ?*

C : Les personnes qui souffrent de... (qui sont malades de...) la maladie du diabète (urine-sucré) à l'hôpital, quand tu vas prier pour eux, les personnes qui n'ont pas la foi, n'est-ce pas ? Les pieds sont infectés (litt. pourris), les pieds sont infectés (litt. pourris), il n'y a plus rien à faire. Est-ce que ça vient de la nourriture qu'ils ont mangée, je ne pourrai pas le dire. (...) La seule chose que tu fais, c'est prier Dieu, c'est Dieu qui t'aide, tu les encourageras dans leur malheur.

C'est pour cela que je vais à l'hôpital, apprendre à aimer les personnes, parce que, entre nous, nous ne savons pas aimer les gens, n'est-ce pas ? Quant à moi, bien avant cela, j'aimais mon mari et mes enfants, pas les (autres) personnes. Aujourd'hui quand je rencontre à l'hôpital quelqu'un qui souffre, je souffre aussi, n'est-ce pas ? Mais tu vois la souffrance de cette personne, tu te mets à aimer ces personnes parce que tu souffres aussi. C'est l'amour qui te fait souffrir, *humm ?...*

Dans le temps, non, n'est-ce pas ? (...) *pasque...*, depuis notre jeune âge, tu sais, nous aimons notre papa, notre maman. Quand tu te maries tu aimes ton mari et tes enfants, c'est tout ! Si tu ne vas pas à l'hôpital, tu ne connaîtras pas l'amour des personnes. Quand tu y vas, tu vois leur souffrance, et tu souffres aussi. [plainte] C'est ainsi que tu aimes, dans le temps, je ne... aimer les personnes, heureusement que je suis allée à l'hôpital (les) voir, ah, ça fait pitié (c'est touchant), n'est-ce pas ? Parfois ils n'ont pas de linge, pas de serviette, parce qu'ils sont pauvres et dans le malheur c'est comme ça que les choses sont, tu peux donc leur apporter une serviette et tu trouves une solution, pas de brosse à dents, il y a énormément de produits que nous pouvons leur envoyer ! *petit à petit tu apprends à aimer*, n'est-ce pas ? *Sans l'amour du Seigneur*, non, *c'est pas vrai*, non. *J'étais comme ça*. *Aujourd'hui*, non, [sourir] *voilà*, c'est peut-être pour ça que Dieu m'aide car il connaît l'intérieur de mes entrailles [le siège des émotions chez les Tahitiens] n'est-ce pas ? (...)

Ce n'est pas une petite affaire, mais ce n'est pas insurmontable (litt. lourd) car c'est Dieu qui agit, tu fais *juste acte de présence*, *voilà*, je fais une prière, c'est Dieu qui agit, *pas toi*, n'est-ce pas ? *Mais, il faut être là-bas, hein ! acte de présence...* Dieu, aide-les, étends tes mains sur eux, soigne leur souffrance, retire-la, n'est-ce pas ? Tu ressens, un soulagement, *si ça vient du cœur*, ça soulage vraiment, *si vraiment tu as pitié de cette personne, pourquoi le Seigneur ne t'aiderait pas ? Si, hein ? Il veut, te montrer que ce que tu avais demandé, ça y est... c'est pour toi personnellement, c'est ça aussi, tu vois ? Avant, je ne savais pas aimer... Si, aimer mon mari..., mes enfants..., c'est tout, pas les... les gens en dehors, non. Mais aujourd'hui, ça m'a appris à aimer les gens, à force de... visiter et c'est pas..., tout le monde n'a pas le même..., souffrance que les autres, diabétiques, c'est différent, le cœur, c'est différent, quoi ? Y a d'autres encore ?... C'est ça qu'il faut voir...*

G : *Ils souffrent beaucoup Māmā ?*

C : *Comment ?*

G : *Ils souffrent beaucoup, ces gens que tu rencontres, ces diabétiques ?*

C : *Je trouve les diab..., oui...,*

G : *En langue tahitienne Māmā...*

C : *Humm... Les diabétiques, oui, humm... Quand tu les regardes, passer-vers l'hémodialyse... n'est-ce pas ? pour nettoyer, le sang n'est même pas purifié, complètement*

noir, *alors*, ça ne fait rien (qu'importe), c'est leur façon de faire (manière d'agir) à eux (ça les regarde), n'est-ce pas ? Tu y vas seulement pour prier n'est-ce pas ? Ils sont en train de souffrir (litt. Ça fait souffrir), ils sont en train de souffrir (litt. ça fait souffrir), *hein* ? On ne peut pas ne pas souffrir, le pied est pourri (infecté), il n'y a plus rien à faire au pied, on... n'est-ce pas, les plaies sont infectées, oui... [soupon]

On ne..., les yeux ne voient plus à cause du *diabète*, on dit que c'est à cause du *diabète*, n'est-ce pas ? *Même moi aussi ! j'ai cet œil-là, condamné*, *hein ? ça m'embête...*, *mais*, je demande simplement à Dieu, de me soigner... Mais je remercie Dieu *parce que* sinon, je ne pourrais pas conduire ma voiture, voilà. Ce n'est pas une petite affaire pour... diriger un tel programme comme ça, non. (...) Là-bas nous sommes six confessions, six religions, on s'aide les uns les autres... [Silence] [soupon] *Pas facile...*

G : *Qu'est-ce que tu attends Māmā ?*

C : *Le...*,

G : *Quelles sont tes attentes, tes espoirs pour les jours prochains, Māmā, en langue tahitienne ? Qu'est-ce que tu souhaiterais ? en langue tahitienne Māmā ?*

C : Aujourd'hui, je crois qu'il est temps pour moi, c'est ça, je suis arrivée au moment d'arrêter *humm* ? de laisser les jeunes venir travailler, apprendre, ne pas rester à ne rien faire ! (les) former, n'est-ce pas ? mais toi il faut t'arrêter, laisser, guider, voilà alors...

G : Et à ton avis Māmā, quelle est la maladie ou les maladies qui sont très proches de cette maladie du diabète Māmā ?

C : Quelle est la maladie très proche ? du diabète ?

G : Oui. Tu disais *la dernière fois* la maladie « *māriri* » Māmā ? [Long silence]

C : C'est incurable (litt. qui ne guérira pas), *hein...* n'est-ce pas ? C'est incurable..., (litt. qui ne guérira pas), [Approbation de G : "*humm... humm...*"] [Silence] Peut-être...

G : Et..., à ton avis, selon ta vision de Polynésienne, d'où vient cette maladie Māmā, la maladie du diabète, vient-elle du « *he'a* », du « *fati* », du « *mariri-'ai-ta'ata* », etc. Māmā ?

C : Puisque c'est dans le sang, n'est-ce pas ? on l'a découvert (i.e. le diabète) dans le sang, et on a découvert le « *mariri* » (la filariose, la lymphangite) dans le sang, le « *mariri-qui mange l'homme* » (le cancer), n'est-ce pas pareil, *hein* ? (...), ce n'est alors pas la même chose ! (...) Le cancer et la maladie de cœur, je pense qu'elles sont aussi fortes l'une que

l'autre (elles ont la même puissance), n'est-ce pas ? L'une (le cancer) (te) ronge (de l'intérieur), et l'autre (la maladie de cœur) (te) tue, *humm ?* (Le) cœur, (la) maladie de cœur, elle te tue. Le cancer, il te ronge [il te mange de l'intérieur, il te "bouffe"].

