

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Ugo REISS

Le 18 septembre 2020

**Aspects culturels et représentations dans la relation de soin
bucco-dentaire en Nouvelle Calédonie : l'exemple kanak en
Province Nord**

Directeur de thèse : **Professeur Olivier Hamel**

Jury

Président :	Professeur Olivier HAMEL
1 ^{er} assesseur :	Docteur Jean CHAMPION
2 ^{ème} assesseur :	Docteur Jean-Noël VERGNES
3 ^{ème} assesseur :	Docteur Matthieu MINTY



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
M. Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER
Adjoint d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, Mme Christine MARCHAL, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL
Maître de Conférences : M. VERGNES Jean-Noël
Assistant: M. Julien ROSENZWEIG
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme FOURNIER Géromine, M. Fabien BERLIOZ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Bruno COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : M. Pierre BARTHET, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants: Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme. Cécile BLANC
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : Mme Pauline PECQUEUR, M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE
M. Dorian BONNAFOUS, Mme. Manon SAUCOURT
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants : M. Victor EMONET-DENAND, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN
Adjoints d'Enseignement : M. Antoine GALIBOURG, M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Laurent GINESTE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants : M. Thibault CANCEILL, M. Damien OSTROWSKI, M. Julien DELRIEU
Adjoints d'Enseignement : M. Yasin AHMED, Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET

Mise à jour pour le 02 mars 2020

A notre président et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Olivier HAMEL,

- Professeur des Universités,
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires,
- Chef de Service - Service d'Odontologie du CHU de Toulouse,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire »,
- Docteur en Éthique Médicale et Biologique de l'Université Paris Descartes,
- Habilitation à Diriger des Recherches,
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse et sommes honorés que vous ayez accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie de nous avoir permis de nous rapprocher de notre pays par ce travail et pour tout l'intérêt que vous y avez porté. Pour votre conception de la pédagogie si humaine, votre écoute, votre disponibilité et toutes les connaissances que vous nous avez apporté, soyez assuré de notre gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Jean CHAMPION,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur d'Etat en Odontologie,
- DU d'Implantologie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Marseille,
- Diplôme d'Implantologie Clinique de l'Institut Bränemark – Göteborg (Suède),
- Vice-Président du Conseil National des Universités (section : 58),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,
- Colonel de réserve citoyenne du service de santé des armées (CDC-RC).

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans votre cabinet avec bienveillance, de m'avoir considéré et donné de votre temps et de votre savoir.

Merci pour votre bonne humeur, votre façon de mettre votre entourage à l'aise et en confiance.

Merci d'avoir consolidé encore mon appétence pour ce métier par vos enseignements tout au long de mon parcours toulousain.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Noël VERGNES,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Épidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master 2 Recherche – Épidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Je vous remercie pour votre enseignement de qualité ainsi que pour votre engagement auprès des étudiants en tant que nouveau chef de service de l'Hôtel Dieu.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Matthieu MINTY,

- Assistant Hospitalo-Universitaire et Praticien Hospitalier,
- Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie-Dentaire,
- Master 1 de Biologie de la Santé en « Anthropologie » et « Physiopathologie des infections »,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,
- Diplôme Inter-Universitaire MBDS : Médecine Bucco-Dentaire du Sport,
- Certificat d'Étude Supérieure d'Odontologie Conservatrice – Endodontie – Biomatériaux.

C'est avec grand plaisir que nous vous comptons parmi les membres de notre jury.

Je vous remercie pour tous vos conseils, votre sympathie et votre accessibilité lors de nos vacances cliniques.

Je vous témoigne mon plus grand respect.

Remerciements :

A ma famille et mes amis :

A ma mère, je te remercie pour tout l'amour que tu m'as toujours donné maman et pour avoir toujours été présente pour Antoine et moi. Je te remercie pour toutes les valeurs que tu m'as transmises qui font de moi l'Homme que je suis aujourd'hui, pour toutes tes connaissances et tes réflexions qui me nourrissent et que j'aime partager avec toi. Merci d'être la femme forte et indépendante que tu représentes. Merci d'aimer et de protéger tous les enfants qui rencontrent ton chemin. Merci pour ton aide considérable dans l'écriture de cette thèse, qui ne serait pas de cette qualité sans toi. Je suis fier d'être ton fils, je t'aime mam !

A mon père, merci pour toutes les passions que tu m'as transmises papa. Merci de l'éducation que tu nous as donné ; pour m'avoir appris à pécher, à planter, à bricoler, à apprécier les choses simples de la vie, à écouter et être curieux. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours soutenu au long de mon parcours. Merci de m'avoir toujours montré ton amour et ta fierté. Merci pour ton aide dans ce travail. Je t'aime papa !

A mon frère, merci de m'avoir toujours protégé, je suis fier d'être ton frère. Merci de m'avoir partagé tant d'expériences et de passions. Je t'aime frangin !

A ma famille en France, merci de m'avoir accueilli et soutenu tout au long de mes études. Merci d'avoir permis de renforcer notre lien familial et de m'avoir toujours montré que je pouvais compter sur vous. Merci pour tout l'amour que vous me donnez ! Je vous aime très fort !!!

A toute ma bande de Poindimié, merci d'être cette famille, ce « clan » qui donne tant de sens à ma vie ! Merci d'avoir gardé ce lien si fort entre nous. Merci pour tous nos fous rires, tous nos délires, merci d'être toujours là dans les meilleurs comme dans les plus mauvais moments. Je suis conscient de la chance que j'ai d'avoir grandi avec vous !

A tous mes amis du pays en Calédonie et en France, merci pour tous les moments partagés et pour tout votre soutien. Merci pour toutes ces expériences et rencontres qui m'ont fait énormément évoluer.

A Thomas, merci de m'avoir permis d'avancer avec toi sur ce chemin des études mon frère ! J'aime profondément la personne que tu es, ne change rien ! Merci de m'avoir accueilli à Toulouse pour finir ces études en beauté et de m'avoir accompagné pour cette thèse qui n'aurait pas été réalisable sans toi ! J'espère partager encore beaucoup de beaux moments avec toi frérot !

A Joly, merci d'avoir été ce deuxième papa pour moi ! J'avais encore tant à apprendre de toi... Repose en paix parmi les ancêtres et merci de veiller sur nous pap's !

A Anne-Solène, merci de m'avoir soutenu et supporté tout au long de cette thèse, je suis si heureux de t'avoir rencontré et de partager tous ces moments si magiques avec toi ! J'espère vivre toujours plus de belles aventures en ta compagnie mon amour ! Je t'aime !

Aux personnes interviewées :

Nous vous remercions d'avoir accepté de vous entretenir avec nous afin d'argumenter ce travail de recherche.

Merci pour votre temps et votre confiance.

Table des matières :

Avant-propos :	14
Introduction :	15
Chapitre 1 : Éléments géographiques, historiques et socio-économiques de la Nouvelle-Calédonie	17
1-1- Géographie :	17
1-2- Histoire de la Nouvelle-Calédonie : un peuple d'origine et des vagues successives de peuplement	17
1-3- Démographie et éléments socio-économiques :	23
Chapitre 2 : Histoire de la santé jusqu'à la création d'un Projet Calédonien de Santé	26
2-1- Une médecine coloniale :	26
2-2- La fin du XXème siècle : de nombreux progrès en matière de santé :	27
2-3- Le début des années 2000 : une activité hospitalière importante :	28
2-4- 2018-2028 : Le Projet Do Kamo (3) :	29
Chapitre 3 : Approche culturelle et représentations de la maladie dans la société kanak	36
3-1- La culture :	36
3-2- Le monde kanak :	37
3-2-1- L'organisation sociale kanak :	37
3-2-2- La cosmologie kanak :	38
3-2-3- L'évangélisation et l'occidentalisation :	39
3-3- La représentation de la santé et de la maladie dans la culture kanak :	40
3-3-1- Le concept de santé, bien-être :	41
3-3-2- La Maladie :	41
3-3-3- Différentes catégories de maladies dans la culture kanak :	42
3-3-4- Transmission des savoirs de guérison :	46
3-4- Aparté sur un lexique buccodentaire riche et une pharmacopée de la bouche :	47
3-4-1- Recueil de données lexicales bucco-dentaires de l'aire HOOT MA WHAAP :	47
3-4-2- Répertoire de plantes médicinales traditionnelles kanak :	47
Chapitre 4 : Coexistence et dualité entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle	48
4-1- Une coexistence admise :	48
4-2- Une dualité encore présente :	49
4-3- Une volonté émergente de « travailler ensemble » :	50
Chapitre 5 : La relation de soin chez le dentiste en Province Nord	55
5-1-Bilan des Rapports d'activités de L'ASS-NC :	55
5-1-1- L'ASS-NC (38):	55
5-1-2- Les résultats du bilan de l'état de santé buccodentaire en PN réalisés par L'ASS-NC :	56
5-1-3- Les actions mises en place par L'ASS-NC pour favoriser la santé bucco-dentaire des calédoniens :	57
5-1-4- Les comportements des calédoniens en matière de santé orale :	59
5-2-Profil de 8 chirurgiens-dentistes de la Province Nord :	59
Présentation :	59
Matériel et Méthode :	60
Résultats :	61

Analyse des résultats :	75
Éléments de discussion :	78
Conclusion :	81
Épilogue :	84
Bibliographie :	85
ANNEXE N°1 : Cartes de Nouvelle Calédonie.....	88
ANNEXE N°2 : Question sur la réinsertion de la jeunesse de Nouvelle-Calédonie posée à Madame Valentine Eurisouké dans le cadre de notre Interview.	89
ANNEXE N°3 : Le monde visible.	90
ANNEXE N°4 : Lexique bucco-dentaire de l’air HOOT MA WHAAP.	92
ANNEXE N°5 : Pharmacopée traditionnelle kanak autour de la sphère orale.	93
ANNEXE N°6 : Plan d’actions global du programme « mes dents ma santé » (rapport d’activité 2015 de l’ASS-NC) :	94
ANNEXE N°7 : Questionnaire de l’étude.	95

« Peut-être que les hommes sont sourds et aveugles à certaines évidences ; que l'histoire nous échappe largement et que nous n'avons d'autre issue que de laisser faire le temps, avec l'espoir qu'il aille vers un mieux. Mais si nous pouvions, si peu que ce soit, agir sur notre commun destin, y avoir quelque part, si minime soit-elle, nous serions inexcusables de ne pas l'avoir tenté » Albert Memmi, 2004. (1)

Avant-propos :

Originaire de Nouvelle-Calédonie, j'ai grandi dans la commune de Poindimié, sur la côte Est de la Province Nord.

Cet environnement m'a ouvert à la diversité des cultures locales, dans le partage et le respect des autres.

A travers différents domaines, ma famille s'est toujours investie auprès de la population de la Province Nord, avec un engagement particulier pour la culture kanak.

C'est dans ce contexte que j'ai souhaité m'intéresser à la place qu'occupe la culture dans la relation de soin bucco-dentaire.

Cette recherche est donc le fruit du rapprochement de mon histoire personnelle avec mon parcours professionnel.

Introduction :

« La médecine occidentale peut apprendre de la traditionnelle. Elle a voulu longtemps couper le malade de son environnement personnel. Par souci de simplification. C'était l'un des rôles essentiels de l'hôpital. Elle a fait reculer les maladies physiques, mais a aggravé le mal-être. La médecine libérale a eu des velléités de corriger ce travers. Mais les cadences et l'afflux des patients ont anéanti ses efforts. Les psys affichent complets, manquent de temps face à la variété des intellects et des situations personnelles. Tout semble opposer les conceptions de la santé chez le mélanésien et l'occidental : pour le premier, c'est l'équilibre entre l'homme, ses proches, sa terre, ses ancêtres. Pour le second, c'est un examen clinique normal, une tension dans la norme, un bilan biologique sans astérisque, un forum internet qui confirme que l'on est toujours en vie. » (Patrice Godin, Octobre 2005). (2)

Il s'agit pour nous, avec cette étude, de participer aux prémices d'une dynamique qui émerge en Nouvelle-Calédonie au début des années 2000 et dont l'aboutissement s'inscrit dans le nouveau plan d'action stratégique de santé publique pour les dix prochaines années (publié fin 2018), Le Plan d'action DO KAMO. (3)

Cette stratégie s'inscrit dans les conceptions actuelles et modernes de l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) qui prône une approche holistique de la santé, appréhendant l'être humain dans sa globalité, en lien avec son environnement social, culturel, institutionnel et économique.

Dans cette perspective, la stratégie de santé publique conçoit une offre de prévention renforcée et coordonnée avec l'offre de soin prenant en compte les déterminants de santé au plus près des bassins de vie des citoyens-usagers.

Le plan DO-KAMO introduit ainsi plusieurs notions telles que le « citoyen-usager », « la démocratie sanitaire », « l'Empowerment » (ou le pouvoir d'agir).

La problématique :

Qu'en est-il des déterminants de santé dans la prise en charge des soins bucco-dentaires en Province Nord ? Peut-on considérer les aspects culturels et les représentations que nous avons de la santé bucco-dentaire comme facteurs déterminants dans la prise en charge ?

Pour y répondre nous avons tenté de proposer ici une démarche qui s'inscrit dans la stratégie proposée dans le Plan DO KAMO.

Il s'agira de rendre compte des freins et des leviers à une bonne prise en charge des soins dentaires de la population kanak (laquelle représente 70% de la population de la PN).

Nous présenterons dans un premier temps les déterminants des conditions de vie et de santé de la population kanak (socio-historique, géographique, économique, démographique, anthropologique, politique de santé).

Puis dans un deuxième temps, nous proposerons de questionner les représentations des acteurs en présence qui ont le « pouvoir d'agir » : les professionnels de la santé en dentisterie exerçant en Province Nord principalement d'origine métropolitaine, une Elue kanak responsable de la santé au gouvernement de la NC, un guérisseur kanak et un représentant kanak du Comité des Sages.

Notre analyse s'attachera à rendre compte des productions, des compétences et des représentations que les acteurs en présence ont développées et montrer en quoi elles s'interpénètrent et co-existent l'une à côté de l'autre.

Chapitre 1 : Éléments géographiques, historiques et socio-économiques de la Nouvelle-Calédonie

1-1- Géographie :

La Nouvelle-Calédonie (NC) est un archipel de 18 575 km², au cœur du Pacifique, elle se situe à environ 1500 km à l'Est de l'Australie et 1500 km au Nord de la Nouvelle-Zélande. A la différence de ses îles voisines d'origine volcanique, la Nouvelle-Calédonie est issue de la fragmentation et de la dérive des continents.

L'archipel se compose de la Grande Terre (où se situe la capitale sur sa côte Sud-Ouest : Nouméa), des îles Loyauté (Lifou, Maré, Ouvéa et Tiga), des îles Belep au Nord et de l'Île des Pins tout au Sud de la Grande Terre.

La Nouvelle-Calédonie se découpe en trois Provinces créées en 1988 par les accords de Matignon, chacune ayant une administration autonome : la Province Nord (PN), la Province Sud et la Province des îles Loyauté.

Cf. ANNEXE N°1

1-2- Histoire de la Nouvelle-Calédonie : un peuple d'origine et des vagues successives de peuplement

Préhistoire :

La Nouvelle-Calédonie fut peuplée par ses premiers hommes dans la période de 1100 av. JC, par la civilisation Lapita (ancêtres des kanak) originaire d'Asie du Sud-Est, conquérants le Pacifique à l'aide de pirogues à balancier.

Puis, de l'an 1000 à 1774, la société kanak traditionnelle s'élabore progressivement, se sédentarise et voit sa démographie augmenter. (4)

Sa culture s'organise autour de l'igname, des ancêtres et de la terre. (5)

Les grands explorateurs :

En 1774, James Cook découvre la Nouvelle-Calédonie en accostant à Balade (dans la commune de Pouébo). Le relief lui rappelant son Ecosse natale ("*Caledonia*" en latin), il décide de baptiser cette terre *New-Caledonia*. (6)

Entre 1785 et 1788, le comte de La Pérouse, explorateur du Pacifique envoyé par Louis XVI, fut le premier Français à découvrir la Nouvelle-Calédonie à bord de l'Astrolabe.

Dans les années 1840 c'est le début de l'installation de missionnaires protestants et catholiques pour l'évangélisation du peuple kanak.

La pénitencier et les premiers colons :

En 1853, Le Contre-Amiral Febvrier-Despointes prend possession de la Nouvelle-Calédonie par ordre de l'Empereur Napoléon III, dans le but d'y installer un nouveau territoire pénitencier moins hostile que celui de la Guyane. La Nouvelle-Calédonie devient officiellement française et cela marque le début de l'époque coloniale.

Pour peupler la Nouvelle-Calédonie, le Gouvernement Français envoie deux types de colons : les colons dits "libres" venant s'installer par choix, souvent dans le but d'une vie meilleure et les "pénaux", largement majoritaires, venant purger leur peine d'emprisonnement au bagne et qui le plus souvent s'accompagnaient d'une obligation de résidence à vie sur le territoire. Aujourd'hui, les familles descendantes de ces colons se revendiquent sous le nom de "Caldoches" (premiers européens de Nouvelle-Calédonie). (6)

De 1864 à 1897, 30 000 bagnards sont ainsi répartis sur 14 centres (agricoles, miniers, camps, prisons) du Nord au Sud de la Grande Terre.

Le terme de « bagne » recouvre plusieurs types de jugements : les condamnés aux travaux forcés, les déportés politiques et les petits délinquants récidivistes.

Les premiers bagnards qui arrivent sont arabes. Ils sont un peu plus de 2000. (7)

Dès 1864, une loi autorise les bagnards "rendus digne d'indulgence" à s'installer sur des concessions de terre, dans les plaines côtières ou les vallées fluviales, attribuées par l'Etat français au détriment des kanak qui se retrouvent chassés de leurs tribus et regroupés dans des territoires délimités appelés "réserves", dans les montagnes ou vallées encaissées. Cette opération dite du "grand cantonnement" orchestrée par le Gouverneur Feillet, réduit l'espace foncier mélanésien à 13% de sa superficie initiale. (4)

« Ils sont refoulés dans les parties les plus ingrates : en chassant cette population des terres qui soutenaient ses traditions et lui procuraient l'essentiel de ses ressources alimentaires, la colonisation la condamnait spirituellement et matériellement à une mort lente et irrémédiable ». (8)

Conséquences de l'administration coloniale :

En 1887 est mis en place le “régime de l'indigénat” (qui se terminera en 1946, date à laquelle les kanak accèdent à la citoyenneté) correspondant à un ensemble de règles ne s'appliquant qu'aux kanak, réprimant des infractions spécifiques aux kanak et régissant les tribus. Par exemple aucun kanak n'avait le droit de pénétrer dans la ville de Nouméa sans autorisation. En 1900 est instauré l'impôt de capitation visant à obliger les kanak à sortir de leurs réserves pour travailler et renforcer la colonie. (4)

Ces répressions empêchent les kanak d'utiliser leurs terres les plus fertiles et visent la perte de leurs repères culturels. Ce fût l'origine de l'insurrection et des rébellions dont les plus importantes furent la révolte de 1878, menée par le chef Ataï puis celle du chef Noël en 1917. La première dénonce le manque d'espace agricole dans les réserves, détruit par le bétail des colons, réclame le paiement des travaux réalisés pour les colons ou l'administration, refuse les corvées obligatoires et les enlèvements des femmes kanak. La seconde refuse la mobilisation forcée des kanak pour la guerre 14-18.

Décimées par ces guerres, par les épidémies, le désœuvrement et l'alcool, des tribus sont littéralement rayées de la carte et on ne compte plus qu'environ 30 000 kanak, soit une diminution de plus de la moitié de sa population en 1922.

Les conséquences de ces réserves et du statut de l'indigénat jusqu'en 1946 limitèrent au maximum les contacts entre les kanak et l'extérieur. Seules les corvées de routes et la cueillette du café constituaient des occasions autorisées de sorties en dehors des tribus par l'administration coloniale. L'éloignement, l'isolement provoquent un repli sur soi. Le monde mélanésien a vécu en vase clos jusqu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. (9)

La Seconde Guerre Mondiale :

La Seconde Guerre Mondiale rend la NC centre de commandement interallié pour les combats américains dans le Pacifique. Entre 1942 et 1946, plus d'un million d'américains y séjournent.

Cette arrivée massive des américains a considérablement impacté le territoire. Les calédoniens découvrent des machines modernes et un mode de vie poussé vers la consommation. Des aéroports, des routes bitumées et des ponts sont construits. Les américains cultivent les terres sur de vastes surfaces avec leurs machines agricoles. La bourgeoisie blanche locale s'enrichit. Les kanak sont sensibles aux relations égalitaires et

respectueuses qu'entretennent les américains à leur égard. Ils observent que certains noirs dirigent des blancs au sein de l'armée.

« En 1946, le statut de l'indigénat est aboli, les kanak obtiennent le libre droit de résidence et de travail, la liberté de circulation jour et nuit. Mais ils ne votent pas au suffrage universel qui n'interviendra qu'en 1957. » (10)

Le « boum du nickel » :

La découverte de « l'or vert » déclenche une véritable ruée sur le minerai. En quelques semaines, de grandes fortunes calédoniennes se créent.

Entre 1963 et 1972, la Nouvelle-Calédonie connaît une prospérité exceptionnelle liée à l'explosion de la demande en nickel due à une forte croissance économique des pays industrialisés et à la guerre du Vietnam. 35 000 immigrants majoritairement métropolitains (et aussi wallisiens), affluent pendant cette période. (11)

Les compagnies minières allèrent chercher, voire « enlever », des néo-hébridais (actuellement vanuatais) puis des tonkinois (actuellement vietnamiens) suivi de japonais et de javanais.

Ces peuples immigrés forment aujourd'hui de grandes communautés calédoniennes. Par les importants mouvements migratoires qu'elle a engendrés, l'industrie minière est en grande partie à l'origine de la riche diversité ethnique de la population calédonienne.

La population kanak a toujours été tenue à l'écart des activités minières et du système économique en général.

Les enfants fréquentent les écoles confessionnelles mais jusqu'à l'âge d'entrée à l'école à 6 ans, ils sont élevés dans leur langue maternelle.

