



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et Insertion »

Parcours « Projets et Politiques Territoriales de Santé »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

**Conceptualisation des modes d'intervention
communautaire dans les tribus de la
Province Sud de la Nouvelle-Calédonie**

présenté par

Corine HERVOUËT

Maître de stage : Véronique Delannoy, Directrice, Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale, Nouméa, Nouvelle-Calédonie

Guidant universitaire : Jean-François Collin, Maître de conférences des universités, Docteur d'Etat es sciences pharmaceutiques, Ecole de Santé Publique, Nancy, France

Septembre 2008

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu pour la réalisation de ce projet :

- Madame Véronique DELANNOY, mon Maître de stage et Directrice de la DPASS ;
- Monsieur François WAIA, Directeur adjoint de la DPASS ;
- Monsieur Philippe EONO, Sous-directeur à la santé publique de la DPASS ;
- Madame Odile CERBA, Epidémiologiste à la DPASS ;
- Mademoiselle Christina KANAGUSHIKU, Assistante en épidémiologie à la DPASS ;
- Monsieur Thierry LE FEVRE, Chef de service du BESPS ;
- Madame Virginie GIBAND, Educatrice sanitaire au BESPS ;
- Monsieur Pierre GILLET, Coordonnateur des chirurgiens-dentistes à la DPASS ;
- Madame Isabelle MONCHOTTE, Médecin responsable au centre médico-social de Païta, de m'avoir proposé de participer à la réunion avec les responsables coutumiers de la Tribu de Bangou et également de m'avoir permis de tester le questionnaire au centre médico-social ;
- Mademoiselle Sophie TINDAO, Médiatrice à la Mairie de Païta et personne ressource de la tribu de Bangou ;
- Madame Marie-Jo WAMYTAN et son époux Monsieur Christophe WAMYTAN, personnes ressources à la tribu de la Conception ;
- Madame Marie GUIEYSSE, personne ressource à la tribu de Ouinané ;
- Monsieur Gabriel CHERIKA, Petit Chef de la tribu de Bangou ;
- Monsieur Joseph PIDJOT, Petit Chef à la tribu de la Conception ;
- Monsieur Charles PITA, Petit Chef à la tribu de Ouinané ;
- Alice, Guérisseuse à Lifou, pour son témoignage sur la médecine traditionnelle ;
- Monsieur Jean-François COLLIN, mon Tuteur universitaire.



« [...] *Il faut d'abord discuter avec les gens, apprendre à les connaître, comprendre comment ils fonctionnent [...]* ».

M. W. Tribu de la Conception

#



Sommaire

INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE GENERAL DE LA NOUVELLE-CALEDONIE	2
A. SITUATION GEOGRAPHIQUE	2
B. ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	3
C. COMPETENCE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE	3
1. Le domaine sanitaire et social	3
2. Quelques données sanitaires	4
3. La Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale	5
D. LA POPULATION DE NOUVELLE-CALEDONIE	6
1. Démographie	6
2. Répartition de la population par ethnie et diversité culturelle	7
3. Les tribus	8
E. ORGANISATION SOCIALE DES TRIBUS	8
F. PERCEPTION DU CORPS, CONCEPTION DE LA MALADIE ET MEDECINE TRADITIONNELLE EN MILIEU MELANESIEN	9
1. Perception du corps	9
2. Conception de la maladie et médecine traditionnelle	10
a. <i>Conception de la maladie</i>	10
b. <i>Médecine traditionnelle</i>	11
II. PRESENTATION DU PROJET ET METHODE	12
A. PRESENTATION DU PROJET	12
1. Problématique	12
2. Objectif général	13
3. Objectifs spécifiques	13
4. Résultats attendus	14
5. Moyens humains et matériels	14
B. METHODE	14
1. Choix des tribus à enquêter	14
2. Choix des personnes ressources	15
3. Population d'étude et choix de l'échantillon	15
4. Outil de recueil de données	15
5. Analyse de l'enquête	16
6. Echéancier prévisionnel (diagramme de Gantt)	17
III. RESULTATS DE L'ETUDE	18
A. ECHEANCIER REALISE	18
B. PRESENTATION DES TRIBUS ENQUETEES	19
1. Tribu de Bangou	19
2. Tribu de la Conception	20
3. Tribu de Ouinané	21
C. CHOIX DES PERSONNES RESSOURCES	21
D. POPULATION D'ETUDE ET CHOIX DE L'ECHANTILLON	22
E. QUESTIONNAIRE	22
F. RESULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE	23
1. Caractéristiques des personnes interrogées	23
2. Itinéraire thérapeutique	26
a. <i>Pour la personne adulte interrogée</i>	26

<i>b. Pour l'enfant</i>	28
<i>c. Recours au centre médico-social</i>	28
3. Perception de la santé et de la maladie	29
<i>a. Définition de la santé</i>	29
<i>b. Définition de la maladie grave</i>	30
<i>c. Ressenti concernant la santé de la personne interrogée</i>	30
<i>d. Définition de « soin » et « prévention »</i>	31
4. Propositions d'amélioration de la santé de la population	31
<i>a. Propositions d'amélioration faites par les gens</i>	31
<i>b. Actions de prévention mises en place dans les tribus</i>	31
5. Constats et ressenti des personnes interrogées lors de l'enquête	33
G. DISCUSSION	33
IV. PROPOSITIONS D'ACTIONS	35
A. MODES D'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE	35
B. PROPOSITIONS	36
1. Promotion de la santé communautaire	36
<i>a. Retour de l'enquête auprès de la population</i>	36
<i>b. Borne interactive d'informations</i>	37
<i>c. Formation des professionnels à l'approche communautaire</i>	38
<i>d. Création d'un réseau</i>	40
<i>e. Mise en place d'agents de santé communautaire</i>	41
2. Amélioration de l'offre de soins	43
V. ANALYSE CRITIQUE	44
A. COMPETENCES UTILISEES ET ACQUISES	44
B. DIFFICULTES RENCONTREES	45
1. Données démographiques	45
2. Tribus enquêtées	45
3. Personnes enquêtées	46
4. Analyse de l'enquête	46
C. L'ENQUETE QUALITATIVE	46
1. Bénéfices	46
2. Limites	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
GLOSSAIRE	51
ANNEXES	53

Introduction

Selon la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASSNC), le pays connaît une amélioration de ses conditions socio-économiques et sanitaires.

Cependant, on retrouve une inégalité de l'état de santé entre certaines populations, notamment dans le milieu mélanésien.

Face à ce constat, la Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS) a décidé de conceptualiser des modes d'intervention communautaire dans les tribus de la Province Sud dans le but d'améliorer leur état de santé.

Etant amenée à effectuer mon stage de fin d'étude au sein de cette structure, la Directrice a choisi de me confier le projet dans sa globalité.

Ainsi, après la présentation du contexte général de la Nouvelle-Calédonie, la problématique et les objectifs du projet sont définis ainsi que la méthode utilisée pour réaliser ce travail.

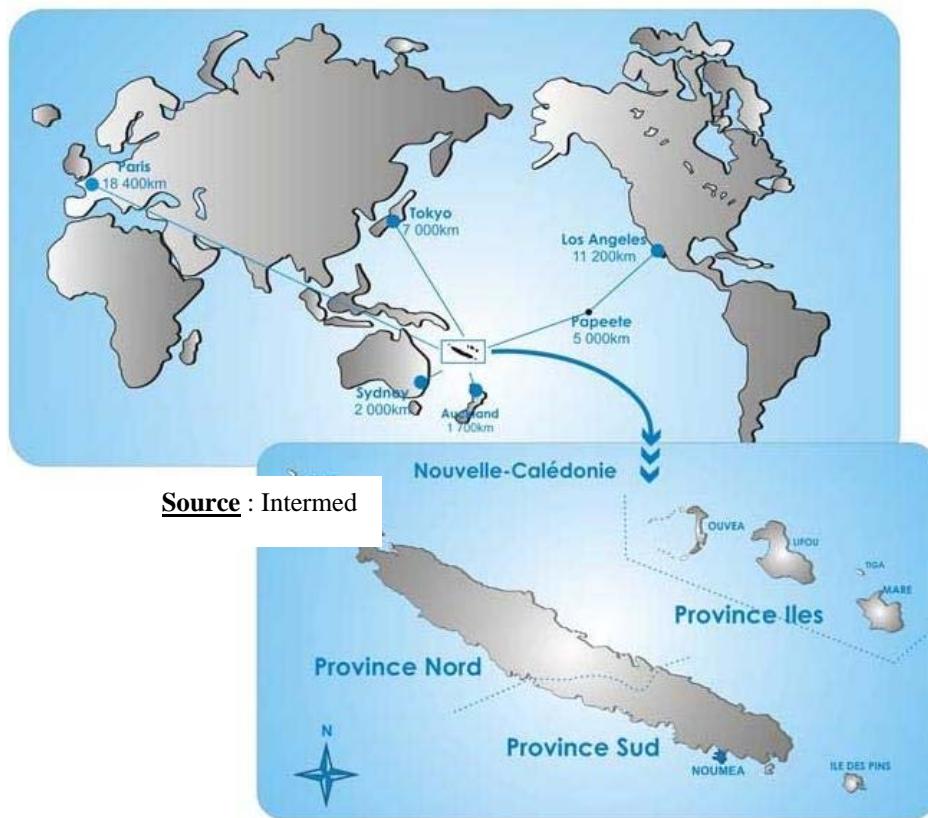
Une enquête ayant été réalisée auprès de la population, les résultats et l'analyse y sont ensuite détaillés de même que les actions proposées sur le principe de la santé communautaire.

Enfin, la dernière partie de ce rapport apporte une analyse critique du travail effectué.

I. Contexte général de la Nouvelle-Calédonie

A. Situation géographique

Carte 1. Situation géographique de la Nouvelle-Calédonie



La Nouvelle-Calédonie est, après Wallis-et-Futuna, le territoire de la République le plus éloigné de la Métropole.

Elle se situe dans l'hémisphère sud, au nord du tropique du Capricorne, dans le sud-ouest de l'Océan Pacifique.

Elle est éloignée de 1 500 kilomètres de la côte nord-est de l'Australie et est distante de la France métropolitaine d'environ 18 000 km.

La Nouvelle-Calédonie est un archipel d'une superficie totale de 18 750 km² et composée de :

- ♦ la Grande Terre longue de 400 km et large en moyenne de 42 km ;
- ♦ les 4 îles Loyauté : Maré, Lifou, Tiga et Ouvéa ;
- ♦ l'île des Pins au sud-est de la Grande Terre ;
- ♦ les îles Bélep au nord-ouest.

D'autres îles inhabitées contribuent à la délimitation de la zone économique exclusive de la Nouvelle-Calédonie. (1)

B. Organisation institutionnelle

La Nouvelle-Calédonie, ancienne colonie française et terre de bagne, a connu divers statuts de part la complexité de son histoire.

Ancien Territoire d'Outre-Mer, elle est aujourd'hui une Collectivité **sui generis**¹ car elle ne correspond à aucune des catégories juridiques de collectivités existantes. (2)

Son organisation institutionnelle résulte de l'accord de Nouméa du 5 mai 1998 qui a été concrétisé par la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 fixant le cadre dans lequel s'inscrira l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie au cours des 20 prochaines années suivant l'accord.

Le pays, qui compte 33 communes, est représenté par des institutions particulières : le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, le Congrès, le Conseil Economique et Social, le Sénat Coutumier et les Assemblées des Provinces Nord, Sud et Iles Loyautés.

L'Etat est, quant à lui, représenté par le Haut-commissaire de la République.

C. Compétence de la santé et de la protection sociale

Selon l'article 22 de la loi organique, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale, hygiène publique et santé, contrôle sanitaire aux frontières.

Cependant, selon l'article 47, « le Congrès peut, à la demande d'une assemblée de province, donner compétence aux autorités de la province pour adapter et appliquer [...] la réglementation en matière d'hygiène publique et de santé ainsi que de protection sociale [...] ».

1. Le domaine sanitaire et social

Le domaine de la santé en Nouvelle-Calédonie a connu une profonde réorganisation en 1990 avec la provincialisation.

Au niveau territorial, la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (DASSNC) est chargée de la planification, de la coordination de certains programmes, de l'élaboration de la réglementation sanitaire et sociale, du contrôle des établissements de santé, des organismes de sécurité sociale, de la chaîne de distribution des médicaments, de la surveillance de l'état de santé des populations et de

¹ Les mots en caractère gras sont définis dans le glossaire.

la qualité de l'hygiène liée à l'environnement, de la formation des professionnels de santé et enfin des statistiques sanitaires. En 2001, l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie a été mise en place.

Chaque province dispose d'une Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales (DPASS), chargée de mettre en œuvre la politique de la province en matière de santé, d'hygiène publique, d'actions et d'aides sociales et d'Aide Médicale. Les DPASS appliquent la réglementation, mettent en œuvre les actions, gèrent les établissements provinciaux, les circonscriptions médico-sociales et les services spécialisés. Au sein de leur DPASS de tutelle, les 26 circonscriptions médico-sociales, pourvues de personnel médical et paramédical, mènent les actions sanitaires et sociales à l'échelon communal.

(3) (cf. Annexes 1 et 2)

2. Quelques données sanitaires

Tableau 1. Principales causes de décès en Nouvelle-Calédonie et en France métropolitaine

	Nouvelle-Calédonie (2006)*	France métropolitaine (2005)*
Tumeurs	28%	29,50%
Maladies de l'appareil circulatoire	26,90%	28,40%
Lésions traumatiques et empoisonnements	12,90%	7,20%
Maladies de l'appareil respiratoire	7,60%	6,60%

* rapporté au nombre de certificats de décès enregistrés

Sources : DASSNC, INSEE

❖ Densité médicale

En 2006, la densité médicale calédonienne était nettement plus basse qu'en Métropole avec 221,3 médecins pour 100 000 habitants contre 340 pour 100 000.

On observe des disparités de densité selon les provinces, la plus basse est retrouvée dans les Iles Loyauté, la plus élevée en Province Sud, en particulier à Nouméa en raison de la présence des établissements hospitaliers et des cliniques où exercent la

plupart des spécialistes et un grand nombre d'omnipraticiens. En Province Nord, elle est intermédiaire entre celle des Iles Loyauté et celle du Sud.

Ces densités sont les suivantes :

- ♦ Iles Loyauté : 84,6 ;
- ♦ Province Nord : 103,9 ;
- ♦ Province Sud : 271,5.

Par contre, la densité de Nouméa et du Grand Nouméa est égale à 287,6 alors qu'elle n'est que de 137,7 pour l'ensemble des autres communes de la Province Sud. (4)

3. La Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale

La Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS) met en œuvre la politique provinciale en matière sanitaire et sociale, elle est essentiellement un ensemble de services d'interventions de proximité ; son champ est celui de la solidarité.

Ses missions se situent sur deux axes :

- ♦ soigner à travers des actions et des aides les causes et les conséquences de la maladie, réparer les difficultés sociales et restaurer les défaillances éducatives et familiales ;
- ♦ anticiper, prévenir, réduire les risques sanitaires, sociaux et éducatifs en agissant sur les facteurs qui favorisent les ruptures et les exclusions, notamment en renforçant l'insertion, les habiletés et les ressources propres des personnes dans leur cadre de vie.

Les populations servies sont prioritairement celles qui sont les plus en difficulté et démunies ou les plus vulnérables en matière de risques sanitaires ou de protection sociale et éducative.

La DPASS est organisée en trois pôles d'intervention : la santé publique, l'action médico-sociale et l'action sociale. (cf. Annexe 3)

Son personnel est composé principalement de personnel médical et paramédical, de travailleurs sociaux et de personnel administratif et technique. (5)

D. La population en Nouvelle-Calédonie

1. Démographie

Le dernier recensement a été effectué en 2004 par l’Institut de la Statistique et des Etudes Economiques (ISEE).

La Nouvelle-Calédonie comptait 230 789 habitants. La croissance démographique s'est un peu ralentie mais reste cependant élevée avec un rythme annuel de 1,9 % et une moyenne de + 4 000 habitants par an depuis 1996.

Cette croissance est contrastée selon les provinces. En 8 ans, la population de la Province Sud a augmenté de 22 % et celle des Provinces Nord et Iles Loyauté de 7 %.

Le tableau 2 montre la différence de répartition de la population entre chaque province avec une nette affluence en Province Sud.

Tableau 2. Répartition de la population par province

	Nombre d'habitants
Province des Iles Loyauté	22 080
Province Nord	44 474
Province Sud	164 235
Total	230 789

Source : Recensement de la population de Nouvelle-Calédonie 2004, INSEE-ISEE

La proportion des moins de 20 ans, estimée à plus de 36 % au 1^{er} janvier 2006, a tendance à diminuer régulièrement. Parallèlement, la proportion des 60 ans et plus augmente et atteint 10 % au 1^{er} janvier 2006. Compte tenu de l'allongement de la durée de vie et de la baisse de la fécondité, la population calédonienne vieillit lentement, tout en restant caractérisée par sa jeunesse. (4)

Comparativement, d'après l’Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les moins de 20 ans représentaient 24,8 % de la population et les 60 ans et plus représentaient 21 % de la population en Métropole en 2005.

