



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**HAUT-COMMISSARIAT DE LA REPUBLIQUE
EN POLYNÉSIE FRANÇAISE**

**CONCOURS SUR TITRES POUR LE RECRUTEMENT D'INFIRMIERS
DE L'ÉTAT POUR L'ADMINISTRATION
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE
- SESSION 2020 -**

Épreuve écrite d'admissibilité

L'épreuve d'admissibilité consiste en une rédaction, à partir d'un dossier n'excédant pas 25 pages, d'une note permettant de vérifier les qualités de rédaction, d'analyse et de synthèse du candidat, ainsi que son aptitude à dégager des solutions appropriées, sur un sujet figurant au programme fixé pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.

(Durée: 3 heures ; coefficient 1)

Mardi 11 février 2020

Le dossier comporte 23 pages.

L'utilisation de la calculatrice est interdite.

IMPORTANT

Il est rappelé aux candidats qu'aucun signe distinctif ne doit apparaître ni sur la copie ni sur les intercalaires.

Sujet :

Vous êtes infirmier(e) et travaillez avec un(e) auxiliaire de santé publique originaire de l'île dans un centre de santé au sein de la subdivision des Tuamotu-Gambier de la direction de la santé. Dans le cadre de vos consultations, le nombre de patients en surpoids vous interpelle.

À partir de l'analyse des documents joints :

- Rédigez une synthèse de la situation du surpoids en Polynésie française.
- L'axe 1 du schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022 dit de favoriser des environnements propices à la santé des Polynésiens. À partir de cette orientation, déterminez les 2 axes de travail en lien avec le surpoids.
- Et, à partir de ces 2 axes, envisagez pour chacun, trois actions efficaces de prévention et/ou de promotion de la santé, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé de la population.

Dossier documentaires :

Document n° 1	« Combien de repas par jour ? Normes culturelles et normes médicales en Polynésie Française » Journal des anthropologues, 106-107 2006, 245-268 - Jean-Pierre Poulain	Pages 1 à 8
Document n° 2	« Enquête santé 2010 en Polynésie française. Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles » Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques (Bises) - Stepwise novembre 2012 n° 6	Pages 9 à 12
Document n° 3	« Comportement alimentaire et corpulence » Extrait de l'enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans scolarisés en Polynésie française - https://www.service-public.pf 2018/06	Pages 13 à 14
Document n° 4	« Axe 1- Favoriser des environnements propice à la santé des polynésiens » Extrait du Schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022	Page 15
Document n° 5	« Les soins de santé primaires en Polynésie : Historique, contexte et définition/Le programme de modernisation des soins de santé primaire 2019-2023/Axe 1 : les individus acteurs de leur santé » Extrait du « Programme de modernisation des soins de santé primaire de Polynésie Française » 2019-2023	Pages 16 à 18
Document n° 6	« Santé publique en Polynésie Française les indicateurs sont en rouge » Tahiti infos 2013	Pages 19 à 20
Document n° 7	« Le ministère de la santé veut prendre le problème de l'obésité à bras le corps » Direction de la Santé. Publié le 15 février 2019- Tahiti infos	Page 21
Document n° 8	Journée « Administration active » aux Marquises 26 novembre 2018 - https://www.service-public.pf	Page 22
Document n° 9	« La Direction de la santé et la Chambre de l'Agriculture et de la Pêche Lagonaire deviennent partenaires dans le développement et la valorisation des produits locaux » https://www.service-public.pf - Septembre 2019	Page 23

Combien de repas par jour ?

Normes culturelles et normes médicales en Polynésie Française

Jean-Pierre Poulain p. 245-268

Combien faut-il prendre de repas par jour ? Partant de cette question banale, l'auteur étudie, pour la Polynésie française, l'impact de la diffusion de normes nutritionnelles par le secteur de la santé publique et les télescopages qui s'opèrent avec les déterminants sociaux et culturels de l'alimentation. Il montre que l'obésité est associée à des contextes anormaux et d'érosion des modèles alimentaires. Pour éviter de stigmatiser certains groupes sociaux, en associant le risque d'obésité à des pratiques qui leurs sont propres, il suggère l'articulation des messages nutritionnels aux différents modèles d'alimentation.

1- Engagé dans une recherche sur l'alimentation et la corpulence en Polynésie française, nous arrivons à l'hôpital de Nuku Hiva (archipel des Marquises). Dans la salle d'attente de l'hôpital de jour, une affiche attire notre attention. « Vous voulez maigrir ? Mangez trois repas par jour et ne mangez pas entre les repas ». Le médecin de garde, par ailleurs directeur adjoint de l'établissement, nous invite à partager le dîner avec son épouse marquisienne, institutrice et leurs deux enfants. Repas métissé, discussion sur les charmes et les contraintes des vies professionnelles et familiales entre cultures polynésienne et métropolitaine. Puis, nous en arrivons à cette fameuse affiche. Simultanément, l'idée que notre hôte pourrait en être l'auteur, ou au moins l'initiateur, me traverse l'esprit. La réponse prend la forme d'une question en retour. « En effet..., mais alors que faudrait-il dire ? C'est ce que nous apprenons à la faculté de médecine ». Cette anecdote pointe les questions qui vont nous intéresser. Quelles relations entretiennent les normes produites par les sciences de la nutrition et diffusées par la santé publique avec les normes sociales qui encadrent l'alimentation ? En Polynésie française, la promotion de la journée de trois repas contredit une organisation « traditionnelle » d'une journée de deux repas. Mais cette question ne se réduit pas à une simple contradiction entre des normes scientifiquement fondées et des normes sociales marquées par un certain relativisme culturel et qu'il conviendrait de réformer. L'objectif de cet article est d'attirer l'attention de la communauté scientifique de la nutrition publique sur les risques d'inefficacité de certaines prescriptions qui ne prennent pas en compte les dimensions sociales et culturelles de l'alimentation et sur leurs éventuels « effets retour » négatifs ; conséquence de l'anxiété alimentaire consécutive à la diffusion de messages difficilement tenables parce qu'en contradiction avec un ensemble de normes sociales.

2- Comment se produisent les normes encadrant les pratiques alimentaires ? Comment l'avancée des sciences de la nutrition intervient-elle aujourd'hui dans la redéfinition de ces normes ? Ces questions sont celles auxquelles nous nous proposons d'apporter quelques éléments de réponse à partir d'un travail de recherche¹ commandité par la Direction de la santé de Polynésie française et dont l'objectif était le repérage des déterminants culturels de l'alimentation et des facteurs sociaux impliqués dans le développement de l'obésité sur ce territoire.

¹ Poulain et al. (2002)

3- Cet article n'a pas de prétention à l'exhaustivité sur la matière polynésienne, mais l'utilise comme matériau empirique pour penser l'interaction entre les injonctions nutritionnelles émanant du secteur de la santé et les dimensions culturelles dans la construction des normes sociales relatives à l'alimentation. Son ambition est de rappeler qu'en santé publique il est plus efficace de faire avec les cultures, plutôt que contre, mais aussi de contribuer à montrer que les normes sociales des cultures dans lesquelles il est produit, à savoir l'Occident, sont parfois les « passagers clandestins » des discours de promotion de la santé supposés être scientifiquement fondés.

4- Pour ce faire, nous étudierons l'alimentation polynésienne dans une perspective historique pour repérer les dynamiques de transformation auxquelles elle est soumise et comprendre comment la situation actuelle est le résultat d'une série de mutations. Nous présenterons ensuite le problème de l'obésité en Polynésie française et le contexte institutionnel de cette recherche. Enfin, nous nous intéresserons au système de normes qui encadre les repas et la composition des journées alimentaires, avant de revenir sur les relations entre normes sociales et normes médicales.

L'alimentation polynésienne, perspective historique

5- Les modèles alimentaires sont des ensembles sociotechniques et symboliques qui articulent un groupe humain à son milieu, fondent son identité et assurent la mise en place de processus de différenciation sociale interne et externe. Ils sont un corps de connaissances technologiques accumulées de génération en génération, permettant de sélectionner des ressources dans un espace naturel, de les préparer pour en faire des aliments, puis des plats et de les consommer. Mais ils sont en même temps des systèmes de codes symboliques qui mettent en scène les valeurs d'un groupe humain, participant à la construction des identités culturelles et aux processus de personnalisation (Poulain, 2002a). Un modèle alimentaire est un agrégat de multiples expériences réalisées sous la forme d'essais et d'erreurs par une communauté humaine. Il se présente sous la forme d'une série de catégories emboîtées, imbriquées, qui structurent le rapport aux aliments et qui sont quotidiennement utilisées par les membres d'une société, de façon implicite comme « allant de soi ». C'est dans ces « cascades de catégories » que se déploient les raisonnements alimentaires, que se construisent les décisions et qu'elles trouvent leur logique. Ce caractère « allant de soi » constitue le principal obstacle épistémologique à l'étude des modèles alimentaires. Ce concept est central en socio anthropologie de l'alimentation et correspond à une configuration particulière de l'« espace social alimentaire² ». Le modèle alimentaire d'un groupe social particulier se caractérise par un « ordre du mangeable » précis, un « système d'approvisionnement », un « système culinaire », un « système de consommation », une « temporalité » et un ensemble de « processus de différenciation » internes et externes particuliers.

² Pour un exposé plus approfondi du concept d'« espace social alimentaire », construit à partir de cel (...)

6- Il est possible de repérer trois grandes périodes, dans l'histoire de l'alimentation polynésienne : la période pré européenne qui précède la découverte, celle de la colonisation qui s'étend de la découverte à la transformation de son statut en Territoire d'outremer et l'époque contemporaine qui marque l'entrée de l'alimentation polynésienne dans le monde de l'économie avec notamment les effets d'amplification qu'a eu l'arrivée du CEP (Centre d'essais du Pacifique)³.

³ Pour la période pré européenne, le texte de référence est l'Ancient Tahitian Society de Oliver (1952) (...)