Or, « à l'école, et dans le monde moderne, la langue française est le seul moyen d'appréhension de l'univers et de la construction de la pensée... Le lycée n'a été accessible aux mélanésiens qu'en 1958. Le chiffre des admis mélanésiens au baccalauréat varie entre 1 et 7 de 1963 à 1974. Très peu ont donc accès aux postes à responsabilités ». (12)

Quelques-uns réussissent à suivre des études en France et ces jeunes intellectuels qui ont vécu les événements de « mai 68 » vont revenir dynamiser la révolte sourde qui monte pour réclamer la récupération des terres coutumières et l'accès à la gouvernance.

“Les Foulards rouges” créés par Nidoish Naisseline et Elie Poigoune ainsi que les premiers mouvements à tendance indépendantistes voient le jour. Des partis politiques

indépendantistes vont se former comme L'Union Calédonienne (UC), puis le Front de Libération Kanak Socialiste (FLNKS), le PALIKA (Parti de Libération Kanak), ...

Jean-Marie Tjibaou, président de L'UC sera le leader indépendantiste et le porte-parole du peuple kanak.

De l'autre côté, la droite locale "les Loyalistes", soutenue par le Premier Ministre de l'époque, Jacques Chirac, construit sa politique pour conserver la Nouvelle-Calédonie dans la République. Le RPCR (Rassemblement Pour la Calédonie dans la République) fondé par Jacques Lafleur en juillet 1977 va dominer les principales institutions officielles du pays. Leur volonté prend force dans le souhait de conserver leurs terres et leurs entreprises. Les affrontements vont alors commencer et "les Événements" de 1984 à 1988 signeront quatre années de guerre civile.

Des « Évènements » de 1984 à l'Accord de Nouméa de 1998 :

En 1984, mécontent du nouveau statut préparé par le Secrétaire d'État à l'Outre-Mer socialiste Georges Lemoine et de l'évolution de certains dossiers sensibles (notamment sur le plan foncier), le FLNKS décide de boycotter les élections territoriales. Ils dressent des barrages sur les routes et mettent en place un « Gouvernement provisoire de Kanaky » avec pour but de préparer « l'Indépendance Kanak Socialiste » (IKS). Ils chassent des éleveurs caldoches de leurs exploitations (tout particulièrement sur la côte Est, à Thio notamment).

Les « Loyalistes » anti-indépendantistes ripostent. C'est le point de départ de quatre années de conflits politiques et ethniques appelés les « Évènements » (1984-1988).

Le bilan de cette guerre civile sera d'une soixantaine de morts et s'achèvera avec la prise d'otage des gendarmes d'Ouvéa et l'exécution de 19 kanak indépendantistes par les Forces armées françaises entre les deux tours du scrutin présidentiel en France opposant F. Mitterrand à J. Chirac.

Cet épisode aboutit à la signature des Accords de Matignon le 26 juin 1988 sous la médiation du Premier Ministre Michel Rocard qui prévoient la mise en place d'un statut transitoire de 10 ans, devant se solder par un référendum d'autodétermination afin que les calédoniens se prononcent pour ou contre l'indépendance.

Jean-Marie Tjibaou et Jacques Lafleur trouvent une entente et leur poignée de main met fin à cette guerre civile.

Le 04 mai 1989, Jean-Marie Tjibaou et son bras droit Yeiwéné Yeiwéné sont assassinés, lors de la commémoration de la prise d'otage d'Ouvéa, par un kanak indépendantiste opposé à ces accords. Pour les indépendantistes c'est un déchirement.

Mais les trois provinces voient le jour et les élus indépendantistes sont largement majoritaires pour gérer la Province Nord et la Province des Îles, à l'inverse de la Province Sud.

Les Élus des trois provinces siègent au Congrès du Pays et nomment les 11 représentants d'un gouvernement collégial qui propose les lois de Pays.

À l'approche du référendum, pour préserver une paix locale encore fragile, les leaders des deux camps ont décidé de négocier de nouveaux accords avec l'État.

L'Accord de Nouméa du 5 mai 1998 reconnaît dans son préambule les « ombres » et « lumières » de la colonisation et l'existence d'une « double légitimité » : celle du « premier occupant », les Kanak et celle de toutes les communautés arrivées après la prise de possession et qui ont participé à l'histoire contemporaine de l'archipel.

Il prévoit alors la mise en place d'une autonomie forte par des transferts progressifs de compétences. La Santé devient ainsi une compétence territoriale. Seuls les pouvoirs régaliens que sont la Sécurité, la Justice, le Droit général, la monnaie, la politique étrangère restent sous le contrôle français. (13)

Trois référendums sur l'indépendance de la Nouvelle-Calédonie sont prévus si le vote du « non » l'emporte aux deux premiers.

Trente années de paix civile et de travail pour aller vers un « rééquilibrage » en Province Nord :

La clef de répartition des impôts, taxes et dotations de l'État est de 50% pour la Province Sud, 20% pour la Province des Îles et 30 % pour la Province Nord (soit un budget de 29 102 millions CFP, soit environ 244 millions d'euros en 2018, en baisse de 8 milliards par rapport à celui de 2015).

L'économie du Pays repose essentiellement sur la production du nickel. Actuellement 6^{ème} producteur mondial sur 33 pays, l'économie dépend des hausses et des chutes du cours du minéral.

L'une des clauses des indépendantistes pour signer les Accords de Matignon fut le « préalable minier ». En termes de « rééquilibrage » économique, il s'agissait de doter la Province Nord, administrée par les indépendantistes, d'une société minière concurrente à la SLN (Société Le Nickel) basée dans le Sud, à Nouméa.

En 1998 une convention est signée entre la SMSP (Société Minière Sud Pacifique) qui détient 51% des parts et Falcon Bridge (société canadienne) qui finance la création de l'usine du Nord avec 49% des parts.

Le même type de convention sera signé avec POSCO en Corée du Sud.

L'originalité de cette transaction permet à la Province Nord de présider aux choix d'investissement des bénéficiaires vers le développement d'autres formes d'économies durables, contrairement à la SLN du Sud (actuellement 34% des parts détenues par les trois provinces, 56% par ERAMET et 10% par un client japonais).

L'usine du Nord est inaugurée en 2014. Les villages alentours voient leur population tripler. Les tribus se vident et reprennent vie le week-end. La province investit dans l'hôtellerie, l'aquaculture, la pêche, les industries alimentaires, ..., gérées par des sociétés d'économie mixte.

Certains projets ont échoué (élevage de brebis et fromagerie), d'autres n'ont pas vu le jour (construction d'un port). Le prochain grand ouvrage sera un barrage pour garantir les ressources en eau des communes les plus récemment urbanisées.

1-3- Démographie et éléments socio-économiques :

L'INSEE (*Institut National de la statistique et des Études Économique de la Nouvelle-Calédonie*) soulève ces données :

La Nouvelle-Calédonie compte 271 400 habitants en 2019, sa croissance démographique est l'une des plus dynamiques du Pacifique avec une augmentation de 57 000 habitants depuis 2014.

Cette population est répartie majoritairement en Province Sud qui comprend 75% de la population contre une concentration de 18% en Province Nord et 7% en Province des Îles. La Province Nord connaît une croissance démographique importante avec une augmentation de plus de 16 000 personnes au cours des trente dernières années. Son nombre d'habitants recensés en 2019 est de 49 910 avec une répartition plus importante sur la côte Ouest qui représente le poumon économique de cette province par ses exploitations minières. (14)

Les communautés ethniques de la Province Nord se décomposent principalement en deux : les kanak qui représentent 70% de la population et les européens 12%. Les autres appartiennent aux communautés wallisiennes-futuniennes, tahitiennes, indonésiennes, vietnamiennes, vanuataises et autres.

Notons que la répartition de la communauté kanak est plus importante sur la côte Est en Province Nord (86% de la population contre 53% sur la côte Ouest).

L'économie de la côte Est est essentiellement organisée autour des cultures vivrières, du tourisme et des services, tandis que la côte Ouest regroupe l'agriculture extensive (bovins et agroalimentaire) et le bassin minier, source principale de revenus pour les populations.

En Nouvelle-Calédonie, 17% des ménages vivent sous le seuil de pauvreté en 2008 et l'écart entre provinces demeure considérable : la part de ménages vivant sous le seuil de pauvreté est 4 à 6 fois supérieure dans le Nord et aux îles Loyauté qu'en Province Sud. Néanmoins, c'est en zone urbaine que la pauvreté s'est le plus développée. Depuis les dernières études de 1991, ces inégalités n'ont que très peu évolué. (15)

C'est parmi les populations jeunes que la pauvreté est la plus fréquente : le taux pour les moins de 30 ans atteint 24% et a peu évolué au cours des dernières décennies.

Cette situation reflète les difficultés d'insertion dans la vie active de certains jeunes, en particulier lorsqu'ils sont peu ou pas diplômés.

Au cours des dernières décennies, le Grand Nouméa n'a cessé de polariser l'activité économique et d'attirer les populations, notamment en provenance des Loyauté et du Nord-Est. Désormais, la zone urbaine regroupe les deux tiers des habitants et les trois quarts des emplois de Nouvelle-Calédonie. Mais cette concentration s'est accompagnée d'un développement de la pauvreté. Le taux de pauvreté dans le Grand Nouméa est passé de 4% en 1991 à 7% en 2008. (15)

Ainsi, un déséquilibre se pose entre, d'un côté de très grandes fortunes souvent détenues par des familles d'origine métropolitaine (dont l'histoire et le travail a su leur offrir des opportunités) et d'un autre côté une population regroupant un bon nombre de kanak vivant sous le seuil de pauvreté dans les alentours de la ville, à l'intérieur de squats ou de logements sociaux.

Ce phénomène associé à une jeunesse kanak en perte d'identité culturelle conduit une part de la nouvelle génération à exprimer sa colère et ses souffrances par de violents actes de délinquance. Selon le Ministère de l'Intérieur français, la Nouvelle-Calédonie voit son taux de délinquance deux fois plus élevé que celui de la Métropole en 2016 (avec de forts chiffres en termes de cambriolage et de vol de voiture). (16)

Toutefois, les calédoniens sont de plus en plus diplômés, mais il persiste toujours des différences entre les communautés. En effet selon l'INSEE, sur les 25 dernières années, la

proportion de diplômés a été multipliée par 4 chez les 25-29 ans (CAP-BEP, baccalauréats, diplômes supérieurs). Cependant, si 93% de la communauté européenne réussissent dans l'obtention d'un diplôme en 2014, la communauté kanak recense 63% de diplômés (néanmoins elle représente la communauté ayant le plus progressé sur ces 25 ans : + 50 points). (14)

En 2013, 18% d'adultes sont en situation d'illettrisme.

Chapitre 2 : Histoire de la santé jusqu'à la création d'un Projet Calédonien de Santé

2-1- Une médecine coloniale :

Les premiers médecins qui arrivent en Calédonie sont des officiers de la Marine qui accompagnent les premiers convois de déportation des bagnards dès 1864.

Ils soignent principalement le scorbut, la dysenterie et les plaies externes liées aux mauvais traitements physiques.

Ils créent l'Hôpital du Marais, entre 1871 et 1876. Ce premier hôpital général de la transportation sert d'école de chirurgie pour les jeunes médecins coloniaux.

Pendant un siècle, le service de santé sera géré par la médecine militaire et ses médecins seront craints et respectés.

Afin d'améliorer l'accessibilité et la proximité aux soins, le CHS (*Centre Hospitalier Spécialisé*) développe au niveau de ses filières de psychiatrie et de gériatrie, une politique volontariste de délocalisation de ses structures de soins sur l'ensemble des trois provinces.

(17)

Des dispensaires sont créés dans chaque commune et même encore récemment, aller visiter certains patients dans leurs tribus nécessitait de partir à cheval ou par bateau d'une île à l'autre.

En 1925, un médecin de la colonisation fut régulièrement affecté pour desservir médicalement les îles Loyauté. Il était très respecté mais suscitait une grande appréhension. "On craignait sa visite, son regard et ses instruments. En effet, non seulement il déshabillait, il inspectait, il faisait des piqûres, mais il contrôlait et exigeait l'internement des lépreux."

(18)

Puis avec les Accords Matignon en 1989 et avec la provincialisation, les médecins civils remplacent les médecins militaires. (19)

2-2- La fin du XXème siècle : de nombreux progrès en matière de santé :

En 1958 est créée la CAFAT (*Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie*), organisme privé de sécurité sociale chargé de gérer l'ensemble des régimes des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (aujourd'hui encore, elle gère non seulement les salariés, les cotisations, la protection sociale des salariés mais aussi les aides sociales mises en place par la Nouvelle-Calédonie).

Des organismes complémentaires viendront renforcer ce régime (Mutuelle SLN, Mutuelle des Fonctionnaires, Mutuelle Le Nickel, Mutuelle du Commerce). (20)

Avant l'Accord de Nouméa, les compétences sanitaires étaient partagées entre la France, la Nouvelle-Calédonie et les provinces.

L'Etat français gardait comme compétence la sécurité pour la gestion des menaces sanitaires graves ainsi que tout le domaine de santé scolaire et d'études médicales. De son côté, la Nouvelle-Calédonie était responsable en matière d'hygiène, de santé publique et de thermalisme depuis la loi Defferre du 23 juin 1956.

Le 19 mars 1999, en vertu de la loi organique, la Nouvelle-Calédonie devient totalement compétente en matière de santé.

La Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) est un nouveau service créé pour mettre en œuvre et investir cette nouvelle politique sanitaire. (21)

Le gouvernement calédonien est alors compétent en matière de protection sociale, d'hygiène publique et de santé, du contrôle sanitaire aux frontières, de la réglementation zoo-sanitaire et phytosanitaire et des établissements hospitaliers.

Quant aux provinces, elles ont chacune une direction pour gérer les actions sanitaires et sociales, l'Aide Médicale gratuite, les aides sociales à l'enfance et les centres médico-sociaux. (22)

2-3- Le début des années 2000 : une activité hospitalière importante :

En juillet 2000, la Nouvelle-Calédonie adapte sa propre version du code de santé.

En 2002, afin de mettre en œuvre un régime généralisé et unifié de couverture sociale, le Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité (RUAMM) est créé et chaque travailleur actif ainsi que les retraités doivent obligatoirement y être affiliés.

De plus, une aide médicale gratuite est instaurée sous le contrôle des provinces pour les revenus inférieurs au salaire minimum garanti. (20)

Depuis 2004, l'équilibre du RUAMM est rompu et aujourd'hui, un déficit des caisses de santé de plusieurs milliards CFP s'est creusé par l'augmentation d'un nombre considérable de ses adhérents et le développement d'une médecine de plus en plus technique et spécialisée qui nécessite des moyens importants.

L'hôpital public a, dans un premier temps, fait l'objet d'un financement direct par le budget public, ce qui a permis d'assurer la gratuité des soins aux usagers. Puis le territoire s'est désengagé progressivement au profit d'une prise en charge par l'assurance maladie du travail. Donc pour financer son système de santé, la Nouvelle-Calédonie continue à privilégier les cotisations sociales prélevées sur les salaires.

Les cotisations sociales assurent encore 80% des ressources du régime. Enfin, des taxes sur l'alcool, le tabac et depuis peu pour les entreprises sur le sucre viennent aussi financer ce système. (20)

Depuis 2018, le territoire compte cinq centres hospitaliers publics : le Médipôle de Koutio (regroupant les 4 anciens Centres Hospitaliers Territoriaux (CHT) du Grand Nouméa) inauguré en décembre 2016 qui compte 645 lits, le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Albert-Bousquet de Nouville (centre psychiatrique et gériatrique avec 263 lits) et enfin les trois Centres Hospitaliers du Nord (CHN) à Koumac, Poindimié et le Pôle sanitaire du Nord à Koné inauguré en 2018. L'ensemble des CHN comptent environ 132 lits.

Aujourd'hui le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie souhaite revisiter entièrement son système de santé en recréant un code de santé à son image.

En 2018, le système en place déficitaire et les spécificités de l'archipel (dont son isolement) ont amené les calédoniens à repenser le système de santé, en proposant de le réformer en profondeur. Cette ambition s'inscrit sur une durée de 10 ans, sous la désignation de « Projet Do Kamo ».

2-4- 2018-2028 : Le Projet Do Kamo (3) :

Évoquer le Projet Do Kamo ne pouvait se concevoir sans en interroger l'une des protagonistes. Ainsi, cet exposé présentera les grandes lignes du Plan de Santé calédonien : Do Kamo tel qu'il fût rédigé, accompagné des remarques de Madame Valentine Eurisouké, *Membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge de l'animation et du contrôle des secteurs de la santé, de la jeunesse et des sports ; Présidente du conseil d'administration de L'ASS-NC ; Directrice de la publication du Projet Do Kamo.* En janvier 2020, Madame Eurisouké nous a fait l'honneur d'accepter notre entrevue, et s'est prêtée au jeu de l'interview. Nous l'en remercions.

« Dö Kâmö » signifie « Être épanoui » en Ajië, *langue kanak de l'aire culturelle Ajië-Arö.* Ce projet repose sur une stratégie de réforme en profondeur du système de santé calédonien, tant sur le plan de sa gouvernance que de son modèle économique, avec une refonte du système de protection sociale et de santé, et une place centrale du citoyen-usager et de la société civile.

Comme l'indique Madame Eurisouké *“Cette stratégie s'inscrit dans les conceptions actuelles et modernes de l'OMS qui prône une approche holistique de la santé : appréhender l'Être humain dans sa globalité, en lien avec son environnement social, culturel, institutionnel et économique.*

L'objectif du plan Do Kamo c'est de travailler sur un parcours de vie pour grandir en bonne santé”.

Ce Plan privilégie l'innovation, le pragmatisme et l'opérationnalité. Il est issu d'une réflexion sur chaque thématique de la santé alliant collégialité, modèle participatif et engagement des élus locaux.

Pour les Elus du Congrès, il faut ancrer ce plan de santé dans les réalités de terrain en tenant compte des pratiques réelles, des capacités des acteurs, des manques qu'ils ont identifiés et des atouts qu'il faut valoriser. (3)

“Jusqu'ici, le système de santé calédonien reproduisait celui de la France qui est très axé sur le soin. Ceci explique pourquoi autant d'hôpitaux ont vu le jour, et explique également l'évolution importante des techniques médicales (par exemple, aujourd'hui des expérimentations en chirurgie cardiaque sont menées au Médipôle avec l'institut de Montsouris à Paris, ce qui permet de favoriser les compétences de nos chirurgiens). Or, l'OMS affirme que le soin ne représente que 25% des facteurs influençant la santé, à la

différence de la prévention qui représente 60% de ces facteurs. On le constate, car malgré les structures mises en place et les compétences techniques, le nombre de calédoniens malades augmente et nos dépenses augmentent toujours plus, le déficit se creuse.

Ainsi, l'unique approche par le soin ne peut améliorer l'état de santé des calédoniens.

C'est à partir de ce constat qu'en 2014 les prémices du Projet Do Kamo sont apparues, pour inverser les choses et miser sur la prévention, l'éducation... tout au long de la vie de l'individu. ” (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).

Actuellement en Nouvelle-Calédonie, 98,5% des moyens destinés à l'offre de santé sont consacrés à l'offre de soin et seulement 1,5% à l'offre de prévention. (3)

Ce déséquilibre peut expliquer la dégradation actuelle et préoccupante du système de santé des calédoniens : malgré une offre de soin performante, les dépenses de santé sont devenues insoutenables pour le Pays.

Il apparaît donc fondamental dans ce plan de renforcer la prévention en la coordonnant avec l'offre de soin.

Le but est alors de penser la Santé à partir du concept de « vie entière », et de la promouvoir au sein de la population dans tous les espaces (milieux de vie, milieux éducatifs, milieux économiques, milieux coutumiers, milieux religieux, ...) coordonnés entre eux. Ainsi la santé devient l'affaire de tous !

Depuis 2014, chaque texte législatif du Code de Santé a été analysé et réfléchi dans le but de les réécrire en prenant en compte les particularités locales. Le préambule de ce futur Code a déjà été édité et s'appuie sur les axes du Plan Do Kamo.

Le Plan Do Kamo introduit de nouveaux concepts tels que le « citoyen-usager » (lequel doit être pris en compte dans sa globalité, dans son bassin de vie, dans ses dimensions personnelles, ses représentations sociales et culturelles), la « démocratie sanitaire » (qui consiste en une démarche visant à associer l'ensemble des citoyens-usagers et les acteurs du système de santé, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé). Cette démarche est fondée sur le dialogue, l'intelligence et la construction collective : « l'Empowerment » (ou « pouvoir d'agir », processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action et de s'émanciper, processus d'autonomisation). (3)

L'objectif de ce plan d'action consiste à lever les freins économiques, géographiques et culturels afin de réduire les inégalités d'accès à l'offre de santé, particulièrement dans les zones rurales et tribales.

La mise en place d'un observatoire est prévue en parallèle pour évaluer la pertinence et l'efficacité de chaque action et pour en contrôler l'intérêt de sa pérennité.

Depuis 2014 la Nouvelle-Calédonie a réussi à obtenir un siège à titre consultatif à l'ONU (*Organisation des Nations Unies*), et donc peut désormais participer à la section Asie-Pacifique (qui a lieu chaque année à Manille). Cette place est importante parce qu'elle permet au pays de s'ancrer dans la région Pacifique, de s'inspirer des programmes des pays voisins en matière de santé et ainsi d'adapter ses programmes de santé aux particularités du pays (comme par exemple le programme « la santé à l'école » et toutes ses actions de prévention, ou encore le programme « sport-santé » qui permet au médecin de prescrire du sport, au même titre qu'un médicament chez les personnes en surpoids et obèses, ...).

La coordination pluri-médicale occupe une place centrale pour le succès de cette réforme. Un programme informatisé de données médicales du patient unique et universel nommé E-Santé est en cours d'élaboration pour réorganiser et coordonner le suivi du patient pour chaque discipline sanitaire afin d'avoir un rendu objectif de sa santé tout au long de son parcours de vie.

« Il s'agit de mettre en place un dossier médical partagé et informatisé : le but étant de centraliser toutes les informations du patient (sous un numéro unique d'identifiant). Cela va permettre un meilleur suivi du patient dans son intégralité, une meilleure coordination entre les disciplines médicales et les couvertures sociales ainsi qu'un suivi de l'individu sur tout son parcours de vie et plus largement des populations à différentes étapes de la vie (bases de données considérables pour orienter les décisions de santé).

Cependant, ces programmes ont tendance à bouleverser et parfois même "déstabiliser" les habitudes de certaines directions de santé plus anciennes (comme la DASS - Direction des Affaires Sanitaires et Sociales) freinant les avancées de ce projet qui voit ses équipes de travail réduites et souvent confrontées à de nombreuses barrières.

