Freins d'accès aux services de santé en Polynésie française : approche qualitative

Lauriane Dos Santos, Alice Servy

Dans Santé Publique 2026/1 vol. 38 , pages 157 à 166
Éditions S.F.S.P.

ISSN 0995-3914
Date de mise en ligne : 27/03/2026

Article disponible en ligne à l'adresse
https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2026-1-page-157?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Recherche originale

S.F.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.1[illegible]0.49)

Freins d'accès aux services de santé en Polynésie française : approche qualitative

Barriers to accessing healthcare services in French Polynesia: A qualitative approach

Lauriane Dos Santos[1], Alice Servy[2]

Résumé

Introduction : L'accessibilité des services biomédicaux constitue un défi complexe en Polynésie française (PF). La configuration territoriale en de multiples îles dispersées et la centralisation des filières spécialisées à Tahiti, voire en dehors du territoire, impliquent des mobilités parfois contraignantes pour les usagers et propices aux inégalités d'accès.
But de l'étude : Dans ce contexte, l'article vise à identifier les différents types de contraintes auxquelles les usagers font face au cours de leur parcours de soin en PF, à partir d'une approche qualitative et inductive centrée sur l'expérience ordinaire de ces derniers.
Résultats : L'approche méthodologique adoptée a permis d'analyser l'expérience des usagers en matière d'accessibilité des services de santé et d'identifier une pluralité de contraintes, à la fois structurelles et relationnelles, influençant l'accès aux soins biomédicaux. L'éloignement (parfois prolongé ou répété) du domicile à des fins thérapeutiques implique des coûts et des contraintes variables pour les usagers résidant en dehors de l'agglomération de Papeete. Ces derniers sont amenés à mobiliser différentes ressources privées (relations familiales, capital économique) pour pallier ces contraintes et couvrir les besoins non pris en charge par le système de protection sociale, notamment pour accéder aux services des filières spécialisées. Les personnes les moins dotées en ressources économiques et sociales peuvent renoncer aux soins biomédicaux en raison de l'absence de solutions d'hébergement sur le lieu de prise en charge ou des coûts trop élevés impliqués par leur séjour. Les relations familiales apparaissent comme une condition importante du recours et du non-recours aux services de santé en PF, mais leur rôle est ambivalent, tantôt facilitateur tantôt empêchant.
Conclusions : Les ressources économiques et les relations familiales constituent des déterminants sociaux de l'accès aux services biomédicaux en PF, pouvant conduire les usagers à renoncer à une prise en charge.

Abstract

Introduction: *Accessibility to biomedical services is a complex challenge in French Polynesia. The territorial configuration of multiple dispersed islands, combined with the centralization of specialized care pathways in Tahiti, or beyond, entails mobility that can be constraining and exacerbate inequalities in access.*
Aim of the study: *In this context, the article seeks to identify the different types of constraints faced by users throughout their care pathways in French Polynesia, based on a qualitative and inductive approach centered on their ordinary experience.*
Results: *The methodological approach we have adopted made it possible to analyze users' experiences regarding the accessibility of healthcare services and to identify a plurality of constraints, both structural and relational, influencing access to biomedical care. The (sometimes prolonged or repeated) distance from home for therapeutic purposes entails variable costs and constraints for users residing outside the Papeete urban area. They are required to mobilize different private resources (family relationships, economic capital) to offset these constraints and cover needs not supported by the social protection system, particularly in order to access specialized services. Individuals with the least economic and social resources may forgo biomedical care due to the lack of accommodation solutions at the place of treatment or the excessive costs associated with their stay. Family relationships emerge as an important condition for both the use and non-use of healthcare services in French Polynesia, but their role is ambivalent—sometimes facilitating, sometimes hindering access.*
Conclusions: *Economic resources and family relationships constitute social determinants of access to biomedical services in French Polynesia and may lead users to forego care.*

[1] Sociologue à la Maison des sciences de l'homme du Pacifique, UAR 2503, CNRS-université de la Polynésie française
[2] Anthropologue, MCF à la faculté de sciences sociales, université de Strasbourg, Laboratoire sociétés, acteurs et gouvernement en Europe (UMR 7363 SAGE)

Correspondance : L. Dos Santos
dossantos.lauriane@gmail.com

Réception : 01/02/2025 – *Acceptation* : 05/01/2026
Relu par Cadenza Academic Translations

Mots-clés : accessibilité des services de santé ; inégalités en matière de santé ; disparités d'accès aux soins ; droit à la santé ; recherche qualitative ; Polynésie française ; Outre-mer; Océanie.

Keywords: *accessibility of healthcare services; health inequalities; disparities in access to care; right to health; qualitative research; French Polynesia; French overseas collectivities Oceania.*

S.Pub. © Cairn.info (DOI: 10.3917/spub.270.0203) - 02/04/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'accessibilité des établissements, des biens et des services de santé est une composante essentielle du droit à la santé, autrement dit du droit universel au « bien-être physique, mental et social » [1]. Elle repose sur quatre critères principaux : « la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accès à l'information » [2].