7- Il est aujourd'hui établi que « la grande majorité des plantes cultivées en Océanie à l'époque pré européenne sont étrangères à la région » (Barrau, 1971). C'est ainsi que l'arbre à pain, l'igname, le *mape*, le *taro* sont originaires du Sud-Est asiatique, la banane *fei* et le *ava* de Mélanésie. La patate douce (*ipomoea batatas*, en polynésien *kumara*) qui est une plante autochtone d'Amérique du sud, a fait couler beaucoup d'encre. Elle était un des arguments utilisés par les défenseurs de la thèse du peuplement par l'est. Si c'est la voie de l'ouest réalisée en trois phases qui fait désormais consensus, elle n'est cependant pas incompatible avec le fait qu'il ait pu y avoir, par la suite, des connections avec l'Amérique du sud, comme Heyerdahl (1958) en a fait la démonstration. L'époque où ont commencé les migrations permet également de comprendre pourquoi, au moment de la découverte, les Polynésiens, bien qu'originaires d'Asie, ne sont pas consommateurs de riz. Condamnas (1952) et Baudricourt (1952) ont montré en effet, que les proto-indochinois (qui font partie du groupe malayo-polynésien) étaient des cultivateurs de taro, avant de devenir riziculteurs. Le riz serait apparu en Asie du Sud-Est comme une mauvaise herbe des tarodières. Du point de vue des espèces animales, les premiers arrivants ont amené avec eux plusieurs espèces de mammifères : le cochon, le chien⁴, les poulets... On peut donc émettre l'hypothèse que le régime alimentaire des premiers Polynésiens a quelques parentés avec celui des proto-indochinois d'avant le basculement de leur modèle agro nutritionnel du taro vers le riz.

⁴ La consommation du chien pourrait être lue comme un nouvel indice de l'origine asiatique, encore qu (...)

8- Les pratiques alimentaires de cette période sont traversées par une forte ligne de partage hommes femmes, tant du point de vue du registre du mangeable que des modes de consommation. Si nous prenons l'exemple des produits de la mer, ce qui est pêché dans le lagon sera consommable par les femmes et ce qui est pêché au-delà de la barrière de corail, le sera par les hommes. Les repas ne se prennent pas dans le même lieu et la préparation est elle-même assurée de façon sexuellement différenciée avec des cuisines (au sens de lieu de préparation) différentes pour les hommes et pour les femmes. Cette situation surprend Cook qui, lors de son troisième voyage, note : « Les femmes éprouvent non seulement la mortification de manger seules, et dans une partie de la maison éloignée de celle où mangent les hommes ; mais ce qui est bien plus étrange encore on ne leur donne aucune portion des mets délicats » (Cité par Kuper, 1981 :

225). Les normes alimentaires semblent définir deux repas par jour⁵. Les grandes particularités culinaires sont : le four polynésien, les techniques de préparation des poissons crus et l'usage de la fermentation appliqué au poisson *fafaru*, à la pulpe de noix de coco *mitihue* et au fruit de l'arbre à pain *mahi*.

⁵ Il y a cependant quelques sources divergentes comme cette notation de Cook dans le Troisième voyage, (...)

9- C'est sur le plan des pratiques alimentaires que l'impact de la colonisation et surtout de l'évangélisation se fera le plus sentir, avec notamment la promotion du repas pris en commun, comme lieu de partage, de communion. Peu de transformation en revanche au niveau de ce qui est mangé ou au sujet du nombre de repas. En effet, si le registre du mangeable va un peu s'élargir grâce à l'importation de quelques nouveaux légumes et espèces animales, la structure du repas semble peu évoluer : « Le menu tahitien ne varie guère d'un jour à l'autre, écrit un historien local. Un féculent remplace un féculent, le taro se substitue au *fei* ou encore au fruit de l'arbre à pain (*uru*) ; les nouilles se substituent au riz. Les fruits changent avec les saisons : bananes, papayes, mangues, pamplemousses, oranges. Mais le plat de base, poursuit-il, est le poisson, consommé bouilli, grillé, frit ou cru, macéré dans le citron et arrosé de jus de coco. La viande rouge est chère, rare au district et peu appréciée. Le grand régal : un cochon de lait rôti, cuit entier, posé sur des pierres volcaniques chauffées. Il est recouvert de feuilles vertes et d'une couche de terre. C'est le plat des banquets, des *tama'ara'a* » (Mazelier, 1964 : 28-29). L'introduction et la diffusion du riz est concomitante de l'arrivée des diasporas chinoises, à la fin du XIXe siècle. Dans les années 1950, l'alimentation en Polynésie française résulte encore largement de l'autoproduction (agricole et piscicole).

10- Les grandes mutations vont avoir lieu dans la seconde moitié du XXe siècle avec l'installation du CEP, dans les années 1960, qui injecte d'importantes ressources financières qui vont contribuer à une très rapide monétarisation de l'alimentation. L'autoproduction alimentaire se réduit de façon considérable, laissant la place aux produits industriels importés (poulets et steaks surgelés, frites, pizzas, pâtes...) à Tahiti tout d'abord puis, dans un second temps, jusque dans les îles reculées. Cette pénétration de produit industriel est facilitée par la diffusion des congélateurs. Simultanément à cette internationalisation et à cette industrialisation, l'alimentation connaît des mouvements de relocalisation, avec notamment une valorisation nouvelle du *ma'a tahiti* qui s'inscrit à la fois dans des logiques d'affirmation identitaire et plus banalement de revalorisation du « local » contre tendancielle à la mondialisation. C'est ainsi qu'on le voit apparaître dans les menus du dimanche des restaurants et pas seulement pour les touristes.

11- Signalons enfin, avant la découverte, l'existence de l'institution du *ha'aporia* : « Aux yeux des Tahitiens, l'embonpoint était signe d'élégance et caractéristique des personnes de rang royal. La maigreur étant chez eux signe de maladie, les *metua poria* (parents engraisseurs), faisaient profession d'engraisser les enfants en les gavant de nourriture composée surtout de légumes et de fruits. Ils les faisaient aussi transpirer à l'intérieur de couvertures bien fermées. Après deux ou trois mois de ce traitement les personnes étaient bien grasses et leur peau devenue claire, devenant un objet d'admiration pour tous. Les femmes et quelquefois aussi les hommes suivaient ce régime pour s'embellir » (Danielsson, 1981 : 326). Le *ha'aporia* concernait les jeunes aristocrates et la période d'engraissement se terminait par une sorte de concours de beauté où le champion était le plus gras (Baré, 1985).

12- À Pukapuka, une des îles Cook, racontent E. et P. Beaglehole (1938), « les enfants à qui on accordait cette faveur, étaient enfermés dans une case sans fenêtre. Le sol était couvert de nattes, sur lesquelles des fougères avaient été répandues. Les enfants reclus devaient se coucher sur ces feuilles, le corps et la tête complètement recouverts de nattes. Ils pouvaient manger, s'étendre et dormir dans n'importe quelle position, à condition de demeurer bien couverts. On leur donnait en grande quantité une nourriture spécialement faite pour les engraisser ».

13- La culture polynésienne valorise donc les fortes corpulences. « La Mama se régale de féculents depuis qu'ayant été mariée, elle s'est mise à oublier de surveiller sa ligne. La plupart des maris de ces imposantes épouses n'y trouvent pas à redire. Eux-mêmes acquièrent facilement de la graisse superflue avec l'âge, et leur goût naturel ne les porte pas vers le type mannequin » (Mazelier, 1964 : 25).

14- Un témoignage contemporain va dans le même sens. « Lorsque j'étais géomètre en activité et que je partais dans les îles, j'étais parfois un peu le messager de l'administration. Un jour un docteur du service de la santé me demanda de réunir la population d'une petite île pour leur parler de l'obésité et des risques

qui lui sont associés pour la santé. J'ai vite senti que j'agaçais les habitants. "Laissez-nous vivre comme nous voulons", disaient les hommes. "Nos maris nous aiment comme cela !" ajoutaient les femmes »⁶.

⁶ Entretien avec Maco Tevane, octobre 2001, Papeete.

Transformations du modèle alimentaire polynésien

15- Les modèles alimentaires sont soumis à une double détermination. Ils évoluent parce que les systèmes de valeurs se transforment, mais aussi parce que les systèmes d'action concrets que sont les emplois du temps, les savoir-faire, le pouvoir économique, la disponibilité alimentaire se modifient. Si on les pose comme des agrégations d'expériences adaptatives qui se construisent sur une échelle temporelle longue, on peut considérer que face à des mutations aussi rapides de l'environnement technico-économique, et dans un contexte où les fortes corpulences sont déjà valorisées, le développement de l'obésité s'en est trouvé facilité. Cette perspective complète les analyses de certains observateurs des sociétés océaniques qui voient le développement de l'obésité comme la conséquence d'une occidentalisation des pratiques (De Garine et Pollock, 1995 ; Bindon, 1995) ou de la « transition nutritionnelle » (Maire et al., 2002).

Transformations du modèle alimentaire polynésien

Dimensions de l'espace sociale alimentaire	Période pré-occidentale	Période occidentale	Modernité moderne
L'espace du mangeable	Végétaux : <i>Taro, fei</i> , igame, <i>mape, 'ava, uru</i> (arbre à pain), cocotier Animaux : cochon, poulet, chien, volailles... Poissons et fruits de mer	Végétaux : carotte, pommes de terre, navets, poireaux, choux... Animaux : bœuf, cheval Arrivée des chinois : introduction du riz et des conserves, de la sauce soja	Produits en conserve, glaces, frites, pizzas, hamburger, Produits transnationaux Mouvement de délocalisation et relocalisation dans lequel le pôle délocalisé est très fort
Le système de production alimentaire	Horticulture, (coco) Agriculture pour le <i>taro</i> Petit élevage en liberté Pêche, cueillette	Faible agriculture de subsistance Agriculture coloniale coprah	Monétarisation, très forte Dépendance externe de la consommation
L'espace du culinaire	« Cru » très développé Fermenté appliqué au poisson, à la noix de coco et au fruit de l'arbre à pain Fours polynésiens	Occidentalisation Développement du pôle du frit Equipement de cuisson occidental	Grillade, barbecue
L'espace des habitudes de consommation	Hospitalité Différenciation homme femme 1 ou 2 repas par jour Mange accroupi à même le sol dans des feuilles de bananier	Manger ensemble, abandon des interdits de différenciation homme/femme Journée alimentaire à 3 repas par jour Repas à table	Multiplicité des formes d'alimentation Métissage
La temporalité alimentaire	Rythme des fêtes sur cycles écologiques 2 repas par jour ?	Cycles annuels occidentaux articulés sur les quatre saisons et les fêtes religieuses chrétiennes	Dessaisonnalisation de l'alimentation Alternance entre un modèle à trois repas et un modèle à deux repas
L'espace de différenciation sociale	Forte différenciation homme/femme Différenciation hiérarchique Ari'i	Abandon (+/-) de la différenciation sexuelle	Léger « retour du terroir »

L'obésité en Polynésie française

16- La prévalence de l'obésité⁷ en Polynésie française se situe à un niveau supérieur à celle observée en France métropolitaine, en Europe et même aux Etats-Unis. De surcroît, l'obésité semble se développer également chez les enfants⁸. Situation alarmante à cause des complications qui lui sont associées⁹ et qui génèrent des coûts sociaux et économiques importants. La recherche commanditée par la direction de la santé comporte plusieurs volets : la mesure de la prévalence de l'obésité, le repérage des modèles de valorisation de l'esthétique corporelle et de leurs transformations en cours, les dimensions sociales de l'alimentation. Si cet article s'appuie sur les résultats de cette dernière partie, il pourra ponctuellement mobiliser des données des deux autres.