Tableau 3. Comparaison des données démographiques en Nouvelle-Calédonie et en France Métropolitaine

	Nouvelle-Calédonie (2006)	France métropolitaine (2005)
Taux d'accroissement naturel (pour 1 000 habitants)	13	4,7 (en 2006)
Espérance de vie à la naissance - hommes	71,9 ans	76,7 ans
- femmes	78,6 ans	83,7 ans
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	17,7	12,7
Indice de fécondité (enfants par femme)	2,2	1,94
Taux de mortalité (pour 1 000 habitants)	4,7	8,6
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 habitants)	5,7	3,8

Source : ISEE, INSEE, DASSNC

2. Répartition de la population par ethnie et diversité culturelle

En raison d'une remarque faite par une citoyenne concernant l'appartenance ethnique lors d'un débat organisé avec l'ancien Président de la République, M. Jacques CHIRAC, en Nouvelle-Calédonie en 2003, la question liée à l'ethnie a été supprimée du recensement de la population de 2004.

Les dernières données disponibles concernant les communautés ethniques datent donc du recensement de l'ISEE de 1996.

Ainsi, la répartition de la population se faisait comme suit :

- ◆ Communauté **Kanak** : 44,1 % ;
- ◆ Communauté Européenne : 34,1 % ;
- ◆ Communauté Wallisienne et Futunienne : 9 %.

D'autres communautés sont également représentées de manière plus minoritaire comme les communautés Asiatique, Tahitienne, Ni-Vanuatu et autre.

Le français est la langue officielle et véhiculaire mais de nombreuses langues vernaculaires sont parlées : il y a 28 langues et des langues polynésiennes comme le tahitien, le wallisien et le futunien.

3. Les tribus

Il existe en Nouvelle-Calédonie 204 tribus en Province Nord, 87 tribus dans la Province des Iles et 52 tribus dans la Province Sud.

La répartition des résidents² des tribus dans chaque province se fait comme suit :

- ♦ 31 261 personnes dans le Nord (70,3 % de la population du Nord) ;
- ♦ 22 080 personnes aux Iles (100 % de la population des Iles) ;
- ♦ 10 717 personnes dans le Sud (6,5 % de la population du Sud).

E. Organisation sociale des tribus

Plutôt que de définir la tribu comme la reconnaissance administrative de l'organisation mélanésienne selon l'arrêté du 24 décembre 1867 qui lui donne son existence légale, il est préférable de la définir comme « [...] l'espace villageois et les terres associées où vivent essentiellement les Kanak. [...] C'est un terme désignant aux yeux des Kanak eux-mêmes l'espace où se déploie leur mode de vie propre [...]. » (6)

La société mélanésienne est organisée autour d'une structure élémentaire appelée « clan ».

Le clan représente l'unité sociale, une sorte de famille élargie, dont les individus portent le même nom. Il est symbolisé par un totem, matérialisation spirituelle des ancêtres du clan, chargé de veiller sur les gens, de les protéger et de favoriser leurs récoltes. En échange, on doit observer des règles de vie imposées par le totem. Le clan présente une organisation hiérarchique avec, à sa tête, un **Chef** entouré d'un **Conseil des Anciens**, de guerriers, de gardiens, de porte-parole et d'un ou plusieurs guérisseurs. (7)

Les relations entre les individus y sont clairement définies dès la naissance : les statuts et les rôles de chacun sont précis, bien définis selon les catégories naturelles (classe d'âge, sexe et clan).

Tous ces rapports sont régis par la Coutume qui est l'ensemble des règles et comportements spécifiques de la société mélanésienne.

Le rôle de chaque individu participe à l'équilibre physique, social et économique du groupe.

² Les résidents des tribus ne comprennent pas uniquement les Mélanésiens, c'est pourquoi les données concernant la Province des Iles atteignent 100 % ; il n'y a en effet que des tribus dans cette province dans laquelle on retrouve également les gendarmes, instituteurs, administratifs...

Ainsi, la femme contribue à l'équilibre de la société, elle est le point de référence au sein du clan.

Détentrice de connaissances acquises par son clan d'origine et intégrant les valeurs du clan de son époux, la femme est souvent le trait d'union entre les groupes.

Constamment présente au foyer, elle paraît parfois être mise à l'écart de toute décision. Son rôle est pourtant déterminant dans la transmission des informations. (8)

F. Perception du corps, conception de la maladie et médecine traditionnelle en milieu mélanésien

1. Perception du corps

Lorsque l'organisation communautaire était prépondérante dans la société kanak, sans autre influence extérieure, le corps de la personne n'avait pas d'existence individuelle. On ne distinguait pas réellement son propre corps puisque l'être lui-même était fondu au sein du groupe et le groupe au sein de la nature.

Avant l'arrivée des Européens, la société kanak fonctionnait comme un tout : le corps n'avait de réalité individuelle que lorsqu'il était malade.

Avec l'implantation des religions protestante et catholique, la notion de corps prit une dimension jusqu'alors inconnue : de nouvelles orientations furent inculquées par les missionnaires aux Indigènes. Le concept de culpabilité lié au corps, la honte de la nudité (on habille les corps dévoilés), l'impureté d'un corps sans conscience religieuse et donc voué à la tentation et au péché, et enfin la séparation du corps et de l'esprit avec l'idée de la maîtrise du premier par le second, amorcèrent le processus d'individuation.

C'est ainsi qu'une modification des comportements eut lieu avec l'arrêt de la pratique de l'anthropophagie et la disparition naturelle de rites.

Malgré la perpétuation de certains rites et la conservation des croyances dans les mémoires, en s'individualisant, le corps kanak a définitivement perdu sa dimension magique.

Progressivement, les Mélanésiens absorbèrent les éléments de la culture occidentale, intégrant sur un temps très court un nouveau mode de pensée.

L'adéquation entre le corps et l'identité dépend désormais des individus et de la capacité de chacun à s'adapter au monde. (9)

2. Conception de la maladie et médecine traditionnelle

a. Conception de la maladie

Chez les Mélanésiens, la maladie correspond à la manifestation d'un déséquilibre d'un ordre établi. Elle renvoie aux fondements mêmes de la société kanak, qui englobe l'homme dans sa dimension physique, sociale et mystique.

La maladie résulte ainsi d'interactions entre l'homme, son environnement naturel et social, et le monde mystique représenté par les ancêtres.

Dans le milieu mélanésien, on considère qu'il y a trois catégories de maladies :

- ◆ les vraies maladies liées à un déséquilibre de la personne à elle-même ; elles sont attribuées à des causes naturelles (variations climatiques ou nutrition). Ce ne sont pas des maladies graves et sont en général soignées par la pharmacopée familiale ;
- ◆ les maladies liées aux ancêtres appelées également « maladies des fautes commises » ; dans ce cas, il s'agit d'une maladie qui ne guérit pas assez vite ou résiste à un traitement. Elle résulte de la transgression d'un tabou, d'une règle clanique. La guérison passe par un processus de réparation envers les offensés nécessitant parfois le recours à un guérisseur ;
- ◆ les maladies provoquées par des maléfices lancés par un sorcier appelées aussi « boucans ». Il s'agit ici du domaine de la guerre magique. La maladie ne provient plus de la colère des ancêtres mais de conflits entre individus généralement suscités par la jalousie. Le diagnostic et le traitement font appel à un voyant, capable de renvoyer à son expéditeur le maléfice reçu.

Alors que les Occidentaux ont fondé leur approche du monde vivant sur l'expérience cartésienne avec ses résultats vérifiés et vérifiables, les Mélanésiens ne dissocient pas l'individu du groupe, l'homme de la nature, la vie de la mort.

La médecine kanak offre donc aux malades des réponses thérapeutiques qui s'adressent, en plus des troubles physiologiques, à leurs relations avec leur entourage et leur monde. Elle procède ainsi de valeurs sociales et spirituelles inconnues de la médecine occidentale. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles la médecine traditionnelle reste encore très présente de nos jours. (10)

Parallèlement à ces catégories, d'après une étude menée par Christine Salomon³ dans le Nord de la Nouvelle-Calédonie à la fin des années 90, les maladies sont divisées en deux grandes catégories :

- ◆ les « maladies d'autrefois » encore appelées « maladies des Indigènes » : ce sont les maladies connues dans la période précoloniale ;
- ◆ les « maladies d'aujourd'hui » encore appelées « maladies importées », « maladies nouvelles », « maladies des Blancs », « maladies du docteur », « maladies pour le dispensaire » (appellations en fonction des différentes langues vernaculaires) : ce sont les maladies apparues depuis le contact avec l'Occident ; cela ne veut pas dire pour autant qu'elles atteignent les Européens et non les Autochtones mais plutôt qu'elles concernent la biomédecine. (11)

b. Médecine traditionnelle

Afin de mieux comprendre les notions de médecine traditionnelle, voyant, guérisseur, transmission des remèdes et la thérapeutique employée, j'ai choisi de recueillir le témoignage d'Alice, guérisseuse à la Province des Iles (île de Lifou plus précisément).

D'après Alice, dans la culture mélanésienne, il y a le voyant et le guérisseur :

- ◆ le voyant, comme son nom le laisse supposer, « voit » la maladie et oriente la personne vers le guérisseur ou vers le médecin en fonction de ce qu'il est possible de faire mais il ne soigne pas la personne ;
- ◆ le guérisseur prend en charge la personne et emploie les différents remèdes pour la soigner.

Mais n'importe qui ne peut pas devenir guérisseur ; la transmission se fait en fonction de plusieurs critères :

- ◆ cela se fait toujours dans le cercle familial ;
- ◆ le guérisseur choisit la personne en fonction de sa personnalité : compassion, altruisme, dévouement et empathie semblent être des critères essentiels.

³ Anthropologue et Chercheuse à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

La transmission des remèdes se fait par la parole, il n'y a généralement aucun écrit ; le guérisseur transmet également l'esprit du médicament (le **totem**) en prenant la main de son successeur.

La thérapeutique utilisée est essentiellement à base de plantes naturelles (feuilles, herbes, racines, écorce, etc.) prises sous différentes formes : elles peuvent être mâchées sans être avalées (le résidu pouvant être gardé dans un mouchoir afin de favoriser l'action de l'esprit), bues après macération, infusion ou décoction.

Ces préparations peuvent aussi être administrées sous forme de cataplasme, de massage ou de friction.

II. Présentation du projet et méthode

A. Présentation du projet

1. Problématique

Bien que l'on retrouve, d'une manière générale, les principales causes de décès et des pathologies semblables à la France métropolitaine, quelques problèmes de santé publique persistent au sein de certaines populations de Nouvelle-Calédonie.

En effet, concernant la **mortalité périnatale**, 56,2 % des enfants décédés étaient issus de mères d'origine mélanésienne contre 12,6 % pour l'origine européenne entre 1993 et 2006.

Par ailleurs, en 2006, 50 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés.

Parmi ceux-ci, l'origine ethnique n'a pas été indiquée pour 31 cas. Cependant sur les 19 cas indiqués, 13 étaient Mélanésiens, 5 étaient Wallisiens et 1 était Européen.

Bien que la situation évolue favorablement, l'incidence de la tuberculose reste deux à trois fois plus élevée que celle des pays industrialisés.

En 2006, l'incidence globale était de 21 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie contre 8,9 cas pour 100 000 habitants en France. (4)

Le **rhumatisme articulaire aigu (RAA)** est également présent même s'il l'est moins que dans certains pays du Pacifique.

Selon une enquête menée en milieu scolaire en Province Sud par la DPASS, on observait, en 2006, 3,39 % de RAA confirmés chez les Mélanésiens contre 2,85 % chez les Wallisiens et 0,65 % chez les Européens. Ce qui signifie que les Mélanésiens sont 5 fois plus touchés que les Européens. (12)

Concernant les comportements à risque, selon la Gendarmerie Nationale, l'abus d'alcool touche, en Nouvelle-Calédonie comme ailleurs, toutes les ethnies et toutes les catégories socioprofessionnelles. Mais le phénomène prend une autre proportion au sein de certaines populations, notamment mélanésienne.

90 tribus sur 341 présentent des signes d'agressivité et de violences le week-end à cause de l'alcool.

On estime qu'en tribu plus de la moitié des faits ne sont pas dénoncés par les victimes par crainte de l'entourage. (13)

Face à ces constats, on peut penser que la population mélanésienne et plus particulièrement la population des tribus rencontre des difficultés à s'inscrire dans un système de soins classiques et à avoir une posture préventionniste.

2. Objectif général

Afin d'améliorer la situation sanitaire de la population des tribus et de l'inciter à adopter une posture préventionniste, l'objectif général que la DPASS m'a confié était de conceptualiser des modes d'intervention communautaire au sein des différentes tribus de la Province Sud de la Nouvelle-Calédonie.

3. Objectifs spécifiques

Pour pouvoir répondre au mieux à cet objectif général, il était nécessaire de répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- ◆ connaître les différentes pratiques de recours aux soins de la population des tribus ;
- ◆ avoir une meilleure connaissance des représentations de la santé, de la maladie et du soin ;
- ◆ parvenir à l'identification des freins réels à l'accès aux soins de nature culturelle, financière et matérielle ;
- ◆ parvenir à la proposition d'actions concrètes, réalisables et adaptables à l'ensemble des tribus de la Province Sud à partir des éléments recueillis lors de chaque phase de l'étude.

4. Résultats attendus

- ◆ Obtenir une relation de confiance avec la population des tribus ;
- ◆ Obtenir l'expression des attentes et des besoins de la population ;
- ◆ Accompagner la population dans la mise en place et la réalisation d'actions de promotion de la santé et de prévention.

5. Moyens humains et matériels

Cette mission m'a été confiée à part entière, j'ai donc dû mettre en place ce projet, seule.

Néanmoins, j'ai pu recevoir des conseils de la Directrice, du Directeur adjoint et du Sous-directeur à la santé publique de la DPASS pour l'avancée du projet.

J'ai également reçu l'aide, de l'Epidémiologiste et son assistante pour la partie « résultats et analyse de l'enquête ».

Tout le matériel informatique et bureautique m'a été fourni durant ce stage.

B. Méthode

1. Choix des tribus à enquêter

La Province Sud étant, entre autre, composée de 52 tribus, il n'était pas réalisable de travailler avec chacune d'entre elles lors de ce projet en raison de la durée du stage.

C'est pourquoi, il m'a fallu en sélectionner pour la réalisation de l'enquête.

Pour cela, il a fallu définir avec la direction le nombre de tribus à enquêter et les critères de choix de ces tribus.

Les critères définis étaient les suivants :

- ◆ une tribu très proche du centre médico-social mais éloignée de la capitale, accessible par avion ou par bateau ;
- ◆ une tribu « moyennement » distante du centre médico-social, à une quarantaine de kilomètres de la capitale mais avec l'existence d'une salle de soins en tribu ;
- ◆ une tribu enclavée avec un mauvais état des routes, difficilement accessible et très éloignée de la capitale.

2. Choix des personnes ressources

Quelque soit la manifestation à organiser dans une tribu, il est toujours souhaitable de rencontrer une personne ressource afin que celle-ci puisse servir d'intermédiaire auprès du Chef pour la demande d'autorisation puis dans un deuxième temps pour l'accompagnement lors des entretiens.

Il a donc été prévu de rencontrer une personne ressource pour chaque tribu, cette personne devant m'accompagner auprès du Chef pour la réalisation du **geste coutumier** puis pour choisir des personnes volontaires pour l'enquête.

Pour cela, j'ai choisi de prendre contact avec les médiateurs provinciaux des tribus que je devais enquêter, ceux-ci étant issus des tribus en question.

3. Population d'étude et choix de l'échantillon

La réalisation de l'enquête s'est faite en plusieurs étapes.

L'étude réalisée était de type transversal.

La population interrogée devait résider dans la tribu et l'échantillonnage a été effectué par sondage empirique.

D'après François Beck, responsable du Département des Sciences Humaines à l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), il n'y a pas de normes très strictes concernant l'enquête qualitative mais quelques orientations. Il faut avoir pour une population donnée la palette de situations la plus variée et lorsque l'on arrive à saturation au niveau de l'information, on peut considérer que l'on peut s'arrêter.

Cette consigne est à croiser avec une contrainte forte liée à la capacité à traiter les données.

4. Outil de recueil de données

Le questionnaire a été retenu comme outil de recueil de données.

Avant la validation finale du questionnaire par la direction, une phase de test a été prévue afin de pouvoir vérifier la clarté, la simplicité et la compréhension des questions posées auprès de la population.

Cette phase devait se réaliser au sein d'un centre médico-social, après accord du médecin responsable, auprès de cinq personnes volontaires présentes dans la salle d'attente.