Il serait intéressant d'implanter cette équipe-projet au sein même de ces directions pour faciliter les échanges et l'efficacité » (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).

Une approche holistique de la santé de l'humain à travers des facteurs biomédicaux, psychosociaux, ethnoculturels et socioéconomiques est donc à réorganiser et à développer en intégrant les conceptions de vies océaniques de la santé.

Le Plan Do Kamo s'articule autour de 3 grands axes, regroupant 7 objectifs stratégiques et 22 objectifs opérationnels, lesquels reposent sur la mise en application de 86 actions de santé sur la période 2018-2028. Ce n'est qu'au terme de ces dix années que la Nouvelle-Calédonie sera en mesure ou non de mettre en place cette réforme complète, bouleversant l'ensemble du système de santé avec un nouveau code local revisité.

“10 ans pour changer les comportements” en mettant vraiment l'accent sur la prévention, la parentalité, la santé à l'école et le début de vie.

Quelques-uns des fondamentaux du plan :

Agir de manière transversale sur l'ensemble des déterminants de la santé :

- Au niveau personnel (intrinsèque à l'individu comme l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, les habitudes de vie, ...),
- Au niveau du milieu de vie (en relation avec son milieu de vie, toutes les formes d'environnements proches de l'individu)
- Au niveau du pays (à l'échelle nationale, les contextes démographiques, économiques, scientifiques et technologiques, socio-culturels et politiques).

Agir sur la vie dans sa globalité en prenant en charge toutes les périodes, des premiers instants de vie jusqu'à sa fin.

Une offre de santé sur quatre niveaux de prise en charge :

- 1) Prévention/ éducation (non médical)
- 2) Accompagnement de proximité (médico-sociaux)
- 3) Soins hospitaliers
- 4) Soins extraterritoriaux (Évasan : évacuation sanitaire)

Construire une offre de protection sociale unique et équitable pour tous en mettant le citoyen-usager au cœur de cette stratégie à travers le développement d'une véritable démocratie sanitaire où chacun doit se sentir responsable et investi dans la préservation de son capital santé.

Il s'agit d'aller vers un dialogue plus démocratisé, plus "océanisé", de renforcer le pouvoir d'agir de la société civile en favorisant l'implication du monde associatif calédonien : le « processus d'Empowerment ».

Structuration stratégique du plan d'action Do Kamo, les grands axes (3) :

- Axe I : construire un modèle économique du système de santé calédonien.
=> Mettre en place des mesures pour maîtriser les dépenses de santé, créer de nouvelles recettes pour faire des économies.
« Reconstruire un modèle économique pérenne capable de s'autofinancer, différent de celui du RUAMM structurellement déficitaire. » (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).
- Axe II : construire une nouvelle gouvernance du système de santé calédonien (nouveau code de Santé Publique), par la mise en place d'une gouvernance collégiale, où l'offre de prévention et l'offre de soin sont coordonnées par le développement d'une démocratie sanitaire et de différents outils au service de la santé.
*« Il s'agit ici de réformer le système de la CAFAT, organisme privé, en intégrant des élus du territoire dans le conseil d'administration afin de pouvoir participer aux politiques internes de cet organisme.
Créer un outil pour uniformiser, sur l'ensemble du pays, les besoins de santé afin d'encadrer leur financement dans une vision globale des choses (projet e-santé). »* (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).
- Axe III : Assurer une offre de prévention renforcée et coordonnée avec l'offre de soin (programmer les priorités de santé, optimiser la prise en charge des calédoniens en agissant sur les déterminants de santé et en développant les soins de proximité et les alternatives à l'hospitalisation complète).

Chacun de ces axes comprend son nombre d'objectifs à atteindre avec leurs actions détaillées pour les obtenir.

Une des mesures visées dans ce plan est la réalisation d'un « Vidal calédonien », qui intègre les plantes médicinales locales. La médecine par les plantes constitue un gros sujet de

recherche mené par l'IRD (*Institut de Recherche et Développement*) et l'UNC (*Université de la Nouvelle Calédonie*). L'objectif étant à terme de confirmer la mise sur le marché de plantes médicinales locales, après en avoir testé leur efficacité pharmacologique, leur biocompatibilité, leur toxicologie, ...

La Nouvelle-Calédonie possède une flore unique au monde, avec plus de 3500 espèces endémiques, elle nous offre un patrimoine naturel d'exception. (23)

« De tous les pays siégeant à l'OMS, nous sommes avec la France, l'un des derniers pays à s'inscrire dans le cadre de la médecine traditionnelle et à accepter ainsi les autres formes de médecine. Dans la médecine conventionnelle, seul le médicament est reconnu. Aujourd'hui les pharmacies sont devenues des commerces. L'OMS nous dit qu'il faut développer d'autres formes de médecine car la médecine conventionnelle nous pousse à la consommation, au détriment peut-être de la prise en charge du patient. On a l'impression que plus on avance, plus il faut qu'il y ait de gens malades pour alimenter le système de consommation. » (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).

Un travail de prospection de la pharmacopée culturelle locale auprès de la population doit être mené pour orienter plus favorablement ces travaux de recherche de principes actifs. L'IRD, sous la demande du congrès, réalise déjà un travail de collectes et d'observations des savoir-faire traditionnels.

Exemples d'actions concrètes élaborées dans ce projet (3) :

- Former tous les nouveaux professionnels médicaux arrivant en Nouvelle-Calédonie aux particularités culturelles institutionnelles et épidémiologiques du Pays,
- Optimiser la communication entre les patients et les soignants dans un contexte plurilinguistique en mettant en place une assistance linguistique dans le cadre hospitalier.
- Répondre à l'évolution des besoins de santé de proximité (en revisitant le domaine de compétence des infirmiers, par exemple, en les formant à des prises en charge spécifiques en endocrinologie-diabétologie, en soins palliatifs, ... dans le but de répondre à l'accroissement des demandes de soin).
- Actualiser la stratégie du Pays visant à prévenir la surcharge pondérale et favoriser l'alimentation saine pour tous les calédoniens (un exemple récent avec la taxe sur le sucre).
- Soutenir financièrement et techniquement le Plan Territorial de Sécurité et de Prévention de la Délinquance.

Un autre point fort souligné dans ce projet est le travail sur “l’estime de soi”.

« Car pour devenir un “Être épanoui”, il faut satisfaire d’abord à tous les besoins du Do Kamo, c’est à dire les besoins sociaux, d’accomplissement de soi, les besoins physiologiques, d’estime de soi, de protection. Pour satisfaire tous ces besoins il y a plusieurs approches : le travail qu’il faut faire sur la personne, sur son milieu de vie et son environnement puis tout le travail institutionnel et politique. Il faut ainsi travailler sur tous ces déterminants sociaux pour arriver à un Être épanoui. » (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).

Cf. ANNEXE N°2 : Question sur la réinsertion de la jeunesse de Nouvelle-Calédonie, posée à Madame Valentine Eurisouké dans le cadre de notre interview.

« Dans la loi de pays qui va sortir dans le nouveau Code de Santé, l’objectif est également d’ouvrir la santé vers d’autres pays. Par exemple aujourd’hui, un médecin australien est obligé d’avoir une autorisation limitée dans le temps pour exercer sur le territoire. Il faut qu’on change ça. » (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).

Le Projet Do Kamo a la volonté d’intégrer le plus possible les médecines parallèles des différents groupes culturels qui constituent la Nouvelle-Calédonie.

Plus particulièrement, la culture Kanak et ses différentes façons d’interpréter la maladie doivent aujourd’hui être reconnues et partagées, pour participer à la prise en charge et le « bien-être » global de la population calédonienne.

« Ici, la société (non seulement Kanak mais aussi celle du Pacifique) possède une spiritualité qui est vraiment importante à prendre en compte aussi dans le médical.

Nous (les kanak) nous avons l’habitude de vivre avec le monde spirituel invisible, avec toute cette partie spirituelle via le totem et les esprits...

La spécificité de notre médecine est ainsi de prendre en compte cette partie spirituelle. » (Valentine Eurisouké, Janvier 2020).

Chapitre 3 : Approche culturelle et représentations de la maladie dans la société kanak

La population de la Province Nord compte 70% de kanak. Soigner en Province Nord demande de s'intéresser à la culture kanak afin d'intégrer les ressentis et les appréhensions de chacun face à la maladie.

Ce chapitre n'a pas la prétention de clarifier la complexité du monde kanak. Mais il nous est apparu nécessaire de délivrer au lecteur quelques notions spécifiques à l'organisation sociale et au monde spirituel kanak. On ne peut comprendre une culture qu'en allant à la rencontre de ceux qui la vivent du dedans, et ainsi favoriser le dialogue et le partage des univers entre les uns et les autres.

C'est pourquoi nous avons choisi pour en rendre compte, de croiser les données de la littérature et des travaux d'anthropologie avec celles recueillies au cours d'une interview de janvier 2020, de Monsieur Wapotro en tant que représentant du monde kanak, (Mr Billy Wapotro est *membre du Comité des Sages pour le Référendum* (nommé par le Premier Ministre Édouard Philippe), *acteur et chercheur dans l'anthropologie locale culturelle, ancien directeur de l'ASEE : Alliance Scolaire de l'Église Évangélique*). De même, il nous paraissait incontournable d'aller à la rencontre d'un guérisseur kanak. Nous avons eu l'honneur de pouvoir échanger avec un guérisseur de la commune de Canala. Nous respectons son souhait de garder l'anonymat.

3-1- La culture :

Sociologiquement, la culture se définit comme "ce qui est commun à un groupe d'individu" ou comme "ce qui le soude", c'est à dire ce qui est appris, transmis, produit et créé. La culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social (selon l'UNESCO : Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles, 1982). (3)

Pour Mr Wapotro, « *La culture ne se restreint pas à une ethnie ou un seul peuple, elle évolue constamment. Elle possède une langue qui véhicule une grammaire de la vie qui lui est propre et qui lui permet de vivre en lien avec son environnement. Chaque individu est construit de ce qu'on lui a transmis et partagé, lui permettant de traverser et de façonner les différentes étapes de sa vie* ».

C'est dans cette démarche que Mr Billy Wapotro a accepté de nous livrer quelques éléments de la cosmologie kanak afin de pouvoir mieux apprécier les différentes représentations de la maladie dans la culture kanak. (Cf. 3-3)

« Pour comprendre la représentation de la maladie dans la culture kanak, il faut d'abord comprendre les éléments constitutifs de sa cosmologie ».

3-2- Le monde kanak :

3-2-1- L'organisation sociale kanak :

La société kanak s'organise en tribu (terme juridique de l'administration coloniale) ou chefferie, dirigée par le Grand Chef et son Petit Chef.

Une chefferie se constitue de plusieurs clans, formés par des lignages avec un ancêtre commun.

Plusieurs chefferies vont se regrouper en districts (organisation instaurée par la colonisation) qui, encore une fois associés entre eux formeront les 8 aires linguistiques coutumières (subdivisions administratives linguistiques créées par les Accords de Matignon) avec leurs Conseils Coutumiers. (6) Cf. ANNEXE N°1

La plus haute instance de cette société est le Sénat Coutumier qui participe à la construction des lois du pays relatives à l'identité kanak, en consultation avec le Président du Congrès, le Président du Gouvernement et parfois le Haut-Commissaire.

La culture kanak est en étroite relation avec son environnement (la nature).

Ce peuple est issu de la terre, et sa vie (sa santé) est régie par un équilibre à la fois dans la relation au corps, à la société dans laquelle il évolue mais aussi avec son environnement. (25)

La société kanak a une transmission orale et fonctionne avec la « coutume ».

La coutume est une pratique vivante, un code de conduite transmis par la parole. Elle structure la société kanak en régissant les droits et les devoirs traditionnels à l'intérieur du clan mais également entre les clans.

On la retrouve dans les grandes étapes de la vie comme l'organisation sociale, le lien fondamental à la terre, les relations parentales et sociales, l'organisation spatiale. (6)

Elle permet de maintenir le lien avec les ancêtres.

“Faire la coutume” est un acte qui consiste en un échange de paroles et de biens (ignames, monnaie kanak, morceaux de tissu, argent, ...) pour engager une rencontre, un événement important ou établir un contrat. Cette parole impose le respect et a valeur de “loi”. (6)

3-2-2- La cosmologie kanak :

La mort, comme on l’entend dans la société occidentale ne retrouve pas son pareil chez les kanak. L’idée de la mort se retrouve ici plus dans le fait d’être gravement malade.

Il existe deux univers dans la cosmologie kanak : le « monde du visible » correspondant au monde du vivant et des Hommes évoluant à travers le temps selon plusieurs étapes, leur permettant de rejoindre le moment venu l’autre monde, le « monde invisible », celui des esprits ancestraux et du sacré.

« L’individu kanak ne connaît pas la mort en son sens qu’il renaît de nouveau. Il passe, de manière cyclique, du monde visible en étant homme, au monde invisible en étant ancêtre, puis vivra dans le monde visible en demeurant à travers une nouvelle personne qui portera alors le même nom que l’ancien défunt de la lignée ». (Billy Wapotro, Janvier 2020)

Il existe deux stades intermédiaires à ses mondes :

- Les premiers jours de vie du bébé, sous la protection du clan paternel, avant sa présentation aux oncles utérins qui viendront apporter la force et l’énergie de vie à l’enfant. Ils deviennent ainsi les responsables de la vie de l’individu, et chaque événement important (maladie, mariage, accident...) marquant sa vie devra alors leur être rapporté.
 - Les premiers jours qui suivent le dernier souffle de vie où le défunt recevra une cérémonie permettant à l’esprit du corps de devenir ancêtre dans le monde invisible.
- (25)

Le monde visible :

Tout au long de sa vie (de la naissance à la fin de vie), l’individu kanak devra suivre différentes étapes d’apprentissage, marquées par différentes cérémonies indiquant à chacun la place qu’il occupe dans la société.

A chaque étape, un discours lui est rapporté *“pour construire l’humain kanak”*. (Billy Wapotro, Janvier 2020)

Cf. ANNEXE N°3 : Le monde visible.

Le monde invisible et les ancêtres :

Le monde invisible est un univers sacré coexistant avec le nôtre et dans lequel les ancêtres (les esprits des morts) sont en attente de leur retour vers le monde visible.

Ces esprits sont des membres à part entière de la société kanak. Ils sont à la base de cette culture : tout est pensé, vécu et décidé en lien avec ce rapport au sacré (25). Ils sont à l'origine des différents pouvoirs qui régissent le monde, comme les pouvoirs de guerre, les pouvoirs de guérison, les pouvoirs de voyance, ...

Ces pouvoirs peuvent être utilisés par certaines personnes du lignage en fonction de son statut, par l'intermédiaire de plantes ou de pierres magiques ou encore par des incantations et rites spécifiques. (25)

Chaque clan possède un totem ou "gardien" (correspondant à un lieu ou une entité, comme par exemple un arbre ou un animal) qui est une incarnation de l'ancêtre commun du clan dans le monde visible et qui suit et protège le lignage. Si celui-ci est aperçu par un membre du clan, il peut être annonciateur d'une nouvelle en cours ou à venir, bonne ou mauvaise.

Les ancêtres peuvent être sollicités pour protéger comme pour détruire (toutefois, si la personne est animée de mauvaises intentions, elle s'engage au risque d'un retour du mauvais sort).

« Le monde des ancêtres est celui de la nuit et de la forêt (Hnenehnic en drehu Langue kanak de Lifou, Hnen : l'endroit, le cordon ombilical ; ehn = le vent ; itc = les ancêtres) ».
(Billy Wapoto, Janvier 2020).

Le rêve occupe une place importante dans le lien entre les deux mondes. En effet, comme la rencontre et l'interprétation d'un totem, la vision du rêve peut être vécue comme le message d'un ancêtre, désignant par exemple la plante qui soignera le mal, ou débusquant le traître faiseur de maladie. (25)

3-2-3- L'évangélisation et l'occidentalisation :

L'offensive évangéliste a détruit un certain nombre de supports du culte des ancêtres, mais n'a pas réussi à faire disparaître le socle des croyances et pratiques préexistantes des kanak.

Les discours chrétiens sur la vie et la mort n'ont pas su remplacer les conceptions de l'ancestralité et du sacré, tout comme le discours biomédical n'a pas pu supplanter les représentations antérieures de la personne et de la maladie. Ces croyances distinctes ont toujours coexisté chez les kanak. « *Certains étaient désignés pour être formés au christianisme ou au protestantisme tandis que d'autres l'étaient comme gardiens des pouvoirs traditionnels de protection, dans un but d'étendre ses connaissances en apprenant de nouveaux discours.* » (Billy Wapotro, Janvier 2020).

L'accès à de nouveaux savoirs est valorisé parce qu'il renforce le clan. C'est pourquoi il était réservé un accueil chaleureux et bienveillant aux missionnaires fraîchement débarqués.

Ainsi, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, la maladie est vécue selon différents types d'interprétation dans la culture kanak. Certains symptômes ne trouveront remède qu'auprès d'un tradipraticien appelé « guérisseur », tandis que d'autres ne pourront se passer d'une médecine conventionnelle occidentale. Par exemple, certaines « maladies nouvelles » (maladies des blancs) peuvent cacher une maladie totémique ou *vice versa*. De cette façon, la personne atteinte consultera à la fois le guérisseur et le médecin du village. On assiste alors fréquemment à une pluri-médicalisation dans la recherche du bien-être de la personne. (25)

3-3- La représentation de la santé et de la maladie dans la culture kanak :

La médecine traditionnelle a été définie par l'OMS comme « *la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales* ». (26)

La médecine traditionnelle n'est pas une médecine « alternative » utilisée là où la médecine occidentale a échoué. Elle tiendrait sa propre place en amont ou en parallèle de la médecine conventionnelle et peut parfois être considérée comme une médecine de premier recours. (6)

La médecine traditionnelle est toujours beaucoup pratiquée en Province Nord, même si l'on constate dans les représentations comme dans les pratiques de nombreux changements depuis plus de 150 ans de présence française. Cette médecine fait toujours partie intégrante de l'organisation sociale kanak, c'est un des rouages de son fonctionnement. (2)

3-3-1- Le concept de santé, bien-être :

Il n'existe pas de traduction pour le mot « santé » dans la cosmologie kanak, le seul mot qui s'y rapproche le plus serait le terme "harmonie" ; c'est-à-dire un bien-être, tant de l'individu que de son milieu social et naturel (par opposition à l'excès, le manque ou le conflit, synonymes de déséquilibre et de malheurs).

Les interactions entre ces différents milieux (corps, société, monde) déterminent l'équilibre homéostatique de chaque individu, en relation avec ses ancêtres.

Un déséquilibre dans cette harmonie peut alors être la conséquence d'un pouvoir ancestral venant punir d'un non-respect aux règles de société ou envers son environnement.

Les ancêtres rappellent ainsi aux vivants l'architecture du monde.

C'est donc en communiquant avec son monde que l'individu kanak va rechercher l'origine de sa maladie. (25)

Le sang est à l'origine de la genèse du corps humain et a son importance dans la représentation de la santé physique.

L'enfant provient du mélange du sang de la mère et du père. Le sang de la mère (qui donne la vie) est considéré comme le plus important, il appartient au clan utérin. Les oncles maternels sont donc responsables de ce sang et de la vie de l'individu. Ainsi, seules leur bienveillance et leur protection peut donner à l'enfant le capital énergétique lui permettant un accomplissement physique et mental (être résistant et courageux) ainsi que social (perpétuer l'alliance des deux clans). C'est pourquoi à chaque déséquilibre affectant le corps du neveu, les oncles maternels doivent être prévenus avec respect pour qu'ils renforcent leur rôle de protection.

La notion de prévention est ainsi très présente puisqu'elle permet le maintien de l'équilibre des éléments. (25)

3-3-2- La Maladie :

La maladie est le concept qui se rapproche le plus de la mort (les termes de maladie et de décès sont difficiles à distinguer dans les traductions).

Si la personne guérit de sa maladie on dit qu'elle "vit à nouveau". (25)

La maladie est considérée comme la conséquence d'un déséquilibre au niveau du corps, de la société et/ou de l'environnement.

Une maladie grave trouvera généralement sa cause dans une rupture du tissu relationnel interpersonnel en lien avec un avertissement des ancêtres tandis qu'une maladie plus ordinaire sera plus souvent causée par un déséquilibre entre l'homme et son milieu et sera soignée plus simplement avec la pharmacopée familiale. (27)

Alors, la première question que l'individu se pose lorsqu'il tombe malade c'est : "Qu'est ce qui a fait que je sois tombé malade ?". Il faut rechercher l'origine du mal (vécu du malade, faute commise d'une personne de la famille...) de façon collégiale afin de le guérir lui et son lignage car sa maladie ne le concerne pas uniquement, elle concerne le groupe, sans quoi le problème continuera de se répandre sur d'autres membres du lignage.

L'entourage a donc pour rôle de s'occuper de trouver le thérapeute adéquat pour la personne malade, et à tour de rôle, ils apportent des paroles d'encouragement pour le fortifier.

Le malade n'est jamais laissé seul.

La famille accompagne constamment le malade, mais quand la maladie n'est pas soignable par les plantes familiales, le diagnostic et le traitement de la maladie sont confiés à des spécialistes. (25)

3-3-3- Différentes catégories de maladies dans la culture kanak :

A) Les maladies "vraies", de causes évidentes :

Il s'agit des troubles entraînés par des déséquilibres de l'hygiène quotidienne de vie, elles sont généralement bénignes :

- les maladies d'origine alimentaire (par exemple la *ciguatera*),
- les accidents climatiques (coup de chaleur, coup de froid),
- les maladies sexuellement transmissibles,
- les accidents de la vie courante.

Elles sont définies par leur caractère "sec" (amaigrissement, stérilité, constipation, cystite, ...) ou humide (œdème, diarrhée, vomissement, furoncle, ...).

Leurs traitements visent à rééquilibrer les fluides corporels en utilisant la loi des contraires : les affections sèches se soignent par apport d'humidité, tandis que les affections humides se soignent par évacuation sous forme de purge ou de saignée.

