

Prévention en nutrition-santé sur le territoire Polynésien : Evaluation du programme national EA'ctus

MÉMOIRE

2^{ème} année Master mention Sciences Pour la santé, parcours Healthcare Business
Année 2021-2022

Date de la soutenance : 12 Juillet 2022 à 13h

Composition de jury :

- Président du jury : Mme Hélène GORGE
- 2^{ème} membre de jury : Mme Daphnée SALERNO
- 3^{ème} membre de jury : Mme Chloé RESCHE

Université de Lille
Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Pour commencer, il me semble légitime d'adresser mes plus sincères remerciements à Madame Daphnée Salerno en sa qualité de Directrice de mémoire. Son expérience professionnelle et son expertise dans l'évaluation des changements de comportements en santé m'a apporté beaucoup de bons conseils et guidelines déterminants à la réalisation de ce travail.

Ensuite, j'adresse des remerciements à Madame Hélène Gorge, en tant que responsable du Master Healthcare Business. Sa disponibilité a été un véritable soutien pour moi tout au long du développement de mon projet.

Je souhaite remercier l'unité Nutrition et Activité Physique de Santé publique France, tout d'abord Madame Anne-Juliette Serry responsable de l'unité mais également Chloé Resche, tutrice professionnelle, qui m'a apporté de précieux conseils sur le plan du Marketing social en tant que chargée de communication. Puis à toutes les personnes qui m'ont accordé temps, conseils et expertise.

C'est tout naturellement que je remercie Mesdames Caroline et Mélina de la Direction de la Santé de Polynésie pour l'avoir partagé sans retenue les informations nécessaires à bâtir le contexte de mon terrain. J'espère que ce mémoire pourra servir de piste de réflexion dans le cadre de la mise en place d'une évaluation des campagnes de prévention et promotion de la santé en Polynésie française.

Je remercie également les deux diététiciennes libérale et exerçant dans l'hôpital public, qui se reconnaîtront. Vos partages d'expériences respectifs ont été pour moi très enrichissant tant dans le cadre de ce mémoire mais également plus largement. Merci pour votre temps, vos conseils et la diffusion de mon questionnaire et ma demande auprès du groupe de l'Association des Diététicien(ne)s de Polynésie française (ADPF).

Également, un grand merci aux mairies de Faa'a et Punaauia, qui en tant que relai m'ont particulièrement aidé à recruter des personnes pour mes entretiens. Votre soutien a été très appréciable, surtout n'étant pas sur place pour faciliter ce recrutement.

Pour finir, j'adresse mes remerciements plus largement à tous les répondants aux interviews et au questionnaire, pour leur temps, leur naturel, leur honnêteté et leur bienveillance à l'égard de mon projet. Cette vague de partage et de bienveillance que j'ai pu ressentir tout au long de mon projet n'a été que bénéfique pour le mener à bien mais également m'épanouir plus personnellement en apprenant à découvrir une nouvelle culture.

Table des matières

PARTIE 1 : Le fléau des maladies non transmissibles et les outils de prévention et promotion de la santé au service des techniques de changements de comportements en nutrition 10

Le contexte sanitaire des maladies non transmissibles (MNT) 10

L'inactivité physique, la sédentarité et la malnutrition : le nouveau fardeau sanitaire mondial

Les politiques de santé publique en France 12

Le cas spécifique de la Polynésie française 18

Les changements de comportements 24

Les causes de ces changements de comportements alimentaires et une baisse de l'activité physique 24

Agir sur les comportements de santé... 26

“Prévenir pour mieux guérir” 30

Les objectifs généraux de la Prévention et Promotion sur la nutrition et l'activité physique 30

La Prévention en nutrition en Polynésie française 35

PARTIE 2 : La Polynésie française tente de relever ses défis en s'équipant du programme EA'ctus : habitudes tenaces ou prise de conscience de la part des populations ? 39

Méthodologie 39

Résultats du terrain 44

Analyse des résultats 44

Partie 1 : Généralités sur la Polynésie française 44

Une population informée et consciente de son état de santé 44

Une volonté d'être plus actif au physiquement ressentie 46

Des difficultés persistants sur l'alimentation 47

Facteurs influençants les comportements nutritionnels des polynésiens 49

Partie 2 : Focus sur la perception de la prévention en nutrition réalisée en Polynésie française 50

Connaissance et reconnaissance du travail de prévention réalisé 50

Une communication de proximité qui plaît 51

Une population réceptive et ouverte 51

Une attente des populations sur le long terme pour ancrer les changements de comportements 52

Les retours des interrogés sur les vidéos du programme EA'ctus 52

Recommandations 56

Perspectives d'amélioration 59

Index des Tableaux et Figures

<u>Figure 1</u> : Représentation de l'AET des polynésiens	19
<u>Figure 2</u> : Représentation des régimes alimentaires des polynésiens	20
<u>Figure 3</u> : Schéma des déterminismes réciproques dans la TSC de Bandura	27
<u>Figure 4</u> : Déclinaison du modèle transthéorique de Prochaska et Di. Clemente appliqué à l'activité physique et l'alimentation	32
<u>Figure 5</u> : Le Nutri-Score	33
<u>Figure 6</u> : Représentation schématique des 5 grandes étapes de l'élaboration d'un dispositif de marketing social chez Santé publique France.	34
<u>Figure 7</u> : Tableau des points forts et points faibles des post-tests de Santé publique France	

GLOSSAIRE

- **ILIS** : Institut Lilloise d'Ingénierie et de Management de la Qualité
- **PNNS** : Programme National Nutrition Santé
- **MNT** : Maladies Non Transmissibles
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **AP** : Activité Physique
- **DROM-COM** : Départements et Régions d'Outre-Mer et Communauté d'Outre-mer remplaçant l'acronyme DOM TOM (Département et Territoires d'Outre-Mer) depuis 2003.
- **Anses** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- **HCSP** : Haut Conseil de santé publique
- **SpF** : Santé publique France
- **AET** : Apport Énergétique total
- **ARASS** : Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HBM** : Modèle des Croyances relatives à la Santé (Health Belief Model)
- **TSC** : Théorie Sociale Cognitive
- **TCP** : Théorie du Comportement planifié
- **InVS** : Institut de Veille Sanitaire
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **EPRUS** : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
- **Adalis** : Groupement d'intérêt public : addiction, drogue, alcool info service
- **ADPF** : Association des Diététiciens de Polynésie française

Introduction

La nutrition, comprenant à la fois l'alimentation et l'activité physique, constitue un déterminant majeur de santé dans le monde actuel. *“Une nutrition satisfaisante à tous les âges de la vie contribue à la préservation d'un bon état de santé. À l'inverse, une nutrition inadaptée, au sens où elle s'éloigne des recommandations qui sont définies par les groupes d'experts scientifiques, est un facteur de risque des principales maladies chroniques”* (Programme National Nutrition Santé PNNS, 2019-2023)^[1] ou également appelées **maladies non transmissibles (MNT)** et représente un des plus **grand enjeux de santé publique du 21ème siècle**.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les MNT comme *“des maladies de longue durée et qui sont le résultat d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux”*^[2], les principales étant l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, certains cancers et les insuffisances respiratoires chroniques.

Responsables de **71% des causes de décès dans le monde** soit 41 millions de personnes chaque année d'après des chiffres de l'OMS^[2], ces maladies représentent un réel fardeau autant sanitaire qu'économique qui n'épargne aucune région du globe. Conscientes des enjeux à relever d'un point de vue purement médical et curatif mais également en matière de Prévention et Promotion de la santé, les différentes instances publiques se sont dotées de différents programmes et outils communicatifs pour promouvoir des comportements favorables à la santé de leurs populations.

Afin de lutter contre ces MNT, il est recommandé de **pratiquer une activité physique régulière** et de **manger sainement et équilibré**. D'après une définition de l'OMS, l'activité physique (AP) est considérée comme *“tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. Elle peut être pratiquée à différents niveaux d'intensité, dans le cadre du travail, des tâches ménagères, de déplacements ou d'activités de loisir, ou encore en participant à des séances d'exercice ou de sport”*^[3], on considère alors qu'une personne ne respectant pas les dernières recommandations mondiale de l'OMS - datant de 2010, est en inactivité physique. A l'inverse, la sédentarité est une *“situation d'éveil en position assise, inclinée ou allongée associée à une faible dépense énergétique”*^[4] Un haut niveau de sédentarité et un faible niveau d'activité physique sont considérées comme un facteur aggravant de développement de MNT telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers.^[5] Au-delà des conséquences dramatiques sur la santé, un mode de vie actif contribue de façon non négligeable au maintien d'un poids sain ainsi qu'au bien-être général et à la santé mentale.

En dehors de leurs conséquences sur le plan humain, ces pathologies représentent un réel fardeau pour nos différents systèmes de santé^[6] : les coûts directs et indirects, les maladies chroniques représentent 49% de la charge mondiale^[7].

En France, différents programmes nationaux ont été lancés sur ces différentes thématiques afin de mener des actions et lutter contre les conséquences de l'inactivité physique, de la sédentarité et de la malnutrition comme le PNNS par exemple. Il existe d'importantes disparités à l'échelle du territoire français et les régions et territoires d'outre-mer semblent particulièrement touchés par ces problématiques sanitaires. La population de **Polynésie française est constituée de 70% de personnes en surpoids dont 40% de personnes obèses**^[8]. Ainsi, les enjeux à relever sont énormes dans ce coin réputé pour ses plages paradisiaques et sa population accueillante.

Ainsi, on peut se demander : qu'est-ce qui est mis en place spécifiquement en Polynésie française en matière de Prévention et Promotion de la Santé pour lutter contre les mauvaises habitudes alimentaires ? Ce mémoire aura pour objectif **d'évaluer le programme EA'ctus lancé en 2021 par la Direction de la Santé de Polynésie française et de recenser l'avis des populations sur ses vidéos de prévention et promotion.**

Pour commencer, l'idée est de poser le contexte de ces MNT de façon générale dans le Monde, en France puis plus spécifiquement en Polynésie française. Ensuite, nous verrons les causes des changements de comportements alimentaires puis ce qui est mis en place par les différentes politiques pour lutter contre leurs conséquences. Ensuite, nous passerons au cœur de ce mémoire, à savoir le terrain mené autour du programme de prévention et promotion de la santé EA'ctus. Nous finirons par une partie recommandations et enseignements tirés de ce travail avant de conclure.

J'ai souhaité réaliser ce mémoire sur la Polynésie française afin **d'élargir mes connaissances en santé publique** à une autre région du globe riche de sa propre culture. Les problématiques spécifiques à la France d'Outre-Mer, en termes de culture et d'habitudes, d'accès aux soins et à la prévention, etc. m'ont semblé intéressantes et ont su attiser ma curiosité.

PARTIE 1 : Les outils de prévention et promotion de la santé dans un contexte de fléau des maladies non transmissibles au service des changements de comportements en nutrition

1. Le contexte sanitaire des maladies non transmissibles (MNT)

a. L'inactivité physique, la sédentarité et la malnutrition : le nouveau fardeau sanitaire mondial

Selon l'OMS, la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique associés ou non sont **les principaux risques pour la santé** à l'heure actuelle dans le Monde, devant le tabagisme. Ces deux facteurs sont en grande partie responsables des maladies les plus préoccupantes dans le monde, les maladies chroniques appelées également maladies non transmissibles (MNT) telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les insuffisances respiratoires chroniques. L'OMS les définit comme des maladies qui "tendent à être des maladies de longue durée et résultent d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux." Chaque année, ces maladies tuent 41 millions de personnes soit 71% des décès dans le monde.^[2]

En France, le nombre de cas d'obésité a quasiment été multiplié par 3 depuis 1975. D'après des chiffres de 2016, cela représente 13% de la population adulte mondiale. Conjointement, le nombre de personnes en surpoids continue d'augmenter et concernait 39% d'individus en 2016. Si l'on prend en compte ces deux taux, plus d'**une personne sur deux** dans le Monde souffre de problèmes liés au poids.^[8] Parallèlement le nombre de maladies associées au surpoids comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires ont augmenté. Le lien entre surpoids et obésité avec certaines maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires et même certains cancers n'est plus à prouver.

Par ailleurs, le surpoids et l'obésité apparaissent de plus en plus tôt (16 % des enfants en surpoids en 1990 contre 5 % en 1980) et touchent particulièrement les populations féminines défavorisées. La prévalence s'est accrue en France, surtout depuis le début des années 1990^[9]. Sans grande surprise, les populations les plus touchées par ces maladies sont les populations défavorisées.

"Jusqu'à cinq millions de décès par an pourraient être évités

si la population mondiale était plus active"

Face à ces constats et afin de tenter d'encadrer ces maladies générationnelles, l'OMS élabore un plan d'action **“Une population plus active pour un monde en meilleure santé”** (2018-2030) afin de promouvoir l'activité physique en réduisant l'inactivité physique de 10% d'ici 2025 et de 30% d'ici 2030. Pour ce faire, ils se fixent 4 objectifs stratégiques^[10] :

1. Créer une société active ;
2. Créer des environnements actifs ;
3. Inciter à être actifs ;
4. Créer des systèmes actifs.

Afin d'offrir des repères chiffrés au grand public, l'OMS a élaboré des **recommandations internationales sur l'activité physique et la sédentarité** ainsi que sur **la nutrition** pour lutter contre la progression des cas de surpoids et d'obésité et donc des maladies non transmissibles telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires les AVC et le cancer directement liés à ces trois facteurs.

Les recommandations de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité^[3]

Elles ont été définies et déclinées spécifiquement pour chaque cible en fonction de l'âge ou de l'état de santé (personnes en situation de handicaps ou de maladie chroniques, femmes enceintes ou en post-partum, etc.) afin de servir de ligne directrice aux différents pays et leurs politiques en termes de santé publique qui les déploient à leur tour sur leurs territoires respectifs. Les recommandations en vigueur aujourd'hui datent de 2019 suite à une révision des premières lignes directrices de 2010 à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé et sont définies dans le tableau en [Annexe 1](#).

Il est prouvé que la pratique d'une activité physique régulière améliore le **bien-être général, est bonne pour le cœur, le corps et l'esprit** (en réduisant les symptômes de dépression et d'anxiété). De plus, on sait aujourd'hui qu'une personne ne pratiquant pas d'activité physique suffisante augmente de 20 à 30% son risque de décès, il est donc indéniable qu'elle contribue de façon non négligeable à la prévention des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète.

Ces recommandations sont disponibles pour différentes tranches d'âges :

- Les enfants de moins de 5 ans découpés en sous-catégories : moins de 1 an, 1 à 2 ans puis 3 à 4 ans ;
- Les enfants et adolescents de 5 à 17 ans ;
- Les adultes de 18 à 64 ans ;
- puis les adultes et personnes âgées de plus de 65 ans.

De manière générale, ces textes recommandent un 30 minutes par jour pour un adulte de 18 à 64 ans dédiée à l'activité physique - de différentes intensités (de faible à intense) permettant de renforcer le système musculaire, osseux, les articulations, de travailler l'appareil cardio-respiratoire et de rompre la sédentarité.

Selon les derniers chiffres de l'OMS à l'échelle mondiale, un adulte sur 4 dans le monde n'aurait pas un niveau d'activité physique répondant à ces recommandations.

Les recommandation de l'OMS sur l'alimentation ^[11]

Afin de compléter ces recommandations internationales sur l'activité physique et la sédentarité, l'OMS a également mis en place des **recommandations nutritionnelles** afin d'agir dès le plus jeune âge et afin de réduire le risque de surpoids et d'obésité ainsi que les maladies non transmissibles au cours de la vie. Elles sont donc déclinées en fonction des âges et des pathologies dans les mêmes mesures que les recommandations sur l'activité physique.

En effet, une alimentation saine permet de lutter contre les MNT telles que le diabète, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et le cancer. Le plus gros enjeux sur lequel s'accordent les Etats Membres de l'OMS vise à **réduire de 30% la consommation mondiale de sel d'ici 2025**.

Ces recommandations sont promues par l'OMS à travers un ensemble de communications et d'interventions afin de lutter contre les MNT dans les environnements pauvres en ressources, en aidant et fournissant des protocoles cliniques de prise en charge de ces maladies comme par exemple l'hypertension, le diabète de type 2, le risque cardiovasculaire élevé, etc. Comme le changement d'habitude est un processus continu et qui se fait petit à petit, ces recommandations comprennent des conseils visant une augmentation progressive de l'activité physique à un niveau modéré (par exemple : la marche rapide) jusqu'aux recommandations mondiales de 150 minutes par semaine.

b. Les politiques de santé publique en France

Comme nous avons pu le voir, la prévalence du surpoids et de l'obésité est montée en flèche dans le Monde sans épargner la France, principalement depuis le début des années 1990. D'après des chiffres du début du 21ème siècle, à la veille du lancement du 1er PNNS (2001-2005), l'obésité en France concernerait 7 à 10% des adultes et 12,5% des enfants de 5 à 12 ans, chiffres qui augmentent de façon significative depuis quelques années. Cette augmentation est étroitement liée à l'état nutritionnel qui est lui-même facteur de développement de maladies :

- Les **maladies cardiovasculaires** (les arrêts cardiaques ou cérébraux) qui sont aujourd’hui en France, la première cause de mortalité et représentent 32% des décès soit près de 170 000 décès chaque année.
- Le **diabète** avec une prévalence à 2 à 2,5% tout âge confondu et près d’un adulte sur 5 présentant une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/L.
- Les **maladies respiratoires chroniques**.
- Certains **cancers**.^[1]

Face à ce constat, la France s’est dotée de différents plans pour lutter contre ces pathologies comme :

- Le National Nutrition Santé (PNNS) ;
- Le Plan Obésité (PO) ;
- Le Plan Cancer ;
- Le Plan National d’Action de Prévention de la Perte d’Autonomie ;
- La Stratégie Nationale Sport Santé

Tous intégrés et étroitement liés à la [Stratégie globale Nationale de Santé](#).

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)^[1]

1. Augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25% ;
2. Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D ;
3. Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses) ;
4. Augmenter la consommation de glucides afin qu’ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d’amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres ;
5. Réduire l’apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l’équivalent de 20 g d’alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d’alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique); il

n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique ;

6. Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
7. Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes,
8. Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;
9. Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Ces objectifs sont fixés par le HCSP qui s'occupe également d'en évaluer la réalisation et le suivi.

Pour répondre à ces objectifs fixés et évalués par le HCSP, le PNNS propose 6 axes stratégiques :

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant. Éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.
2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins.
3. Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques.
4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.
5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et cliniques.
6. Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques.

Depuis sa première version de 2001 à 2005, il a été renouvelé 3 fois pour donner naissance à 4 PNNS afin de toujours mieux connaître et comprendre les attitudes et comportements de santé des français et bâtir des interventions légitimes et efficaces. Ces évolutions permettent également d'être toujours plus juste et inclusif en ciblant plus spécifiquement les populations jugées les plus éloignées des recommandations nationales : les populations défavorisées à travers le PNNS 2 par exemple. Il permet également la mobilisation de tous les acteurs (professionnels de santé, acteurs économiques de l'alimentation, acteurs associatifs, collectivités locales).

Comme l'explique l'ex-ministre de la Santé, Agnès Buzyn à l'aube de la mise en place de la 4ème version du PNNS ; *"malgré les progrès enregistrés depuis vingt ans dans la lutte contre*

l'expansion des pathologies liées à la nutrition, il est indispensable de renforcer les actions pour inverser les tendances.” En effet, aujourd'hui encore près de la moitié de la population adulte et 17% des enfants sont toujours en surpoids ou obésité. Dans ce contexte, la 4ème version du PNNS sur la période 2019-2023 qui s'inscrit dans les orientations de la Stratégie nationale de santé et du plan national de santé publique *“priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie”* du gouvernement.

En France, près de la moitié des adultes et 17% des enfants sont en surpoids ou obèses. Les inégalités sociales et territoriales se creusent et la nutrition en est un indicateur implacable. ^[1]

Les différents objectifs de cette 4ème version du PNNS portent sur des catégories distinctes à savoir : ceux qui se rapportent aux consommations alimentaires, aux apports nutritionnels, à des repères transversaux, à l'activité physique et à la sédentarité, au statut nutritionnel et à l'allaitement maternel.

Si on s'intéresse à ceux portant sur le surpoids et l'obésité chez les adultes dans l'optique de diminuer la prévalence de l'obésité et stabiliser le surpoids, ils se fixent :

- Une diminution de 5% la prévalence de l'obésité ;
- Stabilisant la prévalence du surpoids ;
- Stabilisant la prévalence de l'obésité principalement chez les femmes de faible niveau socio-économique ;
- Stabilisant la prévalence de l'obésité morbide par la prévention (hors chirurgie bariatrique).

Concernant les objectifs portant sur l'augmentation de l'activité physique et la diminution de la sédentarité pour les adultes :

- L'objectif est de tendre vers **80% de la population atteignant un niveau d'activité physique au moins modéré**, c'est-à-dire 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour.
- Tout en **réduisant de 20% le nombre d'adultes passant plus de trois heures par jour devant un écran** en dehors de leur activité professionnelle ; le développement d'un indicateur de sédentarité prenant mieux en compte les usages et les modalités d'usages des écrans, les types d'activité sédentaires et les activités intellectuelles en découlant devra être défini.

Afin d'assurer le suivi et le déploiement des actions du PNNS à un niveau national ainsi que régional différents schémas sont prévus.

Au niveau national

Un **Comité interministériel** créé par le décret n02014-629 du 18 juin 2014 se réunit une fois par an en appui du **Comité permanent** est l'instance chargée de veiller au bon déroulement du programme.

Un **Comité de pilotage** se réunit au minimum deux fois par an, comprenant les administrations, les représentants des ARS, l'assurance maladie et d'autres agences impliquées dans la mise en œuvre des actions du PNNS. Ce comité de pilotage élabore chaque année un bilan technique voué à être présenté au Comité permanent restreint après consultation du Conseil national de l'alimentation qui apporte son avis et ses suggestions d'expert sur la thématique.