Le cœur (la maladie de cœur) et le..., et le cancer ne sont pas éloignés [Il n'y a pas de différence entre la maladie de cœur et le cancer. La conséquence est identique pour le Polynésien : « tu meurs, c'est le "trou" »]. Par contre la filariose, la filariose et le diabète se valent, parce qu'elles sont dans le sang, n'est-ce pas, *pattes d'éléphant*, n'est-ce pas ? *Parce que* il y a deux types de filariose comme tu l'as dit, (le) « mariri qui ronge l'homme » (cancer) et le mariri (la filariose, la lymphangite), *humm...*, ce que je dis, c'est que la filariose et le diabète sont tous les deux presque pareils puisqu'ils sont effectivement dans le sang, n'est-ce pas ? Le mariri : gangrène qui mange l'homme (cancer) et..., le cœur, les deux ne sont pas très éloignés (très différents), *humm ?... (...)* *Il faut* un spécialiste pour ça, ce genre de question, eh bien dis donc ! !... [avec rire retenu]

I : C'est comme ceci,

C : *Oui*,

I : Et... ce qu'elle veut dire, seulement ta réponse,

C : *Humm...*,

I : Non, si tu connais (la réponse), c'est ça alors, mais on n'a pas exigé la réponse d'un spécialiste,

C : *humm...*

I : simplement ta pensée, c'est ce qu'elle...,

C : *Ce qu'elle veut, ah !*

I : Oui, c'est ça seulement.

C : Je ne peux pas le dire

I : Il n'y a pas à dire que...

C : Il...,

I : il y a une réponse juste, une réponse fausse, hein ? Seulement ton avis.

C : Non, il n'y a pas de lien, n'est-ce pas ?

G : Oui, Māmā tu disais pour tes médicaments, les médicaments pour la maladie du diabète, les médicaments occidentaux (litt. des Blancs), *est-ce que les médicaments que le médecin*

te donne des fois, est-ce que tu es « fiu »..., est-ce que tu as envie d'arrêter Māmā, ou tu les prends régulièrement ?

C : *Non, mais j'oublie !...*

G : En langue tahitienne Māmā...

C : Il m'arrive d'oublier..., il m'arrive d'oublier d'en prendre, il m'arrive d'oublier, et maintenant avec l'âge ma tête (litt. réflexion) commence aussi à oublier [perte de mémoire], n'est-ce pas ? c'est ça « pa'i ». (...)

G : *Est-ce que tu ressens, et comment te sens-tu au moment où tu... tu manges ces médicaments Māmā, ça a changé dans ton corps, comment te sens-tu Māmā ?*

C : Non, ça va très bien, pas de changement, aucun ! pas de changement. (...)

G : Et selon toi quel est l'effet de ce traitement sur le corps Māmā ?

C : (...) Je ne vois pas la différence depuis le jour où j'ai pris ce(s) médicament(s), pas de changement : l'énergie il y en a toujours, la forme il y en a toujours, marcher (litt. la marche des pieds), il y a..., ça fonctionne toujours, *mais...* ça ne s'améliore pas (litt. ça ne va pas en avant), ça ne s'aggrave pas (litt. ça ne va pas en arrière), c'est toujours la même chose à mon avis [routine], n'est-ce pas ? J'oublie parfois de le prendre (mon médicament) aujourd'hui, tout à l'heure, et (quand) je m'en souviens, c'est fini, ça a dépassé alors (le moment de la prise du médicament est déjà passé), n'est-ce pas ? et... Quand on dit de les prendre (litt. manger) le matin, (litt. ça va jusqu'à) c'est dans l'après-midi alors qu'on les mange, *alors...*, ça « pa'i » c'est parce que tu es toujours pressée, n'est-ce pas ?

G : *Et..., comment ça agit selon toi sur ta maladie, ces médicaments là Māmā, à ton avis ?*

C : [sourir] Il n'y a pas de changement, c'est le même état (...), la force (l'énergie, la puissance) il y en a toujours de la force, le courage il y en a, il n'y a pas de changement.

G : Et tu crois que le pouvoir des « rā'au popa'ā » Māmā, *est-ce que tu penses que ce traitement* est adapté, est fort..., et...

C : Pour dire que ça convient, tous les médicaments conviennent bien, *mais...* toi-même « pa'i », hein ? Tu as oublié de les prendre. Pour dire que ça convient, cependant ça continue à aller bien, il n'a pas de, *alors c'est que...* c'est juste, n'est-ce pas ? [Silence]

Quand je pense, il n'y a aucun problème, mais *il faut continuer (le traitement)*.

G : *Tout à l'heure Māmā, tu parlais des gens que tu vois à l'hôpital, et puis tu disais que leur diabète vient du mā'a... de ce qu'ils mangent, Māmā ?*

C : *Eh ben oui, parce que on nous....,*

G : *En langue tahitienne Māmā...*

C : *On me dit qu'il ne faut pas manger du cochon, on (je) mange du cochon, hein ? Il ne faut pas manger du « po'e », on (je) mange du « po'e », pas de riz, on (je) mange du riz, on (je) ne fait pas attention à la nourriture. [Approbaton de G : "hummm... hummm..."]*

Quand je pense, pourquoi à moi ! (alors que) je triche (vole) avec le « mā'a », pourquoi « pa'i »... il n'y a pas de bobos, et tu vois leurs pieds comme ça [gestuelle de l'énormité des pieds enflés] ils sont énormes, c'est pourri !... (c'est infecté) [Approbaton de G : "hummm... hummm..."] C'est ça "pa'i !" C'est ça que je ne comprends pas ! (litt. C'est à cet endroit-là que je ne suis pas éclairée) Quoi, leur « mā'a » (nourriture) est-elle différente (de la mienne), alors..., c'est seulement mon idée, n'est-ce pas ? [Approbaton de G : "hummm... hummm..."]

Il ne faut pas boire de café sucré, tout ce qui est sucré..., [Dit avec insistance] il n'y a pas de..., hein, sucré... [En tapant sur la table] (...) Ce n'est pas pareil hein..., en ce qui me concerne je ne mets pas de sucre, si je n'ai pas de lait, c'est là que je mets du sucre, juste un petit peu de sucre, si j'ai du lait Vai Ora³²⁷, je ne mets pas de sucre, [En tapant sur la table] n'est-ce pas ? [Approbaton de G : "hummm... hummm..."] Voilà..., ...peut-être que... je ne sais pas aussi, ĩa !... [Expression d'une plainte] quand je vois leurs pieds, c'est gros l'épaisseur du... bandage..., (litt. c'est gros le bandage qui est épais) c'est infecté !... (litt. c'est pourri) [Dit avec violence] et du..., aïa ! [Soupir] (...) Est-ce que ça vient du « mā'a » ? (litt. est-ce que c'est sur la nourriture), ou bien..., est-ce vraiment le diabète ou alors il y a une autre maladie ? C'est ça « pa'i » ! c'est ça « pa'i » !

G : *Hummm... (...) Et, tu penses justement que cette maladie du diabète est une maladie qui était autrefois chez les Polynésiens ou bien,*

C : *Non !*

³²⁷ Nom de la marque du lait frais de vache récolté dans une ferme à la presqu'île de Tahiti et vendu pasteurisé. « Vai Ora » signifie littéralement « Source de vie ».

G : À cette époque,

C : *Non, non, non.*

G : *Et avec les produits importés Māmā, quel est ton avis Māmā ?*

C : Oui. Aujourd'hui oui, pas autrefois, non, non. C'est à cause des produits (litt. médicaments) que l'on a importés et qui sont utilisés quand on plante le « mā'a », *il faut* ça..., n'est-ce pas ? On fait grossir le « mā'a » *en trois mois* voilà la grosseur [gestuelle démonstrative de la taille énorme des produits de la terre], c'est vrai ! c'est beau quand tu regardes avec les yeux, *mais* quelle est son action à l'intérieur ? sur ton corps, n'est-ce pas ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] Non, le Tahitien a été sauvé autrefois ! Il réchauffait le « mā'a » (la nourriture), le poisson, n'est-ce pas ? Pour deux jours, un poisson et du *café*, le Tahitien se portait très bien !