(Le sec est considéré comme plus dangereux que l'humide). (6)

Ces maladies se soignent dans le cadre familial où l'on a recours à une pharmacopée végétale connue du lignage. (2)

C'est dans cette catégorie que l'on retrouve le plus d'incompréhensions entre les discours médicaux kanak et occidentaux, puisque dans la représentation kanak, une atteinte superficielle visible (atteinte dermatologique ou traumatologique par exemple) sera jugée moins grave qu'une atteinte interne et invisible. Or, ces plaies considérées comme superficielles, peuvent entraîner une infection qui nécessite très souvent des soins allopathiques administrés tardivement.

Quand la maladie est « profonde » on cherche à la « voir » en faisant appel aux voyants, on souhaite que la maladie s'extériorise, “que le pus sorte”. (6)

B) Les maladies des blancs :

Ce sont les maladies qui sont apparues avec la colonisation comme la lèpre ou la tuberculose. Elles ne peuvent être prises en charge que par la médecine européenne.

Mais pour que leur guérison soit rapide, elles nécessitent au préalable une médication kanak (sinon “*il y a quelque chose qui retient la maladie*”). (25)

Les deux autres catégories de maladies sont en lien avec un autre type de représentation puisqu'elles impliquent des puissances invisibles (les ancêtres) et nécessitent une prise en charge par des guérisseurs/voyants dont les pratiques sont gardées secrètes. Leurs causalités sont d'ordre social. (2)

C) Les maladies des ancêtres :

Il s'agit d'une entité étrangère qui agresse l'individu en prenant possession de son corps, le menant à sa perte si aucun traitement assez fort n'est mis en œuvre pour la combattre. Elles sont de deux types :

- **Les malheurs des fautes commises :**

Ce sont aussi bien des maladies que des drames personnels comme un échec professionnel, la perte d'une récolte, ...

Elles sont envoyées par les forces ancestrales garantes du respect des règles sociales et sont considérées comme une punition ou un avertissement aux transgressions, comme l'oubli ou l'accomplissement de gestes rituels défailants, de comportements irrespectueux ou encore par le contact involontaire avec des lieux ou des objets “interdits” considérés comme “sacrés”, chargés d'esprits ancestraux.

Cette maladie de survenue brutale peut toucher le responsable de la faute comme un de ses proches, punissant ainsi le groupe social, il renvoie alors à une prise en charge collective.

Ces maladies dites “liées aux ancêtres” nécessitent la consultation d’un guérisseur pour se défaire de la possession. Il cherchera l’origine exacte du mal.

Les symptômes retrouvés sont souvent en lien avec des altérations de la peau que l’on explique par l’envahissement du corps du malade par l’ancêtre.

S’il y a eu transgression ou offense, le malade fautif doit reconnaître son délit, demander pardon au lignage de l’offensé et entreprendre un geste symbolique de réparation, pour qu’enfin fonctionne le traitement administré par le guérisseur et/ou le médecin.

Les ancêtres pourront alors libérer leurs pouvoirs protecteurs et indiquer le soin à prodiguer (par exemple, les plantes médicinales appropriées au traitement). C’est alors au cours d’un rêve que le guérisseur, mais aussi parfois le malade lui-même ou l’un de ses proches, y aura accès.

La guérison du corps physique passe d’abord par la guérison du corps social. (2)

- **Les maladies totémiques** (le totem est la représentation vivante de l’ancêtre du clan) :

Leur apparition est lente et plus insidieuse, puisqu’elles peuvent se transmettre de génération en génération. Leur origine se trouve dans une faute commise passée et non réparée qui a entraîné progressivement la perte de la protection des ancêtres sur le lignage.

Le totem du clan (ou d’un clan voisin) s’installe dans le corps du malade qui montre alors des particularités physiques et psychiques de celui-ci (par exemple des doigts palmés).

De vraies maladies sont retrouvées dans ces maladies totémiques comme les troubles psychiatriques, l’épilepsie, le diabète.

Le thérapeute spécialiste utilisera des potions pour purger le malade et l’enverra voir le guérisseur du clan dont le totem est le gardien.

Cette pratique est encore très vivante. Le guérisseur de Canala que nous avons rencontré définit son travail ainsi : *“Moi je suis issu d’une lignée de guérisseurs du clan “xue” et “cââ” qui signifie “travailler ensemble” en Ajië. Normalement les guérisseurs ne peuvent travailler que sur le totem de leur clan, mais moi comme je fais partie du clan qui “rassemble” je peux voir le totem des autres et travailler dessus, je vais enlever l’esprit du totem qui cache la “vraie maladie”, comme ça, s’il le faut, le patient pourra finir son traitement au Médipôle (CHT). C’est ce qui fait ma particularité et c’est pour cela que des gens de tout le pays viennent à ma rencontre (environ 10 personnes par jour me consultent). Mais moi aussi mon clan a son propre totem et c’est avec lui que je travaille pour soigner les miens et pour m’auto-soigner”.*

Contrairement aux plantes de la pharmacopée familiale dont le pouvoir thérapeutique est reconnu chez les kanak pour soigner les “maladies vraies”, les plantes utilisées par les guérisseurs dans le traitement des maladies ancestrales n’ont pas de vertus médicinales à proprement parlé.

Elles sont transmises par les générations précédentes ou désignées par les ancêtres dans un rêve.

Le pouvoir de ces plantes provient des ancêtres, elles ne peuvent donc être partagées pour faire l’objet de “recettes” pharmaceutiques.

« Les plantes, disent les vieux, n'ont pas de vertus propres ; elles ne sont que le matériel symbolique sur lequel l'officiant prononce les paroles sacrées qui leur permettront de véhiculer la puissance de l'ancêtre ». Jean Marie Tjibaou, 1976. (28)

De plus, la salive du guérisseur, comme les plantes et les paroles incantatoires, ont aussi un pouvoir de lien avec les ancêtres et représentent l'exosmose des forces ancestrales que le malade recevra.

D) Les maladies provoquées ou fabriquées :

Il s’agit d’agressions par sorcellerie, de maléfices appelés “boucans” le plus souvent animés par une volonté malveillante.

Les symptômes de ces maladies magiques apparaissent de manière aiguë et brutale et sont généralement associés à des maux de tête, une fatigue intense et des diarrhées.

Le remède passe obligatoirement par un spécialiste de la voyance qui cherchera à démasquer le protagoniste du mauvais sort. (2)

Les actes de sorcellerie sont sévèrement réprimés par le Sénat Coutumier.

Il existe donc différentes maladies et différentes façons de les interpréter dans la culture kanak. Ainsi, une même maladie peut avoir des origines différentes selon l’interprétation de la personne et de son lignage, ce qui peut donner recours à différents traitements.

Rien n’est figé dans cette catégorisation des maladies parce que la transmission de cette culture est orale et que chaque clan possède ses propres théories sur l’apparition d’une maladie et la façon de la traiter.

De même que deux maladies scientifiquement différentes peuvent être visualisées comme provenant d’une même cause et ainsi répondre à un traitement similaire.

C'est pourquoi lorsqu'un diagnostic est rendu par un médecin conventionnel, de façon récurrente le patient ira consulter un tradipraticien pour trouver la causalité "mystique" de sa maladie, pour la réparer dans un premier temps afin d'optimiser sa thérapie.

Une cure thérapeutique pour une maladie liée aux ancêtres dure environ 5 jours et doit respecter plusieurs interdits (qui s'appliquent en même temps pour le malade et son guérisseur) notamment alimentaires, sexuels et de contact avec l'eau.

Ceci peut expliquer les soucis d'observance des traitements occidentaux au long court.

Les administrations de médicaments se font souvent le matin tôt ou dans la soirée, car la nuit correspond au territoire des esprits et la chaleur de la mi-journée (le soleil) est considérée dangereuse. (25)

3-3-4- Transmission des savoirs de guérison :

Chaque groupe social détient des pouvoirs qui lui sont propres avec sa pharmacopée et ses rituels.

Les savoirs médicaux kanak ne sont pas concentrés à un groupe restreint d'individu, ils se partagent au sein même du clan et entre les clans.

Ces savoirs répondent au principe d'équilibre communautaire où personne n'est mis à part et où chacun est acteur de sa santé et responsable de celle des autres. (25)

Tout ce qui concerne la pharmacopée familiale n'est pas un secret et se partage avec son entourage, ce qui n'est pas le cas des savoirs de divination et de voyance qui se transmettent de façon plus spécifique.

« Le guérisseur choisit généralement celui qui présente les meilleures aptitudes. Il se fie à son intuition et fait des tests pour savoir qui peut le mieux assurer sa succession.

L'observation lui permet également de voir qui est le plus inspiré par les ancêtres, et donc le plus apte à hériter du panier ». (2)

La transmission du pouvoir de guérisseur peut sauter des générations comme par exemple du grand père à son petit-fils, ou encore passer d'un clan allié à un autre par le biais des oncles utérins avec qui l'enfant partage le même sang. (25)

L'accès aux connaissances de ces spécialités peut être partagé entre les sexes, mais la pratique du soin ne peut être réalisée que par le sexe légitime. (25)

Ces savoir-faire hérités des générations précédentes sont toujours accompagnés d'un long apprentissage de l'individu dans son monde (accumulation des connaissances).

3-4- Aparté sur un lexique bucco-dentaire riche et une pharmacopée de la bouche :

Cette recherche a suscité la curiosité du savoir traditionnel autour de la sphère bucco-dentaire. Nos investigations nous ont permis de mettre en exergue un vocabulaire riche de la cavité buccale pour les langues du Grand Nord (aire coutumière HOOT MA WHAAP). De plus, nous avons répertorié quelques exemples de plantes citées pour leurs vertus médicinales en lien avec les troubles de la bouche.

3-4-1- Recueil de données lexicales bucco-dentaires de l'aire HOOT MA WHAAP :

Cf. ANNEXE N°4 : Lexique bucco-dentaire de l'aire HOOT MA WHAAP. (29)
Informations retrouvées sur la plateforme internet <https://www.alk.nc/> de L'Académie des Langues Kanak (ALK) (établissement public gouvernemental).

Ce recueil de vocabulaire de langues kanak de l'aire HOOT MA WHAPP démontre une considération pour la bouche et des différentes parties qui la constituent.

Les représentations y sont intéressantes, par exemple le mot *manger* se traduit différemment selon les aliments ingérés. De plus un lexique conséquent évoque les pouvoirs d'actions des dents.

3-4-2- Répertoire de plantes médicinales traditionnelles kanak :

Cf. ANNEXE N°5 : Pharmacopée traditionnelle kanak autour de la sphère orale. (30)

La pharmacopée traditionnelle kanak contre les maux de dents paraît riche. Certaines pratiques sont plus d'ordre spirituel. Certaines plantes comme « *Myoporum tenuifolium* » sont utilisées dans différents endroits.

Ainsi des solutions existent à travers la culture kanak et son environnement proche pour soulager des douleurs buccales et favoriser l'entretien de la bouche.

La confrontation de la culture kanak et ses savoirs traditionnels au monde occidental « moderne » pose la question de l'évolution des coutumes, et notamment dans le soin.

Où en sont ces pratiques traditionnelles aujourd'hui ? Est-ce que le savoir médical occidental a supplanté les traditions culturelles ? Ou sont-elles encore bien vivantes ?

Chapitre 4 : Coexistence et dualité entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle

4-1- Une coexistence admise :

Aujourd'hui, si l'existence d'un pluralisme médical est établie en Nouvelle-Calédonie c'est bien parce que la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle n'abordent pas les mêmes domaines et ne sont donc pas en concurrence directe.

L'une cherche un dérèglement dans son cosmos, l'autre travaille sur l'origine et le traitement biologique de la maladie. (6)

La médecine traditionnelle en Nouvelle-Calédonie se rapproche finalement plus de la « patamédecine » (comme les magnétiseurs, les sophrologues, l'homéopathie, ...) fondée sur la croyance et la spiritualité plutôt que sur des démonstrations scientifiques (31). En effet, la triade Hommes, ancêtres et plantes est à la base de toute la stratégie thérapeutique kanak.

On attend ainsi du médecin du village qu'il soigne les symptômes, quant au guérisseur, son rôle sera plus de protéger et d'amener vers un retour à l'équilibre et ainsi assurer la pérennité de la thérapie. (25)

La prise en charge d'un symptôme par le guérisseur aboutit toujours à une proposition concrète de traitement ou une indication à consulter un spécialiste. Cette considération et cette écoute représentent déjà en elles-mêmes un processus thérapeutique (21). Très souvent, le recours aux deux médecines est considéré comme complémentaire. L'objectif étant de retrouver un équilibre et améliorer sa santé.

Cette complémentarité n'est pas spécifique aux kanak. Aujourd'hui, de plus en plus de personnes issues d'autres communautés consultent un guérisseur ou se tournent vers la sophrologie.

L'histoire nous montre que cette coexistence est présente depuis longtemps en Nouvelle-Calédonie. Le corps médical des dispensaires de la Province Nord a permis, dans un tacite accord, ici ou là, la pénétration de la médecine traditionnelle dans les espaces consacrés à la médecine occidentale. « *Dans les cours des centres de soins, on trouve toujours de majestueux banians, ou encore d'immenses peupliers, plantés il y a plus de quarante ans par les anciens infirmiers de Lifou. Ces plantations étaient justifiées par l'ombre qu'elles procuraient aux patients. En réalité, ces arbres servaient d'arbres à pharmacie dont on*

utilisait les racines, les fleurs, les bourgeons...- en complément des placards à médicaments officiels installés dans les salles de soins ». (19)

Les dispensaires et les hôpitaux sont considérés comme des espaces-symboles du soin pour les kanak. (25)

Les « maladies vraies » avec leur pharmacopée sont les plus considérées par les médecins, et plusieurs traitements font l'objet de recherche par l'IRD. Les résultats sont probants pour certaines pathologies comme la *ciguatera* (gratte).

Les maladies des ancêtres, qui sont fondées sur les valeurs sociales et spirituelles de la société kanak, ne peuvent quant à elles trouver leur place dans l'*Evidence Based Medecine*. Ainsi la complémentarité des deux médecines prend tout son sens.

Une enquête d'opinion réalisée auprès des médecins généralistes sur la question de la médecine traditionnelle rapporte que 58 % des médecins ont une opinion positive de la médecine traditionnelle, 26% négative et 16% ne se prononcent pas. (6)

4-2- Une dualité encore présente :

Toutefois, si cette coexistence entre les deux médecines s'exprime sous la forme d'une complémentarité, leur opposition a la dent dure. Elle rejoint le débat suranné qui oppose tradition et modernité.

L'opposition entre tradition et modernité (science) est encore très souvent utilisée en Nouvelle-Calédonie dès lors qu'il s'agit d'appréhender la société kanak. Pour exemple, « *cette opposition questionne les tensions et les conflits entre, d'un côté « les traditionalistes » (qui déclarent que la culture, les traditions se perdent et ne se transmettent plus) et de l'autre, « les modernistes » ou « progressistes » (qui pensent que c'est grâce à l'accès au salariat, à la science et au mode de vie occidental que les populations autochtones se sortiront de leur « état de nature »)* ». (32)

Concernant la santé, cette dualité se traduit comme suit : d'un côté les médecins considèrent que les consultations des guérisseurs entraînent un retard dans la prise en charge des soins et une augmentation de la morbidité kanak, voire associent la médecine kanak à de fausses croyances, à des automédications par voie orale hasardeuses et parfois dangereuses (6), de

l'autre, les kanak incriminent un manquement aux règles lorsqu'ils se précipitent dans les hôpitaux avant de faire le chemin de la médecine traditionnelle. (25)

Un autre frein -bien réel à la possibilité d'une rencontre entre les deux médecines- est le caractère sacré et secret que revêt le traitement des maladies par le guérisseur kanak, par "peur d'attirer le mauvais œil" ou de "désacraliser" les traditions.

Les guérisseurs eux-mêmes ne souhaitent pas se dévoiler et partager leurs connaissances au médecin qu'ils consultent par nécessité. (25)

Par ailleurs, la médecine traditionnelle kanak n'est pas dénuée d'un réel risque et peut parfois mettre en danger le patient. « *Les médecins ont pour la plupart déjà été confrontés à une mise en danger de leur patient ayant pratiqué la médecine traditionnelle kanak, cependant ils sont pour la plupart favorables à la pratique de cette médecine, ils souhaitent en apprendre davantage et sont intéressés par des formations spécifiques. Ils réclament un encadrement de la médecine traditionnelle et un travail en partenariat entre ces différents acteurs de santé.* » (6).

Aujourd'hui encore, ces pratiques traditionnelles restent dans l'ombre car trop officieuses et sans preuves accordées par des agences agréées de la médecine conventionnelle.

L'idée d'un statut officiel pour les guérisseurs pourrait permettre d'une part une reconnaissance culturelle et d'autre part une confrontation des deux médecines vers la complémentarité médicale.

Le chemin des échanges peut être long, si d'un côté, le caractère sacré n'autorise pas la rencontre et si de l'autre, le contrôle par une instance médicale conventionnelle est exigé à n'importe quel prix.

Car, dans cette histoire, en opposant les deux médecines, on prive souvent le patient des bénéfices de l'une ou de l'autre. (2)

4-3- Une volonté émergente de « travailler ensemble » :

« *La tradition poursuit son travail dans le champ de la modernité, l'une et l'autre sont en constante interaction [...]. Toutes les sociétés [...] ont une part de continuité : en elles, tout ne change pas et ce qui change ne se modifie pas en bloc* ». (33)

Ainsi, plusieurs formes de connaissances (sciences, croyances, religions, idéologies, ...) coexistent, sont complémentaires, et collaborent entre elles. « *L'utilisation d'une forme de connaissance ou d'une autre dépend des nécessités de l'environnement social. Les communautés humaines puisent continuellement dans les différentes ressources que chaque forme de connaissance offre* ». (34)

« *Finalelement, il n'existe pas de sociétés purement traditionnelles qui seraient fixes, figées et immuables tout comme il n'existe pas de sociétés purement modernes qui feraient table rase de leur histoire et de leurs traditions. Il nous faut alors entendre et comprendre les dynamiques des traditions : se mélanger, se fondre, se dépasser, se créer, se restaurer, se rigidifier, se détruire, se transgresser...* ». (35)

Un médecin de NC a écrit « *nous ne sommes pas là pour juger la médecine traditionnelle, ni les patients qui y ont recours, mais nous devons en tenir compte si nous voulons établir une bonne relation et améliorer la compliance du patient à notre traitement. Les gens avaient recours à la médecine traditionnelle avant l'arrivée de la médecine occidentale, ils y auront recours après nous...* ». (6)

C'est aussi dans cette démarche que les personnes kanak rencontrées se situent :

« *Il faut travailler ensemble pour que les gens aillent bien, on doit être complémentaire. Par exemple avant d'aller se faire soigner au Médipôle (CHT), je dois traiter le "côté à nous" [maladie kanak]. Souvent les gens du Médipôle viennent me voir quand les médecins ne trouvent pas la cause de leurs maux. Moi je peux voir le mal et je vais donner des médicaments et faire un travail pour permettre ensuite aux médecins du Médipôle de trouver le problème et ensuite les soins conventionnels vont pouvoir fonctionner et être bien ciblés* ». (Guérisseur de Canala, Janvier 2020)

En effet, certains guérisseurs n'hésitent pas à diriger leurs patients vers la médecine conventionnelle lorsqu'ils pensent que la maladie n'est pas ou n'est plus de leur ressort, tout en ne se sentant pas dépossédés de leurs pouvoirs car les maladies provoquées par les ancêtres ou fabriquées par malveillance restent de leur responsabilité. (25)

« *Pour raconter notre monde, il est fait d'itinéraires différents, et chacun a son itinéraire et va expérimenter des choses, et même si certains prennent des chemins qui ne s'expliquent pas par la science, c'est une autre manière de raconter les choses* » (Billy Wapotro, Janvier 2020).

Une bonne partie des médecins s'accorde de plus en plus à concevoir un travail avec les guérisseurs notamment pour conserver cette culture orale qu'ils perçoivent en extinction. (6)

Dans cette démarche de valorisation des savoirs traditionnels, la formation spécifique des médecins est donc primordiale.

Depuis plusieurs années, l'IFAP (Institut de Formation à l'Administration Publique) propose deux niveaux de formation concernant l'approche culturelle de la maladie (le premier sur *La société kanak et son approche de la maladie* par Caroline Graille et le deuxième sur *Société, santé maladie : une approche anthropologique des mondes kanak et océaniens* par Christine Salomon). (36)

Il devient aujourd'hui nécessaire d'ouvrir ce dialogue avec les gardiens du savoir médical traditionnel kanak. Il s'agit d'échanger, dans le respect des règles co-définies ensemble, sur la possibilité de coordonner et d'optimiser le bien-être de la population.

Plutôt que de voir se perpétuer deux médecines en concurrence ou qui se rejettent (où l'une se pratiquerait dans une forme de clandestinité tolérée et l'autre au grand jour), il faut d'abord chercher à rendre compte de ce qu'elles ont de commun : « *La plus importante des modifications dans les perspectives des chercheurs en anthropologie est qu'ils prirent conscience que pour comprendre la vie humaine en général, les similitudes entre les coutumes des différentes sociétés sont plus importantes que leurs différences* ». (37)

En effet, dans cette volonté d'échange, il faut dans un premier temps préciser l'intérêt commun pour ces deux médecines d'évoluer ensemble :

- Elles ont toutes les deux une visée de soin et de guérison.

De tout temps et sous toutes les contrées, on observe l'existence de pratiques de soins pour conserver une population en bonne santé. « *La famille prend toujours en charge ses enfants, depuis leur conception jusqu'à leur mort, physiquement et socialement, même si les formes de cet accompagnement présentent des allures différentes selon les époques et les contextes* ». (19)

C'est de cela qu'il s'agit lorsque Monsieur Wapotro, lors de notre rencontre, évoque le rôle des oncles utérins : « *Quand on parle de maladie, il faut l'installer dans ce contexte cosmologique. Ça complique car nous sommes gardiens d'un bien [d'un corps] qui n'est*

pas le nôtre. Le corps n'appartient pas à la personne, c'est une entité qui est la propriété des oncles utérins qui sont responsables de sa protection et de sa bonne santé.

Chaque individu est le gardien de son corps, il doit en prendre soin et ainsi prévenir ses oncles maternels chaque fois qu'un dommage y est réalisé ». (Billy Wapotro, Janvier 2020)

- Elles ont toutes les deux une démarche de prévention.