⁷ Une étude de la Direction de la santé réalisée en 1995 sur l'ensemble du territoire a mis en évidence (...)

⁸ Une enquête de 1996 a montré que 27 % des enfants âgés de 11 ans, scolarisés dans la zone urbaine d (...)

⁹ Principalement : diabète de type 2, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires... (WHO, 199 (...))

17- La méthodologie utilisée articule des méthodes qualitatives et une enquête quantitative par questionnaire. L'approche qualitative a fait appel à deux techniques : des « focus groups » et des entretiens semi directifs prenant la forme d'histoire de vie. Les « focus groups » ont été utilisés en début d'enquête pour identifier les formes de repas et de journées alimentaires et les systèmes de représentations qui encadrent la perception des aliments et du corps chez les Polynésiens. Les histoires de vie ont été menées parallèlement à l'approche quantitative et ont utilisé pour fil rouge l'histoire de la corpulence du sujet, repérant aux différentes étapes de sa transformation les changements survenus dans sa vie familiale, professionnelle, alimentaire... L'objectif était double : collecter des données qui échappent à l'approche par questionnaire et fournir des éclairages pour certaines zones non couvertes par l'enquête quantitative (notamment pour l'archipel de Marquises).

18- L'approche quantitative utilise un questionnaire standardisé administré à un échantillon représentatif de la population des îles de la Société, de 1 000 individus âgés de 16 ans et plus, résidant en Polynésie française depuis au moins dix ans¹⁰. Le questionnaire comportait une batterie de questions permettant la distinction entre les systèmes de représentations, de normes et les pratiques mises en œuvre par la reconstruction de la journée alimentaire précédant l'enquête. Cet outil mis au point par notre équipe et déjà utilisé dans différentes enquêtes (Poulain, 2001, 2002b) a été adapté au contexte polynésien grâce aux données recueillies en phase exploratoire. L'administration a été faite en face à face au domicile des interviewés par des enquêteurs, parlant tahitien et préalablement formés par l'équipe de recherche. Notre démarche articule donc une approche socio anthropologique (Lefèvre et de Suremain, 2002) et une posture plus classique de sociologie quantitative particulièrement attentive à la distinction entre les systèmes de représentations et les pratiques concrètes. Ce qui « ponte », pourrions nous dire, les cadrages sociologique et ethnologique.

¹⁰ La représentativité a été construite avec la méthode des quotas sur les critères d'âge, de sexe, de (...)

Les repas et journées alimentaires en Polynésie française

19- La principale difficulté que rencontrent les enquêtes alimentaires est liée à la confusion qui s'opère, le plus souvent à l'insu de l'enquêteur, surtout lorsqu'il n'a pas de culture en sciences sociales, entre les normes et les pratiques. Lorsque l'on demande, dans des enquêtes de reconstruction de journée, à des individus ce qu'ils ont mangé la veille, certains d'entre eux peuvent être tentés si, par exemple, ils n'ont pas mangé « comme d'habitude » ou bien s'ils ont mangé différemment de « ce qu'ils pensent qu'ils auraient dû faire », de modifier leur déclaration pour réduire la dissonance cognitive qu'ils ressentent. Les données collectées correspondent alors à un mélange de « normes » et de « pratiques » dont la valeur empirique est faible parce que ne rendant compte ni des comportements ni des représentations sociales (normes et valeurs). Pour lever cette ambiguïté, nous avons mis au point une méthode de collecte qui travaille en deux temps : tout d'abord nous invitons les individus à nous dire ce qu'ils considèrent comme un « vrai repas », dans l'idéal, lorsqu'aucune contrainte ne vient bousculer l'organisation matérielle de sa préparation et de sa consommation (Poulain, 2001, 2002b). Cette formulation s'inscrit dans le prolongement des travaux engagés par Douglas (1984) autour de ce qu'elle désigne en anglais par l'expression *a proper meal*. Ce faisant nous collectons explicitement les normes d'un individu considéré. Dans un second temps, lorsque l'enquêté est en quelque sorte libéré des pressions normatives qui pèsent sur la déclaration, une autre série de questions lui est proposée. On précise alors que ce qui nous intéresse

cette fois, c'est ce qui s'est véritablement passé et que ce n'est pas un problème, si le repas consommé diffère de ce qui a été déclaré dans la première partie du questionnaire et de ce qu'il pense qu'il faut faire ou encore de ce qu'il a l'habitude de faire. Avec cette méthode, on évite en grande partie les confusions entre normes et pratiques et les données collectées gagnent en précision. Les premières correspondent à ce que nous désignons comme normes sociales de repas, c'est-à-dire un agrégat d'injonctions qui s'enracinent à la fois dans des traditions culturelles, sociales et familiales. Elles résultent de la socialisation particulière d'un individu. Mais les normes subissent aussi l'impact de la vulgarisation des discours scientifiques de santé publique ou encore la pression de modèle d'esthétique corporelle.

20- Les travaux qualitatifs par « *focus group* » ont mis en évidence la cohabitation de plusieurs formes de journées alimentaires. La première, que nous pourrions qualifier de « polynésienne traditionnelle », valorise les produits de base du maa Tahiti, comprend deux repas et s'inscrit dans des cycles alternant mesure et surabondance. La seconde, proche du modèle occidental, valorise les produits carnés et s'organise en trois repas. Ces différents modèles se superposent et se métissent. De surcroît, les Polynésiens sont exposés à travers la presse grand public et des actions plus ou moins coordonnées de santé publique à des messages nutritionnels construits dans des espaces culturels où domine le modèle des trois repas dits « structurés ».

21- Compte tenu de la situation de cohabitation de plusieurs modèles de journées, nous avons débuté l'enquête par cette question : quel était le nombre de prises alimentaires considérées comme « normal » ? Pour éviter d'induire le modèle des trois repas en utilisant le vocabulaire « petit-déjeuner, déjeuner, dîner », nous avons mis au point un schéma comme support du questionnaire qui représente le continuum temporel de la journée depuis le levé du soleil jusqu'à la nuit et proposé plusieurs structures de journées alimentaires comportant de une à cinq prises ou repas.

22- Par ailleurs, la notion de repas au sens occidental étant difficilement traduisible en polynésien (le terme maa signifiant à la fois « manger » et « repas »), nous avons élaboré un second outil permettant de collecter les structures des repas. Il s'appuie sur une typologie construite dans la phase exploratoire (entretiens et « *focus group* ») qui distingue six types de repas/prises alimentaires : « *Ma'ohi* », « Asiatique », « Occidental », « Plat unique », « Pain, beurre, boisson chaude » et « Aliments non cuisinés ». Il permet l'étude des structures de prises alimentaires, en tenant compte de leur organisation chronologique « synchronique » (tous les plats sont mis en même temps sur la table) ou « diachronique » (ils se succèdent), pour reprendre la distinction proposée par Lévi-Strauss (1968), de leur composition et de leur inscription dans des arrière-plans culturels avec d'éventuelles combinaisons ou métissages entre eux.

23- Ainsi, la structure « *Ma'ohi* » correspond à un repas dans lequel tous les aliments sont déposés sur la table simultanément, avec trois variantes possibles : des aliments sucrés sont posés en même temps ou proposés à la fin de la séquence de consommation, ou encore n'apparaissent pas. Dans la seconde, dite « asiatique », exception faite des portions de riz distribuées individuellement, les aliments sont posés sur la table et mis en commun. Là encore, trois variantes sont possibles selon la présence ou non de dessert et les modalités de sa présentation. La troisième structure correspond au repas français, c'est-à-dire au repas diachronique dans lequel s'enchaînent des séquences successives : entrée, plat garni, fromage, dessert avec, selon les cas, des simplifications à deux ou trois items. Les variantes portent sur le nombre de séquences et leur contenu ; ce modèle contient aussi la formule « plat unique ». Les entretiens et les observations avaient mis en évidence l'existence de repas de type « Pain, beurre, boisson chaude » à d'autre place que le premier repas de la journée (petit-déjeuner occidental). Nous l'avons décomposée en deux sous-groupes selon la présence ou non d'aliments salés. Enfin, la consommation « d'aliments non cuisinés », de type fruits ou biscuits pris seuls, correspond à la dernière structure de prise alimentaire. Au moment de la passation des questionnaires, les enquêtés étaient invités à caractériser leurs repas, en terme de structure et de contenu, à partir de dessins représentant les différentes formes précitées.

24- La cohabitation de deux formes de journées, l'une de deux repas et l'autre de trois repas apparaît clairement. Un nombre non négligeable d'individus sont à cheval entre plusieurs modèles. Un lien avec l'indice de masse corporel (IMC) a été repéré, associant positivement l'obésité d'une part avec le modèle à deux repas et surtout avec les situations de décalage. L'hypothèse d'un développement de l'obésité dans un contexte d'érosion des modèles alimentaires et surtout de « confusion » entre plusieurs modèles se

confirme donc. Un lien positif fort apparaît entre l'obésité et la mixité au sein d'une même journée alimentaire de formes de repas issus de modèles différents. Cette situation peut être interprétée en termes d'anomie, les mangeurs étant partagés, déchirés entre plusieurs façons de se conduire en termes de perte de légitimité des appareils normatifs¹². Elle résulte tout à la fois des transformations très rapides de l'environnement économique et de la diffusion d'informations relatives à la nutrition sous le double effet de la transition d'un modèle d'esthétique corporelle qui commence à valoriser positivement les corpulences minces et de la diffusion à travers les médias et le corps médical, et paramédical, de conseils nutritionnels conçus, la plupart du temps, dans des contextes sociaux et culturels occidentaux.

