

La poursuite d'un programme de lutte efficace contre la tuberculose en Pf nécessite à la fois un pilotage fort de la Direction de la santé et une collaboration étroite entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, l'exercice public et libéral, et le travail de proximité réalisé par les Cellules de promotion de la santé.

Remerciements

À l'ensemble des cliniciens et biologistes déclarants, en particulier aux médecins des dispensaires et hôpitaux de la Direction de la santé et de la consultation spécialisée de

l'Institut Louis Malardé, aux équipes des Cellules de promotion de la santé des subdivisions, du Service d'hygiène scolaire, des Services de médecine du travail, aux médecins et infirmiers libéraux.

Références

- [1] Secretariat of the Pacific Community. Tuberculosis trends in the Pacific island Countries and Territories : 2000-2006. Noumea : SPC, 2008.
- [2] Vigneron E. The epidemiological transition in an overseas territory : disease mapping in French Polynesia. Soc Sci Med. 1989;29(8):913-22.

[3] Glaziou P, Martin PM, Cartel JL. Surveillance épidémiologique de la tuberculose en Polynésie française de 1960 à 1990. Bull Soc Pathol Exot. 1992;85(2):130-5.

[4] Hubert B, Vecella M, Vergeaud H, Biarez P. Bilan du programme de lutte contre la tuberculose en Polynésie française, 1998-2001. Bull Epidemiol Hebd. 2002;(41):201-2.

[5] Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. Bull Epidemiol Hebd. 2009;(12-13):106-9.

[6] Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2006-2007. La tuberculose. Noumea : Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie; pp. 11-12. <http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/publications>

Alimentation et corpulence en Polynésie française

Yolande Mou (yolande.mou@sante.gov.pf)¹, Nicole Cerf¹, François Beck²

1/ Direction de la santé, Tahiti, Polynésie française 2/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis La Plaine, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs d'ordres culturels, sociaux et économiques de l'alimentation associés au développement de l'obésité et de décrire les représentations liées à l'image du corps chez les adultes en Polynésie française.

Méthode – Enquête transversale sur un échantillon représentatif de 1 006 individus de 16 ans et plus dans l'archipel de la Société, au moyen d'un questionnaire standardisé administré en face à face au domicile des personnes enquêtées. La méthode des quotas a été utilisée pour l'échantillonnage. Le recueil des données comporte une approche qualitative sur les modèles esthétiques, l'histoire pondérale des personnes, les modèles alimentaires mis en œuvre par les Polynésiens, ainsi qu'une approche quantitative par des mesures anthropométriques permettant d'estimer la prévalence de l'obésité.

Résultats – Des prévalences élevées pour l'obésité (39%) et le surpoids (30%) ont été retrouvées. Une comparaison des prévalences obtenues selon la définition de l'Organisation mondiale de santé ou de la Commission du Pacifique Sud montre des différences dans la façon d'appréhender la problématique de l'obésité d'un point de vue de santé publique. Pour près de la moitié des personnes interrogées, la perception de leur propre corpulence est en décalage avec leur corpulence réelle. Aux corpulences « bien en chair » toujours valorisées chez les plus de 60 ans semble se substituer l'idéal de minceur, modèle plus dominant chez les jeunes. L'utilisation en alternance de deux modèles alimentaires en semaine et en week-end apparaît : l'un à deux repas (système traditionnel polynésien) et l'autre à trois repas dans la journée (norme plutôt occidentale). La mixité de ces deux modèles, accroissant la confusion des normes, constituerait un facteur de l'obésité chez les Polynésiens. Une incohérence dans les représentations liées aux féculents est observée. S'ils occupent une place majeure dans les représentations du « bien manger polynésien » (29% de l'échantillon) et des aliments essentiels (21%), les féculents sont en tête des aliments « faisant le plus grossir » (26%), devant les produits sucrés et les matières grasses.

Mots clés / Key words

Polynésie française, obésité, pratiques alimentaires, perception de la corpulence, étude socio-anthropologique / French Polynesia, obesity, dietary practices, perception of body size, socio-anthropological study

Introduction

Avec l'évolution rapide, ces dernières années, des modes de vie et des pratiques alimentaires en Polynésie française (Pf), on assiste à un développement inquiétant des maladies de surcharge telles que l'obésité, le diabète, les maladies

cardiovasculaires. Selon une étude sur les maladies non transmissibles en 1995 [1], des prévalences globales de 39% pour l'obésité, de 18% pour le diabète, de 17% pour l'hypertension artérielle étaient retrouvées dans la population âgée de 16 ans et plus. La surcharge pondérale, qui

touchait 70% de la population (contre environ 50% aux États-Unis et 30% en Europe) apparaissait tôt et de façon massive. Une enquête réalisée en 1996 en milieu scolaire dans la zone urbaine de Tahiti a montré que 27% des enfants solarisés âgés de 11 ans étaient obèses [2].

