Drees
Statistique publique
de la santé et des solidarités

L'expérience émotionnelle du soin aux parents âgés en Polynésie française : entre inégalités sociales et travail invisible de régulation

Lauriane Dos Santos

Dans Revue française des affaires sociales 2026/3 Juillet-Septembre , pages 169 à 190
Éditions DREES Ministère de la santé

ISSN 0035-2985
DOI 10.3917/rfas.263.0169
Date de mise en ligne : 15/10/2026

Article disponible en ligne à l'adresse
https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2026-3-page-169?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 DREES Ministère de la santé.
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.

NORMES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES À L'ÉPREUVE DU DOMICILE

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.caim.info (IP: 113.197.70.49)

L'expérience émotionnelle du soin aux parents âgés en Polynésie française : entre inégalités sociales et travail invisible de régulation

Lauriane Dos Santos

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

RÉSUMÉ

L'article analyse l'expérience émotionnelle des aidant·es familiaux·ales prenant soin à domicile d'un parent âgé dépendant en Polynésie française. Ce territoire ultramarin fait l'expérience d'un vieillissement démographique rapide dans un modèle familialiste faiblement professionnalisé d'accompagnement dans la dépendance. L'enquête sociologique par entretiens menée auprès de 37 proches aidant·es résidant sur ce territoire montre la différenciation des expériences émotionnelles du soin selon le niveau de soutien (familial ou institutionnel) à disposition. L'enquête fait apparaître trois profils types d'aidant·es : « entouré·e », « piégé·e » et « statutaire ». L'expérience émotionnelle des aidant·es « piégé·es », en particulier, s'inscrit dans une dynamique de vulnérabilisations cumulatives liées aux coûts biographiques de la charge exclusive du soin. Ces coûts sont à la fois sociaux (ruptures conjugales, isolement social), économiques (sortie de l'emploi, appauvrissement) et psychiques (dépression, *burn-out*). Afin de se maintenir dans une relation de soin hautement contraignante et faiblement compensée envers leur parent, ces aidant·es déploient un travail de régulation émotionnelle invisible que l'article met en lumière.

ABSTRACT

The emotional experience of caring for elderly parents in French Polynesia: between social inequalities and invisible regulatory work

This article analyses the emotional experience of family carers providing home care for a dependent elderly relative in French Polynesia. This overseas territory is experiencing rapid demographic ageing within a family-centred model of care for dependent older people that is only marginally professionalised. The sociological survey, conducted through interviews with 37 family carers residing in this territory, reveals how emotional experiences of care vary according to the level of support available (family or institutional). The study identifies three carer profiles: "supported", "trapped" and "statutory". The emotional experience of "trapped" carers, in particular, is marked by a dynamic of cumulative vulnerability linked to the personal costs of bearing sole responsibility for care. These costs are social (marital breakdown, social isolation), economic (withdrawal from the labour market, impoverishment) and psychological (depression, burnout). In order to sustain a highly demanding and poorly compensated caregiving relationship with their relative, these carers engage in invisible emotional regulation, which the article brings to light.

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Introduction

Cet article[1] documente et analyse l'expérience émotionnelle vécue par les proches aidant·es prenant soin d'un parent âgé dépendant[2] en Polynésie française. Dans une perspective sociologique, les émotions sont moins envisagées comme des ressentis individuels ou psychologiques que comme des expériences socialement produites et situées, façonnées par les conditions de vie, les rapports sociaux (de genre, notamment) et les cadres institutionnels dont les individus font l'expérience. Les analyses proposées dans cet article s'inscrivent dans la continuité de cette approche, développée dans différents travaux de recherche à partir des années 1980 (Hochschild, 1983, 1989). Ces derniers ont souligné que les émotions n'étaient pas seulement révélatrices des conditions sociales des individus, ni seulement un marqueur de classe et de genre, mais qu'elles constituaient également des ressorts de l'action (Skeggs, 1997).

L'accompagnement des parents âgés dépendants en Polynésie française contemporaine constitue un objet de recherche pertinent pour penser ces questions. Sur ce territoire ultramarin confronté à un vieillissement rapide de sa population (ISPF, 2025), le soin aux personnes âgées dépendantes demeure faiblement institutionnalisé et professionnalisé, malgré une publicisation croissante des enjeux du vieillissement démographique dans le débat public (Siu & Pasquier, 2020) et les médias territoriaux au cours des dernières années (Dos Santos, 2024). L'organisation du soin aux personnes âgées dépendantes s'y démarque à plusieurs égards du contexte hexagonal (Pasquier & Trabut, 2021 ; Trabut & Pasquier, 2024), en particulier du fait du statut d'autonomie politique de cette collectivité au sein de la République française et de la compétence territoriale que ce dernier lui confère en matière de politique sociale et de santé. En effet, ce contexte institutionnel explique l'absence de plusieurs dispositifs et services nationaux sur ce territoire, notamment d'une allocation chômage pour la population en âge d'être active[3], du système des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou encore de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Dans ce contexte, les relations familiales détiennent une place particulièrement centrale dans l'organisation des rapports de solidarités entre générations

1. Remerciements : cette recherche a été hébergée par la Maison des sciences de l'homme du Pacifique (MSH-P UAR 2503 CNRS-Université de la Polynésie française) et a été financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre du programme de recherche « Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap » conduit par l'Institut pour la recherche en santé publique (Iresp), par l'Union France Alzheimer dans le cadre de l'appel à projets en sciences humaines et sociales (AAP SHS) 2024, ainsi que par la Direction de la santé (DSP) et le ministère des Solidarités et de la Famille en charge des personnes non-autonomes du (MSF), gouvernement de la Polynésie française. Nous remercions l'infrastructure de recherche (IR) Huma-Num (n° ROR : 04ces3204 - n° RNSR : 201320910B - France) pour la mise à disposition des ressources informatiques nécessaires à ce travail.

2. La notion de « parent » est ici employée au sens large de « proche apparenté », la personne aidée pouvant être aussi bien un parent direct de premier degré (père, mère), qu'un parent non biologique à qui a été confié l'aidant·e dans son enfance par la pratique du *fa'a'amura'a* (Protar, 2022) ou encore un grand-parent, voire un oncle ou une tante.

3. L'absence d'indemnisation du chômage en Polynésie française constitue une spécificité du système de protection sociale local, susceptible d'accentuer l'exposition des ménages aux aléas du marché du travail et aux risques de pauvreté et de surendettement (Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française, 2025 ; Dagorn *et al.*, 2019 ; IEOM, 2016 ; Herrera et Merceron, 2010).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

(Dos Santos, 2025), en particulier dans les milieux populaires (Giraud, 2023), pour faire face aux vulnérabilités économiques et de santé. Si les solidarités déployées entre apparentés compensent, ainsi, une protection sociale institutionnelle moins étendue que dans l'Hexagone (Dos Santos & Larrazet, 2025), elles reposent, également, sur une forte valorisation morale de la famille, du lien de filiation et des logiques de solidarité entre apparentés (Dos Santos, 2026), dans leurs dimensions à la fois pratique, affective et normative[4]. Ainsi, dans un contexte familialiste (Paugam, 2023) aux soutiens publics limités et où la prise en soin des personnes dépendantes est faiblement institutionnalisée, il revient aux proches apparentés de s'organiser pour prendre en soin leurs parents âgés à domicile.