12 Sur la question de la « gastro-anomie » (Fischler, 1990) et de l'anomie comme situation de perte de (...)

25- Les modèles alimentaires fonctionnent dans l'allant de soi et leur érosion développe la réflexivité alimentaire, c'est-à-dire accroît l'espace de décision de l'individu. Lorsque les modèles alimentaires s'affaiblissent, la régulation du comportement alimentaire bascule d'une situation de comportement télé-régulé ou « hétéronomique », selon lequel c'est le modèle qui prépare les décisions, à une situation autorégulée ou « autonome », dans laquelle l'individu construit lui-même ses décisions alimentaires.

26- La réponse à cette situation peut se développer dans deux directions : renforcer et revaloriser les dimensions des modèles qui ne sont pas associées à l'obésité, comme le préconise Basdevant (2000) en conclusion de l'expertise INSERM sur l'obésité, et aider les mangeurs à se reconstruire des critères de décision en s'appuyant sur les connaissances scientifiques en matière de nutrition, mais en les articulant aux dimensions sociales, culturelles de l'alimentation et dans le respect de ses fonctions identitaires. C'est ce que nous désignons par « éducation alimentaire » plutôt « qu'éducation nutritionnelle ».

27- De surcroît, la vulgate de la nutrition moderne fait la promotion, plus ou moins explicitement, de la journée de trois repas. Les personnels de santé tendent à la considérer comme norme universelle et comme biologiquement fondée. Or, l'arbitrage du nombre de repas par jour sur un plan strictement nutritionnel est loin d'être réalisé. On peut citer Bellisle, McDevitt et Prentice (1997), qui en conclusion d'une revue de littérature sur la question écrivent : « à apports énergétiques équivalents, il n'y a pas d'arguments scientifiques pour préconiser une, deux, trois, quatre... prises alimentaires » par jour.

28-De leur côté, les anthropologues, les sociologues et les historiens ont depuis longtemps pointé la variabilité des systèmes de normes sociales qui pèsent sur les repas et sur les journées alimentaires (Flandrin, 1993 ; Bataille-Benguigui, 1996 ; Poulain, 2002a ; Corbeau et Poulain, 2002). Le constat de cette variabilité est d'ailleurs en partie à l'origine de l'intérêt des sciences sociales pour les dimensions socioculturelles de l'alimentation (Le Play, 1856 ; Lowie, op. cit.). La promotion du modèle des trois repas par jour est une des caractéristiques de la « modernité alimentaire ». « Le fait nouveau, écrit Sigaut, c'est qu'il n'y a plus qu'une norme unique, celle des trois repas du matin, de midi et du soir et que les (autres) formes de journées alimentaires sont désormais perçues comme des écarts à la norme commune plutôt que comme des normes différentes » (1993 : 71). Ce constat dressé pour le contexte français métropolitain s'applique parfaitement à d'autres espaces culturels. Or, cette norme n'est en rien une norme scientifique ; elle est une norme sociale qui résulte d'une organisation particulière des emplois du temps (semaine de quarante heures) qui, à partir des années 1960, s'impose comme un modèle de « progrès social » (Poulain et al., 2002). On voit ici comment normes sociales et normes médicales s'entrechoquent et comment, lorsque la science n'a rien à dire, les normes sociales des scientifiques se glissent dans le discours sanitaire. Dans les situations interculturelles ou dans les opérations de promotion de la santé, il convient d'être attentif de ne pas diffuser sous couvert de science de simples normes sociales.

29- Nous mettons en garde contre une lecture « simpliste » qui pourrait conduire à préconiser l'utilisation d'un modèle à trois repas, faisant fi des dimensions culturelles, identitaires et sociales qui sous-tendent l'utilisation du modèle à deux repas. La construction des messages nutritionnels devra se donner pour objectif l'utilisation satisfaisante sur le plan nutritionnel des différentes formes de journées alimentaires et de leurs combinaisons.

30- Pour éviter de stigmatiser certains groupes sociaux, en associant le risque d'obésité soit à un groupe ethnique soit à des pratiques qui leurs sont propres, il convient de travailler avec les professionnels de santé pour construire des messages adaptés aux différentes formes d'alimentation¹³. Dans la perspective

de la rédaction du guide alimentaire, il apparaît judicieux de concevoir un petit test d'autodiagnostic permettant aux individus d'identifier leur manière de manger et de rédiger les conseils en fonction de différentes situations ; comme en métropole, où la rédaction du guide sur l'alimentation pour tous du Plan national nutrition santé (PNNS) a été conduite en tenant compte des modes de vie des mangeurs.

¹³ Un travail considérable a été réalisé pour valoriser les produits locaux et les inscrire dans une c (...)

Conclusion

31- Les modèles alimentaires sont à la fois des corps de connaissances empiriques efficaces et des mises en scène concrètes des valeurs centrales du groupe social. Ils sont impliqués dans la construction (au cours de la socialisation) et l'entretien (tout au long de la vie) des identités sociales et culturelles. Ce faisant, ils contribuent simultanément à la survie des individus, en leur offrant des schémas de conduites adaptées et à la survie du groupe social, en permettant la transmission de valeurs et de normes par-delà les générations (Poulain, 2001 et 2002a). En apprenant à manger, les enfants s'insèrent dans leur propre culture. En naissant, ils sont immergés dans un modèle alimentaire (celui de leur groupe d'appartenance) qui, s'imposant à eux de l'extérieur, contribue à la construction de leurs goûts et façonne leur mécanique biologique. À l'échelle des générations, les modèles alimentaires sont impliqués dans les mécanismes d'interaction entre les patrimoines génétiques, le milieu naturel et la culture dont ils sont un élément. Leur étude sera sans aucun doute une étape clef de la coopération entre la socio anthropologie et la génétique des populations et permettra le développement de la nutriginétique et de la nutriginomique¹⁴. En effet, on sait comment la culture, à travers les règles de parenté et les différents interdits sexuels qui leurs sont associés, pèse sur la génétique en participant au mode de sélection, de transmission et de diffusion des gènes. Avec l'alimentation et les modèles alimentaires, elle est également impliquée dans des processus d'expression ou de non expression de phénotype. Sur ces questions, se développe aujourd'hui un pan nouveau de connaissance dont Junien (2003).

¹⁴ La nutriginétique s'intéresse aux bases héréditaires de la variabilité individuelle de réponse et d (...)

32- L'étude des modèles alimentaires doit être engagée sur le mode scientifique, à la manière des ethnosciences étudiant la pharmacopée ou les pratiques médicales de groupes ethniques « traditionnels ». C'est le point de vue de l'anthropologie écologique qui cherche à mettre au jour l'intérêt de certains choix empiriques. Les relations entre les sciences de la nutrition et la socio anthropologie de l'alimentation, dans cette perspective, peuvent être envisagées sous de nouvelles modalités. Les connaissances des sciences de la nutrition doivent être mises au service de l'amélioration d'un modèle alimentaire pour rechercher les conditions de réduction des risques sanitaires, dans le respect des dimensions gustatives, symboliques et culturelles.

BISES

Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques

Enquête santé 2010 en Polynésie française. Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles.

S. Bertrand¹(Bertrand.solene@sante.gov.pf), L. Chant¹, E. Daudens², NL Nguyen¹, M. Trafton¹, M. Tuheiva¹, M. Cowan³
¹ Département des Programmes de Prévention, Direction de la santé, Tahiti, Polynésie française, ² Bureau de Veille Sanitaire, Direction de la santé, Tahiti, Polynésie française, ³ Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 63% des décès survenus à l'échelle mondiale en 2008 étaient dus à des maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les affections respiratoires chroniques [1]. Cependant, une grande proportion de ces maladies pourrait être évitée moyennant la réduction de leurs quatre principaux facteurs de risque : le tabagisme, la sédentarité, la consommation nocive d'alcool et l'alimentation déséquilibrée. Des facteurs de risque associés à ces pathologies ont également été identifiés et doivent faire l'objet d'une attention particulière : la surcharge pondérale et l'obésité, l'hypertension artérielle (HTA), l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie.

Avec la transition rapide des modes de vie et des pratiques alimentaires survenue ces dernières années en Polynésie française, nous assistons à un développement inquiétant des pathologies dites de surcharge et affections liées au mode de vie.

La dernière enquête, réalisée en 1995 [2], estimait la prévalence de l'excès de poids dans la population générale à 71% environ (37% au stade d'obésité), celle du tabagisme à 36%, de l'alcool à 30%, celle du diabète à 16% et de l'HTA à 17% (au sein de la population adulte)

Par ailleurs, les maladies cardiovasculaires représentent 26% de l'ensemble des causes de décès certifiés en Polynésie française en 2005, et 10% des décès survenus sur la période 1994-1998 étaient liés au tabac (cancers broncho-pulmonaires, bronchites chroniques, cardiopathies ischémiques) [3].

Face à ces constats, de nombreuses actions ont été mises en œuvre depuis une dizaine d'années par le biais de programmes de santé publique locaux. Ainsi, en 1999 est né le programme « Vie Saine et Poids Santé » qui vise à promouvoir des comportements alimentaires sains et la pratique régulière d'une activité physique. De même, un programme de lutte contre le tabac existe depuis 2003, et récemment, le programme polynésien de lutte contre l'alcool et la toxicomanie a été élaboré.

Cependant, la mise en place d'un système de surveillance des MNT s'avère aujourd'hui indispensable pour suivre l'évolution de ces pathologies et piloter les programmes de prévention associés. La Polynésie française a choisi d'adopter la méthodologie STEPwise proposée par l'OMS

pour actualiser ses données de prévalence et réaliser sa première étude ciblant les facteurs de risque des MNT [4].

L'objectif de cet article est de présenter les résultats obtenus concernant les facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, consommation de fruits et légumes et niveau d'activité physique), ainsi que les prévalences de l'excès de poids, de l'obésité et de l'HTA au sein de la population polynésienne, en les mettant en perspective avec les données de 1995.