Un **Comité de suivi** est réuni régulièrement 3 à 4 fois par an dirigé par la DGS afin de

- Recueillir l'avis de ces acteurs sur les orientations, les besoins complémentaires, les difficultés ;
- D'informer sur les actions réalisées et à venir dans les mois suivants.

Ce comité convoque, en fonction de l'ordre du jour et en plus des représentants des ministères concernés et du Conseil national de l'alimentation - les agences sanitaires, les collectivités territoriales, les représentants du monde médical et scientifique, du secteur privé associatif ou à but lucratif.

Au niveau régional

L'ARS joue le rôle d'animateur et de coordinateur de l'action de prévention et prise en charge sur la thématique nutrition en assurant le lien avec les autres administrations régionales. Elle définit les priorités au niveau loco-régional des actions selon le Plan régional de santé. Le PNNS s'engage également à l'adaptation de son côté, des stratégies d'actions aux spécificités de chaque territoire - ruraux, quartiers prioritaires... afin de limiter les inégalités sociales et territoriales de santé.

La Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) ^[12]

La Stratégie Nationale Sport Santé est une politique publique qui s'étend sur la période 2019-2024 s'inscrit dans la continuité de la Stratégie Nationale de Santé (2018-2022) ainsi que du Plan National de Santé Publique "*Priorité prévention - rester en bonne santé tout au long de sa vie.*" Dans le but d'améliorer l'état de santé général (physique, psychique et psychologique) à travers la promotion l'activité physique et sportive, elle a pour ambition de **(re)mettre tous les français, partout en France en mouvement à travers des pratiques adaptées** - comment l'Activité Physique Adaptée (APA) et encadrées dans l'héritage des Jeux Olympiques et Paralympiques Paris 2024. Il est important que chaque français, avec ou sans pathologie, à tout âge et sur l'ensemble

du territoire puisse se sentir concerné par la pratique quotidienne d'activité physique. A travers 4 axes, les politiques tentent de lutter contre l'augmentation de la sédentarité et l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques associées :

- **La promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique** afin d'*"encourager la pratique d'une activité physique et sportive à tous les âges de la vie, de manière régulière, durable et adaptée, et de lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne"* ;
- **Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique** afin de *"reconnaître le rôle majeur de l'APA dans un parcours de soin pour le traitement des maladies chroniques"* ;
- **La protection de la santé des sportifs** et le renforcement de la sécurité des pratiquants afin d'*"informer l'ensemble des acteurs sur les bonnes pratiques et alerter la population générale sur les risques engendrés par une pratique mal maîtrisée ainsi que sur les bonnes pratiques"* ;
- **Le renforcement et la diffusion des connaissances** en montrant que *"les bienfaits de l'activité physique et sportive pour la santé sont prouvés. Il s'agit aujourd'hui d'en faire la promotion auprès du grand public, des acteurs institutionnels et privés concernés."*

La formulation des recommandations nationales sur la nutrition, l'activité physique et la sédentarité ^[13]

En France, les recommandations de l'OMS sont diffusées depuis 2001 et rendues les plus simples, pratiques et accessibles pour tous afin d'accompagner le mieux possible les français à faire les meilleurs choix alimentaires et à adopter un mode de vie plus actif. Elles sont disponibles à deux niveaux : [détaillé](#) et [simplifié](#) (*Annexe 2*) qui s'articule autour des trois grandes catégories :

- **Augmenter** : Les fruits et les légumes, les légumes secs, le fait-maison, l'activité physique
- **Aller vers** : le pain complet ou aux céréales, les pâtes, la semoule et le riz complets, les poissons gras et maigre en alternance, l'huile de colza, de noix, d'olive, une consommation de produits laitiers suffisante mais limitée, les aliments de saison et les aliments produits localement, les aliments bio
- **Réduire** : les produits et boissons sucré(e)s, les produits salés, la charcuterie, la viande, les produits avec un Nutri-score D et E, le temps passé assis.

Ces recommandations sont disponibles pour les adultes et pour la diversification alimentaire des enfants de moins de 3 ans depuis 2021 à travers différents [documents](#). Les recommandations pour [les enfants de 4 à 17 ans](#), [les femmes enceintes et allaitantes](#) et [les personnes âgées de plus de 75 ans](#) seront prochainement formulées et diffusées au grand public.

Les données scientifiques et rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et le Haut Conseil de santé publique (HCSP)

permettent une **évolution de ces recommandations et une actualisation de leur formulation** par Santé publique France (SpF) et le respect de leur exactitude scientifique. Avant publication des recommandations, elles sont testées de façon qualitative et représentative de la population auprès de professionnels issus des secteurs concernés (social, santé comme les conseillères territoriales socio-éducatives, les diététicien(ne)s, les pédiatres...) qui joueront par la suite un rôle de relai dans la diffusion de ces messages grâce à leur proximité privilégiée avec le grand public.

Dans une démarche méthodique, SpF prend en compte d'une part les connaissances, croyances et comportements des français sur ces thématiques afin de produire des recommandations acceptables et compréhensibles, puis d'autre part elle s'appuie sur des experts en épidémiologie, prévention et promotion de la santé, information et communication, professionnel de santé et du social, de la petite enfance etc., à travers des comités thématiques.

Parmi les nouveautés des dernières recommandations figurent **la place accordée à certains aliments** comme les légumes secs, les fruits à coque, les féculents complets, la prise en compte de l'impact de l'alimentation sur l'environnement et la mise en avant de l'étiquetage nutritionnel simplifié **Nutri-Score**. Ces nouveaux messages feront l'objet d'une campagne de communication en 2019, pour permettre à toute la population d'en bénéficier.

c. Le cas spécifique de la Polynésie française

i. Des chiffres sur ces maladies liées au mode de vie ^[8]

Les **territoires ultra-marins** représentent des zones géographiques particulièrement touchés par les maladies chroniques ou affections de longue durée (ALD) comme le diabète et l'obésité - parmi les pays les plus touchés au monde. L'espérance de vie est bien moindre en outre-mer qu'en métropole avec une **prévalence significative de 45% de risque de développer certaines MNT** avec des disparités territoriales particulièrement marquées au sein des différentes régions et territoires.

Ces dernières décennies, le constat alarmant des hôpitaux - principalement le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Papeete, qui alerte sur une situation qui va en se dégradant avec une augmentation des personnes mourant de la malnutrition, de l'absence d'activité physique et d'une sédentarité. On pense également aux histoires déconcertantes d'enfants d'une dizaine d'années pesant plus de 100, 110, 120 kg, dialysés et parfois en réanimation... Selon les professionnels de santé, la stabilisation du surpoids revendiquée par les discours officiels ne sont pas encore derrière les polynésiens et les formes de surpoids constatées se font principalement chez les adolescents. En Polynésie, **l'âge du diabète et de l'obésité sont plus précoces** que dans

l'Hexagone, il en va de façon corrélée pour les dialysés avec une moyenne à 40 ans en Polynésie française contre 55-60 ans en métropole, et 13 000 diabétiques pour 273 000 habitants reste en augmentation régulière. La non prise en charge de l'obésité chez l'enfant est également un facteur de risque supérieur d'apparition de pathologies à l'âge adulte.

L'état de santé nutritionnelle préoccupante là où dans les années 60 le surpoids était une exception, aujourd'hui il concerne 70% de la population (IMC entre 25 et 30 kg/m²) dont 40% de personnes obèses (IMC supérieur à 30 kg/m²). Bien que les polynésiens se basent encore parfois sur un "IMC PACIFIQUE" relevée par Anthony Phey, Directeur de la Jeunesse et des sports, qui attribue le surpoids à partir d'un IMC atteignant le nombre de 27, et non pas 25 qui est la norme mondiale, et de même pour l'obésité considérée à partir de l'indice 32 et non à partir de 30.

ii. Le poids de la culture influençant le rapport à la nourriture et l'image du corps ^[14]

La Polynésie française est une région particulièrement connue pour sa **culture du bien manger** synonyme de force et de santé. Dans le rapport de l'Assemblée nationale^[8], le témoignage d'un enfant surprend dès lors qu'il exprime sa volonté d'être aussi fort que son oncle à l'âge adulte, homme de 35 pesant 235 kilos avec une espérance de vie estimée à 6 ans. Ce témoignage, non isolé, reflète plutôt bien l'idée que les polynésiens se font du poids et de la nourriture. D'autant plus que dans le passé le surpoids et l'obésité étaient perçus comme le signe d'un rang social supérieur et un réel symbole de bien-être.

iii. La diversité des modes de consommation en fonction des archipelles ^[15]

Les aliments les plus consommés sont les pains et céréales, le riz blanc, la baguette et les viandes.^[17] Les "*pains et céréales*" représentent à eux seuls 30% de l'Apport Energétique total (AET) de la population et constituent la principale source de glucide, précédés du "*Riz blanc non parfumé*" et de la "*Baguette*" qui contribuent à hauteur de 36% de ce même apport. N'oublions pas également le "*Sucre en poudre blanc ou brun*" qui est largement consommé (10% de l'AET). Les régimes polynésiens sont également réputés pour être riches en viandes et produits de la mer (2/3 de l'AET) avec principalement les "*Cuisses de poulet surgelées*" qui représentent 14% de l'AET.

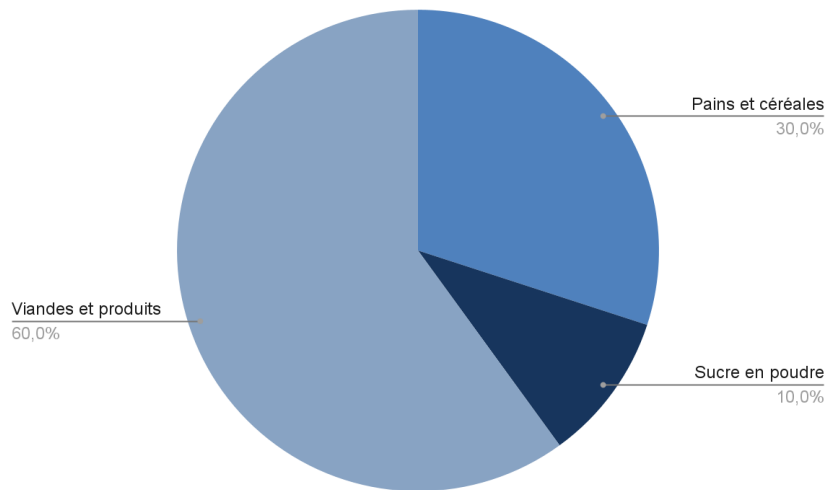


Figure 1 : Représentation de l'AET des polynésiens

Aussi vaste que l'Europe, les conditions géographiques - ainsi que le niveau social, de la Polynésie française induisent forcément des diversités dans les régimes alimentaires et de la répartition de la consommation des ingrédients cités au-dessus. On considère 4 grands régimes alimentaires.

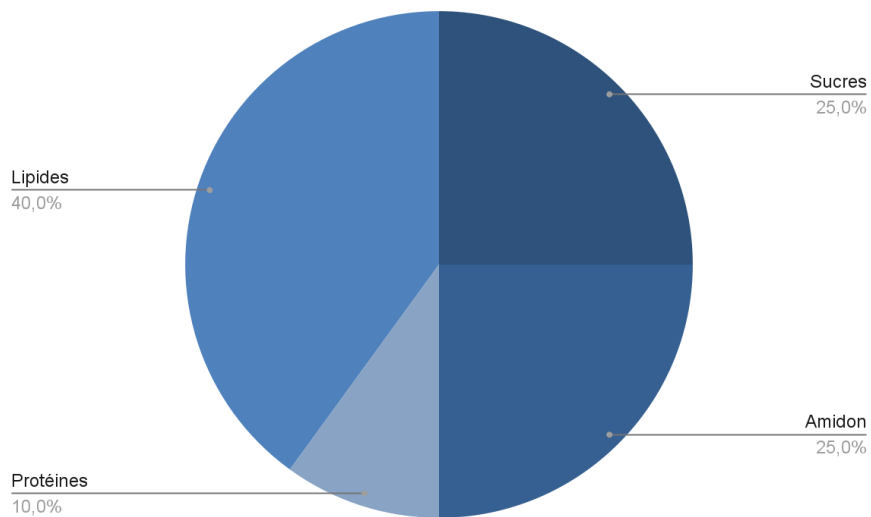


Figure 2 : Représentation des régimes alimentaires des polynésiens

Pour ¼ de la population : un régime alimentaire riche en amidon

Pour la moitié des individus de cette classe alimentaire, la part de glucides est supérieure à 55 %, ce qui contribue de façon importante à l'augmentation des risques d'insulinorésistance, de diabète et de certains cancers. Ici, les familles nombreuses - avec plus de 5 personnes dans le foyer, représentent 1/3, les populations les plus précaires 1/3 également et on remarque également une forte représentation d'agriculteurs et de retraités.

Pour ¼ de la population : une teneur en sucre élevée au quotidien

Responsable d'une augmentation du risque d'insulinorésistance, de diabète, de maladies cardiovasculaires (MCV) et de certains cancers, la consommation de sucre journalière est très marquée étant donné que 2 adultes sur 5 en consomment plus de 100 grammes par jour alors qu'elle ne devrait pas dépasser 50 grammes par jour.

La consommation de fibres alimentaires est également pour cette classe, supérieure à la moyenne (18 g/j contre 16 g/j) elle demeure néanmoins **insuffisante à la réduction du risque pour les maladies chroniques** telles que le diabète de type 2.

Cette forte consommation de sucre se traduit par une alimentation riche en "Sucre de canne ou de betterave", une fréquentation importante des "Restaurants, snacks, roulottes, cafés et établissements similaires", de "Bananes" et "Jus de fruits", les "Biscuits fourrés sucrés", les "Fruits locaux à noyaux" comme les mangues, les "Glaces et crèmes glacées", les "Sirops et concentrés pour confection de boissons" et les "Boissons gazeuses (non minérales) telles que sodas, limonades et colas".

Pour 1 polynésien sur 10 : des repas très riches en protéines

L'apport de protéines représente pour cette classe 31% de l'AET contre une recommandation n'excédant pas 18%, ce qui se traduit par un apport énergétique 2600 kcal/j.

Cet apport en protéine s'explique par une consommation riche en "Poissons du lagon", des "Poissons du large", de la "Viande de volaille (poulet, canard, oie, dinde, pintade)" dont entre autres les "Cuisses de poulet surgelées".

Cette classe alimentaire est très représentée par des professions intermédiaires résidants dans les îles du vent ou aux Marquises.

Pour 40% de la population polynésienne totale : une alimentation riche en lipides

Le régime alimentaire le plus représenté dans la population polynésienne est celui qui inclut une alimentation très riche en lipides et constaté en grande partie chez les populations issues de catégories socio-professionnelles intermédiaires, les artisans et commerçants ou les patrons. Et pour 38%, ce sont des classes aux ressources financières élevées.

On regrette ici une sur-utilisation de l'huile de tournesol et l'huile d'arachide deux fois supérieure à l'ensemble de la population - 13,5 % de l'AET contre 7 %.

Les autres aliments pointés du doigt sont les produits à base de tubercules (farines, semoules, flocons, purées, frites et chips), mais également les préparations surgelées comme les frites généralement surgelées, pour les sauces, condiments, assaisonnements et pour les "*Viandes séchées, salées ou fumées et abats comestibles (saucisses, salami, bacon, jambon, pâté, etc...)*".

L'apport énergétique en Acides Gras (AG) saturés est aussi supérieur à 12 % pour 1/3 de la pop ce qui contribue à accroître le risque d'athérosclérose.

Enfin, la consommation de fibres alimentaires est insuffisante pour induire un effet bénéfique à la réduction du risque pour les maladies chroniques telles que le **diabète de type 2**

iv. Un environnement géographique, politique et climatique défavorable à la conduite de comportements favorables à la santé^[8]

Pour commencer, il est important de noter qu'en Polynésie française **la parentalité arrive de façon plus précoce** qu'en métropole, parfois même avant 20 ans. Soit ce sont donc les grands-parents qui s'occupent des petits ou alors la maman cesse son activité professionnelle pour répondre aux besoins familiaux. Les crèches étant trop onéreuses pour une bonne partie de la population, il n'est pas rare de voir les femmes arrêter le travail et rester à la maison pour garder les enfants. Cette rupture dans leur activité professionnelle s'accompagne généralement d'une **privation d'activité** et donc d'une **difficulté de régulation de son poids**, là où une européenne prendrait 15kg de grossesse, une polynésienne prend plus de 20 kg qu'elle aura beaucoup de mal à perdre par la suite.

Le goût pour le sucre des polynésiens les conduit parfois à des pratiques très discutables d'un point de vue diététique. Le goûter type raconté par les enfants qui remporte le ticket gagnant est "*un soda, des bonbons et une barre chocolatée*" ce qui représente 1 200 calories ! La pratique des biberons au coca ou au sirop n'est pas non plus une légende et serait encore pratiquée ont confirmé des médecins du CHU, pour des raisons économiques et parce que "*ça plait aux bébés.*"

Ce goût pour le sucre ne s'améliorera pas avec l'âge étant donné que **des roulottes délivrent des déjeuners peu recommandés aux écoliers pour un prix presque symbolique**. Ces fast-foods se placent à côté des établissements scolaires sans forcément respecter la loi des 500m, il arrive même, selon des témoignages, que certaines roulottes soient directement installées à l'intérieur des établissements scolaires. Du fait de l'**attractivité financière**, certains parents préfèrent alors donner quelques pièces de monnaie aux enfants pour qu'ils y prennent à manger plutôt qu'à la maison ou à la cantine quand il y en a une, qui leur revient plus cher. Néanmoins, ces mauvaises habitudes constituent un facteur favorable à l'obésité des enfants et adolescents. Le point rassurant est que d'après l'Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale (ARASS), ces

roulottes seraient inspectées et certaines communes privilégient les plus *“saines”* aux abords des écoles, ce qui ne semble pas de l’avis de tous.

Certains politiques comme la loi Lurel ont bien tenté d’encadrer cette accoutumance au sucre sur certains DROM-COM en spécifiant que les produits alimentaires de métropole que l’on retrouve également en outre-mer ne doivent pas être plus sucrés. Bien qu’elle laisse la liberté aux industriels locaux de juger de la quantité de sucre qu’ils mettent dans leurs produits. Ce qui représente un éternel cercle vicieux. Les yaourts ou jus de fruits fabriqués localement peuvent incorporer autant de sucre que les industriels le souhaitent, car la loi est muette sur ce point. Néanmoins, la nutrition et la santé publique étant des **compétences locales pour la Polynésie française, cette loi ne s’y applique pas, ce qui laisse les fabricants locaux maîtres de leurs produits**. C’est ainsi qu’à Papeete, les canettes d’une célèbre boisson gazeuse contiennent 35,5 centilitres de liquide contre 33 dans l’hexagone.

La controverse de la subvention du gouvernement polynésien des produits dits *“de base”* ne vient pas améliorer la situation nutritionnelle des populations. Le gouvernement se retrouve bien souvent entre deux enjeux : **soutenir l’activité économique polynésienne en subventionnant les produits fabriqués localement, mais parfois au détriment de la santé des populations**. Dans ce sens, il est important que les autorités incitent leurs industriels locaux à améliorer la qualité diététique de leurs productions. Les facteurs économiques ne rendent pas le choix facile. Ainsi des produits comme le sucre, le beurre frais avec ou sans sel, les fromages fondus, l’huile de tournesol, la margarine, la viande en boîte comme le, les conserves de fruits sucrés sont subventionnés au détriment des fruits et légumes.

La mission d’information qui s’est tenue en Polynésie a déploré l’absence de tomates sur les étals ou la mauvaise qualité de celles-ci vendues *“jusqu’à 9 euros le kilo !”* Mais c’est également l’absence ou la faible quantité de fruits tropicaux comme les ananas, les bananes ou les avocats, qui surprend et seraient dus *“à une mauvaise organisation des producteurs locaux qui ne sont pas organisés en coopératives.”* Le **bio** quant à lui n’est quasiment pas représenté et la **certification AB** n’est pas présente à Tahiti, ce qui est regrettable étant donné le fort taux de pesticides retrouvés dans ces régions, souvent utilisés non dilués, selon les professionnels.

Les poissons sont eux bien présents mais **trop chers** pour être consommés autant que les habitants le souhaiteraient. En Polynésie, dans beaucoup de foyers modestes, le repas du soir est constitué par du *“café-pain-beurre”*, ingrédients qui sont peu onéreux car subventionnés par le gouvernement. Ils sont cependant terriblement malsains sur le plan diététique et très éloignés de la nourriture traditionnelle polynésienne.

L’un des gros points d’alerte reste **la consommation de sodas qui est de 90 litres par habitant par an en moyenne**. Des médecins du CHU de Papeete ont révélé à la mission d’information que certains de leurs patients ne mesuraient parfois par la portée de leurs actes et continuent de sur-consommer ces boissons sucrées sous prétexte que la dialyse *“va [leur] nettoyer les reins”*. À Tahiti, une hémodialyse coûte 1 million de francs pacifiques (8 400 euros) ; l’île

comptant 160 patients dialysés, l'addition s'élève à 160 millions de francs Pacifique (1,3 millions d'euros) pour l'assurance maladie locale.

Les **lobbyistes agroalimentaires** exercent une pression importante sur les politiques, comme le montre l'exemple de certains produits sucrés qui devaient être retirés en 2019 mais ne l'ont pas été. Cette situation contribue à agacer les nutritionnistes. La Polynésie est le seul territoire, peut-être même le seul pays où les particuliers peuvent acheter de l'huile et autres sauces (mayonnaise, ketchup) en bidons grands formats qui sont normalement réservés aux professionnels de la restauration.