Toutefois, à l'instar de ce qui s'observe à l'échelle nationale et mondiale (Tronto, 2009), les activités de soin, au quotidien, reposent surtout sur le travail non reconnu de certaines catégories sociales, notamment des femmes (Borgeaud-Garciandía *et al.*, 2020 ; Destremau, 2021) et des descendant·es concerné·es par une liminalité de genre[5] (Dos Santos, 2024 ; Durand, 2023). Par ailleurs, certain·es aidant·es cumulent un déficit de protection et de reconnaissance par les pouvoirs publics et par les autres membres de leur famille. Se trouvant ainsi isolé·es dans la prise en soin de leur parent, ils et elles font dès lors l'expérience d'une condition de « parent piégé » (*trapped caregiver*) [Dos Santos & Trabut, 2026]. Alors que leur trajectoire biographique est fortement contrainte par cette responsabilisation exclusive (éloignement à l'emploi, appauvrissement des sociabilités, ajournement de projets de vie, santé mentale affectée) [Dos Santos, 2024], ces aidant·es font l'expérience d'une dissonance entre le devoir moral d'aider et le coût vécu de cet engagement (Dos Santos, 2023). La littérature scientifique a documenté ces réalités dans différents contextes nationaux, à travers des objets tels que le « *caregiver burden* » (ou « fardeau de l'aidant·e ») [Zarit *et al.*, 1986], le stress lié au rôle d'aidant (Pearlin *et al.*, 1990) ou encore l'inégale distribution du travail de *care* (Tronto, 2009).

En documentant la différenciation des expériences du soin aux parents âgés en Polynésie française, l'article contribue à l'analyse des enjeux émotionnels du soin à domicile, dans un territoire ultramarin où la faible institutionnalisation du vieillissement constitue une caractéristique contextuelle de fait qui ancre la responsabilité du soin dans la sphère domestique et les relations de parenté. Après avoir présenté la méthodologie d'enquête, l'article revient, à des fins de contextualisation, sur la caractérisation du contexte organisationnel et normatif de la Polynésie

4. En langue tahitienne, ces différentes dimensions apparaissent nettement dans les termes employés pour désigner les activités d'aide et de soin. Le terme « *tauturu* », par exemple, désigne l'action d'aider, de soutenir ou d'assister une personne dans sa dimension pratique ; « *aupuru* » renvoie davantage à l'idée d'entretenir au quotidien et croise les dimensions relationnelles, voire affectives, de la prise en soin et de la prise en charge des besoins d'autrui ; enfin, « *tāvini* » signifie le fait de servir (ou d'être au service de quelqu'un), dans une relation impliquant une dimension d'obligation ou de dévouement à l'aidé, pouvant être employée, notamment, dans le cadre des relations familiales. Source : Académie tahitienne-Fare Vāna'a (2014). *Dictionnaire tahitien-français*. [En ligne] farevanaa.pf/fra/dictionnaire (consulté le 10 juillet 2026).

5. La liminalité de genre principalement concernée dans ce contexte correspond aux figures de « *raerae* » et de « *māhū* ». Précisons ce qui distingue ces deux catégories en Polynésie française : « Alors que les *māhū* sont présents dès l'arrivée des premiers Européens et qu'ils sont considérés comme une figure culturelle traditionnelle […], la catégorie *raerae* émerge à la fin des années 1950 et renvoie à des personnes nées hommes exprimant une féminité "exacerbée" » (Durand, 2023, p. 81).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

française comme « régime familialiste par défaut » en matière de soin aux personnes âgées dépendantes. L'article mobilise, ensuite, les données de l'enquête par entretiens pour analyser les expériences émotionnelles du soin familial à domicile exprimées par les proches aidant·es selon le niveau de soutien extérieur dont iels disposent. Dans un dernier temps, l'article montre le rôle du travail de régulation émotionnelle et sociale invisible déployé par les « aidant·es piégé·es » pour se maintenir dans une relation de soin à leur parent âgé, malgré les contraintes et les coûts biographiques élevés que cette dernière implique.

Comprendre l'expérience vécue du soin aux parents âgés : une enquête qualitative par entretien semi-directif auprès de proches aidant·es

L'article repose sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs réalisés auprès de proches aidant·es (n = 37, tableau 1) résidant en Polynésie française, dans le cadre d'un programme scientifique en cours, consacré aux enjeux sociaux et sanitaires du vieillissement démographique sur ce territoire (2022-2025).

Choix de l'outil d'enquête

Dans le champ des études sur le *care*, les méthodes qualitatives ont montré leur pertinence pour rendre visibles les formes de travail émotionnel et domestique exercées hors salariat, souvent invisibilisées et faiblement reconnues, en particulier lorsqu'elles reposent sur les solidarités familiales (Trabut & Weber, 2009 ; Weber *et al.*, 2003 ; Puech & Touahria-Gaillard, 2018). Elles permettent notamment d'accéder aux dimensions ordinaires, relationnelles et moralement situées du travail de soin, difficilement objectivables par des approches quantitatives seules. L'entretien semi-directif, plus spécifiquement, constitue un outil privilégié pour saisir l'expérience vécue du soin familial au quotidien, à la fois dans ses dimensions multiples (émotionnelles, morales, pratiques et relationnelles) et en tant qu'expérience sociale indissociable des trajectoires biographiques, des rapports sociaux et des contextes de vie qui les façonnent (Fernandez *et al.*, 2008 ; Paperman, 2013). Il permet également de documenter la manière dont les proches aidant·es donnent sens à leur engagement dans le soin, aux tensions qu'il génère et aux formes de régulation émotionnelle qu'il implique au quotidien. L'entretien semi-directif est, par ailleurs, particulièrement adapté pour analyser les tensions vécues entre normes morales de l'aide familiale, injonctions au maintien à domicile et expériences subjectives du *care* au quotidien.

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Modalités de collecte et de traitement des données

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, au domicile des aidant·es interrogé·es (et, dans une moindre mesure, par téléphone, pour les proches aidant·es habitant à distance de l'agglomération de Papeete)[6]. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et ont été conduits en majorité en langue française avec un usage ponctuel de termes ou d'expressions en langue tahitienne (30 entretiens sur 37) ou, dans une moindre mesure, dans d'autres langues polynésiennes (7 sur 37). Ces entretiens ont été réalisés de manière consentie et éclairée, transcrits, puis anonymisés, afin de faire l'objet d'un codage thématique, dans une démarche inductive. L'analyse a consisté à identifier les régularités discursives relatives aux expériences du soin, aux formes de soutien reçues, aux coûts biographiques de l'aidance et aux modalités de régulation émotionnelle mobilisées par les proches aidant·es.

Échantillon, composition et limites du corpus d'entretiens

L'accès aux personnes interrogées a eu lieu par une stratégie « boule de neige » mobilisant à la fois le bouche-à-oreille et le suivi de recommandations d'associations d'aidant·es ainsi que de services sociaux territoriaux (Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité [DSFE]). Le critère d'inclusion était le fait d'accompagner un parent âgé de manière régulière, sans aucun critère exclusif, de manière à favoriser la variation des profils en termes d'âge, de sexe, de niveau de diplôme et de situation économique et professionnelle. Ainsi, de type opportuniste, l'échantillon de personnes interrogées ne vise pas une représentativité statistique des proches aidant·es sur le terrain d'enquête, mais il a permis de documenter l'expérience vécue du soin aux parents âgés auprès d'une diversité de profils interrogés.