Aujourd'hui..., (...) du *steak* et quoi d'autre encore ! On mange de tout, *des frites* et quoi d'autre encore, voilà ! *c'est pourri de..., de... maladies...*, en effet, *cancer...*, et quoi d'autre... (...) *Et pourtant...* (...)

Nous avons grandi en réchauffant le poisson, et le *café* et du « taïoro »³²⁸, il n'y avait rien (aucune maladie), n'est-ce pas ? Et aujourd'hui, quand on plante le « mā'a », *il faut* mettre de l'*engrais*, voilà, *il faut* en mettre, *hein*, en trois mois en effet, c'est, ça a atteint sa pleine maturité, n'est-ce pas ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] et... c'est comme ça pour les poulets, nourrir les poulets, *il faut* ajouter cette chose dans leur nourriture, pas longtemps *en trois mois on peut vendre*, n'est-ce pas ? voilà effectivement le résultat. On ne veut pas ce que Dieu a donné, mais plutôt ce que l'homme veut, n'est-ce pas ? *alors* que nous sommes contre Dieu, voilà alors ce que Dieu nous montre, humm ? [Silence]

G : *Et comment tu gères alors Māmā ton diabète, tu le contrôles quand tu vas juste chez le médecin* ou bien ces jours-ci... quelle est la... [en aparté] *Elle vient de s'absenter pour aller chercher une boîte, un appareil... que l'on va découvrir...* (...)

C : Voilà, c'est comme ça que je contrôle, mes... médicaments, voilà alors... [*elle sort ses médicaments d'un emballage*] Voilà...

³²⁸ Synonyme de « Taïero ». « *Amande de coco râpée et fermentée à l'aide de divers ingrédients : chevrettes ou crabes écrasés et mélangés avec un peu d'eau* » (Académie tahitienne, 1999 :442).

G : Raconte un peu Māmā, explique-moi un peu ces « rā'au... » et cette machine ?

C : Oui, on fait une piqûre sur ton doigt pour que tu saches combien est ta quantité de *diabète* n'est-ce pas ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] Oui..., c'est ça qui te renseigne, par rapport à ta question, "explique-moi comment je fais ?" *alors* c'est ce que je te donne, je ne te dirai pas *il faut* alors que ce... que tu saches (vois) comment je me contrôle moi-même, n'est-ce pas ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] oui. Les médicaments que je prends, ce sont les médicaments que le Docteur m'a donnés à prendre, n'est-ce pas ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] Il y a ceux du matin, et il y a ceux de l'après-midi, hein ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] Voilà alors... C'est tout !

G : Et cet, *et cet appareil tu l'utilises* tous les jours Māmā, le matin ou bien..., raconte un peu Māmā ?

C : Le matin..., le matin... [sort l'appareil de sa boîte] je voudrais téléphoner, *parce que...* nous devons partir, n'est-ce pas ?

[Va téléphoner dans le salon et revient] Voilà alors ! [Silence]

[ouverture de la trousse de l'appareil Dextro] Ce « mea » (cette chose, ce truc), c'est pour piquer là, pour que tu puisses *contrôler*, n'est-ce pas ? [Approbation de G : "hummm... hummm..."] Mais *il faut* se laver les mains avant pour qu'il n'y ait aucune saleté (aucun microbe), hein ? (...) [Elle va se laver les mains à la cuisine]

[double bip de l'appareil] [Silence] [double bip de l'appareil] *Hummm..., ça passe pas là.* (...) *Y a quelque chose...*

I : C'est quoi cet appareil ?

C : *Hein ?* (...) (C'est l') appareil pour..., connaître ton taux.

I : Dosage de sucre ?

C : Oui « pa'i »,

I : *Hummm...* Oui, c'est quoi ceci ?

C : *Mais* il y a erreur,

I : Ah, c'est une erreur ? *O.K...*

C : (Il faut) essayer celui-ci ... [Silence] mais les *piles* sont peut-être à plat aussi, hein ?

G et I : *Ah...*

C : *Hein ?*

G : *C'est usé la pile, Māmā ?*

C : Et quand on regarde... [Silence] *Ah là, ça va*, [bip de l'appareil] [Silence]

I : *Un seize* (1.16 g)

G : *Humm !*

C : *Combien ?*

I : *Un seize* (1.16 g)

G : Et à ton avis, c'est quoi ce chiffre Māmā ?

C : *Un quoi ?*

I : *Un, seize* (1.16 g)

C : *Un seize...* (1.16 g)

G : Māmā...

C : C'est très bon si... tu as mangé du « mā'a », hein ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"] Si tu n'as pas mangé du « mā'a », ce n'est pas juste, c'est trop, *humm ? Comme j'ai bu le café ce matin...*, c'est probablement juste.

G : *Et tu le fais tous les jours ça Māmā ?*

C : *Oh...* quand... quand j'y pense, hein ? [Approbation de G : "*humm... humm...*"]

Comme je vous ai dit il y a un instant, on oublie, n'est-ce pas ? [Approbation de G :

"*humm... humm...*"] Quand tu es pressée pour tout on oublie, [Approbation de G :

"*humm... humm...*"] quand je suis de retour en fin de journée, ah, je m'en souviens, c'est à

ce moment-là que je mets l'appareil près de la table à manger pour que je le vois toujours

(pour qu'il soit à portée de ma vue), n'est-ce pas ? [Approbation de G : "*humm...*

humm..."] C'est mieux ça *un seize* (1.16 g) *que deux virgule...*, hein ?

I : *Bien sûr...*

C : Voilà alors.

G : Oui, c'est un problème Māmā cette machine ? Difficile ?

C : La machine (l'appareil) n'a pas de problème, c'est plutôt la personne *humm...*? Mais avec l'appareil, il n'y en a aucun. Mais c'est la personne qu'il faut rétablir, prêter attention.

(...)

G : Et ces médicaments Māmā, ce, quel(s) médicament(s) tu manges (prends) le matin, Māmā ?

C : C'est ça que je prends le matin,

G : Et ceci ?

C : C'est quoi ça ?

G : [Nom méd. B] ?

C : *Oui*, [Nom méd. B], *oui ! humm...*, ça dépend « pa'i » le [Nom méd. B], ces jours-ci j'en prends deux [Nom méd. B] mais je n'en prends pas le matin, j'en prends deux en fin de journée, *eah...* le [Nom méd. C] *c'est...* je prends celui-là, *c'est le* [inaudible] ça... Voilà ce que je prends le matin,

G : *C'est lequel* le soir ?

C : Au matin, le matin c'est celui -ci, la moitié, la moitié

G : *Humm... humm...* Un, la moitié ?

C : la moitié

G : Un, un ?

C : *Oui*.

G : *D'accord*.

C : C'est.. [Nom méd. B], c'est deux, hein ?

G : Et le soir, Māmā ?

C : Celui-là, je prends en fin de journée, hein ? *ça*, [Nom méd. B], *eah...* où est-ce qu'ils sont ? *c'est lequel c'est le s'...* *matin oui*, *ça*, pour le cœur alors.

G : *Et ce contrôle-là Māmā, tu le fais de temps en temps, tu ne le fais pas régulièrement, Māmā ?*

C : *Non, vaut mieux dire la vérité parce que des fois j'oublie... je..., je vais en vitesse et en revenant, je prends, n'est-ce pas ? Pas comme ça a été dit : "le matin", n'est-ce pas ? le matin non, c'est pas vrai, hein ? Alors quand je reviens là je pense à prendre... alors le reste, en fin de journée Humm... Quand j'ai oublié le matin, je ne prends pas les autres, je prends effectivement ceux du matin au matin...*

G : *Et ce contrôle-là Māmā, c'est de temps en temps Māmā ? Ou bien ces..., est-ce que c'est tous les jours, tous les jours, ou bien....*

C : Non, Non, Non, Non.