La prise en charge médicale des patients atteintes des maladies liées à ces modes de vie trop excessifs et irraisonnés en matière de nutrition fragilise les soignants et structures médicales. La fermeture maison des diabétiques de Papeete de 2015 en est une des preuves souffrant du manque de financements pérennes pour mener à bien des actions de terrain sur le long terme. ^[18]

Des freins à la pratique de sport spécifiques ont été décelés en outre-mer comme **d'importantes contraintes financières, un sous-équipement sportif en matériel et lieux de pratique** - qui est inférieur d'un tiers à la moyenne nationale (soit 38 pour 10000 habitants contre près de 54 en métropole), la dissémination de la population, les conditions climatiques et le manque de trottoirs et pistes cyclables dissuadant à la pratique sportive mais également à l'utilisation des transports actifs, l'éloignement géographique ou la configuration des îles.

De façon plus spécifique, **l'absence de remboursement par l'assurance maladie de la pratique sportive** étant considérée comme un moyen de prévention et non de traitement curatif, au plus grand regret des professionnels de santé comme du docteur Albert Scemama, représentant de la Haute Autorité de Santé (HAS). Selon lui, le choix devrait revenir au médecin généraliste prescripteur comme c'est spécifié assez largement dans l'article R 4127-8 du code de santé publique, également repris dans l'article 8 du code de déontologie médicale et seul le bien-être final du patient doit être considéré : *"dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance"* et insiste en disant que *"si l'activité physique était considérée comme une thérapie non médicamenteuse, donc curative, alors elle mériterait d'être remboursée."* Ce qui n'est pas au goût du jour pour les responsables politiques qui craignent une forte hausse des prescriptions d'activités sportives si celle-ci devenait remboursable par la Sécurité Sociale. Selon l'OMS, le manque d'activité physique représenterait 2 à 3 % des dépenses de l'assurance-maladie, ce qui apporterait moins de dépenses pour rembourser la pratique sportive selon différentes estimations basées sur les pratiques d'autres pays.

Ensuite, le manque de ressources financières de certaines populations - qui sont souvent les plus atteintes par les problèmes de surpoids, représentent un frein énorme, même pour certaines activités peu coûteuses comme la gymnastique, la course à pied, le vélo, etc.

Enfin, les choses tendent à s'améliorer à en croire le "*plan de rattrapage*" mis en place en 2016 par le Ministre Kanner qui prévoit un effort financier de 80 millions d'euros par an sur 4 ans (de 2017 à 2020 inclus) dans les DROM-COM financé par le Ministère des Sports et le Centre National pour le Développement du sport (CNDS) ainsi que le Ministère des Outre-mer. Ce plan vise à améliorer "*les équipements sportifs de toute nature, en construction d'équipements neufs ou en rénovation, et incluant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap.*"

Ces contextes différents d'une situation géographique à l'autre sont importants à prendre en considération pour expliquer les comportements des populations. Pour susciter un changement de comportement plus favorable à la santé, il faut également comprendre les mécaniques comportementales qui régissent les habitudes des populations...

2. Les changements de comportements

a. Les causes de ces changements de comportements alimentaires et une baisse de l'activité physique

i. Les facteurs génétiques à ne pas écarter

Bien que la prise de poids soit généralement liée à des facteurs comportementaux et/ ou environnementaux, leur impact quant à lui dépend des facteurs de prédisposition biologiques (génétiques). En effet, de nombreuses recherches actuelles penchent en faveur même d'un gène prédisposant certains individus et groupes de populations à l'obésité, même si le combo gagnant resterait le facteur génétique **associé** à un mode de vie riche en consommation et faible en dépense énergétique. Le futur et l'identification de ce gène permettra sans doute de mieux cibler les préventions et traitements et individualiser les prises en charge de ces populations afin de réduire les risques d'obésité chez ces mêmes personnes. ^[8]

Mais d'où viendrait cette prédisposition commune à un grand nombre de polynésiens ? Il se dit que dans les temps anciens, les polynésiens auraient été forcés de voyager d'île en île pendant de longues périodes favorisant la survie des individus capables de stocker les calories de la nourriture dans leur corps en quantité suffisante. "Une sélection naturelle aurait donc privilégié les fortes corpulences, plus aptes à la survie." Cette réflexion est à prendre avec des pincettes du fait de sa science encore toute jeune et au vu des risques de déresponsabilisation des populations qui pourraient prendre l'alimentation et l'activité physique comme une fatalité et ne plus chercher à produire le moindre effort pour leur santé en se disant "à quoi bon modifier mes habitudes si mon obésité est inscrite dans mes gènes?"

Il est important de le souligner ici, mais dans ce mémoire nous nous intéresserons plutôt aux facteurs environnementaux et comportementaux sur lesquels les agences de promotion de la santé ont un levier de manœuvre pour promouvoir des habitudes de vie saines pour la santé des populations. ^[18]

ii. Les causes sociétales au coeur des changements de mode de vie

Au-delà des causes génétiques et dans la continuité des comportements alimentaires, **les modes de vie** sont en grande partie responsables de la prévalence de ces maladies liées au surpoids et à l'obésité. Bien qu'on entende souvent dire qu'il s'agit de maladies des pays industrialisés ou de "*maladies de riches*", ces maladies et modes de vie touchent tout le monde et n'épargnent aucune région du globe, de façon plus ou moins importante. ^[7]

Nos modes de vie, généralement plus sédentaires bien qu'aucune estimation mondiale n'existe sur le sujet, ont été fortement impactés et influencés par l'**innovation technologique** et la **transition vers des professions et des loisirs plus sédentaires**.^[01] Ces facteurs associés à une augmentation du recours aux modes de **transports individuels motorisés** ont contribué à une augmentation significative aux maladies liées aux modes de vie ces dix dernières années (surpoids, obésité...) tournés vers le "*tout-prêt*" et le "*fast-food*" ne sont pas sans conséquence sur nos états de santé. ^[18]

Le **bouleversement social, culturel, politique et économique** qui a touché la Polynésie française a été rapide et profond. Un changement des habitudes alimentaires et le mode de vie des polynésiens a été bouleversés ces dernières décennies par différents facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques. Cette évolution s'est réalisée en peu de temps, et pour reprendre les propos d'un député du Parlement de Polynésie "*la population serait passée en quelques années du triptyque « chasse-pêche-cueillette » au triptyque « voiture-supermarché-boîte de conserve »*". Conclusion : "*Ici, nous mangeons trop salé, trop sucré, trop gras*". L'**entrée dans le mode de vie occidental** semble avoir eu un impact beaucoup plus important sur des îles telles que Tahiti, qui ont vu leur mode de vie rural basculé en mode tertiaire, ce qui a contribué à changer les comportements. Quand autrement, la population avait dans les mœurs la culture de son potager, la pêche... aujourd'hui, elle n'a qu'à travers la rue pour trouver des "*roulottes*" distribuant de la nourriture fast-food : rapidement et économiquement. Les centres commerciaux ont également contribué à rendre possible cette consommation de masse omniprésente. Les îles plus petites et souvent plus éloignées, comme les Marquises ou les Tuamotu, qui sont donc plus rurales et moins peuplées et en retrait de ce mode de vie occidental, semblent mieux épargnées et en meilleure santé.

Selon M. Kelly Asin-Moux, président du Conseil économique social et culturel de Polynésie, "*une génération polynésienne [aurait] été sacrifiée : il faut éduquer la suivante.*" On ressent bien

le **besoin des polynésiens en matière d'éducation, de promotion et de prévention pour appréhender ce changement de mode de vie et être accompagné dans des choix nutritionnels et physiques plus sain pour la santé.** L'heure est à la prise de conscience, car on observe aujourd'hui que les plus touchés sont des jeunes adultes et adolescents qui ont besoin d'être mieux encadrés.

b. Agir sur les comportements de santé...

Afin de créer des programmes et actions de santé susceptibles de générer un comportement positif chez les individus ciblés et garantir le maintien de ce comportement dans le temps, il est nécessaire de comprendre ce qui les influence. Pour ce faire, le modèle des croyances relatives à la santé, le *"Health Belief Model"* (HBM) permet de poser un cadre théorique contribuant à améliorer la compréhension des individus, notamment à travers leurs croyances envers le comportement cible et son impact sur la santé. De nombreux autres modèles viennent compléter cette base, en prenant en compte la Théorie Sociale Cognitive (Bandura, 1980, 1986), la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1985) ou le Modèle Transthéorique (Prochaska, DiClemente, et Norcross, 1992).

i. Modèle des Croyances relatives à la Santé (Health Belief Model (HBM))

Malgré les bienfaits avérés de la pratique de l'activité physique et la bonne alimentation sur la santé, une large partie de la population ne respecte pas les recommandations mondiales en la matière. L'inactivité physique, la sédentarité et la malnutrition peuvent en partie être expliquées par des croyances relatives des populations. Le modèle HBM permet d'améliorer la compréhension et donc la prévision des comportements de santé (Carpenter, 2010). En l'état, ce sont donc les croyances relatives de ces individus sur l'utilité de mettre en place des actions - pratiquer du sport, manger sainement ici, afin de limiter l'apparition de problèmes de santé qui vont conditionner cette mise en action préventive. Au delà de la conscience du problème, il est nécessaire que l'individu ait une **réelle volonté d'éviter le problème de santé** - les MNT comme le diabète, l'obésité, etc., de se sentir bien ou d'améliorer sa santé, en somme, *"il faut qu'elle croit en l'efficacité de cette action spécifique pour atteindre ce but."* ^[19]

ii. Théorie Sociale Cognitive (TSC) (Bandura, 1980, 1986) ^[20]

En 1997, Albert Bandura publie *“Self-Efficacy”*, livre qui paraîtra en France en 2002, traduit par Jacques Lecomte sous le titre de *“Auto-efficacité. Le sentiment d’efficacité personnelle.”*

La Théorie Sociale Cognitive (TSC ou SCT en anglais) de Bandura, également connue sous le nom de théorie sociocognitive, est une **théorie basée sur l’apprentissage avec une forte influence par l’environnement, le comportement et la cognition**, qui, par observation peuvent faire changer la façon de penser et les comportements d’une personne. Par exemple, on peut émettre l’hypothèse que l’état d’esprit, donc la cognition, d’un nutritionniste ou d’un diététicien détermine l’environnement dans lequel ses enfants sont élevés et joue un rôle sur la façon de penser et de faire des enfants. Elle s’articule donc autour du processus d’acquisition de connaissances ou d’apprentissage par observation.

Les concepts de la théorie de Bandura sont généralement schématisés par un triangle montrant la causalité réciproque entre la personne, le comportement et son environnement (cf. figure ci-dessous)

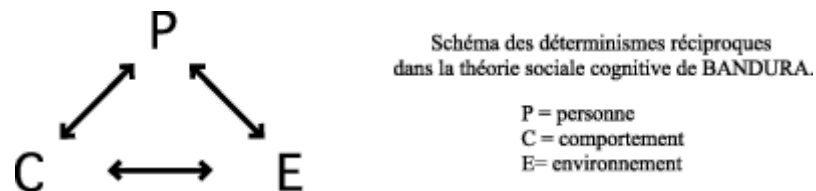


Figure 3 : Schéma des déterminismes réciproques dans la TSC de Bandura

Les 4 capacités principalement considérées dans la TSC, permettant l’**acquisition de connaissances et compétences directes et symboliques**, sont :

- La **capacité de symbolisation** traduit la capacité de perception symbolique des personnes sur les événements véhiculés dans les messages et donc de construire des solutions possibles et d’évaluer les résultats attendus.
- La **capacité d’autorégulation** stipule que les individus motivent et guident leurs actions en se fixant d’abord des objectifs ambitieux puis font les efforts nécessaires pour les atteindre, développant ainsi des compétences, des ressources et une auto-efficacité.
- La **capacité d’auto réflexion** démontre que l’humain est le seul être vivant capable d’évaluer ses pensées et ses actions de façon autonome. Ainsi, ils vérifient l’adéquation de leurs pensées et au besoin prennent des mesures nécessaires (ajustement, développement de leurs idées).
- La **capacité du fait d’autrui** de l’Homme, lui confère la possibilité d’observer par procuration les actions des autres, leurs conséquences et ainsi construire leur propre vision des choses. C’est à travers ce critère que les médias de masse influencent le

développement cognitifs des individus plus que sur des processus basés sur l'essai et l'erreur.

Ce modèle peut être appliqué en retenant ses 6 principales variables :

- Le **sentiment d'auto-efficacité** réside dans le jugement sur sa capacité à réaliser le comportement préconisé est parfaitement illustrée par les dires de Bandura : « *les croyances des gens sur leurs capacités à produire des niveaux de performance désignés qui exercent une influence sur les événements qui affectent leur vie* ». ;
- Les **attentes de résultats** : la pratique d'activité physique et la bonne alimentation contribueront à conserver un poids sain et stable tout en réduisant les risques de développer une maladie chronique type diabète ou du surpoids, de l'obésité, certains cancers, etc. ;
- L'**auto-contrôle perçu** ;
- Les renforcements induits par les éléments extérieurs qui agissent sur la probabilité de maintenir le comportement de santé approprié ;
- La capacité à faire face aux émotions, à certains stimuli
- L'apprentissage par observation.

iii. Théorie du Comportement Planifié (TCP (Ajzen, 1985))

La théorie du comportement planifiée est une extension de la théorie de l'action raisonnée, selon laquelle les décisions précédant un comportement donné résultent d'un **processus cognitif et émotionnel** dans lequel **le comportement est indirectement influencé** par :

1. De **l'attitude envers l'activité**, ici la pratique d'activité physique et l'alimentation saine qui est déterminée par :
2. les **croyances relatives à l'activité** fondées sur les idées que les populations peuvent avoir sur les conséquences de l'activité sur la santé, des bénéfices perçus par ce suivi de comportement ;
3. les **normes subjectives**, autrement dit toute croyance relative à l'importance de l'approbation ou désapprobation des référents, la perception d'une pression sociale en faveur ou défaveur de l'activité ;
4. le **contrôle comportement perçu**, c'est-à-dire la croyance d'avoir un certain contrôle sur son comportement dans des circonstances particulières.

iv. Modèle transthéorique de Prochaska, DiClemente et Norcross appliqué à l'activité physique et l'alimentation^[22]

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente considère **une théorie de changement de comportement basée sur une succession d'étapes : de la motivation à la décision** avec pour finalité l'action de changer le comportement nuisible à la santé. Les étapes sont les suivantes :

- **La pré-intention** : la personne ne pense pas à changer ses habitudes de vie (en terme d'alimentation et de pratique d'activité physique)
- **L'intention** : la personne pense à changer ses habitudes de vie
- **La préparation** : la personne prend la décision de changer et planifie des actions allant dans ce sens (inscription dans une salle de sport, prise de rendez-vous avec un diététicien, renseignement sur les programmes de remise en forme proche de chez soi...)
- **L'action** : la personne est activement engagé dans son changement d'habitudes de vie, elle a intégré ses séances d'activités physiques par semaine et manger plus sainement
- **Le maintien / la liberté** : la personne a fait et constate de réels changements dans sa vie mais reste consciente du risque de rechute.

Très connue, cette théorie permet de **construire des programmes** aidant et suivant les gens dans une réelle démarche de changement de comportement. Ces programmes **s'inscrivent alors dans la durée et permettent à la personne d'évoluer et de progresser par palier**, d'étape en étape. Dès lors, il faut connaître le stade où se trouve la personne et en tenir compte afin de l'accompagner dans son changement de comportement avec des modes d'intervention adaptés à chaque étape.

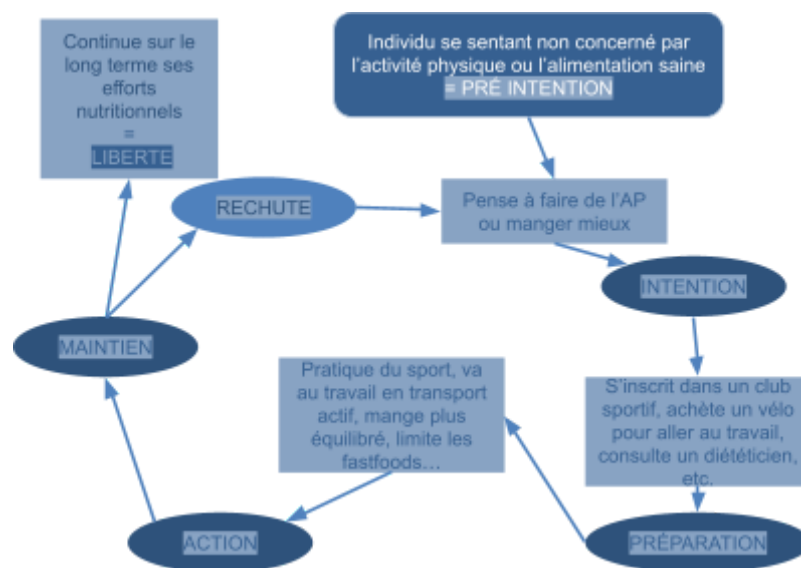


Figure 4 : Déclinaison du modèle transthéorique de Prochaska et Di. Clemente appliqué à l'activité physique et l'alimentation^[22]

3. “Prévenir pour mieux guérir”

a. Les objectifs généraux de la Prévention et Promotion sur la nutrition et l’activité physique

“Prévenir pour mieux guérir”, slogan qui prend tout son sens dès lors que l’on est conscient de l’enjeu immense que représentent les maladies non transmissibles liées aux modes de vie sur la santé des populations et des systèmes de santé.^[23] L’OMS définit la santé comme “un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité” en ce sens, il englobe la notion de bien-être et prend en compte non seulement les éléments médicaux mais également les déterminants de santé physique et psychique. Partant de cette définition élargie de la santé émanent trois grands concepts : la prévention, la promotion et l’éducation en santé.

La **prévention** est définie en 1948 par l’OMS comme un “ensemble [de] mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps”. On en distingue trois types :

- La **prévention primaire** qui est “un ensemble d’actes visant à diminuer l’incidence d’une maladie dans une population et à réduire les risques d’apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en terme environnementaux et sociétaux” ;
- La **prévention secondaire**, qui s’adresse plus spécifiquement aux populations susceptibles de déclencher la maladie et cherche donc à “diminuer [cette] prévalence et recouvre les actions en tout début d’apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques” ;
- La **prévention tertiaire** “où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie”.

L’enjeu est donc d’agir en amont de la survenue de conséquences médicales afin de limiter l’impact sur la santé de l’individu.

Afin de compléter cette définition de la Prévention, la **Charte d’Ottawa (Canada)**^[24], établie à l’issue de la première Conférence internationale du 17 au 21 novembre 1986 et approuvée par la France, précise que la **promotion de la santé** a pour but de “donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer” en agissant sur un certain nombre de conditions et de ressources préalablement nécessaire pour le maintien de la santé d’un individu comme la possibilité de se nourrir correctement, de bénéficier d’un écosystème stable et d’apport durable en ressources. De façon pratique ces besoins se déclinent en 5 axes :

- l’élaboration de politiques favorables à la santé ;
- la création d’environnements favorables ;
- le renforcement de l’action communautaire ;

- l'acquisition d'aptitudes individuelles ;
- la réorientation des services de santé.^[24]

L'**éducation pour la santé** comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.^[23]

b. En France

i. Un rôle à tenir, encadrer et évaluer

Comme nous avons pu le voir dans la Partie I de ce mémoire, ces maladies non transmissibles représentent de réels enjeux de santé publique et font l'objet d'une prise de conscience croissante des pouvoirs publics qui ont développé des programmes - comme le Programme National Sport Santé et Programme National Nutrition Santé, afin de répondre à ces problématiques et offrir aux populations **des repères** comme les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité.

ii. Les Baromètres de Santé publique France, au coeur de l'évaluation des attitudes et comportement de la population

Afin de mieux connaître et comprendre les attitudes et comportements de santé de la population française et bâtir des interventions légitimes et efficaces, Santé publique France réalise des **Baromètres Santé** tous les 6 ans depuis plus de 25 ans sur des grands échantillons représentatifs de la population. Ils sont un outil d'évaluation puisqu'ils permettent le recueil de données de cadrages sur les campagnes passées, en cours ou terminées. Ils témoignent de "*caractéristiques sociales et les modes de vie comme des facteurs de compréhension des comportements de santé*". Il existe le baromètre "*Santé nutrition*" mais également sur d'autres thèmes comme la santé générale, les cancers et également sur les médecins et pharmaciens ainsi que l'enquête auprès des pharmaciens d'officine.

Grâce à ces baromètres, il a été estimé que **30% de la mortalité prématurée serait imputable aux conduites individuelles**, au premier rang desquelles le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation ou le manque d'exercice.^[25]

iii. Le Nutri-Score, un outil aiguillant les consommateurs vers le meilleur choix nutritionnel^[23]

Le Nutri-Score est “un logo apposé en face avant des emballages qui informe sur la qualité nutritionnelle des produits sous une forme simplifiée et complémentaire à la déclaration nutritionnelle obligatoire fixée par la réglementation européenne.” Il représente une échelle à 5 graduation lettrée de A à E et variant dans ce sens du vert foncé au orange foncé permettant ainsi une compréhension et accessibilité pour tout public de consommateurs. Toute entreprise soumettant une demande a le droit d'utiliser le Nutri-Score. ^[26]



Figure 5 : Le Nutri-Score

Il est “attribué sur la base d'un score prenant en compte pour 100 gr ou 100 mL de produit” pour les teneurs en :

- nutriments et aliments des aliments privilégier (fibres, protéines, fruits, légumes, légumineuses, fruits à coques, huile de colza, de noix et d'olive),
- nutriment à limiter en raison du pourcentage énergétique, des acides gras saturés (AGS), de la teneur en sucre ou sel.