Le corpus obtenu est majoritairement composé de femmes âgées de 30 à 59 ans, fréquemment sans emploi ou en interruption d'activité liée à l'aidance et vivant en cohabitation ou à proximité immédiate du parent aidé. L'accès à ces profils a ainsi permis de documenter des situations intensives et contraintes de soin familial au quotidien. Les hommes et les personnes âgées de moins de 30 ans apparaissent nettement moins représentés au sein de l'échantillon.

Par ailleurs, parmi les personnes interrogées, cinq se définissent comme appartenant à des minorités sexuelles ou à des figures locales de liminalité de genre (« *raerae* », « *māhū* »). Ce nombre apparaît relativement faible au regard de la place souvent associée à ces figures dans les activités de soin et d'accompagnement

6. Les entretiens réalisés par conversation téléphonique se sont révélés particulièrement efficaces et propices à la collecte des récits de vie intimes sur les difficultés de la condition d'aidant·e unique en position de « parent piégé ».

familial en Polynésie française. Dans ce corpus, ces profils occupent systématiquement des positions d'« aidant·es piégé·es » (marquées par un relatif isolement relationnel et une charge de soin particulièrement lourde). Cette situation est susceptible d'avoir rendu plus difficile l'accès à leur témoignage dans le cadre de l'enquête. De plus, les modalités d'accès au terrain par interconnaissance et recommandations institutionnelles sont susceptibles d'avoir favorisé la participation des aidant·es les plus visibles socialement ou déjà en contact avec des dispositifs d'aide et d'accompagnement.

TABLEAU 1
Profils des personnes interrogées

Variables	Femmes	Hommes	Minorités sexuelles et liminalités de genre	Totaux
Tranche d'âge				
18-29 ans	4	0	0	4
30-59 ans	13	3	5	21
60 ans et plus	8	4	0	12
Situation professionnelle				
En emploi salarié à temps plein	4	2	0	6
En emploi salarié à temps partiel	2	0	1	3
Retraité·e	7	4	0	11
Sans emploi ou sortie d'emploi liée à l'aidance	12	1	4	17
dont bénéficiaire du dispositif « aidant *fētiʻi* » (aidant familial)	4	1	1	6
Situation résidentielle				
Cohabitation avec la personne aidée ou résidence à proximité immédiate	20	5	5	30
Autonomie résidentielle vis-à-vis de la personne aidée	5	2	0	7
Situation familiale				
Célibataire, séparé·e, divorcé·e	6	1	5	12
En couple, marié·e	17	6	0	23
Veuf, veuve	2	0	0	2
Totaux	**25**	**7**	**5**	**37**

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Un régime familialiste « par défaut » : caractérisation du contexte polynésien en matière de soin aux personnes âgées

À des fins de contextualisation, cette partie présente les principales caractéristiques de l'organisation du soin aux personnes âgées en Polynésie française. La qualification de ce contexte comme relevant d'un « régime familialiste par défaut » permet de situer les expériences vécues des aidant·es dans un cadre marqué à la fois par une faible institutionnalisation des activités de soin aux personnes dépendantes et par un appui sur les solidarités familiales.

Proximité aux parents âgés et rôle protecteur des solidarités intergénérationnelles familiales

La Polynésie française est dotée d'un système de protection sociale institutionnellement autonome vis-à-vis de l'Hexagone, mais partiellement inspiré du système corporatiste hexagonal (Dos Santos & Larrazet, 2025), avec une protection sociale généralisée depuis 1995 (« PSG »), un système de retraite et d'assurance maladie et une sélection de prestations sociales, tels que le « minimum vieillesse » (dit « *moni rū'au* », en langue tahitienne) ou les allocations perçues au titre d'un handicap (localement appelé « Cotorep »). Le système de protection sociale institutionnelle polynésien est toutefois relativement moins protecteur que le système hexagonal, notamment du fait de l'absence d'allocation chômage, dans un contexte caractérisé par de fortes fragilités d'accès à l'emploi et une part importante de personnes situées en marge du marché du travail salarié (ISPF, 2022). Ce contexte coexiste avec des valeurs familialistes portées par les institutions publiques territoriales chargées des politiques d'aide et d'action sociale, qui reconnaissent un principe de primauté des solidarités familiales sur les solidarités publiques : « la solidarité est une force, la famille en est le socle » (slogan institutionnel de la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité, c'est-à-dire des services sociaux polynésiens)[7].

En l'absence d'allocation chômage pour la population active et dans un contexte d'aide publique limitée en matière de soin aux personnes âgées, les solidarités familiales constituent la première source de soutien pour faire face aux vulnérabilités économiques (perte d'emploi) et sanitaires (perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne). Ce contexte institutionnel et normatif soutient le maintien de rapports d'interdépendance forts entre générations au sein des familles. Il favorise, notamment, une dépendance économique des descendant·es à leurs parents âgés, dans les milieux sociaux les moins intégrés à l'emploi salarié (Dos Santos, 2024). Dans ces contextes, les solidarités familiales, déployées dans le cadre du « lien de filiation » (Paugam, 2014), détiennent une place centrale dans la sécurisation des parcours de vie des individus et de leurs conditions de vie. La littérature

7. Pour une analyse détaillée du familialisme institutionnel polynésien, voir Dos Santos (2026).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

scientifique existante constate, en effet, que la circulation descendante des ressources monétaires entre générations d'une même famille, des ascendant·es vers leurs descendant·es (Dos Santos, 2024) et la cohabitation multigénérationnelle constituent des pratiques courantes (Fardeau & Lelièvre, 2023 ; Protar & Fardeau, 2024) sur ce territoire, dans un contexte, par ailleurs, globalement marqué par une proximité spatiale et relationnelle entre générations, avec une majorité d'adultes âgés de 40 à 59 ans (64 %) déclarant avoir un contact quotidien ou plurihebdomadaire avec leur·s parent·s âgé·s (Pasquier & Trabut, 2021).

Si la proximité (notamment résidentielle) aux parents âgés est couramment associée localement à une caractéristique dite « traditionnelle » polynésienne[8], l'ensemble des travaux scientifiques récents converge à montrer que cette proximité intergénérationnelle s'ancre dans un contexte de rapports d'interdépendance économique entre générations au sein des familles contemporaines, soutenu par le contexte institutionnel et le système de protection sociale.

Le soin aux personnes âgées, entre faible institutionnalisation et valorisation du lien familial

La prise en soin à domicile des personnes âgées par leurs descendant·es prévaut nettement dans ce contexte. En effet, un nombre relativement marginal de personnes âgées de 60 ans et plus vit en structure d'hébergement dédiée au vieillissement et à la perte d'autonomie, soit environ 200 personnes âgées hébergées en structure de type « unité de vie » ou chez un « accueillant familial »[9]. Les activités de soin n'étant que très minoritairement déléguées au marché ou à des prestataires publics, elles relèvent, en grande majorité, d'un travail domestique peu professionnalisé, faiblement encadré et peu compensé par les institutions publiques[10]. Un faible nombre de personnes âgées bénéficie, en effet, d'aides à domicile ou de soins infirmiers à domicile, avec 12 % des adultes de la génération pivot[11] déclarant avoir un parent bénéficiant de ce type de service (Pasquier & Trabut, 2021).