G : *C'est une fois par semaine ou...*

C : *Une fois par semaine, oui, et pourtant il faut prendre tous les jours... n'est-ce pas ?*

[Ferme la trousse de l'appareil]

G : *Māmā, je voudrais que l'on revienne sur un sujet qui m'intéresse beaucoup,*

C : *Oui,*

G : *Et puis là on quitte un peu le diabète pour s'en aller autrefois Māmā, tu as dit que..., au tout au début de l'entretien là, tu as dit Māmā que autrefois vous étiez une énorme famille et..., et que vous étiez pauvres Māmā, très pauvres, [Approbation de C : "Humm..."] et est-ce que tu as le sentiment Māmā d'avoir manqué, d'avoir manqué. Est-ce qu'il y avait des problèmes d'argent pour se nourrir, est-ce que vous aviez des problèmes pour...*

C : *Oh ! je crois que y avait pas un..., une famille... il n'y avait pas de...,*

G : *Māmā, en tahitien...*

C : *(il n'y avait pas de) ...famille qui ne mourrait pas de faim à cette époque-là, mais... mais on était vivants..., n'est-ce pas ? oui. (...) En ce temps-là la vie était bien meilleure malgré la pauvreté, c'était beaucoup de travail pour les parents, c'était bien mieux, il n'y avait pas de maladies (malheur, ennui), il n'y avait pas de problème, n'est-ce pas ? Aujourd'hui, il y a beaucoup de choses..., euh..., que les gens ont apportées ici, (pour) planter le « mā'a », on met des produits (litt. Médicaments) qu'il ne convient pas de mettre, n'est-ce pas ? Aujourd'hui, on est en train de découvrir le diabète, le *cancer*, et quoi d'autre encore..., et quoi d'autre encore..., le cœur, il n'y avait pas de... maladie de cœur, on ne le connaissait pas à cette époque-là *hein* ? Il n'y avait pas de *cancer*..., oui peut-être... dans les cent, (il y en a) un (i.e. 1 %), n'est-ce pas ? (...) Aujourd'hui..., ah..., voilà, beaucoup sont entassés là à côté à [Nom établissement de soins 2], là à côté à... [Nom établissement de soins 1], [Nom établissement de soins 2], *un peu partout*, n'est-ce pas ? *Centre*... là à côté... à « mea »... [Nom de ville 1 à Tahiti]..., *parce que* je vais tout à fait aussi à [Nom de ville 1 à Tahiti], [Nom de ville 2 à Tahiti], [Nom de ville 3 à Tahiti] ; *je vais une fois par mois là-bas, hein ? Tous les derniers samedis du mois, je vais à* [Nom de ville 2 à Tahiti] [Nom de ville 3 à Tahiti], [Nom de ville 1 à Tahiti], *hein ? Rencontrer les personnes âgées, hein ? Envoyer des gâteaux..., des sandwiches... pour eux... Ah oui ! je fais ça..., et aujourd'hui j'ai besoin de me retirer, pas... retirer non, chercher quelqu'un plus jeune,**

n'est-ce pas ? *hein* ? Je prépare mes *sandwiches* ici le soir, *vendredi* matin nous partons, ce n'est pas alors *cent...*, *non, non* ; *déjà* [Nom de ville 1 à Tahiti] *y a cinquante*, n'est-ce pas ? *alors deux fois cinquante*, *hein* ? *plus canapés...*, *deux fois... cinquante*, *hein* ? *alors tu peux pas faire un sandwich... une personne...* ; *alors un sandwich tu fais... pour un morceau, deux sandwiches*, n'est-ce pas ? *Deux, deux sandwiches, deux canapés, un morceau de gâteau, on emmène tous les mois.*

G : *Tu les vends Māmā*, ou bien...

C : *Non, non, non, non.*

G : *Tu les donnes ?*

C : *Ah oui ! On va les visiter, faire la prière là-bas et on leur laisse, et nous on mange avec eux, enfin casser la croûte avec...*

G : *Ce sont comme des offrandes en fait,*

C : *Hein ?*

G : *Ce sont comme des offrandes...*

C : *Oui, c'est ça, c'est ça !*

G : *Māmā*, autrefois, tu étais heureuse, *Māmā*, dans ta vie d'autrefois, *Māmā*, ou bien c'était difficile ?

C : *Euh...* en ce temps-là où l'on était pauvres, nous étions plus heureux, à mon avis (litt. selon mon regard), *hein* ? Aujourd'hui les problèmes sont plus nombreux, [éternuement] *pardon*. La vie familiale, à mon avis, était meilleure à cette époque-là. C'est vrai que c'était beaucoup de travail [contraintes – privations] pour les parents de trouver un moyen pour nous nourrir (donner à manger), *que* à cette époque-ci..., c'est plus facile aujourd'hui, mais il y a beaucoup de problèmes, beaucoup de maladies, n'est-ce pas ? En ce temps-là, non. (...)

G : *Et tu te souviens des privations, de quoi s'agissait-il Māmā*, autrefois ? Dans ta famille, la pauvreté...

C : *Privations..., des fois on mange du poisson, des fois... on n'a pas...*

G : En langue tahitienne, *Māmā*...

C : À cette époque-là, au sujet seulement du « *mā'a* », mon père c'était la pêche son travail..., il y avait des jours où il lui arrivait de faire une bonne pêche, alors nous

mangions du poisson, nous ne buvions pas, du *café* seulement et du pain, ça dépendait si nous avons un pain, on allait en acheter pour les six enfants, on coupait un pain en six tranches, *plus* pour les parents, le Papa, la Maman ça fait alors huit personnes, n'est-ce pas ? [Silence]

À cette époque-ci (aujourd'hui) c'est plus facile, (mais) il y a beaucoup de problèmes, beaucoup de malheurs. À cette époque-là (jadis), non. On était pauvres, c'était petit le « mā'a »... (on avait peu de nourriture), *mais* mais tu ne connaissais pas... les problèmes dans la famille comme le malheur (détresse, épreuve), non. C'était ça seulement le problème, pas d'argent, pas suffisamment d'argent, hein ? [Silence] Voilà alors.

G : Oui, tu connaissais ce lieu autrefois ? *Est-ce que tu pourrais me dire comment c'était ici autrefois, cette vallée Māmā, [Nom quartier à Tahiti] autrefois, le souvenir, ce que tu te souviens autrefois, Māmā ?*

C : En 1952, c'est mon mari et moi-même qui avons acheté ce lieu... (...) *Comment on dit quatre vingt dix mille ?... (90 000 F) deux fois neuf dix huit, ça fait cent... quatre vingt mille, n'est-ce pas ? Humm..., cent quatre vingt mille ce lieu, nous avons construit la maison pour nos deux enfants, c'était tout à fait agréable à [Nom quartier à Tahiti], il n'y avait pas de route comme celle-ci qui est pierreuse, n'est-ce pas ? Mais aujourd'hui, c'est vraiment très joli à [Nom quartier à Tahiti]. [Long silence]*

[Nom quartier à Tahiti] on dit, [Nom complet quartier à Tahiti], [Terme explicatif du quartier] en ce temps-là, n'est-ce pas ? C'était bien tout à fait, mais la route, il n'y avait pas de route..., ce n'était pas comme aujourd'hui, aujourd'hui c'est bien mieux, c'est goudronné. Voilà ce que je peux te dire, ah, (mais) il y a certaines choses, je ne peux pas alors te répondre, (car) je n'étais pas ici, [Année d'arrivée, lieu de vie], eh oui. [soupon]

G : Quels sont les changements Māmā de ce lieu, autrefois et à cette époque-ci Māmā ?

C : Les changements de ce lieu, il n'y a plus de brousse, que des maisons, il n'y a plus d'herbe, que des maisons, des maisons partout. En ce temps-là, non, il y avait seulement cette maison et celle-là, celle-là, là de l'autre côté, oui, quand je suis venue, oui, et là il n'y en avait pas.