« Chez les kanak, dès la conception d'un enfant et pas seulement à partir de sa naissance, il faut tout mettre en œuvre pour prévenir la maladie, le malheur, l'infortune. Dans cette perspective, certaines pratiques occidentales poursuivant le même objectif, bien qu'avec des moyens différents, sont perçues comme complémentaires, aussi ne provoquent-elles guère de contestations ». (19)

- Elles sont interdépendantes.

A l'instar des rares études relatives aux pratiques de soins de la population kanak, les entretiens de notre étude montrent que les parcours thérapeutiques font état du chevauchement des systèmes de représentation, un recours quasi-systématique aux deux systèmes de soin, même lorsqu'ils ne sont pas évoqués. Des interactions permanentes les relient.

Cette interdépendance est ainsi définie par monsieur Wapotro (entretien Janvier 2020) lorsqu'on le questionne sur l'idée que si le corps appartient aux utérins, comment, en tant que dentiste devons-nous gérer les choses lorsque nous devons pratiquer une extraction dentaire. Sa réponse est limpide : *« Ce n'est pas un problème pour le dentiste, il faut juste qu'il respecte bien son devoir d'information de la lésion en cause et le traitement attendu. Ensuite, c'est le patient qui ira faire son travail de son côté pour demander pardon à ses oncles. Vous n'êtes pas des gens qui sont contre la vie, vous permettez son entretien, donc vous participez au rôle de l'oncle maternel. ».*

Porter de l'intérêt à la culture de ses patients, en développant une approche centrée sur l'entité de la personne devient un incontournable pour un praticien de la Province Nord si l'on veut participer à une bonne prise en charge.

C'est dans cette perspective, que nous nous sommes intéressés à la pratique des chirurgiens-dentistes en Province Nord, en les interrogeant sur la perception qu'ils ont de la relation à

leurs patients et sur l'intérêt qu'ils peuvent porter aux représentations culturelles de la maladie chez les kanak.

Chapitre 5 : La relation de soin chez le dentiste en Province Nord

La relation de soin entre les dentistes et la population kanak de la Province Nord, interroge sur les représentations qui se sont construites à partir des expériences, connaissances, croyances, informations, valeurs, opinions, et de l'environnement social de chacun.

Le Projet Do Kamo souhaite développer davantage les compétences sociales des calédoniens pour renforcer l'estime de soi.

L'empathie dont doit faire preuve un praticien nécessite de comprendre tous les langages du patient face à ses souffrances. Il s'agit donc ici d'être capable d'analyser les ressentis du patient en fonction de son histoire, de sa culture, de ses expressions verbales ou non-verbales, de son environnement, ...

Où en est la santé bucco-dentaire en Province Nord ? Comment les dentistes perçoivent-ils leur métier dans cet espace ? Comment la culture kanak est-elle considérée dans les soins ? Quelles actions sont mises en place et quelles perspectives sont à prévoir pour favoriser le bien être dans la santé orale de la population ?

Ce chapitre présentera dans un premiers temps la situation bucco-sanitaire en Province Nord ainsi que les projets en cours pour développer ce secteur.

Puis dans un second temps, des chirurgiens-dentistes expliqueront leurs visions de la dentisterie en PN.

5-1- Bilan des Rapports d'activités de L'ASS-NC :

5-1-1- L'ASS-NC (38) :

L'ASS-NC (Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle Calédonie) est un établissement public administratif mis en place en 2001 par le Congrès. Cette agence a pour rôle d'encadrer le financement des structures hospitalières et de renforcer les missions de prévention. Son objectif principal : améliorer et protéger la santé de tous les calédoniens, en s'articulant autour de trois axes : prévenir, comprendre et agir.

Depuis 2015, il est question d'intégrer aux missions de cet établissement, la mise en œuvre des actions du Do Kamo, dans le but de remettre les politiques de santé au cœur de l'action

publique. Il s'agit d'optimiser la transversalité et la cohésion des actions et de replacer le citoyen-usager au centre du système de santé.

Chaque année, L'ASS-NC met en œuvre de nouveaux projets ou renforce ses programmes déjà en place (comme *l'Addictologie, la Vaccination anti HPV, le Diabète, ...*).

Un des programmes de santé et de prévention de L'ASS-NC créé en 2014 porte sur la prévention de la santé orale : « *Mes dents, ma santé* ».

Ses deux objectifs stratégiques sont de :

- Promouvoir les habitudes de vie saine (hygiène buccodentaire et alimentaire) auprès de la population générale de la NC.
- Réduire de 20 % le nombre moyen de dents cariées non traitées chez les enfants de 6 ans et de 12 ans (par rapport à une évaluation réalisée en 2012).

Depuis sa création, le programme « *Mes dents, ma santé* », consiste à coordonner des études pour mesurer la fréquence des maladies buccodentaires, comprendre les habitudes de vie de la population, identifier les besoins de prévention ainsi que les difficultés d'accès aux soins dentaires.

Ces études ont permis d'observer une inégalité des problématiques sur le territoire, notamment en fonction de la situation sociale des personnes et de la province d'habitation.

5-1-2- Les résultats du bilan de l'état de santé buccodentaire en PN réalisés par L'ASS-NC :

La Province Nord est avec la Province des Îles une zone qui présente les statistiques les plus alarmantes en termes de santé orale. En effet selon les derniers rapports d'activités de l'ASS-NC (2014-2018) (39) ;

- chez les adultes : 71 % seulement déclarent se brosser les dents quotidiennement en PN (contre 88% en Province Sud) et environ 5% disent ne jamais se les brosser. Les femmes disent se brosser plus souvent les dents que les hommes et le brossage quotidien augmente avec l'âge. Paradoxalement, il n'y a que 30% de la population en PN qui déclare avoir souffert de douleurs dentaires au cours de l'année 2015 (contre 41% en Province Sud), synonyme d'une population « dure au mal ». 32% des habitants de PN disent aller régulièrement chez le dentiste (contre 47 % en Province Sud). Les visites chez le dentiste sont davantage des visites de soins que de prévention et de contrôle.
- chez les enfants : 82% déclarent se brosser les dents quotidiennement en PN (contre 86% en Province Sud). Les filles disent se brosser plus souvent les dents que les garçons de

manière quotidienne et la régularité du brossage s'améliore avec l'âge (10% chez les 10-12 ans contre 2% chez les 16-18 ans qui déclarent ne jamais se brosser les dents). 1 jeune sur 10 déclare avoir manqué l'école sur l'année passée pour cause de douleur dentaire. 15% des jeunes déclarent avoir un problème pour mastiquer (contre 27% en 2012). Si 72% des jeunes déclarent être déjà allés consulter le dentiste dans leur vie, seulement 32% déclarent l'avoir consulté dans l'année en PN (contre 46% en Province Sud).

Les enfants issus de familles socialement défavorisées (père et/ou mère sans emploi, couverture médicale gratuite AMG) et les enfants des communautés kanak, polynésiennes et calédoniennes sont davantage impactés par la maladie carieuse par comparaison aux enfants européens et asiatiques.

Enfin, selon une étude de 2012 réalisée par l'ASS-NC sur tout le territoire, l'indice CAO montre que chez les enfants de 12 ans, 2 dents en moyenne sont atteintes d'une maladie carieuse (le double de la France). Néanmoins, l'indice cariogène est passé de 4,01 en 1996 à 2,07 en 2012 (aujourd'hui la courbe tend à se rapprocher de plus en plus de celle de la France). L'OMS préconise aux pays dotés d'un système de santé de descendre en dessous du seuil d'une dent atteinte par la maladie carieuse par enfant.

Par ailleurs, selon les données de la DASSNC, la province Nord accueille 18,1 dentistes pour 50 000 habitants (contre 24,4 pour 50 000 en Province Sud et 31 pour 50 000 en France).

5-1-3- Les actions mises en place par L'ASS-NC pour favoriser la santé bucco-dentaire des calédoniens :

Le programme « mes dents, ma santé » s'articule autour de 3 axes stratégiques :

- Axe 1 : Promouvoir les habitudes de vie saine
- Axe 2 : Favoriser la santé à l'école
- Axe 3 : Développer les soins dentaires préventifs.

Il s'agit d'un Plan d'actions global composé de 27 actions (Cf. ANNEXE N°6 : Tableaux des 27 actions du programme « *mes dents, ma santé* » de l'ASS.NC, rapport d'activité 2015).

Le suivi et la coordination de ces actions sont supervisés par les responsables du programme en collaboration avec d'autres partenaires (prestataires externes et laboratoire de recherches EA 4847 de la faculté de chirurgie-dentaire de Clermont-Ferrand).

L'évaluation de ces actions permet leur réajustement, voire d'en identifier de nouvelles.

Ces analyses interdisciplinaires rendent compte de certains succès comme par exemple :

- Le scellement des sillons dentaires réalisé auprès de tous les élèves des classes de CP du territoire (axe 3, action 2.1) après accord parental, est une réussite. En 2018, cette action a su dépasser l'objectif brigué de 90% d'élèves reçus (97% des élèves de CP ont participé à cette action). D'autre part, pour les zones dépourvues de dentistes, une caravane dentaire a été créée pour aller directement dans les écoles. « *La campagne annuelle de scellement des sillons est très bien perçue et accueillie par la communauté éducative, la majorité des parents/familles et par les enfants.* » (Rapport d'Activité 2018).
- En 2018, 65% des écoles ont instauré le brossage quotidien à l'école (axe 2, actions 2.1 à 2.4), lequel s'effectue généralement après le déjeuner. Cette action fait partie des recommandations de prévention des maladies dentaires préconisée par l'OMS.
- Les enseignants sont formés à l'éducation pour la santé (axe 2, actions 1.2 et 1.3), en formations continues ou sous forme de stages.
- Des campagnes de communication diffusées sur l'ensemble des médias sont effectives sous forme de messages de prévention publicitaires en direction de l'ensemble de la population calédonienne (axe 1 action 2.3).
- Une enquête sur les freins et les leviers du recours aux soins dentaires a été réalisée (axe 3, action 2.2). Au préalable, elle a reçu l'approbation du comité d'éthique de NC. Elle comprend 26 entretiens effectués auprès de familles d'enfants dépistés comme ayant besoin de soins dentaires par la caravane buccodentaire en 2014. Son principe est de donner la parole aux populations en difficulté face à la santé orale pour identifier leurs contraintes et penser ensemble des idées d'actions à promouvoir pour favoriser le recours aux soins dentaires par la population.

Les résultats de cette enquête (Rapport d'Activité 2017) a permis de montrer qualitativement l'intérêt que portent ces familles pour ces campagnes de la santé orale. Les critères les plus souvent rapportés décrivent les sensations de ne plus avoir mal, d'avoir de belles dents pour de beaux sourires, de manger sainement et se brosser les dents pour éviter les caries.

Plusieurs freins ont été cités pour le recours aux soins dentaires :

- Certains freins sont propres aux personnes : la vision uniquement curative des soins, l'automédication, la peur des soins, la représentation négative du dentiste.
- D'autres freins sont propres aux systèmes de soins : le coût des soins (réel ou supposé, incluant le coût du transport), l'organisation des services publics (prise de rdv, horaires, délai de rdv...), la faible lisibilité de l'offre de soins (ne pas savoir où on a le droit de se faire soigner selon sa couverture médicale), l'absence d'astreintes dentaires en dehors des heures

ouvrables, la faible densité des dentistes (comprenant les postes non pourvus), une expérience négative vécue chez le dentiste.

Tous ces freins nuisent à l'amélioration globale de la santé des individus.

Ce dernier exemple d'action menée par L'ASS-NC dans le cadre du programme « mes dents ma santé » montre une évolution réfléchie vers une dentisterie sociale qui prend en considération une population en difficulté et s'engage dans les actions de préventions et de soins.

5-1-4- Les comportements des calédoniens en matière de santé orale :

D'après le Rapport d'Activité de l'ASS-NC 2016 (39):

Les habitudes de vie quotidienne des calédoniens tiennent peu compte de la santé buccodentaire.

Le brossage quotidien (premier vecteur de prévention de la carie) n'est encore pas systématique pour beaucoup. De plus la consommation quotidienne de boissons sucrées (en lien direct avec l'augmentation du risque carieux) est encore trop fréquente à tous les âges.

Enfin la fréquence de consommation de tabac, qui est un facteur de risque pour les pathologies parodontales et les cancers buccaux est élevée en NC.

Malgré la fréquence avérée des pathologies bucco-dentaires chez les enfants et les adultes, les calédoniens ne consultent pas assez un dentiste.

5-2- Profil de 8 chirurgiens-dentistes de la Province Nord :

Présentation :

Les spécificités de la population de la Province Nord requièrent de la part des professionnels de santé des compétences sociales pour s'adapter aux problématiques locales.

L'intimité de la bouche et la représentation réputée négative du dentiste dans l'esprit commun, associées aux particularités culturelles de la Province Nord nous a semblé être une situation heuristique dans l'analyse de la relation de soin au cabinet dentaire.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de donner la parole aux dentistes en les interrogeant sur leur pratique, leurs difficultés, leurs relations, leurs émotions dans ce monde qu'est la dentisterie en Province Nord.

Matériel et Méthode :

a. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs avec analyse de contenu auprès de 8 chirurgiens-dentistes de la PN.

b. Population cible :

8 chirurgiens-dentistes de la Province Nord ont été rencontrés.

3 libéraux, 3 salariés de la PN (CMS) et 2 salariés de mutuelles.

3 dentistes ont 35 ans, 2 ont la quarantaine, 3 ont plus de 60 ans.

2 travaillent depuis 4 ans en Nouvelle-Calédonie. Les 6 autres depuis au moins 13 ans.

2 d'entre eux ont eu une autre expérience ultramarine (la Réunion et Saint-Pierre-et-Miquelon). Les autres ont exercé un peu à Paris, Nice, Saint-Raphaël et Bordeaux.

Une seule est d'origine calédonienne et a passé son concours de première année de médecine à Nouméa.

c. Élaboration du questionnaire :

Un questionnaire pour mener des entretiens semi-directifs a été réalisé en Novembre 2019
Cf. ANNEXE N°7 : Questionnaire de l'étude.

d. Recueil des réponses :

Entre le 6 et le 19 janvier 2020, 8 chirurgiens-dentistes ont accepté une rencontre sous forme d'interviews enregistrées portant sur la pratique de leur métier en Province Nord.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure chacun.

e. Analyse des données :

Chaque enregistrement a été retranscrit de manière anonyme. Dans un souci de mise en page et de confort pour la lecture, les réponses aux questions des entretiens ont été retenues selon leur pertinence et regroupées par thématique proposée. L'analyse de ces résultats est présentée par la suite.

Résultats :

1) Comment qualifieriez-vous votre relation aux patients ? (Paternalisme, confiance aveugle au praticien, méfiance ou défiance)

« C'est le climat des îles. C'est la règle du jeu « à la cool » d'ici... C'est aussi pour ça que les choses se passent bien... Et une fois qu'on comprend les règles, les choses roulent bien ici ! »

« Je n'ai pas de pression sociale par rapport à ça, pas de défiance... Il faut aimer aider les gens, il y a une activité d'utilité publique. On est dans une zone où on est 50 ou 80 ans en arrière. En France c'était la même chose avant ».

« Le rapport au patient : ils sont géniaux !! Il y a un côté encore un peu ancien de la France où le dentiste est encore le "pater" (paternaliste), par exemple quand on propose plusieurs solutions, les patients s'en remettent au dentiste pour choisir pour eux en toute confiance ».

« Le mélanésien est comme un enfant dans l'esprit, on lui donne des choses et il n'a pas la notion de responsabilité, de regard critique comme il existe en Europe ».

« Je n'ai pas eu beaucoup de soucis au niveau judiciaire. Pour le moment il n'y en a pas beaucoup en NC, mais en France il y en a plein... La population mélanésienne ne fait pas d'histoire et c'est une superbe patientèle ».

« Les gens nous sont redevables... Ici en PN on fait une sorte d'action humanitaire ».

« Moi j'adore le contact avec les gens ici, je n'ai pas du tout d'idée de burn-out ou autre comme on en entend parler un peu ailleurs. »

« Les enfants ici sont super cool, ils ouvrent la bouche et ne se plaignent pas ... »

« Ce qui m'a impressionné c'est la tolérance à la douleur. Les gens viennent quand ils ont vraiment très mal et qu'ils n'en peuvent plus... C'est une belle expérience et tant que tu peux le faire et rendre service aux gens je trouve ça bien et c'est le but de notre métier ».

« Ce n'est pas une question de confiance en nous ou pas, c'est que les gens n'ont pas le choix. On est trop peu nombreux. La population est peu nombreuse et la distance est éloignée des centres de soin. A un moment, il y avait très peu de dentistes ici. »

« Ici les gens sont très respectueux et surtout très détendus ».

« Les gens d'ici sont beaucoup plus patients qu'en métropole et surtout ils te disent merci ! Ils sont très reconnaissants, chose qui se perd ailleurs beaucoup plus ».

« Ici donner le choix est souvent mal interprété, laisser le choix de différents types de restaurations ou de la conservation est souvent vécu par le patient comme un manque de confiance et d'assurance du praticien. Ils ne comprennent pas que c'est leurs dents et que c'est à eux de prendre les décisions pour leur corps. Ils ont un regard paternaliste de la profession. Mais chaque praticien a sa patientèle en fonction de sa façon de faire ».

2) Rencontrez-vous des difficultés de communication avec la patientèle du Nord ?

« Les gens ici c'est compliqué au début mais une fois qu'ils t'ont adopté, il n'y a plus de souci. Pendant mes 2 ou 3 premières années ici, je n'ai pas fait de prothèse, j'ai attendu qu'ils me connaissent, pour que ce soit eux qui viennent vers ça ».

« Si tu sais bien communiquer avec les gens d'ici et que tu les motives il y a, au bout d'un moment, du résultat quand même ».

« Au bout de 16 ans ici, j'arrive quand même à éduquer un peu les gens et avoir de meilleurs retours sur mes soins, en arrivant au bout du plan de traitement ».

« Les patients viennent de très loin, des fois 4h de route pour venir se faire soigner, je l'explique par le fait que je suis depuis un moment sur le poste et que du coup les patients préfèrent se faire soigner par moi car une relation de confiance s'est établie, ils arrivent mieux à communiquer avec moi ».

« Je ne ressens pas de barrière de la langue, ici ils parlent tous français j'arrive à faire passer les messages qu'il faut... »

« Le côté ethnique pour certains patients mélanésiens rend l'approche parfois différente.

Peut-être dans le civisme des gens, la façon de dire certaines choses, peut-être dans la communication. Aujourd'hui je n'ai plus aucun frein. Je n'ai pas l'impression de me sentir bloqué dans ma pratique par quoi que ce soit ».

« Mes deux premières années les gens me regardaient bizarrement, il m'a fallu du temps pour m'adapter et que les gens m'acceptent, mais une fois que les gens t'acceptent parce qu'ils savent que tu ne vas pas repartir, ici on accepte vraiment ! Les gens t'apportent beaucoup de respect et de reconnaissance à ce moment-là ».

« J'ai parfois eu des problèmes de communication avec certains ados mélanésiens qui s'expriment mal et qui ont un discours très difficile, qui peuvent parfois être violents. Il y a une partie de la population qui ne gère pas du tout au niveau de l'éducation.

Ils ont peur ces jeunes, ils sont timides, ils sont gênés, ils sont renfermés, c'est ça le problème chez ces jeunes mélanésiens qui vivent en tribu je pense, ils en ont assez de ce qu'ils vivent, ils ne parlent pas bien le français, ils parlent la langue et il y a un rejet parce qu'ils sont ados, c'est une phase de transition ».

« La communication n'est pas toujours simple, on a tendance à vulgariser énormément, pour que les gens comprennent. L'assistante aide beaucoup, mais elle est caldoche donc elle ne parle pas la langue. Elle connaît énormément la population car elle a été à l'école sur place... Du coup ça aide beaucoup dans les rapports aux autres et la mise en confiance ».

« On a la chance d'avoir des assistantes qui sont du coin et qui permettent de faire l'interprète entre le patient et nous ».

« Pas de problème de communication. Peut-être qu'il y en a mais ils ne m'en parlent pas parce que je suis zoreille. L'assistante qui est métisse -depuis 4 ans ici-, les patients lui disent qu'ils n'ont pas compris ce que le dentiste a dit, sans oser me le dire directement -différence avec la métropole où les gens vont sans problème le dire en face- j'ai appris à différencier le vrai "oui, j'ai compris" du "oui de la politesse". C'est très compliqué tout le monde dit oui, il y a une barrière de la langue, même en français des fois l'assistante réexplique en français et c'est tout de suite mieux compris ».

« Le rôle de l'assistante dentaire est de pallier tout cela et elle le fait très bien ».

« Pour les “vieux” qui ne parlent pas français, l’assistante parle PAICÍ, la langue de la région et permet de débloquent la situation. Pour les autres, soit ils parlent français, soit ils viennent avec des personnes qui vont traduire. Un wallisien qui ne parle pas français par exemple, viendra accompagné d’une personne qui traduit. »

3) Moyens matériels, prestations de laboratoires et difficultés rencontrées en termes d’accès aux soins (transports, aide médicale, désert médical...)?

« Pour ce qui est des moyens et matériels je ne rencontre aucune difficulté, je travaille comme je l’ai toujours fait. J’ai mon panoramique, je n’ai jamais travaillé sans panoramique (...) pas de problème de commandes, par contre tout le matériel est plus cher en Calédonie ».

« Pour réparer je me débrouille souvent tout seul en bricolant. Il faut savoir être bricoleur. Quand ça devient trop compliqué je fais appel à des professionnels, ils ne sont pas nombreux sur le territoire et très chers car on paye le déplacement en plus! Un déplacement de Nouméa à Poindimié c’est 100 000 F, sans parler de la main d’œuvre ».

« En termes de matériel, il a fallu faire simple, avec le moins d’électronique possible car le matériel c’est moi qui le répare ».

« Il faut être bricoleur en PN pour pouvoir exercer. Cela te permet d’être indépendant ».

« Un jour j’ai eu un souci électrique au fauteuil qui a duré 2 semaines, je suis là mais je ne sers à rien ».

« Même si les budgets baissent chaque année, on a vraiment tout pour soigner ».

« Aujourd’hui j’ai de la biodentine à volonté, j’ai des confrères en libéral qui n’ont pas ce qu’on a en même quantité. Il n’y a rien dont je manque dans ma pratique en termes de besoin matériel ».