Une première révision du Nutri-Score est en cours et le premier rapport du Comité scientifique du Nutri-Score est attendu pour l'été 2022. Ce comité est composé de membres pilotes issus des 7 pays engagés dans la gouvernance transnationale du Nutri-Score - la Belgique, la France, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse. Chacun des membres experts en nutrition et santé publique sont totalement indépendants et tenus par aucun conflit d'intérêt avec l'industrie. ^[26]

Le Nutri-Score n'est pas encore déployé en Polynésie française puisqu'il représente des contraintes matérielles et donc économiques pour les entreprises locales, souvent de petites tailles. De plus, il n'y a pas de laboratoire à ce jour en Polynésie française pour évaluer les qualités nutritionnelles des produits ou effectuer des contrôles. ^[8]

iv. Le rôle des professionnels de santé dans la prévention des maladies non transmissibles (MNT)

On comprend que ces enjeux se jouent à plusieurs échelles et que les professionnels de santé ont un **rôle central et privilégié dans la diffusion des comportements favorables à la santé** des populations de par leur proximité avec les populations. Ils ont un rôle de prévention auprès de leur patientèle : suivi, conseils, etc. Ces professionnels de santé sont aidés et accompagnés par des supports de santé publique déclinés par SpF sur différents thèmes comme : les recommandations nationales, le guide de la diversification alimentaire, etc.

v. L'exemple du processus d'élaboration d'un dispositif de marketing social chez Santé Publique France

Santé publique France (SpF), agence nationale de santé publique sous tutelle du ministère chargé de la Santé, a été créée en mai 2016 par ordonnance et décret en regroupant quatre organismes : l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) et le groupement d'intérêt public Adalis (addiction, drogue, alcool info service). Sa mission principale, l'évolution des comportements des Français en matière de santé, s'articule autour de 3 axes majeurs : anticiper, comprendre et agir. Le dernier **"Agir"** renvoie directement la notion de promotion de la santé et **la mise en œuvre de programmes de prévention** grâce à ses compétences en communication, marketing social et aide à distance et à ses relations avec des acteurs de terrain. Les campagnes ont pour vocation d'agir directement sur les populations et les déterminants de santé (nutrition, alcool, santé mentale, tabac, petite enfance, avancée en âge...) mais également dans le but de réduire les inégalités sociales de santé. ^[27]

L'élaboration des dispositifs de marketing social chez Santé public France se découpe en 5 grandes étapes :



Figure 6 : Représentation schématique des 5 grandes étapes de l'élaboration d'un dispositif de Marketing sociale chez Santé publique France

La **revue de la littérature** se fait largement en amont afin d'acquérir des connaissances générales et scientifiques sur la population ciblée et les comportements actuels.

Après la création d'une ou de plusieurs pistes créatives, l'unité en charge de la campagne mandate un institut qui réalise des **pré-tests afin de valider une piste créative et vérifier sa pertinence** auprès du public cible. Ces pré-tests se réalisent par entretien qualitatif individuel ou en focus groupe.

Si à l'issue des pré-tests une piste est jugée suffisamment pertinente, le projet entre en phase de **production**. L'agence créative réalise la version finale de tous les supports (tournage des films, appels à des influenceurs, création des bannières, stories, affichages, etc.) tout en veillant à ce que les supports soient accessibles à tout public (littératie en santé). C'est également durant cette phase qu'est décidé le plan média, c'est-à-dire sur quels sites, quels réseaux sociaux, quels environnements diffuser chaque créations.

Pendant la diffusion de la campagne, l'agence suit la performance grâce à des **Key Indicators Performance Indicator (KPI)** comme les nombres de vues, de clics, de visites afin de réajuster si besoin.

Quelques semaines après la fin de la diffusion de la campagne, elle est évaluée à travers des post-tests généralement menés par l'institut BVA afin de mesurer si les objectifs ont été atteints. ^[28]

Ces post-tests sont réalisés sur des échantillons représentatifs, sélectionnés selon la méthode des quotas, c'est-à-dire appliqués aux variables de l'âge, du sexe, de la région, de la catégorie d'agglomération et de la profession du répondant.

Le plus souvent ils sont menés directement en face à face pour montrer aux répondants pour faciliter la présentation des éléments de campagne. Dans un souci de non influence, aucune incitation financière n'est proposée aux répondants par les enquêteurs.

Les indicateurs mesurés sont :

- La **mémorisation spontanée** de la campagne (*"au cours de ces dernières semaines, vous souvenez-vous avoir vu, lu ou entendu une ou plusieurs campagnes publicitaires à propos de x ? Oui/ Non"*)
- Le **score spécifique de mémorisation** de la campagne testée, calculé à partir du codage répondu "oui" à la question précédente *"que voyait-on, que lisait-on, qu'entendait-on dans cette campagne?"* ne prenant en compte que les verbatims faisant référence avec certitude à la campagne évaluée
- La **notoriété** du dispositif via deux questions : *"avez-vous entendu parler de l'évènement x, ne serait-ce que de nom?"* et *"Je vais maintenant vous montrer le logo de l'évènement. L'avez-vous déjà vu ? Oui/ Non"*
- La notoriété du dispositif : *"Connaissez-vous le site internet, la page facebook...? Oui/ Non"*
- La **reconnaissance** des différents éléments média (sports vidéos, affiches, bannières Internet) obtenue après visionnage.

- **L'incitation au changement de comportement** parmi les personnes cibles (exemple : *"La campagne vous incite-t-elle à réfléchir sur votre style de vie lié à l'alimentation ? Oui/ Non"*)
- Des questions spécifiques aux campagnes peuvent parfois être ajoutées, par exemple dans le cadre de Mois sans tabac, il peut être demandé si *"cette campagne incite [le répondant] à soutenir l'un de [ses] proches qui tenterait d'arrêter de fumer ?"*

Des forces et limites aux post-tests ont été reportées et récapitulées dans le tableau ci-dessous.

FORCES	FAIBLESSES
Rapidité de mise en oeuvre après campagne (2-3 après fin de diffusion) grâce à une méthode d'échantillonnage réduit	Ne renseignent pas sur l'évolution de comportement (qui reste l'objectif premier des campagnes de santé publique)
Fournissent des données spécifiques sur l'impact immédiat des campagnes médias	Réalisés très peu de temps après la fin d'une campagne, donc mesuré l'effet court terme et pas de visuel sur l'effet long terme de la campagne sur les différents indicateurs mesurés
Coût relativement réduit	Méthode d'échantillonnage ne permet pas un échantillon représentatif.

Figure 7 : Tableau des points forts et points faibles des post-tests BVA des campagnes de Santé publique France

c. La Prévention en nutrition en Polynésie française

i. L'organisation générale de la santé publique en Polynésie française

La Polynésie française jouit d'une certaine autonomie et liberté par rapport à la métropole. En effet, elle dispose de son propre gouvernement avec un Président et ses propres ministères dont le Ministère de la santé. Elle est donc totalement **indépendante également sur la prévention réalisée en grande partie par la Direction de la Santé de Polynésie française.**

Les différentes actions de prévention, promotion et éducation en santé se font à plusieurs niveaux (communes, associations, agriculture, médecine du travail, CPS...) en fonction des cibles de populations (éducation, entreprises privées, secteur public...) et des façons de promouvoir des habitudes saines.

De plus, pour des raisons géographiques et économiques, certaines politiques publiques françaises comme le PNNS par exemple, ne peuvent pas être appliquées et donc les recommandations de SpF non plus. C'est pourquoi, actuellement, **un PNNS Outre-Mer est en cours de rédaction** et d'ajustement afin de **proposer aux polynésiens des repères en adéquation avec leurs modes de vie et possibilités économiques, géographiques, météorologiques et environnementales.**

ii. Les enjeux de santé publique en matière de prévention, promotion et éducation en santé

Face au constat de l'augmentation des maladies non transmissibles et dans une démarche de Promotion de la Santé dans le respect des objectifs de la charte d'Ottawa, c'est-à-dire créer un environnement favorable à la santé dans le but de faciliter les choix bénéfiques à la santé, la Polynésie française s'est dotée dès 1999 d'**un programme de lutte contre l'obésité** pour les années 1999-2003 reconduit pour les années 2006-2005 sous l'appellation « **Vie saine et poids santé** ». En 2015, une évaluation de ce programme a permis de penser une nouvelle façon de penser une approche plus globale en :

- Décloisonnant les secteurs ;
- Prenant en compte la notion socioculturelle dans les actions
- Apportant plus de visibilité sur les concepts de promotion de santé ;
- Apportant des connaissances aux professionnels en matière d'obésité ;
- Poursuivant les recherches ;
- Et en assurant un suivi du programme.

Le programme s'articule autour de plusieurs actions :

- **L'information et l'éducation de la population** (campagne de lutte contre la consommation excessive de sel, campagne de promotion de saines habitudes de vie avec la EA'ttitude*, campagne de promotion de l'allaitement maternel, émissions d'information, guides et outils pour le grand public...)
- **La formation de professionnels et de relais** (crèches et garderies, commerçants...)
- **L'amélioration des pratiques médicales** et organiser la surveillance des pathologies de surcharge
- La création d'**environnements propices à la santé** en terme d'alimentation saine et de pratique d'activité physique (amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, amélioration de l'offre alimentaire, la démarche de santé au travail avec l'engagement de nombreuses entreprises - appelées "entreprises actives", appel à projets locaux...)
- La promotion de la recherche et des études.

Pour 2018-2022, la Directrice de la Santé de Polynésie a décidé de réaliser un programme de lutte contre les MNT qui constituent la principale cause de décès au sein des Etats et Territoires insulaires océaniques, en lien avec le Schéma de Prévention et le Plan de lutte des addictions. Les politiques ont rencontré une réelle prise de conscience sur les enjeux de la pratique d'activité physique et les bienfaits qui peuvent en découler sur la santé des populations. Parmi les initiatives lancées on peut citer :

- Le Réseau **Maitai** ("*Aller bien*") : insiste sur le fait que tout le monde, à son niveau et bien encadré, peut en faire, même pour les personnes souffrant de surpoids, d'obésité, de diabète, d'HTA, de cancer du sein, de bronchopneumopathie et d'une perte d'autonomie. Ainsi, ils proposent des **Activités Physique Adaptées (APA)** à la santé. La prise en charge et l'intégration dans ce réseau se fait **sur prescription médicale** auprès du médecin généraliste suivi d'un bilan médical, d'un bilan de forme physique et de suivi avec un ou une diététicien(ne). Différentes activités sont proposées : de la natation, de la marche nordique, du basket, de l'aviron, du karaté, du qi qong, des multi-activités et de la remise en forme 3 fois par semaine pendant 9 mois.
- L'"**administration active**" s'inscrit dans la continuité de l'objectif défini par l'OMS de créer une société active en passant par les entreprises. Ici, l'idée est de pousser les travailleurs des administrations publiques à être plus actifs pendant leur temps de pause et/ ou temps libre. Certains offrent une demi-heure payée sur le temps du midi à leurs employés pour pratiquer de l'activité physique comme c'est le cas pour la ville de Punaauia avec laquelle j'ai pu échanger dans le cadre de mon terrain de mémoire.

Depuis 2016, des **événements** ponctuels d'une journée à travers le programme **EA'ttitude** sont organisés localement partout en Polynésie afin de sensibiliser les populations à la pratique d'activité physique et font également de la prévention et promotion en santé. Les messages de prévention sont sur des tons positifs, non moralisateurs, non culpabilisants avec pour but d'inciter la population de tout âge à adopter des habitudes de vie saines et être actif. Ainsi, le bien-être et la santé sont valorisés sous différents aspects : alimentation, activité physique, rythme de vie et cohésion familiale. Le thème retenu 2022 est "*Amui*" et "*Ensemble*" ce qui promets des événements familiaux, ce qui est très attendu dans un contexte post-covid et une période limitée en prévention dans ces domaines. De plus, tous ces événements restent en adéquation avec la culture polynésienne afin de susciter l'intérêt des populations.

Les objectifs sont :

- De donner des clés aux populations pour améliorer leur quotidien ;
- Découvrir de nouvelles activités, de nouvelles façons de consommer ;
- De souder le lien familial ainsi que le lien avec la terre ;
- De réaliser l'influence de nos choix individuels sur notre santé et celle de nos choix en famille ;
- De comprendre qu'être en bonne santé, ce n'est pas uniquement faire du sport et ne pas avoir de maladie.

iii. Le programme EA'ctus

Ce programme de prévention et promotion de la santé s'inscrit dans un contexte de développement du paysage médiatique et d'expansion du numérique permettant l'émergence de divers moyens d'informations comme les sites internet ou les réseaux sociaux. Ceci a permis d'offrir aux polynésiens un accès facilité à de l'information en lien avec la santé. La crise sanitaire du Covid-19 a largement contribué à consolider cette idée.

Les deux axes d'interventions sont :

- **EA'ctus** : la mise en place d'une émission hebdomadaire diffusée à la télévision locale et sur les réseaux sociaux (youtube, facebook, Tik Tok principalement) ;
- **EA'ctions** : le développement d'une *“communication engageante en collaboration avec [les] partenaires institutionnels et associatifs”*

L'objectif premier de EA'ctus, EA se traduisant par “Santé” en polynésien, est de promouvoir des habitudes de vie saine dans les foyers en s'intéressant à différentes thématiques comme l'alimentation, le tabac, l'alcool, l'activité physique, les infections sexuellement transmissibles et d'autres encore. Ainsi, il permettra à terme de :

- Renforcer les connaissances sur les maladies et les risques sanitaires
- Consolider les savoirs faire des familles en matière de prévention
- Favoriser le partage de bonnes pratiques

En tenant compte de l'âge et du niveau de connaissances des individus, il s'appuie sur le triptyque suivant :

- Education à destination des enfants
- Prévention à destination des adolescents
- Rappel et sensibilisation à destination des adultes.

EA'ctus plus en détails, c'est donc une **émission hebdomadaire** adaptée à la méthode marketing AIDA : Attention, Intérêt, Désir et Action qui constituent les 4 étapes vers la mise en place d'habitudes de vie saines. Ces vidéos se veulent chaleureuses et ancrées dans la culture et les mœurs des polynésiens en tenant compte de leur humour. Elles durent 3 minutes pour le format télévision et 30 secondes pour le format réseaux sociaux qui se focalise davantage sur la “news” ou le message important à retenir, déclinées en français et tahitien. ([Annexe 3](#))

Nous allons maintenant voir sur le terrain si les enjeux de changements de comportements que tentent d'instaurer les politiques publiques de santé en Polynésie française correspondent aux besoins et aux attentes des populations.

PARTIE 2 : La Polynésie française tente de relever ses défis en s'équipant du programme EA'ctus : habitudes tenaces ou prise de conscience de la part des populations ?

1. Méthodologie

a. Les professionnels de santé et santé publique

Ces premiers entretiens avec les professionnels de santé et santé publique m'ont permis de mieux cerner le contexte de mon sujet, d'acquérir des connaissances supplémentaires et des avis et retours d'expériences qui ont complétés et enrichis la Partie 1 : Revue de la littérature de mon mémoire.

i. Echanges avec la Direction de la Santé de Polynésie française

Afin de mieux cerner le contexte de mon sujet et en apprendre davantage sur les programmes de prévention en nutrition menés par les pouvoirs publics polynésiens, il était indispensable pour moi de m'entretenir avec des acteurs locaux du secteur. Cette première partie terrain m'a permis de passer du virtuel à la réalité en échangeant avec deux représentantes de la Direction de la Santé de Polynésie avec chacune une spécialité en alimentation et en activité physique afin de couvrir tout le champ de la nutrition.

Les grandes questions que je me posais et auxquels on m'a répondu ont été :

- Comment se fait l'organisation interne des campagnes de prévention et promotion de la santé, principalement en nutrition au sein de la Direction de la Santé de Polynésie française ?
- En apprendre plus sur les journées de prévention EA'ttitude et les modes d'élaboration des campagnes.
- Comment se fait la communication sur les événements organisés ?
- Comment est réalisée l'évaluation de l'efficacité et de l'impact de leurs campagnes sur les comportements nutritionnels des polynésiens ?

Comme c'est le cas pour la France métropolitaine, la Direction de la Santé de Polynésie française est placée sous la tutelle du Ministère de la santé polynésien totalement indépendant de la France et portant leurs propres volontés de Santé Publiques en fonction des besoins spécifiques de leurs populations. Ils disposent pour mener à bien leurs missions :

- d'un bureau de statistiques qui traite les évaluations sur les thématiques de santé : femmes enceintes, jeunes, etc. ;
- d'un bureau des programmes de santé composé d'une cellule de communication qui déploie les événements organisés ;
- un bureau des maladies infectieuses ;
- 6 chargés de projets sur différentes thématiques comme entreprises et administrations actives qui permet une sensibilisation sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activités physiques sur le lieu de travail ;

Après plusieurs échanges, **il m'a été conseillé de travailler sur le programme EA'ctus** qui propose des vidéos sur différentes thématiques dont la nutrition et l'activité physique. Le développement du programme EA'ctus est disponible à la fin de la partie 3 du mémoire "Prévenir pour mieux guérir."

ii. Apport de connaissances des professionnels de santé de terrain

Ensuite, il m'a semblé primordiale d'échanger avec des professionnels de santé du domaine de la nutrition : les diététiciens-nutritionnistes. De plus, en Polynésie française une association, l'Association des Diététiciens de Polynésie française (ADPF), a été créée en 2008 par quelques nutritionnistes et compte aujourd'hui 40 adhérents dont toutes les diététiciennes de l'île d'après Polyne, une diététicienne hospitalière de Tahiti. La polyvalence de ses adhérents, en libéral ou en hôpital, clinique, etc. permet à l'Association de jouir de différents points de vue et compétences. L'ADPF est très active quant à "[l'organisation] et la défense de leur profession" (source : [page facebook, "à propos"](#)) et se réunissent une à deux fois par an pour organiser des projets et "faire avancer les choses à [leur] niveau" (DH)

Dans un soucis d'anonymat, il a été convenu que je ne dévoile pas les noms des interrogées donc je les nommerai :

Nom	Profession
DL	Diététicienne Libérale
DH	Diététicienne Hospitalière

Le fait d'échanger avec deux diététiciennes aux activités différentes - libérales et hospitalières, m'a permis, entre autres, de prendre conscience des différents types de patientèles qu'elles reçoivent. En effet, comme l'explique DH "souvent à l'hôpital, il arrive avec une maladie avancée" et ne nécessitent donc pas les mêmes soins et on "réfléchit plutôt à ne pas aggraver la

situation, ce n'est plus du tout de la prévention primaire.” Contrairement à DL qui reçoivent plutôt des patients qui viennent *“d’une démarche personne”* grâce à sa page facebook et ses ateliers cuisine. Les médecins généralistes redirigent très peu vers les soins diététiques qui ne sont pas remboursés par la Caisse d'Assurance Maladie et ont plutôt tendance à *“freiner les patients car les frais seront à leur charge [...] très peu de polynésiens ont des mutuelles.”* Leurs différents points de vue de par leurs activités très différentes ont été très riches en conseils, avis sur la prévention en nutrition réalisée et nécessaire ainsi qu'en retours d'expérience.

b. Les entretiens grand public

L'intérêt de l'étude étant d'évaluer l'influence du dispositif de communication EA'ctus et recenser les différents avis des habitants, je me suis adressée directement aux populations. Je n'ai pas forcément cibler de catégorie socio-professionnelle, de sexe, d'âge - même si je suis restée dans une tranche d'âge adulte de 18 à 65 ans, tout ceci afin de ne pas biaiser les réponses, qu'elles soient les plus représentatives possibles de la mixité de la population polynésienne et obtenir ainsi une grande richesse d'informations.

Afin de recruter ces individus, je me suis d'abord reposée sur quelques connaissances mais plus essentiellement reposée sur facebook en ciblant différents groupes privés comme *“Tahiti et les îles de la Polynésie française”*, *“Allo qui sait quoi?”*, *“Les Marquises allô qui sait quoi”* et d'autres encore. Ensuite, j'ai également bénéficié de la coopération de différentes villes comme Faa'a et Punaauia qui m'ont mise en relation avec des intervenants en activité physique et adaptée (APA), et des habitants.

Ce recrutement m'a permis de réaliser 7 entretiens à destination du grand public afin d'en apprendre plus sur les habitudes de vie des polynésiens en règle générale ainsi que leur perception de la prévention en nutrition réalisée autour et plus particulièrement le programme EA'ctus.

Interrogé(e)	Profession
H	Gendarme
K	Employée de mairie
M	Retraité (ancienne pizzaiolo)
V	Employée de Mairie
JP	Employé en entreprise

I	Coach sportive
He	Diététicienne

i. Choix d'une méthode semi-directive

Je me suis tournée vers une méthode semi-directive afin d'encadrer un minimum l'entretien, tout en laissant à l'intéressé la liberté de parole et en conservant le naturel de l'échange. Sur ce type de sujet, touchant directement aux habitudes de vie, c'est beaucoup plus intéressant de voir les populations dans leur état le plus naturel sans risquer de biaiser les échanges avec des questions trop directives.

ii. Objectif de l'étude

Suite à mes échanges avec la Direction de la Santé de Polynésie française et dans le respect de mon souhait de travailler sur l'évaluation d'un dispositif de prévention en nutrition, je me suis orientée sur **le programme EA'ctus** - détaillés dans le troisième chapitre de ma Partie de Revue de la Littérature ci-dessus.

L'objectif de mon terrain était donc d'évaluer la connaissance du grand public sur ce dispositif de communication, et d'en évaluer l'impact sur leurs habitudes de consommation - alimentaires et sportives. L'objectif d'un dispositif de prévention en santé est de tendre à changer les comportements afin qu'ils soient plus favorables à la santé. Et c'est là l'idée de mon terrain, de comprendre les besoins et attentes des populations de ce type de dispositifs.

iii. Méthodologie et matériel

Afin de mener à bien mon étude qualitative, j'ai réalisé un guide d'entretien me servant de ligne directrice au bon déroulement des différents entretiens. Ce guide a été réalisé en amont de mon entretien avec la Direction de la Santé de Polynésie, qui a pu le consulter et le valider avant le lancement de mon terrain. Cette étude leur a semblé intéressante et "trouver une citation", eux-même étant dans une démarche de mise en place d'une évaluation de leurs dispositifs de prévention. Ce mémoire pourra donc éventuellement leur fournir certaines pistes de déploiement.