En Polynésie française (PF), les débats publics et scientifiques sur l'accessibilité des services de santé biomédicaux [3] ont eu tendance à être centrés sur le critère d'accessibilité physique, du fait notamment de contraintes géographiques propres à ce territoire [4,5]. En effet, située au milieu de l'océan Pacifique sud, à près de 16 000 kilomètres de l'Hexagone, la PF est composée de 118 îles dont 76 habitées, réparties sur une surface océanique de plus de 5 millions de kilomètres carrés. Politiquement autonome au sein de la République française, cette collectivité d'Outre-mer détient une compétence en matière de définition de sa politique de santé, son pilotage, son financement, son contrôle et son évaluation en termes d'efficience de l'offre de soins [6]. Elle doit ainsi répondre au défi d'« assurer les services indispensables à 76 petites collectivités insulaires dispersées sur une superficie comparable à celle de l'Union européenne » [7]. Ce défi est, par ailleurs, posé dans un contexte de forte centralisation des services à Tahiti, autour de l'agglomération de Papeete, qui concentre la majeure partie de la population, des activités administratives ainsi que des services publics et privés, depuis le siècle dernier [8].

La plupart des îles disposent d'un dispensaire ou d'un poste de santé aux compétences et au matériel médicaux réduits, ne permettant pas, au niveau local, une prise en charge biomédicale de toutes les pathologies, notamment les plus stigmatisantes (telles les troubles cognitifs ou les maladies psychiatriques) et les plus sévères (telles les cancers). Ainsi, malgré une distribution étendue des sites et établissements de santé (121 structures au total, réparties sur 58 îles), l'essentiel des services médicaux spécialisés demeure concentré au Centre Hospitaliers de la Polynésie française (CHPF), situé dans l'agglomération de Papeete (Tahiti). Le dispositif d'évacuation sanitaire [9], appelé « évasan », prévoit ainsi que les patients ne pouvant être pris en charge sur leur île de résidence – par manque d'infrastructures, de services ou de moyens adaptés – soient transférés vers un établissement de santé (généralement à Tahiti) où les soins nécessaires sont réalisables. Chaque année, environ 27 000 évasans sont financées par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de PF, dont 700 en dehors du territoire, notamment vers l'Hexagone et la Nouvelle-Zélande [10], représentant l'un des principaux postes de dépense en santé publique en PF.

Dans un tel contexte, certains facteurs (tels que les contraintes sociales ou économiques des usagers) ont eu tendance à passer au second plan dans la formulation du problème de l'accès à l'offre de soins, leur existence n'ayant été que récemment évoquée dans les débats publics [11]. Par ailleurs, à quelques exceptions près [12,13], les recherches scientifiques en matière de santé ont souvent privilégié une analyse des déterminants biologiques ou socioculturels de la santé sur ce territoire, à partir d'approches diversifiées : de l'épidémiologie médicale [14-16] à l'anthropologie culturelle [17,18], en passant par l'histoire, l'archéologie [19] ou encore l'ethnobotanique [20]. Cet article constitue donc une contribution originale au regard de la littérature disponible, en identifiant une pluralité de contraintes d'accès aux soins et services de santé biomédicaux dans la période contemporaine.

Matériels et méthodes

Une approche qualitative de l'accès aux services de santé

L'article mobilise les données qualitatives collectées au cours de deux enquêtes de terrain (2019-2020 ; 2021-2024), réalisées en partenariat avec le secteur associatif et les pouvoirs publics territoriaux. Ces enquêtes portaient notamment sur les modalités de recours et d'accès aux services de santé dans le contexte de cancers, de pathologies chroniques ou évolutives, ainsi que de la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (liée au vieillissement, au handicap ou à une pathologie psychiatrique).

S.F.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)



Carte I : Carte de localisation de Tahiti et de la Polynésie française
(source : Encyclopædia Universalis France)

Tableau I : Organisation du réseau de sites et d'établissements de santé publique (hors CHPF) en 2020 en PF (Source : [39])

Type d'établissement	Nombre	Localisation
Hôpitaux périphériques	4	Taravao, Moorea, Raiatea et Nuku Hiva
Centres médicaux et dispensaires	27	13 à Tahiti, 1 à Moorea, 5 aux Iles-Sous-Le-Vent (ISLV), 2 aux Australes, 2 aux Marquises et 4 aux Tuamotu Gambier
Centres de consultations spécialisés en santé publique	8	Tous sur Tahiti (CCS de protection maternelle et infantile, CCS d'hygiène et santé scolaire, CCS d'alcoologie et toxicomanie, CCS d'hygiène mentale infanto-juvénile, CCS d'hygiène dentaire, CCS en maladies infectieuses et tropicales, Centre d'aide médico-sociale précoce, Centre médical de suivi des anciens travailleurs du nucléaire)
Infirmeries	22	2 aux ISLV, 3 aux Australes, 7 aux Marquises µet 10 aux Tuamotu Gambier
Postes de santé tenus par des auxiliaires de santé	40	1 à Maiao, 8 aux Marquises, 3 aux Australes et 28 aux Tuamotu Gambier
Centres dentaires	20	8 à Tahiti, 1 à Moorea, 5 aux ISLV, 3 aux Marquises, 1 aux Australes, 2 aux Tuamotu Gambier
Total	121	

S.F.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

En sciences sociales, l'enquête de terrain se définit comme une « méthode d'enquête directe, fondée sur l'observation, l'entretien et l'analyse de cas, née au confluent de l'ethnologie et de la sociologie qualitative » [21]. Elle constitue une approche méthodologique privilégiée pour l'analyse inductive [22] des barrières d'accès aux services de santé, dans la mesure où elle permet d'« étudier de l'intérieur » [23] les pratiques ordinaires des (non-)usagers en matière de (non-)recours aux services de santé. D'une part, cette approche permet de documenter des situations et des pratiques sociales qui tendent à être invisibilisées dans le contexte d'enquêtes quantitatives ou statistiques [24], offrant, dès lors, la possibilité de « réhabiliter des pratiques ignorées, mal comprises ou méprisées » [25]. D'autre part, elle permet d'accéder à une analyse compréhensive [26] de ces enjeux en partant des logiques d'action des personnes, et en minimisant ainsi les biais interprétatifs lors de l'analyse des données.