Devant l'ampleur, la gravité des complications et le coût élevé de la prise en charge des maladies de surcharge, l'obésité, en tant que facteur de risque prédominant, a été reconnue comme une priorité de santé. Ainsi, un programme de lutte a été mis en place dès 1999 [3] mettant en avant la nécessité d'étudier les facteurs de risque (culturels, économiques et psychosociaux) impliqués dans le développement de l'obésité, notamment ceux liés à l'alimentation. Ces connaissances ont permis d'orienter et d'adapter les mesures de prévention et de prise en charge pour la population polynésienne. La Direction de la santé a ainsi mené en 2001-2002, en collaboration avec l'université de Toulouse II le Mirail, une étude socio-anthropologique sur l'obésité, l'alimentation et la corpulence. Les objectifs étaient de mesurer la prévalence de l'obésité chez les adultes, de décrire les populations en surpoids et obèses sur le plan sociologique et ethnologique, de mettre en évidence les liens entre pratiques alimentaires et corpulence, d'identifier les représentations socioculturelles associées aux catégories d'aliments consommés et de proposer des recommandations concrètes pour développer le programme de lutte contre l'obésité. Cet article décrit les données de cette étude concernant la prévalence de l'obésité, certaines pratiques et représentations alimentaires et celles liées à la corpulence.

Méthode

Échantillonnage

Il s'agit d'une enquête transversale sur un échantillon de 1 006 individus, représentatif de la population âgée de 16 ans et plus résidant dans l'archipel de la Société (75% de la population de la Polynésie) depuis au moins 10 ans, hors militaires du contingent.

L'échantillonnage a été réalisé par la méthode des quotas (sondage non aléatoire), moins onéreuse et plus économique en termes de logistique et de temps. L'étude ayant une visée avant tout qualitative, l'échantillonnage par choix raisonné a été aussi justifié par l'effet de grappe important des représentations socioculturelles, des modes de vie et des comportements alimentaires dans la communauté. Les quotas ont été définis selon les variables : sexe, âge, profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) du chef de ménage et commune de résidence. En utilisant la base de sondage de l'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF), un découpage des communes de l'archipel de la Société en quatre zones distinctes selon le degré d'urbanisation a été effectué :

- zone urbaine de Tahiti : communes de Papeete, Faaa, Arue, Pirae ;
- zone semi-urbaine de Tahiti : communes de Mahina, Punaauia, Paea ;
- zone rurale des Îles du Vent : communes de Papara, de Teva i uta, de Hitiaa o tera, et de la presqu'île de Tahiti, ainsi que celles de l'île de Moorea ;
- zone des Îles Sous le Vent : Raiatea, Tahaa, Huahine et Bora Bora.

Un tirage au sort des districts par zone (50 au total) a été réalisé. Les enquêteurs devaient remplir les quotas par commune, sexe, âge, PCS constitués par zone, en recrutant dans les logements de la liste des districts tirés au sort. La cartographie des districts a été fournie par l'ISPF.

Recueil des données

Le recueil des données a été confié à la société MBA Consultant Louis Harris, qui disposait d'une équipe d'enquêteurs formés à cette technique de sondage. Il a eu lieu en janvier et février 2002. Les enquêtes se sont étalées sur la journée jusqu'en début de soirée. Un questionnaire standardisé était administré en face à face au domicile des personnes par des enquêteurs bilingues (français/tahitien). Il a été basé sur celui utilisé dans l'enquête française de 2001 [4] et réadapté après une phase de pré-test. Cette phase a permis également d'approfondir la compréhension des modèles esthétiques, de repérer certains déterminants de l'obésité dans l'histoire pondérale, et de cerner les dimensions des modèles alimentaires.

Le questionnaire comportait 53 questions relatives aux :

- caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques, ethniques des personnes interrogées ;
- représentations et normes sociales liées à l'alimentation ;
- pratiques alimentaires réellement mises en œuvre (rappel des dernières 24 heures, en jour de semaine) ;
- représentations relatives à la corpulence.

Il était associé à deux outils visuels, l'un représentant les cinq structures de repas mis en œuvre chez les Polynésiens pour la typologie des prises alimentaires, l'autre présentant une échelle graduée de dessins de silhouettes féminines et masculines (allant de la maigreur à l'obésité) pour aider la personne interrogée à situer la corpulence perçue et idéale et celle souhaitée pour le sexe opposé.

La taille (mètre) et le poids (kg) ont été mesurés avec un ruban mètre et une balance (Tefal® identity-130 Kg et Tefal® body master-200 Kg).

Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS™ par le Centre d'étude des rationalités et des savoirs (Université de Toulouse le Mirail).

L'indice de masse corporelle (IMC=poids/taille²) a été calculé. La corpulence perçue ou souhaitée

a été comparée à la corpulence mesurée (selon l'IMC) afin de repérer les individus en décalage dans l'image du corps. Les classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [5] et de la Commission du Pacifique Sud (CPS) [6] (tableau 1) ont été utilisées pour une comparaison des prévalences de l'obésité et du surpoids.