Pour en revenir au guide d'entretien, il se découpait en 4 parties :

- (1) Une brève présentation d'**introduction de la personne** : nom, prénom, âge, profession, maladie particulière...
- (2) Un **focus sur le niveau d'activité physique** de la personne "une journée type pour vous?" afin de mieux comprendre les moyens de déplacement privilégiés, la pratique d'un sport ainsi que son niveau de satisfaction vis-à-vis de son activité,
- (3) Un **focus sur l'alimentation** à travers la question "*à quoi ressemble une journée type dans votre assiette?*" afin de comprendre le rapport de la personne à la nourriture, des quantités, aux fast foods, boissons sucrées type sodas ainsi que son niveau de satisfaction.
- (4) La dernière partie, cœur de mon étude, se tourne vers la diffusion d'éléments du dispositif de prévention EA'ctus. L'idée est de **connaître le niveau de notoriété du dispositif** en évaluant si le nom du programme parle aux personnes, **de les laisser réagir aux vidéos diffusées, ce qu'ils aiment, ce qu'ils aiment moins et si ce type de contenus peut provoquer un changement de comportement pour eux.**

Ce guide d'entretien m'a permis de structurer les échanges afin de n'oublier aucun aspect de mes interrogations. Cependant, ce type de sujet demande vraiment aux personnes de communiquer sur leur quotidien, leurs habitudes, leur vie personnelle - à savoir l'alimentation et l'activité physique, est un sujet difficile à structurer puisqu'il fait directement appel au partage du quotidien. La plupart des entretiens n'ont pas forcément suivi cet ordre mais les informations qui m'intéressent ont pu être recueillies. C'était d'ailleurs un des objectifs : de les laisser parler librement et naturellement de ces sujets, sans retenue et sans avoir à venir "tirer les vers du nez" et ne pas biaiser les réponses. Un exemple d'entretien est disponible en [Annexe 4](#).

Pour ce qui est du matériel d'évaluation, je me suis intéressée spécifiquement à trois vidéos dont deux vidéos tirées du programme EA'ctus réalisées par la Direction de la Santé, avec des tonalités, des intervenants, des durées, des sujets différents :

- Une [première vidéo](#) de 53 secondes traitant de l'activité physique et du lien avec la pression artérielle. Un professionnel de santé dans cette vidéo tend à définir l'activité physique, à donner des repères au grand public de pratiques (*cf. Les Recommandations de l'OMS développé au début du mémoire*)
- Une seconde vidéo de 30 secondes sur le thème de la sédentarité, rythmée par une musique locale et disponible en version [française](#) et [tahitienne](#). Avec une tonalité différente, elle tente de faire prendre conscience aux populations du temps qu'ils peuvent passer par jour en position inactive à travers différents exemples de situations. Puis elle invite à se bouger et pratiquer du sport en fin de vidéo.
- La dernière [vidéo](#), un peu plus longue et durant 3 minutes 30, sous le titre et la lancée "[Des] bonnes résolutions" de début d'année. Elle est également disponible en français et tahitien et fait appel à des intervenants locaux et professionnels de la nutrition et de l'activité physique qui partagent des conseils, des repères visuels et chiffrés pour composer son assiette, des exemples d'exercices physiques...

c. Compléter les données par un questionnaire à plus large diffusion

Le cœur du terrain de ce mémoire étant des entretiens qualitatifs, j'ai tout de même fait le choix de lancer un questionnaire sous format Google Forms pour différentes raisons. Tout d'abord et de façon évidente, il m'a permis d'enrichir mon analyse en recueillant 25 autres témoignages, que je n'aurais pas pu mener en format d'entretiens pour ce mémoire. Ensuite, comme nous le verrons plus en détail dans la partie Analyse des résultats, il n'est pas évident en tant que personne extérieure à la Polynésie française de prendre contact avec des locaux. De plus, le décalage horaire de 12h ne jouait pas en ma faveur et a compliqué la prise de rendez-vous. Certaines de ces barrières feront l'objet de recommandations en fin de mémoire.

Pour ce questionnaire, j'ai souhaité rester sur les mêmes critères, étant donné qu'il s'agit d'une extension de mon terrain qualitatif. De ce fait, j'ai conservé plus ou moins les mêmes questions/réponses en tentant tout de même d'orienter le répondant.

Enfin, ce format favorise également la diffusion et l'analyse d'une [troisième vidéo](#) du programme EA'ctus évalué ici, vidéo qui faisait 3 minutes et était difficilement diffusable lors des entretiens pour cause en grande partie de temps et de connexion internet.

2. Analyse des résultats

Partie 1 : Généralités sur la Polynésie française

1. Une population informée et consciente de son état de santé

a. Une population consciente et globalement bien informée

On peut dire que la situation de la Polynésie française n'est pas due - du moins d'après les différents témoignages recueillis et l'avis des professionnels de santé interrogés, à un manque de connaissances sur l'importance d'une alimentation saine et de la pratique d'activité physique régulière. Les différents supports de prévention qu'ils voient défiler autour d'eux, *"en boucle à la télé"* selon les dires des interrogés, contribue de façon non négligeable à une bonne information de la population polynésienne ce qui favorise la prise de conscience sur ses propres modes de vie. Néanmoins, même si *"les informations ils les ont"* soutient M, cela reste beaucoup plus difficile d'arriver à un changement de comportement sur le long terme.

Suite à une enquête menée par la Direction de la Santé de Polynésie sur la perception de la qualité alimentaire des polynésiens, il en est sorti que ce qui guide les choix d'achat, outre l'aspect

financier qui ressortait énormément, est également une *"bonne maîtrise et sensibilisation des gens sur l'alimentation ; notamment sur les différents groupes alimentaires, l'intérêt des produits locaux par rapport aux produits industriels, les méfaits d'une consommation trop sucrée, etc."*

Les polynésiens sont donc conscients de leur niveau de santé comme l'illustrent différentes verbatims comme ou *"je n'ai pas une alimentation variée, ça j'en ai conscience"* et il sont même conscients des conséquences directes sur la santé selon M *"le gros problème c'est l'obésité, les problèmes cardiaques et le diabète hein"*. On remarque cependant, un certain détachement de soi et une généralisation des propos *"il y a quand même de l'obésité à Tahiti"* mais également démontré par la question de mon questionnaire *"souffrez-vous d'une maladie en particulier"* qui a recueilli très peu de réponses (7 sur 25 répondants). On peut ici tenter d'émettre une interprétation comme la peur du jugement ou le déni ?

Cet apport de connaissances se fait à différentes échelles, ce qui permet aux populations d'être touchées par ces informations. Ainsi, les principaux vecteurs de prévention sont au travail dans le public comme dans le privé ainsi qu'à l'école. Dans les entreprises cela se traduit par des journées de sensibilisation et de promotion de l'activité physique entre collègues mais également des journées familles pour inclure les enfants dans la démarche et donner envie aux parents d'entreprendre des démarches avec leurs enfants. Cela peut également se traduire par des mesures prises par les entreprises comme l'explique V et K qui bénéficient d'une demi-heure à l'heure du midi offerte par l'employeur pour leur permettre de pratiquer de l'activité physique. Enfin, au sein des écoles cela peut se faire de différentes façons : des journées sportives, des ateliers grâce aux écoles en santé qui permettent à chaque école d'être porteuse d'un thème - qui peut être l'alimentation, et de sensibiliser ses élèves sur ce thème. Ceci favorise également le partage et la transmission d'informations par les enfants qui *"redonnent au foyer ce qu'ils ont appris"* et ainsi d'intégrer les parents dans des démarches plus saines comme préparer le déjeuner avec les produits du potager, le *"Fa'apou"*. Ces démarches de goûter maison sont de plus en plus développées et permettent également de repousser les gens à revenir vers des alimentations saines et lutter contre les fast-foods et roulottes.

b. Un avis plutôt critique des interrogés sur leurs conditions

Au-delà de cette connaissance théorique acquise par la population sur les maladies non transmissibles et l'importance de bien manger et bien bouger, on peut se demander : est-ce qu'individuellement, les gens ont conscience de leur propre état de santé, de leur façon de consommer ? Sont-ils critiques sur eux-mêmes ? A en croire une première interrogée K, il semblerait que oui puisqu'elle le reconnaît ouvertement que *"[son] niveau d'alimentation est mauvais !"* ils reconnaissent également assez facilement leur niveau d'influence et les mauvaises habitudes qui persistent comme le grignotage *"mais on mange beaucoup de trucs à côté : des gâteaux, des chips..."* ou la suralimentation après un effort physique par exemple *"j'aimerais diminuer mes quantités de repas, après une grosse séance [...] je mange 2-3 assiettes"* témoigne un individu. Bien que d'après les résultats issus du questionnaire en ligne, près de 70% des

répondants semblent satisfaits de leur alimentation, bien qu'ils reconnaissent désirer plus de produits bio (œufs, fruits et légumes...) ou locaux, manger plus équilibré, limiter la consommation de produits sucrés, prendre plus de temps pour cuisiner maison, etc.

Ils sont conscients de leur niveau d'alimentation mais savent également généralement reconnaître s'ils sont suffisamment actifs ou non "En dehors de ça, je suis assez sédentaire" reconnaît M ou "je vais au travail [...] je n'ai pas trop d'activités". En effet, les gens semblent beaucoup exigeants et critiques puisque seuls 40% sont satisfaits de leur niveau d'activité physique et estiment avoir besoin de plus de temps, d'organisation, de motivation, de structures ou de moyens pour se rendre à ses activités et on retrouve également énormément la notion d'objectifs, de performance et de bien-être physique et mental que ce soit dans les entretiens ou via le questionnaire.

2. Une volonté d'être plus actif au physiquement ressentie

a. Des populations globalement plus actives

De façon générale et grâce à une prise de conscience et de nombreux moyens déployés en Polynésie française comme les journées santé et sportives, les habitants se mettent de plus en plus à l'activité physique et au sport. Ce fait est appuyé par le fait que 60% des répondants pratiquent une activité physique régulière que ce soit en autonomie pour la majorité (15 personnes) ou en club et associations (4 personnes). Les volontés de se mettre au sport sont motivées pour certains par la perte de poids ou le maintien d'un poids stable ou afin de "conserver un bon état général" c'est-à-dire limiter les *"variations de poids, les maladies et la santé mentale."* Outre cette notion d'activité physique étroitement liée à la santé, ce qui semble bien intégré, les polynésiens accordent également beaucoup d'importance à la performance ce qui se traduit par des notions d'objectifs du type *"j'aimerais m'améliorer sur la course à pieds, ce n'est pas mon point fort"*

On constate également que les gens ont envie d'utiliser des modes de transports plus actifs ou de limiter la voiture pour se rendre au travail ou à leurs différentes activités mais cela reste insuffisant puisque la voiture reste largement en tête avec 18 personnes sur 25 qui l'utilisent quotidiennement.

L'effervescence quasi-mondiale autour de la musculation et du crossfit, comme l'explique DH, semble également largement attirer les jeunes polynésiens. Les raisons qui les poussent à se lancer dans ce type de sport de façon intensive restent à déterminer comme en témoigne H qui l'observe autour de lui à Tahiti et plus spécifiquement au sein de son foyer chez sa petite sœur. Il raconte que *"beaucoup de jeunes aussi sont à fond dans le sport maintenant [et] ne sais pas si c'est pour se sentir bien ou ressembler..."* Ils *"cherchent souvent à se muscler ou à perdre du poids" en mettant de l'argent dans ce type de substance plutôt qu'en mangeant sain et équilibré*, comme l'explique la diététicienne libérale avec laquelle j'ai pu échanger. En plus des produits et substances ingérées, ces conduites excessives les poussent à revoir leurs habitudes alimentaires et se tourner

vers des *“mono-diet”* riches en protéines et essentiellement basées sur la viande blanche comme le poulet et prennent le risque de développer des carences alimentaires.

b. Environnement physique favorable, ou presque, à la pratique d'activité physique

Les habitants de Tahiti et Moorea sont en partie satisfaits de l'offre de salles de sport autour de chez eux comme le déclare M « il y a énormément de salles de sport à Moorea » même si elle regrette la récente fermeture de sa salle de sport. Cependant, certaines personnes déplorent tout de même le manque de structures dans certaines communes.

Plusieurs témoignages corroborent ce que nous avons déjà vu dans la littérature au sujet du manque de solutions matérielles au transports actifs malgré une réelle volonté de *“ne pas prendre [sa] voiture pour faire plus d'activité physique”* qui sont comptabilisés selon les Recommandations Mondiales de l'OMS comme une partie intégration de l'activité physique. Certaines îles comme Tahiti étant assez vaste les déplacements se font plutôt en voiture ou en moto selon plusieurs contrairement à des plus petites îles comme Tahaa qui est *“une petite île sauvage”* où les personnes se déplacent plus facilement et *“souvent en vélo”* qui utilisent plus facilement la barque ou la marche pour se déplacer.

L'éloignement géographique est régulièrement cité comme une barrière aux déplacements à pied ou en vélo pour se rendre sur son lieu de travail comme le regrette JP. « avant je ne travaillais pas loin de là où j'habitais donc c'était plus pratique pour moi, je me déplaçais en vélo. Maintenant j'habite un peu plus loin donc mes moyens de locomotion ont changé »

Les transports en commun ne sont que très rarement cités comme moyen régulier de déplacement ou alors pour dire qu'ils ne sont pas arrangeant en terme d'horaires ou d'arrêts « je vais en voiture car y'a pas les bons timings avec les transports en commun, c'est pas pratique » (K)

Toujours au niveau des aménagements territoriaux, le manque de parcs ou de moyens de locomotion est un facteur influençant vraiment la pratique sportive, même chez les personnes les plus motivées et conscientes du besoin de sport pour leur santé. Ainsi, l'anecdote d'une diététicienne interrogée sur une de ces patients illustre parfaitement ce propos : *“J'ai le cas d'une personne super motivée, qui est jeune hein, elle a vraiment des problèmes de santé et a conscience qu'elle doit changer pas mal fait déjà pas mal de choses pour changer son comportement alimentaire, fin son mode de vie, mais elle est confrontée à ce type de problème. Elle s'est organisée pour avoir la voiture de ses parents au moins une heure le lundi soir, pour aller à 5 km de chez elle pour pouvoir aller marcher dans un parc où elle s'est fait un circuit de 1 km de marche. C'est vite problématique. Elle a conscience que faire de l'AP est important pour sa santé et va l'aider, mais elle n'a pas forcément les moyens derrière quoi”*

Enfin, sur cette région les facteurs climatiques semblent faire partie intégrante de la motivation des habitants : *“Quand il fait moins chaud on sort faire du sport: du foot, de la rame...”*

Ce qui oblige forcément les habitants à vivre à un tout autre rythme : se lever plus tôt, faire du sport plus tard dans la journée... ce qui rend d'autant plus difficile la motivation, surtout pour quelqu'un de pas très actif en règle générale. Ce qui montre une forme de vie assez sédentaire complétée par la notion de *"télé, facebook, canapé"* retrouvées dans différents témoignages.

3. Des difficultés persistants sur l'alimentation

a. La culture, les habitudes et la gourmandise

Comme nous avons pu le voir tout au long de ce rapport, et malgré une connaissance confirmée sur les conséquences sanitaires de la malnutrition, la culture polynésienne induit des comportements alimentaires particulièrement orientés sur plaisir et *"la bouche en premier, le goût en premier"* comme le souligne DH. Plusieurs témoignages vont dans le sens du *"nous on aime manger"* ou de la gourmandise et *"des petites choses à côté qui font craquer"* (K). Parce que *"les gens aiment manger, il faut manger"* cet indicatif présent montre que même au-delà du goût et du plaisir, il y a là une nécessité voire une obligation pour les populations de manger pour s'inscrire dans les codes polynésiens puisque *"manger bien, c'est manger beaucoup"* pour être fort et en bonne santé.

Cette véritable culture goût ou plutôt culture du sucre comme pousse parfois à des conduites absurdes comme *"mettre du coca dans le biberon dès leurs 3 mois"* témoigne M en insistant lourdement sur les conséquences sur la santé *"y'a des gosses à 6 ans ils n'ont plus de dents, on est obligé de leur retirer..."* Parce que *"y'a des habitudes alimentaires qui perdurent [...] les gens c'est le sucré !"*

Enfin, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce rapport, les habitudes de cuisine sont également beaucoup tournées vers des grandes quantités de graisses de cuisson ou énormément de produits frits, propos qui ont été confirmés par K qui reconnaît que *"l'alimentation [en Polynésie] c'est aussi beaucoup d'huile, du frit..."* De plus, les rassemblements familiaux permettent également de *"manger des plats en famille"* qui sont généralement *"plutôt copieux"* comme l'explique H.

Conscient des conséquences sur la santé et des changements à adopter pour sa santé comme *"un diabétique sait très bien qu'il ne doit pas consommer de coca"*, on constate que *"dans la mentalité polynésienne ce qui ressort c'est que malgré le fait de savoir les choses [...] c'est le plaisir en premier"* d'après les dire d'une diététicienne qui le constate quotidiennement dans son activité. Cette mentalité est même jugée comme fataliste par les professionnels de santé qui le constatent largement sur les patients qui viennent à l'hôpital sans émettre forcément de regrets et sont plutôt partisans du *"c'est comme ça, c'est comme ça..."* Il faut, selon cette même diététicienne, arriver à un stade *"critique, si on coupe un membre"* par exemple pour que les gens se disent *"bon j'ai déconné"*. Mais le changement de comportement est jugé comme très difficile à effectuer puisque c'est dans les mentalités *"un patient qui fait des crises de gouttes va quand*

même consommer des mauvais aliments parce que voilà, c'est trop bon", les gens vivent plutôt au jour le jour, pour se faire plaisir.

b. Rapidité, facilité... fast foods !

La culture du sucré et de la gourmandise n'a été que bénéfique à la prolifération de fast-foods sur les îles polynésiennes. En effet, comme nous l'avons vu dans la Revue de la littérature la fin de *"la cueillette et de la pêche"* marquée par l'irruption du mode de vie occidentale sur ces îles à contribué à renforcer des envie et adeptes du *"vite fait bien fait"* d'après M qui avoue ne pas avoir l'envie ou le *"courage de [se] faire des carottes râpées"* et ajoute ne faire *"vraiment que le strict minimum"* et ne cuisine que très peu.

Ainsi, les roulottes et autres fast foods sont très appréciés et permettent de *"choisir la facilité et la rapidité"* d'après H. Cette tendance semble toucher davantage les jeunes qui *"mangent facilement un sandwich avec des frites."*

c. Les enfants particulièrement touchés, une responsabilité à prendre par les parents

Les enfants sont dans la quasi-totalité des échanges identifiés comme les premières cibles de la malnutrition. En effet, les roulottes sont bien souvent implantées au plus proche des établissements scolaires ce qui offre une forme de simplicité et du confort aux parents qui, d'après plusieurs témoignages, prennent l'habitude et *"préfèrent donner 1€ pour qu'ils aillent acheter leur déjeuner."* Il faut savoir que pour les établissements disposants de cantine, les frais sont souvent trop élevés pour les familles et comme nous l'avons vu très peu fournissent des déjeuners fait-maison aux enfants qui reviendraient plus chers et demandent plus de temps. Ainsi, *"malgré les campagnes de sensibilisation, les parents continuent de donner de l'argent aux enfants qui mangent n'importe quoi"* d'après H et ne l'aident pas à aller vers les bons choix nutritionnels.

Grâce à la communication réalisée dans les écoles et au travail réalisé à travers le projet des *"écoles en santé"*, les enfants *"apprennent des choses"* qu'ils *"doivent rapporter chez eux"* puisque comme l'explique DH *"ils ont ces notions mais ils ne font pas les courses, ils ne maîtrisent pas le budget"* donc il doit y avoir des relais entre enfants et parents, que l'information passe pour réellement introduire de bons comportements alimentaires dans les foyers et ne pas *"détruire ce qui se fait avec l'école"* et apporter de la *"cohérence"* aux jeunes.

4. Facteurs influençant les comportements nutritionnels des polynésiens

a. L'influence des pairs et le besoin d'appartenance

Qu'elle soit positive ou négative, l'influence des pairs sur les comportements alimentaires et physiques est non négligeable pour les polynésiens. En effet, on ressent que leur rythme s'inscrit dans une unité et une dynamique d'ensemble comme en témoignent certaines expressions comme "c'est comme tout le monde, *"ici c'est beaucoup des repas copieux"*, "la semaine c'est comme tout le monde."

Pour ce qui est de l'influence positive des pairs, on remarque que le fait de faire du sport en groupe ou de s'inscrire à plusieurs à un sport ou une activité contribue à égayer la motivation. Au contraire, le fait d'être seul est moins bien perçu, "ça n'a rien à voir" juge V qui a déjà fait l'expérience du sport ensemble et du sport seule. D'autres témoignages viennent compléter cette vision comme le dit explicitement K « Nous on veut pas y aller tout seul ». Cette énergie de groupe constitue donc un soutien physique et moral à la pratique sportive comme l'explique V "Dès que quelqu'un décroche, on peut le rattraper et le motiver. Que si tu décroches tout seul... y'a personne pour te rattraper (rires)"

Parfois et dans d'autres circonstances, l'effet de groupe peut avoir des conséquences négatives sur l'activité physique ou l'alimentation. Ainsi, le lieu de travail identifié comme propice aux mauvaises habitudes entre collègues d'après les dires de K "on s'influence beaucoup avec ma collègue" qui explique qu'au boulot elle est plus tentée par les sodas que chez elle où elle a l'habitude de boire de l'eau ou le fait de toujours "[tomber] dans le piège de la gourmandise" en craquant sur "des gâteaux, des chips..." Parfois la nourriture est une forme de refuge et "ça dépend de l'humeur de la journée" comme témoigne V.

b. La fixation d'objectifs

Le goût du challenge semble animer et motiver les polynésiens à la pratique sportive. 2 interrogées m'ont fait part d'un challenge "perte de poids" organisé par l'Assurance Maladie qui propose des activités locales comme la pirogue. Le fait de se fixer des objectifs et voir "au bout de x mois [...] combien on a perdu" est perçu comme "motivant" d'autant plus que c'est un événement collectif qui se partage entre amis et collègues, ce qui a été jugé comme un élément déterminant à la pratique sportive pour les polynésiens.