« Pour le matériel, c’est bien, on a un dentiste coordinateur qui ne travaille que pour ça, pour la province et les fournisseurs. Il commande tout ce qu’on veut, tu dis ce qu’il te faut et ça arrive la semaine suivante. »

« Au niveau des prestations de laboratoire, c'est super, bonne qualité, de bons rapports, transport super ! Rien à redire là-dessus.

« Tout est à Nouméa, il y a un système de transport mis en place hyper efficace ».

« Pour une réparation on ne peut pas la faire dans la journée comme tout est centralisé sur Nouméa, mais avec les transports on peut l'avoir pour le surlendemain ».

« Je suis libre du choix de mon laboratoire. Au niveau délais c'est très efficace. Cher mais efficace. Ça part le soir et le matin c'est à Nouméa, sans problème ».

« En Calédonie même avec les soins de base sans les prothèses tu arrives à bien vivre, ce n'est pas quelque chose de possible en France, moi je ne pourrai plus rentrer en France aujourd'hui ».

« J'ai une réelle liberté de travail, je fais ce que je veux, comme si j'étais en libéral, ce que je n'aurais pas complètement retrouvé dans une pratique mutualiste en France ».

« L'accès au soin n'est pas compliqué en termes de prise en charge, mais en termes de déplacement jusqu'au cabinet finalement, car quand tu as des gens qui vont faire plus de 2 heures de bus pour venir te consulter et qu'ils arrivent par exemple à 5 à 11 heures, sans avoir pris de rendez-vous. Tu ne peux pas ne pas les prendre mais c'est compliqué dans la gestion. Par contre les gens arrivent toujours à trouver un moyen de se déplacer ici. C'est plutôt dans le suivi que c'est compliqué ».

« Dans cette commune, il y a des navettes uniquement le matin. Donc tous les gens qui ne peuvent pas se faire véhiculer par leurs propres moyens, ne viennent au cabinet que le matin. Les après-midis il n'y a donc personne parce que les gens ne peuvent pas venir. Avant, on fonctionnait avec des bons de transports pour les gens des tribus. Quand je donnais un rendez-vous, je faisais aussi un bon de transport et la province prenait en charge le transport par des chauffeurs privés. Aujourd'hui, les bons de transports n'existent plus, il n'y a plus de convention. Or, les taxis ou navettes privées coûtent très cher, des fois 5000 francs, donc quand les gens n'ont pas cet argent, ils ne peuvent pas venir au cabinet même s'ils ont l'Aide Médicale gratuite. C'est un vrai problème le transport et l'éloignement ».

« Je ne pense pas que l'on puisse parler de désert médical en Calédonie car on n'est pas nombreux : 50 000 habitants en PN.

Ce n'est pas un désert médical, mais il faudrait plus de dentistes car il y a, par contre, un problème d'hygiène et beaucoup de caries. Donc il y a beaucoup de travail. Et on a l'impression que ce n'est jamais fini de par la récurrence des caries ».

4) Pratiquez-vous des soins d'urgence de manière plus fréquente ?

« Ici ils viennent chez le dentiste quand ils ont mal et quand ils ne peuvent plus se soigner eux-mêmes ».

« Ils viennent parfois avec de grosses infections qui évoluent depuis longtemps et ne se plaignent pas plus que ça. Ils viennent que quand ça urge vraiment ».

« Nous sommes dans un milieu tropical et les anaérobies sont très développés. Ici on est obligé de faire des patchs d'antibiotiques sinon ça ne marche pas. Je n'ai jamais eu de retour d'alvéolite car je mets de l'eau oxygénée après les avulsions. Ça permet d'éradiquer totalement les anaérobies négatifs et ça limite les risques infectieux. Mais les gens en Calédonie sont très durs au mal : je remarque une réelle différence entre "zoreilles" et "locaux", calédoniens, kanak, caldoches, wallisiens, ... qui eux sont très durs au mal ».

« Après c'est toujours pareil c'est une question de sensibilité à la douleur. Les gens ici sont moins sensibles à la douleur qu'un métropolitain. Ils attendent le dernier moment, quand ils ont vraiment très mal et que la dent est très endommagée. C'est à ce moment-là que tu extrais ou que tu dévitalises. Mais si tu dévitalises, les gens vont rarement jusqu'à couronner les dents et à terme tu arraches la dent ».

« Il existe un réel retard de soins certainement dû à cette tolérance à la douleur ».

« Ici les plus riches n'ont pas de caries, mais la classe moyenne a beaucoup de caries liées à la consommation excessive de sucre et la classe pauvre ne se brosse pas les dents ».

« Un patient d'ici c'est comme 3 patients de métropole... il y a environ une dent sur deux à soigner... et on revoit toujours les mêmes, parce qu'ils ne reviennent pas ».

« Par rapport à la métropole, ici les gens ont beaucoup de caries. Ils n'ont pas beaucoup d'hygiène et se soignent peu. Quand ils décident de se prendre en main, on ne peut pas faire un plan de traitement global dans la plupart des cas car les gens ne reviennent pas. Je gère l'urgence et c'est tout. C'est pourquoi à l'heure actuelle je prends le temps dans mes rendez-vous afin de faire le traitement endodontique et le composite dans la même séance et non pas un premier rendez-vous -endo+cavit- , et un second rendez-vous –composite- ».

« Ici, je suis dans l'extractionnel à fond ! C'est à la demande des gens, même avec des dents qui tiennent avec de grosses racines. Au début c'était difficile pour moi parce que tu n'as pas l'habitude en France de faire beaucoup d'extractions et puis ici il faut y mettre de la force avec les dents des kanak... C'est impressionnant ! Quand j'ai des petites jeunes remplaçantes qui viennent c'est parfois dur à gérer ».

« Même s'il y a des possibilités de faire des soins, les gens veulent que tu arraches les dents. Ils veulent s'en débarrasser ».

« Ici, comme moi je soigne beaucoup d'Aides Médicales, tout ce qui est inlay, onlay...on en fait pas du tout ... l'implantologie je n'en fais pas non plus. La prothèse amovible par contre j'en fait énormément, les prothèses fixes aussi mais beaucoup d'unitaires, pas beaucoup de bridge, énormément d'urgences et de patho... ça se rapproche plus de l'exercice que j'avais en étant étudiant à l'hôpital, que dans des beaux quartiers... avec des gens ayant un indice carieux élevé, une alimentation non adaptée et une hygiène pourrie ».

« Oui il y a tout le temps un retard de soin. Et pas que chez les kanak d'ailleurs, mais c'est sûr que les kanak sont en effet dans cette procédure, surtout ceux qui vivent dans la Chaîne. Ils sont très résistants à la douleur, ils se shootent au doliprane tous ! Ils attendent en se disant que ça va passer et ils arrivent avec des abcès énormes. Alors quand tu recoupes tout ça avec, en plus, le cannabis et l'alcool, ça devient une catastrophe. Il y a ici un gros problème d'hygiène et de mentalité ».

« Il y a un vrai problème parodontal en Calédonie, je fais des débridements à tous les patients à la place des détartrages, sans leur faire de devis pour ça car c'est non remboursé et souvent les gens n'ont pas d'argent. Des fois ça fait mal du coup mais au moins tout est plus propre. Il y a beaucoup de fumeurs en Province Nord ».

« Les pulpotomies sont à éviter le plus possible parce que les patients ne reviennent pas, donc ça finit en abcès et on a plus de mal à soigner l'abcès. Si tu fais le traitement endodontique et que tu ne finis pas dans la séance ou si tu n'es pas hyper insistant pour qu'il revienne, tu finis par devoir refaire l'endo l'année d'après parce que ça s'est réinfecté. Donc il faudrait garder les gens une heure et tout finir en une séance. L'avantage c'est que le soin est terminé mais les patients reviennent rarement pour les autres soins ».

5) La place de la médecine traditionnelle en dentisterie : une réalité ou un fantasma ?

« Il existe aussi une tentative de soins locaux, traditionnels. Je leur demande, mais c'est difficile d'obtenir des réponses claires sur le sujet, des fois ça marche vraiment !! »

« Ce genre d'automédication locale, c'est encore présent en Province Nord, oui ! »

« Il y a l'utilisation du clou de girofle sinon ils utilisent des plantes, des feuilles écrasées, mélangées à des infusions d'autres feuilles, parfois du marc de café ».

« Ces préparations sont souvent réalisées par les vieux, les grands-mères ».

« Je le vois un peu, j'en entends parler mais je ne m'y suis pas beaucoup intéressé, j'ai l'impression que c'est un peu "farfelu", que ce n'est jamais la même plante, la même chose ».

« Il n'y a pas un truc qui revient, ce n'est pas développé en tout cas, il-y a certes une automédication existante mais qui semble floue ».

« Pour eux le mal de la dent représente un "mal". Un mal dans la bouche qu'il faut absolument retirer, extirper et casser avec un marteau ou enterrer. C'est un peuple très centré sur l'esprit et je leur dis : l'esprit c'est une chose et le corps en est une autre. Et il faut entretenir le corps. C'est notre rôle de parler avec les gens en prenant en compte leur culture ».

« Oui, avec des feuilles, mais je ne saurai pas faire la part des choses entre le fait que ce soit de la pratique culturelle d'origine ethnique ou si plutôt il s'agit d'une population d'un certain niveau professionnel où les gens ont moins accès au soin. »

« Oui ça arrive souvent. Je ne saurai pas dire quoi mais si ça vous intéresse on peut faire une liste et je demanderai au patient. Souvent c'est du clou de girofle ou ils mâchent quelque chose et ça soulage, ça tue le nerf ».

« Je reconnais une certaine efficacité dans la diminution de la douleur. Ça semble accélérer la nécrose de la pulpe. "Vraiment ça marche", mais c'est difficile à objectiver surtout avec ce rapport de "dur au mal" ».

« Il est difficile de retenir les noms des plantes donnés souvent en langue. Le " faux caféier"... Chaque clan a l'air d'avoir ses médicaments traditionnels ».

« Depuis 15 ans en NC, ils ne se sentent pas suffisamment ouverts à moi pour m'en parler. »

« Quand je suis arrivé ici, j'ai bénéficié d'une formation par rapport aux croyances kanak, et j'ai trouvé ça super bien. Une formation sur la vision de la maladie chez les kanak, ça ouvre l'esprit ! »

« Au cours d'une formation, j'ai appris que chez les kanak, tout ce qui est dur : c'est moins important que ce qui est mou et tout ce qui ne se voit pas fait plus peur que tout ce qui se voit. Ça m'a beaucoup servi dans le rapport aux kanak ici, parce que quand tu dis à un mélanésien "on va t'arracher une dent", il n'en a rien à faire ; Par contre si tu dis la même chose à un métropolitain il va être dégouté et le vivre comme un traumatisme, car c'est une représentation culturelle. Pour eux les dents c'est un phanère, comme les os, les ongles.... C'est donné par le père et ça n'a pas beaucoup de valeur finalement alors que le souffle et le sang sont donnés par la maman, les oncles utérins, et là ça a une importance énorme. Quand l'enfant a du mal à respirer ou qu'il saigne on s'inquiète et on prend en charge les choses très vite chez les kanak, alors que tu peux arracher une dent comme tu coupes un ongle. Mais après quand ils n'en ont plus ils savent plus comment faire pour manger ... »

6) Quelles sont les conséquences de la pharmacopée traditionnelle et de la représentation culturelle de la maladie ?

« Ah oui, y'en a plein qui viennent et qui me disent j'ai essayé avec du coco, j'ai essayé avec des feuilles, apparemment le coco ça marche bien, ils font brûler la chair qui devient crémeuse, puis ils l'appliquent dans la carie directement. D'ailleurs c'est marrant parce que quand je prépare de l'eugénol au cabinet ils disent que ça sent comme leur préparation au coco, comme si le principe actif était très proche de celui de l'eugénol. Donc c'est pas mal, ils arrivent à soulager la douleur avec ça, mais le problème c'est qu'après ils ne consultent pas et ils finissent par revenir avec un abcès énorme où il faut enlever la dent ».

« À chaque fois qu'ils viennent ils disent "j'ai mal, il faut tirer la dent" et même si tu expliques qu'on peut soigner la dent ils veulent l'arracher. Ils ont cette sensation qu'il faut enlever le mal ! Comme quand tu as un furoncle et que tu donnes des antibiotiques et qu'il se résorbe. Les kanak pensent que le mal est resté dedans, pour eux il faut inciser et faire sortir le mal pour se sentir soigné selon leurs représentations ».

« Moi par exemple je n'ai plus d'alvéolites sèches. Avant j'en avais plein parce que les gens se faisaient des sessions de gargarisme avec de l'eau salée. Quand tu leur expliques que ton alvéole est pleine de sang et que tu en as besoin pour cicatriser et qu'il ne faut pas qu'elle coule, ils finissent par t'écouter et ils font attention. Il faut adapter son discours tout le temps en rapport à leur croyance. Moi, je ne prescris pas de bain de bouche après l'extraction sinon c'est foutu, ils se flinguent direct le caillot. Et il faut bien dire "pas de gargarisme à l'eau salée" ».

« Il y a dans les mentalités des gens encore ici, l'idée de soigner les dents de devant et d'arracher complètement les dents du fond, même s'ils savent qu'ils ne vont plus pouvoir bien manger. Il faut expliquer, qu'une dent est faite principalement pour manger ».

7) Quelle est la place de la prévention dans les soins ?

« On travaille en collaboration avec l'Agence Sanitaire et Sociale (ASS.NC). Nous, les dentistes des dispensaires de la Province Nord, faisons les traitements de sillons dans nos communes. Pour les communes où il y a uniquement des cabinets privés, il y a un dentiste qui vient avec la caravane spécialement pour faire ces missions de prévention de traitement de sillons. Comme ça fait partie d'une étude on ne peut pas utiliser n'importe quels matériaux... on ne touche pas à une fraise, on met que sur des dents saines... Le protocole

est très précis, pour le reste on fait un bilan qu'on envoie aux parents pour préciser la suite des soins qu'il faut pour l'enfant ».

« Ça fait presque 10 ans qu'on a fait le scellement prophylactique des élèves de CP, et ça marche bien. J'ai fait le tour de toutes les écoles à travers ce dispositif pour voir si ces traitements de sillons tenaient et on a des résultats qui sont bons et qui sont les mêmes qu'en France et aux Etats-Unis ».

« Il y a des projets tous les ans sur les classes de CP, autrement il y a des journées d'information mais qui ne se tiennent plus depuis quelques temps. Là où on est efficace ce n'est pas dans la communication mais dans le soin et la prévention de personne à personne. Nous ne sommes pas des communicants ».

« Depuis 16 ans l'indice CAO moyen a diminué considérablement, on se rapproche plus de celui de la France. Je le vois vraiment, surtout depuis qu'on a instauré le brossage quotidien à l'école le midi ».

« Le brossage le midi à l'école est réalisé par des aides-soignantes ou autres.... Mais il n'y a pas de journées de prévention. On s'est vite rendu compte qu'on a vraiment besoin du curatif. Le préventif c'est très important, mais vu le manque de dentistes, c'est dommage d'en envoyer dans les écoles quand on peut former facilement d'autres gens pour faire ce travail plus rapidement sans accaparer les dentistes dans leurs cabinets ».

« Ça serait plutôt notre rôle, on a le temps et on le fait. On demande à ce que les gens se brossent les dents avant de venir sinon ils se brossent les dents au cabinet avant les soins. Mais dès que les gens sont lâchés dans la nature, je ne crois pas qu'ils continuent à le faire chez eux ».

« Le problème d'hygiène est un problème extrêmement important en NC. Si tu ne te brosses pas les dents, tu as des caries, si tu te brosses les dents tu n'as pas de caries. C'est pourtant aussi simple que ça !! L'hygiène c'est la base, mais malheureusement il y a des efforts à fournir pour l'améliorer ».

« Si on compare avec la métropole : l'état des bouches sur les générations les plus récentes en Calédonie est catastrophique, on voit vraiment l'apparition des snacks, des chips et des

sodas dans les magasins. Chez les 60- 80 ans on retrouve des dents arrachées facilement mais pas de problème de caries. Maintenant avec la prévention faite sur les élèves de CP - ils sont tous vu- on remarque que seulement 1 enfant sur 10 n'a pas de caries à 6 ans : c'est une catastrophe... »

« La prévention ? ... Il faudrait pouvoir attaquer les grands groupes. Nous on est en bout de chaîne, c'est trop tard ».

« Ici c'est un peu particulier dans le fait que les gens ne sont pas du tout sensibilisés à l'hygiène buccale. C'est un vrai problème d'éducation. Les supermarchés sont remplis de sucre et de gras et les gens ne sont pas du tout éduqués par rapport à ça, donc la santé en Calédonie, c'est spécial ».

« Les problèmes auxquels on fait face aujourd'hui n'existaient pas vraiment il y a plus de 60 ans, on n'avait pas une arrivée aussi massive du sucre. Il suffit de regarder dans les caddies, les enfants avec les boissons sucrées, ... Il faut que ça commence à changer via la discussion et l'information. Le manque d'hygiène en PN est une réalité ».

« Les diabétiques commencent à payer un peu leurs soins. Et on assiste à une prise de conscience discrète ».

« Comme je le disais, si les gens ont la bouche aussi sale, les plantes ne vont pas tuer les bactéries. Car la douleur vient de l'inflammation de la pulpe activée par les bactéries. Il faut que les gens comprennent que le manque d'hygiène est à la base de tous ces maux et que le dentiste avec sa prescription d'antibiotiques, ne règlera le problème que temporairement ».

« Ici le problème c'est surtout l'hygiène, l'hygiène et l'hygiène !!! Quand tu fais de la prévention à l'école, tu vois que les enfants se brossent les dents. Mais arrivés chez eux est-ce- qu'ils continuent... ? »

« Grâce au GSMA, le service militaire adapté, l'hygiène de certains commence à évoluer pour toute population confondue : mélanésienne, caldoche, européenne... ».

« Il y a le SMA et il y a des certificats bucco-dentaires que les jeunes doivent fournir pour y entrer, donc il y'en a quand même qui font l'effort de se prendre en main pour leur avenir ».

« Quand ils viennent me voir et qu'il y a un manque d'hygiène je leur dis clairement que ça ne va pas marcher pour le GSMA. Il y a deux solutions ; soit tu t'achètes une brosse à dents et tu te laves les dents, soit tu ne rentres pas au GSMA et tu fais ce que tu veux.

Au deuxième rendez-vous, les dents brillent !! Après je ne sais pas si ça continue... ».

« Ici je leur dis, si vous ne voulez pas acheter de brosse à dents, mangez de la noix de coco, des pommes, des carottes... au lieu de ne manger que de la viande et du sucre.

Il faut déjà manger beaucoup moins de protéines animales et avoir une plus grande alimentation en légumes ».

« J'ai mis en place une sorte de contrat tacite oral sous forme de "tu fais des efforts pour ta santé et je vais en faire pour toi" ... on voit des bonds en avant de folie sur les 6 mois de traitement. Par contre sur ces 4 ans de recul je me rends compte que s'il n'y a plus de suivi, 3 ans plus tard certains patients rechutent dans le non-hygiène : des fois zéro brossage pendant 3 ans : pas de brosse à dents ».

8) Quelles sont les perspectives, pour la santé buccodentaire, à envisager ?

« Il y a beaucoup de choses à faire en NC. Il manque de spécialistes ».

« Il y a beaucoup de vagues de dentistes avec des praticiens qui viennent pour de courtes périodes sans vouloir s'installer. Il y a un réel besoin ».

« Il y a des périodes où il y a un vrai déficit de dentistes, mais les gens sont habitués. Je suis très optimiste à l'idée de voir des calédoniens étudiants revenir travailler ici, bien qu'il existe des difficultés avec l'emploi local dans cette branche sur Nouméa où la profession est bouchée. Malgré tout, tous les calédoniens que je connais trouvent du travail en tant que dentiste.

En province Nord il y a beaucoup de travail : un vrai manque de dentistes, surtout sur la côte Est ».

« Les dentistes on va en manquer bientôt en Nouvelle Calédonie. On est dans la sinusoïde basse car les "anciens" dentistes vont partir à la retraite. »

« Il y a des conventions à prendre en PN. Tu peux débiter sans convention et la PN finit par te la donner au fil du temps. »

« D'un côté il y a un manque de dentistes mais mon ennemi aujourd'hui ce sont les très mauvaises habitudes alimentaires, ça fait longtemps que je cherche sur le sujet comment augmenter la prévention pour diminuer ce problème d'indice cariogène, peut-être qu'il faudrait mettre des publicités préventives en boucle ou augmenter les prix du sucre... je ne sais pas trop ».

« Plus spécifiquement dans ce cabinet ici, il faudrait un CEREC, ça serait une solution pour offrir encore un meilleur suivi, comme ça le patient vient le matin et repart le soir avec sa couronne. Ça pallie le problème de manque de rendez-vous ».

« Mettre un orthodontiste à Poindimié, parce qu'ici il faut faire 5h de voiture pour parfois seulement 15 minutes de rendez-vous chez un orthodontiste à Nouméa ».

« Il faut vraiment faire de la prévention !!! ».

« Avoir un hygiéniste, pouvoir déléguer des tâches aux assistantes dentaires (comme les empreintes, les panoramiques) et créer des postes que pour la prévention ».

Je pense que beaucoup de tâches très simples pourraient être déléguées et permettraient de rentabiliser plus l'équilibre entre l'offre et la demande. »

« Faire plus de prévention, motiver les gamins à se brosser les dents, arrêter les boissons sucrées et motiver les gens au détartrage ».

« Il n'y a pas de soin de proximité avec un camion mobile qui existe pour faire du soin de proximité. Une fois par an environ je vais chez un petit vieux, dans la Chaîne, qui ne peut pas se déplacer. Je vais lui enlever sa dent super mobile que je contrôle après. Mais ça, ce n'est pas souvent et c'est de l'humanitaire finalement. Il faudrait promouvoir les soins de proximités. Il y a des missions humanitaires organisées pour le Vanuatu, mais paradoxalement il n'y a rien ici, alors qu'on devrait en faire dans certaines tribus ».

« Moi je pense que les gens d'ici ont de la chance finalement, où est ce que tu peux dire en France que tu as un dentiste de campagne où les soins sont gratuits ? Moi je prends l'avion

tous les mardis, j'ai un pilote et un co-pilote que pour moi, pour m'amener soigner les gens, quand tu es au fin fond de l'Ardèche ou de la creuse, tu dois te débrouiller ».