Plus globalement, une faible part du PIB territorial est consacrée aux enjeux sociaux et sanitaires du vieillissement et à la dépendance[12].

Le soin est, de plus, dispensé par les proches apparentés dans le cadre d'une économie morale valorisant le lien familial et la redevabilité filiale, désormais documentée dans la littérature scientifique (Dos Santos, 2026). Le statut d'aidant·e

8. « En Polynésie française, traditionnellement, les *matahiapo* (i.e. les personnes âgées) dépendent de la solidarité familiale et logent ainsi dans leur famille » (Siu & Pasquier, 2020, p. 4).
9. La Polynésie française compte près de 280 000 habitant·es, dont 28 000 personnes âgées de 65 ans et plus selon le dernier recensement de l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF, 2022).
10. Le soin aux parents âgés dépendants est toutefois alimenté par des revenus publics divers issus de prestations sociales (pensions de retraite, minimum vieillesse, pension de réversion, allocation adulte handicapé) et une prise en charge partielle des frais de santé (soins médicaux et paramédicaux) par la caisse de prévoyance sociale (CPS).
11. La génération pivot concerne les personnes qui ont entre 40 et 59 ans.
12. Plus largement, le contexte est marqué par des dépenses publiques relativement faibles en matière d'action sociale : « rapportées aux PIB, les dépenses sociales représentent 3,6 % en Polynésie française contre 4,9 % en France » (IGAS, 2019, p. 26).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

familial·e est reconnu depuis 2019 dans le cadre du dispositif d'action sociale « aidant *fētiʻi*[13] », mais ce dernier bénéficie à un nombre relativement restreint d'aidant·es à l'échelle du territoire (moins de 500). Ces caractéristiques font du modèle polynésien actuel un régime « familialiste », caractérisé par « une prévalence du *care* familial et un moindre développement des services de *care* » (Hrast *et al.*, 2020, p. 84).

Ces éléments de contexte mettent en évidence les conditions structurelles dans lesquelles s'inscrit la prise en soin des personnes âgées sur le terrain d'enquête, entre faible niveau d'institutionnalisation du soin et centralité des solidarités familiales. Si ce contexte institutionnel et normatif façonne les expériences de l'aidance, ses effets se déclinent de manière différenciée selon les ressources sociales, relationnelles et économiques dont disposent les aidant·es, comme nous le verrons dans l'analyse empirique à suivre, qui déplace le regard vers les variations internes de ces expériences.

L'expérience émotionnelle des proches aidant·es : un marqueur du niveau d'intégration sociale

Les données de l'enquête montrent une variabilité de l'expérience vécue du soin aux parents âgés chez les aidant·es familiaux, en fonction du niveau de soutien, de protection et de reconnaissance dont disposent ces derniers (Dos Santos, 2024 ; Dos Santos & Trabut, 2026). Trois types de proches aidant·es ont pu être identifiés sur cette base : l'aidant·e « entouré·e », « piégé·e » et « statutaire ».

L'aidant·e entouré·e : une relation de soin épaulée, vécue comme acceptable, voire souhaitable

Le profil le plus fréquemment rencontré durant l'enquête est celui de l'aidant·e entouré·e, qui a pour caractéristique principale de pouvoir compter sur ses proches pour se faire relayer ou bien pour déléguer certaines tâches domestiques au quotidien. Ainsi, même en position d'aidant·e principal·e, l'aidant·e entouré·e n'est pas seul·e face à la responsabilité du soin à son parent âgé. L'entraide familiale qui se déploie au sein de la famille élargie constitue sa principale source de soutien. Protégé·e par les relations familiales, l'aidant·e entouré·e tend à vivre la relation de soin envers son parent âgé comme une expérience acceptable, voire souhaitable.

Dans l'exemple suivant, les différents descendant·es (enfants et petits-enfants), voisins et en relative bonne entente, ont mis en place un système de relais dans la prise en charge de leur parent dépendant commun. L'un des petits-fils, Teiva,

13. Dispositif social d'indemnisation forfaitaire des « aidants *fētiʻi* » (« aidants familiaux »).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

34 ans, aidant non exclusif participant avec d'autres membres de sa famille élargie résidant à proximité, décrit ainsi un système collectif et relayé de prise en charge autour de sa grand-mère à mobilité réduite :

> « On a un *deal* familial, c'est que mamie reste quelques mois avec nous, donc avec ma maman et moi. En ce moment, je vis avec ma maman et mamie. Mamie va rester quelques mois avec nous et puis, après, elle va repartir avec son autre fille. […] Ça permet d'alléger un petit peu la charge mentale de chacun. […] Ça me convient. Moi je trouve ça bien parce que ça permet de pas trop fatiguer l'enfant [le descendant·e] qui s'occupe de sa maman […]. Après, je suis conscient que ce n'est pas forcément tout le monde qui peut agir de la sorte. Ce n'est pas tout le monde qui a justement la chance qu'on a, de vivre tous dans le même quartier, de pouvoir bouger les affaires de mamie assez facilement, de gauche à droite, d'une maison à une autre » (Teiva, homme, 34 ans).

Ce type d'organisation est ainsi vécu comme propice à une répartition de la charge du travail de soin parmi différents descendant·es et à une minimisation des coûts biographiques individuels du soin. Il demeure toutefois dépendant des ressources relationnelles (c'est-à-dire du nombre d'aidant·es solidaires de leur parent commun et de leur capacité à s'organiser de manière collective) et de leur proximité spatiale (Dos Santos & Trabut, 2026).

L'aidant·e piégé·e : un déficit cumulatif de protection produisant une relation de soin particulièrement contraignante, vécue comme enfermante et exclusive

Le deuxième type de profil le plus fréquemment rencontré au cours de l'enquête est l'aidant·e piégé·e (Dos Santos & Trabut, 2026). Se trouvant dans une zone grise en matière de solidarités, il se caractérise par un déficit cumulatif de soutien public (souvent, du fait d'une non-éligibilité aux dispositifs sociaux existants) et de soutien familial, faisant l'expérience d'une charge de soin importante et très peu relayée. Cette situation engendre des « coûts » (Fast *et al.*, 2008) élevés et pluriels, à la fois sociaux (isolement, séparation conjugale), économiques (perte d'emploi et de revenu, appauvrissement, absence de cotisation pour la retraite) et psychiques (dépression, *burn-out*).