Pour les personnes qui sont dans une démarche volontaire au niveau de l'activité physique explique que l'alimentation leur permet de se "retrouver dans [leurs] objectifs personnels" tout en procurant bien-être au quotidien.

c. L'argument financier en défaveur de la consommation de fruits et légumes

Il a été montré qu'en Polynésie, les fruits et légumes sont pour la plupart importés et donc plus chers qu'en métropole. Cet argument à la non-consommation régulière de fruits et légumes

est omniprésents dans les retours des interrogés qui sont demandeurs de *“plus de variété locale de fruits, salade et légumes frais”*

En tout cas, ce discours est quelque chose qui peut agacer les professionnels de santé, qui jugent que celui-ci est acceptable pour une partie de la population la plus démunie ou les familles nombreuses en effet, mais pourrait trouver sa place dans le panier des polynésiens si encore ils en avaient réellement l'envie. La diététicienne libérale avec qui j'ai pu échanger sur le sujet explique qu'elle cherche à *“déconstruire ce discours où manger équilibré ça coûte cher”* estimant *“qu'on conditionne les gens dans ce genre de discours.”* Pour appuyer sa position, elle explique que la tendance du crossfit et des régimes mono-diét et ultra-protéiné pousse ces mêmes jeunes à acheter des produits plus chers et *“sont prêts à mettre de l'argent là dedans, par contre, manger sain et équilibré c'est tout de suite compliqué quoi.”* Ainsi, selon sa vision, si on *“occulte cette partie de la population qui gagne moins de 300€/mois pour qui se nourrir revient cher”* il est possible de déconstruire cette vision qui pousse à penser que l'alimentation saine coûte plus cher et aider les gens à revoir leur budget alimentation au global pour manger correctement.

Partie 2 : Focus sur la perception de la prévention en nutrition réalisée en Polynésie française

1. Connaissance et reconnaissance du travail de prévention réalisé

La majorité des personnes interrogées ont jugé le niveau de diffusion de messages préventifs satisfaisants que ce soit autour d'eux (milieux professionnels, écoles...) à la télévision, sur les réseaux sociaux ou à travers les dépistages et journées de santé comme les EA'days par exemple. Cependant, plusieurs propos vont dans le sens d'une plus large diffusion dans les milieux scolaires jugeant qu'on peut toujours faire plus.

a. Une communication de proximité qui plaît

Assez communément, les polynésiens sont partants pour bouger ou pour découvrir. Cependant ils sont plutôt dans une *“vision culturelle de vouloir qu'on vienne à eux”* et sont assez *“attentifs à ce qu'on peut leur proposer si on arrive dans leur quartier et qu'on arriver à leur proposer gratuitement”* surtout pour les classes sociales à bas revenus qui sont souvent dans des quartiers dits prioritaires avec qui *“la stratégie avancée est primordiale”* explique la diététicienne libérale interrogée. En effet, *“si le projet est extérieur et demande à ce que la personne sorte de chez elle et de son quartier ça ne va pas marcher.”*

Plusieurs témoignages sur des activités organisées par les entreprises comme *“les journées familles”* sont généralement très vite complètes - *“On a vu mais on est pas allé, activités restreintes, places restreintes [...] et il fallait s’inscrire.”* Le fait de devoir s’inscrire en amont semble représenter une forme d’engagement et un frein pour certaines personnes qui restent néanmoins attirées et désireuses de ces activités mais en gardant une certaine distance.

Enfin, cette culture du *“direct”* et d’*“aller vers les gens”* a été quelque chose qui a plutôt bien fonctionné lors de la crise sanitaire du Covid-19 à en croire certains témoignages mais également la fiche d’action de la Direction de la Santé. En effet, M nous explique que les *“guides sanitaires”* ont été très appréciés à Moorea, ils *“passaient dans les vallées en disant qu’il fallait faire les gestes barrières, se laver les mains, se faire vacciner...”* et émet rapidement l’idée que *“ça serait bien qu’ils fassent ça sur d’autres thèmes, comme l’environnement ou l’alimentation par exemple.”* Cette forme de porte à porte semble plaire et susciter du dialogue et donc de l’apport de connaissances avec la population.

b. Une population réceptive et ouverte

La population polynésienne est de nature assez réceptive et ouverte soutient une diététicienne interrogée *“des journées de prévention il pourrait y en avoir plus, les gens sont réceptifs.”* En effet, ils sont de nature assez curieuse et pour plusieurs interrogés ils montraient une réelle volonté d’apprendre des choses comme apprendre à cuisiner des plats maison, découvrir des exercices physiques à reproduire, etc. Cet aspect est très bien illustré par le propos de M *“c’est vrai que niveau alimentation, j’aurais des leçons à prendre!”* Une diététicienne insiste même sur le fait que ce qui fonctionne bien ce sont des actions terrains assez concrètes comme *“la journée mondiale du diabète”* ou encore *“les dépistages dans les galeries marchandes des magasins [...] ça les touche plus.”*

En ce qui concerne les journées prévention organisée, comme nous avons pu le voir dans le paragraphe précédent, les participations sont toujours à la hauteur des espérances avec *“plus de 2700 personnes présentes à la 7ème édition de la EA’ttitude”* du 23 avril dernier selon des chiffres communiqués par la Direction de la Santé. En effet, les gens cherchent et aimeraient être *“plus sensibiliser sur l’activité physique et aussi manger localement [leurs] fruits et légumes”* et ils *“adorent venir faire du sport en groupe. Ils participent aux stands, même aux ateliers cuisine”,* découvrir *“pleins d’activités différentes”,* profiter des journées familiales et de *“pleins de jeux gratuits”...*

De façon plus spécifique, le témoignage de I qui organise des sessions d’Activité Physique Adaptée explique également que les gens sont volontaires et que le taux de participation dépasse largement leurs attentes sur les dernières journées organisées.

c. Une attente des populations sur le long terme pour ancrer les changements de comportements

Ce qui ressort le plus sur cette communication de proximité à travers les différents événements organisés par les écoles, les entreprises, les communes est le fait que ce soit trop ponctuel et court pour induire un réel changement de comportement. En effet, en parlant des journées EA'ttitude, une interrogée explique que la diversité des activités et le fait de pouvoir le pratiquer avec ses amis, sa famille, ses collègues sont très plaisants mais termine son récit par un ton déçu *“mais ça ne dure qu'une journée.”* Ce qui fait de ces journées des campagnes qualifiées de *“campagnes de sensibilisation [qui] contribuent à apporter de la connaissance aux gens”* mais reste insuffisant pour induire un changement de comportement sur le long terme et favoriser la pratique sportive ou le fait-maison sur le long terme. M explique que *“pour certaines personnes c'est presque un coaching à vie”* qu'il faudrait insister sur le fait que l'obésité, le surpoids et le diabète doivent être pris en charge pour ces personnes.

2. Les retours des interrogés sur les vidéos du programme EA'ctus

a. Notoriété du dispositif

J'ai cherché à évaluer la notoriété du dispositif à travers la mémorisation du nom du dispositif *“EA'ctus.”* Très peu d'interrogés, que ce soit en entretien ou via le questionnaire, ont spontanément affirmé connaître le nom *“EA'ctus”*. Cependant après visionnage des vidéos, quasiment tous reconnaissent l'avoir déjà vu passer sur Facebook ou à la télévision au moins une fois.

b. Un avis partagé sur les vidéos du programme EA'ctus

Bien que certaines personnes ont jugé que le côté informatif est utile, simple, clair et vivant surtout pour la vidéo *Sédentarité* grâce à une musique qui a été généralement appréciée, la diététicienne libérale interrogée alerte sur le fait que les *“campagnes ne percutent pas assez pour induire un changement de comportement”* et c'est ce qui est globalement ressorti des entretiens comme des résultats du questionnaire grand public. Plus précisément sur la dernière vidéo évaluée - à savoir *“Les bonnes résolutions”*, la tonalité générale a été appréciée pour son *“ton non moralisateur”*, les sourires et les intervenantes agréables mais également pour les bons conseils

qu'elle apporte. De plus, le fait de décliner les vidéos en Tahitien et en Français est également un paramètre qui semble plaire.

i. une tonalité critiquée

La tonalité globale de la vidéo a été critiquée en différents points qui divergent vers une même conclusion : le message des vidéos n'est pas incitatif au changement puisque *"ça montre la sédentarité tout le long et l'incitation à l'activité physique les dernières secondes"* explique un interrogé.

Tout d'abord, le fait que ce message soit perçu comme non innovant et soit *"du réchauffé"* pour certaines personnes, principalement la vidéo Sédentarité, *"on en fait pleins des comme ça !"* s'exclame une interrogée en poursuivant sur *"les gens sont peut-être lassés."* Ce sentiment de déjà vu par les populations empêche le message d'émerger et d'être réellement regardé avec l'attention nécessaire.

De plus, le manque d'innovation ainsi que le fait que le message soit trop informatif le rend *"pas attrayant"* et pas ou peu incitatif au changement finalement *"ça montre la sédentarité tout le long et l'incitation à l'activité physique sur les dernières secondes..."* relève une interrogée, une autre remarque que *"ça aide à prendre conscience mais pas à changer."* Ces témoignages semblent montrer un besoin en informations plus concrètes pour réellement susciter le déclenchement au changement.

De façon générale, le message des vidéos *"Les bonnes habitudes"* ou *"Pression Artérielle"* est jugée *"trop vertical et trop directif"* pour certains interrogés.

Enfin et c'est sans doute l'élément qui est le plus émergent dans les différents témoignages, les vidéos en générale ne semblent pas assez percutantes et choquantes par la population ce qui rend le message *"pas convainquant."* Plusieurs personnes ne sont montrées demandeuses *"d'images chocs de personnes obèses"* particulièrement auprès des enfants afin d'induire ce changement de comportement et une prise de conscience le plus tôt possible.

"c'est trop gentil ça comme vidéo" ; "pour moi c'est pas assez choquant" (K)

"avant on avait la filariose, c'était une maladie transmise par le moustique qui fait gonfler le membre piqué. Et à l'époque, j'étais petite, mais ils montraient directement les membres : les bras, les jambes hyper gros... ça m'a choqué donc je n'ai jamais raté un seul médicament"

"les gens ne comprennent pas tant qu'ils ne sont pas choqués"

"j'aimerais bien qu'ils aillent dans les écoles et montrent des personnes obèses aux enfants" (H)

ii. un langage jugé trop scientifique

Ces remarques concernent principalement la vidéo sur la pression artérielle qui a été souvent jugée comme trop médicale et scientifique par les interrogés. En effet, *“elle se veut donner pas mal d’informations sur un minimum de temps, du coup je suis pas sûr qu’elle soit comprise par tout le monde sur les termes “pression artérielle”, “comorbidité”...”*

Ce langage trop médical empêche une réelle prise de conscience par les individus *“ils parlent de pression artérielle, je me rend pas compte de la gravité que ça peut avoir”* mais ne permet pas non plus l'identification des personnes au contenu très spécifique sur la pression artérielle : *“on ne voit pas directement les conséquences de l’activité physique.”* Plus largement sur la vidéo *“Pression artérielle”* comme celle sur la *“Sédentarité”*, plusieurs personnes ont déploré qu’*“on ne voit pas les conséquences directes de l’activité physique”*

iii. un besoin d'identification insatisfait

Globalement, comme nous l’avons vu dans les précédentes parties, le plus gros manque ressenti par la population à travers ces vidéos est un manque de possibilité d'identification qui peut venir d’un langage jugé inadapté mais pas que.

Le sentiment de non ciblage des vidéos ne favorise pas l’identification des individus au contenu. Certains ont tendance à déplorer le **manque de représentation des personnes âgées** (*“il ne pas oublier les personnes plus âgées”*) ou au contraire avoir l’impression que certaines vidéos s’adressent uniquement à une partie de la population et donne l’impression de ne pas être concerné par le problème - comme par exemple à travers la vidéo sur la *“Sédentarité”* (*“cette vidéo reflète en partie les journées des jeunes. Je pense que cette information est une bonne idée car ça permettra aux plus jeunes de prendre conscience de leur santé”*).

Ce **manque de ciblage** fait que certaines personnes jugent *“le sujet traité de façon trop superficielle ce qui ne favorise pas l’intégration des personnes qui ont un vrai problème.”* En effet, différentes personnes regrettent que les contenus *“ne prennent pas en compte les ressources et les capacités individuelles”* de chacun et de plus les exercices - présentés dans la vidéo *“Les bonnes habitudes”* sont jugés *“trop difficiles pour les personnes qui démarrent ou reprennent l’activité physique, surtout si la personne est en surpoids.”*

Dans le même esprit, le **choix des acteurs** joue un rôle essentiel dans le processus d’identification et doit être une personne dans laquelle les populations ciblées, donc celles qui ont besoin de pratiquer du sport pour cause de surpoids, d’obésité ou autre raison médicale, or *“à la fin une nana qui part courir, qui est fine comme ça, les gens ne vont pas forcément s’identifier à cette personne.”* explique une diététicienne en faisant référence à la vidéo sur la sédentarité. De plus, ce choix peut culpabiliser les personnes qui sont vraiment en surpoids ou obèses.

Enfin, certains éléments symboliques comme le compteur de temps dans la vidéo sédentarité favorisent quant à eux la prise de conscience, *“ça fait beaucoup d’heures”* s’exclame K estimant que *“le compteur [lui] fait prendre conscience.”*

Également, le fait que la vidéo soit disponible en tahitien et en français sont des spécificités qui ont été largement relevés et semblent beaucoup plaire (*“c’est bien pour les personnes âgées qui ne parlent pas trop la langue”*).

iv. une demande d’idées concrètes à mettre en place

Pour finir, le dernier point et sans doute le plus important qui a été demandé par les individus est la demande d’**idées concrètes à mettre en place** en fonction de leurs besoins et accessibles pour *“s’engager dans cette démarche : ça va être les différents dispositifs qu’on peut lui offrir”* qui vont compter et c’est ce qu’il manque aux vidéos de communication et aux campagnes de sensibilisation explique une interrogée qui prend pour exemple ses difficultés logistiques personnelles qui représentent un frein la pratique sportive *“moi par exemple, je vis loin d’un parc, j’ai pas de voiture, c’est pas accessible. on est sur une petite île”* et finit par questionner concrètement par *“comment on fait pour aller faire du sport? “*

En effet, beaucoup de témoignages vont dans le sens d’un discours perçu comme pas assez *“concret”* dans les vidéos de manière générale et expriment la volonté d’avoir plutôt des *“exemples au quotidien”* comme *“monter les escaliers, garer la voiture en dehors de la ville et marcher pour faire ses courses...”*

Toujours dans cette même volonté, d’autres personnes aimeraient *“plus d’innovation dans les messages”* explique une répondante : *“j’aimerais une campagne sur l’obésité avec les solutions de traitements et accompagnements possibles”* ce qui montrent que les populations sont en attente de solutions concrètes que ce soit sur les parcours thérapeutiques possibles en fonction des maladies, des sur lesquels s’appuyer, autour de chez eux et accessibles.

c. Le poids des réseaux sociaux et principalement Facebook comme vecteur d’information apprécié

Facebook a été identifié, à juste titre, par les pouvoirs publics polynésiens comme le réseau social par excellence consommé sans modération par la population avec également une prise de goût également pour Tik Tok il est important de le noter. Néanmoins, Facebook reste très ancré dans les mœurs et les habitudes de chacun comme pour M, il rythme sa fin de journée par exemple. Les gens consomment également beaucoup de contenus sur ce réseau social et

perçoivent les communications de prévention comme l'explique M *"sur mon facebook ils communiquent, communiquent, communiquent..."*

Néanmoins, on ressent une forme de *"sur-information"* et de contenus publiés peut-être trop en masse de telle sorte que les gens estiment ne pas pouvoir *"regarder en détails toutes les publications non plus"* et se contentent parfois de liker. C'est la dure loi des réseaux sociaux. Certaines personnes sont donc d'accord pour dire que les réseaux sociaux représentent un levier énorme, mais qu'il doit être utilisé en complément *"des moyens de communication de base"* comme l'explique JP en précisant qu'il est tout aussi intéressant d'être présent là où sont les gens dans la vraie vie.

3. Recommandations

De façon assez générale, je recommande, suite à mon terrain, de retenir certains points importants relevés par les polynésiens à l'égard des vidéos de prévention évaluées, étant donné qu'elles sont faites avant tout pour leur santé et tenter de générer sur le long terme un changement de comportement.

Tout d'abord, je privilégierai des vidéos simples qui ne sont pas basées sur des termes médicaux qui ne parlent pas forcément aux populations. Si on prend l'exemple de l'HTA :

- **Utiliser des termes simples** plutôt que du vocabulaire trop scientifique ou médical qui ne va pas parler aux populations et donc ne favorise pas forcément une prise de conscience et ne déclenche donc pas de volonté de changer son comportement ;
- **Présenter les chemins cliniques avant** - pour une personne qui aurait un doute, elle saurait à qui s'adresser et où se rendre pour se faire dépister, **et après dépistage** de l'HTA - afin d'accompagner cette fois la personne dans sa démarche d'amélioration de ses habitudes de vie. Ce point permettra d'être préventif et curatif puisque dans un sens on poussera les individus à consulter un professionnel de santé.
- **Apporter des solutions concrètes** afin d'agir sur leur santé plutôt que de les définir (cf témoignage de V *"je préfère cette vidéo! C'est mieux ça plutôt que quand on nous explique ce que c'est"*).

Si l'on regarde plus largement, il existe différents outils apportant des solutions concrètes aux populations, et en dehors de programmes de communication. Cette source d'informations semble répondre aux besoins des polynésiens, pourraient être relayés dans le cadre de campagnes de communication et tiennent compte du fait que la plupart des personnes interrogées se trouvent dans une étape de « pré-intention » selon le modèle transthéorique de Prochaska et Di. Clemente voici quelques exemples de solutions proposées par les systèmes de santé comme par exemple :

- Le programme [*Better Health*](#) de la NHS au Royaume Uni et ses différentes applications mobiles visant à rendre accessibles l'activité physique et l'alimentation tout en accompagnant les individus dans un changement de comportements

- **Promouvoir l'activité physique** grâce à *Couch to 5k* qui offre des coachs, accompagne le coureur à relever le défis des 5 km et le met également en relation avec d'autres coureurs connectés ou *Active 10* qui est un calculateur de pas permettant de mesurer les progrès individuels.
 - **Améliorer les habitudes alimentaires** grâce à *Weight Loss* qui accompagne les utilisateurs dans une démarche de perte de poids grâce à la fixation d'objectifs, le recours à un calculateur d'IMC pour mieux personnaliser le plan, la planification de repas, l'enregistrement de l'activité et des progrès, etc. Il existe également *Easy Meals* qui proposent des idées de plats plus sains pour les populations. ^[29]
- Les différents outils de Santé publique France, sous la tutelle du Ministère de la Santé disponible sur le site mangerbouger.fr comme *La Fabrique à Menus*, planificateur de menus hebdomadaires accompagnants les utilisateurs dans une démarche de choix nutritionnels plus sains pour la santé et petit à petit vers les recommandations mondiales de l'OMS.
- Le *guide alimentaire Canadien* offre également des idées de recettes, des bons conseils pratiques comme la planification des repas, etc.

Ces trois points clés doivent néanmoins tenir compte de certains critères et donc d'être plus ciblés, en fonction :

- De l'âge ;
- Du niveau d'activité physique ;
- Des ressources financières et matérielles.

L'accent pourrait être mis sur différentes catégories d'âge à fort potentiel comme par exemple :

- Les **personnes âgées** qui sont volontaires et aiment partager avec leurs petits enfants. En misant sur le lien familial et réalisant des vidéos sur ces thèmes, cela permettrait de favoriser les liens intergénérationnels.
- Les **femmes enceintes** représentent également une cible intéressante pour différents points. Tout d'abord, nous avons vu dans la littérature, qu'une femme polynésienne prendra plus de kilo pendant sa grossesse qu'une métropolitaine, prise de poids qu'elle aura beaucoup de mal à gérer par la suite puisqu'on a pu voir que plusieurs jeunes mamans sacrifient leurs activités physiques et professionnelles pour se consacrer à leur famille. Sur ce point, une promotion de la santé peut être réalisée afin de présenter l'importance de la pratique sportive durant et après la grossesse ainsi que l'équilibre alimentaire à surveiller (accompagnée évidemment d'un suivi médical régulier). Ensuite, étant dans une période de leur vie pleines de nouveautés, cela peut être le moment d'instaurer de nouvelles habitudes de vie saines pour elle et pour son bébé. C'est d'ailleurs des échanges très intéressants que j'ai pu avoir avec une diététicienne libérale à Tahiti qui m'a ouvert les yeux sur ce point. Soucieuse de bien faire pour son bébé, la femme est dans une période de sa vie où elle est le plus susceptible d'être réceptive à l'information que l'on peut lui apporter.

Ensuite, les individus ont **besoin de pouvoir s'identifier et se reconnaître à travers le contenu qu'on leur diffuse** pour espérer générer un changement de comportement. D'abord et c'est un point qui a plusieurs fois été soulevé durant les entretiens, les polynésiens accordent beaucoup d'importance aux personnes locales.

Il faut donc absolument qu'**un polynésien porte le message et leur apporte l'information**, puisqu'il bénéficie d'une certaine crédibilité auprès de ses pairs et connaît le même environnement physique. Le recours à des influenceurs, bien que ça n'a pas été spontanément cité par les interrogés, peut être une piste à penser, en privilégiant bien une personne locale, proche et représentative de la population pour favoriser ce besoin d'identification nettement réclamé.