5. Analyse de l'enquête

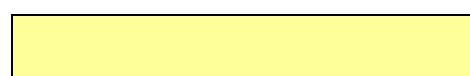
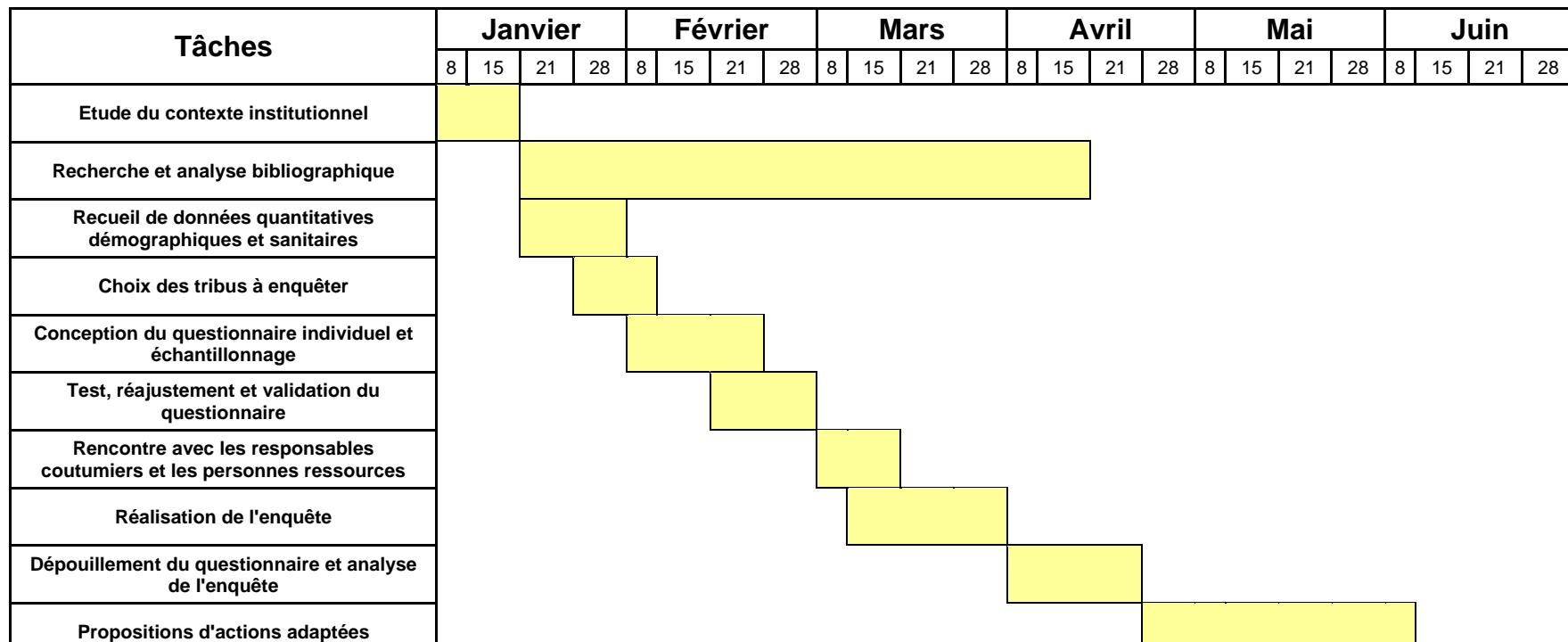
Pour cette phase du projet, je me suis orientée vers la cellule épidémiologie de la DPASS.

Le logiciel disponible pour l'analyse était Epi Info.

Cette partie devait se faire en plusieurs étapes :

- ◆ élaboration d'une grille d'analyse ;
- ◆ codage des questions et réponses ;
- ◆ retranscription du questionnaire codé sur Epi Info ;
- ◆ saisie des données ;
- ◆ analyse.

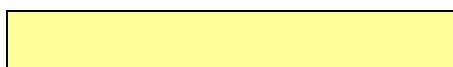
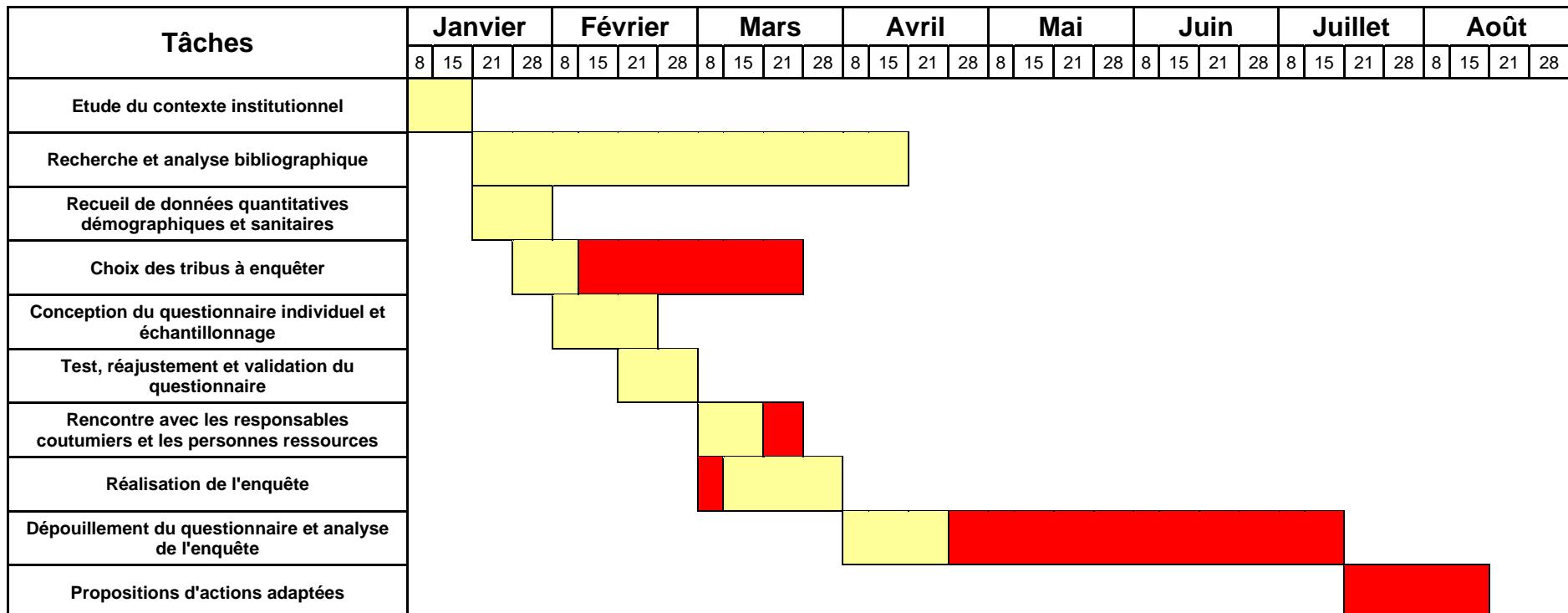
6. Echéancier prévisionnel (diagramme de Gant)



Tâches à réaliser

III. Résultats de l'étude

A. Echéancier réalisé



Tâches réalisées



Tâches modifiées

B. Présentation des tribus enquêtées

En raison des difficultés rencontrées pour le choix de ces tribus, les critères de base n'ont pas pu être respectés (cf. Chapitre sur l'analyse critique).

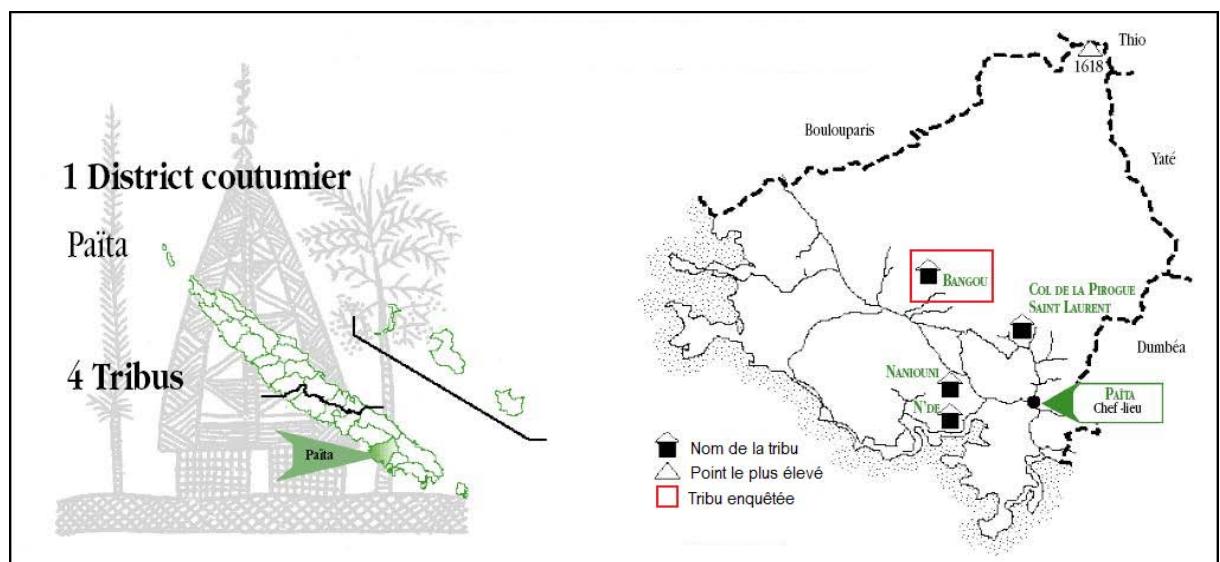
Mon choix s'est finalement arrêté sur les tribus suivantes : Bangou, la Conception et Ouinané.

Il s'agit d'une population relativement jeune puisque plus de 90 % des résidents ont moins de 60 ans.

La route est praticable dans les trois tribus, on y trouve également les réseaux d'eau, d'électricité et de téléphone.

1. Tribu de Bangou

Carte 2. Tribus de la commune de Païta



Source : ISEE

La tribu de Bangou se situe dans la Commune de Païta à 18 kilomètres du Chef-lieu.

Selon le recensement de l'ISEE en 2004, 311 personnes y étaient résidentes avec 145 hommes et 166 femmes.

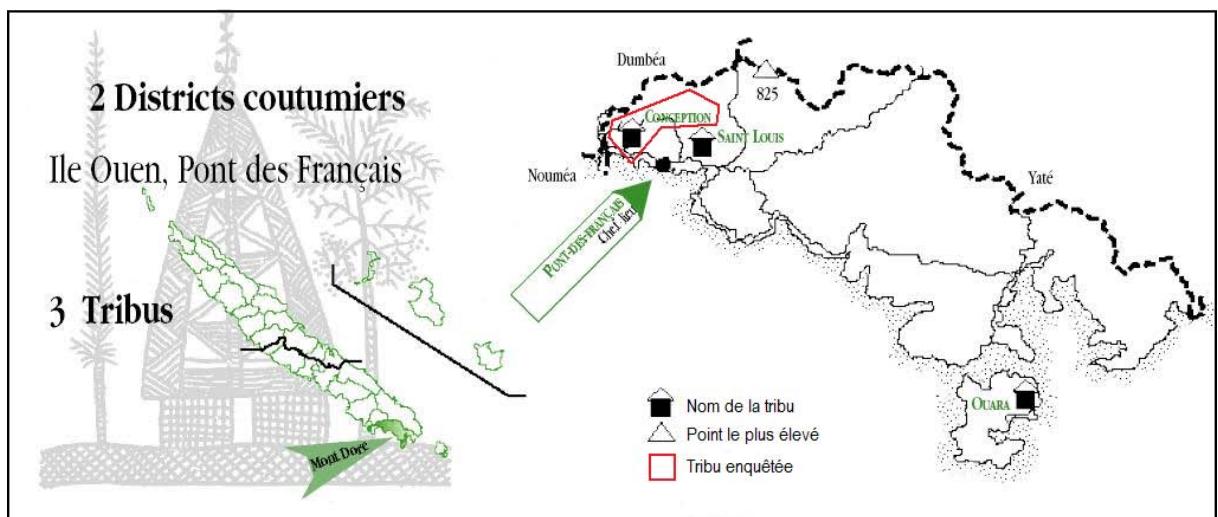
Il n'y a pas de transport en commun mais un taxi.

Des vaccinations médicales sont effectuées une fois par mois par l'équipe du centre médico-social de Païta dans la salle de soins de la tribu.

La commune de Païta est dotée de 8 médecins généralistes libéraux, 2 médecins dans le centre médico-social et 5 dentistes libéraux.

2. [Tribu de la Conception](#)

Carte 3. Tribus de la commune du Mont-Dore



Source : ISEE

La tribu de la Conception se situe dans la Commune du Mont-Dore à 1 kilomètre du Chef-lieu.

Selon l'ISEE, 200 personnes y étaient résidentes en 2004 avec 96 hommes et 104 femmes.

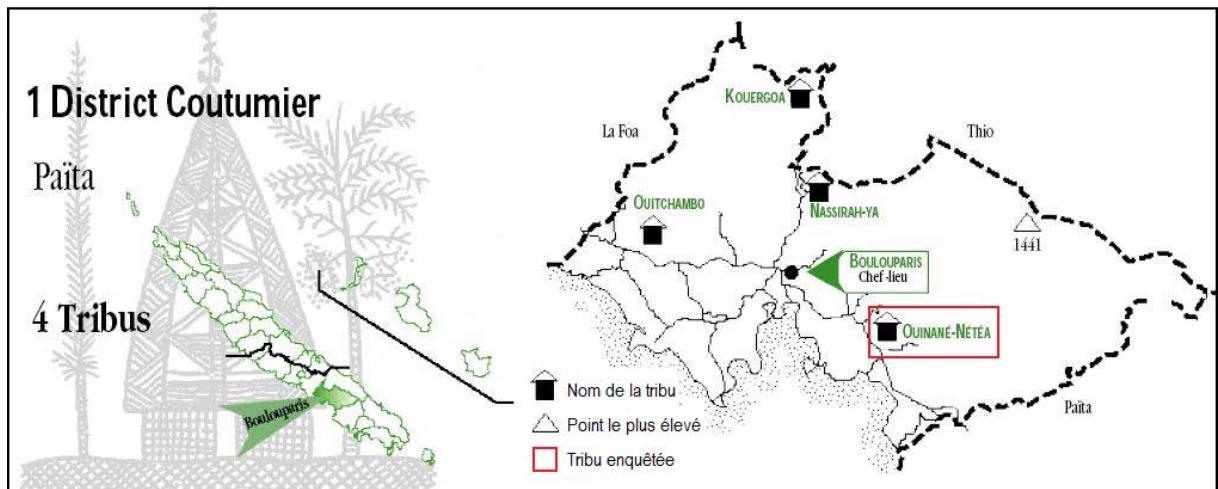
Il existe des transports en commun mais également des taxis.

Aucune vacation médicale n'est effectuée dans la tribu en raison de la proximité du centre médico-social.

La commune est dotée de 14 médecins généralistes libéraux (dont 2 dans la tribu de la Conception), 5 dentistes libéraux et 2 médecins et un dentiste dans le centre médico-social.

3. Tribu de Ouinané

Carte 4. Tribus de la commune de Boulouparis



Source : ISEE

La tribu de Ouinané se situe dans la Commune de Boulouparis à 15 kilomètres du Chef-lieu.

Selon l'ISEE, 177 personnes y résidaient en 2004 avec 97 hommes et 80 femmes.

Il n'y a aucun transport en commun qui dessert la tribu.

Il n'y a aucune vacation médicale effectuée dans la tribu en raison de l'absence de centre médico-social dans la commune.

La commune est dotée d'un médecin généraliste libéral et d'un dentiste libéral.

C. Choix des personnes ressources

Les personnes ressources choisies n'ont pas été celles prévues au départ.

En effet, la médiatrice provinciale de Bangou étant en congé au moment de l'enquête, je me suis orientée vers le service du Développement Social Urbain de la Mairie de Païta qui a accepté de mettre à ma disposition une médiatrice communale issue de la tribu de Bangou.

Concernant les tribus de la Conception et de Ouinané, ayant moi-même connaissance de personnes dynamiques et originaires de ces tribus, j'ai finalement choisi de m'orienter vers elles.

D. Population d'étude et choix de l'échantillon

Le nombre de personnes a donc été arrêté à 30 sujets par tribu, à raison de 15 hommes et 15 femmes à partir de 20 ans. Des regroupements ont ensuite été faits selon les classes d'âge définies par la dernière enquête de l'ISEE lors du recensement de 2004 :

- ◆ 20 - 39 ans ;
- ◆ 40 - 59 ans ;
- ◆ 60 - 74 ans ;
- ◆ 75 ans et plus.

La personne ressource de chaque tribu a sollicité la participation de la population en fonction de la disponibilité de chacun et sur la base du volontariat.

E. Questionnaire

Le questionnaire se décomposait en quatre parties :

- ◆ les caractéristiques de la personne ;
- ◆ l'itinéraire thérapeutique ;
- ◆ la perception de la santé et de la maladie ;
- ◆ les propositions d'amélioration de la santé de la population.

Il était composé de quelques modalités de réponses fermées qualitatives binaires mais essentiellement de modalités de réponses ouvertes.

Après la phase de test réalisée au centre médico-social de Païta, celui-ci a été validé par la direction de la DPASS.