2. Matériels et méthode

2.1. Echantillon

L'étude s'est déroulée du 23 août 2010 au 15 octobre 2010. Il s'agit d'une étude transversale portant sur un échantillon représentatif de la population polynésienne de 3660 personnes âgées de 18 à 64 ans et résidant depuis plus de six mois sur le territoire dans un logement d'habitation déjà existant au dernier recensement de la population (2007). Elle a eu lieu sur l'ensemble de la Pf. L'échantillonnage a été déterminé par l'OMS, par la méthode des grappes à deux niveaux et par stratification géographique. Trois strates ont été retenues : « Iles du vent », « Iles sous-le-vent » et « autres archipels » (composée des îles Marquises, Australes et Tuamotu-Gambier). Au sein de chaque strate, un tirage au sort des communes a été réalisé, pour chaque commune, des districts ont été tirés au sort puis 20 logements par district ont été sélectionnés. Ces logements étaient identifiés sur des cartes fournies par l'Institut de la Statistique de Polynésie française. Une seule personne était interrogée en respectant les critères d'inclusion de l'enquête et sélectionnée par la méthode Kish [5].

2.2. Recueil des données

La définition des données collectées est présentée dans le tableau 1.

Le recueil des données s'est effectué en 2 temps :

1^o) Des enquêteurs, recrutés localement, formés par une consultante de l'OMS, se sont rendus aux domiciles tirés au sort et ont administré en face à face, à la personne sélectionnée, un questionnaire standardisé élaboré par l'OMS. Le questionnaire, bilingue (français/tahitien), portait sur des données sociodémographiques, comportementales

(consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, hygiène alimentaire, niveau d'activité physique) et sur les antécédents d'HTA et de diabète des individus.

Des questions supplémentaires, propres au contexte polynésien, ont été ajoutées par le comité de travail de la Direction de la santé. Les données ont été saisies sur un *personnal digital assistant* (PDA).

Les enquêteurs avaient à leur disposition un imagier illustrant les quantités d'alcool, le tabac, les fruits et légumes et des exemples d'activité physique pour faciliter l'administration du questionnaire.

La taille, le poids et le périmètre abdominal ont été mesurés à domicile, avec du matériel standardisé.

2°) La personne interrogée était ensuite orientée vers le centre de santé de son lieu de résidence pour réaliser des mesures de la tension artérielle, de la glycémie et de la cholestérolémie. La tension artérielle était mesurée à 3 reprises à l'aide de tensiomètres automatiques. La glycémie et la cholestérolémie étaient prélevées à jeun par prélèvement capillaire sanguin. Les chiffres recueillis pour la glycémie et la cholestérolémie ne sont pas présentés dans le présent article car jugés non fiables en raison d'un dysfonctionnement des appareils de mesure.

L'ensemble du matériel nécessaire au recueil des données (matériel médical et PDA) a été mis à disposition par l'OMS.

Tableau 1 : Définitions des données collectées. Enquête santé 2010, Polynésie française, 2010

Alcool	1 verre = 10g d'alcool pur Norme OMS : 4 verres pour les hommes / 3 verres pour les femmes										
	Usage régulier : entre 1 à 4 jours/semaine et 5 à 6 jours/semaine Usage occasionnel : entre 1 à 3 jours/mois et moins d'une fois/mois										
Fruits et légumes	1 portion = 60g de fruits ou légumes Une consommation suffisante de fruits et légumes correspond à 5 portions de fruits ou légumes par jour selon les recommandations françaises du Plan National Nutrition Santé 2.										
Activité physique	L'activité physique est estimée à l'aide d'un indicateur continu, tel que les équivalents métaboliques MET-minutes par semaine ou le temps consacré aux activités physiques. Les MET, couramment employés pour exprimer l'intensité des activités physiques, ont été utilisés pour analyser les données recueillies. Les trois niveaux d'activité physique proposés pour classer les populations sont : - élevé : activité physique intense au moins 3 jours par semaine entraînant une dépense énergétique d'au moins 1500 MET-minutes/semaine OU activité physique modérée ou intense au moins 7 jours par semaine entraînant un minimum de 3000 MET-minutes par semaine. - moyen : au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine OU au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine OU au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, entraînant un minimum de 600 MET-minutes par semaine. - limité : sont classées dans cette catégorie les personnes qui ne correspondent à aucun des critères mentionnés ci-dessus.										
Hypertension artérielle	La pression artérielle a été mesurée sur le bras gauche à trois reprises, espacées d'au moins 3 minutes et après un temps de repos de 15 minutes. L'HTA est définie par une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg ou par la prise actuelle d'un traitement médical pour tension artérielle élevée.										
Corpulence	La corpulence a été déterminée à l'aide de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé selon la formule : poids (en kg) divisé par taille (en m) au carré. Les intervalles utilisés sont les suivants :										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe</th> <th>IMC (kg/m²)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maigre</td> <td><18,5</td> </tr> <tr> <td>Corpulence normale</td> <td>[18,5 – 25,0[</td> </tr> <tr> <td>Excès de poids</td> <td>[25,0 – 30,0[</td> </tr> <tr> <td>Obésité</td> <td>$\geq 30,0$</td> </tr> </tbody> </table>	Classe	IMC (kg/m ²)	Maigre	<18,5	Corpulence normale	[18,5 – 25,0[Excès de poids	[25,0 – 30,0[Obésité	$\geq 30,0$
Classe	IMC (kg/m ²)										
Maigre	<18,5										
Corpulence normale	[18,5 – 25,0[
Excès de poids	[25,0 – 30,0[
Obésité	$\geq 30,0$										
Obésité abdominale	L'obésité abdominale est évaluée à partir du périmètre abdominal. Selon les seuils de l'OMS, l'obésité abdominale est atteinte à partir de 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme.										
Facteurs de risque combinés	D'après l'OMS, huit facteurs de risque favorisent la survenue de la majorité des MNT [6] : tabac, alcool, nutrition, inactivité physique, obésité, tension artérielle/glycémie/lipidémie élevées. La combinaison de ces risques (3 ou plus) constitue un risque élevé de survenue de MNT pour une population.										

2.3. Analyses statistiques

Les données recueillies lors de l'enquête à domicile ont été saisies directement sur les PDA puis exportées sous ExcelTM. Les données physiques et biologiques ont été saisies au Département des Programmes de Prévention (DPP) de la Direction de la santé sur le logiciel EpidataTM puis concaténées avec les données ExcelTM à partir d'un numéro d'identifiant. Des vérifications de cohérence des données saisies ont été effectuées. La base de données anonymisée a ensuite été envoyée à l'OMS pour une analyse statistique descriptive. Le logiciel Epi InfoTM version 3.5.3. (2011) a été utilisé.

A l'exception des données sociodémographiques, l'ensemble des résultats a été pondéré selon la probabilité de chaque participant d'avoir été tiré au sort (probabilité à chaque degré de sélection), puis standardisé sur l'âge et le sexe selon la structure de la population au dernier recensement (2007).

Les intervalles de confiance ont été calculés avec un seuil de 95% (IC 95%). Des tests du Khi-2 ou des analyses de variances ont été réalisés sur Epi InfoTM version 6.04d et version 3.5.3 avec un risque d'erreur alpha égal à 5%.

3. Résultats

Au total, 3469 personnes ont été incluses dans l'enquête (1508 hommes et 1961 femmes), soit un taux de réponse de 94,8%.

Consommation de tabac : 41,0% de la population fument actuellement, dont 34,1% quotidiennement. Les femmes fument significativement plus que les hommes (43,6% *versus* 38,5%), et les jeunes (18-24 ans) plus que leurs aînés (tableau 2).

Parmi les 1353 fumeurs interrogés, 67,8% souhaitent arrêter de fumer.

Tableau 2 : Prévalence du tabagisme par tranche d'âge et par sexe. Enquête santé 2010, Polynésie française, 2010

Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Total		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
18-24	234	43,7	35,5-51,9	315	48,9	41,8-56,0	549	46,3	41,2-51,4
25-44	708	39,5	34,9-44,0	942	43,8	39,7-48,0	1 650	41,6	38,4-44,8
45-64	566	32,0	27,5-36,6	704	37,8	33,2-42,5	1 270	34,7	31,4-38,1
Total	1 508	38,5	35,3-41,7	1 961	43,6	40,5-46,7	3 469	41,0	38,6-43,3

Consommation d'alcool : 66,8% de la population déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (Tableau 3). Parmi ces individus, la répartition selon la fréquence de consommation montre que : 4,1% sont des consommateurs quotidiens, 22,9% des consommateurs réguliers et 73,0% des consommateurs occasionnels.

La quantité moyenne d'alcool consommé par occasion au cours des 30 derniers jours est de 10,8 verres standards, soit 110 grammes d'alcool. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (12,2 verres *versus* 8,7 verres par occasion, $p < 0,05$). Quelque soit le sexe, la quantité moyenne d'alcool consommé par occasion diminue avec l'âge ($p < 0,05$).

Tableau 3 : Prévalence de la consommation d'alcool par tranche d'âge. Enquête santé 2010, Polynésie française, 2010

Tranche d'âge (ans)	n	consommation au cours des 30 derniers jours (%)	IC 95%	consommation au cours des 12 derniers mois (%)	IC 95%	abstinents pendant 12 derniers mois (%)	IC 95%	abstinents (jamais bu d'alcool) (%)	IC 95%
18-24	548	46,4	41,6-51,2	27,2	22,5-31,9	14,3	10,9-17,7	12,1	9,0-15,3
25-44	1649	46,0	42,8-49,3	22,4	19,4-25,5	16,2	13,7-18,6	15,4	13,1-17,7
45-64	1270	45,7	42,0-49,5	11,8	9,6-13,9	20,6	17,5-23,6	21,9	18,6-25,2
Total	3467	46,0	43,7-48,4	20,8	18,5-23,0	16,9	15,0-18,7	16,3	14,3-18,3

Consommation de fruits et légumes : les personnes interrogées consomment en moyenne 2,6 portions de fruits et légumes par jour (1,1 portion de fruits et 1,5 portion de légumes). Seuls 12,7% de la population consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, mais 34,5% de la population pensent consommer suffisamment de fruits et 46,6 % jugent qu'ils consomment suffisamment de légumes. Aucune différence de fréquence de consommation de fruits et légumes entre les hommes et les femmes n'est observée. Le prix et les difficultés d'approvisionnement sont les principaux freins cités concernant la consommation de fruits et légumes.

Pratique de l'activité physique : 58,9% de la population interrogée possèdent un niveau élevé d'activité physique, mais 21,6% ont un niveau bas. Les femmes sont significativement moins actives que les hommes (27,4% *versus* 16,1%). Les principales raisons citées concernant cette faible pratique de l'activité physique sont, par ordre d'importance : le manque de temps (34,7% [IC_{95%}=32,6-36,9]), le fait que le niveau d'activité physique soit jugé suffisant (28,1% [IC_{95%}=25,9-30,3]), le manque de motivation (19,9% [IC_{95%}=18,1-21,7]), la contrainte médicale (7,1% [IC_{95%}=6,1-8,1]).

Mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) : L'IMC moyen de la population est de 29,3 kg/m², sans différence significative entre les hommes et les femmes. La prévalence de l'excès de poids est de 69,9% et celle de l'obésité de 40,4%. Seuls 28,7% des individus évalués

présentent des valeurs d'IMC correspondant à une corpulence normale.

Mesure du périmètre abdominal : Le tour de taille moyen mesuré est de 97,7 cm chez les hommes et 93,9 cm chez les femmes. 37,0% des hommes souffrent d'obésité abdominale contre 62,2% des femmes. Au total, 49,2% de la population présentent une obésité abdominale.

Antécédents connus d'HTA et mesure de la pression artérielle : 10,0% des personnes interrogées ont déclaré souffrir d'HTA. Cependant, la mesure de la pression artérielle réalisée lors de cette étude met en évidence l'existence d'une HTA chez 26,7% de la population [IC_{95%}=24,2-29,1]. Cette HTA concerne plus les hommes que les femmes (31,1% *versus* 22,2%), et elle augmente significativement avec l'âge (8,9% des 18-24 ans, 23,8% des 25-44 ans et 49,5% des 45-65 ans). Par ailleurs, 74,2% des personnes hypertendues ne sont pas traitées et seules 10,3% des personnes hypertendues ont un traitement efficace.

Antécédents connus de diabète : 74,9% des personnes interrogées déclarent avoir déjà bénéficié d'une mesure de la glycémie par un professionnel de santé ; 10,0% déclarent être diabétiques (5,8% chez les 18-24 ans ; 6,9% chez les 25-44 ans et 18,9% chez les 45-64 ans). Deux tiers des diabétiques connus (68,3%) déclarent prendre un traitement antidiabétique (par voie orale pour 60,3% et par insuline pour 20,0%).

Facteurs de risque combinés : 45,0% de la population a un risque majoré de MNT (combinaison d'au moins 3 facteurs de risque cités ci-dessus) ; ils sont 58,8% chez les 45-64 ans et 39,9% chez les 18-44 ans. Seulement 1,7% de la population ne présente aucun facteur de risque.

4. Discussion

La prévalence du tabagisme a augmenté depuis 1995, passant de 36,2% à 41,0% en 2010. La prévalence du tabagisme féminin est passée de 36,5% en 1995 à 43,6% en 2010. Cette situation est d'autant plus inquiétante qu'une étude réalisée en 2009 montre que les jeunes fument de plus en plus tôt [6].

Bien que le niveau de consommation d'alcool en Polynésie française se situe à un niveau moyen par rapport au reste du monde, il se distingue par son caractère toxicomaniaque [7]. Il s'agit en effet de phénomènes d'alcoolisation massive, comme en témoigne la consommation moyenne par occasion relevée dans cette étude (10,8 verres standard).

Concernant les habitudes alimentaires, la population polynésienne est loin des recommandations internationales de 5 fruits et légumes par jour. Cependant, près de la moitié des personnes interrogées pense que leur consommation de fruits et légumes est suffisante.

La proportion importante (58,9%) de personnes pratiquant une activité physique élevée correspond au constat des professionnels de santé qui notent une augmentation du nombre d'individus qui « bougent ». Ceci est en partie dû à l'installation récente de quelques zones propices à la pratique et accessibles à tous (parc, stades et chemins aménagés). Cependant, ces initiatives restent marginales et doivent être renforcées puisque le niveau d'activité physique moyen au sein de la population reste insuffisant, surtout chez les femmes.

Les prévalences du surpoids et de l'obésité au sein de la population adulte sont stables par rapport aux chiffres de 1995, mais restent élevées pour les deux sexes.

Le niveau élevé de la prévalence mesurée de l'HTA (environ un quart de la population) est particulièrement inquiétante (cette prévalence était estimée à 17,9% en 1995). La méconnaissance de la maladie génère un retard dans la prise en charge thérapeutique, qui semble d'ailleurs peu efficace lorsqu'elle existe. La combinaison de mesures hygiéno-diététiques couplées à une prise en charge médicale et un traitement médicamenteux bien conduit est la clé d'une amélioration réelle et durable des chiffres tensionnels. Dans ce cadre, une campagne d'information sur les dangers d'une consommation excessive de sel a été lancée en octobre 2012.

La prévalence du diabète, estimée sur la base des données déclaratives, ne semble pas avoir augmentée depuis 1995. L'absence de mesures de glycémie exploitables modère évidemment la validité de ce constat. Au final, et sur l'ensemble des facteurs de risque, l'enquête montre que près de la moitié de la population (45,0%) présente un risque majeur de développer une MNT.

5. Conclusion

La méthodologie d'enquête standardisée utilisée pour cette étude, préconisée par l'OMS, a pour objectif de permettre la comparaison plus efficace avec les situations des différents pays de la zone Pacifique, qui doivent faire face aux mêmes enjeux sanitaires que la Polynésie française.

Les résultats obtenus grâce à cette enquête ont permis d'actualiser les données existantes en matière de maladies non transmissibles, qui dataient de 1995, et permettront d'adapter au mieux les stratégies de prévention.

Avec 45% des polynésiens présentant un risque majoré de MNT, l'impact sur les coûts de santé prévisibles seront considérables pour la prise en charge de ces personnes. Les facteurs de risque modifiables tels que le tabac, l'alcool, la sédentarité et une consommation insuffisante de fruits et légumes, associés à une tension artérielle élevée et un diabète, constituent autant d'enjeux de santé publique à prévenir, modifier et prendre en charge, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces pathologies.

6. Références

- [1] « Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 », résumé d'orientation, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2010.
- [2] BISES « Enquête sur les maladies non transmissibles en Polynésie française, septembre – novembre 1995 », Direction de la santé, Papeete, 1997.
- [3] La santé observée en Polynésie française, Direction de la santé, Papeete, 2002.
- [4] Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: The WHO STEPwise approach. Summary. Geneva, World Health Organization, 2001.
- [5] Le Manuel de Surveillance STEPS de l'OMS : L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques. Méthode Kish. Partie 2-2-18. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- [6] Beck F, Brugiroux M.-F, Cerf N (dir.). Les conduites addictives des adolescents polynésiens; *Enquête Ecaap 2009*, Saint-Denis, Inpes, 2011.
- [7] Etude sur l'alcoolisme en Polynésie française, Direction de la santé, Papeete, 2006

Rapport complet disponible à l'adresse suivante :

[/http://www.who.int/chp/steps/reports/en/index.html/](http://www.who.int/chp/steps/reports/en/index.html/)

Comité de rédaction

Bureau de Veille Sanitaire (BVS) :

Tél. : 488 201 – veille@sante.gov.pf

Département des Programmes de Prévention (DPP) :

Tél. : 488 200 – secretariat.dpp@sante.gov.pf



Enquête sur les
comportements de santé
des jeunes âgés
de 13 à 17 ans,
scolarisés en
Polynésie française



COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ET CORPULENCE

En Polynésie française, 43,2% des élèves âgés de 13 à 17 ans sont en surpoids dont 19,8% au stade de l'obésité.

Bien que ces données soient inférieures aux autres territoires du Pacifique (Wallis et Futuna⁶, 62.6% des élèves sont en surpoids et 32.3% des enfants sont en état d'obésité), les résultats montrent que l'obésité chez l'enfant constitue l'un des plus grands défis en santé publique pour la Polynésie française. Si elle n'est pas prise en charge, elle risque d'entraîner l'apparition de pathologies à l'âge adulte telles que les maladies cardiovasculaires, diabète, troubles musculo-squelettiques et certains types de cancer (de l'endomètre, du sein ou du colon)⁷. L'obésité peut également avoir un impact négatif psychologique et social et ainsi affecter la scolarité et la qualité de vie de l'adolescent.

Les résultats montrent également des habitudes alimentaires défavorables à la santé : 45,8 % des élèves déclarent boire des sodas gazeux sucrés au moins une fois par jour. Si 70,1% des élèves déclarent consommer au moins une fois par jour des fruits, seulement 46,8% en consomment plus de deux fois par jour. La consommation de légumes est aussi faible : seulement 27,7% en consomment au moins trois fois par jour.

Dans la lutte contre le surpoids et l'obésité chez l'enfant, l'OMS préconise une stratégie mondiale pour l'alimentation afin de limiter la consommation d'aliments énergétiques riches en graisses et en sucres et favoriser la consommation d'aliments riches en vitamines, minéraux et autres micronutriments sains.

Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de ..

<https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/2018/06>

Schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022 page 21

Axe 1 : Favoriser des environnements propice à la santé des polynésiens

La modification profonde du mode de vie des Polynésiens explique l'explosion des MNT en raison du passage d'une vie traditionnelle proche de la nature à l'ère de la mondialisation où les aliments transformés de qualité nutritionnelle médiocre sont accessibles et valorisés par de puissantes stratégies de marketing, et où les nouveaux styles de vie sont propices à l'inactivité physique et à la consommation de produits nocifs comme le tabac et l'alcool. Ces facteurs de risque sont les déterminants communs et majeurs des maladies chroniques.

Les défis futurs concernent des problèmes de santé dont les causes sont évitables et dues à des pratiques non adéquates, à des facteurs alimentaires et des modes de vie souvent néfastes.

L'objectif est de créer un environnement favorable à la santé afin que les choix bénéfiques à la santé soient facilités et les choix moins propices à la santé soient plus difficiles à faire.

Les acteurs du changement d'environnements en faveur de la santé sont issus de divers milieux et secteurs : décideurs politiques, élus et acteurs municipaux, intervenants en milieu scolaire ou dans les structures d'accueil et de garde, les managers et salariés dans les lieux de travail, les professionnels et les associations de jeunesse, de loisirs et de sports, les acteurs du système de santé, les médias, les leaders communautaires et associatifs, ceux qui influencent la mode, les tendances socioculturelles et les réseaux sociaux, etc. Il importe donc que tous partagent une vision commune des concepts et des objectifs liés à la création d'environnements santé.

Les soins de santé primaires en Polynésie : Historique, contexte et définition ¹

Le concept des soins de santé primaires développé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1978, a été mis en application en Polynésie française dès les années 1980 avec succès, sous la forme d'un réseau de structures de santé de proximité offrant des services étendus aux habitants des 76 îles habitées d'un territoire grand comme l'Europe.