Populations de l'étude et collecte des données

Les données ont été collectées auprès de personnes résidant habituellement à Tahiti (île-centre) ou dans des îles en positon plus périphérique au sein du territoire, où l'accès aux services de santé nécessite souvent une évasan vers Tahiti (voire vers l'Hexagone ou la Nouvelle-Zélande). Les données de l'enquête couvrent ainsi tous les archipels : des îles de la Société (Tahiti, Moorea, Raiatea, Taha'a, Bora Bora, Huahine, Maupiti), des îles Tuamotu-Gambier (Rangiroa, Tikehau, Makemo, Apataki), des îles Australes (Raivavae, Tubuai) et des îles Marquises (Nuku Hiva, Fatu Iva).

Tableau II : Présentation des enquêtes et des corpus de données mobilisés

	Description de l'enquête	Corpus de données
Enquête 1 (Servy, 2019-2020)	*Thématique :* l'expérience des évacuations sanitaires de personnes diagnostiquées avec un cancer en Polynésie française [28,29]. *Objectifs* : 1. analyser les interférences entre les temporalités (calendriers, rythmes) et les lieux relatifs aux différents aspects de la vie des patients polynésiens *;* 2. analyser les inégalités face aux « savoir-faire » et « savoir-être » — d'ordre administratif, logistique, social, technologique, linguistique, etc. — qui influencent l'expérience des *évasans*.	**115 entretiens ethnographiques** réalisés auprès de deux types d'interlocuteurs : • personnes diagnostiquées avec un cancer (N = 32) ; • acteurs (membres d'associations, assistants sociaux, personnels et cadres de santé, etc.) mobilisés vis-à-vis des évasans ou des cancers (N = 83). **Observation** pendant près de 2 mois des interactions entre les personnes diagnostiquées avec un cancer et le personnel de santé, les associations et les proches venant leur rendre visite à l'hôpital du Taaone à Tahiti.
Enquête 2 (Dos Santos, 2021-2024)	*Thématique :* les conditions de vie et de prise en charge des personnes à autonomie réduite en Polynésie française. *Objectifs :* 1. analyser l'accompagnement et la prise en charge ordinaire des personnes en situation de handicap, atteintes de maladies et de troubles psychiatriques et des personnes âgées non autonomes ; 2. analyser les enjeux sociaux, économiques et politiques du modèle familialiste d'accompagnement dans la vieillesse et la perte d'autonomie en contexte polynésien.	**100 entretiens ethnographiques** réalisés auprès de trois types d'interlocuteurs : • professionnels du secteur biomédical et médico-social (N = 38) ; • Proches aidants (N = 32) ; • Personnes âgées (60 ans ou plus) ou en situation de handicap (N = 30). **Observation** durant l'enquête : • des conditions de vie des (non-) usagers à leur domicile lors des entretiens ; • du quotidien en structure d'accueil et de prise en charge pour personnes âgées ou en situation de handicap (« unités de vie ») ; • du travail effectué par les travailleurs sociaux et les mandataires judiciaires auprès des personnes âgées ou à autonomie réduite.

S.F.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

D'une durée moyenne d'1h 30, les entretiens ethnographiques [27] (N = 215) ont été réalisés essentiellement en langue française (avec un usage ponctuel de termes tahitiens), auprès de professionnels (médecins, infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie) et de destinataires des services de santé, selon une stratégie opportuniste (mobilisation de contacts de terrain et de réseaux d'interconnaissance ; utilisation de répertoires de professionnels et d'associations).

Tableau III : Répartition par genre (F/H) et par archipel de résidence des personnes interrogées au titre d'usagers

			Nombre d'usagers interrogés	
Archipel de résidence	**Enquête 1**	**Enquête 2**	**Totaux/Genre**	**Totaux**
Iles de la Société	18 F / 7 H	10 F / 5 H	28 F / 12 H	**40**
Tuamotu-Gambier	1 F / 2 H	4 F / 2 H	5 F / 4 H	**9**
Marquises	3 F / 1 H	2 F	5 F / 1 H	**6**
Australes	0	4 F / 3 H	4 F / 3 H	**7**
Totaux	22 F/ 10 H	20 F/ 10 H	42 F/ 20 H	**62**

Tableau IV : Répartition par tranches d'âge des personnes interrogées au titre d'usagers

		Nombre d'usagers interrogés	
Tranches d'âges	**Enquête 1**	**Enquête 2**	**Totaux**
< 18ans	1	0	**1**
18 à 60 ans	19	2	**21**
> 60 ans	12	28	**40**
Totaux	32	30	**62**

Traitement et analyse des données

Les enquêtes ont progressé en suivant une approche inductive, en cherchant la diversification des profils interrogés. Les données ont été transcrites et anonymisées au fur et à mesure de leur collecte, puis soumises à une analyse linéaire par codage thématique par chacune des enquêtrices. Puis, les résultats obtenus pour chaque corpus ont été croisés *a posteriori* de manière à identifier les principales difficultés exprimées par les usagers interrogées en matière d'accès aux services de santé. L'article repose, ainsi, sur une analyse ancillaire qui permet de valoriser des données de terrain déjà existantes, relativement coûteuses et difficiles à collecter, tout en ayant pour contrainte principale de limiter la marge d'adaptation de ces données préexistantes à de nouvelles questions de recherche.