Une variable ordinale, indicateur de position sociale, a été construite par regroupement des variables de revenus du ménage, de la PCS et du niveau d'études de la personne interrogée, et par une recodification en trois classes : haut, milieu et bas de l'échelle sociale.

L'analyse statistique comporte une analyse descriptive des fréquences pour les variables catégorielles et un calcul de la prévalence, des moyennes et des écarts-types pour les variables quantitatives. Le sondage par quotas ne permet pas le calcul des intervalles de confiance. Les liens entre les variables ont été testés au moyen du Chi² au seuil alpha de 5%.

Résultats

Prévalence de l'obésité

Les valeurs mesurées de l'IMC s'étendent de 15 à 58 kg/m², avec une moyenne de 29,1 kg/m² (écart-type : 7,1). Selon la classification de l'OMS, la prévalence de l'obésité est de 39% et celle du surpoids de 30%. Si le surpoids concerne davantage les hommes que les femmes (34% vs. 26%), la prévalence de l'obésité est significativement plus élevée chez les femmes (40% vs. 38%). Elle augmente avec l'âge puis diminue après 60 ans (p<0,001). Par ailleurs, l'obésité augmente inversement à la position sociale (45% pour le bas de l'échelle sociale contre 30% pour le haut, p<0,001) (tableau 2).

La comparaison des prévalences obtenues selon les seuils de l'OMS et de la CPS montre que les taux passent pour l'obésité respectivement de 39% à 30% et pour le surpoids de 30% à 28% (tableau 3). Les taux des « corpulences normales » restent à 29% et ceux de la maigreur passent de 3% à 14%.

Représentations liées à la corpulence

Perception de sa propre corpulence (tableau 4)

Trente-six pour cent des femmes se considèrent en surpoids et 21% plutôt obèses contre respectivement 33% et 13% des hommes (p<0,001). La proportion des personnes se disant de silhouette normale diminue avec l'âge jusqu'à 60

Tableau 1 Valeurs seuils de l'IMC selon la classification de l'OMS et celle de la Commission du Pacifique Sud (CPS) pour les Polynésiens / Table 1 BMI cut-offs in WHO classification and those recommended by the South Pacific Community for Polynesian populations

Catégories	IMC (kg/m ²)	
	OMS	CPS
Maigreur	< 18,5	< 22
Valeurs normales	18,5-24,9	22-26,9
Surpoids	25-29,9	27-31,9
Obésité	≥ 30	≥ 32

Tableau 2 Distribution des prévalences de surpoids et d'obésité (définition de l'OMS) selon le sexe, l'âge, la position sociale et la zone de résidence, archipel de la Société, Polynésie française, 2002 / Table 2 Distribution of prevalence rates of overweight and obesity (WHO BMI classification) by sex, age, social status and area of residence, Society Islands, French Polynesia, 2002

	Corpulence mesurée										Valeur de p
	Maigreur		Valeurs normales		Surpoids		Obésité		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexe (n=1 006)											
Femme	16	3,2	154	30,9	128	25,7	200	40,2	498	100	<0,05
Homme	11	2,2	134	26,4	171	33,7	192	37,8	508	100	
Âge (n=1 006)											<10 ⁸
16-20 ans	7	5,4	63	48,8	33	25,6	26	20,2	129	100	
21-30 ans	7	2,7	84	32,6	68	26,4	99	38,4	258	100	
31-40 ans	6	2,7	50	22,5	75	33,8	91	41,0	222	100	
41-50 ans	5	2,9	39	22,9	49	28,8	77	45,3	170	100	
51-60 ans	0	0,0	21	19,1	35	31,8	54	49,1	110	100	
> 60 ans	2	1,7	31	26,5	39	33,3	45	38,5	117	100	
Position sociale (n=881 *)											<0,001
Bas de l'échelle sociale	12	2,1	140	24,8	157	27,8	255	45,2	564	100	
Milieu de l'échelle sociale	5	3,2	45	28,5	60	38,0	48	30,4	158	100	
Haut de l'échelle sociale	6	3,8	63	39,6	43	27,0	47	29,6	159	100	
Zone de résidence (n=1006)											0,076
Tahiti urbain	10	2,6	126	33,1	114	29,9	131	34,4	381	100	
Tahiti semi-urbain	6	2,7	53	24,1	76	34,5	85	38,6	220	100	
Rural (Îles du Vent - Îles Sous le Vent)	11	2,7	109	26,9	109	26,9	176	43,5	405	100	

* Données manquantes

ans ($p < 0,01$) et augmente avec le niveau d'étude ($p < 0,05$). Le pourcentage de personnes se percevant en surpoids ou obèses est plus élevé chez les 51-60 ans ($p < 0,01$) et diminue significativement avec le niveau d'étude ($p < 0,05$).