« Je trouve que la Nouvelle-Calédonie fait des efforts en termes de santé et il faut espérer que ça se maintienne financièrement. Tout pourrait être mieux mais les choses sont déjà pas mal.

« Je ne connais pas le plan santé Do Kamo ».

« Le plan Do Kamo ? Le projet de santé ? Je ne connais pas vraiment. Je ne sais même pas s'il y a des trucs de dentaire dedans ».

« Pas entendu parler du plan Do Kamo. Pour moi, les "machins locaux", la culture kanak, tous les produits c'est très bien, mais il y a qu'un seul truc qui marche : c'est le savon ».

« La communication est importante. Les dentistes ne sont pas de bons communicants. Il faut donner à une agence de pub pour faire des feuillets, des séries, des pubs, qui montrent qu'on est bien lorsque l'on est propre dans sa globalité et pas que dentaire. »

« Je pense qu'on a une évolution dans le bon sens avec le temps quand même, si tu sais bien communiquer avec les gens d'ici et que tu les motives il y a sur le temps du résultat quand même. »

Analyse des résultats :

1) Comment qualifieriez-vous votre relation aux patients ? (Paternalisme, confiance aveugle au praticien, méfiance ou défiance)

La qualité de vie dans un cabinet en PN apparaît meilleure qu'ailleurs parce que la relation aux patients est « simple ». Il n'y a « pas de risque de burn-out » (cette idée est évoquée par 3 interlocuteurs). La population du Nord a une totale confiance dans le praticien. Elle est « docile » et n'est pas procédurière. Les dentistes ont le sentiment d'être utile, de pratiquer une dentisterie plus humanitaire. Certains logiquement ont une vision très paternaliste de leur relation.

Le respect du soignant et la reconnaissance des soins sont des valeurs très bien véhiculées par la population du Nord.

2) Rencontrez-vous des difficultés de communication avec la patientèle du Nord ?

Tous disent qu'ils ne rencontrent pas de problème de communication. Les leviers principaux qui facilitent les échanges sont le temps et la secrétaire ou l'assistante qui est très souvent issue de la population native (parle la langue de la région et connaît bien les familles).

La plupart reconnaissent qu'une adaptation dans leur début de pratique fût nécessaire pour communiquer et se faire accepter par la population.

3) Moyens matériels, prestations de laboratoires et difficultés rencontrées en termes d'accès aux soins (transports, désert médical...)?

En premier lieu pratiquer la dentisterie en PN suppose d'être bricoleur, car les réparations, notamment des fauteuils, sont chères et l'attente est longue.

Tous sont satisfaits des moyens mis à leur disposition et de leurs bonnes conditions de travail, malgré l'éloignement des laboratoires de prothèse sur Nouméa.

Les laboratoires de prothèse, avec lesquels les dentistes travaillent, réalisent des prestations de qualité. Toutefois, le coût pour la population des prothèses reste élevé.

L'administration provinciale est très facilitante pour les commandes de produits.

La plupart des calédoniens sont motorisés, cependant certains dans les endroits les plus isolés se trouvent encore confrontés à des difficultés de transport pour obtenir les soins dont ils ont besoin.

Le manque de dentiste en PN est bien d'actualité, mais finalement moins pour des raisons de forte densité de population à soigner (désert médical) que pour des raisons d'hygiène insatisfaisante et d'indice carieux élevé.

4) Pratiquez-vous des soins d'urgence de manière plus fréquente ?

Tous font part d'une pratique d'urgence abondante liée au niveau d'hygiène bucco-dentaire et aux habitudes alimentaires.

Il s'agit là d'une dentisterie de population précaire qui consiste en de nombreuses extractions. Les soins conservateurs sont difficiles à maintenir dans le temps car beaucoup ne reviennent pas à leurs rendez-vous. La demande en prothèse amovible est forte.

La population est « dure au mal » et l'automédication est fréquente.

L'indice carieux est élevé et une bonne partie de la population est sujette à des pathologies qui nécessitent un suivi bucco-dentaire, comme le RAA et le diabète. Les gens ne font pas de liens directs entre les foyers infectieux et les problèmes cardiaques.

L'alcool-tabagisme est une réelle problématique locale.

5) La place de la médecine traditionnelle en dentisterie : une réalité ou un fantasme ?

Tous reconnaissent que la population kanak utilise des plantes pour se soigner, souvent pour enrayer la douleur. Les dentistes ne savent pas quel type de plantes est utilisé mais conviennent d'une certaine efficacité contre la douleur (nécrose).

Quelques-uns soulignent l'importance d'être sensibilisé à cette pharmacopée et à l'approche culturelle kanak de la maladie.

Deux professionnels de santé ont pu participer aux formations spécifiques menées par l'IFAP concernant l'approche culturelle de la maladie.

6) Quelles sont les conséquences de la pharmacopée traditionnelle et de la représentation culturelle de la maladie ?

La pharmacopée kanak est intéressante pour calmer la douleur. Mais souvent elle a pour conséquence une consultation tardive qui nécessite une extraction.

Selon, les dentistes, les croyances ont la « dent dure » ! L'une d'entre elles est persistante : une douleur dentaire doit impérativement entraîner une extraction.

Être à l'écoute et adapter son discours de chirurgien-dentiste face aux croyances locales et aux représentations culturelles de la personne sont pour certains une des qualités nécessaires à une bonne pratique en PN.

7) Quelle est la place de la prévention dans les soins ?

Le manque d'hygiène bucco-dentaire et la forte consommation de sucre sont des fléaux considérables en Nouvelle-Calédonie.

La prévention s'effectue principalement dans les écoles, avec un brossage des dents tous les midis et une visite chez le dentiste (qui réalise un bilan dentaire et le traitement de sillons prophylactiques des dents indiquées) pour tous les élèves de CP.

Les résultats sont encourageants, l'indice CAO (2,08 en 2012) reste encore très important mais semble diminuer pour les nouvelles générations et se rapproche de plus en plus de celui de la France (1,23 en 2018).

Il reste que l'hygiène bucco-dentaire, les conseils alimentaires et la prévention ne sont pas suffisamment développés pour un plus grand public. La prévention est centrée, pour le moment, sur les enfants âgés de 6 ans.

Le rôle du SMA est important dans la prise en charge des soins et de la prévention. Cependant, il ne touche qu'un public restreint.

8) Quelles sont les perspectives, pour la santé buccodentaire, à envisager ?

Une série d'actions envisagées émerge :

- Poursuivre la prévention et la communication pour l'étendre au grand public.
- Réduire les turn-over de dentistes itinérants à la recherche de dentistes et de spécialistes désireux de s'installer et de s'investir pour la population.
- Promouvoir les formations continues pour les professionnels de santé en Province Nord.
- Exploiter le projet d'un cabinet mobile pour desservir la santé dans des zones plus reculées.
- Poursuivre la dentisterie humanitaire.
- Former des gens pour favoriser la sensibilisation à la santé à tous les âges par des missions de prévention et d'éducation.
- Investir dans un CEREC pour certains cabinets peut être intéressant.
- Démocratiser la prévention en renforçant la communication par le biais du numérique (publicités télévisées, radios, réseaux sociaux, ...).
- Enfin, même si beaucoup de points sont encore à travailler, les dentistes de Province Nord gardent un regard optimiste sur leur pratique. Ils s'accordent à reconnaître que les instances gouvernementales de Nouvelle-Calédonie se préoccupent de la santé de la population et que des moyens favorables à son évolution sont mis en place. Le soin est aujourd'hui beaucoup plus accessible.

Éléments de discussion :

Un bon niveau d'hygiène bucco-dentaire n'est encore pas acquis pour beaucoup de calédoniens. Le manque de brossage, la forte consommation de sucre et de tabac ainsi que

le manque de consultation d'un dentiste sont des comportements avérés en Province Nord. (Rapport d'Activité 2016, ASS-NC) (39)

Dans ce contexte, les dentistes de Province Nord déclarent se sentir utile dans leur pratique qu'ils qualifient d'humanitaire par la forte demande en soin d'urgence et la faible densité de dentiste par habitant.

Ces praticiens sont satisfaits des moyens mis à leur disposition et de leurs bonnes conditions de travail.

Leur relation au patient est bonne, loin des stress procéduriers et des exigences de la consommation des soins du monde « moderne ». La reconnaissance et le respect des soignants par la population sont des valeurs ressenties. Une relation paternaliste est encore présente où la confiance aveugle au praticien le rend souvent seul décisionnaire du choix de la possibilité thérapeutique.

La barrière de la langue n'est pas vraiment un frein pour le soin (le faible pourcentage d'individu non-francophone trouve facilement des traducteurs pour les aider), cependant la communication n'a de réussite qu'avec du temps et de l'adaptation aux langues et aux représentations locales. L'assistant dentaire, très souvent originaire du village, joue un rôle important en tant qu'interlocuteur et médiateur dans la relation entre le dentiste et son patient.

Le turn-over de dentistes itinérants est une problématique qui peut déjouer la confiance et la prévention de la population.

La prévention est un levier identifié par les dentistes pour promouvoir la santé orale. Ils reconnaissent les bénéfices des actions auxquelles ils participent (comme les scellements de sillons des élèves de CP) et s'accordent dans l'idée d'élaborer de nouvelles actions pour toucher un plus large public afin d'harmoniser la prévention à l'ensemble de la population.

Les savoirs traditionnels thérapeutiques kanak sont encore très pratiqués et l'utilisation des pharmacopées familiales est toujours observée notamment pour calmer les douleurs dentaires. Cependant, si une efficacité de ces plantes peut être à élucider dans l'accélération de la nécrose dentaire, elles ont pour conséquence une consultation tardive menant aux abcès et trop souvent à des extractions évitables. En effet aucune pratique traditionnelle ne sait

répondre au soin de la carie dentaire apportée par le sucre dont la consommation est apparue et n'a cessé de progresser depuis la colonisation.

Les dentistes de PN ne sont pas assez sensibilisés aux pratiques culturelles kanak dans l'approche de la maladie. Quelques-uns souhaitent en apprendre davantage sur ce sujet et sont demandeur de formation.

Aucun des dentistes rencontrés (en janvier 2020) ne connaît le Plan de santé Do-Kamo. L'information et l'implication, dans ce projet, des professionnels de santé restent donc encore à établir.

En effet les personnels médicaux sont les premiers acteurs pour la santé, leur considération et leur intégration dans ce projet de santé doit donc être davantage recherchée.

Pour promouvoir une dentisterie sociale qui engage la population dans son bien-être, la coordination et le dialogue sont des outils importants à développer à tous les niveaux.

Conclusion :

La Nouvelle-Calédonie est riche de son histoire. En l'espace de 200 ans, elle a vu sa population tripler par différents mouvements migratoires lesquels se trouvent être à l'origine d'un pluralisme culturel unique.

En 2020, la question de l'autodétermination est pleinement posée (référendum le 4 octobre) ; le transfert des compétences dans le domaine de la santé est déjà acquis.

Par cette indépendance sanitaire, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie souhaite reconstruire son système de Santé Publique en réécrivant un nouveau code de santé calédonien répondant aux particularités culturelles et environnementales du pays et en accentuant les efforts sur la prévention et l'éducation de sa population.

La culture kanak est encore bien vivante en NC et la volonté de conserver ses savoirs et savoir-faire face à une mondialisation rapide nécessite qu'on s'applique à en rendre compte et à prendre le temps de la transmission.

La particularité de l'approche de la maladie selon la cosmologie kanak est à l'origine d'une coexistence entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle. Face à des concepts bien distincts que sont d'un côté l'équilibre spirituel, social et environnemental et de l'autre la science biomédicale établie, la médecine conventionnelle n'a pas réussi à supplanter la médecine traditionnelle et les kanak ont toujours recours aujourd'hui aux deux médecines, parce qu'elles sont complémentaires.

La spécificité de la dentisterie en Province Nord est un exemple concret d'une interface culturelle qui n'est pas suffisamment reconnue et prise en compte.

C'est dans cette perspective que le « Dö Kamö » vise à optimiser le capital santé de la population, sans omettre l'aspect culturel dans la prise en charge du soin et dans la prévention. C'est en effet, à partir d'une construction collective, de concert entre toutes les forces vives du pays que se dessinera cette nouvelle approche.

En province Nord, le constat d'un manque d'hygiène, d'une alimentation trop sucrée et d'un retard de soin est dressé ; autant de points qui trouvent leurs résolutions dans la prévention et l'éducation, dans la consolidation du lien social.

L'approche centrée sur la personne, le groupe ou la communauté permet de considérer l'individu ou le groupe social comme acteur responsable et engagé dans le maintien de sa bonne santé. De cette façon, le paradigme change de point de vue. Il ne s'agit plus de se focaliser sur le problème à résoudre mais d'aider l'individu ou son groupe d'appartenance à

trouver des solutions en lui-même et avec les autres pour faire face aux problèmes actuels et aux problèmes ultérieurs d'une façon mieux intégrée. Ainsi, c'est l'individu, la communauté et non pas le problème qui est au centre. (40)

Cette approche, où l'adhésion du sujet est un préalable au soin, est reconnue dans de nombreuses thérapies. Elle fait partie intégrante des axes du Plan Do Kamo dont le fondement est celui de l'*Empowerment* et de l'estime de soi.

Celle-ci préconise de la part des praticiens de développer leurs compétences sociales, c'est-à-dire d'être attentif aux représentations de la population pour l'accompagner vers plus d'indépendance aux soins et l'engager pour sa santé.

Il est important de rencontrer l'autre dans sa globalité, dans l'essence même de ce qui le fonde, car l'amputer de ses valeurs, de sa culture, de ses comportements socialement adaptés à son environnement et de ses besoins propres c'est le dévitaliser.

Comprendre l'autre et ses propres représentations, doit être considéré comme un déterminant de la relation de soin. La considération réciproque, doit permettre d'approfondir le dialogue, de confronter les codes culturels pour favoriser la relation de confiance dans le soin, l'observance et la notion de citoyen-usager. C'est aussi en retour faire vivre et transmettre une culture et se transformer soi-même dans cette co-construction.

Enfin ce travail s'adresse aussi aux « nouveaux arrivants » dans le pays, confrontés très souvent dans leurs pratiques à des incompréhensions. Il nous a semblé intéressant d'apporter quelques pistes de réponses et de réflexions, afin d'éclairer avec humilité, la rencontre avec l'autre et de prévenir certaines maladresses, même involontaires, ainsi que pour encourager la pratique d'une médecine intégrative.

Nous accueillons des patients porteurs de cultures différentes. Nous devons agir dans le principe de laïcité issu des Lumières qui tolère et protège toutes les conceptions métaphysiques de l'existence. Il convient de rentrer en empathie avec la personne, comprendre qui elle est, d'où elle vient et soi-même se présenter pour trouver des situations d'échanges, des terrains d'ententes, conditions nécessaires à la confiance partagée.

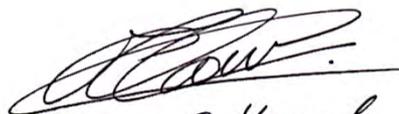
Dès-lors que le dentiste intègre la vie de son village dans ces échanges réciproques de savoirs, il peut durablement s'installer dans un climat de respect mutuel.

Dès lors qu'il est invité ou qu'il s'invite à écouter, à comprendre une représentation qui lui est culturellement étrangère, il s'en trouve grandi d'une nouvelle expérience, de nouvelles amitiés, de regards bienveillants et respectueux de ce pas franchi vers l'altérité.

Avoir bonne réputation c'est englober les discours positifs tant sur le plan professionnel que sur celui des qualités humaines.

Finalement, une rencontre réussie consiste à pratiquer une approche centrée sur la personne, en structurant la relation de soin autour de la confiance, le respect, le dialogue et surtout la volonté mutuelle d'aboutir. (41)

*Vu, le directeur
et président,*



*O. Hamel
15.7.2020*

Épilogue :

Ce travail m'a permis de renforcer l'engagement pour mon pays, il a consolidé cette volonté de rentrer pour construire et apporter ce que j'ai acquis tout au long de mon parcours étudiant en France.

Je me réjouis dans l'idée d'aider une population qui me ressemble et à laquelle je me sens appartenir par ses valeurs et ses codes dans un pays où beaucoup de perspectives d'évolutions et de réflexions sont possibles.

Bibliographie :

1. Albert M. Portrait du décolonisé arabo-musulman et de quelques autres. Paris, Gallimard; 2004.
2. Langlet JY, Godin P. La place de la médecine kanak en Nouvelle-Calédonie. Bull Méd. oct 2015;(42):3. Disponible sur :http://www.bmn.nc/pdf/BM42_2005.pdf .
3. À la santé du plan Do Kamo ! [Internet]. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. 2019 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://gouv.nc/actualites/20-12-2018/la-sante-du-plan-do-kamo>
4. Nouvelle-Calédonie - Histoire [Internet]. Service d'Information du Gouvernement. 2016 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.outre-mer.gouv.fr/nouvelle-caledonie-histoire>
5. Sand C. « Le temps d'avant »: La préhistoire de la Nouvelle-Calédonie. Editions L'Harmattan; 1996.
6. Vachon J. Médecine traditionnelle et médecine conventionnelle en Nouvelle-Calédonie : opinion des médecins généralistes du territoire [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/524/>
7. Sand C. Être descendants d'exilés algériens à Caledoun : réflexions sur la place des « Arabes Calédoniens » dans l'histoire. J Soc Ocean. 2018;n° 147(2):365-72.
8. Dousset-Leenhardt R. Colonialisme et contradictions: Nouvelle-Calédonie, 1878-1978: les causes de l'insurrection de 1878. Editions L'Harmattan; 1978.
9. Roux J-C. Crise de la réserve autochtone et passage des Mélanésiens dans l'économie de la Nouvelle-Calédonie. Cah ORSTOM. 1974;11(3/4):297-313.
10. Gabriel C, Jacquin C, Kermel V. Nouvelle-Calédonie, la révolte kanake. PEC; 1985.
12. Tjibaou J-M. La présence kanak. Odile Jacob; 1996.
13. Faberon J-Y. La Nouvelle-Calédonie: vivre l'accord de Nouméa. Rev Francaise Adm Publique. 2002;(1):39-57.
14. Broustet D, Rivoilan P. Recensement de la population en Nouvelle-Calédonie en 2014. Une démographie toujours dynamique. 2015;
15. Gautier A, Colmet-Daage MM, Guiseppi M, Synthèse N. 53 000 PERSONNES SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ.
16. 19 janvier : Ministère de l'Intérieur - Bilan statistique de la délinquance en 2016 / Actualités / Accueil - Les services de l'État en Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/Actualites/19-janvier->

17. Leca A, Vangheluwe F, Faberon F. 101 mots pour comprendre la santé en Nouvelle-Calédonie. 2017.
18. Bensa A, Leblic I. En pays kanak: ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie. Vol. 14. Les Editions de la MSH; 2000.
19. Lepoutre M. Le pluralisme médical à Lifou. *Med Plur Lifou En Pays Kanak*. 2000;293–310.
20. Gavard, Anne-Marie. Mutations et influences du système de santé en Nouvelle-Calédonie Anne-Marie Gavard Gavard Anne-Marie Gilles [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: http://bibliotheque.bordeaux.fr/in/details.xhtml?id=mgroup%3Ap+unimarcbu_1054352
21. À propos de la DASS | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/la-dass/propos-de-la-dass>
22. Répartition des compétences en Nouvelle-Calédonie | service-public [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://service-public.nc/particuliers/repartition-des-competences-en-nouvelle-caledonie>
23. Espirat J-J. La flore de Nouvelle-Calédonie - Première partie [Internet]. Futura. [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/planete/dossiers/zoologie-faune-flore-nouvelle-caledonie-468/page/2/>
24. Unesco. Mexico City declaration on cultural policies. In: *World Conference on Cultural Policies*. 1982.
25. Salomon C. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks [Internet]. 1^{re} éd. PUF; 2000 [cité 8 juin 2020]. 160 p. (Ethnologie). Disponible sur: https://www.puf.com/content/Savoirs_et_pouvoirs_th%C3%A9rapeutiques_kanaks
26. OMS | Médecine traditionnelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/
27. Wamo A, Tisserant B. Un cadre aménagé pour accueillir la souffrance : groupe expérientiel en Nouvelle-Calédonie... avec des filles-mères kanak. *Dialogue*. 27 août 2018;n° 220(2):61-72.
28. Tjibaou J-M, Guiart J. Recherche d'identité mélanésienne et société traditionnelle. *J Société Océan*. 1976;32(53):281-92.
29. Qui sommes-nous ? | Académie des Langues Kanak (ALK) [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.alk.nc/academie-des-langues-kanak/qui-sommes-nous>
30. Nouvelle-Calédonie / IRD - Sites de représentation / IRD - Nouvelle-Calédonie

[Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://nouvelle-caledonie.ird.fr/>

31. Vanherweghem J-L. Patamédecine? Médit Sur Avenir Médecine. 2000;(11):12–15.
32. Cottureau-Reiss P. Être jeune en province Nord: enquête psycho-sociale réalisée auprès des 18-30 ans. OSAS-PN; 2010.
33. Le Breton D. Georges Balandier, Civilisés, dit-on. Paris, Presses Universitaires de France, 2003, 397 p., réf. *Anthropol Sociétés*. 2003;27(2):222–223.
34. Jovchelovitch S. Repenser la diversité de la connaissance: polyphasie cognitive, croyances et représentations. 2006;
35. sauvage EL pensée, LOUBEYRE Jean Baptiste. Que faire de la tradition ? [Internet]. *L'autre - Cliniques, Cultures et Sociétés*. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://revuelautre.com/dossiers/que-faire-de-la-tradition/>
36. Santé et action sociale [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: http://www.ifap.nc/index.php?option=com_planning&view=fiche&Itemid=97&code=SAS M004
37. Linton R, Lyotard A, Filloux J-C. Le fondement culturel de la personnalité. Dunod Paris; 1977.
38. Qui sommes-nous ? - Santé pour tous [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/qui-sommes-nous>
39. Nos rapports d'activité - Santé pour tous [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/nos-rapports-d-activite>
40. Coghlan D. A person-centred approach to dealing with resistance to change. *Leadersh Organ Dev J*. 1993;
41. Vergnes JN, Rosenzweig J, Hamel O. Médecine bucco-dentaire, spiritualité et religiosité. *Ethics Med Public Health*. 1 avr 2020;13:100485.