Fiabilité des données

L'accès à des récits de vie [30] particulièrement développés, la possibilité de demander des précisions ou des validations de sens durant les échanges ou le fait de passer un temps long ou répété sur le terrain d'enquête ont été des techniques de vérification mobilisées durant la collecte de données, permettant de réduire les marges d'erreur, les risques de biais analytique et de distorsion interprétative.

Considérations réglementaires

Les personnes interrogées ont participé à l'enquête de manière volontaire et consentie, après avoir été expressément informées de l'objet des recherches et après garantie de préservation de leur anonymat. L'enquête 1 (cf. tableau)

S.P.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

a fait l'objet d'une validation par la direction du CHPF, ainsi que par la Déléguée à la protection des données de l'Ined et un comité d'éthique de la recherche. L'enquête 2 a bénéficié du suivi d'un comité de pilotage multipartenarial *ad hoc*, mis en place en partenariat avec les pouvoirs publics territoriaux de la PF.

Résultats

L'analyse des entretiens permet d'identifier une pluralité de contraintes freinant l'accès aux soins et services biomédicaux en PF. Nous les classons en deux catégories : les « **contraintes structurelles** » (qui relèvent de l'organisation actuelle du système de santé, des dispositifs d'accès aux soins et de protection sociale) et les « **contraintes relationnelles** » (qui montrent l'influence des liens familiaux, sociaux et affectifs dans les parcours de soin). Cette typologie permet de restituer la complexité des arbitrages réalisés par les usagers dans un contexte insulaire marqué, à la fois, par la centralisation des ressources médicales et l'importance des solidarités privées.

Contraintes structurelles : des effets de l'offre institutionnelle

La concentration des services et des professionnels dans l'agglomération de Papeete (voire en dehors de la PF pour certains traitements et examens spécifiques) génère des difficultés structurelles de recours à l'offre biomédicale les usagers interrogés, les contraignant à solliciter leurs propres ressources économiques et sociales pour y faire face.

Face à l'inégale répartition de l'offre médicale, des séjours parfois prolongés ou répétitifs en dehors de l'île de résidence

Dans la mesure où la prise en charge et l'accompagnement de nombreuses pathologies sont centralisés à Tahiti, voire à l'extérieur de la PF, les évasans constituent une condition première d'accès à certains services de santé biomédicaux. Les temporalités et les lieux des évasans varient en fonction des spécialités biomédicales et des traitements ou des examens à réaliser, tels que la curiethérapie ou le TEP-scan (Tomographie par émission de positons). En fonction de leur état de santé et de leurs besoins, les usagers peuvent être transférés de leur île de résidence vers Tahiti ou bien de Tahiti vers la France hexagonale ou la Nouvelle-Zélande. Les évasans dont ils font l'expérience diffèrent donc selon la distance (d'une vingtaine de kilomètres entre Mo'orea et Tahiti à près de 16 000 km entre Tahiti et l'Hexagone), le temps de transport (de quelques minutes pour la navette entre Mo'orea et Tahiti à une vingtaine d'heures de vol entre Papeete et Paris), les facilités de déplacement (fréquence des bateaux et des vols, notamment). Les interlocuteurs ne sont pas non plus évasanés selon les mêmes calendriers (moments de l'année, stades du cancer, etc.) ni les mêmes rythmes (nombre et fréquence des évasans, durée d'attente, rapidité de décision et d'exécution, etc.).

Dans le cadre de la prise en charge d'un cancer, d'un suivi post-opératoire ou du traitement d'une pathologie chronique, les séjours en dehors du domicile peuvent s'avérer particulièrement prolongés : « *Je ne descends pas souvent sur Tahiti, sauf pour les visites médicales. Là je suis descendue* [à Tahiti] *parce que j'ai eu un petit accident, je me suis cassé le poignet. Alors ça fait trois mois que je suis ici. J'ai été opérée, et puis voilà, pour l'instant, je suis des séances de kiné. Dès que j'aurai fini, je retournerai sur mon île* » (Femme 67 ans, retraitée, îles Tuamotu). Par ailleurs, ces séjours peuvent être relativement fréquents : « *Je vis à Maupiti depuis cinq ans. Et je fais des allers-retours tous les six mois pour voir le gynécologue, faire de la radiothérapie, etc. L'hôpital, c'est ma maison* » (Femme, 46 ans, vendeuse, îles sous le vent).

Trouver un hébergement en dehors de l'île de résidence pour accéder au lieu de soin

Toutes les évasans ne nécessitent pas que l'usager soit hébergé en dehors de son île de résidence. Les usagers habitant les îles bien desservies et proches de Tahiti (telles que Mo'orea et Bora Bora) ont la possibilité d'effectuer un aller-retour dans la journée : « *Quand je suis évasanée à Tahiti, je rentre toujours dormir chez moi à Mo'orea* » (Femme 42 ans, percevant une pension pour adulte handicapée, îles de la Société). Les personnes évasanées à l'étranger ou à Tahiti (pour plus d'une journée) et leurs éventuels accompagnateurs sont logés soit chez un proche, soit dans une structure conventionnée par la Caisse de prévoyance sociale (CPS). À Tahiti, il existe une structure hôtelière d'accueil pour des séjours de courte durée, l'« Hospitel », ainsi que six pensions conventionnées. Les deux principaux foyers conventionnés à Paris sont la Croisée et le Rosier Rouge. Toutefois, cette offre d'hébergement n'est accessible que sous certaines conditions, tel : le fait d'être inscrit au régime de solidarité territoriale (dit « RST », qui correspond aux personnes percevant les plus faibles revenus) et de provenir de certaines îles désignées.