C'est le cas de Moana, transgenre « *raerae* » de 40 ans, célibataire et sans enfant, qui s'est occupé périodiquement de ses deux grands-parents biologiques âgés qui sont ses parents *fa'a'amu*. Après le décès de son grand-père biologique et père *fa'a'amu*, Moana quitte l'île familiale pour travailler et poursuivre sa vie en ville, mais il est appelé par sa famille à revenir, trois ans plus tard, pour s'occuper de sa grand-mère biologique et mère *fa'a'amu*, lorsque cette dernière est diagnostiquée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il est contraint de quitter son emploi salarié pour venir cohabiter avec cette dernière et se dédier à son rôle d'aidant à plein temps :

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

> « J'ai pas voulu renouveler mon contrat [contrat de travail à durée déterminée comme vendeur], parce qu'il y a personne qui s'en occupe en journée [la grand-mère du répondant]. […] Quelques fois, j'ai envie de tout laisser, de voir personne. De toute façon, depuis que je m'occupe de ma grand-mère, je vois personne, je sors plus… J'ai plus de vie sociale quoi. […] Ça reste une denrée rare chez moi maintenant, le fait de sortir. […] Après, je me dis : "'Tain, j'ai 40 ans, je suis à la moitié de ma vie peut-être, j'en sais rien." Je sais pas si je vais partir demain » (Moana, *raerae*, 40 ans, aidant cohabitant avec sa grand-mère et mère *fa'a'amu* atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé[14]).

En effet, l'aidant·e piégé·e a la charge exclusive du soin à son parent âgé, même lorsque d'autres proches aidant·es potentiel·les pourraient, a priori, se rendre disponibles car ces derniers, se positionnant comme indisponibles, sont désengagés du soin au quotidien. Dans ce contexte, la relation de soin tend à être vécue sur le mode du sacrifice de soi, en prenant la forme d'une expérience contrainte, enfermante et exclusive des autres relations sociales (professionnelle, élective, conjugale, voire parentale).

C'est le cas de Moearii, fonctionnaire, placée en position d'aidante « parent piégé » par ses quatre frères auprès de sa mère âgée dépendante de 80 ans avec qui elle a dû emménager et qui a vu sa compagne, avec qui elle était en concubinage depuis huit ans, la quitter au motif de sa situation familiale :

> « J'ai bien vu que ça ne lui plaisait pas… Parce qu'on était que toutes les deux avec elle [la mère âgée de la répondante]. Après elle me disait des choses méchantes : "Tu m'as toujours dit que s'il fallait choisir entre ta mère ou moi, tu choisirais ta mère." Et moi je lui disais : "Mais de toute façon, la question elle se pose pas, avec une personne âgée de 89 ans ! Bon sang ! Je n'ai pas le choix !" Voilà, elle m'a dit : "On a toujours le choix." Bah après, j'ai été suivie psychologiquement. Parce que je voulais en finir quoi. Je me sentais coincée des deux côtés : tant des décisions familiales que de ma vie sentimentale, qui partait dans tous les sens » (Moearii, femme, 48 ans)[15].

Par ailleurs, les aidant·es piégé·es ne peuvent compter que sur de faibles compensations bricolées pour compenser leur implication dans le soin de leur parent :

> « La tutrice [de la grand-mère dépendante du répondant] me disait : "Tu peux dépenser pour toi, car tu n'es pas payé [pour son travail d'aidant], tu n'es pas rémunéré, donc c'est une façon pour nous de te payer. Tu peux prendre ce que tu as besoin au magasin. Du moins ce que tu peux prendre au magasin [au supermarché]" » (Moana).

L'analyse de l'expérience émotionnelle des aidant·es piégé·es met en lumière les effets combinés de la faible institutionnalisation du soin, du désengagement

14. Nous reviendrons à plusieurs reprises sur le cas de Moana au cours de l'article et éviterons de répéter les caractéristiques sociologiques mentionnées ici, afin de ne pas alourdir la lecture.
15. Cet extrait d'entretien, particulièrement révélateur, a fait l'objet d'une première analyse (Dos Santos & Trabut, 2026).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

familial et de la concentration des coûts sociaux, économiques et émotionnels du soin sur les conditions de vie de l'aidant·e. Les aidant·es piégé·es sont situé·es dans une zone intermédiaire entre des aidant·es entouré·es bénéficiant de solidarités familiales effectives et des aidant·es statutaires soutenu·es par les pouvoirs publics.

Cette position en creux, marquée par un déficit cumulatif de protection et de reconnaissance, tant du côté des solidarités publiques que des solidarités familiales, rend particulièrement visible l'expérience ordinaire de la relation de soin lorsque la charge se concentre sur un individu unique et se transforme en contrainte biographique aux effets potentiellement durables. L'expérience des aidant·es piégé·es se caractérise, ainsi, par de fortes difficultés à maintenir du lien social en dehors de la relation de soin (emploi, sociabilités électives, vie conjugale ou projets de vie individuels).

L'aidant·e statutaire : un investissement dans le soin vécu comme professionnalisant et économiquement compensé

Enfin, le troisième type d'aidant·e, minoritaire à l'échelle du corpus, est l'aidant·e statutaire. Ce dernier type a pour particularité de pouvoir compter sur un dispositif de soutien public : le dispositif d'action sociale « aidant *fēti'i* ». Ce dispositif, qui ne bénéficie qu'à 350 aidant·es sur l'ensemble du territoire et qui est attribué sur critères sociaux, consiste à indemniser forfaitairement les aidant·es familiaux à hauteur de 50 000 francs Pacifique par mois (soit environ 420 euros)[16], sur obligation de suivi d'une formation d'une semaine au soin à domicile et après signature d'un contrat de soin engageant l'aidant·e à la réalisation d'un certain nombre de tâches et d'un minimum de deux heures par jour passé avec le proche aidé (Dos Santos, 2024).

L'aidant·e statutaire est ainsi protégé et reconnu par les pouvoirs publics dans son rôle de pourvoyeur de soin. Apprenant à mettre en place les techniques apprises en formation, ce qui contribue à une forme de professionnalisation de son rôle, il tend à vivre la relation de soin comme une forme de travail familial contractuel à la fois gratifiant et compensé.

Par exemple, Maeva, 41 ans, a été l'aidante familiale de l'un de ses oncles jusqu'au décès de ce dernier et bénéficiaire, à ce titre, du dispositif d'aide sociale « aidant *fēti'i*[17] ». Mariée, avec trois enfants à charge, elle vivait avec sa « petite famille[18] » dans son propre logement, rendant visite à son oncle à raison d'environ deux heures par jour pour la réalisation de tâches domestiques diverses et d'assistance aux activités quotidiennes. Elle indique que le dispositif lui a permis

16. Des débats sont en cours au moment de la rédaction de cet article concernant une possible revalorisation de ce montant à 80 000 francs Pacifique, soit environ 670 euros.
17. Concernant ce dispositif, voir Dos Santos (2026).
18. En Polynésie française, l'expression « petite famille » renvoie au modèle de la famille nucléaire où un couple cohabite avec ses enfants et représente statistiquement 36 % des ménages (Protar & Fardeau, 2024).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

de s'investir de manière plus appliquée dans une aide qu'elle fournissait déjà de manière informelle et qu'elle qualifie spontanément de « travail » :

> Enquêtrice : « Est-ce que tu peux me décrire une journée typique pour toi quand tu t'occupais de papi [son oncle] ?
> Maeva : OK, alors le matin, j'arrive, je leur demande d'abord s'ils ont pris leurs médicaments. Alors je parle d'abord avec les deux, je parle pas qu'avec papi. Je leur demande si ça va, s'ils ont bien dormi, si tout va bien. Après je lui demande qu'est-ce qu'il veut manger et il dit. Ensuite, je sors ce qu'il veut manger, je dégèle. Après j'attaque le ménage. Voilà, le ménage partout, la lessive… Et ensuite je m'occupe du *ma'a* [le repas, en tahitien]. Et s'il a des rendez-vous, je l'accompagne au dispensaire. […]
> Enquêtrice : Est-ce que le fait d'avoir fait aidant *fēti'i*, ça a changé quelque chose dans ta famille à toi, avec ton mari ? […]
> Maeva : […] Tu travailles au mieux, tu fais ton travail comme il faut, voilà » (Maeva, 41 ans, aidante de son oncle dépendant, bénéficiaire du dispositif « aidant *fēti'i* »).