En comparant la perception de la corpulence à celle mesurée, on met en évidence que 48% des personnes obèses se considèrent en surpoids et 10% avec un poids normal. Parmi les personnes en surpoids, 48% déclarent avoir une silhouette normale. Enfin, chez les sujets présentant des IMC «normaux», 25% se disent maigres et 8% se perçoivent en surpoids.

Corpulence souhaitée (tableau 5)

Quelle que soit leur corpulence, la majorité des personnes interrogées (plus de 61% dans chaque classe) déclarent souhaiter être de poids normal. Dans le groupe des IMC supérieurs à 25 kg/m², un lien significatif avec l'âge est retrouvé. Si près de deux tiers des 16-20 ans en excès pondéral désirent avoir un poids normal, ceux qui souhaitent rester en excès pondéral sont significativement plus fréquents chez les plus âgés (25% des plus de 60 ans et 18% des 51-60 ans) ($p < 0,01$). Chez les individus ayant un IMC inférieur à 25 kg/m², on observe un lien significatif avec le sexe mais pas avec l'âge. On constate que 70% des hommes vs. 60% des femmes souhaitent rester

de corpulence normale alors que 39% des femmes vs. 23% des hommes désirent être maigres ($p < 0,01$).

Corpulence idéale pour le sexe opposé

Soixante-trois pour cent des hommes et 82% des femmes déclarent qu'ils préfèrent une corpulence normale pour le sexe opposé. Les hommes les plus âgés préfèrent les femmes en excès de poids : 22% des 51-60 ans et 11% des plus de 60 ans contre 2% des 16-20 ans et 5% des 21-30 ans ($p < 0,05$). Les hommes les plus jeunes préfèrent les femmes de corpulence normale (69% des 16-20 ans et 64% des 21-40 ans). En revanche, aucune liaison significative pour les femmes n'est observée.

Pratiques alimentaires (tableau 6)

Nombre de prises alimentaires dans la journée

L'étude indique que 46% des personnes ont trois prises alimentaires au total dans la journée, 29% au moins quatre prises et 23% deux prises. Il apparaît que 51% des hommes vs. 41% des femmes ont trois prises alimentaires dans la journée ($p < 0,05$). Les sujets obèses sont surreprésentés parmi ceux qui ont deux prises par jour ; 47% contre 24% en corpulence normale et 29% en surpoids. En revanche, les individus de

corpulence normale sont plus nombreux (38%) à avoir au moins quatre prises par jour par rapport aux personnes obèses (36%) et celles en surpoids (26%) ($p < 0,05$).

Modèles de journées alimentaires mis en œuvre

Un modèle de journées alimentaires à trois repas principaux est utilisé chez 53% des personnes enquêtées et 38% des sujets ont un modèle à deux repas. Les femmes sont surreprésentées pour les journées à trois repas avec prises hors repas (56% vs. 43% chez les hommes), et à deux repas avec prises hors repas (52% vs. 48% chez les hommes). Le modèle à trois repas par jour est plus fréquent chez les hommes (58% vs. 43% chez les femmes) ($p < 0,01$). L'utilisation du modèle à trois repas par jour augmente avec l'âge et inversement à celui à deux repas ($p < 0,01$).

Les modèles à deux repas sont plus utilisés chez les personnes obèses : 47% des personnes utilisant ce type de modèle contre 25% qui sont de corpulence normale et 29% en surpoids. En revanche, les personnes de corpulence normale sont les plus nombreuses à avoir une journée à trois repas avec prises hors repas ($p < 0,05$).

Prises alimentaires déclarées en semaine et le dimanche

On distingue un groupe déclarant des journées alimentaires identiques (à deux ou à trois repas) tant en semaine que le dimanche et un groupe utilisant en alternance des modèles à deux et à trois repas en semaine ou le dimanche.

C'est dans ce deuxième groupe que les pourcentages d'obèses sont significativement les plus élevés :

- 48% des personnes utilisant le modèle à deux repas en semaine et trois le dimanche (contre 29% de corpulence normale) ;

Tableau 3 Comparaison des prévalences de surpoids et d'obésité chez les Polynésiens selon les classifications proposées par l'OMS et la Commission du Pacifique Sud (CPS), archipel de la Société, Polynésie française, 2002 / Table 3 Comparison between overweight and obesity prevalence rates among Polynesians, according to the classifications proposed by WHO and SPC, Society Islands, French Polynesia, 2002

	Classification OMS		Classification CPS	
	N	%	N	%
Maigreur	27	2,7	141	14,0
Valeurs normales	288	28,6	287	28,5
Surpoids	299	29,7	280	27,8
Obésité	392	39,0	298	29,6
Total	1 006	100,0	1 006	100,0