S.F.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Les patients n'entrant dans aucun de ces deux critères doivent mobiliser leur réseau relationnel et ressources privées afin de se faire héberger, le plus souvent, par des membres de leurs familles : « *L' « Hospitel » est prévu pour les RST et les Marquises seulement, parce que ce sont les îles les plus éloignées. Pour les autres patients, tu dois te débrouiller pour être accueilli par la famille, et c'est toi qui dois payer à manger pour tout le monde, une fois que tu seras là-bas* » (Infirmière, îles Tuamotu). Pour les patients résidant en dehors de Tahiti, le fait de ne pas disposer de possibilités d'hébergement pris en charge par la CPS ou de ne pas avoir les moyens de subvenir aux dépenses de la famille d'accueil apparaissent comme des contraintes pouvant conduire à un refus de recourir à l'évasan : « *Q :* […] *quels sont les types de motifs qui sont évoqués par les patients, pour ne pas se faire évasaner ?/ R : pas de famille là-bas* [c.-à-d. à Tahiti]*, pas d'argent* […] *Normalement, ils n'avancent rien au niveau des évasan* [c.-à-d. en termes de frais]*. Quand ils arrivent à l'hôpital, et que c'est grave : là, ils sont pris en charge. Mais une fois que c'est terminé, il faut qu'ils rentrent et parfois ils ne peuvent pas rentrer tout de suite* [c.-à-d. du fait des programmes de vols, par exemple, ou d'un suivi médical régulier après hospitalisation]*, alors ils vont dormir où ?* » (Infirmière, îles Tuamotu).

Mobiliser des ressources privées pour compléter une prise en charge partielle par le système de protection sociale

En cas de « longue maladie », la CPS délivre à l'usager un « Carnet rouge » (carnet de santé avec système de tiers payant) qui lui permet de ne pas avancer les frais liés à ses traitements et de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les prescriptions de médicaments, l'hospitalisation et les analyses biologiques. Se faire soigner à Tahiti, ou en dehors de la PF, implique toutefois la mobilisation de ressources privées pour anticiper l'absence éventuelle d'une prise en charge par la CPS des frais médicaux ou assurer l'accompagnement d'un proche : « *Au début, je n'avais pas le Carnet rouge. J'ai été évasanée à Tahiti et j'ai fait tous mes soins avec des docteurs privés à (nom de clinique). Ça m'a coûté très cher. J'attendais que ma pension de retraite* [de 116 000 XFP, soit 972 €] *arrive pour pouvoir payer* » (Femme 56 ans, retraitée résidant aux îles Marquises) ; « *On a fait un emprunt de 1 000 000 XFP* [8 380 €] *au cas où la CPS ne prendrait pas en charge ma maladie* [un cancer du sein]*. Mais on a eu le Carnet rouge tout de suite. L'emprunt sert à ma petite sœur pour accompagner ma maman qui est évasanée* [en Hexagone]*, car elle est malade du cœur* » (Femme 67 ans, retraitée, îles Marquises).

L'ajournement des soins, la contractualisation d'emprunts et la mobilisation des solidarités familiales et communautaires (notamment, religieuses) constituent les trois types de stratégies économiques mobilisées par les usagers pour compléter une prise en charge partielle ou tardive par le système de protection sociale : « *Il n'y a pas de compensation pour la diminution de salaire liée à la maladie. Heureusement, il y a la solidarité familiale et les associations. Ils organisent des cagnottes, pour aider les malades* » (Assistante sociale, îles de la Société).

Le non-recours au soin biomédical peut alors constituer une stratégie d'évitement des coûts potentiels du reste à charge. Les témoignages concernant les personnes âgées à la santé fragile soulignent, par exemple, l'existence de refus de recourir à l'évasan dans le cadre d'opérations médicales risquées. Ces refus sont motivés, en partie, par la prise en compte du coût du rapatriement de corps sur l'île de provenance en cas de décès survenant lors de l'hospitalisation : « *Certaines personnes âgées ne vont pas trop partir, parce qu'ils ont peur de rester là-bas. Si tu meurs à Tahiti, c'est très cher pour revenir sur ton île. Très cher pour faire revenir un décédés. Donc ils pensent au coût pour leur famille, s'il y a quoi que ce soit* » (Infirmière, îles Tuamotu).

Contraintes relationnelles : le lien familial comme déterminant de l'accès aux soins

Dans ce contexte, les relations familiales apparaissent comme un déterminant important de l'accès effectif aux soins et aux services biomédicaux en PF, mais leur rôle est toutefois ambivalent, à la fois source de soutien et motif d'empêchement.

Importance et ambivalence des relations familiales dans le parcours de soin : entre facilitation et empêchement d'accès

Les ressources familiales apparaissent un frein ou un facilitateur dans l'accès à certains soins, en particulier pour les évasans. L'importance, pour les personnes interrogées, de consulter leurs proches avant de prendre une décision concernant le recours à ce dispositif ou à un traitement a été soulignée à de multiples reprises : « *Ma famille me donne leur avis, je les écoute et après c'est moi qui décide* » (Femme 50 ans, secrétaire, îles de la Société). Par ailleurs, la plupart de nos interlocuteurs ont souligné l'importance pour eux d'être accompagné par un proche (le plus souvent par leur conjoint) lors d'une évasan, en particulier s'ils sont évacués en dehors de la PF : « *Heureusement, mon mari est toujours là. C'est pour ça que j'ai dit à la CPS que j'ai*

© S.A. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

besoin d'un accompagnateur » (Femme 43 ans, pêcheuse résidant aux îles de la Société). Lorsque le patient évasané est mineur ou non autonome (difficultés à se déplacer, à entendre, à parler), la CPS prend en charge les frais de transport et d'hébergement d'un accompagnateur familial ou médical agréé : « *Je suis partie avec mon mari en France pour son cancer de la prostate, parce qu'il était déjà sourd* » (Femme 79 ans, retraitée, îles de la Société).