Au début des années 1990, la mise en place de la protection sociale généralisée permettant à tous une prise en charge financière des soins en secteur public ou privé, en complétant le réseau de soins de santé primaires existant, a permis d'atteindre un haut niveau de couverture sanitaire universelle.

Le contexte Polynésien a beaucoup évolué depuis, avec l'apparition de nouveaux et nombreux facteurs influençant l'état de santé des habitants ainsi que le développement d'une offre hospitalière technique de bon niveau. Les soins de santé primaires Polynésien ont progressivement vu leur rôle, leur financement et leur efficacité décroître, situation responsable en partie de l'augmentation inquiétante des pathologies et de l'afflux de patients à l'hôpital.

L'OMS recommande depuis 2008 que les Pays, même développés comme la Polynésie, modernisent leurs soins de santé primaires afin de faire face à la mondialisation et à l'explosion des maladies. Cette recommandation a été relancée avec force lors de la dernière conférence de l'OMS à Astana en septembre 2018.

Consciente des nouveaux enjeux sanitaires, la Polynésie française a entamé de nombreuses démarches et réformes quant à son système de santé, suite à l'adoption du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016-2021.

La première étape de cette démarche réalisée en 2017-2018 a été d'élaborer et de définir les soins de santé primaires de Polynésie française tout en se basant sur l'existant et les recommandations internationales.

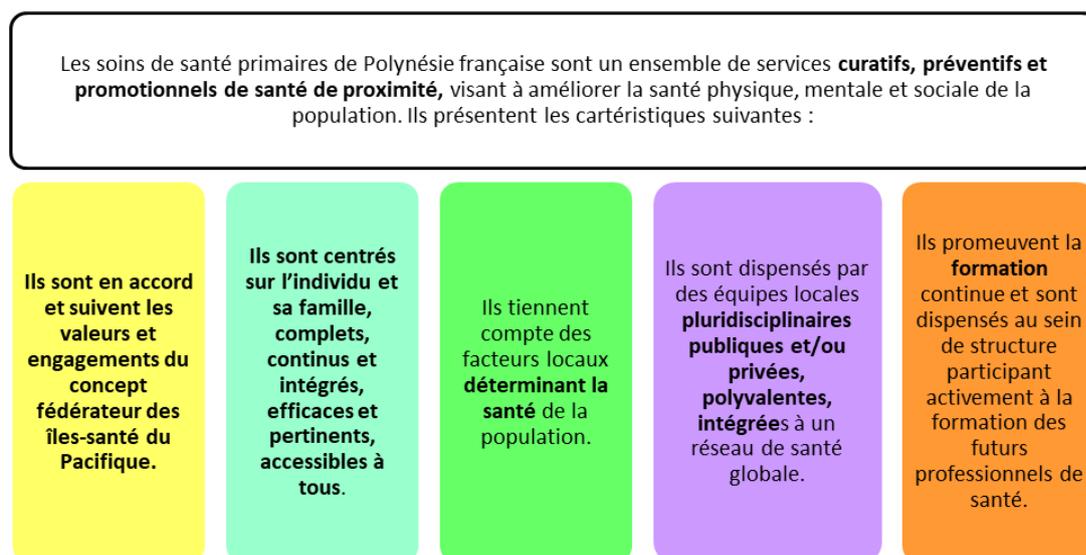


Figure 1 : Définition des soins de santé primaire de Polynésie Française - décembre 2018

La deuxième étape a été de définir des objectifs et des outils adaptés aux soins de santé primaires puis de les tester en 2018. A l'issue de cette phase expérimentale, un programme de modernisation des soins de santé primaires ambitieux sur 5 ans a été élaboré avec l'assistance technique d'une mission d'experts de l'OMS. Ce document présente la synthèse de ce programme.

¹ Pour plus de précisions, se référer au document « Les soins de santé primaires en Polynésie française : Etat des connaissances, Etat des lieux et Orientations stratégiques » de la Direction de la santé (février 2019)

Le programme de modernisation des soins de santé primaires 2019-2023

Afin de répondre aux enjeux sanitaires et ainsi améliorer l'état de santé de la population, le gouvernement de la Polynésie française a adopté le nouveau Schéma d'Organisation Sanitaire pour la période 2016-2021. Le programme de Modernisation des Soins de Santé Primaires s'inscrit pleinement dans cette démarche de par ses objectifs et sa nature transversale et intersectorielle.

L'OBJECTIF GENERAL du programme de modernisation des soins de santé primaires (SSP) de Polynésie française 2019-2023 est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Polynésie française en contribuant au renforcement, selon une approche moderne et adaptée au contexte local, des soins de santé primaires qui sont un ensemble de services curatifs, préventifs et promotionnels de santé :

- centrés sur l'individu et sa famille
- complets, continus et intégrés
- efficaces et pertinents
- accessibles à tous (couverture sanitaire universelle)
- et qui tiennent compte des facteurs locaux déterminant la santé de la population.

Ce programme se base sur **5 AXES STRATEGIQUES** :



Figure 2 : Les axes stratégiques du programme de modernisation des soins de santé primaires de Polynésie française 2019-2023



AXE 1 : LES INDIVIDUS, ACTEURS DE LEUR SANTE

CONSTATS

- Manque de visibilité des actions de promotion de la santé et des efforts fournis en matière de promotion de la santé à l'échelle du Pays
- Approche actuelle de la promotion de la santé en Polynésie tendant à substituer l'institution aux individus et non pas à leur apporter des compétences en santé
- Nécessité de moderniser le système de promotion de la santé en se réappropriant les principes de l'OMS et en tenant compte des évaluations scientifiques effectuées sur des programmes existants
- Nécessité d'adopter une vision élargie, et coordonnée avec l'ensemble des acteurs compétents, de la politique de prévention et de promotion de la santé dans une logique de vision transversale des déterminants de santé
- Nécessité de synergie et de coordination globale des actions menées, dans un souci de cohérence et de mise en commun des ressources
- Manque de données sur les besoins et attentes de la population en matière de santé

OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS PHARES

1.1 : Favoriser la mise en œuvre des dispositifs territoriaux de promotion de la santé, plaçant l'individu comme acteur de sa santé (comités locaux de la santé, « école en santé », label « ville et santé », « entreprise active », etc.)

- Signature de convention entre le Pays et les communes, dans le cadre de la création de comité locaux de santé
- Création d'un label « Ville et santé », adapté au contexte local, en partenariat avec l'OMS
- Labellisation des écoles primaires, mettant en œuvre des actions de promotion de la santé au sein de leur établissement (label « Ecole en santé »)

1.2 : Evaluer les besoins et les attentes de la population, en matière de santé

- Réalisation d'enquêtes standardisées (focus group) auprès de la population dans le cadre du service sanitaire obligatoire des étudiants en santé (2ème année) en accord avec l'Institut de Formation des Professions de Santé
- Réalisation d'enquête standardisée qualitative par échantillonnage sur les besoins et les attentes, en collaboration avec l'Institut de la Statistique de Polynésie Française (minimum : 1 enquête)

BENEFICES ATTENDUS

- Développement des actions de promotion de la santé au niveau local
- Amélioration de la connaissance des besoins et des attentes de la population, en matière de santé

BUDGET

Coût estimé sur 5 ans (hors ressources humaines) (en sus du budget fonctionnement DS actuel) : **3 M XPF**

Santé publique : en Polynésie les indicateurs sont dans le rouge



En Polynésie française, la prévalence de l'excès de poids est de 69,9% et celle de l'obésité de 40,4% selon les données publiées le 16 juillet dernier par le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de veille sanitaire.

PAPEETE, jeudi 18 juillet 2013 – Une étude publiée par le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de veille sanitaire le 16 juillet brosse un panorama alarmant de la situation sanitaire de la population en Polynésie française et suggère la mise en place urgente d'une politique planifiée de prévention.

Cette publication s'appuie sur les résultats d'une enquête menée en Polynésie française au sujet des facteurs de risque des maladies non transmissibles telles que l'obésité et l'hypertension artérielle.

La recherche a été réalisée en 2010 par Solène Bertrand et Anne-Laure Berry, auprès d'un échantillon représentatif de 3 469 personnes âgées de 18 à 64 ans (1 508 hommes et 1 961 femmes) et réparties sur l'ensemble des archipels du territoire.

La dernière étude sur cette problématique datait de 1995.

Quinze ans après, les mesures réalisées font froid dans le dos : "Les résultats de l'enquête permettent d'estimer la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles en Polynésie française : 41,0% de fumeurs, 40,4% de personnes obèses et 26,7% de personnes souffrant d'hypertension artérielle. La quantité d'alcool consommée en une seule occasion correspond en moyenne à 10,8 verres standards, et seuls 12,7% de la population consomment au moins cinq fruits et légumes par jour", indique pêle-mêle l'analyse des résultats, brossant un tableau accablant de l'ancrage de ces facteurs à risque dans le comportement de la population polynésienne.

Selon l'organisation mondiale de la santé, 63% des décès survenus en 2008 à l'échelle mondiale étaient dus à des maladies non transmissibles telles que maladies cardiovasculaires, diabète, cancers et affections respiratoires chroniques. "Cependant, une grande proportion de ces maladies pourrait être évitée en réduisant leurs quatre principaux facteurs de risque : tabagisme, sédentarité, consommation nocive d'alcool et alimentation déséquilibrée", constate l'étude.

EXERGUE : 45% de la population polynésienne présente un risque majoré de maladie non transmissible : "l'impact sur les coûts de santé prévisibles sera considérable pour la prise en charge de ces personnes" (Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de veille sanitaire du 16 juillet)

Si bien que les deux chercheurs suggèrent aussi : "En conséquence, les programmes de prévention en place devraient être renforcés et une surveillance régulière des facteurs de risque de ces maladies devrait être mise en place par le biais d'enquêtes du même type répétées tous les dix ans".

En Polynésie française, l'établissement public chargé de la prévention, l'Epap, a définitivement fermé en décembre 2010 privé de budget, après 8 ans d'une activité en faveur de la prévention dont on peine à sentir la pertinence.

L'établissement semble avoir été dévoyé de ses mission originelles pour devenir au fil des ans "un tiroir caisse autour duquel s'aiguisent des appétits personnels à des fins d'influence politique", dénonçait la représentante Tahoera'a Huiratira Armelle Merceron en 2005. L'Epap a englouti près de 12 milliards Fcfp en 8 ans et les taxes créées pour financer les actions de prévention en Polynésie française (taxes sur

les boissons sucrées, les alcools, le tabac, etc.) terminent aujourd'hui noyées dans le budget général du Pays.