Tableau 4 Auto-perception de la corpulence selon le sexe, l'âge, le niveau d'étude et la corpulence mesurée (définition de l'OMS). Archipel de la Société, Polynésie française, 2002 / Table 4 Self-perception of corpulence by sex, age, education level and measured BMI (WHO classification). Society Islands, French Polynesia, 2002

	Corpulence mesurée										Valeur de p
	Maigre		« Normale »		Surpoids		Obèse		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexe (n=1 005)											< 0,001
Femme	53	10,7	159	32,0	181	36,4	104	20,9	497	100	
Homme	50	9,8	223	43,9	168	33,1	67	13,2	508	100	
Âge (n=1 005)											< 0,01
16-20 ans	16	12,4	64	49,6	38	29,5	11	8,5	129	100	
21-30 ans	33	12,8	103	40,1	77	30,0	44	17,1	257	100	
31-40 ans	21	9,5	75	33,8	90	40,5	36	16,2	222	100	
41-50 ans	14	8,2	62	36,5	55	32,4	39	22,9	170	100	
51-60 ans	5	4,5	33	30,0	54	49,1	18	16,4	110	100	
> 60 ans	14	12,0	45	38,5	35	29,9	23	19,7	117	100	
Niveau d'études (n=1 005)											<0,05
Primaire	35	8,9	132	33,6	150	38,2	76	19,3	393	100	
Secondaire à bac	49	9,9	197	39,6	167	33,6	84	16,9	497	100	
Bac à bac+2	14	19,2	33	45,2	20	27,4	6	8,2	73	100	
Bac+3 et plus	4	11,8	18	52,9	10	29,4	2	5,9	34	100	
Corpulence mesurée (n=1 005)											< 10 ⁸
Maigre	19	70,4	7	25,9	1	3,7	0	0	27	100	
Valeurs normales	73	25,3	192	66,7	23	8,0	0	0	288	100	
Surpoids	9	3,0	144	48,2	139	46,5	7	2,3	299	100	
Obésité	1	0,3	39	10,0	186	47,6	165	42,2	391	100	

- 45% des personnes utilisant celui à trois repas en semaine et deux le dimanche (contre 29% de corpulence normale) (p<0,05).

Représentations alimentaires

À la question « Quels sont pour vous les trois aliments essentiels ? », les féculents (riz, pain, taro, pâtes...) sont cités en premier par 21% des personnes, les fruits et les légumes par 20%, les poissons et fruits de mer par 16%, la viande par 14%.

À la question portant sur les aliments représentant « le bien manger *maohi* (polynésien) », 29% citent en premier un féculent (taro essentiellement), 22% le poisson, et 19% des plats cuisinés typiquement populaires en Pf (« *maa tahiti* » : repas traditionnel polynésien et « *maa tinito* » : plats asiatiques couramment consommés).

Les aliments considérés comme faisant le plus grossir sont les féculents (pain, biscuits, riz, taro, fuit de l'arbre à pain...) chez 26% des individus, les produits sucrés (friandises, gâteaux...) chez 24% et les matières grasses chez 17%.

Discussion

Des contraintes majeures (budgétaires, logistiques et de temps) ont conduit en 2002 au choix d'un sondage par quotas malgré les biais sous-jacents à cette méthode (de sélection, de non-réponses, d'information). Les biais liés à l'enquêteur sont inévitables malgré la prise en compte des variables de contrôle, une formation et des consignes formelles. Les données manquantes, les non-réponses et les biais d'information peuvent être liés à une diminution de la précision des réponses due à la longueur du ques-

Tableau 5 Corpulence souhaitée selon le sexe, l'âge et la corpulence réelle (définition OMS), archipel de la Société, Polynésie française, 2002 / Table 5 Ideal body-shape by sex, age and measured BMI (WHO classification), Society Islands, French Polynesia, 2002

		Corpulence souhaitée								Valeur de p	
		Maigre		Normale		Excès pondéral		Total			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
IMC ≥ 25 kg/m² (n=689 *)											0,438
Sexe	Femme	80	24,5	203	62,1	44	13,4	327	100		
	Homme	70	19,3	240	66,3	52	14,4	362	100		
Âge	16-20 ans	12	20,3	43	72,9	4	6,8	59	100	<0,01	
	21-30 ans	40	24,1	99	59,6	24	16,3	166	100		
	31-40 ans	42	25,3	113	68,1	11	6,6	166	100		
	41-50 ans	27	21,6	81	64,8	17	13,6	125	100		
	51-60 ans	15	16,9	58	65,2	16	18,0	89	100		
	> 60 ans	14	16,7	49	58,3	21	25,0	84	100		
IMC < 25 kg/m² (n=313 *)											<0,01
Sexe	Femme	65	38,7	100	59,5	3	1,8	168	100		
	Homme	34	23,4	102	70,3	9	6,3	145	100		
Âge	16-20 ans	17	24,6	47	68,1	5	7,2	69	100	0,832	
	21-30 ans	27	29,7	61	67,0	3	3,3	91	100		
	31-40 ans	23	41,1	32	57,1	1	1,8	56	100		
	41-50 ans	14	31,8	29	65,9	1	2,3	44	100		
	51-60 ans	5	23,8	15	71,4	1	4,8	21	100		
	> 60 ans	13	40,6	18	56,3	2	6,2	32	100		
Corpulence mesurée (n=1 004 *)											< 10 ⁶
Maigre		8	29,6	18	66,7	1	3,7	250	100		
Valeurs normales		92	31,9	185	64,2	11	3,8	646	100		
Surpoids		69	23,2	202	67,8	27	9,1	99	100		
Obésité		81	20,7	241	61,6	69	17,7	9	100		