Parmi nos enquêtés n'entrant dans aucune de ces deux catégories, rares sont ceux qui ont pu bénéficier d'un accompagnateur pris en charge par la CPS : « *Je suis parti seul en France. J'aurais voulu que mon frère m'accompagne, mais la CPS n'a pas voulu* » (Homme 49 ans, allocataire d'une pension pour adulte handicapé, îles de la Société). Une minorité d'usagers interrogés détiennent cependant des capitaux financiers ou sociaux suffisants pour prendre eux-mêmes en charge les frais d'un ou de plusieurs accompagnateurs non agréés : « *Mon mari a tenu à être là pour les opérations en France. On profite de French Bee* [compagnie aérienne à bas prix]. *Mon mari apprécie que les gens sachent qu'il a été adorable avec moi* » (Femme 68 ans, retraitée, îles de la Société).

Dans les réflexions et les affects qui accompagnent le recours à l'évasan, l'attention de nos enquêtés est principalement portée vers ceux qui restent dans leur foyer, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes enfants. Par ailleurs, l'attachement au territoire de résidence et l'importance des activités de subsistance (polyculture vivrière, dite « *fa'a'apu* ») engendrent des réticences vis-à-vis d'un éloignement prolongé à des fins thérapeutiques : « *C'est difficile de laisser son île derrière soi. Tu laisses tout tomber, la famille, le mā'a* [la nourriture]. *C'est la première fois que je laisse tomber la famille, les petits-enfants surtout. Mon île, c'est précieux, quitter notre terrain, celui de la maman de mon père* » (Homme 49 ans, allocataire d'une pension pour adulte handicapé, îles de la Société).

Lorsqu'une personne vivant avec un cancer et sa famille refusent, de manière temporaire ou définitive, une évasan extraterritoriale, cela est également souvent motivé par la crainte de décéder loin du domicile et des proches : « *Ma femme a peur que je meure en Nouvelle-Zélande. C'est pour ça qu'elle a dit non pour l'évasan* [pour faire un TEP-scan]. *Elle préfère me garder à la maison, me voir* » (Homme 64 ans, danseur, îles de la Société). Cette appréhension varie néanmoins selon l'état de santé de la personne (selon que son cancer soit plus ou moins avancé), la destination de l'évasan (perçue comme plus ou moins éloignée), la situation familiale (si elle vit seule ou avec des enfants à charge) ou les précédentes expériences à l'étranger (vacances, études, évasans).

Poids des responsabilités familiales et primauté de la sphère domestique

La capacité des personnes à organiser la prise en charge de leurs (petits-)enfants en leur absence joue sur leur bien-être, mais peut également intervenir sur leur acceptation ou refus de l'évasan hors PF : « *Je devais partir deux mois et ça fait quatre mois que je suis là* [à Paris]. *J'ai pris la décision de demander à mon neveu* [et sa copine] *de s'occuper des enfants.* […] *Mon neveu m'a rassurée : "ne t'inquiète pas, tu pars, ne penses pas à la maison".* […] *Je ne voulais pas partir au début, car je n'avais personne à qui laisser mes enfants* » (Femme au foyer, 46 ans, îles de la Société).

Le refus (ou le report) de recours aux soins peut également être lié à des responsabilités domestiques mêlant préoccupations économiques et familiales : « *Je savais que j'avais quelque chose dans mon sein, de la taille d'un grain de riz. J'avais fait une mammographie en mars 2014. J'ai eu le chikungunya* […] *qui l'a fait augmenter à la taille d'une balle de ping-pong. Le médecin avait dit de consulter, car elle savait que c'était ça. Mais je devais travailler, car sinon je risquais de ne pas couvrir mes dettes et j'avais ma petite-fille à charge. J'attends les vacances de juillet pour que ma petite-fille retourne sur (nom d'île, que je sois à la retraite et que commence l'assurance complémentaire pour aller consulter. Je n'ai pas pensé à me soigner tout de suite. Je voulais dépendre de personne. Je me suis fait opérer en juillet 2015. Avant ça, je n'avais pas assez d'argent pour être bien pendant la maladie* » (Femme 64 ans, retraitée, îles de la Société).

Parmi la population la plus avancée en âge, les refus d'hospitalisation à Tahiti renvoient, par ailleurs, outre la contrainte de coût déjà évoquée, à un évitement du risque de décéder loin de chez soi et des siens (facteur affectif ; attachement au lieu de vie et aux proches) : « *Si tu leur dis qu'il faut aller en urgence à Tahiti, ils refusent. Ils préfèrent rester ici. J'ai le cas de deux grands-mères avec les hanches cassées suite à des chutes, et bien elles ont refusé de partir à Tahiti. On leur a bien expliqué que si elles restaient ici aux Australes, elles n'allaient plus pouvoir marcher, mais elles préfèrent être mal soignées ici chez elles, que de partir à Tahiti se faire opérer. Elles préfèrent ne plus marcher ici, que de partir à Tahiti et de prendre le risque de mourir loin et seules, là-bas* » (Infirmière, îles Australes).

Discussion

Les données recueillies sur le terrain ont permis d'identifier différents types de contraintes, à la fois structurelles

S.F.S.P. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

et relationnelles, influençant l'accès aux services de santé en PF.