Et les statistiques sanitaires polynésiennes ont connu de 1995 à 2010 une aggravation, avec une augmentation significative de 5 points de la prévalence au tabagisme, une consommation d'alcool à "caractère toxicomaniaque" et une prévalence à l'obésité "élevée pour les deux sexes" : i["[L'enquête de 1995] estimait la prévalence du surpoids dans la population à 71% environ (37% au stade d'obésité), celle du tabagisme à 36%, de la consommation excessive d'alcool à 30%, du diabète à 16%]i", constatent les deux chercheuses.

Aujourd'hui, près d'un Polynésien sur deux (45%) présente un risque majoré de maladie non transmissible, ce qui pousse Solène Bertrand et Anne-Laure Berry à prédire que "l'impact sur les coûts de santé prévisibles sera considérable pour la prise en charge de ces personnes".

A la CPS les maladies liées aux complications de problèmes cardiovasculaires et au diabète sont à l'origine de 3 000 nouveaux allocataires en longue maladie chaque année, en Polynésie française. Et la Caisse de prévoyance sociale observe une augmentation moyenne de cet effectif de l'ordre de 6% par an depuis 2003.

Au plan comptable, le déficit cumulé de la Protection sociale généralisée (PSG), a franchi les 17 milliards Fcfp en 2012.

(EXTRAITS)

Consommation de tabac

Parmi les personnes interrogées, 41,0% déclarent fumer actuellement, et 34,1% quotidiennement. Les femmes fument significativement plus que les hommes (43,6% versus 38,5%), et les jeunes (18-24 ans) plus que leurs aînés. Parmi les 1 353 fumeurs interrogés, 67,8% souhaitent arrêter de fumer.

Consommation d'alcool

66,8% des personnes interrogées déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Parmi elles, la répartition selon la fréquence de consommation montre : 4,1% de consommateurs quotidiens, 22,9% de consommateurs réguliers et 73,0% de consommateurs occasionnels.

La quantité moyenne d'alcool consommée par occasion au cours des 30 derniers jours est de 10,8 verres standards, soit 110 grammes d'alcool. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (12,2 verres versus 8,7 verres par occasion, $p < 0,05$).

Quel que soit le sexe, la quantité moyenne d'alcool consommé par occasion diminue avec l'âge ($p < 0,05$).

Consommation de fruits et légumes

Les personnes interrogées consomment en moyenne 2,6 portions de fruits et légumes par jour (1,1 portion de fruits et 1,5 portion de légumes). Seuls 12,7% de la population consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, et il n'y a pas de différence de consommation entre les hommes et les femmes. Dans 34,5% des cas, les répondants considèrent que leur consommation en fruits est suffisante. Les principaux freins à la consommation sont le prix (26,3%) et les difficultés d'approvisionnement (19,2%).

Activité physique

58,9% de la population interrogée ont un niveau élevé d'activité physique, et 21,6% ont un niveau jugé limité. Les femmes sont significativement moins actives que les hommes (27,4% des femmes ont un niveau d'activité physique limité versus 16,1% des hommes, $p < 0,05$). Les principales raisons citées concernant cette faible pratique de l'activité physique sont, par ordre d'importance : le manque de temps (34,7%), le fait que le niveau d'activité physique soit jugé suffisant (28,1%), le manque de motivation (19,9%), la contrainte médicale (7,1%).

Indice de masse corporelle

L'IMC moyen de la population est de 29,3 kg/m², sans différence significative entre les hommes et les femmes. La prévalence de l'excès de poids est de 69,9% et celle de l'obésité de 40,4%.

Seuls 28,7% des individus évalués présentent des valeurs d'IMC correspondant à une corpulence normale.

Rédigé par Jean-Pierre Viatge le Jeudi 18 Juillet 2013 à 15:10 - Tahiti infos

Le ministère de la santé veut prendre le problème de l'obésité à bras le corps

IR, Direction de la Santé • Publié le 15 février 2019 à 10h09, mis à jour le 30 septembre 2019 à 05h29



Les autorités veulent prendre en charge les enfants et les adolescents en surpoids ou obèses à l'hôpital d'Uturoa à Raiatea.

L'avis d'appel public à la concurrence pour une prestation de service relative à la prise en charge des enfants et des adolescents en surpoids ou obèses à l'hôpital de Uturoa – Raiatea a été publié le **18 décembre 2018**, les candidats devaient se faire connaître avant le **4 janvier 2019 à 12h00**.

L'idée c'est qu'au-delà de la prise en charge par un pédiatre de l'hôpital d'Uturoa, il y ait un accompagnement sur le plan sportif et diététique des enfants et adolescents de l'île sacrée.

La Polynésie française, au même titre que les îles et états insulaires du Pacifique sud, présente des prévalences élevées de surpoids et obésité.

Au regard de 2 enquêtes (1995 et 2010), la surcharge pondérale s'est stabilisée au sein de la population mais reste fortement élevée. **70% de la population adulte est en surpoids dont 40% au stade d'obésité.** Cette problématique de santé publique affecte dès le plus jeune âge, la population infantile est fortement touchée. La dernière enquête qui le révèle a été réalisée sur des enfants âgés de **7 à 9 ans** et montre **une prévalence de 36% de surpoids dont 16% en obésité.**

En croisant ce constat avec la présence d'autres facteurs de risque au sein de la population (consommation de tabac et d'alcool, hypertension artérielle, faible pratique d'activité physique, faible consommation de fruits et légumes), **on estime que 45% de la population présente un risque de développer une maladie non transmissible.**

Surpoids ou obésité ?

Le surpoids est un état physiologique caractérisé par une concentration de masse grasseuse et un excès de poids. L'obésité est le niveau supérieur de surcharge pondérale. En effet le calcul de l'IMC (Indice de masse corporelle = poids en kg/taille² en m) basé sur les mesures anthropométriques poids et taille permet de dépister le stade de surcharge. Un IMC entre 25 et 30 caractérise un surpoids, un IMC > à 30 correspond à un état d'obésité.

Journée « Administration active » aux Marquises

26 novembre 2018 – <https://www.service-public.pf>



Pour la seconde fois, une journée « administration active » s'est tenue à Taiohae, sur l'île de Nuku Hiva, vendredi dernier, à l'initiative de la circonscription des îles Marquises. Pour cette année, un comité organisateur a été mis en place sous la houlette de Willy Tetuanui, chef du bureau de développement de la circonscription.

Cette journée s'inscrit dans la démarche « administration active » engagée par le Président de la Polynésie française afin d'améliorer la santé, le bien-être au travail, la cohésion des équipes et en tirer le bénéfice d'une plus grande performance dans le travail.

Seize équipes rassemblant plus de 220 participants issus de tous les services et établissements publics du Pays (Circonscription des Marquises, Direction de l'Équipement, Direction de l'Agriculture, Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité, Direction de la Santé, Service de l'urbanisme, Direction générale de l'Éducation et des enseignements, Institut de la Jeunesse et des sports), auxquels se sont joints la commune de Nuku Hiva, la Caisse de Prévoyance sociale, l'EDT (Electricité de Tahiti), l'OPT (Office des postes et télécommunications), la CCISM (Chambre de commerce, d'industrie, des services et des métiers), le collège de Taiohae, la Maison de l'Enfance (Fare Tama Hau), la coopérative de pêche et une association de pêcheurs ainsi que 3 équipes de la fédération des transporteurs terrestres, se sont affrontées dans des disciplines sportives variées : volley-ball, tennis sur gazon, pétanque, et jeux divers, à savoir tir à la corde, course à la brouette, course à la cuillère, course en sac, passage de noix de coco et course de pirogue.

Une permanence a été assurée durant la journée dans chaque service, et un repas diététique a été servi à la mi-journée. Le Tavana Hau du Pays, Bernard Chimin, a remercié tous les participants ainsi que tous les généreux donateurs et intervenants (magasins du village, coopératives de pêcheurs et d'éleveurs de bétail, maraîchers, la commune pour la mise à disposition de la cuisine centrale, les volontaires préposés à la préparation du repas de midi, les animateurs de la journée, l'IJSPF pour la mise à disposition des salles et terrains de sport). Un classement à l'issue de la journée a été établi, toutefois aucun prix n'ait été remis, le but de la journée étant de participer.

La Direction de la santé et la Chambre de l'Agriculture et de la Pêche Lagonaire deviennent partenaires dans le développement et la valorisation des produits locaux

Le 20 septembre 2019, la Directrice de la santé, Dr Laurence Bonnac-Théron et la présidente de la Chambre de l'agriculture et de la pêche lagonaire (CAPL), Madame Yvette Temauri, ont signé une convention de partenariat. Elle permettra de favoriser la consommation des produits locaux par la population et d'assurer une cohérence des messages de prévention et de promotion de santé entre les deux entités.



Valoriser les produits locaux et l'adoption d'un mode de vie sain

La Direction de la santé et la Chambre de l'agriculture et de la pêche lagonaire poursuivent des objectifs similaires. En effet, leurs actions valorisent les produits locaux. Elles agissent aussi pour favoriser l'adoption d'un mode de vie sain. Pour apporter de la cohérence à leurs initiatives, elles ont décidé de s'unir et de collaborer en mettant en place une convention de partenariat. Cette dernière rendra plus efficace la diffusion des messages de prévention et de promotion de santé à destination de la population.

Des actions pour des comportements plus responsables

La Direction de la santé et la Chambre de l'agriculture et de la pêche lagonaire mènent depuis de nombreuses années des actions pour développer et valoriser les produits locaux. Ainsi, La Direction de la santé a :

- adopté un « schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022 ». Il vise, entre autres, à favoriser la consommation des produits locaux ;
- lancé la campagne de communication « Préférez le Naturel ». L'objectif : interpeller la population sur sa consommation de produits sucrés et privilégier les fruits, des produits naturellement sucrés.

Parallèlement, la Chambre de l'agriculture et de la pêche lagonaire s'est inscrite dans la même démarche. Elle met en place différentes initiatives :

- la charte d'engagement pour des bonnes pratiques relatives à la distribution des produits locaux issus de l'agriculture ;
- la campagne « Manger Local ». Elle sensibilise les Polynésiens sur les bienfaits des produits du fenua.

<https://www.service-public.pf> › dsp › Septembre 2019