Le déroulement de l'enquête s'est fait sous forme d'entretiens en face à face, d'une manière anonyme, au domicile des personnes en règle générale et dans très peu de cas à la **Maison Commune** de la tribu. (cf. Annexe 4)

F. Résultats et analyse de l'enquête

1. Caractéristiques des personnes interrogées

Les caractéristiques sont importantes à connaître, certaines d'entre elles pouvant permettre de comprendre les croyances et les comportements face à la maladie ; cependant elles ne sont pas représentatives de la population.

Sur les 90 personnes devant être interrogées lors de cette enquête, 82 personnes ont finalement accepté d'être interrogées selon la répartition suivante :

- ◆ 29 personnes à Bangou avec 14 hommes et 15 femmes ;
- ◆ 23 personnes à la Conception avec 8 hommes et 15 femmes ;
- ◆ 30 personnes à Ouinané avec 15 hommes et 15 femmes.

Plus de la moitié des personnes interrogées résident en tribu depuis la naissance et appartiennent ainsi à la tribu dans laquelle elles ont été interrogées et près d'un quart appartient à une autre tribu.

Le tableau 4 indique que les classes d'âge ayant le mieux participé à l'enquête correspondent aux 40 - 59 ans et aux 75 ans et plus même si cette dernière classe est peu nombreuse.

Tableau 4. Pourcentage de personnes interrogées par tribu et par classes d'âge*

Tribus	Classes d'âge			
	20 - 39 ans	40 - 59 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus
Bangou	10,4 %	20,7%	30 %	50 % (1 personne)
Conception	8,6 %	25,7 %	22,7 %	2 personnes**
Ouinané	24,3 %	64,7 %	20 %	0 % (0 personne)

* Pourcentage calculé à partir du recensement de l'ISEE en 2004

** Pas de pourcentage car aucune personne n'a été recensée dans cette classe d'âge en 2004

Dans le tableau 5, on voit que, près de la moitié de ces personnes est née à Nouméa, cependant, on remarque une différence entre les trois tribus.

En effet, les gens de la Conception semblent naître plus souvent à Nouméa (donc dans une structure hospitalière), les gens de Ouinané sont ceux qui naissent le moins souvent à Nouméa (donc soit en tribu, soit en dispensaire) et le lieu de naissance des gens de Bangou se partage entre Nouméa et les autres lieux.

Ce constat peut s'expliquer par la situation géographique de ces tribus puisque la plus proche de Nouméa est la Conception (mode de vie urbanisé), la plus éloignée est Ouinané (mode de vie plus traditionnel).

Tableau 5. Lieu de naissance des résidents interrogés

Tribu	Lieu de naissance				
	Tribu de résidence	Autre tribu	Nouméa	Ailleurs en Nouvelle-Calédonie	Hors Nouvelle-Calédonie
<i>Bangou</i>	7	2	16	4	0
<i>Conception</i>	4	3	13	2	1
<i>Ouinané</i>	8	3	9	10	0
TOTAL	19	8	38	16	1

Le tableau 6 nous montre que la communauté mélanésienne est plus importante que la communauté métisse.

Cependant $\frac{3}{4}$ des Métis se sentent également appartenir à la communauté mélanésienne.

Tableau 6. Communautés ethniques des personnes interrogées

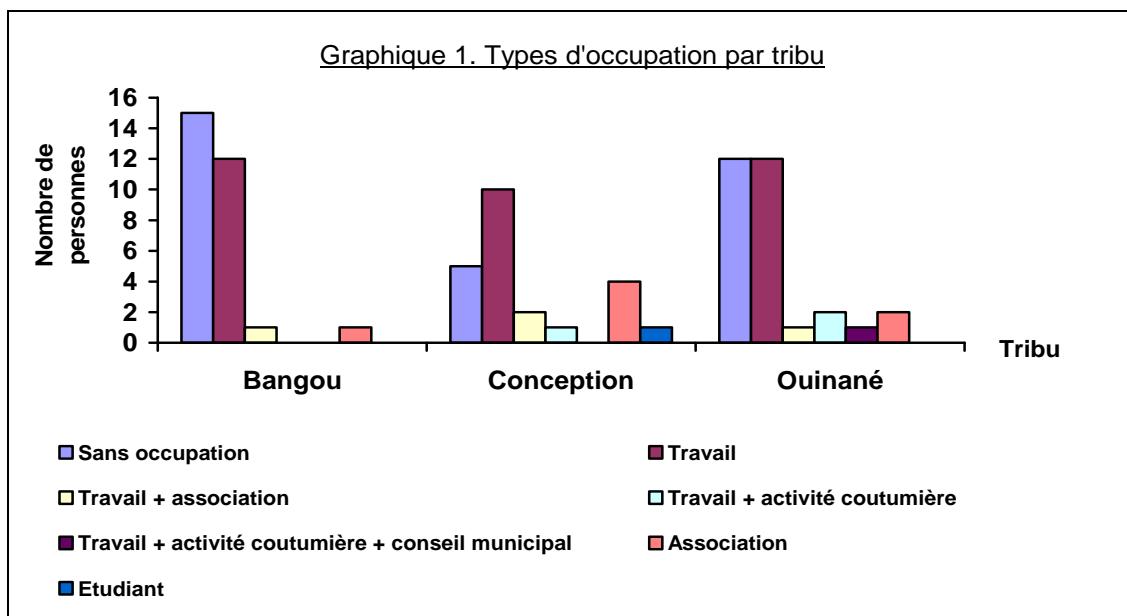
Tribus	Communautés ethniques		
	Mélanésienne	Métisse	Wallisienne
Bangou	22	6	1
Conception	12	11	0
Ouinané	25	5	0
Total	59	22	1

Plus de la moitié des personnes interrogées vivent en couple et un peu moins de $\frac{3}{4}$ ont des enfants ; plus de la moitié d'entre eux a des enfants mineurs.

Parmi les 67 personnes ayant des enfants, plus de la moitié a entre 3 et 6 enfants.

Comme le montre le graphique ci-dessous, d'une manière générale, plus de la moitié des personnes interrogées a une occupation⁴.

⁴ Activité professionnelle, association, activité coutumière, conseil municipal, études.



Concernant les personnes ayant une activité professionnelle, les catégories socioprofessionnelles se retrouvant le plus dans l'enquête sont les ouvriers et les employés avec une nette prédominance d'ouvriers dans la tribu de Ouinané. Par contre, il n'y a qu'un seul agriculteur.

En effet, les habitants des tribus de la Province Sud ont tendance à exploiter leurs terres pour leur propre consommation et celle de leur famille mais n'en font pas leur métier.

Près de ¾ des gens travaillent de façon continue, le reste travaille de façon intermittente ou saisonnière en sachant qu'à la Conception, tous travaillent de façon continue.

Plus de ¾ de la totalité des personnes travaillent à temps complet.

Le tableau 7 nous indique que seules 3 personnes sur les 82 interrogées ne possèdent pas de couverture sociale.

La majorité possède la CAFAT (Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés) et la mutuelle ou l'aide médicale cependant près d'une personne sur 5 ne possède que la CAFAT.

Tableau 7. Répartition des couvertures sociales par tribu

	Bangou	Conception	Ouinané	Total
Bonne couverture sociale :				
* CAFAT+ mutuelle	13	19	11	43
* aide médicale	9	1	12	22
Couverture sociale insuffisante :				
* CAFAT seule	6	3	5	14
Sans couverture sociale	1	0	2	3
Total	29	23	30	82

L’absence de couverture sociale n’est donc généralement pas un frein à l’accès aux soins sauf pour les personnes ne possédant que la CAFAT. (cf. Annexe 5)

En ce qui concerne la façon de se déplacer des habitants, celle-ci ne semble pas représenter un problème de manière globale.

Cependant, des comportements à risque existent puisque certaines personnes avouent conduire sans permis dans la tribu et ses alentours, notamment à Bangou et Ouinané.

2. Itinéraire thérapeutique

A partir de ce paragraphe, les résultats et l’analyse sont synthétisés, néanmoins, j’ai tenu à conserver dans cette partie quelques témoignages de personnes interrogées. Les résultats bruts se trouvent donc en annexe afin d’alléger le rapport. (cf. Annexe 6)

a. Pour la personne adulte interrogée

La densité médicale et les infrastructures sanitaires s’étant fortement développées dans la Province Sud (sauf pour Boulouparis où il n’y a qu’un seul médecin libéral et pas de centre médico-social), on constate une évolution de l’itinéraire thérapeutique des personnes vivant dans les tribus de cette province.

Un phénomène d’urbanisation du Sud par rapport au Nord et aux Iles a probablement changé la mentalité des gens des tribus, une relation de confiance s’est installée entre les médecins et la population, les plantes sont moins disponibles à proximité des habitations ce qui entraîne, au fil du temps, une perte de la tradition et par conséquent, la perte des transmissions des remèdes.

« Ce n'est pas pareil dans toutes les tribus car ici, c'est tout près de Nouméa et il y a tout à portée de main.

La mentalité des gens ici est différente, si on est malade, on va chez le médecin.

En Brousse [dans le Nord], si les gens sont malades, ils vont d'abord voir le guérisseur puis après ils vont chez le médecin ». (Femme de la tribu de la Conception, 48 ans, en couple, 5 enfants, n'ayant aucune activité)

« L'utilisation des plantes se fait pour purger, redynamiser, soigner tout ce qui est spirituel (lié au mauvais esprit ou au mauvais œil).

Ce sont des connaissances qui restent aujourd'hui mais la proximité de la capitale a fait perdre la culture médicinale des plantes.

Il n'y a plus de transmission des remèdes par les vieux, c'est une perte qui se fait au fur et à mesure des générations ». (Homme de la tribu de la Conception, 32 ans, en couple, un enfant, profession intermédiaire)

Les personnes interrogées vont donc principalement chez le médecin libéral si la maladie est ressentie comme importante et utilisent la médecine traditionnelle pour des petits problèmes de santé (coupures, blessures, brûlures superficielles, rhume) ou de manière préventive (purge, protection contre le boucan) et ce, quelque soit le sexe, la couverture sociale et la catégorie socioprofessionnelle.

« J'ai eu un problème au genou un soir, j'ai mis de la glace et de la pommade et le lendemain, je suis allé à l'hôpital.

Je n'ai pas utilisé de plante car ce n'était pas adapté, je savais qu'il fallait voir un médecin, je n'arrivais pas à marcher.

Je ne suis pas allé chez le médecin mais directement à l'hôpital car c'était urgent, je posais à peine le pied par terre.

J'utilise les plantes pour des petites choses : blessures, foulures, purge...

Quand c'est plus grave, je vais chez le médecin ». (Homme de la tribu de la Conception, 38 ans, célibataire, sans enfant, ouvrier)

« On utilise les plantes pour purger le sang sur un ou deux jours en tisane (herbe à piquant), les femmes prennent aussi les feuilles de pervenche quand elles ont leurs règles.

Ça entretient la forme, ça empêche d'être malade et [les infections en cas de blessure]. Il n'y a pas de problème d'infection si le sang est purgé régulièrement.

On peut aussi prendre l'aloès à manger ou à boire au moins 15 jours avant une opération pour favoriser la cicatrisation ». (Femme de la tribu de la Conception, 40 ans, en couple, 3 enfants, employée)

La prévention étant un acte pratiqué dans le milieu mélanésien, il semble tout à fait possible d'aborder ce thème auprès de cette population.

Par ailleurs, les personnes utilisant la médecine traditionnelle pour une maladie ressentie comme importante, le font essentiellement en association avec la médecine occidentale ou pour guérir d'un sort jeté.

b. Pour l'enfant

D'une manière générale, les enfants bénéficient tous de la médecine occidentale lorsqu'ils ont un problème de santé ressenti comme important pour les parents, la médecine traditionnelle étant utilisée pour des petits problèmes, identiques à ceux retrouvés chez les adultes.

Ainsi, on constate à nouveau que la relation de confiance entre le médecin et les gens des tribus se développe puisque ceux-ci sont conscients du risque à utiliser la médecine traditionnelle chez les enfants et sont par conséquent plus prudents.

c. Recours au centre médico-social

Il semblerait que la population ait recours au centre médico-social plus souvent pour des actes de prévention en raison de leur gratuité ou pour des visites ne pouvant s'effectuer que dans le secteur public (permis poids lourd, visites d'embauche, etc.).

Cependant, ce recours restant tout de même faible en ce qui concerne la population interrogée, il serait utile de comprendre pourquoi les gens ne se rendent pas davantage au dispensaire et ne profitent pas plus du déplacement de l'équipe dans la tribu lorsque celle-ci dispose d'une salle de soins.

« C'est dommage que les gens ne viennent pas assez, ne profitent pas du déplacement de l'équipe. Il faut motiver les gens ». (Homme de la tribu de Bangou, 52 ans, en couple, 4 enfants, ouvrier)

3. Perception de la santé et de la maladie

a. Définition de la santé

La quasi-totalité des personnes interrogées définit la santé comme un état de bien-être physique, la plupart y ajoute le fait de pouvoir être actif (profession ou autre activité) ainsi qu'un état de bien-être mental.

On remarque que cette définition se rapproche de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁵.

Les « maladies des Blancs » sont définies comme des maladies pouvant être diagnostiquées et guéries par le médecin mais aussi comme des maladies importées après la colonisation de la Nouvelle-Calédonie.

« La colonie a apporté des maladies qui n'étaient pas soignées par les plantes et le savoir-faire traditionnel donc, pour survivre aux maladies importées, il a fallu se mettre à la médecine européenne ». (Homme de la tribu de la Conception, 32 ans, en couple, un enfant, profession intermédiaire)

Les « maladies kanak » sont définies comme des maladies non diagnostiquées et non guéries par le médecin, pouvant être prises en charge uniquement par un guérisseur et donc liées à un boucan ou une malédiction.

Seule la moitié des personnes interrogées évoque une différence entre « maladies des Blancs » et « maladies kanak » et si l'on se réfère aux catégories de maladies énoncées par Christine Salomon dans le chapitre concernant la conception de la maladie chez les Mélanésiens, on peut supposer que cette différence est plus ressentie dans le Nord de la Nouvelle-Calédonie.

Cependant, il n'a pas été facile pour les gens interrogés de répondre à cette question, les définitions n'ont pas été données de manière spontanée et j'ai moi-même utilisé l'expression « maladies kanak » au lieu de « maladies des Indigènes ».

⁵ Selon l'OMS (1946), la santé se définit comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

b. Définition de la maladie grave

D'une manière générale, la maladie grave est définie comme un affaiblissement physique et plus précisément comme une maladie incurable pouvant aboutir à la mort.

Paradoxalement, plusieurs personnes pensent qu'il est possible de guérir d'une maladie grave.

« *On peut se sortir d'une maladie grave grâce à la médecine traditionnelle mais pour que ça soit efficace, il faut utiliser les bonnes plantes, chacune a sa spécificité. Il faut bien savoir les utiliser.*

Il faut associer les deux médecines pour que ça soit efficace ou si la médecine européenne n'est plus efficace, on utilise la médecine traditionnelle.

Mais on ne dévoile pas les remèdes, il faut que les gens aillent voir les guérisseurs car si les remèdes sont dévoilés, les médicaments n'ont plus de pouvoir car ils sont protégés par les esprits des ancêtres.

Il y a les clans de la mer et les clans de la terre. Chaque clan a son totem et [donc chaque clan a son médicament].

Il y a une perte de connaissance par rapport aux ancêtres et l'utilisation des médicaments [kanak] à cause de l'arrivée des Blancs. Il ne fallait plus utiliser cette médecine ». (Homme de la tribu de Ouinané, 49 ans, en couple, 3 enfants, ouvrier)

Certains pensent qu'il est possible de guérir si la prise en charge de la maladie est précoce, d'autres pensent que cela dépend de la maladie, enfin d'autres pensent que la guérison peut se faire si l'on associe les médecines occidentale et traditionnelle.

Les maladies les plus citées comme des exemples de maladies graves ont été le cancer, le SIDA et le diabète.

c. Ressenti concernant la santé de la personne interrogée

Presque la totalité des personnes vues lors de l'enquête a affirmé qu'elle se sentait en bonne santé parce qu'elle ressentait un bien-être physique et qu'elle pouvait avoir une activité.

L'existence d'une maladie chronique chez certaines personnes ne traduit pas obligatoirement un état de mauvaise santé chez elles en cas de bon suivi médical.

d. Définitions de « soin » et « prévention »

Globalement, la population mélanésienne sait définir le soin et la prévention.

Le témoignage confirme à nouveau l'existence de la prévention dans la médecine traditionnelle.

« La médecine traditionnelle était basée sur la prévention. La médecine européenne devrait développer une coopération avec les guérisseurs.

Avant une grande bouffe, pendant la fête de l'igname par exemple, on se purgeait à l'eau de mer puis on prenait une boisson à base de plantes mais ça s'est perdu ». (Homme de la tribu de la Conception, 57 ans, divorcé, 4 enfants, cadre)

4. Propositions d'amélioration de la santé de la population

a. Propositions d'amélioration faites par les gens

Concernant le quart de personnes ne se sentant pas en bonne santé, la quasi-totalité émet le souhait de l'améliorer et propose d'obtenir un suivi médical et une meilleure hygiène de vie (alimentation et activité physique).

b. Actions de prévention mises en place dans les tribus

La moitié des gens interrogés a eu connaissance d'actions de prévention menées dans sa tribu.