En partant d'une définition du « lien social » comme combinaison d'une dimension de protection (pouvoir compter sur) et de reconnaissance (pouvoir compter pour) [Paugam, 2011], l'expérience vécue du soin familial chez les proches aidant·es peut être considérée comme dépendant, au moins en partie, de leur niveau d'intégration sociale, en fonction, notamment, de leur possibilité de compter plus ou moins sur le soutien de leur entourage ou bien sur un soutien public (tableau 2).

TABLEAU 2
Synthèse de la typologie des profils de proches aidant·es et de leur expérience du soin

	Type de soutien	**Configuration de la relation de soin**	**Expérience émotionnelle associée**
Aidant·e entouré·e	Soutien familial effectif, relais possible	Charge de soin partagée	Acceptabilité du devoir familial
Aidant·e piégé·e	Faible soutien familial et institutionnel	Soin exclusif, charge concentrée	Enfermement dans la relation de soin, épuisement des ressources (sociales, économiques, psychiques) de l'aidant·e
Aidant·e statutaire	Soutien public partiel, reconnaissance institutionnelle	Soin contractualisé, partiellement professionnalisé	Sentiment de maîtrise du soin comme activité encadrée et reconnue institutionnellement, implication gratifiée de l'aidant·e

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Les variations de l'expérience émotionnelle observées selon les profils d'aidant·es révèlent, ainsi, que les émotions constituent un indicateur sensible du niveau d'intégration sociale, rendant visibles des inégalités sociales « en train de se faire » à mesure que se cumulent les déficits de protection et de reconnaissance. Plus particulièrement, l'analyse des dynamiques sociales à l'œuvre dans la production de la condition sociale et économique d'aidant·e piégé·e montre une imbrication de freins pluriels empêchant ce dernier de se construire en dehors de la relation de soin. En effet, pour l'aidant piégé, les coûts du soin sont multidimensionnels : à la fois sociaux (réduction des sociabilités, raréfaction des liens et de leur diversité), économiques (sortie de l'emploi salarié, affaissement du niveau de protection sociale) et sanitaires (en termes de santé mentale, notamment). Comment expliquer le maintien de la relation de soin par l'aidant piégé, dans un contexte si hautement contraint ?

La mise en œuvre d'un travail de régulation émotionnelle et sociale invisibilisé, nécessaire au maintien de la relation de soin

Les aidant·es en position de « parent piégé » mettent en œuvre un travail de régulation émotionnelle leur permettant de tenir et de continuer à exister en dehors de leur rôle de pourvoyeur de soin. Dans la continuité des travaux de Hochschild (1983), ce travail émotionnel peut être compris comme un ensemble d'opérations ordinaires visant à ajuster, contenir ou reformuler ses émotions. Toutefois, si Hochschild développe initialement cette notion à partir de formes salariées de gestion des émotions, son déplacement vers les espaces domestiques permet ici d'éclairer le travail ordinaire d'ajustement émotionnel réalisé par les proches aidant·es afin de maintenir une continuité de la relation de soin.

Contrairement aux formes de travail émotionnel salariées décrites par cette autrice, le travail émotionnel étudié dans cet article s'effectue en dehors de tout cadre professionnel et sans reconnaissance institutionnelle, alors même qu'il constitue un ressort à part entière de l'activité de soin, dans un contexte de fortes contraintes pour l'aidant·e[19]. Ce travail émotionnel ne constitue pas uniquement une stratégie psychique individuelle de gestion de la fatigue ou des frustrations, mais également une condition sociale du maintien à domicile, dans un contexte de faible institutionnalisation du soin. Ce déplacement analytique du concept de Hochschild vers la sphère domestique permet ainsi de saisir les formes non salariées et faiblement reconnues de travail émotionnel impliquées dans le maintien quotidien des relations de soin.

19. La « rupture de soin », qui désigne l'interruption brutale ou progressive de la continuité de la prise en charge familiale est largement documentée à travers les travaux sur l'épuisement des aidant·es, les seuils de soutenabilité du *care* et les processus menant au désengagement (Pearlin *et al.*, 1990 ; Weber *et al.*, 2003 ; Trabut & Weber, 2009).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

« Fa'a'oroma'i » ou « prendre sur soi » : gérer ses frustrations face à l'absence d'alternatives

Les récits de vie des aidant·es piégé·es montrent une santé mentale affectée par l'appauvrissement des sociabilités et l'enfermement dans la relation de soin. Cette situation implique la mise en œuvre d'un travail de régulation émotionnelle permettant à l'aidant·e de se maintenir, malgré tout, dans le rôle de pourvoyeur de soin :

> « Des fois, je suis pas bien, le moral est à zéro, je suis hyperfatigué parce que je dors pas… Je dois me gérer moi, après je dois gérer ma grand-mère et gérer les problèmes de famille […]. Elle [la grand-mère du répondant] me dit : "Tu vis tout ça, pourquoi tu prends tout ça sur ton dos ?" Je lui réponds que c'est pas grave : c'est elle d'abord et moi après. Je lui dis : "Profite de la vie, pour que toi tu sois bien d'abord, après, moi, ça vient après." […] La dernière fois elle m'a posé cette question ultime : "Est-ce que tu penses que tu vas pouvoir tenir encore des années ?" [en s'occupant d'elle]. J'ai pas pu répondre » (Moana).

Cette expérience est accentuée par le caractère subi de la relation de soin :

> Moearii : « On n'a pas le choix des fois. On nous dit de nous occuper de cette personne. On n'a pas le choix, des fois on est fatigués […]. On n'a pas le droit d'être malades… […] J'ai fait un *burn-out*. J'ai été arrêtée un mois[20]. J'ai été hospitalisée à domicile, tout en m'occupant de ma maman quoi…
> Enquêtrice : Et t'arrivais à faire les deux en même temps ?
> Moearii : Oui » (Moearii, femme, 48 ans)[21].

Certain·es personnes interrogées associent ce travail de contention des frustrations à l'expression polynésienne « *fa'a'oroma'i* », qui signifie « supporter quelque chose ou quelqu'un avec patience, se contenir »[22] :

> « Le *fa'a'oroma'i* polynésien ça veut dire "prendre sur soi, faire avec". […] C'est quand on se dit : "Ce n'est pas grave, même si on est fatigués, on va le faire quand même parce que c'est ma mère, parce que c'est mon père" » (Femme, 45 ans, cadre des services sociaux territoriaux, à Tahiti).