G : Et que penses-tu de ce lieu maintenant Māmā ? Il y a des problèmes dans ce quartier Māmā, les gens...

C : Non, non peut-être, non peut-être, non, c'est là seulement le problème, la politique, *c'est tout, mais*, quand tu ne fais pas attention à la politique, à quoi ça sert (quel est l'intérêt), *hein ?* tu n'auras pas de problème, tu as de l'argent, tu manges. Une seule chose pour toi à faire, c'est de demander au magasin chinois³²⁹ qu'il te donne un crédit, tu t'en sortiras en attendant le jour où tu recevras ton argent du gouvernement [salaire versé par l'administration, dans le secteur public] pour payer tes crédits, sinon tu auras des problèmes, c'est ça en effet *parce que* (si) tu t'en sors, c'est toi et le magasin (qui vous en sortez aussi). *Humm... ?* Tu es en règle avec le magasin, tu seras gagnante, (si) tu n'es pas en règle avec le magasin, tu auras des problèmes dans ta vie (surtout) si tu as des enfants, *humm ?* Voilà « pa'i » alors, mon point de vue, *hein ?* je ne sais pas pour les autres [rot], *pardon*.

G : Et Māmā, ce médicament, *le Sulfate de magnésium*, quel médecin t'en a parlé de ce médicament ou bien qui ?

C : C'est moi seulement, c'est moi seulement, ce n'est pas du Docteur,

G : Oui ! *et comment tu sais ça Māmā, d'où tu sais ça, qui t'a appris à*, quelle est la personne...

C : Depuis ma naissance, ce médicament a existé avec ma mère et mon père.

G : *Ah !...*

C : Ah, oui, ce n'est pas d'aujourd'hui ce médicament, *hein ?* ou bien le *sirop*, *hein ?* pour les enfants, mais celui-ci il y en avait alors, *oui*.

G : Et ta Maman et ton Papa, ils buvaient ce médicament Māmā ?

C : Ah, oui ! ah, oui !

G : Autrefois ?

C : Ah, oui ! à leur époque, jusqu'à notre époque, et jusqu'à l'époque de nos enfants. Ce médicament existait déjà depuis bien longtemps, *hein ? voilà*, ce n'est pas d'aujourd'hui ! non, pour... depuis l'époque de notre grand-père biologique de notre mère, (nous avons) ce médicament,

G : *Ah !...*

³²⁹ Désigne un magasin d'alimentation, une épicerie.

C : Oui, si, depuis le temps de ma mère et de mon père, jusqu'à mon époque et celle de mes enfants, et maintenant jusqu'à leur époque et celle de leurs enfants, le *sirop* existait et il y avait celui là.

G : *On dirait tu crois plus dans ce médicament ou dans ceux-là, Māmā, n'est-ce pas ? Cette parole est-elle claire (compréhensible) Māmā ?*

C : Pour ceux-ci...

G : *On dirait que tu crois plus dans celui-là, dans l'efficacité de ce médicament que dans ceux que le médecin t'a prescrits ?*

C : *Non, non, non, c'est pas ça, c'est pas ça, c'est quand je triche, je mange beaucoup de..., de chocolat parce que... j'aime beaucoup le chocolat oui gâteaux... tout ça, c'est là où je prends ça, n'est-ce pas ? Humm... du riz c'est défendu, pour les diabétiques, hein ? le pain, c'est défendu pour les diabétiques si, pain grillé ça va hein ? alors, pour nettoyer tout ça je prends ça. Est-ce que ça se, ça se nettoie ou non, hein ? mais... je me sentais soulagée...*

G : *Et quand tu, si tu bois ce « rā'au »,*

C : *Il faut que tu manges du « mā'a », hein, il faut que tu manges du « mā'a », tu ne pourras pas seulement boire, boire seulement ce médicament sans manger, non alors, [généralisation = tu] c'est toi qui vas t'écrouler (tomber) par terre (litt. en bas), hein ?*

G : *Donc tu prends ça et tu manges en même temps et après ça te donne la diarrhée, Māmā?*

C : *Eh ben oui ! c'est ça, ça..., ça te purge, hein ? humm...*

G : *Et après tu te sens bien.*

C : *Voilà..., sens bien.*

G : *Comme si tu n'avais pas mangé de chocolat, Māmā.*

C : *Voilà, c'est ça.*

G : *Qu'est-ce qui est le plus difficile Māmā ? Quelle est l'interdiction la plus difficile, Māmā?*

C : A propos du « mā'a », ou...

G : Oui.

C : [Silence] J'ai des difficultés avec (litt. sur) ma cigarette, cigarette, n'est-ce pas ?
hummm... Pour moi c'est ça, *hummm...*? Personne à la maison, il n'y a que toi seule, (et) ta cigarette, [Silence]

Même si tu n'as pas ton « mā'a », mais ta cigarette, il ne faut pas en manquer, hein ? Même une, une, ça ne suffira pas, *hummm* ? (...) c'est mon avis. *Là c'est vrai, hein, c'est la vérité. Enfin pour moi c'est ça : prive-moi de tout, mais pas de cigarettes, ïia !... chhhhhhh*

G : *Et..., juste avant de terminer Māmā, il y a quelque chose que je voudrais que tu me précises là, parce que une femme polynésienne comme toi, avec son identité de Polynésienne, ses valeurs, sa culture, comment tu peux ne pas croire vraiment dans les "rā'au Tahiti" Māmā, que ce n'est pas quelque chose qui t'intéresse, qui t'implique, Māmā ?*

C : *Si ! je crois,*

G : Raconte en langue tahitienne...

C : J'ai confiance dans le « rā'au Tahiti » (le remède traditionnel) mais *il faut* que je vois (connaisse) quelqu'un qui a été déjà guéri par son "rā'au" (le rā'au du guérisseur), si ! là j'y croirai ! Mais si tu me dis seulement que : « ah, untel il a le "rā'au" » n'est-ce pas ? je n'en voudrai pas alors à ce moment-là, je veux (voir) une personne qui a été guérie, *hummm...*? Si on me dit que le « rā'au » que cette personne a donné et que sa maladie a été guérie, qui est la personne qui n'ira pas là-bas (voir ce guérisseur) ? Tout le monde ira là-bas. J'avais confiance (je croyais) dans le « rā'au Tahiti », pas aujourd'hui, en ce temps-là oui. Aujourd'hui tu as de l'argent, tu peux avoir ton « rā'au », non alors ! Dieu n'a pas fait pousser les plantes (litt. les herbes) pour que tu ailles les vendre, non, (...) mais pour nous aider, n'est-ce pas ? (pour) aider chacun de nous, oui c'est ça.

Aujourd'hui, les plantes de Dieu (celles que Dieu a fait pousser) sont devenues un moyen de gagner de l'argent à la personne [on en fait un commerce], je n'aurai pas confiance [superstition - je ne croirai pas en la guérison – objectif financier]. Si on me dit qu'il y a un « rā'au mea », un « rā'au fati » [remède pour soigner les fractures] préparé par la personne qui est là-bas à côté, *mais..., 500 francs ou bien 1000 francs le gallon*, n'est-ce pas ? Je n'irai pas en chercher à *1000 francs le gallon*, tu sais que c'est un mensonge. Si on vend, *c'est que*, on ment [arnaque], si on ne vend pas, c'est vrai que ta maladie sera alors guérie,

voilà une certaine manière de penser. Voilà ma façon de voir les choses, la personne qui fait du commerce avec le « rā'au », non [désapprobation appuyée].