Une accessibilité variable des soins et services biomédicaux selon les ressources sociales et économiques des usagers

Si l'inégale distribution territoriale de l'offre médicale fait du lieu de résidence une déterminante importante de l'accès aux services de santé, le recours à une évasan repose souvent sur les possibilités d'activer des ressources relationnelles et économiques personnelles : réseau d'entraide familiale, hébergement par des proches, épargne ou endettement à disposition pour faire face aux frais de séjours prolongés en dehors du domicile. En montrant ainsi l'existence de contraintes multiples (territoriales, sociales, économiques) d'accès aux services de santé en PF, ces résultats invitent à une prise de distance critique vis-à-vis de lectures culturalistes des formes de non-recours [31] (non take-up [32]) [33] [34] sur ce territoire.

L'accès effectif aux services publics de santé demeure, ainsi, marqué par les conditions de vie et les ressources des usagers, ce qui fait écho aux derniers constats de l'assemblée territoriale de PF dans ce domaine [35]. La mise en place de dispositifs publics favorisant une meilleure équité dans l'accès au droit à la santé demeure toutefois confrontée à des contraintes budgétaires fortes à l'échelle de la collectivité.

Globalement, l'importance des relations familiales durant le parcours de soin apparait comme un dénominateur commun dans le témoignage des personnes interrogées, en étant tantôt facilitatrices d'accès tantôt motif d'empêchement. Le fait que l'accès aux services de santé dépende, pour une part non négligeable, des relations familiales des usagers (notamment, de la possibilité d'activer des solidarités familiales au sein de leur réseau de parenté élargi, source d'entraide [36] pour l'hébergement à Tahiti, par exemple) appuie les propositions de classification de la PF parmi les sociétés de type « familialiste » [37]. Dans ce contexte, les liens de parenté et les solidarités familiales sont centraux [38] dans la socialisation des individus comme dans leurs parcours de vie (et de soin, notamment).

Limites de l'étude et pistes de recherches

Si les données soulignent l'influence du lieu de résidence, des relations familiales et des ressources économiques dans l'accès effectif aux services de santé en Polynésie française, l'approche qualitative et inductive , adoptée à partir de données ancillaires, ne permet toutefois pas de raisonner en corrélations de variables (genre, niveau de diplôme et de revenu ou catégorie sociale), qui feraient l'objet de prolongements pertinents.

Conclusion

L'enquête qualitative en sciences sociales apparaît comme une entrée particulièrement pertinente pour comprendre le point de vue des (non-)usagers en matière d'accessibilité des services biomédicaux et identifier la pluralité des contraintes pouvant être rencontrées pour accéder aux soins de santé publique. Les recherches menées auprès des (non-)usagers, en PF, ont permis d'identifier différentes contraintes auxquelles ces derniers peuvent faire face, notamment pour les filières spécialisées. La distance à l'offre de services s'avère plus ou moins contraignante en fonction de la capacité des personnes à mobiliser un capital social (relations familiales, solidarités communautaires, associatives ou religieuses) et un capital économique, permettant de supporter les coûts non pris en charge par le système de protection sociale et de faire face aux contraintes et aux dépenses liées à leur séjour en dehors de leur domicile. Les contraintes structurelles de l'offre institutionnelle (cartographie médicale, système de protection sociale) font des ressources privées des usagers (notamment, de leurs ressources sociales et économiques) des déterminants importants de l'accès aux soins et services biomédicaux sur ce territoire, et peuvent conduire les personnes les moins dotés à renoncer à une prise en charge biomédicale.

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes ayant accepté de participer à nos recherches, ainsi que les institutions ayant permis leur réalisation : la Fondation de la Croix-Rouge française, la Maison des sciences de l'Homme du Pacifique (UAR 2503 CNRS-UPF), l'Institut national d'études démographiques (Ined UR12), le Groupement d'intérêt scientifique (GIS) Institut du Genre, l'université de la Polynésie française, le Centre national de la recherche scientifique, la Direction de la santé de Polynésie française, la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) ainsi que le ministère des Solidarités et de la Famille de Polynésie française.

S.F.S. | Téléchargé le 27/03/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Références