* Deux données manquantes

tionnaire, aux problèmes de mémorisation (pratiques alimentaires des dernières 24 heures) et/ou à la gêne provoquée par certaines questions (revenus, image du corps chez les personnes obèses...). Bien que la méthodologie utilisée n'autorise pas le calcul d'intervalles de confiance statistiquement valides, l'étude a permis d'identifier des facteurs d'ordre sociologique de l'alimentation et de la corpulence pouvant être associés au développement de l'obésité.

Malgré les différences de méthodes, les prévalences de surpoids (30%) et d'obésité (39%) mesurées dans l'étude sont cohérentes avec celles de l'enquête sur les maladies non transmissibles en 1995 (sur échantillon aléatoire) [1]. Celle-ci avait montré une prévalence globale de 39% d'obésité et de 32% de surpoids chez les 16 ans et plus.

Une étude plus récente (2008) a estimé à nouveau ces prévalences dans la même population, et des valeurs de 29% et de 42% respectivement pour le surpoids et l'obésité ont été retrouvées [7].

Une translation de + 2 points des seuils d'IMC de la classification internationale a été proposée par des groupes d'experts [5,6], notamment chez les Polynésiens dont la morphologie et la proportion masse grasse / masse musculaire est différente de celles des caucasiens. Ainsi, ces nouveaux seuils fournissent une vision un peu moins défavorable de la situation épidémiologique (30% d'obésité au lieu de 39%).

Parmi les facteurs étudiés, l'étude a repéré près de la moitié des personnes interrogées en décalage entre la perception de leur propre corpulence et la corpulence mesurée. Quarante-cinq pour cent se voient plus minces qu'elles ne le sont en réalité. Le modèle d'idéal de minceur s'impose peu à peu (plus de 61% dans toutes les classes

de corpulence souhaitent avoir une silhouette mince), en particulier chez les jeunes et les femmes. Mais il semble que le modèle « bien en chair » reste encore valorisé chez les plus âgés, notamment chez les hommes à partir de 50 ans. Une situation de transition est observée par ailleurs dans les modèles alimentaires, avec le basculement d'un contexte d'autoconsommation prédominante à une monétarisation de l'alimentation. Une des particularités polynésiennes est la cohabitation de deux modèles, l'un à deux repas (système traditionnel polynésien) et l'autre à trois repas (organisation plutôt occidentale promue par les rythmes sociaux modernes et un discours nutritionnel occidental) [4]. L'étude a fait apparaître l'utilisation en alternance de ces deux modèles en semaine et le dimanche (tableau 6). Le modèle à deux repas semble ainsi subsister en fin de semaine, tandis que le modèle à trois repas est bien implanté en semaine. Les journées à deux repas principaux sont plus fréquentes chez les sujets obèses ainsi que le modèle à deux repas en semaine et trois le dimanche. L'hypothèse d'une mixité des modèles engendrant à la fois leur érosion dans un contexte de choix alimentaires guidés par les rythmes de vie et l'économie familiale, et la confusion dans leur utilisation, a été émise comme un facteur profond du développement de l'obésité [4].

Cette étude a montré une relative discordance dans les représentations sociales des féculents, aliments essentiels chez les Polynésiens et valorisés dans le *maa tahiti* (repas traditionnel polynésien), mais aussi stigmatisés comme des vecteurs de l'embonpoint. Les féculents (riz, pain, produits locaux tels que taro, fruit de l'arbre à pain, banane, patate douce...) occupent une place centrale dans les normes alimentaires polynésiennes, mais ils sont aussi perçus comme les

aliments qui font le plus grossir, avant même les aliments sucrés et les matières grasses. Ces résultats sont à rapprocher de ceux obtenus en France ou en Angleterre, qui montrent l'intérêt que porte la population en priorité aux fruits et légumes, à la viande et aux produits laitiers, et à l'inverse une représentation plus négative envers les féculents [8,9].

Conclusion

Bien que l'étude soit ancienne, et malgré les biais liés à la méthodologie utilisée, le phénomène de l'obésité en Pf est décrit d'un point de vue socio-anthropologique afin d'appréhender des représentations ancrées en profondeur et dont l'évolution s'opère lentement dans la culture alimentaire et les représentations sociales de la corpulence. L'obésité est avant tout un problème de société et par conséquent multifactorielle. Les données présentées montrent qu'elle demeure un incontestable problème de santé publique qui touche toute la société polynésienne.