Mais également, il est important de veiller à trouver des **personnes qui ressemblent à celles que l'ont cherche à cibler** à travers notre vidéo, exemple : si l'objectif de ma vidéo est de faire bouger une personne en surpoids, il ne faut pas choisir une femme déjà sportive et fine pour porter le message... Pour commencer il ne facilitera pas l'identification mais il peut également générer à l'inverse des comportements et réactions négatifs(ves) comme de la frustration, de la colère, de la jalousie, des complexes, etc. Le recours à des influenceurs locaux peut permettre de remédier à ce problème. Si un influenceur qu'ils adorent vient leur partager son expérience personnelle, leur donner des bons conseils ou même leurs lancer des challenges et générer une motivation de groupe, ça ne peut qu'être bénéfique au plus grand nombre.

Nous avons pu constater une prise de conscience quasi-générale sur l'activité physique plus que sur l'alimentation. Les communications doivent être plus accés sur ce second point tout en continuant de prévenir sur les bienfaits de l'activité physique afin de ne pas déconstruire ces belles réussites. **Créer plus d'événements culinaires ou de compétitions dans ce domaine** dans le même esprit que les journées sportives peut-être une idée puisque nous avons vu à travers les entretiens que les polynésiens ont le **goût du challenge et du collectif**.

Développer des repères normés et visuels facilitent également l'acquisition et l'adoption du message. Nous avons vu que différents dispositifs en métropole servent de repères nutritionnels aux français. Ces dispositifs pourraient être déployés et/ ou adaptés en Polynésie française afin d'être tout aussi utiles aux populations comme le Nutri-Score ou le PNNS. A noter que la déclinaison du PNNS Outre-mer permettra d'avancer sur ces points, puisqu'il permettra l'adaptation des recommandations nutritionnelles.

Pour finir, ce travail de mémoire a permis de faire émerger des témoignages à la fois divers et enrichissants des populations vis-à-vis des dispositifs digitaux de prévention et promotion de la santé déployés. Ainsi, on note l'importance de réaliser un suivi des campagnes réalisées afin d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des dispositifs de prévention et promotion déployés. Ceux-ci doivent être en adéquation avec la population et donc bâtis avec elle. Comme nous avons pu le voir également dans la première partie du mémoire (Revue de la littérature), réaliser des pré-tests en amont de la diffusion plus large d'une campagne permet

également d'apprécier l'impact d'une campagne sur un échantillon représentatif de la population, ce qui peut également être intéressant dans ce cas précis.

Perspectives d'amélioration

Au cours du déroulement de mon mémoire, j'ai pu constater certaines limites et des axes d'amélioration pour rendre ce terrain plus qualitatif. Après avoir échangé avec la Direction de la Santé de Polynésie française et compris leur besoin de mettre en place prochainement un dispositif d'évaluation de leurs programmes de communication j'ai proposé mon travail comme une première piste de réflexion et un premier retour sur le programme EA'ctus diffusé depuis janvier 2021 sur les télévisions et réseaux sociaux polynésiens. Selon moi, ces quelques retours des polynésiens est réalisé certe à petite échelle mais permet déjà de **saisir les enjeux et la nécessité d'évaluer les dispositifs de communication**. Ce terrain permet également de relever les différents points clés identifiés par les populations directement concernées par ces dispositifs et d'évaluer leurs besoins.

La première barrière que j'ai pu rencontrer, qui peut sembler évidente mais demande une certaine organisation, a été **le décalage horaire de 12h entre Paris et la Polynésie française**. Ce décalage associé au fait que les polynésiens ont en moyenne des journées qui commencent plus tôt que nous, étaient des facteurs à prendre en compte. Cependant, cette distance géographique a été problématique sur différents aspects. Tout d'abord, il est logiquement moins évident de prendre contact avec des personnes qui ne vivent pas autour de nous, de les contacter via les réseaux sociaux et de s'introduire dans leurs habitudes de vie. J'ai eu beaucoup de chance de ce point de vue puisque toutes les personnes qui m'ont répondu ont très bien saisi la démarche de mon projet et ont parfaitement joué le jeu. Par contre, il est sûr que sur les quelques dizaines de personnes que j'ai pu solliciter, une poignée d'entre elles seulement a répondu présente. De ce fait, je pense qu'il est plus simple dans l'idéal de mener ce genre de terrain directement sur place pour entrer au contact de la population, d'autant plus que c'est un point que nous avons vu dans le retour terrain, qui plait beaucoup aux polynésiens. Les gens aiment qu'on s'intéresse à eux, qu'on vienne chez eux, dans leur monde et non pas l'inverse.

J'ai pu remarquer que **la barrière du numérique**, qui n'est pas outil quotidien pour certain, a pu en bloquer plus d'un. Donc, être sur place est un gros plus. Je dirais également que d'être accompagné par une personne locale semble indispensable dans le cas d'un terrain en présentiel. Cette personne peut jouer le rôle d'intermédiaire entre l'interviewer et l'interviewé et peut être très utile surtout si la personne parle une langue locale comme la tahitien, a un fort accent ou une barrière culturelle importante.

Ensuite, pour des raisons techniques cette fois, le fait d'être à distance ne facilite pas la démarche. Beaucoup de personnes ne disposaient pas forcément d'ordinateur ou de caméra pour réaliser l'entretien en visio, ce qui reste l'idéal dans le cas d'un entretien en distanciel. De plus, la diffusion de supports vidéos est également moins pratique dès lors que nous avons à faire à une personne qui reçoit l'appel sur son smartphone ou une personne qui ne reçoit pas le partage d'écran et qui doit faire la démarche de quitter l'appel pour regarder la vidéo. C'est un effort supplémentaire que l'on demande à l'interviewé et ce n'est pas la meilleure façon de faire et le

plus agréable pour l'un comme pour l'autre. C'est pourquoi, j'ai fait le choix de ne pas interroger sur la vidéo "Les bonnes résolutions" qui durait 3 minutes mais plutôt sur des formats plus courts de 30 secondes pour les entretiens en visio/ téléphone. De plus, dans le cas du questionnaire que j'ai lancé en complément des entretiens, comment avoir la certitude que les gens regardent la vidéo en entier ou qu'il l'a regarde même vraiment ? Ce biais impacte la qualité des résultats. Enfin en présentiel, on peut s'assurer de cela mais également capter plus facilement les petites mimiques et réactions des personnes pendant la vidéo et rebondir plus facilement.

Enfin, et cela vient compléter la barrière de la distance plutôt handicapante, pour être d'autant plus qualitative, ce genre d'étude peut être **segmentée selon différents critères** :

- L'âge : enfants, adolescents puis moins de 18 ans, jeunes adultes, jeunes parents, adultes, grand-parents...
- Le milieu social ;
- Les catégories socio-professionnels et lieux d'exercices (privé, public, etc.) ;
- Les régions géographiques. Du fait de l'immense étendue de la Polynésie française, les cultures, les besoins et les habitudes des populations varient plus ou moins et il serait intéressant également de pouvoir les mettre en comparaison avec des études plus ciblées.

CONCLUSION

La **dégradation générale et mondiale de la santé nutritionnelle** des populations semblent avoir été entendue par les pouvoirs publics ces dernières années comme le montre l'augmentation des différents plans internationaux, nationaux et plus locaux qui ont été mis en place - comme le Plan National Nutrition Santé, le Plan Obésité, le Plan National Sport Santé et d'autres encore en France. Au niveau international, les Recommandations Mondiale de l'OMS sur la Nutrition, l'Activité Physique et la Sédentarité servent de lignes directrices aux bonnes pratiques à adopter pour avoir un mode de vie plus sain. A l'inverse, le non-respect de ces recommandations, associés ou liés parfois à d'autres facteurs comme la génétique par exemple, a été identifié comme un facteur favorisant l'apparition des maladies liées aux styles de vie, appelées Maladies Non Transmissibles (MNT) qui représentait en 2005 61% des décès dans le monde, soit 35 millions de personnes.

Le cas de la Polynésie française, indépendante sur le plan sanitaire par rapport à la Métropole, a d'immenses enjeux à relever dans les années à venir étant donné que 70% de sa population est en situation de surpoids dont 40% de personnes obèses. Cette situation est due à de multiples facteurs environnementaux, géographiques, politiques, culturels et individuels comme nous avons pu développer tout au long de ce mémoire d'abord par la revue de la littérature puis confirmé par les témoignages des polynésiens sur le terrain. Consciente des enjeux à relever, elle s'est dotée en 1999 d'un **programme de lutte contre l'obésité** prenant le nom de **"Vie saine et poids santé"** pour finalement devenir aujourd'hui le **Schéma de Prévention et Promotion de la Santé**. Dans ce programme on retrouve différentes actions avec différentes fiches d'action associées, et nous nous sommes intéressé au programme EA'ctus qui est un programme diffusé en télévision et en ligne afin de sensibiliser les habitants à différentes thématiques comme l'alcool, la nutrition, les maladies sexuellement transmissibles, l'activité physique, etc.

Le terrain a permis de prendre en considération le stade auquel se trouve généralement les individus interrogés, à savoir généralement en "pré-intention" c'est-à-dire conscients de leur niveau de santé dus à de mauvaises habitudes persistantes, mais pas encore inscrit dans une démarche de changement durable. Ceci aidant à relever les avis des populations sur les vidéos auxquelles ils étaient exposés et de comprendre si cela suscitait chez eux une prise de conscience

Page n°62

et le déclenchement d'un changement de comportement. On remarque rapidement que la sensibilisation réalisée permet aux polynésiens d'être pleinement **conscients de leur gourmandise ou de leur inactivité physique** cependant ce n'est **pas encore suffisant pour générer des changements de comportements** par **manque de motivation, manque de ressources, manque de capacité d'identification et surtout un manque de solutions concrètes et à leur portée** pour être accompagnés dans la démarche.

Le programme EA'ctus continue de s'enrichir en devenant de plus en plus inclusif et en développant des thèmes plus spécifiques sur le diabète et la diabète gestationnel, l'activité physique, le lien entre alimentation et Hypertension Artérielle, etc. La Direction de la Santé prévoit également de mettre en place prochainement, peut-être sur les bases de ce travail, un programme d'évaluation de leurs campagnes de prévention et promotion de la santé afin de performer et obtenir des résultats satisfaisants pour améliorer la santé des polynésiens, essentiel pour capter l'attention et l'intérêt des populations pour les campagnes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). *Programme National Nutrition Santé*. Site du ministère de la santé. Consulté le 10 mars 2022, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé. (2021, 13 avril). *Maladies non transmissibles*. WHO. Consulté le 1 avril 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Organisation Mondiale de la Santé. (2020, 26 novembre). *Activité physique*. WHO. Consulté le 12 avril 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
4. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology consensus project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):75.)
5. Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *Br J Sports Med*. 2019;53:886–94.
6. Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Programme National Nutrition Santé (2001–2005)*. WHO. Consulté le 17 février 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
7. United Nations. (s. d.). *Les maladies liées au mode de vie : un fardeau économique pour les services de santé, Nations Unies*. Consulté le 19 février 2022, à l'adresse <https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-maladies-liees-au-mode-de-vie-un-fardeau-economique-pour-les-services-de-sante>

8. Assemblée Nationale, Mme Maud Petit, M. P., & M. Jean-Philippe Nilor, J. P. N. (2019). *Rapport d'information déposé par la délégation aux outre-mer sur le sport et la santé dans les outre-mer*. Assemblée nationale. Consulté le 20 juin 2022, à l'adresse https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/om/l15b2502_rapport-information#_Toc256000023
9. Emilie Labbe, E. L., Alain Brigand, A. B., Véronique Bernard, V. B., René Guéguen, R. G., Michel Pouchard, M. P., Bernard Lafraïse, B. L., Dominique Chupin, D. C., Gilles Breton, G. B., & Jean-Jacques Moulin, J. M. (2010, février). *Comportements alimentaires, activité physique et santé : une étude transversale en régions Bretagne et Pays-de-Loire Habitudes alimentaires, activité physique et santé : une étude transversale dans deux régions : Bretagne et Pays-de-Loire*. ScienceDirect. Consulté le 15 mai 2022, à l'adresse https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0007996009001631?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=722cdade3d1b74ad
10. Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *PLAN D'ACTION MONDIAL POUR PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 2018–2030 EN BREF UNE POPULATION PLUS ACTIVE POUR UN MONDE EN MEILLEURE SANTÉ*. WHO. Consulté le 10 mai 2022, à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327898/WHO-NMH-PND-18.5-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Organisation Mondiale de la Santé. (2020a, avril 29). *Alimentation saine*. WHO. Consulté le 20 mars 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
12. Ministère de la santé. (2019). *Stratégie Nationale Sport Santé (2019–2024)*. Consulté le 2 mai 2022, à l'adresse <https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-nationale-sport-sante4-pages.pdf>

13. Manger Bouger, Santé publique France. (s. d.). *Comment sont élaborées les recommandations nutritionnelles ?* Manger Bouger. Consulté le 6 janvier 2022, à l'adresse <https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/elaboration-des-recommandations-nutritionnelles/comment-sont-elaborees-les-recommandations-nutritionnelles2>
14. Santé publique France. (2019, 6 septembre). *Alimentation et corpulence en Polynésie française*. Consulté le 5 mars 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/alimentation-et-corpulence-en-polynesie-francaise>
15. Direction de la Santé de Polynésie française. (2019). *PROGRAMME D' ACTIONS POLYNESIEN SUR L'ALIMENTATION EQUILIBREE ET LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE 2019–2023*. Consulté le 6 juin 2022, à l'adresse <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/11/2019-02-12-Programme-AEAP.pdf>
16. J.P.V. (2019, 4 avril). *Les dessous du comportement alimentaire des Polynésiens*. Tahiti Infos. Consulté le mai 2022, à l'adresse https://www.tahiti-infos.com/Les-dessous-du-comportement-alimentaire-des-Polynesiens_a180501.html
17. *La Maison du diabétique annonce sa fermeture*. (2015, 16 juin). La Dépêche de Tahiti. https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/la-maison-du-diabetique-annonce-sa-fermeture_27717787.html
18. *Obesity epidemic : origins and consequences*. (2009, août). ScienceDirect. Consulté le 25 mai 2022, à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1631069106000801>

19. La notion d'auto-efficacité perçue (Bandura, 1986) complète généralement la version initiale du HBM en considérant qu'elle influence aussi la probabilité d'action. Cette notion est fondamentale dans la Théorie Sociale Cognitive.
20. Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action : A Social cognitive theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs
21. Ajzen I. (1985), *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*, Action Control, Springer Series in Social Psychology, 11-39
22. Haute Autorité de Santé. (2014). *Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente*. Consulté le 20 juin 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
23. Haute Autorité de Santé. (s. d.). *Présentation générale, santé des mineurs et des jeunes majeurs*. Consulté le 4 avril 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rb_pp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
24. Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *Ottawa Charter*. WHO. Consulté le 6 avril 2022, à l'adresse <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
25. Santé publique France. (2022, 14 avril). *Baromètres de Santé publique France*. Consulté le 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france#block-65432>
26. Nutri-Score. (2022, 8 avril). *Santé publique France*. Consulté le 21 avril 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/nutri-score#block-322595>

- 27.** Santé publique France. (2019a, juin 21). Santé publique France : Qui sommes-nous ? Consulté le 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/sante-publique-france-qui-sommes-nous>
- 28.** Santé publique France. (2021, 6 septembre). Apports et limites des post-tests pour évaluer les campagnes média : l'exemple de Mois sans tabac. Consulté le 11 mars 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/apports-et-limites-des-post-tests-pour-evaluer-les-campagnes-media-l-exemple-de-mois-sans-tabac>
- 29.** National Health Service. (2022, 5 avril). Better Health. NHS. Consulté le 29 juin 2022, à l'adresse <https://www.nhs.uk/better-health/>

ANNEXES

Annexe n°1 : Les recommandations de l’OMS sur l’activité physique et la sédentarité

Annexe n°2 : Les recommandations de Santé publique France

Annexe n°3 : Fiche d'action du programme EA'ctus de la Direction de la Santé de Polynésie française

Annexe n°4 : Exemple d’un entretien semi directif avec K, une employée de mairie

Résumé

Version française

Nous avons vu que l'essentiel des législations françaises dans le domaine de la santé et de la prévention ne sont pas applicables à la Polynésie française, plus particulièrement dans le champ de la nutrition.

Le contexte économique, politique, géographique, environnemental et culturel ajoute des barrières aux modes de consommation et de pratiques sportives déjà impacté par des facteurs individuels comme la motivation, l'influence des pairs ou la gourmandise.

Les campagnes de prévention réalisées se sont multipliées ces dernières années suite à l'augmentation du surpoids et de l'obésité ainsi que les maladies non transmissibles (MNT) qui en découlent en Polynésie française. Notamment à travers des événements sportifs grand public, intra-entreprises (public et privé) ainsi que dans le milieu scolaire. Associées à ces événements, un programme de prévention en particulier a vu le jour en 2021 sous format d'une émission hebdomadaire diffusée sur les réseaux sociaux et à la télévision. Des difficultés d'identification persistent pour les populations ainsi qu'un besoin accru de solutions plus concrètes et adaptées aux différents profils (âge, condition économique, physique et niveau de santé).

English version

We have seen that most of the French legislation in the field of health and prevention is not applicable to French Polynesia, more particularly in the field of nutrition.

The economic, political, geographical, environmental and cultural context adds barriers to consumption patterns and sports practices already impacted by individual factors such as motivation, peer influence or gluttony.

The prevention campaigns carried out have multiplied in recent years following the increase in overweight and obesity as well as the resulting non-communicable diseases (NCDs) in French Polynesia. In particular through sporting events for the general public, intra-company (public and private) as well as in schools. Associated with these events, a prevention program in particular was launched in 2021 in the format of a weekly program broadcast on social networks and on television. Identification difficulties persist for the populations as well as an increased need for more concrete solutions adapted to the different profiles (age, economic condition, physical and level of health).

PARTIE 1 : Les outils de prévention et promotion de la santé dans un contexte de fléau des maladies non transmissibles au service des changements de comportements en nutrition	8
Le contexte sanitaire des maladies non transmissibles (MNT)	8
L'inactivité physique, la sédentarité et la malnutrition : le nouveau fardeau sanitaire mondial	8
Les recommandations de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité[3]	9
Les recommandation de l'OMS sur l'alimentation [11]	10
Les politiques de santé publique en France	10
Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) [1]	11
La Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) [12]	14
La formulation des recommandations nationales sur la nutrition, l'activité physique et la sédentarité [13]	15
Le cas spécifique de la Polynésie française	16
Des chiffres sur ces maladies liés au mode de vie [8]	16
Le poids de la culture influençant le rapport à la nourriture et l'image du corps [14]	17
La diversité des modes de consommation en fonction des archipelles [15]	17
Un environnement géographique, politique et climatique défavorable à la conduite de comportements favorables à la santé[8]	20
Les changements de comportements	23
Les causes de ces changements de comportements alimentaires et une baisse de l'activité physique	23
Les facteurs génétiques à ne pas écarter	23
Les causes sociétales au coeur des changements de mode de vie	24
Agir sur les comportements de santé...	25
Modèle des Croyances relatives à la Santé (Health Belief Model (HBM))	25
Théorie Sociale Cognitive (TSC) (Bandura, 1980, 1986) [20]	25
Théorie du Comportement Planifié (TCP (Ajzen, 1985)	27
Modèle transthéorique de Prochaska, DiClemente et Norcross appliqué à l'activité physique et l'alimentation[22]	28
"Prévenir pour mieux guérir"	29
Les objectifs généraux de la Prévention et Promotion sur la nutrition et l'activité physique	29
En France	30
Un rôle à tenir, encadrer et évaluer	30

Les Baromètres de Santé publique France, au coeur de l'évaluation des attitudes et comportement de la population	30
Le Nutri-Score, un outil aiguillant les consommateurs vers le meilleur choix nutritionnel[23]	31
Le rôle des professionnels de santé dans la prévention des maladies non transmissibles (MNT)	32
L'exemple du processus d'élaboration d'un dispositif de marketing social chez Santé Publique France	32
La Prévention en nutrition en Polynésie française	34
L'organisation générale de la santé publique en Polynésie française	34
Les enjeux de santé publique en matière de prévention, promotion et éducation en santé	35
Le programme EA'ctus	37
PARTIE 2 : La Polynésie française tente de relever ses défis en s'équipant du programme EA'ctus : habitudes tenaces ou prise de conscience de la part des populations ?	38
Méthodologie	38
Les professionnels de santé et santé publique	38
Echanges avec la Direction de la Santé de Polynésie française	38
Apport de connaissances des professionnels de santé de terrain	39
Les entretiens grand public	40
Choix d'une méthode semi-directive	41
Objectif de l'étude	41
Méthodologie et matériel	41
Compléter les données par un questionnaire à plus large diffusion	43
Analyse des résultats	43
Partie 1 : Généralités sur la Polynésie française	43
Une population informée et consciente de son état de santé	43
Une population consciente et globalement bien informée	43
Un avis plutôt critique des interrogés sur leurs conditions	44
Une volonté d'être plus actif au physiquement ressentie	45
Des populations globalement plus actives	45
Environnement physique favorable, ou presque, à la pratique d'activité physique	46
Des difficultés persistants sur l'alimentation	47

La culture, les habitudes et la gourmandise	47
Rapidité, facilité... fast foods !	48
Les enfants particulièrement touchés, une responsabilité à prendre par les parents	48
Facteurs influençant les comportements nutritionnels des polynésiens	48
L'influence des pairs et le besoin d'appartenance	48
La fixation d'objectifs	49
L'argument financier en défaveur de la consommation de fruits et légumes	49
Partie 2 : Focus sur la perception de la prévention en nutrition réalisée en Polynésie française	50
Connaissance et reconnaissance du travail de prévention réalisé	50
Une communication de proximité qui plaît	50
Une population réceptive et ouverte	51
Une attente des populations sur le long terme pour ancrer les changements de comportements	52
Les retours des interrogés sur les vidéos du programme EA'ctus	52
Notoriété du dispositif	52
Un avis partagé sur les vidéos du programme EA'ctus	52
une tonalité critiquée	53
un langage jugé trop scientifique	54
un besoin d'identification insatisfait	54
une demande d'idées concrètes à mettre en place	55
Le poids des réseaux sociaux et principalement Facebook comme vecteur d'information apprécié	55
Recommandations	56
Perspectives d'amélioration	60