ANNEXE N°1 : Cartes de Nouvelle-Calédonie



Image 1 : La Nouvelle-Calédonie dans le Pacifique



Image 2 : La Nouvelle-Calédonie et ses Provinces



Image 3 : Aires coutumières de Nouvelle-Calédonie

ANNEXE N°2 : Question sur la réinsertion de la jeunesse de Nouvelle-Calédonie posée à Madame Valentine Eurisouké dans le cadre de notre Interview.

« Comment faire pour toute la nouvelle génération qui se laisse aller à Nouméa ? Comment les réinsérer dans tout ce processus de soin, dans ce bien-être physique et moral ? »

« Quand j'ai eu le secteur de la jeunesse, on s'est rendu compte que toutes les problématiques aujourd'hui de la jeunesse sont des problèmes de mal-être et d'estime de soi... Et en fait, ce sont des choses qui peuvent être évitées.

Lorsque l'on va à l'école, on est formé uniquement sur l'intelligence logico-mathématique. L'école nous forme pour devenir de bons techniciens. On nous pousse à la compétition dans cette forme d'intelligence alors qu'on a aussi la compétence psychosociale... Et ça on ne le développe pas assez à l'école.

On s'est dit ainsi que dans la promotion de la santé à l'école il faut qu'on insiste sur l'acquisition des compétences psychosociales dès le plus jeune âge. Comme ça les enfants, en grandissant, peuvent améliorer leur estime de soi et éviter de se sentir écrasés comme aujourd'hui. On nous a conditionné dans un système pour être technicien alors que nous, on a une culture, un environnement, et pleins d'autres savoirs qui peuvent être partagés et améliorés.

Nos jeunes, du fait qu'ils ne réussissent pas, on dit qu'ils sont en échec scolaire. Or c'est peut-être le système éducatif français qui n'est pas adapté à notre culture.

Nous pensons que pour régler aujourd'hui toutes ces problématiques de jeunesse, il faut que dans le système éducatif on mette l'accent sur les compétences psychosociales, les potentialités de chacun afin d'atteindre un état de bien-être et une bonne estime de soi. Un être épanoui.

C'est pour ça qu'il faut renforcer la prévention, l'éducation.

Ce n'est pas en embauchant plus de gendarmes que l'on va régler tous ces problèmes ou encore en fermant l'alcool... Il y a peut-être un problème plus profond d'estime de soi, d'éducation. »

(Valentine Eurisouké, Janvier 2020)

« Aujourd'hui, il y a un gros problème dans notre pays qui fait que les kanak tombent souvent malade, c'est le problème identitaire. Les jeunes perdent leurs repères culturels.

C'est pour ça que je dis à mes patients de travailler sur l'apprentissage de leur propre culture. Je souhaite que les écoles fassent un travail sur ce type de savoirs, mais je suis optimiste car je vois les langues apparaître au sein de l'école et c'est une bonne chose pour se réapproprier notre identité ».

(Guérisseur Canala, Janvier 2020)

ANNEXE N°3 : Le monde visible.



Schéma des différentes étapes de la vie d'un individu dans la société kanak, expliqué en Drehu (Lifou) Selon Mr Billy Wapotro.

"Bien que tout ceci se soit détérioré [transmissions perdues] c'est la même chose sous différents noms dans les autres aires". Billy Wapotro, Janvier 2020.

Noms des différentes étapes	Discours correspondants à chaque étape
<p>Hanekönatr Apprentissage de la petite enfance par le mimétisme.</p>	<p>Nyitipu: ni (appartenir), ti (assoir dessus) et pu (le rêve), <i>"dans la nuit j'ai rêvé de pêche alors ce matin je vais à la pêche et comme j'ai un enfant petit, je l'emmène sur mes épaules pour qu'il apprenne les gestes mais aussi qu'il ressent sur mon épaule les émotions de mon cœur pendant cette pratique"</i> ; C'est le <u>mimétisme</u>, on laisse l'enfant apprendre et reproduire ce qu'il voit et ce qu'il ressent, avec au départ le <u>rêve</u> qui établit la relation avec le monde invisible et les ancêtres. "faire avec moi"</p>
<p>Thöth Apprentissage du monde invisible et du rapport au sacré.</p>	<p>Thith : explication du rapport au sacré quand l'enfant commence à comprendre les choses, les comportements à adopter. ; C'est aussi là où va se faire la différenciation sexuelle (<i>"avant ce sont des jeunes qui jouent au même jeu, qui sont habillés de la même façon"</i>)</p>

<p>Thupëtresij (homme)/ jajiny (fille)</p> <p>Voyages initiatiques pour élargir ses connaissances, Différents rites vers la prise de responsabilité et son statut social.</p>	<p>IHaji : ”s’enfumer de paroles constructives” “Haj” signifie “fumer”, il s’agit d’enfumer le jeune par les oncles utérins pour qu’il devienne fort, c’est aussi ici que les interdits sociaux et du rapport au corps sont posés (cadre).</p> <p>Rituel du premier rasage de la barbe par l’aîné de la génération pour les garçons.</p> <p>Apprentissage par le voyage, on dit “il doit savoir là-bas” apprendre avec les autres clans pour accumuler les savoirs nécessaires à sa vie (savoir pêcher, construire sa maison, cultiver), une forme de “vagabondage éducationnel”</p> <p>Enfin le rite du mariage pour passer à l’étape supérieure et qui installe la personne dans son statut, dans ses fonctions claniques. “<i>si tu ne le passes pas, tu ne deviens pas “adulte”</i>”. C’est ce rituel qui va te définir “qui tu es” par les vieux.</p>
<p>Nyipiatr (équivalent au Do Kamo en Ajië) (nyi: appartenir à , pi : désirer, aspirer à ; atr : l’humain) Devenir un “vrai homme”, ”celui qui aspire à devenir de plus en plus humain”. Un individu responsable de soi et aussi des autres. Apprentissage du discours (prise de parole pour construire) et de la réflexion philosophique sur le monde. Une personne dans le bien-être et mûr dans sa tête.</p>	<p>Ici il y a l’apprentissage des discours qui “construit le pays”, on apprend à parler à l’arbre pour qu’il pousse, au caillou pour qu’il te donne ce que tu souhaites, à respecter les totems...</p> <p>Caimöj “le discours pour construire le pays”. Apprendre à perfectionner son discours.</p> <p>Eamo discours philosophique. Apprendre à réfléchir sur le monde qui t’entoure.</p>
<p>Qaatr être vieux, sage</p>	<p>Edrome “contenu des différents discours qui font l’apprentissage de l’humain”.</p> <p>Prépare le passage dans l’autre monde, le monde invisible. Pour prendre le chemin des morts. Désigne les vieux qui ont le droit de parler dans les chefferies ou dans les assemblées, mariages, deuils, conseils...</p>

Tableau explicatif des différentes étapes et discours de construction de l’individu kanak tout au long de sa vie. Selon l’interview de Monsieur Billy Wapotro.

ANNEXE N°4 : Lexique bucco-dentaire de l'aire HOOT MA WHAAP.

Lexique bucco-dentaire de l'aire HOOT MA WHAAP							
Région	Kaala-Gomen, Paimboas et Ouégoa	Pouebo		Hienghène			Koumac et Poom
Dialecte	Yuanga (2400 locuteurs)	Caac (1072 locuteurs)	Jawe (990 locuteurs)	Pije	Fwâi	Nemi	Nêlêmwanixumwak (1100 locuteurs)
Bouche	phwa-n	waneôc	hwa-n	hwa-n	hwa-n	hwa-n	nua-t/joonua-t
Dent	parôô-n	pezep	payoa-n	pae-hwa-n	paa-hwa-n	paye-hwa-n	panua-t
Lèvres	cii-phwa-n	juvenep	doon hwa-n	ciin-hwa-n	ciin-hwa-n	doon hwa-n	-
Langue	kume-n	kume	kwama	kuvehma-n	kuvehma-n	kuvema-n	-
Trou des dents manquantes	-	wado	hwado	fwado	fwado	hwado	-
Palais	-	kamak	kama-n	-	-	-	-
Mâchoire	-	duu-n	hâman	-	-	-	-
Gencive	-	paji	pajii-n	-	-	-	-
Manger (général)	huvo	hu	huu	-	-	-	khu/ khuwo/khuxi
Manger (terme plus respectueux)	bwayu	-	-	-	-	-	-
Manger des féculents	cani	Cani	cani	-	-	-	ba
Manger de la viande	huu	wii	hwii	hwii	hwii	Hwii	-
Manger des tubercules accompagnés de viande	-	po cai-n	po cain	-	-	-	-
Mâcher des écorces ou du magnania (tubercule anciennement réservée aux chefs)	bije	-	-	-	-	-	-
Manger de la canne à sucre	huli/ual	kuc	huli	-	-	-	khuri
Manger des fruits	khûûni	kûûni	kuuni	-	-	-	kûûra
Manger cru	-	-	-	-	-	-	thaxilo
Dévorier	-	-	-	-	-	-	khua
Aspirer l'air avec les dents (pour nettoyer après les repas)	-	-	-	Hliing	hliing	hliik	-
Tenir agripper avec les dents	-	-	-	caa ko-n	caac	caa ko-n	ceego
Couper en grignotant	-	-	-	-	cai-bune	cai-bune	-
Percer avec les dents	-	-	-	cai- dua	-	cai- dua	-
Couper avec les dents	-	-	-	cai-gapi	cai-gavi	cai-gapi	ceemode
Ouvrir, casser avec les dents	-	-	-	cai-bii	cai-bii	cai-bii	-
Croquer quelque chose de dur, de croustillant	-	-	-	Kaubii	Kaubii	kaubii	-
Montrer les dents (rictus)	-	-	-	-	ciivayi	ciipaci	-

Tableau de recueil de données lexicales bucco-dentaires de l'aire HOOT MA WHAAP récupérées via la plateforme internet <https://www.alk.nc/> de L'Académie des Langues Kanak (ALK) (établissement public gouvernemental).

ANNEXE N°5 : Pharmacopée traditionnelle kanak autour de la sphère orale.

Aire géographique	Nom	Description	Ref
Maré	« <i>Carica papaya</i> L. » (Papayer) Nom vernaculaire: on, ye-on (Nengone)	Son latex mêlé à du tabac-figue sert "à tuer des dents cariées", mais l'opération n'est pas indolore.	Dubois 1971
	« <i>Claoxylon insulanum</i> , Euphorbiacées » Nom vernaculaire: hnadrauezi (Nengone)	Quand on souffrait des dents, on allait voir le maître de cet arbre. Celui-ci prenait une torche en feuille de cocotier et mettait le feu à un hnadrauezi, et le patient était guéri. En effet, le feu tue les vers qui mangent ce bois. De même le geste du guérisseur va tuer le germe qui ronge la dent. Autrefois cette médication était efficace, disait Jean Sinewami.	Dubois 1984 : 275
	« <i>Myoporum tenuifolium</i> » Nom vernaculaire: keh(e) (Nengone)	Les bourgeons sont mâchés crus, le premier jus obtenu est avalé et le second conservé en gargarisme, contre les maux de dents.	Comm. pers. Jean Waikedre, 31 octobre 2006
Îles Loyautés	« <i>Grewia crenata</i> » Nom vernaculaire: Pehna (Drehu)	C'est une plante anesthésiante, si tu as mal aux dents tu fais bouillir les feuilles et tu gargarise le jus avec la bouche mais tu n'avale pas. Non seulement ça anesthésie la dent mais pour longtemps.	Billy Wapotro
	« <i>Ipomoea pes-caprae</i> » ("patate de bord de mer") Nom vernaculaire: Drelia (Drehu)	Le jus de la tige est utilisé en application ponctuelle sur la gencive contre les maux de dents.	f. DB - Wanawe
	« <i>Homalanthus nutans</i> » Nom vern. : hapetra (Drehu)	On pique les gencives avec le latex contre les maux de dents.	f. DB - Wanawe
	Lifou « <i>Musa sapientum</i> L. » (bananier plantain)	Les feuilles de <i>Musa sapientum</i> + <i>Pittosporum lifuense</i> (Pittosporaceae) sont utilisées en décoction et en bain de bouche contre les maux de dents. Elles sont également mangées pour le même usage.	f. DB - Nothis
	« <i>Myoporum tenuifolium</i> » Nom vernaculaire: hanyium (Drehu)	Ethnopharm : Les feuilles de <i>Myoporum tenuifolium</i> + <i>Pittosporum lifuense</i> (Pittosporaceae) sont mangées crues ou utilisées en décoction et en bain de bouche contre les maux de dents.	f. DB - Nothis
	« <i>Jasminum simplicifolium</i> » (jasmin) Nom vernaculaire: wexu fœe (Drehu)	Ethnopharm : La décoction des feuilles est utilisée en bain de bouche pour calmer la douleur dentaire, ne pas avaler.	f. DB - Demoue
Ouvéa	« <i>Micromelum minutum</i> » Nom vernaculaire: kholen (Iaai)	La feuille est mâchée et utilisée en cataplasme pour calmer le mal de dent en attendant l'arrivée du dentiste. Si le dentiste blesse la dent voisine pendant le soin, faire aussi un cataplasme pour cette dent. Utilisé contre les maux de dents, dent gâtée douloureuse ou dent creuse pour calmer la douleur. La feuille est mâchée, le jus gardé en bouche et avalé doucement. On peut aussi utiliser la fleur de la même manière pour calmer la toux.	f. DB - Wananoi
Grande Terre	Province Nord « <i>Cocos nucifera</i> » (Cocotier)	Les racines de cocotier frottées sur les dents rendent ces dernières blanches et saines. La chair de coco cuite et appliquée dans la cavité de la carie permet d'enlever les douleurs de la dent.	recueil d'un dentiste de Province Nord
	« <i>Citrus limon</i> » (citronnier 4 saisons)	Ma grand mère disait de faire bouillir les racines, rincer et appliquer sur la dent douloureuse pour soigner.	Christ Pei

Tableau de plusieurs exemples de plantes de la pharmacopée traditionnelle kanak autour de soins de la sphère orale en fonction de différents lieux.

Les données concernant les Îles Loyautés ont été fournies par Mr Edward Hnawia Représentant délégué de l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement) en Nouvelle-Calédonie.

ANNEXE N°6 : Plan d'actions global du programme « Mes dents ma santé » (rapport d'activité 2015 de l'ASS-NC) :

<p>AXE 1</p> <p>Les habitudes de vie saine: choisir la santé</p>	<p>AXE 2</p> <p>Une école en santé : pour la réussite scolaire</p>	<p>AXE 3</p> <p>Services préventifs et soins de santé : travaillons ensemble</p>
<p>Actions</p> <p>1.1 Proposer aux élus du gouvernement l'inscription de la santé orale au plan territorial de promotion de la santé. ○</p> <p>1.2 Proposer aux élus du gouvernement l'application d'une réglementation visant à interdire la distribution gratuite de produits alimentaires sucrés lors de toute manifestation subventionnée ou financée par un organisme public. ○</p> <p>1.3 Rédiger un rapport pour les élus et les producteurs de boissons sucrées de Nouvelle-Calédonie sur le plafonnement du taux de sucres dans les boissons sucrées. □</p> <p>1.4 Etudier la possibilité de réguler la diffusion de messages publicitaires pour les produits alimentaires sucrés (boissons sucrées, confiseries, barres chocolatées...). □</p> <p>1.5 Proposer aux élus du gouvernement l'adoption d'une loi de pays pour l'alignement des taux de sucres dans les produits vendus en Nouvelle-Calédonie sur ceux vendus en France métropolitaine. ▲</p> <p>1.6 Proposer aux élus du gouvernement l'application d'une taxation sur les barres chocolatées importées. ▲</p> <p>2.1 Etablir un bilan des habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire des jeunes et des adultes Calédoniens. ○</p> <p>2.2 Recenser les représentations individuelles de la santé orale en Nouvelle-Calédonie et évaluer l'impact de l'environnement sur les habitudes de vie des Calédoniens. ▲</p> <p>2.3 Réaliser une campagne de communication pour promouvoir l'hygiène buccodentaire quotidienne et l'alimentation saine. □</p>	<p>Actions</p> <p>1.1 Informer la communauté éducative des établissements du primaire et du secondaire des résultats de l'enquête santé orale et de la mise en œuvre du programme « mes dents ma santé ». ○</p> <p>1.2 Inclure un module d'éducation à la santé orale dans le programme de formation initiale des enseignants du primaire. □</p> <p>1.3 Inclure un module d'éducation à la santé orale dans le programme de formation continue des enseignants du primaire et du secondaire et des infirmiers scolaires. □</p> <p>1.4 Réaliser des actions d'éducation à la santé orale dans les établissements du primaire et du secondaire en partenariat avec les enseignants, le personnel scolaire et les parents. ○ ▲</p> <p>1.5 Soutenir les projets de classe autour du thème de la santé orale. ○ ▲</p> <p>2.1 Faire un état des lieux des moyens (humains, locaux et sanitaires) dans les écoles primaires et proposer des aménagements pour faciliter la mise en place du brossage dentaire quotidien supervisé. ○</p> <p>2.2 Informer la communauté éducative de la mise en place du brossage dentaire dans les écoles primaires. □</p> <p>2.3 Former des référents pour le brossage dentaire dans les écoles primaires. □ ▲</p> <p>2.4 Mettre en œuvre le brossage dentaire quotidien dans les écoles primaires. □ ▲</p>	<p>Actions</p> <p>1.1 Informer les professionnels de santé sur les recommandations en prévention buccodentaire et en promotion de la santé et sur le programme « mes dents ma santé ». ○ ▲</p> <p>1.2 Réaliser une enquête sur la santé orale des personnes en situation de handicap en NC et informer les professionnels de santé des résultats de cette enquête. □</p> <p>2.1 Développer le dispositif de scellement des sillons sur les premières molaires permanentes pour tous les élèves de CP du territoire. ○ □ ▲</p> <p>2.2 Réaliser une campagne de communication grand public sur le scellement prophylactique des sillons sur les molaires permanentes. □</p> <p>2.3 Mettre sur le marché une eau embouteillée fluorée bénéficiant d'un marketing social subventionné. ▲</p> <p>2.4 Mettre en œuvre un plan de communication grand public (utilisation du fluor). ▲</p> <p>3.1 Réaliser une enquête sur les freins et les leviers au recours aux soins dentaires pour les enfants et leurs parents. ○</p> <p>3.2 Réaliser une campagne de communication sur la consultation dentaire préventive pour les femmes enceintes et les enfants. ▲</p> <p>3.3 Inviter les femmes enceintes et les enfants de CP à haut risque carieux à consulter un dentiste (consultation dentaire préventive = CDP). ▲</p>

Action inscrite pour une mise en œuvre en : ○ 2014-2015 □ 2015-2016 ▲ 2016-2017

Tableau des 27 actions du programme « Mes dents, ma santé » de l'ASS-NC

ANNEXE N°7 : Questionnaire de l'étude.

Pratiques dentaires : Traditionnelle vs Conventionnelle.

Dentiste	Guérisseur
<p>Pratiquez-vous la dentisterie en PN de la même manière que vous avez pu la pratiquer ailleurs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lien culturel de la population - Relations Sociales - Problèmes Financiers - Problèmes de Matériel - Prestation de laboratoire - ... - => Freins et leviers <p>Diriez-vous qu'il y'a une représentation particulière de la dent dans la culture kanak.</p> <p>Êtes-vous sensibilisés à la prise en charge traditionnelle et en particulier pour les soins dentaires ?</p> <p>Existe-t-il selon vous des croyances associées et des liens spirituels pour la prise en charge des patients ? Si oui lesquels ? Les prenez-vous en compte ?</p> <p>Votre avis sur les pratiques traditionnelles complémentaires à votre prise en charge ?</p> <p>Constatez-vous un manque de prise en charge dentaire en PN :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problème d'accès aux soins ? - Désert médical ? - Délais d'attente longs ? - Problème de transport ? <p>Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accès aux soins ?</p>	<p>Est-ce qu'on vient vous voir pour des problèmes bucco-dentaires ?</p> <p>Que proposez-vous pour calmer les douleurs dentaires ? Ou favoriser l'hygiène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de plantes, rituels... (canne à sucre ?) <p>Avez-vous l'habitude de considérer la cavité buccale dans vos pratiques ?</p> <p>Que pouvez-vous nous apprendre sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les rites par rapport aux dents ? - La valeur des dents dans la culture et les images associées (représentations) ? <p>Comment, selon vous prendre en compte les croyances associées et les liens spirituels dans la prise en charge du patient ?</p> <p>Pensez-vous qu'une pratique en cabinet dentaire puisse être complémentaire à votre prise en charge ?</p>

Tableau des deux questionnaires réalisés pour orienter les entretiens semi-directifs de notre étude.

TITRE : Aspects culturels et représentations dans la relation de soin bucco-dentaire en Nouvelle Calédonie : l'exemple kanak en Province Nord.

RESUME EN FRANCAIS :

La culture kanak a développé une approche de la maladie qui lui est propre, en lien avec ses ancêtres, son groupe social et son environnement.

La prise en charge de la maladie chez les kanak ne répond pas aux critères établis de la médecine conventionnelle.

Aujourd'hui les deux médecines sont souvent utilisées en parallèle, parfois même au détriment d'une prise en charge « dans les temps ».

Il faut « travailler ensemble » pour co-construire une prise en charge des soins et une prévention qui soit respectueuse de la population. Cette conception est celle du nouveau projet de santé calédonien, le Do Kamo, qui introduit les concepts d'usager-citoyens et d'*Empowerment*.

Les dentistes de PN décrivent une relation au patient « docile » et respectueuse, mais des déficits conséquents en matière d'hygiène, d'alimentation et de régularité des consultations sont réels. Ils évoquent également un manque d'informations sur la culture kanak et ses représentations de la maladie, indiquant un intérêt certain.

Une approche centrée sur la personne intégrant la culture de l'autre doit être considérée comme un déterminant favorable à la relation de soin. Il est alors question d'échanger, dans le respect des règles co-définies ensemble, sur la possibilité de coordonner et d'optimiser le bien-être de la population.

TITRE EN ANGLAIS:

Cultural aspects and representations of oral health care relationship in New Caledonia: the Kanak example in the North Province.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgien-Dentiste, Médecine Bucco-dentaire

MOTS CLES : REPRESENTATIONS CULTURELLES, KANAK, DENTISTERIE, RELATION DE SOIN.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Chirurgie dentaire

Université Toulouse III – Paul Sabatier.

3 chemin de maraîchers 31062, Toulouse, CEDEX 9.

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Olivier HAMEL