Le *Fa'a'oroma'i* apparaît ici comme une catégorie morale ordinaire mobilisée par certain·es aidant·es pour donner sens au maintien de leur engagement dans le soin malgré l'épuisement et la rareté des relais disponibles. Cette expression contribue à légitimer moralement une attitude consistant à « tenir », « faire avec »

20. Au moment de l'entretien, cette aidante piégée, qui était jusqu'alors parvenue à maintenir son activité de professeure des écoles, voit se présenter à elle la nécessité d'un choix entre deux inconciliables : son rôle d'aidante auprès de sa mère âgée dépendante ou son maintien dans l'emploi, impliquant pour elle de déléguer le soin à son parent.
21. Cet extrait d'entretien, particulièrement révélateur, a fait l'objet d'une première analyse (Dos Santos & Trabut, 2026).
22. Académie tahitienne-Fare Vāna'a (2014). *Dictionnaire tahitien-français*. [En ligne] farevanaa.pf/fra/dictionnaire (consulté le 10 juillet 2026).

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

ou « prendre sur soi » dans un contexte où se consacrer au lien familial demeure moralement valorisé (Dos Santos, 2026) et où les alternatives institutionnelles de prise en soin restent limitées (Dos Santos, 2024). Le *Fa'a'oroma'i* s'inscrit, ainsi, dans un registre de résilience ordinaire participant du travail de régulation émotionnelle qui permet de rendre supportable une relation de soin vécue comme une contrainte difficile à vivre au quotidien. Cette économie morale contribue, dès lors, à rendre socialement acceptables le faible niveau d'institutionnalisation du soin et le transfert d'une large part de la charge de ce dernier vers certains membres de la famille, en particulier les femmes (Dos Santos, 2024) et les personnes relevant de liminalités de genre (Durand, 2023).

Travailler à exister en dehors de la relation de soin

Différents témoignages montrent que les aidant·es piégé·es travaillent à résister à l'enfermement dans la relation de soin, ce qui implique pour eux de trouver des ajustements dans la distance au parent aidé :

> Enquêtrice : « T'arrives à trouver des moments pour toi ?
> Moana : Pas vraiment. Je n'ai pas beaucoup d'amis. […] Là, en ce moment, on se voit plus trop […]. Quand je les vois, on essaie de se voir dans un endroit pas trop loin de chez moi. Comme ça, au cas où il y a un souci avec ma grand-mère, je peux tout de suite intervenir. Elle peut avoir des crises quand je suis pas là, tu vois ? »

Dans son témoignage, Tiare, aidante de 37 ans, mariée et sans enfant, ayant laissé son emploi stable (contrat à durée indéterminée à temps plein dans l'hôtellerie) pour s'occuper de son père âgé chez elle, indique chercher à « être utile » (pour reprendre ses mots) autrement qu'à travers le soin fourni à son parent. Pour exister en dehors de la relation de soin et générer quelques revenus, elle raconte avoir initié une activité de confection et de vente d'artisanat, conciliable avec sa présence au domicile familial :

> « Dès que je m'ennuie et je vois que j'ai beaucoup, quand même, de temps libre dans la journée, j'ai une sœur qui fait de l'artisanat, de la peinture sur paréo, […] je lui ai demandé : "Écoute, voilà, j'aimerais servir quand même à quelque chose et ramener quand même des sous à la maison." Et ça peut me permettre de travailler à la maison, comme ça ben je peux travailler à la maison et en même temps j'ai un œil toujours sur papa » (Tiare, femme de 37 ans, mariée sans enfants et en interruption d'emploi, aidante principale de son père en perte d'autonomie avec qui elle cohabite avec son conjoint).

Ces tentatives pour exister en dehors de la relation de soin montrent toutefois leurs limites et conduisent certain·es aidant·es à rechercher, plus ponctuellement encore, des formes de mise à distance temporaire.

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Bricoler un espace à soi de répit : une échappatoire exceptionnelle potentiellement culpabilisante

Lorsqu'un temps de répit se fait nécessaire, certain·es aidant·es piégé·es organisent, tant bien que mal, des solutions ponctuelles et bricolées de relais, bien que ces dernières soient rarement routinisées et qu'elles s'accompagnent de difficultés à s'extraire, même pour quelques jours, de la relation de soin :

> Moana : « Je suis parti 10 jours dans [nom d'une île voisine de la sienne, en Polynésie française] […], c'était ma cousine qui s'en occupait dans la journée et après, en soirée, c'était mon tonton et sa femme qui l'ont gardée. […] C'était du genre [au téléphone] : "Tiens, parle un peu à ta grand-mère là." Après je lui dis : "Mamie, c'est quoi ça ? [en tahitien]" Ensuite, elle me demande où je suis et je lui dis [nom de l'île], mais je suis obligé de lui dire que je suis avec ma maman. Mais après, elle me rappelle le lendemain parce qu'elle a oublié qu'elle m'a appelé la veille, donc le lendemain elle me rappelle. Après, pendant les quatre derniers jours là-bas, j'ai éteint mon téléphone. J'ai dit : "Non, j'éteins mon téléphone, je range mon téléphone, je veux plus recevoir d'appels, je veux prendre des vacances." J'ai donné quand même un numéro à ma cousine et à mon tonton, en cas d'urgence, au cas où mamie venait à être hospitalisée. […]
> Enquêtrice : Est-ce que tu as prévu d'autres vacances pour prendre du temps pour toi ?
> Moana : Non, là, non.
> Enquêtrice : Est-ce que tu penses que t'en aurais besoin ?
> Moana : Ouais. »

Les entretiens mettent ainsi en lumière les stratégies opérées par les aidant·es piégé·es pour continuer d'exister en dehors de la relation de soin et, in fine, construire les conditions de leur maintien dans le rôle de *caregiver* malgré les fortes contraintes que ce rôle implique au quotidien. « Trouver la bonne distance » à la relation de soin au proche aidé et « gérer les sentiments négatifs » (Meuret-Campfort & Touahria-Gaillard, 2018, p. 93-95) apparaissent, ainsi, comme un travail de régulation émotionnelle invisible et bricolé nécessaire au travail de soin à domicile, dans un contexte polynésien pour l'heure caractérisé par l'absence de dispositifs de répit et de relais à l'échelle du territoire.

Conclusion

L'article montre comment, dans un contexte familialiste caractérisé par une faible institutionnalisation de la prise en charge du vieillissement et de la dépendance, la charge émotionnelle et organisationnelle, portée essentiellement par les proches apparentés, est vécue par ces derniers, en fonction du niveau de soutien dont iels disposent. Dans ce contexte, les émotions exprimées par les aidant·es apparaissent, ainsi, comme un objet sociologique particulièrement pertinent pour

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

révéler les inégalités dans l'expérience du soin aux parents âgés ainsi que dans la distribution sociale de la charge du soin aux personnes dépendantes. L'enquête met également au jour le travail émotionnel invisible déployé par les proches aidant·es les moins soutenu·es. Ce travail constitue un ressort pratique central dans leur maintien dans une relation de soin hautement contraignante et dont les coûts biographiques sont élevés (ruptures conjugales, réduction des sociabilités, sorties contraintes de l'emploi, atteintes à la santé mentale).

Ces résultats éclairent à la fois l'expérience sociale et les effets sociaux des régimes familialistes de soin, dans lesquels la prise en soin des personnes dépendantes, faiblement institutionnalisée et professionnalisée, repose majoritairement sur la responsabilisation et la solidarité des proches apparentés, dans la sphère domestique. Ils peuvent être utiles à l'action publique territoriale, dans une perspective préventive des risques identifiés, tant pour les personnes aidées (ruptures latentes des relations de soin) que pour les aidant·es piégé·es (isolement social, appauvrissement, épuisement), et contribuer ainsi à accompagner la réorientation en cours du modèle polynésien en matière de *care*, d'un familialisme « par défaut » à un familialisme soutenu et compensé par les pouvoirs publics.