Ah, ceux (les médicaments) des « popa'ā » (Blancs), on les a fait venir ici à Tahiti, on les range dans un établissement, on les vend, hein ? Il y a le médecin, c'est lui qui te dit voilà le « rā'au » qui convient à ta maladie, n'est-ce pas ? Ceux (les « rā'au ») des Tahitiens il y en a sur place ici, n'est-ce pas ? Pourquoi alors irais-tu encore en acheter, *hein* ? non, quand on vend, non alors, ça ne sert à rien, la maladie ne guérira pas, je n'en voudrai (obéirai, entendrerai) pas *hein* ? ma mère..., je n'irai pas non plus en acheter, non, je préfère aller à la *Pharmacie*, je sais qu'avec ce médicament je serai rétablie. J'irai en acheter parce que j'ai un Docteur qui m'a examinée.

Lui (celui qui vend) non, il veut réellement ton argent, n'est-ce pas ? pour liquider sa préparation (son « rā'au »), est-ce la vérité ? C'est peut-être un mensonge que la maladie sera guérie, peut-être peut-être ! je n'en sais rien, *mais* non, je n'irai pas en chercher, je n'irai pas gaspiller. Lorsque le Tahitien te prépare le « rā'au » il ne te les vendra pas, hein ? parce que c'est Dieu qui les a fait pousser, n'est-ce pas ? La personne qui vend, non, je ne sais pas, c'est la nature humaine (litt. C'est l'Homme qui est simplement comme ça), n'est-ce pas ? Il te ment (en te disant) que ton « mea » (ta maladie) sera guéri(e), *non*, non, peut-être que oui, je n'y crois pas, voilà, voilà la différence,

G : *Et si quelqu'un là arrivait aujourd'hui avec des « rā'au Tahiti », bien adaptés à la maladie du diabète (litt. Du sucre dans l'urine), Māmā, quel est ton...*

C : Ah, peut-être que j'en prendrai, oui, si il ne vend pas, hein ? C'est Lui qui l'a fait et c'est toi qui vas récolter (ramasser les plantes), oui, oui, j'irai si il me *garantit* que ma maladie sera guérie *hein* ? c'est lui qui prépare, pour tout le monde, c'est à lui le « rā'au » [la recette de la préparation du remède traditionnel], il ne te donnera pas pour que ce soit toi qui le prépare, *non*, c'est lui-même qui le prépare. Mais si tu fais payer les personnes, non alors, à ce moment-là c'est un mensonge, non alors. Voilà alors, ça s'entasse à l'intérieur du marché de Papeete là, *des gallons et des litres* et quoi d'autre encore, le « rā'au mea » [nom du médicament suivi du nom de la maladie qu'il soigne], le « rā'au mea » *peut-être* ? c'est efficace ? (litt. c'est bien/bon ?) *mais*, mais maintenant, on n'a plus confiance, voilà, le... Je préfère aller chez mon Docteur *hein* ! Même si « pa'i » je me fais gronder, « *Je t'ai*

pas vue voilà...», même si, mais, il me fait mon ordonnance, pour aller chercher mes médicaments hein ? Voilà la différence.

G : Et dans quoi réside en fait cette « confiance », tu parles de confiance, avec la confiance, c'est quoi la clé Māmā, la clé de la confiance que tu pourrais...

C : La clé, sans te faire payer, c'est ça, voilà la clé. (...) Si on te fait payer c'est pas la peine, non, non, ça c'est des mensonges hein ? enfin chez nous, chez les Tahitiens, on le sait, humm ?... Les médicaments qu'on te fait pas payer,

G : En langue tahitienne Māmā...

C : Oui, les médicaments qu'on ne te fait pas payer, (c'est) bon (ça va), mais, mais les médicaments qu'on fait payer et qu'on dit, c'est bon (efficace), non, je n'aurai pas confiance, non « pa'i », non. Même si on ne fait pas payer son « rā'au », non. Oui, parce que tu ne vas pas aller acheter ces plantes-là, il y en a par là (ça pousse facilement), tu vas aller en cueillir.

*Ah, il y a certaines plantes médicinales que les gens ont planté, (parce que) on n'en trouve plus partout, oui c'est ça, hein ? tu vas alors acheter ses plantes médicinales (celles du guérisseur), n'est-ce pas ? pour compléter tes plantes [les plantes nécessaires à la préparation de ton remède], oui bien sûr, hein ? Dans ces conditions là, peut-être que oui, mais, le fait que la personne te fasse payer ses « rā'au », non alors, *non*.*

À Dieu, tu donnes, tu donnes ton cœur (confiance, foi) (litt. Entrailles), pour qu'il [le cœur] [ou qu'elle : la maladie] soit guéri(e). Ce n'est pas alors payant, n'est-ce pas ? car c'est Dieu qui l'a fait pousser, n'est-ce pas ? [Silence]. Voilà la différence.

G : Et en fait quand tu disais que pour toi la cause du diabète dans ton corps, c'est une maladie des ancêtres? Et pour les gens que tu rencontres qui ont le diabète et qui sont dans les hôpitaux, c'est pas la maladie des ancêtres qu'ils ont c'est le « mā'a » (la nourriture), c'est ça Māmā, que tu dis ? Ou bien c'est..., c'est plus complexe que ça... ils pourraient aussi eux avoir la maladie des ancêtres ? Est-ce que tu penses qu'on peut avoir la maladie des ancêtres, et qu'en même temps la maladie du diabète soit liée à la nourriture et tout ça... il n'y a pas...

C : Peut-être « pa'i »... je sais pas.... alors là.... je peux pas vous dire... hein... Y a que... vous qui pouvez dire... si... on peut avoir ces choses-là, ces maladies... même si ce n'est

pas une maladie héréditaire (litt. des ancêtres), tu peux attraper... la maladie... du diabète (litt. Urine-sucre), et peut-être... non...

G : *Et toi tu es convaincue que dans ton cas c'est une maladie des ancêtres, parce que ta maman l'avait...*

C : *ah oui,*

G : *et puis ton fils l'a... et que ton grand-père...,*

C : *Mon grand-père... oui... oui ! on pense, on pense, n'est-ce pas ? on pense que c'est peut-être à cause de ça puisque..., quand maman est morte, on avait amputé son pied à cause du diabète, n'est-ce pas ? c'est ce qui a été dit.*

G : *Oui. Et puis juste avant de clore... La dernière fois tu disais que tu étais seule, que tu souffrais un peu dans ta solitude, mais en fait, j'ai l'impression que tu n'es pas si seule que ça parce qu'il y a tout le temps des choses, des choses et des choses..., des choses tout le temps... tu es en fait très occupée donc... ça veut dire que ta solitude est un peu relative..., n'est-ce pas Māmā ? Parce que tu as beaucoup de travail...*

C : *C'est pour ça aussi ! c'est dans la solitude il faut essayer de... dégager tout ça. Il faut être... euh... comment dirais-je..., euh...*

G : *En langue tahitienne, Māmā...*

C : *Tu t'engages dans toutes sortes d'activités même... si tu sais que c'est trop pour toi, il faut que tu y rentres (litt. que tu ailles dedans), n'est-ce pas ? c'est toi qui verras quand tu y seras, ce que tu veux (tu feras ton choix), n'est-ce pas, n'est-ce pas ? Humm... [Fonctions de C] je suis responsable de tout l'hôpital ici à Papeete, hein ? alors... combien y a-t-il d'hôpitaux, jusque... [Nom établissement de soins privé 3 à Tahiti], [Nom de ville 2 à Tahiti], [Nom de ville 3 à Tahiti], des centres, y a trois centres là-bas, n'est-ce pas ? là à côté à [Nom quartier A à Tahiti] chez [Nom prénom tahitien], humm ? je vais..., parce qu'il n'y a personne, que moi. Qui me retiendra ? Si ^, si j'ai des problèmes à cause de ma maladie, je ne pourrai pas y aller, humm ? C'est la maladie qui te retient, tu ne peux pas y aller, si tu n'es pas malade tu peux y aller, n'est-ce pas ? Qui te retiendra ? C'est Dieu qui te donne le courage, la force, la connaissance, l'intelligence, que feras-tu de toi, humm ?... Voilà.*