Les thèmes de santé abordés lors de ces actions étaient la dengue, les drogues (alcool et cannabis), les infections sexuellement transmissibles, le dépistage du SIDA et du cancer du col de l'utérus.

Dans l'ensemble, la population a été satisfaite néanmoins, certains ont exprimé d'une part le sentiment d'un manque d'actions, d'autre part, le manque de motivation de la part des jeunes et des hommes des tribus lorsque des actions avaient lieu.

Il serait intéressant que les professionnels essaient de comprendre pourquoi les gens sont si peu intéressés.

Dans ce sens, on peut se demander si les intervenants ont réellement tenu compte des attentes de la population.

Certaines personnes seraient intéressées par des actions mais ne savent pas à qui s'adresser pour les mettre en place.

La majorité de la population souhaiterait avoir plus d'informations et de sensibilisation, plus particulièrement en direction des jeunes des tribus et en partenariat avec les professionnels.

Certains émettent le souhait de cibler les actions en fonction des problèmes rencontrés dans la tribu, d'autres souhaiteraient aborder le thème des drogues et plus particulièrement pour certains l'alcool au volant et enfin une minorité de personnes souhaiterait aborder les thèmes des violences, de l'alimentation des enfants, du diabète et du RAA.

Action d'information et de sensibilisation à la consommation de cannabis organisée par le Conseil des Anciens en 2007 puis appel à une association de la tribu (de jeunes) pour expliquer le danger lié à la consommation de cannabis (souvent mélangé à de l'alcool) : « *C'est très bien car les jeunes font n'importe quoi et les parents ne disent rien, baissent les bras car les jeunes sont agressifs verbalement. Parfois, les vieux ont plus de pouvoir mais parfois non. C'est aux parents de parler aux enfants depuis le début.* Pour cette action, la consommation du cannabis et de l'alcool a baissé pendant 6 ou 8 mois puis cela a recommencé. Il faudrait faire des actions tous les ans sur tous les sujets mais surtout le cannabis avec des professionnels et des gens de la tribu. Mais dans cette tribu, les gens ne bougent pas tellement. Les associations devraient se mettre ensemble pour travailler, en parler ». (Femme de la tribu de la Conception, 49 ans, en couple, 6 enfants, employée et membre d'une association)

« *Ça serait intéressant [qu'il y ait des actions de prévention dans la tribu], il n'y a jamais rien eu, il y a des problèmes : alcool, cannabis, tabac, kava. Dans le nord, les gens des tribus demandent des actions et ici rien est fait, les gens ne demandent pas, ils ne bougent pas alors qu'il y a des problèmes.* On discute de ça, on aimerait bien que ça se fasse mais on ne sait pas à qui s'adresser ». (Femme de la tribu de la Conception, 47 ans, en couple, 5 enfants, ayant une activité professionnelle)

5. Constats et ressenti des personnes interrogées lors de l'enquête

Globalement, les gens semblent satisfaits de l'intérêt porté sur leur mode de vie et leurs perceptions lors de cette enquête.

« C'est intéressant car il y a des questions sur les plantes, sur la manière de vivre des Indigènes.

Le questionnaire peut servir à apporter quelque chose à la tribu.

C'est important qu'à la Province Sud, on [fasse] savoir ce qu'on fait dans la tribu quand on est malade.

Je suis fière de dire que les Mélanésiens ont des plantes pour se soigner aussi ». (Femme de la tribu de la Conception, 49 ans, en couple, 6 enfants, employée et membre d'une association)

Mais on perçoit bien qu'ils attendent quelque chose en retour ; malgré la réticence de quelques personnes, la population accepte d'être interrogée mais les professionnels se doivent de lui apporter le résultat de ce qui a été fait et de permettre ainsi une ouverture et une écoute envers ce qu'elle souhaite exprimer.

« Ce serait bien qu'il y ait des actions mais il faut d'abord discuter avec les gens, apprendre à les connaître, comprendre comment ils fonctionnent.

Parfois, les gens ne veulent pas discuter, ils ont peur qu'on vienne les examiner sous toutes les facettes. Ils se demandent à quoi ça va servir.

De plus, ils ne voient pas toujours les résultats ». (Homme de la tribu de la Conception, 57 ans, divorcé, 4 enfants, cadre)

G. Discussion

La population des tribus de la Province Sud utilise finalement de plus en plus la médecine occidentale tout en conservant la médecine traditionnelle dans certains cas ce qui paraît essentiel pour une préservation de leur tradition culturelle.

Il apparaît d'ailleurs que les gens associent souvent les médecines occidentale et traditionnelle.

Une relation de confiance s'étant établie au fil du temps entre ces deux mondes, il me paraît important de tout mettre en œuvre si l'on souhaite renforcer ce lien et travailler ensemble pour un meilleur état de santé de la population.

Après l'analyse de cette enquête, on s'aperçoit que les gens des tribus savent définir le soin et la prévention et qu'ils ont bien intégré l'intérêt d'un bon suivi médical et d'une bonne hygiène de vie pour améliorer leur état de santé.

Bien que de nombreux programmes soient mis en place en Nouvelle-Calédonie (lutte contre le RAA, prévention et soins en addictologie, lutte contre le diabète, prévention de pathologies liées aux surcharges pondérales, dépistage du cancer du sein, hygiène bucco-dentaire, VIH/SIDA, tuberculose, hygiène-environnement), de véritables problèmes de santé publique persistent au sein de certaines populations, notamment la population mélanésienne.

La question n'est donc pas de se demander si ces programmes sont justifiés puisqu'ils correspondent à des problèmes réellement identifiés mais plutôt de se demander si les modes d'intervention utilisés sont les plus adaptés.

Plusieurs interrogations peuvent ainsi se poser :

- ◆ puisque la population mélanésienne utilise depuis longtemps la prévention dans son mode de vie traditionnel, pourquoi n'arrivons-nous pas à les intéresser davantage lorsque des actions sont menées ?
- ◆ pourquoi certaines personnes ont l'impression qu'aucune action n'est menée dans leur tribu ?
- ◆ par rapport à cela, tenons-nous suffisamment compte de leurs attentes, de leurs besoins exprimés ?
- ◆ pourquoi la population semble préférer se rendre chez le médecin libéral plutôt qu'au centre médical ?
- ◆ pourquoi cette même population ne profite pas plus du déplacement de l'équipe du centre médico-social en tribu lorsque celle-ci dispose d'une salle de soins ?
- ◆ face à des pathologies telles que le RAA, la tuberculose, face à une mortalité périnatale plus élevée et face à des problèmes tels que les violences, comment devons-nous agir pour amener la population à prendre conscience de ces problèmes ?

IV. Propositions d'actions

Face à ces différents constats et les interrogations posées, des propositions d'actions ont ainsi été suggérées.

Celles-ci devront ensuite être étudiées par les responsables de la DPASS. Les acteurs concernés n'ont donc pas été contactés et le budget n'a pas été établi. Ce travail se fera dans une prochaine étape en fonction de la validation des propositions par les responsables.

Pour répondre à l'objectif général de ce projet, les propositions suivantes correspondent à des actions de santé communautaire.

De ce fait, il m'a semblé utile de rappeler dans un premier temps en quoi consiste la santé communautaire, les propositions sont ainsi développées dans un deuxième paragraphe.

A. Modes d'intervention communautaire

Sur le plan international, le concept de santé communautaire a surtout été relayé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à travers la charte d'Ottawa (1986) et la promotion de la santé qui mettaient en avant la participation des populations à la gestion de leur santé. (cf. Annexe 7)

Les principales caractéristiques de la stratégie de santé communautaire peuvent se définir de la manière suivante :

- ◆ un ensemble d'habitants ou groupe, réuni(s) pour un problème, un objectif, une situation communs pour les actions à construire ;
- ◆ l'établissement d'un diagnostic communautaire : identification des problèmes, des besoins et des ressources ;
- ◆ la participation de tous les acteurs concernés : experts, professionnels, administratifs, politiques, usagers.

Cela implique donc de :

- ◆ prendre en compte les attentes de la population, ses représentations, sa culture ;
- ◆ faire participer la population à tous les niveaux du processus des actions ;
- ◆ privilégier l'approche transversale pour permettre la participation de tous les acteurs concernés ;
- ◆ solliciter un partenariat ;

- ♦ permettre le partage de savoirs et de savoirs faire.

B. Propositions

1. Promotion de la santé communautaire

a. Retour de l'enquête auprès de la population

- ❖ Objectif général : Tenter d'établir une relation de confiance avec la population par la diffusion des résultats de l'enquête dans les trois tribus concernées.
- ❖ Objectifs spécifiques :
 - ♦ Prendre en considération la population interrogée ;
 - ♦ Permettre une ouverture et une écoute envers ce que la population souhaite exprimer ;
 - ♦ Prendre en compte les éventuelles attentes de la population.
- ❖ Délai : Avant fin décembre 2008 (à déterminer avec les différents partenaires).
- ❖ Méthode :
 - ♦ Rencontre des différents responsables coutumiers et des partenaires ;
 - ♦ Geste coutumier ;
 - ♦ Organisation de la rencontre (sous forme de réunion / débat).
- ❖ Lieu de rencontre : Maison Commune de chaque tribu.
- ❖ Population cible : Population des tribus enquêtées : Bangou, la Conception, Ouinané.
- ❖ Intervenant : Enquêtrice (moi-même).
- ❖ Partenaires : Un professionnel de chaque centre médico-social (sauf à Ouinané puisqu'il n'y en a pas), un professionnel du Bureau d'Education Sanitaire et de Promotion de la Santé (BESPS), la Chefferie, personnes ressources ayant participé à la réalisation de l'enquête.
- ❖ Ressources matérielles : Ordinateur portable, vidéoprojecteur, écran, tables, chaises.
- ❖ Indicateurs d'évaluation :
 - ♦ Nombre de participants dans chaque tribu ;
 - ♦ Nombre de professionnels ayant assisté à la diffusion ;
 - ♦ Degré de satisfaction de la rencontre ;
 - ♦ Degré de participation au débat ;
 - ♦ Existence des besoins exprimés par la population.

b. Borne interactive d'informations

L'idée, pour cette proposition, est d'utiliser un support multimédia représentant un grand intérêt chez les jeunes et valorisant à réaliser.

- ❖ Objectif général : Organiser un concours de création d'une borne interactive d'informations sur différents thèmes sanitaires et sociaux par les jeunes des tribus.
- ❖ Objectifs spécifiques :
 - ◆ Valoriser les compétences des jeunes (savoir et savoir faire) ;
 - ◆ Développer de nouvelles compétences en y associant le caractère ludique ;
 - ◆ Responsabiliser les jeunes ;
 - ◆ Permettre une liberté d'expression ;
 - ◆ Amener les jeunes à une prise de conscience de leurs comportements à risque ;
 - ◆ Répondre aux questions que se posent les jeunes sur la santé en respectant leur anonymat.
- ❖ Délai : 2009.
- ❖ Méthode :
 - ◆ Proposition du projet au service du Développement Social Urbain (DSU) de la mairie, au responsable coutumier de la tribu, au lycée avec une section BTS informatique ;
 - ◆ Choix des étudiants voulant participer au concours ;
 - ◆ Inscription des jeunes des tribus au concours ;
 - ◆ Remise des prix à tous les groupes participants avec un classement.
- ❖ Lieu : Maison des jeunes des tribus de Païta.
- ❖ Population cible : Jeunes des tribus de Païta.
- ❖ Intervenants :
 - ◆ DPASS ;
 - ◆ Etudiants en informatique.
- ❖ Partenaires :
 - ◆ DSU mairie ;
 - ◆ Un lycée avec une section BTS informatique.
- ❖ Ressources matérielles : Matériel informatique et accès à internet.

❖ Indicateurs d'évaluation :

- ◆ Nombre de jeunes ayant participé au concours ;
- ◆ Nombre d'étudiants ayant accepté de participer la création de la borne ;
- ◆ Nombre de bornes installées ;
- ◆ Nombre d'utilisateurs de la borne ;
- ◆ Nombre et type de thèmes abordés par les jeunes.

❖ Perspectives : Possibilité de faire évoluer cette borne sur d'autres thèmes en fonction des attentes des jeunes (emploi, formations, loisirs...) et d'installer une borne dans d'autres tribus.

c. Formation des professionnels à l'approche communautaire

Si l'on souhaite développer des actions de santé communautaire auprès de la population, il serait logique de permettre aux professionnels sanitaires et sociaux intéressés par cette méthode d'acquérir quelques notions de base dans ce domaine.

Dans cette optique, le Chef de service du BESPS a émis le projet d'organiser une formation en direction de ces professionnels.

Ainsi, en association avec le Chef de service, les étapes de ce projet de formation ont été définies de la manière suivante :

❖ Objectifs généraux :

- ◆ Promouvoir la santé communautaire auprès des professionnels sanitaires et sociaux ;
- ◆ Harmoniser les méthodes des différents acteurs de terrain.

❖ Objectifs spécifiques :

- ◆ Réfléchir à l'approche adoptée actuellement envers la population dans le domaine sanitaire et social ;
- ◆ Définir les concepts de santé et de santé communautaire (charte d'Ottawa) ;
- ◆ Se familiariser avec le mode de vie, la culture, les représentations de la santé des différentes communautés ethniques du pays ;
- ◆ Etre capable d'identifier leurs problèmes spécifiques ;
- ◆ Travaux pratiques : élaborer une action de santé communautaire, la présenter et l'évaluer.

❖ Délai : 2010.

❖ Méthode :

- ◆ Formation de deux ou trois jours ;
- ◆ Une journée d'évaluation à distance de la formation (dans un délai de six mois) ;
- ◆ Soutien technique et méthodologique à la mise en œuvre des projets à prévoir après la formation.

❖ Lieu de formation : Salle de réunion de la DPASS.

❖ Population cible :

- ◆ DPASS : BESPS, ESpace de Prévention, d'Accompagnement et de Soins – Centre Médical Polyvalent (ESPAS-CMP), Protection Maternelle et Infantile (PMI), éducateurs spécialisés, centres médico-sociaux, différents services du secteur médico-social, service de l'aide médicale ;
- ◆ DASSNC ;
- ◆ Agence Sanitaire et Sociale ;
- ◆ Associations en lien avec la santé ;
- ◆ Communes : DSU des mairies, Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS).

❖ Intervenants : Chef de service du BESPS, Sous-directeur à la Santé Publique, Anthropologue.

❖ Partenaires : **Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS)** pour ses connaissances de la santé communautaire dans le Pacifique, Chef de projets en politiques de santé.

❖ Ressources matérielles : Tables, chaises, tableau blanc, marqueurs, ordinateur portable, vidéoprojecteur, écran.

❖ Indicateurs d'évaluation :

- ◆ Nombre de participants ;
- ◆ Mesure de la satisfaction des participants ;
- ◆ Nombre de projets communautaires mis en œuvre dans un délai de deux ans.

d. Création d'un réseau

- ❖ Objectif général : Créer un réseau dans le but de mettre en commun le travail et les idées des différents membres pour une meilleure efficacité de la prise en charge et de l'accompagnement de la population des tribus.
- ❖ Objectifs spécifiques :
 - ◆ Identifier ensemble les problèmes, besoins et attentes de la population ;
 - ◆ Partager les informations obtenues par un service concernant la population ;
 - ◆ Permettre le partage de savoirs et de savoirs faire ;
 - ◆ Valoriser la complémentarité des compétences.
- ❖ Délai : avant fin 2010.
- ❖ Méthode :
 - ◆ Prise de contact avec les différents acteurs concernés ;
 - ◆ Proposition du projet ;
 - ◆ Création d'un comité de pilotage avec les personnes intéressées.
- ❖ Lieux de rencontre : Salles de réunion de la DPASS, de la Province Sud, de la CPS, des mairies.
- ❖ Membres du réseau :
 - ◆ DPASS : BESPS, ESPAS-CMP, PMI, éducateurs spécialisés, centres médico-sociaux, différents services du secteur médico-social, service de l'aide médicale ;
 - ◆ DASSNC ;
 - ◆ Agence Sanitaire et Sociale ;
 - ◆ Associations en lien avec la santé ;
 - ◆ Médiateurs provinciaux ;
 - ◆ Médecins libéraux ;
 - ◆ Communes : DSU des mairies, CCAS ;
 - ◆ Agents de santé communautaire (s'ils sont mis en place dans un prochain projet) ;
 - ◆ Tribus : Responsables coutumiers, représentant du Conseil des Anciens, personnes relais, associations ;
 - ◆ CPS ;
 - ◆ Gendarmerie.

❖ Ressources matérielles : Tables, chaises, tableau blanc, marqueurs, ordinateur portable, vidéoprojecteur, écran.

❖ Indicateurs d'évaluation :

- ◆ Nombre d'institutions adhérentes ;
- ◆ Nombre de professionnels adhérents (de chaque institution) ;
- ◆ Nombre de problèmes et besoins identifiés par les professionnels du réseau ;
- ◆ Nombre de besoins exprimés par la population adhérant au réseau ;
- ◆ Nombre d'actions mises en place par le réseau ;
- ◆ Enquête de satisfaction de la population par rapport aux actions du réseau.

e. Mise en place d'agents de santé communautaire

❖ Objectif général : Permettre l'établissement d'un lien entre les professionnels de santé et la population pour favoriser l'amélioration de la santé de la population.