1. World Health Organization (WHO). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé [en ligne]. Genève : World Health Organization ; 1946. 18 p. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf [visité le 11/11/2024].
2. World Health Organization (WHO). Human rights and health [en ligne]. Genève : World Health Organization ; 1 décembre 2023. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health [consulté le 11/11/2024].
3. Cambrosio A, Keating P. Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques. Med Sci (Paris). 2003 ; 19(12) : 1280-7.
4. Vigneron E, Simon V, Jeannette F**.** Problèmes de santé dans un territoire insulaire : les évacuations sanitaires en Polynésie française. Paris : ORSTOM, Fonds documentaires ; 1990. 19p.
5. Eliot E, Couillet A, Colange C. Conditions de vie de la population : le recours aux évacuations sanitaires aériennes d'urgence en Polynésie française entre 2010 et 2018. Papeete : Institut de la statistique de la Polynésie française. Points Études et Bilans de la Polynésie française. 2023 ; 1334.
6. Cour des comptes. Le système de santé en Polynésie française et son financement. Rapport public annuel. Paris : Cour des comptes ; 2011. 28p.
7. Merceron F, Morschel J. Tahiti et ses périphéries insulaires : formation et crise d'un espace centralisé. Hermès. 2013 ; 65(1) : 56-63.
8. Dos Santos L. Problèmes sociaux. In : Dictionnaire du CEP. Papeete : Centre d'études du Pacifique ; 2026.
9. Pourette D, Servy A. Transferts et évacuations sanitaires : la place des États dans les mobilités thérapeutiques. Anthropol Santé [en ligne]. 2024 ; 29. Disponible sur : https://journals.openedition.org/anthropologiesante/
10. Assemblée de la Polynésie française. Rapport de mission d'information 2018 : l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs. Tahiti : Service des évaluations et études ; 2018.
11. Assemblée de la Polynésie française. Rapport de la mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles. Tahiti : Service des évaluations et études ; 2021. 256 p.
12. Fenni A. État des lieux des suicides et tentatives de suicide en Polynésie française. Enquête santé mentale en population générale : images et réalités (Tahiti–Moorea ; 2015) [Thèse de doctorat en médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016. 78 p.
13. Fournier B. Maiao et la santé : étude des déterminants en santé sur une île isolée de Polynésie française [Thèse de doctorat en médecine générale]. Paris : Université de Paris ; 2021.
14. Imbert G. Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. Santé Publique. 2008 ; 20(2) : 113-24.
15. Amadéo S, Benradia I, Rereao M, et al. Représentations sociales et aspects anthropo-culturels de la santé mentale en Polynésie française dans l'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités. Inf Psychiatr. 2022 ; 98(7) : 530-44.
16. Mou Y, Cerf N, Beck F. Alimentation et corpulence en Polynésie française. Bull Epidemiol Hebd. 2009 ; (48-50) : 515-20.
17. Grand S. Tahu'a, tohunga, kahuna : le monde polynésien des soins traditionnels. Papeete : Aux vents des îles ; 2021. 360 p.
18. Poulain JP. Combien de repas par jour ? Normes culturelles et normes médicales en Polynésie française. J Anthropol. 2006 ; (106-107) : 245-68.
19. Conte É, Molle G. Épidémies et chocs microbiens : interpréter la violence biologique dans les sociétés polynésiennes. In : Conte É, Molle G, Tchérkezoff S, éditeurs. À la croisée des vagues : océaniens et occidentaux. Anthropologie historique de la violence (XVIe–XIXe s.). Papeete : Pacific Press ; 2022 : 89-114.
20. Chassagne F, Butaud JF, Ho RMA, Conte E, Hnawia E, Raharivelomanana P. Traditional medical practices for children in five islands from the Society archipelago (French Polynesia). J Ethnobiol Ethnomed. 2023 ; 19(1). 15 p.
21. Weber F. Manuel de l'ethnographe. Paris : PUF ; 2009. 224 p.
22. Michallet B, Guillemette F, Luckerhoff J. Introduction : les approches inductives dans les recherches qualitatives en santé. Enjeux et société. 2020 ; 7(1) : 1-9.
23. Duvoux N, Trachman M. Les sciences sociales comme présence au monde. Entretien avec Didier Fassin [en ligne]. La Vie des idées. 24 mars 2015 [visité le 22/07/2024]. Disponible sur : https://laviedesidees.fr/
24. Winance M, Fournier C. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. In : Kivits J, éditeur. Les recherches qualitatives en santé. Paris : Armand Colin ; 2016 : 17-32.
25. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Paris : La Découverte ; 2010. 336 p.
26. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris : Armand Colin ; 2016. 128 p.
27. Beaud S. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. Politix. Entrées en politique. Apprentissages et savoir-faire. 1996 ; 9(35) : 226-57.
28. Servy A. Les évacuations sanitaires en Polynésie française : comprendre les mécanismes qui contraignent ou facilitent l'accès aux soins à partir de l'expérience de patients atteints de cancer [en ligne]. Paris : Fondation Croix-Rouge française ; 2022. 28 p. (Les Papiers de la Fondation ; no. 37). Disponible sur : https://www.fondation-croix-rouge.fr/wp-content/uploads/2022/06/fcrf_pdlf37_servy-promo20_juin22_fr-1.pdf
29. Servy A. Évacuation sanitaire : l'expérience des patients. Pratiques & Humanités. 2022 ; Nov(15) :4 p.
30. Pruvost G. Récit de vie. In : Paugam S, éditeur. Les 100 mots de la sociologie. Paris : Presses universitaires de France ; 2010. pp. 101-103. [En ligne]. Disponible sur : https://journals.openedition.org/sociologie/318 [consulté le 22/07/2024].
31. Revil H, Warin P. Non-recours. In : Boussaguet L, éditeur. Dictionnaire des politiques publiques. 5e éd. Paris : Presses de Sciences Po; 2019. pp. 398-404.
32. Warin P. The non-take-up : definition and typologies. Grenoble : Odenore ; 2016. 16 p.
33. Afsa C. Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité. Rech Prev. 1996 ; (43) : 67-77.
34. Van Oorschot W. Non-take-up of social security benefits in Europe. J Eur Soc Policy. 1991 ; 1(1) : 15-30.
35. Cour des comptes. Le système de santé en Polynésie française et son financement. Rapport public annuel. 2011;pp. 221-248.
36. Taerea Y. *Errance et pratiques spatiales des sans domicile fixe en Polynésie française*. Papeete : Maison des sciences de l'Homme du Pacifique ; 2022. 44 p.
37. Dos Santos L. Aujourd'hui, la relation familiale est monnayée : gestion familiale des revenus sociaux et conflictualités en Polynésie française. In : Bastide L, Regnier D, Hervouet L, éditeurs. Tensions océaniennes. Modernités et fractures postcoloniales dans le Pacifique insulaire. Papeete : Éditions de la MSH-P ; 2025. pp. 53-68.
38. Paugam S. L'attachement social. Formes et fondements de la solidarité humaine. Paris : Seuil ; 2023. 640 p.
39. Direction de la santé de Polynésie française. Rapport d'activité 2020 ; 2021.