G : *Et ce travail important Māmā, c'est depuis la maladie du diabète et la maladie de cœur ou bien c'était après ? avant Māmā ? est-ce que c'était avant ?*

C : *Avant et maintenant c'est pareil, pas de changement, parce que c'est là que je dois aller (litt. c'est là que ça se trouve). Demain il faut que je sois là-bas, après-demain il faut que je sois là-bas, n'est-ce pas ? Que tu souffres ou que tu ne souffres pas il faut que tu t'y rendes hein !*

G : *Mais, quelle est l'origine de cette activité importante Māmā, qu'est-ce que tu cherches ?*

C : *Ton secours,*

G : *Oui ! Qu'est-ce que tu cherches, dans..*

C : *Pour dégager la solitude,*

G : *C'est ça, c'est bien la fuite de ta solitude Māmā ?*

C : *Voilà, et puis euh..., pour l'amour du Seigneur aussi !... n'est-ce pas ? C'est ça !*

G : *Et l'amour de l'Autre aussi, Māmā ?*

C : *Eh ben l'autre... [son mari] est parti, qu'est-ce que tu as à espérer... y a rien, n'est-ce pas ? il est parti, il t'a laissé tout seul !... Qu'est-ce qu'il a préparé pour toi ? Rien du tout, c'est à toi à chercher, hein ? à améliorer... ta vie...*

G : *L'autre est parti ?... c'est ton mari, c'est ça, Māmā ?*

C : *Eh ben oui, c'est ça, c'est ça que tu voulais dire ?*

G : *Non, l'Autre...*

C : *Ah, O.K. ! ah...*

G : *L'Autre, c'était l'Autre avec un grand "A",*

C : *Ah !*

G : *l'Autre..., toi tu es l'Autre aussi ? Tu vois c'est l'Autre... aller vers l'Autre... L'Autre... ton prochain..., celui qui est sur ta route..., n'est-ce pas ?*

C : *Ben c'est effectivement seulement pour ça que tu t'es remis entre Ses mains (celles de Dieu) pour servir les gens, humm ?... C'est ça ? Humm... Sans Lui, tu ne serais pas là, hein ? Nous n'aurions pas parlé de la maladie, non. Pour moi, c'est grâce à ce travail qu'il m'a donné, que j'ai appris à... aimer les gens, hein ? Comme je l'ai dit tout à l'heure, autrefois, je ne savais pas aimer les personnes. Je savais aimer mon mari et mes enfants, ma mère, et*

mon père, c'est tout ! Aujourd'hui, je t'aime et je l'aime, parce on m'apprend que tu es en train de souffrir et qu'il est en train de souffrir. Quand je regarde, ah, ça fait pitié, n'est-ce pas ? Qu'est-ce que tu ressens (litt. attrapes) à l'intérieur de toi ? la souffrance, la pitié (la compassion, la charité, la miséricorde), *hein* ? Voilà, c'est ça qui t'apprend que *il faut* aider ! aider ! (...) Voilà ! Oui. Il faut partager, partager ton savoir (tes connaissances) ! Ce qu'Il t'a donné, (il faut) partager ! n'est-ce-pas ?

G : Et pour terminer cette rencontre Māmā, j'ai deux questions. La première, c'est que penses-tu de ces deux rencontres...

C : Qui viennent de se passer ? de se passer ?

G : Oui. Et aujourd'hui, la deuxième question, quelle est ta parole la plus importante dans cette recherche pour comprendre cette maladie du diabète chez les Polynésiens ?

C : La réponse à ce que vous êtes en train de me demander, *hein* ? je suis une personne tout à fait ignorante par rapport à vous deux, n'est-ce pas ? Oui, je suis une personne malade, et vous êtes Docteurs toutes les deux, n'est-ce pas ? Nous allons dire comme ça, vous êtes venues me demander comment je vais, n'est-ce pas ? Je vous ai dit tout à fait comment je vais et ce que je pense, mais moi je ne sais pas alors ce que vous pensez, *hein* ? C'est ça alors. Mais quant à moi, je suis satisfaite (contente) aussi de notre discussion à toutes les deux. Je sais pas quel est votre vrai but, *hein* ? (...) C'est ça alors. Ah, vous m'aviez dit que vous travaillez là-bas à ce *centre* là-bas à [Nom de ville 4 à Tahiti] n'est-ce pas ? *Humm...*

Et vous faites des recherches, c'est bien aussi que l'on fasse des découvertes et que l'on puisse comprendre la maladie de untel, la maladie de untel. Voilà alors ! *Alors...* mais concernant vos recherches à vous deux, je ne connais pas alors la profondeur et l'étendue de vos besoins, oui ! Ça serait bien alors de convenir d'un jour où l'on ne travaille pas. *Humm ? ...* oui. Pas les jours de travail, non alors. Non. Oui ! Les jours de travail, ça ne va pas, on est pressé..., ça ne sera pas « pa'i », ça n'ira pas. [Silence]

Tu auras aussi un problème à cause de ta planification de travail, *alors*, la discussion ne pourra pas aboutir, on arrêtera, n'est-ce pas ? *Enfin* ça c'est une idée, *hein* ? (...) Ce serait bien de provoquer un rassemblement, de tout le monde..., en débattre, peut-être que je me trompe ? Peut-être que votre façon de faire à toutes les deux est la meilleure ? aller dans les maisons (les familles) pour discuter, c'est plus facile, *mais...*, mais en ce qui me concerne,

j'ai des difficultés dans cette façon de faire, c'est ça « pa'i », si nous ne comprenons pas ce que vous avez besoin de savoir. (...) Voilà alors !

G : Si... j'essaie de te répondre Māmā ? *Je vais essayer de répondre... Dès le début on avait clarifié que c'était une recherche, [C : Oui !] et que je n'allais pas entrer en conflit ou apporter des éléments qui allaient être en contradiction avec ce que le Docteur..., ce que tes médecins te disent de prendre et de faire..., [C : Oui] et moi je viens là juste pour comprendre... C'est vrai que je viens écouter, mais je viens aussi je pense, t'aider très certainement à réfléchir Māmā, t'écouter, et t'aider à réfléchir, n'est-ce pas, Māmā ? Est-ce que ça t'a apporté quelque chose quand même, ces deux rencontres Māmā ?*

C : (...) *Oui ! ça m'a... appris quand même quelque chose... que vous êtes venues ici pour..., pour savoir, n'est-ce pas ? c'que vous voulez. Mais..., améliorer quoi ? (...) Améliorer vos recherches sur euh... ce que je vous dis... Est-ce que juste ou pas ?*

G : *Eh bien, en fait, ce qui est prévu aussi c'est que quand la recherche va être terminée [Approbaton de C : "humm..."] je fais parvenir aux participants comme vous [Approbaton de C : "humm..."], un résumé,*

C : *Raccourcir, résumé...*

G : *Oui, oui. C'est la moindre des choses là, de vous envoyer un exemplaire du résultat de cette recherche là, de manière simplifiée pour que ce soit compréhensible. Mais..., dans la recherche avant tout, avant de faire, il faut comprendre et c'est ça que j'essaie de...*

C : *Humm..., voilà !... Enfin... enfin vous, vous savez c'que vous... vous cherchez, mais moi, moi, savoir... c'que vous voulez [en tapant sur la table] (...), je crois que y a des..., des..., des médecins pour ça, [rire retenu] hein ? faire des recherches... pour faire des recherches... euh... les personnes qui ont... le diabète, euh..., cancer et tout ça... Alors vous préférez aller dans les maisons et discuter avec les patients ou quoi ?*

G : *En fait, le médecin, ce n'est pas lui qui m'intéresse, moi, c'est vous [Approbaton de C : "humm..."] et c'est pas la version scientifique et médicale qui m'intéresse, mais c'est la version profonde,*

C : *de la personne,*

G : *Oui, tout à fait, et justement celle du Polynésien ou de la Polynésienne que vous êtes, avec tout ce qui gravite autour... [Approbaton de C : "humm..."] votre histoire...,*

comment vous vivez..., dans votre vie, dans votre famille, les difficultés (problèmes), les joies (satisfactions, bonheur), Māmā. [Approbation de C : “*hummm !*”] *Hummm... hummm...*

C : *Hummm...* C’est ça alors, pas de changement. [Silence]

Il y a la personne qui n’a pas la foi en elle (litt. qui n’écoute pas), elle s’occupe de sa maladie, c’est elle qui fait aggraver (litt. Agrandir, développer complètement) sa maladie.