❖ Objectifs spécifiques :

- ◆ Contribuer à faire connaître et utiliser les services de santé au sein de la communauté ;
- ◆ Favoriser un rôle d'écoute et de recueil des attentes de la population ;
- ◆ Expliquer dans un langage simple les termes médicaux parfois difficiles à comprendre pour la population ;
- ◆ Traduire en langue vernaculaire les affiches, dépliants et autres supports écrits de prévention ou de promotion de la santé pour les personnes ayant des difficultés à comprendre le français ;
- ◆ Rendre compte à l'équipe médico-sociale des problèmes rencontrés ;
- ◆ Participer aux actions de promotion de la santé et de prévention ;
- ◆ Effectuer les gestes de premiers secours.

❖ Délai : Avant fin 2013.

❖ Méthode :

- ◆ Proposition du projet à tous les partenaires concernés ;
- ◆ Recrutement d'un ou deux agents par **district coutumier** (en fonction du nombre de tribus et du nombre de résidents) avec l'aide des partenaires ;

- ◆ Détermination d'un cadre afin de délimiter chaque rôle (celui des agents de santé communautaire et celui des professionnels de la santé et du social) ;
- ◆ Formation des agents : hygiène, calendrier vaccinal, formation aux premiers secours ;
- ◆ Rencontre avec les professionnels de la santé et du social tous les 15 jours.

❖ Lieu :

- ◆ Formation : Ecole des Sapeurs-Pompiers de Nouvelle-Calédonie ;
- ◆ Exercice : visites à domicile.

❖ Population cible : Personnes issues de la tribu.

❖ Intervenants :

- ◆ DPASS : Equipes médicales et paramédicales, éducateurs du BESPS ;
- ◆ Pompiers formateurs.

❖ Partenaires : Centres médico-sociaux, médecins libéraux, école des sapeurs-pompiers, responsables coutumiers, associations et personnes ressources des tribus.

❖ Ressources matérielles : Téléphone portable pour chaque agent, fournitures de bureau (bloc-notes, stylos...), trousse de secours, dépliants de prévention et de renseignements sur les services médico-sociaux.

❖ Ressources financières : Contrats de travail et salaires à établir par la Direction des Ressources Humaines de la Province Sud, indemnités kilométriques à prévoir pour le déplacement des agents.

❖ Indicateurs d'évaluation :

- ◆ Nombre d'agents recrutés ;
- ◆ Nombre de passages des agents dans les tribus ;
- ◆ Nombre de problèmes exprimés par la population aux agents ;
- ◆ Nombre d'actions réalisées avec les agents et les professionnels sanitaires et sociaux ;
- ◆ Enquête de satisfaction de la population concernant l'activité des agents ;
- ◆ Evaluation de la satisfaction du personnel médico-social.

2. Amélioration de l'offre de soins

Cette dernière proposition ne correspond pas à des actions de santé communautaire telles que définies précédemment cependant, pour pouvoir mettre en place de telles actions, il me semble indispensable que l'offre de soins soit suffisante et de bonne qualité quelque soit le territoire concerné.

➤ Enquête de satisfaction dans chaque centre médico-social

Ce projet, établi par la Sous-direction à la santé publique et la cellule épidémiologie est déjà en cours à Païta à la demande du médecin responsable du centre médico-social mais il serait utile par la suite de le développer dans les autres communes.

- ❖ Objectif général : Identifier les raisons incitant la population à utiliser le centre médico-social ou le secteur libéral.
- ❖ Objectifs spécifiques :
 - Concernant les utilisateurs du centre médico-social :
 - Connaître la représentation des personnes concernant le rôle du centre médico-social et celui du médecin libéral ;
 - connaître le degré de satisfaction de la population concernant :
 - l'accueil ;
 - le temps d'attente ;
 - la qualité des soins et des consultations médicales ;
 - la qualité des informations ;
 - les visites en tribu :
 - existence d'une salle de soins ;
 - dates et fréquence de passage de l'équipe médicale ;
 - états des locaux, salle d'attente ;
 - identifier les attentes de la population.
 - Concernant les utilisateurs du secteur libéral :
 - Connaître la représentation des personnes concernant le rôle du centre médico-social et celui du médecin libéral ;
 - connaître le degré de satisfaction de la population concernant :
 - l'accueil ;
 - le temps d'attente ;

- la qualité des consultations médicales ;
- la qualité des informations.

❖ Délai : 2009.

❖ Méthode :

- ◆ Elaboration d'un questionnaire de satisfaction ;
- ◆ Choix de l'échantillon par tirage au sort ;
- ◆ Entretiens guidés en face à face.

❖ Lieu : A domicile.

❖ Population cible : Patients du centre médico-social et patients du secteur libéral.

❖ Enquêteurs : Etudiants de l'Ecole de Gestion et de Commerce (EGC).

❖ Partenaires : Equipes médicales et paramédicales de la DPASS, médecins libéraux, Ecole de Gestion et de Commerce.

❖ Ressource matérielles : Exemplaires de questionnaires, stylos.

❖ Ressources financières : Rémunération des enquêteurs à prévoir avec l'Ecole de Gestion et de Commerce, devis à soumettre.

❖ Indicateurs d'évaluation :

- ◆ Nombre de personnes ayant accepté de répondre au questionnaire ;
- ◆ Nombre et type d'attentes et de problèmes exprimés ;
- ◆ Nombre et types d'actions mises en place par les professionnels pour répondre aux attentes (à plus long terme).

V. Analyse critique

A. Compétences utilisées et acquises

La réalisation de ce projet m'a permis d'utiliser les compétences acquises en méthodologie de projet bien que j'ai préféré utiliser une méthodologie plus spécifique à la santé publique.

De plus, j'ai dû réaliser pour la première fois une enquête qualitative et malgré les difficultés rencontrées, cela m'a permis de me familiariser avec cette méthode ainsi qu'avec le logiciel d'analyse, qui, je le pense, seront utilisés à de nombreuses reprises dans mon travail.

Enfin, j'ai pu approfondir mes connaissances sur le concept de santé communautaire qui me semble être une méthode d'intervention intéressante à développer en Nouvelle-Calédonie.

B. Difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de ce projet.

1. Données démographiques

Compte tenu de l'absence de la question concernant les communautés ethniques présentes en Nouvelle-Calédonie lors du dernier recensement, il a été difficile d'obtenir des renseignements précis sur la répartition ethnique dans le pays et plus particulièrement dans les tribus.

Cependant, l'enquête ayant été faite dans la Province Sud, les données recueillies n'ont certainement pas été trop faussées puisque la majorité des habitants des tribus de cette province est Mélanésienne.

Cette difficulté aurait probablement été majorée si l'enquête s'était faite à la Province des Iles où l'on ne trouve que des tribus et donc différentes communautés ethniques.

2. Tribus enquêtées

Concernant le choix des tribus à enquêter, celui-ci a souvent été modifié et les critères établis au départ n'ont pas pu être respectés pour des raisons multiples.

La tribu proche du centre médico-social, se trouvant sur une île de la Province Sud devait être la tribu de Vao à l'Ile des Pins.

Mais, l'enquête ayant eu lieu en période de campagne municipale, je n'ai pu réaliser ce travail pour des raisons politiques.

Le choix de la tribu difficilement accessible et éloignée du centre médico-social devait se porter sur la tribu de Petit Borendy (commune de Thio).

Cependant, en raison du mauvais temps persistant à cette période, il m'a été impossible de m'y rendre.

Seule la tribu de Bangou a répondu aux critères définis.

3. Personnes enquêtées

Le nombre établi de personnes à interroger n'a pas été atteint dans la tribu de Bangou où il m'a manqué un homme et à la tribu de la Conception où il m'a manqué 7 hommes.

Ceci peut s'expliquer de différentes manières :

- ♦ les personnes n'étaient pas forcément disponibles en raison de leur travail ;
- ♦ les personnes ressources ne voulaient pas se rendre chez les gens en soirée ;
- ♦ certains ont refusé par crainte de propagande politique en raison des élections municipales ;
- ♦ d'autres ont exprimé leur refus auprès de la personne ressource sans que j'en connaisse la raison.

4. Analyse de l'enquête

L'analyse de l'enquête n'a pas été facile à réaliser et j'ai dû m'y reprendre à plusieurs reprises, ce qui m'a conduit au changement de l'échéancier prévu initialement.

Mes difficultés ont été dues :

- ♦ à un manque de maîtrise de cette phase ;
- ♦ à un manque de la cellule épidémiologique, peu habituée aux enquêtes qualitatives et ne possédant pas de logiciel adapté à ce type d'enquêtes (logiciel Epi Info utilisé).

J'ai finalement choisi d'acheter le logiciel Sphinx en attendant que la DPASS puisse l'obtenir.

C. L'enquête qualitative

1. Bénéfices

L'enquête qualitative possède des bénéfices importants.

Elle permet en effet :

- ♦ la libre expression des gens interrogés ;
- ♦ leur ressenti sur diverses thématiques ;
- ♦ le recueil de témoignages de vie ou de pratiques intéressants ;
- ♦ une meilleure compréhension du mode de vie des personnes enquêtées.

2. Limites

Néanmoins, cette méthode comporte aussi des limites à ne pas négliger.

Lors des entretiens, plusieurs biais sont possibles:

- ♦ l'enquêteur ne doit pas induire les réponses de l'enquêté par ses questions ;
- ♦ ce qui est dit par l'enquêté n'est pas toujours le reflet de ses actes ; la personne peut se sentir observée et jugée et dans ce cas, elle aura tendance à répondre ce que l'enquêteur veut entendre, ce qu'il attend d'elle.

Conclusion

La DPASS est essentiellement un ensemble de services d'interventions de proximité servant, en particulier, les populations les plus en difficulté et démunies ou les plus vulnérables en matière de risques sanitaires ou de protection sociale et éducative.

Mon rôle, au sein de cet organisme, a été de répondre à la commande de la direction, laquelle était la conceptualisation des modes d'intervention communautaire dans les tribus de la Province Sud dans l'objectif d'améliorer la situation sanitaire de la population, d'améliorer son accès aux soins et lui permettre de s'approprier le message préventif.

Les éléments recueillis lors de l'enquête ont permis de comprendre que les méthodes d'intervention utilisées auprès de cette population n'étaient peut-être pas adaptées.

C'est pourquoi, des actions basées sur le concept de santé communautaire ont été proposées, lesquelles permettront de mieux connaître la population, de comprendre son mode de vie, d'instaurer une véritable relation de confiance et de répondre à ses attentes.

Ainsi, l'étude et la validation de certaines de ces propositions d'actions ouvriront peut-être un nouveau champ d'actions non seulement en direction de la population des tribus mais également en direction d'autres populations en situation de difficulté sanitaire ou sociale.

Bibliographie

1. Christnacht A. La Nouvelle-Calédonie. Paris: La documentation Française; 2004. (Notes et études documentaires; 5184-85).
2. La documentation Française. (page consultée le 21/01/08). Les collectivités territoriales, [en ligne]. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/>
3. Institut de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 23/01/08). Population-Société : Santé, [en ligne]. <http://www.isee.nc/tec/popsociete/santgeneral.html>
4. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2005 - 2006. Nouméa; 2007. Rapport n°21.
5. Province Sud de la Nouvelle-Calédonie. Rapport d'activité 2006 des directions de la Province Sud de la Nouvelle-Calédonie. Nouméa; 2007.
6. Carteron B. Identités culturelles et sentiments d'appartenance en Nouvelle-Calédonie : Sur le seuil de la maison commune. Paris: L'Harmattan; 2008.
7. Dubelle P. Approche de la médecine traditionnelle en milieu mélanésien. Ponerihouen; 1989.
8. Buruoa M. De la connaissance des mélanésiens à une approche anthropologique du soin infirmier [Mémoire de Cadre infirmier]. Pau: Ecole de cadres infirmiers du centre hospitalier; 1989.
9. Klein F. La perception du corps. In: Filippi O, éditeur scientifique. Chroniques du pays kanak – Gestes. Nouméa: Planète Mémo; 1999. p. 132-133.
10. Vilayleck M. L'homme, creuset des mondes physique, social et mystique. In: Filippi O, éditeur scientifique. Chroniques du pays kanak – Gestes. Nouméa: Planète Mémo; 1999. p. 134-135.

11. Salomon C. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. Paris: Presses Universitaires de France (PUF); 2000. (Ethnologie). Publié avec le concours de l'INSERM.
12. Ledos PH, Cerba O, Eono P. Dépistage échographique systématique des cardites post rhumatismales en milieu scolaire en Province Sud. Nouméa: 2006. Commandité par la Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale.
13. Civardi JM (Lieutenant Colonel). Alcool et violences : les constats de la Gendarmerie Nationale. Bulletin Médical Calédonien et Polynésien. 2005 Nov;40(43):6-9.

Glossaire

Chef : Dans le milieu mélanésien, il existe des *Grands Chefs* et des *Petits Chefs* :

- *Grand Chef* : A la tête du district, on trouve un Grand Chef qui est donc l'autorité la plus élevée dans la hiérarchie tribale.

- *Petit Chef* : Le Chef (ou Petit Chef) est la seconde autorité de la tribu après le Grand Chef, hormis pour les tribus indépendantes où il est l'autorité principale. Dans certaines tribus, il n'y a pas de Chef ou Petit Chef ; dans ce cas, c'est le Grand Chef s'il réside dans la tribu qui assure cette fonction. (8)

Conseil des Anciens : Assiste le Petit Chef et le Grand Chef et règle, selon la coutume, la plupart des problèmes et des activités de la vie de groupe.

District coutumier : Zone géographique comprenant plusieurs tribus ; il peut y en avoir plusieurs par commune.

Geste coutumier : Geste rituel consistant à effectuer un don en signe de respect, de remerciement ou de demande d'autorisation. On apporte généralement un morceau de tissu, de l'argent, du tabac ou de la nourriture.

Kanak : Vient du terme polynésien « *kanaka* » signifiant « *homme* ». Désigne les Mélanésiens de Nouvelle-Calédonie. L'orthographe invariable du mot a été imposée par le mouvement indépendantiste. (6)

Maison Commune : Bien public de la commune mis à disposition du Conseil des Anciens de la tribu. C'est un espace permettant les rencontres et les réunions coutumières ; c'est aussi le lien entre l'action publique et l'organisation coutumière.

Mortalité périnatale : Taux de mortalité comprenant les mort-nés et les décès néonatals de 0 à 27 jours révolus. (4)

Rhumatisme articulaire aigu (RAA) : Conséquence possible de mécanisme probablement auto-immun dans les suites d'une angine bactérienne due au streptocoque bêta hémolytique du groupe A. Il touche majoritairement les enfants et les adolescents et représente une pathologie dont les conséquences sont particulièrement lourdes sur le plan médical, humain, social et économique. (4)

Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) : Organisation bilingue qui travaille en partenariat avec les autres organisations régionales et internationales et les partenaires de développement dans le but de servir les pays et territoires et de les aider à devenir une communauté plus sûre et prospère où les gens sont en bonne santé, sont éduqués et gèrent leurs ressources de façon économiquement et socialement durable.