Annexe n°1 : Les recommandations de l’OMS sur l’activité physique et la sédentarité

Âges	Recommandations de l’OMS
Moins de 1 an (sur une journée de 24H)	<ul style="list-style-type: none">● devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour de diverses manières, en particulier au moyen de jeux interactifs au sol ; plus vaut mieux. Ceux qui ne se déplacent pas encore devraient être placés 30 minutes au moins en position couchée (à plat ventre), réparties tout au long de la journée pendant le temps de veille ;● ne devraient pas être immobilisés plus d’une heure d’affilée (dans un landau, une poussette, une chaise haute ou sur le dos d’un adulte).● devraient dormir entre 14 et 17 heures (enfants de 0 à 3 mois) et entre 12 et 16 heures (enfants de 4 à 11 mois) d’un sommeil de bonne qualité, siestes comprises.● Les écrans ne sont pas recommandés.● Pendant les périodes de sédentarité, il est conseillé aux personnes qui s’occupent des enfants de leur lire ou de leur raconter des histoires.
1 à 2 ans (sur une journée de 24H)	<ul style="list-style-type: none">● devraient avoir 180 minutes au moins d’activité physique de type et d’intensité variés, y compris d’une intensité modérée à soutenue, réparties tout au long de la journée ; plus vaut mieux;● ne devraient pas être immobilisés plus d’une heure d’affilée (dans un landau, une poussette, une chaise haute ou sur le dos d’un adulte) ni rester assis longtemps.● devraient dormir entre 11 et 14 heures d’un sommeil de bonne qualité, siestes comprises, avec des heures régulières de coucher et de lever.● Pour les enfants d’un an, il n’est pas recommandé de passer du temps sédentaire devant un écran (regarder la télévision ou une vidéo, jouer sur l’ordinateur, p. ex.).● Pour les enfants de 2 ans, le temps d’écran sédentaire ne devrait pas dépasser 1 heure ; moins vaut

	<p>mieux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de leur lire ou de leur raconter des histoires dans les moments sédentaires.
3 à 4 ans (sur une journée de 24H)	<ul style="list-style-type: none"> ● devraient avoir 180 minutes au moins d'activité physique de type et d'intensité variés, dont 60 minutes d'une intensité modérée à soutenue, réparties tout au long de la journée ; plus vaut mieux; ● ne devraient pas être immobilisés plus d'une heure d'affilée (dans une poussette, p. ex.) ni rester assis longtemps. ● Le temps d'écran sédentaire ne devrait pas dépasser 1 heure ; moins vaut mieux. ● Il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de leur lire ou de leur raconter des histoires dans les moments sédentaires. ● devraient dormir entre 10 et 13 heures d'un sommeil de bonne qualité, comprenant une sieste éventuellement, avec des heures régulières de coucher et de lever.
Enfants de 5 à 17 ans	<ul style="list-style-type: none"> ● En moyenne 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue (principalement d'endurance, tout au long de la semaine). ● Des activités d'endurance d'intensité soutenue, ainsi que celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être pratiquées au moins 3 fois par semaine. ● Le temps de sédentarité devrait être limité, en particulier le temps de loisir passé devant un écran
18 à 64 ans	<ul style="list-style-type: none"> ● devraient consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ; ● ou pratiquer au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● devraient pratiquer 2 fois par semaine ou davantage des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure - qui sollicitent les principaux groupes musculaires - celles-ci procurant des bienfaits supplémentaires pour la santé ; ● peuvent porter à plus de 300 minutes la pratique d'une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine, afin d'en retirer des bienfaits supplémentaires pour la santé ; et ● devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique quelle qu'en soit l'intensité (y compris légère) est bénéfique pour la santé ; ● devraient tous s'efforcer de dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue afin d'amoinrir les effets néfastes d'un niveau de sédentarité élevé.
<p>65 ans et +</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Les recommandations sont les mêmes que pour les adultes plus jeunes ; et ● Dans le cadre de leur programme hebdomadaire de mise en forme, les personnes âgées devraient pratiquer des activités variées et à plusieurs composantes qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, 3 fois par semaine ou davantage, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.
<p>Les femmes enceintes et en post-partum (sans contre-indication)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● consacrer au moins 150 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ; ● pratiquer une variété d'activités d'endurance et de renforcement musculaire ; ● limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) est bénéfique pour la santé.

Pour un mode de vie plus équilibré, commencez par

Augmenter ↗



Les fruits et légumes



Les légumes secs:
lentilles, haricots, pois
chiches, etc.



Les fruits à coque:
noix, noisettes, amandes
non salées, etc.



Le fait maison



L'activité physique

Aller vers ↘



Le pain complet
ou aux céréales, les pâtes,
la semoule et le riz complets



Les poissons gras
et maigres en alternance



L'huile de colza,
de noix, d'olive



Une consommation
de produits laitiers
suffisante mais limitée



Les aliments de saison
et les aliments produits
localement



Les aliments bio

Réduire ↙



L'alcool



Les produits sucrés
et les boissons sucrées



Les produits salés



La charcuterie



La viande:
porc, bœuf, veau, mouton,
agneau, abats



Les produits avec
un Nutri-Score D et E



Le temps passé assis

Chaque petit pas compte
et finit par faire une grande différence

DT05-17716-A



MANGERBOUGER.FR



Annexe n°3 : Fiche d'action du programme EA'ctus de la Direction de la Santé de Polynésie française



FICHE PROJET

ÉMISSION SANTE – EA ‘CTUS

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe 3	Intégrer de nouvelles approches pour encourager des comportements individuels favorables à la santé
Objectif 5	Intégrer les nouvelles technologies
Priorité 3	Intégrer le numérique comme nouvel outil de la prévention et de la promotion de la santé (applications, réseaux sociaux, bracelets connectés...)

PORTEUR DU PROJET

BATM- Cellule de communication
Département des programmes de prévention- Direction de la santé

DETAIL DE L'ACTION

Partenaires

- Toutes les structures de la direction de la santé : structures de proximité et les structures internes
- Les communes
- La direction des solidarités de la famille et de l'égalité
- La direction générale de l'enseignement et de l'éducation
- Les associations
- Les communautés religieuses

Contexte

En Polynésie française, le paysage médiatique s'est développé de manière importante depuis ces dernières années. Le numérique a connu un essor d'organes de presse de tout genre : site d'informations, réseaux sociaux, ce qui a permis aux polynésiens d'accéder à l'information et de partager leur point de vue à tout moment.

Pendant la crise sanitaire liée au Covid 19, la présence des médias a été appréciable pour accompagner la population lors du confinement. Informer, accompagner, occuper ont été les principaux objectifs de toutes les actions menées lors de cette période. Le succès rencontré dans la lutte de cette épidémie au fenua est le résultat d'une mobilisation générale et notamment celle des médias. Ceci nous a permis de prendre conscience de l'importance des canaux numériques sur lesquels nous pouvons surfer pour soutenir et renforcer nos campagnes de prévention.

La cellule de communication du département des programmes de prévention souhaite réactualiser sa stratégie de communication et exploiter ses plate formes.

Ainsi, pour soutenir et renforcer les campagnes de prévention, il est proposé deux axes d'intervention :

- Mettre en place une émission hebdomadaire à l'image du Ve'a ora magazine et diffusable à la télévision et sur les réseaux sociaux.
- Développer une communication engageante en collaboration avec nos partenaires institutionnels et associatifs.

Objectifs

Général : Promouvoir des habitudes de vie saine dans les foyers

Spécifiques :

- Renforcer les connaissances sur les maladies et les risques sanitaires
- Consolider les savoirs faire des familles en matière de prévention
- Favoriser le partage des bonnes pratiques

Les objectifs prennent en compte le triptyque suivant :

- Educatif pour les enfants
- Préventif pour les adolescents
- Rappel, sensibilisation pour les adultes

Descriptif de l'action

AXE 1 EA'ctus

Il s'agit de concevoir une émission hebdomadaire intitulée EA'ctus. Sous forme de journal hebdomadaire, en reprenant le concept Ve'a Ora avec un format adapté à la méthode marketing : **AIDA Attention, Intérêt, Désir, Action.**

Ces 4 étapes sont le fil conducteur de cette émission pour promouvoir de saines habitudes de vie au sein des familles avec un focus sur l'actualité ou encore la nouveauté en lien avec la thématique. La tonalité de cette émission doit être chaleureuse, tenir compte des aspects culturels de la vie des familles avec une touche de légèreté.

Format de l'émission diffusé à la télévision

- Durée : 3 mn pour la télévision
- Version : français et tahitien
- Animé par une personne de notoriété publique, bilingue.

Format de l'émission adapté aux réseaux sociaux : EA'flash

- Capsule de 30s
- Version français et tahitien
- Focus sur la news ou le message à retenir
- Animé par la même personne

Thématiques

- L'obésité : surconsommation d'aliments caloriques, sédentarité et activité physique insuffisante (ou inexistante), facteurs environnementaux (situation éco-sociale, familiale)
- Les IST : augmentation des infections, prévention massive mais pas assez d'impacts, idées préconçues sur l'utilisation des préservatifs, inaccessibilité des préservatifs pour certains
- Le tabagisme : responsable de cancers et maladies cardiovasculaires, consommation précoce chez les adolescents
- La toxicomanie : effet négatif sur la santé mentale causant une dépendance psychique et physique, consommation précoce chez les adolescents
- L'alcoolémie : responsable de cancers, de troubles comportementaux (violences, insécurité) et accidents de la route.

Et autres problématiques....

Diffusion de l'émission

Le prestataire sera chargé de convenir avec les chaînes de télévision de la place pour une diffusion gratuite et hebdomadaire avec un lancement du premier épisode en janvier 2021.

Récolte et traitements des sujets à aborder

Pour exploiter les thèmes retenus, une rencontre (collaboration) est à prévoir avec les partenaires institutionnels. A savoir que nous avons besoin d'une réactualisation des données (statistiques, indicateurs) pour appuyer l'urgence et l'importance d'exploiter les thèmes retenus.

Les synopsis de l'émission sera rédigé sur une base d'informations fournie par les référents de programmes, les partenaires institutionnels. Il est important que les messages soient compréhensibles et accessibles de tous, pour cela un travail de simplification des termes est nécessaire.

Il serait judicieux et envisageable de faire appel à des « influenceurs » polynésiens, soit pour la présentation de l'émission soit pour la promotion de l'émission. L'idée d'un présentateur (ou présentatrice) phare n'est pas à exclure.

Evaluation

Dans un souci d'efficacité des messages définis, l'évaluation de cette émission se fera en 2 temps :

- à mi-parcours pour réadapter le concept ou les messages
- à la fin du dernier épisode pour réajuster en vue d'une prochaine saison.

AXE 2 Ea'ction

En prenant du recul, les campagnes de communication organisées jusque-là restent insuffisante en matière de changement de comportement. En effet, les messages sanitaires diffusés ont probablement un effet sur la connaissance, les attitudes de la population : compréhension, appropriation, voire convaincues. Mais qu'en est-il de la pratique, du comportement de la population ?

La communication engageante est une démarche accordant à la cible les moyens d'agir. Elle n'est pas dans une attitude passive, elle devient actrice voire un partenaire avec les mêmes objectifs que celui qui diffuse les messages, en l'occurrence la direction de la santé. Ainsi les associations, les pouvoirs publics, composés de citoyens sont des collaborateurs incontournables pour mobiliser les communautés, conforter nos messages par des actions adaptées aux familles.

Objectifs opérationnels

- Mobiliser les cellules de promotion de la santé pour mise en place d'un réseau associatif pour les communes volontaires
- Organiser et planifier des rencontres avec les comités locaux de santé existants ou les réseaux communaux.
- Définir des axes de travail en vue de préparer les partenaires à s'engager dans une démarche citoyenne pour le bien être des familles.

Lien avec d'autres actions

Toutes les thématiques définis dans le schéma de prévention, les évènements mobilisateurs.

Postulat pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
Agents de la Direction de la santé : référents des programmes, centre de consultations spécialisées, cellule de promotion de la santé...	- FPSS 27 000 000 XPF Pour la durée du marché (2020-2021)	Schéma de prévention Programme de modernisation des soins de santé primaires de Polynésie française 2019-2023
Partenaires institutionnels Les associations, Communautés religieuses Comités locaux de santé		
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
De réalisation	Synopsis et émissions réalisées
De résultats	Nombre d'épisodes diffusés
D'impact	Nombre d'échanges sur les réseaux sociaux, nombres de rencontres organisées par nos partenaires

CALENDRIER PREVISIONNEL		
Description des actions	2020	2021
Elaboration de la Fiche action et validation	Mai-Juin	
Rédaction du marché	Juin	
Procédure de l'appel d'offre, mise en place du marché : rédaction, ouverture des plis, analyse des candidatures....	Juillet à Août	
Conception et validation synopsis	Septembre	
Réalisation, production et validation des émissions	De septembre à Novembre	
Diffusion du premier Ea'ctus et du EA'flash		Semaine 2
Evaluation 1 ^{er} temps		Juin
Evaluation 2 ^{ème} temps		Novembre
Organiser des rencontres avec les partenaires pour présenter le concept Ea'ctions	De septembre à octobre	
Mobiliser les partenaires pour une communication engageante.	Novembre-décembre	
Soutenir et accompagner les partenaires dans les actions de promotion de la santé au sein de leur communauté : Demande de subvention Ora maita'i	Décembre	Janvier-février
Evaluation des actions		Juillet

Annexe 1 : A remplir seulement en cas de marché public

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR PASSATION D'UN MARCHÉ PUBLIC	
Objet du marché	
Promouvoir de saines habitudes de vie au sein des familles	
<i>Ce marché s'applique :</i>	
2020	
<ul style="list-style-type: none">- Écriture des 52 synopsis,- Réalisation et production de 24 épisodes VF et VT du magazine télévisuel Ea'ctus, et réseaux sociaux, Ea'flash	
2021	
<ul style="list-style-type: none">- Production et réalisation des 40 épisodes restants- Diffusion des 52 épisodes	
<i>Motif non allotissement :</i> Tous les producteurs du fenua ont la capacité de répondre à toutes les prestations attendues qui demandent une rigueur dans la cohérence des prestations	
Clauses spécifiques	
<i>Des variantes et prestations supplémentaires ou alternatives sont autorisées</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Le marché public met en œuvre une clause sociale</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
<i>Le marché public met en œuvre une clause environnementale</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Description technique de prestation	
Lot N°1 : Conception, réalisation et diffusion de l'émission EA news : 52 épisodes déclinés en tahitiens	
1.Prestations attendues	
Action 1 : définir un concept innovant adapté à la démarche AIDA	
Action 2 : écriture du synopsis	
Le prestataire devra présenter 104 synopsis pour EA'ctus : 52 en français et 52 en tahitien. Ils feront l'objet d'une validation par la direction de la santé. Il devra aussi faire une déclinaison pour les réseaux sociaux : 104 synopsis pour EA'flash capsule de 30s en français et en tahitien.	
Le calendrier des thématiques sera fourni en annexe.	
Action 3 – Casting de l'animateur phare	
Action 4 – Organiser, planifier et produire l'émission EA'ctus, EA'flash avec des moments de visionnage et validation	
<ul style="list-style-type: none">- Remise de 24 émissions soit 12 en VF, 12 en VT avec déclinaison EA'flash début novembre 2020- Remise de 24 émissions soit 12 en VF, 12 en VT avec déclinaison EA'flash début février 2021- Remise de 24 émissions soit 12 en VF, 12 en VT avec déclinaison EA'flash début mai 2021- Remise de 24 émissions soit 12 en VF, 12 en VT avec déclinaison EA'flash début juillet 2021- Remise de 8 émissions soit 4 en VF, 4 en VT avec déclinaison EA'flash début septembre 2021	

Action 5 – Organiser, planifier la diffusion sur les 2 chaînes de télévision

Action 6 – Proposer une ligne éditoriale trimestrielle

Action 7 – Produire un bilan sur les interactions suscitées par les post facebook en collaboration avec le community manager de la direction de la santé

Action 8 – Produire un bilan quantitatif de l'action 4 et 5 avec des propositions pour une éventuelle saison 2

1.1 Sites concernés et périmètre de la prestation

Lieu de livraison : Direction de la santé - Département des Programmes de Prévention

Annexe n°4 : Exemple d'un entretien semi directif avec K, une employée de mairie

Peux-tu te présenter s'il te plaît ?

> Je m'appelle Kiava, j'ai 32 ans et je suis chargée de communication en mairie.

Si tu devais décrire "une journée type" pour toi entre vie professionnelle, vie privée, déplacement, activités... à quoi ressemblerait-elle ?

>Alors moi c'est simple, je vais au travail et je joue avec mon chien c'est tout. J'ai pas trop d'activités, j'ai commencé le fitness avec ma soeur y'a deux jours on verra si je tiens surtout (*rires*).

Je vais au travail en voiture car il y a pas des bons timing pour les transports en commun c'est pas pratique.

Si tu devais émettre un jugement sur votre niveau d'activité physique, lequel serait-il ?

>Moi c'est vraiment la motivation. J'ai aussi des cours en ligne, pour ne pas me déplacer physiquement, mais bon c'est pareil faut que je me motive à m'habiller et prendre le temps de le faire quand même... et ce n'est pas tous les jours ahahah.

Et maintenant côté alimentation... Peux-tu me décrire "une journée type dans ton assiette" ?

>A Tahiti, on mange tout avec du riz, mais moi je n'en mange pas trop. Je pense que les plats ça va mais on mange beaucoup de trucs à côté comme des gâteaux, des chips... l'alimentation aussi beaucoup d'huile, fri, on tombe toujours dans le piège de la gourmandise. On s'influence avec ma collègue au boulot.

Je grignote au travail aussi.

Au travail on mange entre collègue, chez moi par contre je mange chez ma maman car j'y suis retournée...on est beaucoup on mange une cuisine familiale à 10. Après pas forcément tous en même temps

Et au niveau boisson ?

Plutôt de l'eau, à la maison c'est que de l'eau. Mais au travail, je vais boire du coca cola...mais toujours zéro !

Mon niveau d'alimentation est mauvais ! Pourtant quand on va faire les courses on achète des bonnes choses pour la santé mais c'est les trucs à côté qui vont nous faire craquer...

D'accord, merci pour ton témoignage je note. Et as-tu récemment entendu, vu ou lu quelque chose au sujet de la nutrition ?

>Oui ! Récemment, il y avait une journée des familles, ils ont fait ça en version famille intergénérationnelle. Il y avait pleins de jeux gratuits etc, on a vu mais on est pas allé. Activités très restreintes, places restreintes. Il fallait s'inscrire...

Ils font aussi des EA'days (ea ça veut dire santé), donc c'est bien ça dure la journée parfois même la soirée. y'a pleins d'activités différentes, mais ça ne dure qu'une journée quoi ! Après à long terme y'a rien. Je n'y avais pas participé.

Et si tu devais dire un mot, toi d'ailleurs en tant que chargée de communication en mairie, sur des axes d'amélioration de la communication réalisée sur ces thèmes ? Si il y en a selon toi, ce n'est pas une obligation.

>Y'a peut-être un truc à faire en direct aussi, directement vers les gens. Ils devraient aussi faire des trucs avec les écoles, familiales, je pense... Y'a des trucs organisés aussi avec les entreprises, nous en mairie ça nous concerne pas mais ceux qui travaillent pour le pays de Polynésie française ont droit à des activités avec "entreprise active". Mais nous on a pas ça.

Et, si ça existait au sein de ton entreprise ?

>ça serait sympa et motivant de le faire avec les collègues.

La CPS aussi, c'est notre champs de sécurité sociale, ils organisent des challenges perte de poids pour faire de la pirogue. Au bout de x mois, on voit qui a perdu combien. je trouve ça bien car c'est motivant, tu y vas avec les collègues. Nous on veut pas y aller tout seul ahahah.

Par contre ici à la mairie, on a, notre maire, il nous offre une demi-heure pour aller faire du sport le midi sur notre temps de travail. Mais c'est trop court, le temps de se changer on perd déjà dix minutes, donc pour 15min ça vaut pas forcément le coup. Il nous faudrait une heure quoi ahahah

Tout à l'heure on parlait des campagnes menées, ça te parle EA'ctus ?

>Non...

C'est donc sur les réseaux sociaux, à raison d'une vidéo par semaine à l'initiative de la Direction de la Santé

> Non... Je ne vois pas... tu peux me montrer ?

Oui bien-sûr alors voilà la vidéo...

>Ah oui mais pourtant je les suis sur les réseaux, mais ça ne vient pas sur mon fils d'actuahaha. Mais il me semble que ça ça passe aussi à la télé.

Qu'en penses-tu de ce type de vidéo ?

>Pour moi c'est pas assez choquant. Il parle de pression artérielle, je me rend pas compte de la gravité que ça peut avoir.

On voit pas directement les conséquences de l'AP.

ça c'est trop gentil cette vidéo. Je sais pas si c'est typique, par exemple on a beaucoup d'accidents de la route mais les gens comprennent pas. tant qu'ils ne sont pas choqués.

avant on avait la filariose, c'était une maladie transmise par le moustique qui fait gonfler le membre piqué. Et à l'époque, j'étais petite, mais ils montraient directement des membres, des jambes, des bras, hyper gros... donc ça m'a choqué,ça m'a marqué et je n'ai jamais raté un seul médicament ! c'était un rappel une fois par an. Il faut plutôt des trucs comme ça !

Il y a une autre vidéo disponible sur youtube, je te la montre...

>ah oui ça je vois à la télé aussi !

Ah bah ça c'est nous. Je préfère celle d'avant. C'est vraiment nous... on s'identifie

ça fait beaucoup d'heures quand même ! On prend conscience... le compteur ça aide à comprendre plutôt que de nous expliquer de ce que c'est !

Voilà c'est tout ce que j'avais à vous montrer. Merci pour ta participation, pour tes retours.

[...]