Il y a la personne qui a la foi (litt. qui écoute), elle met tous ses problèmes entre les mains de Dieu, elle va faire son travail, en croyant que son malheur sera guéri par Dieu, hummm ? Nous disons à un moment donné que tous les savants, “*donnons, donnons*”, n’est-ce pas ? *Voilà*, c’est vraiment ce que je pense, *hein*. Tu donnes ton temps pour l’œuvre de Dieu, c’est Dieu qui va t’aider. *Hummm ? (...)* C’est ce que je pense *hein*, je ne sais pas si... ce que je dis est la vérité, est-ce juste, n’est-ce pas ? Dieu a dit : “Demande et on te donnera”, hummm ? *Alors*, Il [Dieu] te fera agir pour son œuvre, tu Lui demanderas de t’aider, de te donner du courage, (de) la force, la connaissance, l’intelligence, la sagesse, la compétence. Ne t’engage pas seul, mais va avec Lui *hummm...*, alors ton but sera bien atteint (ton action sera récompensée). Sans Lui, à quoi ça sert ? (rien ne se fera), cela ne sert à rien, tu me dis, je te dis, il n’y a aucune amélioration (pas d’aboutissement), n’est-ce pas ? C’est Lui qui fera aboutir enrichir notre discussion, c’est Lui aussi qui rectifiera ce que nous voulons, c’est ce que je pense, sans cependant en être certaine, c’est une idée, n’est-ce pas ? *Mais* mais je suis contente que vous deux soyez venues ici, nous avons pu discuter, *hein* ? Je comprends ce que tu souhaites et ce que je souhaite, et ce que je viens de dire.

G : *Hummm... (...)* *Et puisque tu avais, je crois, posé la question tout à l’heure, il faudrait que je te dise quelque chose d’important, c’est que tout ce que tu as dit, aujourd’hui et l’autre jour, tout ce que tu as dit reste dans cette recherche et ne sera pas répété aux médecins que ce soit le Docteur [Prénom MS D 1] ou bien le cardiologue, parce que c’est quelque chose qui est,*

C : *Oui..., privé,*

G : *...et c’est important que je te le redise..., c’est pour cette recherche et ça ne regarde personne, voilà, je tenais à te le dire, c’est important.*

C : En ce qui me concerne, je ne m’inquiète pas, qui viendrait nous le reprocher, qui te dira que ce n’est pas juste ? Qui ? Il n’y aura personne ! n’est-ce pas ? Si tu veux, j’ai accepté

que vous veniez chez moi pour que nous discussions, qu'est-ce que les gens de l'extérieur viendraient nous dire ? Ce n'est pas chez eux, mais ici chez nous, n'est-ce pas ? Ce n'est pas d'eux que nous parlons, c'est de moi, voilà.

G : *Et, pour que je comprenne mieux, Māmā, les fois où nous sommes venues et que tu n'étais pas là, est-ce que c'était à cause du problème de la quantité de ton travail Māmā, ou bien c'était une fuite parce que c'était pénible d'envisager la rencontre ?*

C : *Eh ben ça été un peu pénible parce que je pouvais pas être ici à l'heure... Voilà.*

G : *Mais tu étais « fiu » d'envisager ...*

C : *Non, mais pour... pour vous appeler, je sais pas comment, n'est-ce pas ? J'emmène pas vos... vos numéros de téléphone avec moi, alors je sais pas si je vais pouvoir euh..., l'idée, être ici, n'est-ce pas ? et j'ai pas pu, voilà. Je me suis dit "bon, ça fait rien, on va... on va se voir encore, et tu..., tu vas me téléphoner. Pour vous téléphoner... ce n'est pas un problème pour moi de trouver votre numéro de téléphone, ce n'est pas que..., à cause de mes yeux, alors je vais pas aller, chercher, fouiller dans..., non, non. Vous m'appellez, je suis là O.K. !*

G : *Es-tu heureuse Māmā aujourd'hui ?*

C : *Oui ! je suis satisfaite, je suis contente.*

G : *Merci beaucoup Māmā.*

C : *Humm...*

G : *C'est fini Māmā ?*

C : *Oui, je vais faire notre prière... hein ? je vais faire notre prière... Non ! termine ton « mea... » [la prise de note de G], terminons par notre prière.*

I : *C'est d'accord.*

C : *C'est d'accord ! En langue tahitienne, hein ?*

I : *Oui ! Il n'y a pas de problème.*

C : *Recueillons-nous (litt. Maintenant restons bien). Lisons la Parole de Dieu qui a été écrite dans l'Évangile de Jésus par Jean au chapitre dix sept, nous allons lire le verset un qui dit que : "Et lorsque Jésus eu terminé son discours il leva ses yeux au ciel et il (leur) dit alors : Père l'heure est venue." Laissons notre lecture, que Dieu nous rende grâce d'avoir lu sa parole devant lui et aussi devant nous.*

Nous allons prier notre Dieu : “Ô Dieu, notre Dieu Jehova, qui fit les cieux et la terre, et tout ce qui les remplit, et que tu as réparti dans les quatre coins du monde, et dont nous jouissons quotidiennement dans notre vie. Nous Te glorifions et Te remercions, Toi qui nous a fait arriver jusqu’à ce jour nouveau que Tu as extrait de l’obscurité, envoie Ta lumière sur cette terre, pour que nos actions soient éclairées. C’est pour ça notre Père, Tu viens d’entendre tes deux serviteurs (G et I) qui se sont joints à nous (Ruta et Dieu) ce matin dans notre demeure à nous deux.

(Dans) leurs désirs, qu’elles sachent ô Dieu, que c’est Toi qui les éclaireras encore plus, prends-les dans la paume de Ta main [protection], emmène-les toutes les deux à tous les endroits où elles voudront aller, fait que leur voyage (déplacement, but) soit une réussite, leur recherche, Tu es la lumière de ce monde selon Ta parole ô Seigneur, la ville qui est construite sur la montagne ne sera pas prise par quelqu’un d’autre. C’est pour cela ô notre Seigneur prends pitié de nous tous dans notre discussion. À présent c’est terminé, nous remettons entre Tes mains la réussite (litt. la gloire) du projet (programme de travail), que Ton Esprit n’arrête pas le travail (continue d’œuvrer) dans chacun de nous jusqu’à notre fin.

Prends soin de nous durant le reste de la journée que nous allons vivre, jusqu’à la tombée de la nuit. Protège-les de tous les maux (malédiction) qui peuvent les frapper (litt. Tomber sur elles) et nous aussi, qu’elles restent assises et nous aussi sous Tes deux ailes dans la paix, la joie et la vie qui vient de Toi. Ô Dieu, accepte de grâce notre prière, efface la plus grande partie de nos péchés, en profondeur, et en étendue, c’est au Nom de Ton Fils bien aimé, Jésus le roi, notre Unique Sauveur, mort pour nos péchés sur la croix, pour que ce monde soit meilleur et soit sauvé. Amen.”

I et G : Amen.

C : Notre prière est terminée.

I et G : Merci,

C : Salut (litt. Que vous soyez en vie) à tous dans l’amour de notre Dieu. (...) *Alors..., café* à tous ? non ?