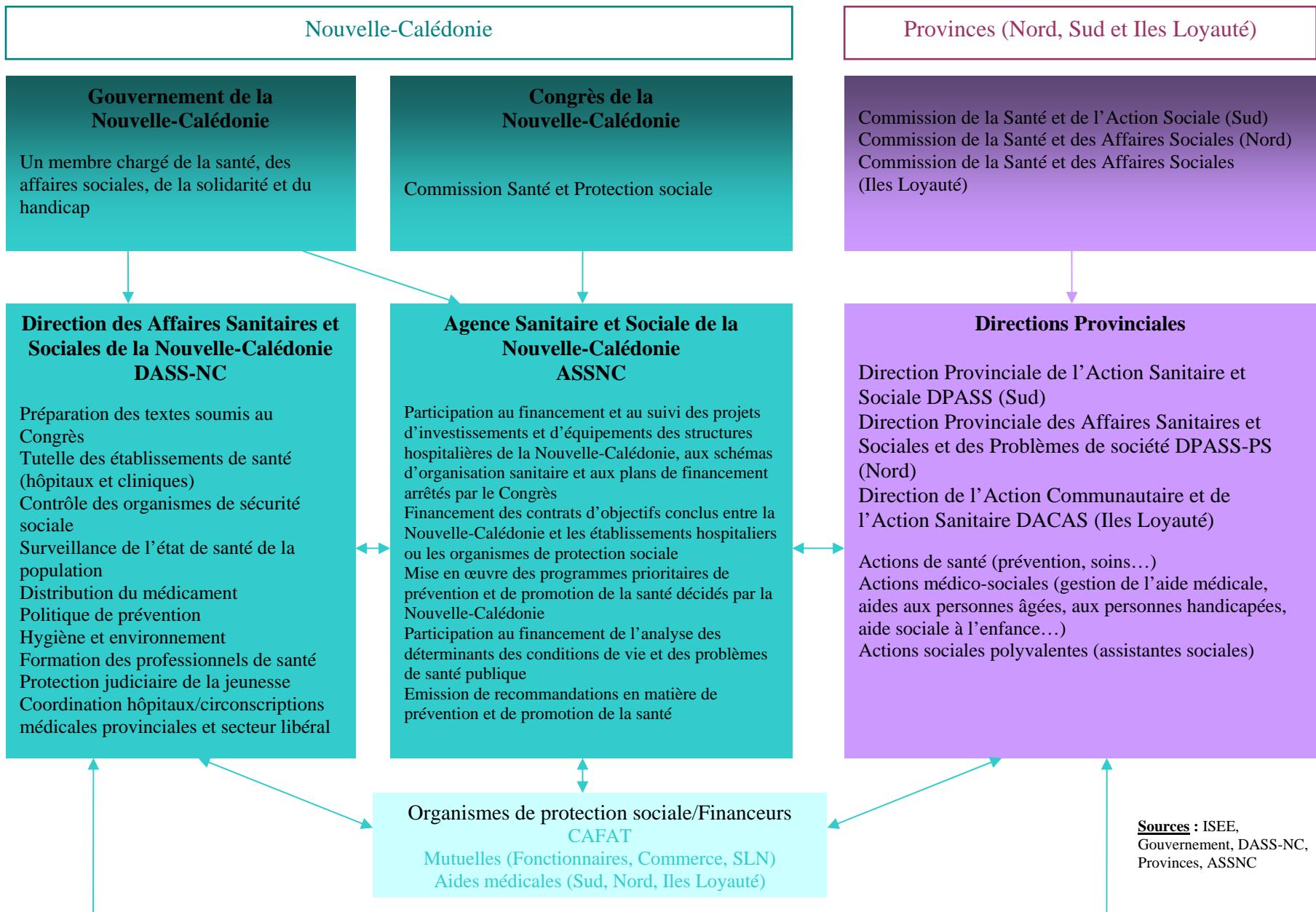
La CPS administre des programmes dont bénéficient 22 États et territoires insulaires du Pacifique.

Sui generis : Terme latin de droit signifiant « *de son propre genre* ». Cela qualifie une situation juridique dont la singularité prévient tout classement dans une catégorie déjà répertoriée et nécessite de créer des textes spécifiques.

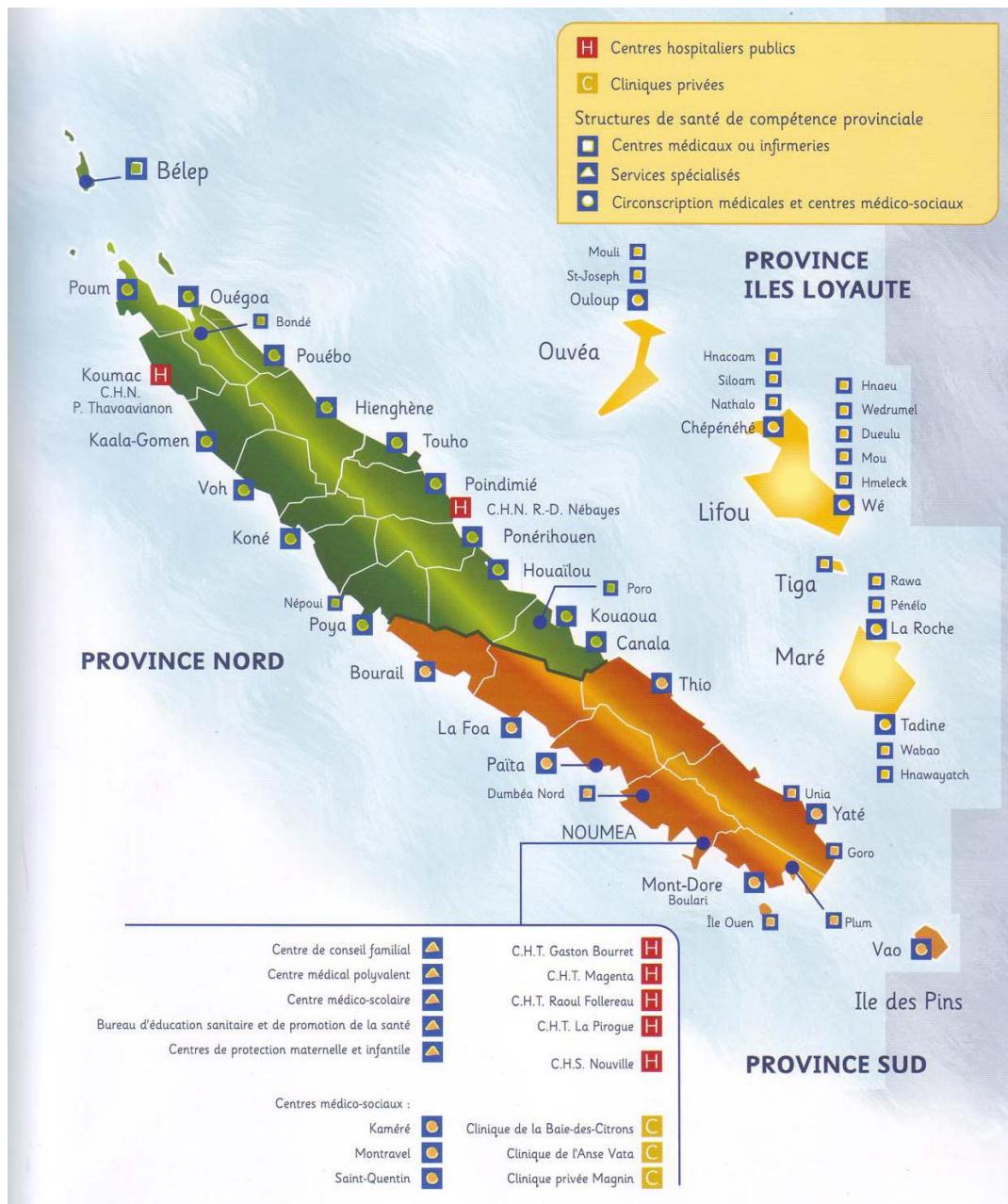
Totem : Représentation des esprits ancestraux ; il peut appartenir au monde animal (requin, lézard, etc.), au monde végétal (bananier, kaori, etc.) ou être représenté par des éléments naturels (tonnerre, soleil, etc.). (8)

Annexes

Annexe 1 : Intervenants en matière d'action sanitaire et sociale en Nouvelle-Calédonie



Annexe 2 : Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie



Source : Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2005-2006, DASSNC

Annexe 3 : Missions de la Direction Provinciale de l’Action Sanitaire et Sociale (DPASS)

1. Actions médico-sociales

Orientation et mise en œuvre des politiques médico-sociales en direction des enfants et les familles, les personnes âgées, les personnes handicapées, les populations en situation de précarité notamment les publics relevant du dispositif Centre d’Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

2. Santé publique

Assurance de l'accès aux soins et des actions de prévention en matière de santé publique, en priorité vers les publics les plus fragilisés.

Les missions sont de :

- ♦ garantir un égal accès aux dispositifs de prévention et de soins de qualité dans les structures ;
- ♦ développer la prévention primaire et secondaire, et l'éducation pour la santé ;
- ♦ améliorer la qualité de vie des habitants de la Province Sud, des patients et de leur entourage.

Elle a en charge :

- ♦ les centres médico-sociaux (communément appelés « dispensaires ») : médecine curative, prévention et accompagnement, social ;
- ♦ les services de santé publique de la famille : protection maternelle, protection infantile, centre médico-scolaire et centre de consultation familiale ;
- ♦ le centre médical polyvalent ;
- ♦ le bureau d'éducation sanitaire et de promotion de la santé.

3. Action sociale

Accueil et accompagnement de proximité des publics fragilisés par les assistants sociaux.

Annexe 4 : Questionnaire individuel (1)

Questionnaire individuel

1 / Lieu de résidence :

- Résidiez-vous dans la tribu ?.....Oui Non
- Si oui, depuis combien de temps ?.....
- Appartenez-vous à la tribu ?Oui Non
- Appartenez-vous à une autre tribu ?Oui Non

2 / Sexe :

Masculin

Féminin

3 / Quel âge avez-vous ?.....

4 / Où êtes-vous né(e) ?

5 / A quelle communauté ethnique :

- appartenez-vous ?.....
- vous sentez-vous appartenir ?.....

6 / Vivez-vous actuellement en couple ?Oui Non

7 / Avez-vous des enfants ?Oui Non

Si oui,

- Combien en avez-vous?.....

8 / Avez-vous une activité ?Oui Non

Si oui,

- Quel type d'activité avez-vous ?.....

- Si vous travaillez, quelle profession exercez-vous ?.....

- Exercez-vous cette profession ?

- De façon continue
- De façon intermittente ou saisonnière
- De façon exceptionnelle
- A temps complet
- A mi-temps

- Si vous êtes étudiant(e) ou apprenti(e),

- Dans quel domaine ?.....
- Dans quelle commune ?.....

Annexe 4 : Questionnaire individuel (2)

9 / Est-ce facile pour vous de vous déplacer ?.....Oui Non Parfois
Pourquoi ?.....

10 / Avez-vous une couverture sociale ? Oui Non
Si oui, laquelle ?.....

11 / La dernière fois que vous vous êtes senti malade,

- Qu'avez-vous fait ? (Donnez vos réponses par ordre de priorité s'il y en a plusieurs)

- Vous vous êtes rendus au dispensaire.....
 - Vous êtes allés chez le médecin libéral.....
 - Vous avez utilisé la médecine traditionnelle.....
 - Vous avez attendu que ça passe.....
 - Vous avez pris des médicaments de votre pharmacie personnelle.....
 - Vous avez utilisé une autre solution.....

Laquelle.....

- Pourquoi avez-vous fait ce choix ?.....

Annexe 4 : Questionnaire individuel (3)

12 / Si vous avez un ou des enfant(s), la dernière fois que votre enfant ou un de vos enfants s'est senti malade,

- Qu'avez-vous fait ? (Donnez vos réponses par ordre de priorité s'il y en a plusieurs)

- Vous vous êtes rendu au dispensaire.....
 - Vous êtes allé chez le médecin libéral.....
 - Vous avez utilisé la médecine traditionnelle.....
 - Vous avez attendu que ça passe.....
 - Vous avez pris des médicaments de votre pharmacie personnelle.....
 - Vous avez utilisé une autre solution.....
 - Laquelle.....

- Pourquoi avez-vous fait ce choix ?.....

13 / Vous arrive-t-il de vous rendre au dispensaire ?.....Oui Non Parfois

Si oui ou parfois,

- Combien de fois y êtes-vous allé l'année dernière ?.....

- La dernière fois que vous y êtes allé, pour quelle raison était-ce ?

- * Vous vous êtes senti malade.....
 - * Pour des soins infirmiers.....
 - * Pour la protection infantile (pesée bébé, vaccinations, etc.).....
 - * Pour la protection maternelle (suivi de grossesse, contraception...).....
 - * Pour un dépistage.....
Lequel ?
 - * Pour la mise à jour de vos vaccins.....
 - * Pour un certificat.....
 - * Pour une information.....
 - * Autre, précisez.....

Annexe 4 : Questionnaire individuel (4)

14 / Voyez-vous des équipes médico-sociales intervenir dans votre tribu ?..... Oui Non Parfois Je ne sais pas

Si oui ou parfois,
- Quelles équipes viennent dans la tribu ?.....

Pour quel(s) type(s) d'interactions ?

1. [View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#) | [Print](#)

15 / Pour vous, qu'est-ce que « être en bonne santé » ?.....

16 / Pour vous, qu'est-ce qu'une maladie grave ?.....

Annexe 4 : Questionnaire individuel (5)

17 / Pensez-vous être en bonne santé ?.....Oui Non Je ne sais pas
Pourquoi ?.....

18 / Si vous pensez ne pas être en bonne santé, souhaitez-vous améliorer votre état de santé ?.....Oui Non Je ne sais pas

Si oui, que proposez-vous de faire ?.....

Si non ou je ne sais pas, pourquoi ?.....

Annexe 4 : Questionnaire individuel (6)

19 / Connaissez-vous la différence entre les termes « soin » et « prévention » ?.....Oui Non Je ne sais pas

Si oui,

- Pour vous le soin, c'est :

.....
.....
.....
.....
.....

- Pour vous la prévention, c'est :

20 / Connaissez-vous des actions de prévention qui ont été menées dans votre tribu ?..... Oui Non Je ne sais pas

Si oui, lesquelles ?.....

Qu'en pensez-vous ?.....

.....

Annexe 5 : La protection sociale

Conformément à la loi organique du 19 mars 1999, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale et de principes fondamentaux du droit de la sécurité sociale.

Le régime général de sécurité sociale de Nouvelle-Calédonie comprend 5 branches :

- ◆ maladie, maternité, invalidité et décès ;
- ◆ accidents du travail et maladies professionnelles ;
- ◆ vieillesse et veuvage ;
- ◆ famille ;
- ◆ chômage.

Ces cinq branches sont gérées par la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés (CAFAT).

Le risque maladie s'appuie toutefois sur un double régime :

- ◆ le Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité (RUAMM), qui est obligatoire pour tous les travailleurs salariés et assimilés (y compris les fonctionnaires) et les travailleurs indépendants. Il est complété par des mutuelles dont les principales sont la mutuelle des fonctionnaires, celle du commerce, et celle de la Société Le Nickel (SLN) (existence également de la mutuelles des patentés et libéraux).
- ◆ l'aide médicale, financée par les provinces, qui permet la couverture totale du risque maladie pour les non-salariés disposant de faibles ressources et, à titre complémentaire, pour les titulaires de bas salaires.

Prise en charge

- ◆ CAFAT :
 - Remboursement à 40 % pour les consultations, les produits pharmaceutiques, les soins, les prothèses et radio dentaires, les actes d'orthodontie de l'enfant entrepris avant l'âge de 12 ans ;
 - Remboursement à 20 % pour l'optique, les examens radiologiques et de laboratoire ;
 - Prise en charge à 100 % pour les soins en rapport avec une longue maladie.
- ◆ Mutuelles : remboursement à 60 %.
- ◆ Aide médicale : les bénéficiaires payent 10 % des frais (ticket modérateur) sauf les bénéficiaires des prestations d'aide sociale et les bénéficiaires atteints d'une longue maladie.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (1)

1. Itinéraire thérapeutique

a. Pour la personne adulte interrogée

D'une manière générale, plus de la moitié des personnes interrogées vont chez le médecin libéral si la maladie est ressentie comme importante et utilisent la médecine traditionnelle lorsque la maladie n'est pas ressentie comme importante.

Un peu moins d'un quart va chez le médecin libéral quelque soit le ressenti de la maladie et également un peu moins d'un quart utilise la médecine traditionnelle dans ce même cas.

Ce constat est établi dans les trois tribus mais avec une prédominance pour la tribu de la Conception où plus de $\frac{3}{4}$ des personnes vont chez le médecin libéral en cas de ressenti important et utilisent la médecine traditionnelle en cas de ressenti non important.

Il est important de savoir que la Province Sud dans laquelle se situent ces tribus est la plus développée du territoire, on peut donc supposer qu'un phénomène d'urbanisation se produit dans les tribus de cette province.

De plus, la Conception est la tribu la proche de la capitale Nouméa.

Seulement deux personnes sur 82 disent utiliser la médecine traditionnelle en première intention si la maladie est ressentie comme importante (deux hommes).

Si l'on regarde le dernier itinéraire, la médecine occidentale se retrouve en premier choix aussi bien chez les hommes que chez les femmes pour plus de la moitié des personnes avec une petite prédominance chez les femmes.

De même, moins de deux hommes sur cinq utilisent la médecine traditionnelle contre moins d'une femme sur cinq.

Par ailleurs, l'automédication est plus élevée à la Conception avec plus d'un quart des personnes interrogées dans cette tribu contre une personne sur dix à Ouinané et aucune à Bangou.

Ce constat peut ici s'expliquer par l'existence d'une pharmacie au sein même de la tribu.

En revanche, plus de femmes utilisent l'automédication ou ne font rien en première intention (un homme sur cinq contre une femme sur quatre).

Concernant les classes d'âge, proportionnellement à la totalité des personnes interrogées, celles qui utilisent le plus la médecine occidentale sont les 60 ans et plus ($\frac{3}{4}$ des personnes de cette tranche d'âge).

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (2)

Par contre, les personnes utilisant le plus la médecine traditionnelle sont les 20 – 39 ans et les 40 – 59 ans bien qu'elles ne représentent qu'un quart de leur tranche d'âge.

Ce constat peut paraître surprenant puisque les personnes âgées sont encore celles connaissant le mieux les remèdes traditionnels.

On peut donc faire l'hypothèse que ceci est dû au fait que les personnes âgées sont plus touchées par des maladies importantes ou chroniques alors que les plus jeunes ont plus souvent des petits problèmes de santé et utilisent donc plus facilement la médecine traditionnelle dans ce cas.