Les résultats de cette étude qualitative ont contribué à la mise en place dès 2002 d'un plan d'action intégrant une politique éducative qui prend mieux en compte les particularités socio-culturelles et socio-économiques polynésiennes dans le domaine de l'alimentation et de la corpulence. La communication envers le public et les professionnels prône de plus en plus un discours positif, visant à améliorer par exemple l'image des féculents (notamment les produits locaux) et la lutte contre la stigmatisation sociale des « gros » devant les messages valorisant l'idéal de minceur. Néanmoins, cela reste insuffisant et des stratégies complémentaires sont nécessaires car la lutte contre l'obésité doit agir sur tous les terrains et implique un réel engagement de la part des décideurs.

Tableau 6 Nombre de prises alimentaires déclarées, modèles de journées alimentaires (repas avec ou sans prises hors repas) mis en œuvre, journées alimentaires déclarées en semaine et le dimanche, selon la corpulence mesurée, archipel de la Société, Polynésie française, 2002 / Table 6 Number of reported meals, dietary day patterns (food intakes outside meals), reported models of eating on weekdays and on Sunday, by measured BMI status, Society Islands, French Polynesia, 2002

	Corpulence mesurée						Total	
	Normale *		Surpoids		Obésité			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre total de prises alimentaires								
1 par jour	5	22,7	9	40,9	8	36,4	22	100
2 par jour	55	23,9	66	28,7	109	47,4	230	100
3 par jour	146	31,8	144	31,4	169	36,8	459	100
≥ 4 par jour	107	37,7	74	26,1	103	36,3	284	100
Total	313	31,5	293	29,4	389	39,1	995 *	100
Journée alimentaire								
1 repas ou moins	7	26,9	11	42,3	8	30,8	26	100
1 repas + prise(s) hors repas	18	28,6	15	23,8	30	47,6	63	100
2 repas	48	24,5	56	28,6	92	46,9	196	100
2 repas + prise(s) hors repas	56	30,4	52	28,3	76	41,3	184	100
3 repas	101	32,0	104	32,9	111	35,1	316	100
3 repas + prise(s) hors repas	85	39,7	57	26,6	72	33,6	214	100
Total	315	31,5	295	29,5	389	38,9	999 *	100
Journée alimentaire en semaine et le dimanche								
2 repas en semaine + 2 repas le dimanche	54	27,8	67	34,5	73	37,6	194	100
2 repas en semaine + 3 repas le dimanche	23	28,8	19	23,8	38	47,5	80	100
3 repas en semaine + 2 repas le dimanche	69	29,0	62	26,1	107	45,0	238	100
3 repas en semaine + 3 repas le dimanche	112	32,9	115	33,8	113	33,2	340	100
Total	258	30,3	263	30,9	331	38,8	852 *	100

* Données manquantes

Références

- [1] Gleize L, Mou Y, Nguyen Ngoc L. Enquête sur les maladies non transmissibles en Polynésie française. Septembre – novembre 1995. Direction de la Santé, Bulletin d'informations sanitaires et épidémiologiques. Nov 1997, n°4.
- [2] Didier G. Obésité infantile et caractéristiques socio-familiales, âge du rebond d'adiposité, dans une population d'enfants scolarisés en CM2 à Tahiti. Mémoire de DU de santé publique et communautaire, 1996.
- [3] Ministère de la Santé et de la Recherche. Programme de lutte contre l'obésité en Polynésie française. Plan d'action 1999-2003. Papeete : Direction de la santé, juillet 1999.
- [4] Poulain JP, Tibère L, Jeanneau S, Cerf N, Mou Y. Alimentation et corpulence en Polynésie Française. Direction de la recherche avec recherche commanditée par la Direction de la santé du territoire de Polynésie française, 2002.
- [5] WHO. Physical status : the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. WHO technical report series 854. Geneva 1995. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf
- [6] WHO, IASO, International Obesity Taskforce. The Asia – Pacific perspective : redefining obesity and its treatment. Health communications Australia : Melbourne, 2000. <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0A35147B-B1D5-45A6-9FF2-F7D86608A4DE/0/Redefiningobesity.pdf>
- [7] Mou Y, Nguyen Ngoc L, Cerf N, Chant H, et al. Endémie filarienne et principales maladies liées au mode de vie en Polynésie française : évaluation de leurs prévalences globales en 2008. Données provisoires, non publiées. Papeete : Direction de la santé, 2009.
- [8] Poulain JP. Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Éditions Privat, 2001.
- [9] Buttriss JL. Food and nutrition : attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. Am J Clin Nutr. 1997; 65:1985-955.