Références bibliographiques

Borgeaud-Garciandía, N., Araujo Guimarães, N., & Hirata, H. (2020). Introduction : *care* aux Suds. Quand le travail de *care* interroge les inégalités sociales. *Revue internationale des études du développement*, *242*(2), 7-34.

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française (2022). *Collectivité de la Polynésie française : la politique sociale. Exercices 2016 et suivants. Rapport d'observations définitives et sa réponse*. [En ligne] www.ccomptes.fr/system/files/2022-10/PFR2022005.pdf (consulté le 14 août 2026).

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française (2025). *La politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion de la Polynésie française. Exercices 2020 et suivants. Rapport d'observations définitives et sa réponse*. [En ligne] www.ccomptes.fr/fr/publications/collectivite-de-la-polynesie-francaise-la-lutte-contre-la-pauvrete-et-lexclusion (consulté le 14 août 2026).

Dagorn, C., Paulot, J.-M., Vachey, L., & Méjane, J. (2019). *Évaluation du système de protection sociale et de santé. Appui au gouvernement de la Polynésie française*. Rapport 2018-104R. Inspection générale des affaires sociales.

Destremau, B. (2021). *Vieillir sous la révolution cubain*e. *Une ethnographie*. Institut des hautes études de l'Amérique latine.

Dos Santos, L. (2023). *Sociologie des violences domestiques. Les violences envers les personnes âgées et handicapées gardées à domicile en Polynésie française*. Maison des sciences de l'homme du Pacifique.

Dos Santos, L. (2024). *Vieillir en Polynésie française. Rapports intergénérationnels, conditions de vie et bien-être à la retraite. Synthèse des résultats à destination des pouvoirs publics.* Maison des sciences de l'homme du Pacifique.

Dos Santos, L. (2026). Professionnaliser la solidarité familiale. Institution médico-sociale du soin aux parents âgés et morale domestique (Polynésie française). *Revue des politiques sociales et familiales*, 158, 133-141.

Dos Santos, L., & Trabut, L. (2026). Familles en transition, inégalités en perspective : l'organisation des solidarités familiales face au vieillissement. *In* L. Bastide, & É. Lelièvre, *Changement social et dynamiques familiales en Polynésie française* (pp. 75-93). Institut national d'études démographiques.

Durand, M. (2023). Le genre des fleurs. Processus de féminisation et attirances sexuelles chez les *māhū*, les *raerae* et les femmes trans à Tahiti. *Anthropologie et sociétés*, *47*(2), 81-99.

Fardeau, L., & Lelièvre, É. (2023). Vivre en famille élargie : une pratique très courante en Polynésie française. *Population et sociétés*, 616. [En ligne] doi.org/10.3917/popsoc.616.0001 (consulté le 10 juillet 2026).

Fast, J., Keating, N., & Yacyshyn, A. (2008). *"I wish that I could just have a break": The cost of supporting adults with disabilities*. University of Alberta.

Fernandez, F., Lézé, S., & Marche, H. (dir.) (2008). *Le langage social des émotions : études sur les rapports au corps et à la santé*. Economica-Anthropos.

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)

Giraud, L. (2023). *Les classes populaires urbaines en Polynésie française : enquête au quartier d'Outumaoro*. Maison des sciences de l'homme du Pacifique.

Herrera, J., & Merceron, S. (2010). Les approches de la pauvreté en Polynésie française : résultats et apports de l'enquête sur les conditions de vie en 2009. *Document de travail*, 103. Institut de recherche pour le développement.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.

Hochschild, A. R. (1989). *The second shift: Working families and the revolution at home*. Viking.

Hrast, M. F., Hlebec, V., & Rakar, T. (2020). Sustainable Care in a Familialist Regime: Coping with Elderly Care in Slovenia. *Sustainability*, *12*(20), 84-98.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (2019). *Évaluation du système de protection sociale et de santé. Appui au gouvernement de la Polynésie française*. Tome II. Rapport n° 2018-104R / 18074-R / 2018-M-062-03.

Institut d'émission d'outre-mer (IEOM) (2016). Le surendettement des particuliers en Polynésie française. *Note expresse*, 199.

Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF) (2022). *Diagnostic territorial 2021*. [En ligne] www.ispf.pf/content/uploads/1286_Diagnostic_territorial_2021_80f34a06d3.pdf (consulté le 10 juillet 2026).

Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF) (2025, 25 mars). *La transition démographique en Polynésie française*. [En ligne] www.ispf.pf/content//uploads/La_transition_demographique_en_Polynesie_francaise_250324_Assises_du_vieillissement_ISPF_8dd581889e.pdf (consulté le 10 juillet 2026).

Meuret-Campfort, E., & Touahria-Gaillard, A. (2018). Être sujet et objet de l'accompagnement. Le cas des particuliers employeurs en situation de handicap et en perte d'autonomie. *In* I. Puech & A. Touahria-Gaillard (dir.), *L'accompagnement du handicap à domicile. Enjeux moraux, sociaux et politiques* (pp. 85-102). Presses universitaires de Grenoble.

Paperman, P. (2013). Care *et sentiments*. Presses universitaires de France.

Pasquier, J., & Trabut, L. (2021). *Fēti'i e Fenua* : caractéristiques des familles et solidarités autour des parents âgés. *Points études et bilans de la Polynésie française*, 1295.

Paugam, S. (2011). *Le lien social*. Presses universitaires de France.

Paugam, S. (dir.) (2014). *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Presses universitaires de France.

Paugam, S. (2023). *L'attachement social. Formes et fondements de la solidarité humaine*. Seuil.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, *30*(5), 583-594.

Protar, L. (2022). *Faire famille au Fenua. Sociologie de la parenté contemporaine en Polynésie française. Rapport d'enquête réalisé pour le compte de la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité*. Maison des sciences de l'homme du Pacifique.

Protar, L., & Fardeau, L. (2024). La différenciation des pratiques familiales en Polynésie française. Influences du lieu de vie, du genre, de la classe sociale et de l'âge. *Espace, populations, sociétés*, 2-3. [En ligne] journals.openedition.org/eps/15819 (consulté le 10 juillet 2026).

Siu, D., & Pasquier, J. (2020). Les *matahiapo*, un enjeu de la croissance économique. *Points études et bilans de la Polynésie française*, 1226.

Skeggs, B. (1997). *Formations of class and gender: Becoming respectable*. Sage.

Trabut, L., & Pasquier, J. (2024). Vieillissement en Polynésie française : entre soutien familial et contraintes géographiques. *Retraite et société*, *93*(2), 67-84.
Trabut, L., & Weber, F. (2009). How to make care-work visible? The case of dependence policies in France. *Research in the Sociology of Work*, 18, 343-368.
Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du* care. La Découverte.
Weber, F., Gojard, S., & Gramain, A. (dir.) (2003). *Charges de famille*. La Découverte.
Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist, 26*(3), 260-266.

DREES Ministère de la santé | Téléchargé le 16/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 113.197.70.49)