Concernant les trois personnes n'ayant pas de couverture sociale (un homme et une femme dans la tranche 40 – 59 ans et un homme dans la tranche 20 – 39 ans, tous sans emploi), l'attitude est la même sauf pour une personne qui utilise uniquement la médecine traditionnelle quelque soit le ressenti de la maladie à cause de cette absence de couverture sociale et parce qu'il y a eu transmission des remèdes.

Concernant ceux qui travaillent, la majorité utilise la médecine occidentale lorsque la maladie est ressentie comme importante et utilise la médecine traditionnelle lorsque la maladie n'est pas ressentie comme importante et ce, quelque soit la catégorie socioprofessionnelle.

La catégorie socioprofessionnelle n'a apparemment pas de lien avec le choix de l'itinéraire thérapeutique. Peut-être est-ce lié au fait qu'ils ont tous une couverture sociale ?

➤ Raisons du choix

Les raisons énoncées peuvent être multiples pour chaque personne.

♦ Médecine occidentale

Près de la moitié des personnes se rendant chez le médecin libéral le fait car celui-ci est son médecin traitant. On constate qu'une relation de confiance s'est installée avec le médecin libéral.

Il apparaît qu'une certaine prise de conscience se soit faite par rapport au dosage thérapeutique dans la médecine occidentale lequel n'existe pas dans la médecine traditionnelle, ce qui semble perçu comme dangereux.

Dans chaque tribu, plusieurs personnes évoquent également l'absence ou la perte de transmission des remèdes.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (3)

La mentalité a changé dans les tribus du Sud et cela est probablement lié au phénomène d'urbanisation par rapport au Nord et aux Iles où la médecine traditionnelle semble beaucoup plus présente.

Ainsi, dans le Sud, on constate une perte de la tradition et donc une perte des transmissions des remèdes.

Près d'un quart évoque le suivi médical d'une maladie chronique (essentiellement à la Conception et à Ouinané).

Par ailleurs, certaines personnes ne préfèrent pas utiliser la médecine traditionnelle car les habitants de la tribu dans laquelle elles résident ne possèdent pas les mêmes remèdes que dans leur tribu d'origine.

Chaque clan possède, en effet, ses propres remèdes qui ne sont pas partagés avec les autres clans ; chaque clan possède ainsi ses secrets.

On peut donc se demander s'il n'est finalement pas plus facile pour la population mélanésienne d'avoir confiance en la médecine occidentale où les remèdes sont les mêmes pour tous contrairement à la médecine traditionnelle.

♦ Médecine traditionnelle

La majorité des personnes utilisant la médecine traditionnelle le font pour des petits problèmes de santé (coupures/blessures/brûlures superficielles, rhume, etc.) et en prévention (purge).

L'idée de la prévention est très présente dans le milieu mélanésien ce qui veut donc dire que cette population connaît la prévention et l'applique depuis bien longtemps.

Ainsi, on peut penser que ce thème a toute sa légitimité pour être abordé lors des actions de santé.

Certaines personnes l'utilisent aussi pour se protéger ou même pour guérir d'un sort jeté (« boucan »). On constate ici une forte présence de la sorcellerie et ce, dans toutes les provinces et dans tous les milieux ethniques.

Parmi les personnes ayant utilisant cette médecine en premier recours la dernière fois qu'elles se sont senties malades, un peu plus d'un quart a justifié son choix en évoquant la transmission de remèdes.

De plus, à la tribu de Bangou, la plupart des personnes utilisant la médecine traditionnelle quelque soit le ressenti, le fait par absence de moyens financiers.

Mais la médecine traditionnelle n'a-t-elle pas aussi un coût pour l'utilisateur ?

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (4)

Il est important de savoir, à ce sujet, que la plupart des guérisseurs ne se fait pas payer lors des soins puisque celui-ci a reçu un don. Par contre, la personne soignée « fait la coutume » en signe de remerciement ; c'est un échange qui n'est en aucun cas obligatoire. Le guérisseur qui fait payer ses soins comme de véritables actes est souvent considéré comme quelqu'un de non fiable qui peut aussi être un sorcier jetant des sorts (le tarif pouvant monter dans ce cas jusqu'à un million de francs Pacifique soit plus de 8000 euros).

Par ailleurs, à la tribu de Ouinané, la moitié des personnes utilisant la médecine traditionnelle dans la même situation, se tourne vers le médecin libéral en cas de persistance des symptômes.

- ◆ Association des médecines occidentale et traditionnelle

Quelques personnes associent les médecines occidentale et traditionnelle pour se soigner.

Ce choix n'a pas souvent été évoqué lors de l'enquête néanmoins, d'après l'expérience de nombreux professionnels de santé, l'association de ces deux médecines reste présente dans les tribus.

- ◆ Pas de recours

Près de la moitié des personnes n'ayant utilisé aucun recours en première intention la dernière fois qu'elle s'est sentie malade, a justifié son choix du fait du ressenti non important de la maladie.

- ◆ Automédication

La quasi-totalité des personnes ayant utilisé l'automédication a expliqué son choix du fait du ressenti non important de la maladie et un tiers, la non disponibilité des plantes sur place.

On peut se rendre compte que, dans certaines tribus, il n'est pas forcément plus facile de se soigner par les plantes que de se rendre chez le médecin surtout lorsque la personne malade doit aller prendre les plantes dans la montagne.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (5)

b. Pour l'enfant

D'une manière générale, les enfants bénéficient tous de la médecine occidentale lorsqu'ils ont un problème de santé ressenti comme important pour les parents.

Les raisons données sont les mêmes que pour les adultes mais certains évoquent aussi une plus grande prudence concernant la santé des enfants et l'absence de dosage adapté des plantes.

La médecine traditionnelle est également utilisée pour des petits problèmes, identiques à ceux retrouvés chez les adultes.

c. Recours au centre médico-social

Si l'on tient compte du dernier itinéraire thérapeutique des personnes interrogées, on peut constater que seules deux personnes se sont rendues au dispensaire.

Ceci n'est pas étonnant à la Conception du fait de l'existence d'une bonne couverture sociale des habitants et de la présence d'un cabinet médical dans la tribu, ni à Ouinané puisqu'il n'existe pas de dispensaire.

Par contre, cela est plus étonnant à la tribu de Bangou d'autant plus que l'équipe du dispensaire s'y rend une fois par mois.

Pourtant, chaque année, le médecin responsable du dispensaire de Païta organise une rencontre avec la population afin de connaître ses besoins mais, apparemment, en dehors du Chef de la tribu et du Président du Conseil des Anciens, peu de gens se déplacent.

Par ailleurs, une petite partie des personnes interrogées à Bangou et à la Conception a signalé qu'elle ne se rendait pas au dispensaire en raison de l'attente trop longue.

Par contre, si l'on tient compte du recours au centre médico-social durant toute l'année 2007 (cf. Tableau 1), on s'aperçoit que, malgré les faibles chiffres, la fréquentation est un peu plus importante. Une différence importante se retrouve entre chaque tribu indiquant une fréquence plus importante pour Bangou. Les gens de Ouinané fréquentent plus le centre que les gens de la Conception pourtant ceux-ci se rendent au dispensaire de la commune de La Foa se trouvant au-dessus de leur commune à 52 kilomètres de la tribu.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (6)

Tableau 1 : Nombre de personnes ayant eu recours au centre médico-social en 2007

	Oui / Parfois	Non	Total
Bangou	19	10	29
Conception	2	21	23
Ouinané	9	21	30
Total	29	53	82

En fait, la moitié des personnes se rendant au dispensaire y va pour des actes préventifs (protection maternelle et infantile, vaccination, certificats scolaires et sportifs), un tiers pour des actes curatifs et les autres pour des visites de permis poids lourd ou pour rencontrer d'autres professionnels intervenant dans le centre médico-social (assistante sociale, agent de l'aide médicale, etc.).

Cependant, il serait intéressant de savoir pourquoi la population ne se déplace pas plus que cela, notamment lorsque l'équipe se déplace dans la tribu.

2. Perception de la santé et de la maladie

a. Définitions de « être en bonne santé » et « être malade »

♦ « Etre en bonne santé »

La quasi-totalité des personnes interrogées définit la santé comme un état de bien-être physique, plus de la moitié y ajoute le fait de pouvoir être actif (profession ou autre activité) ainsi qu'un état de bien-être mental. Moins de la moitié évoque l'absence de maladie.

On peut ainsi remarquer que cette définition se rapproche de celle de l'OMS.

♦ « Etre malade »

La définition donnée par la population reprend le contraire de la définition de la santé évoquée ci-dessus dans l'ordre décroissant : mal-être physique, inactivité, mal-être mental.

♦ Différence entre « maladies des Blancs » et « maladies kanak »

L'idée de différence entre « maladies des Blancs » et « maladies kanak » se retrouve dans les trois tribus chez la moitié des personnes interrogées (l'autre moitié ne faisant donc pas de différence).

Les « maladies des Blancs » sont définies comme des maladies pouvant être diagnostiquées et guéries par le médecin.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (7)

Un petit nombre de personnes les a également définies comme des maladies importées après la colonisation de la Nouvelle-Calédonie.

Les « maladies kanak » sont définies comme des maladies non diagnostiquées et non guéries par le médecin, pouvant être prises en charge uniquement par un guérisseur et donc liées à un boucan ou une malédiction.

b. Définition de la maladie grave

D'une manière générale, la maladie grave est définie par l'ensemble de la population interrogée comme un affaiblissement physique et plus précisément comme une maladie incurable pouvant aboutir à la mort.

Les notions de douleur, d'hospitalisation et de traitement lourd sont peu présentes.

Paradoxalement, plus de la moitié des personnes pensent qu'il est possible de guérir d'une maladie grave.

c. Ressenti concernant la santé de la personne interrogée

Presque la totalité des personnes vues lors de l'enquête a affirmé qu'elle se sentait en bonne santé parce qu'elle ressentait un bien-être physique et qu'elle pouvait avoir une activité.

Pourtant, un quart de ces personnes reconnaît avoir une maladie chronique mais presque toutes disent avoir un bon suivi médical.

d. Définitions de « soin » et « prévention »

Plus de la moitié des gens interrogés pensent connaître la différence entre le soin et la prévention.

Les ¾ définissent ainsi le soin comme le fait de prendre en charge une maladie de façon médicale le plus souvent, mais parfois de façon traditionnelle. Un tiers définit le soin comme l'action de faire un pansement.

Les ¾ définissent la prévention comme une action permettant d'éviter d'attraper une maladie et d'éviter les comportements à risque. La moitié évoque aussi la notion d'information de la population.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (8)

3. Propositions d'amélioration de la santé de la population

a. Propositions d'amélioration faites par les gens

Concernant le quart de personnes ne se sentant pas en bonne santé, la quasi-totalité émet le souhait de l'améliorer et propose d'obtenir un suivi médical et une meilleure hygiène de vie (alimentation et activité physique).

Seule une personne n'a pas émis le souhait d'améliorer son état de santé, celle-ci paraissant ne pas pouvoir surmonter ses difficultés liées à son couple.

Une autre personne a émis le souhait d'aller mieux mais ne sait pas comment faire pour y parvenir en raison de son âge (76 ans) et de son problème cardiaque (pathologie non clairement définie par la personne).

b. Actions de prévention mises en place dans les tribus

* **Rappel de la question** : Connaissez-vous des actions de prévention qui ont été menées dans votre tribu ?

Tableau 2 : Actions de prévention mises en place en tribu

	Oui	Non / Je ne sais pas	Total
Bangou	13	16	29
Conception	6	17	23
Ouinané	24	6	30
Total	43	39	82

Comme le montre le tableau 2, la moitié des gens disent avoir eu connaissance d'actions de prévention dans leur tribu.

Cependant, nous pouvons constater une nette différence entre chacune d'elles avec, apparemment, un manque d'actions beaucoup plus important ressenti dans la tribu de la Conception contrairement à la tribu de Ouinané où les actions semblent plus présentes.

Ce constat paraît étonnant puisqu'à Ouinané, il n'y a pas d'intervention du centre médico-social alors qu'à Bangou, le centre est connu et l'équipe se déplace tous les mois dans la tribu.

Les thèmes de santé abordés lors de ces actions étaient la dengue (thème nettement supérieur aux autres) puis les drogues (alcool et cannabis) et les infections sexuellement transmissibles.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (9)

Les thèmes du dépistage du SIDA et du cancer du col de l'utérus ont été abordés à la tribu de Bangou ce qui montre l'implication de l'équipe du centre médico-social ainsi que l'existence d'un centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA dans la commune de Païta.

Le thème des drogues a, quant à lui, été évoqué par des associations, le Conseil des Anciens ou la Chefferie en partenariat avec la gendarmerie.

Enfin, cette enquête ayant été faite lors d'une épidémie de dengue, cela peut expliquer que ce thème ait très souvent été cité, notamment à Ouinané, où, d'après la population interrogée, il s'agissait surtout d'interventions de démoustication faites par les mairies.

Dans l'ensemble, la population a semblé satisfaite de ces actions cependant, il a tout de même été signalé un manque d'actions dans les tribus ainsi que le manque de motivation de la part de la population (surtout les jeunes et les hommes) lorsque des actions étaient organisées.

Concernant la dengue, les gens souhaiteraient que les mairies n'attendent pas qu'il y ait une épidémie de dengue pour effectuer l'épandage¹.

Par ailleurs, une femme de la tribu de la Conception a souligné que certaines personnes de sa tribu étaient intéressées par des actions mais qu'elles ne savaient pas à qui s'adresser pour les mettre en place.

De même, plus de la moitié de la population souhaiteraient avoir plus d'informations et de sensibilisation. Certains souhaiteraient que les actions se fassent en direction des jeunes des tribus en partenariat avec les professionnels.

Quelques personnes de la Conception aimeraient également que les actions soient ciblées en fonction des problèmes rencontrés dans la tribu.

Un tiers des personnes souhaiterait aborder le thème des drogues et plus particulièrement pour certains l'alcool au volant.

Par ailleurs, une minorité de personnes souhaiterait aborder les thèmes des violences, de l'alimentation des enfants, du diabète et du RAA.

¹ A l'heure actuelle, l'épandage ne se fait plus systématiquement en période de dengue en raison du risque de résistance des moustiques au produit utilisé, cependant la population ne semble pas connaître cette information.

Annexe 6 : Résultats bruts de l'enquête (10)

4. Constats et ressenti des personnes interrogées lors de l'enquête

Dans l'ensemble, les personnes interrogées pensent que l'enquête est utile et qu'il est bien que les institutions s'intéressent au fonctionnement des tribus et à la façon dont la population se soigne.

Cependant, certaines personnes restent méfiantes, elles se demandent à quoi cela va servir et en ont assez que l'on vienne leur poser des questions pour ne rien voir en retour.

Annexe 7 : La Charte d'Ottawa (1)

PROMOTION DE LA SANTE

PROMOTION DE LA SANTE

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

Annexe 7 : La Charte d'Ottawa (2)

PROMOTION DE LA SANTE

MEDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent à tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide - notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation - est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de

Annexe 7 : La Charte d'Ottawa (3)

PROMOTION DE LA SANTE

renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

LA MARCHE VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délassé ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent :

- à se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- à lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des

Annexe 7 : La Charte d'Ottawa (4)

PROMOTION DE LA SANTE

moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;

- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.



Conceptualisation des modes d'intervention communautaire dans les tribus de la Province Sud de la Nouvelle-Calédonie

Hervouët Corine

UHP-Faculté de médecine

Septembre 2008

Résumé

En Nouvelle-Calédonie, les études montrent que l'état de santé varie d'une communauté à l'autre. La population mélanésienne notamment est plus affectée par le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose ou la violence, entre autres.

Afin d'améliorer la situation sanitaire de cette population, d'améliorer son accès aux soins et son appropriation du message préventif, la DPASS a souhaité conceptualiser des modes d'intervention communautaire dans les tribus de la Province Sud.

La réalisation d'une enquête dans trois tribus a permis de mieux comprendre le mode de vie, les perceptions de la santé et de la maladie et les pratiques de soins de la population. Les éléments recueillis ont permis de comprendre que la méthode de travail utilisée par les professionnels de la santé auprès de la population des tribus n'était peut-être pas adaptée.

Quelques actions basées sur le principe de la santé communautaire sont donc proposées, certaines sont en cours de réalisation, d'autres doivent encore être étudiées et validées par la direction avant leur mise en place.

Mots-clés : Nouvelle-Calédonie, Mélanésiens, tribus, perceptions de la santé et de la maladie, pratiques de soins, professionnels de la santé, santé communautaire.

Abstract

In New Caledonia, surveys show that health varies from one community to another. For example, the Melanesian community is more affected by rheumatic fever, tuberculosis or violence.

In order to improve health in this population, as well as healthcare access and concern about prevention, the Health Department wanted to define new public health methods in the tribes, based on community health.

A survey was conducted in three tribes of the Southern Province. It gave a better understanding of the population's way of life, of their feelings about health and illness and of healthcare access and use. The collected answers suggest that the methods currently used by health professionals towards tribal population could be inefficient.

Some actions based on community health principles are thus suggested. Some of them are already under realization while others need further study before being endorsed.

Key words : New Caledonia, Melanesians, tribes, health and illness perception, health care practice, health professionals, community health.