L'alcoolisme en Polynésie française

Marie-Françoise Brugiroux (marie-francoise.brugiroux@sante.gov.pf)¹, Nicole Cerf¹, François Beck²

1/ Direction de la santé, Tahiti, Polynésie française 2/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis La Plaine, France

Résumé / Abstract

Introduction - L'objectif de cette étude est d'identifier, à partir d'un échantillon représentatif de la population, les facteurs explicatifs pouvant sous-tendre le comportement d'alcoolisation compulsif des buveurs en Polynésie française (PF), et de déterminer les leviers nécessaires à la mise en place d'actions de prévention et de dépistage auprès des personnes à risque.

Méthode - Enquête transversale réalisée auprès de 1 023 personnes âgées de 16 ans et plus de janvier à février 2003 au moyen d'un questionnaire anonyme administré en face à face. Le questionnaire a été élaboré à partir d'éléments tirés d'une phase qualitative exploratoire menée auprès de 60 personnes (buveurs actuels ou anciens buveurs) par entretiens individuels semi-directifs en face à face. Il a inclus le test DETA d'évaluation du risque lié à la consommation d'alcool (en quatre questions).

Résultats - L'étude met en évidence une fréquence élevée de dépendance à l'alcool en Pf (30% de l'échantillon), ainsi que des épisodes d'ivresse (41% de l'échantillon). Le plaisir et les fêtes sont les principaux motifs de consommation invoqués par les buveurs (respectivement 83% et 75% de l'échantillon). Néanmoins, le besoin de faire face à un mal être (lutter contre l'ennui, se remonter le moral, pouvoir affronter des problèmes importants dans le cadre familial ou professionnel) apparaît également comme un recours fréquent au produit, en particulier chez les 16-19 ans.

Conclusion - Les représentations de l'alcool sont telles en Pf que les leviers disponibles pour améliorer la situation de l'alcoolisation sont rares. Une réglementation de la publicité sur l'alcool sur tous les supports permettrait certainement de corriger certaines représentations erronées qui favoriseraient la consommation. Il apparaît également indispensable de mettre en place un système de surveillance des pratiques d'alcoolisation en Pf, s'appuyant notamment sur un renouvellement régulier de ce type d'enquêtes.

Alcoholism in French Polynesia

Introduction - The purpose of this study is to identify the factors that explain the compulsive alcohol behaviour of drinkers in French Polynesia (FP) from a population-representative sample, and to determine necessary levers for the implementation of prevention and screening actions among high-risk groups.

Methods - A questionnaire cross-sectional survey (personal interviews) was conducted among 1,023 persons aged 16 and over in January and February 2003. The questionnaire was developed using information obtained from exploratory semi-structured interviews of 60 current or past drinkers. It included the DETA test assessing the risk related to alcohol consumption (in four questions).

Results - The study reveals a high level of alcohol addiction (30% of the sample) and a high prevalence of drunkenness (41% of the sample) in FP. Pleasure and parties are the main reasons mentioned by drinkers (83% and 75% of the sample, respectively). Nevertheless, the need to cope with ill-being (to escape from boredom, to cheer up, to be able to face major family or professional problems) also appears to be a frequent motive for drinking, especially within the 16-19 years old age group.

Conclusion - In FP, representations of alcohol are such that the levers available to improve the situation of alcohol consumption are rare. Regulating alcohol advertising on all media would certainly correct some misrepresentations that encourage its consumption. It is also essential to set up a system for monitoring alcohol practices in FP, based in particular on a regular repetition of such investigations.

Mots clés / Key words

Polynésie française, consommation d'alcool, dépendance, ivresses, motifs de consommation / French Polynesia, alcohol consumption, addiction, drunkenness, drinking motives

Introduction

Les données de consommation d'alcool par habitant de 15 ans et plus et par an situent la Polynésie française (Pf) à un niveau moyen par rapport à l'ensemble des autres pays du monde [1]. Néanmoins, cette consommation présente parfois un caractère addictif et compulsif associé à des alcoolisations excessives répétées aux conséquences lourdes (accidents de la route, violences familiales, délinquance, mortalité prématurée...).

Si les conséquences de la consommation alcoolique sont bien identifiées, les raisons d'un tel mode de consommation en Pf se doivent d'être éclaircies et un état des lieux objectif de la situation doit être réalisé. C'est dans ce contexte que la Direction de la santé de Pf a souhaité mettre en place une étude permettant d'identifier les facteurs explicatifs de ce comportement d'alcoolisation [2]. Il s'est agi plus précisément :

● d'étudier les représentations de la société polynésienne vis-à-vis de l'alcool ;

● d'identifier :

- les populations les plus touchées par ce phénomène ;
- les différents modes de consommation d'alcool ;
- les occasions propices à une consommation abusive ;
- les fondements d'une telle consommation ;
- de déterminer les leviers nécessaires à la mise en place d'actions de prévention et de dépistage auprès des personnes à risque.