



LE DIABÈTE

UN DÉFI VITAL POUR
LA POLYNÉSIE



Rapporteurs : Mme Mareva TOURNEUX et M. Jean-François WIART

Adopté en commission le 22 octobre 2019
Adopté en assemblée plénière le 8 novembre 2019

154/CESEC

RAPPORT

INTRODUCTION.....	7
<u>1ère PARTIE : Etat des lieux et mesures engagées</u>	8
<u>Section 1 : Situation générale</u>	8
A- Qu'est-ce que le diabète ?.....	8
1. Définition :	8
2. Les trois grands types de diabète :	9
a. Le diabète de type 1	9
b. Le diabète de type 2 :	9
c. Le diabète gestationnel :	10
B-Faits et chiffres : épidémiologie descriptive.....	11
1. Prévalence du diabète et des facteurs de risques au niveau mondial : 11	
a. Le diabète dans le monde : des estimations en hausse depuis de nombreuses années	11
b. Les facteurs de risque associés (sédentarité, surpoids et obésité) : 12	
2. Dans la région du Pacifique :	13
a. Le diabète : des chiffres plus importants dans cette région.....	13
b. Les facteurs de risque associés (surpoids et obésité) :	14
3. En Polynésie française :	14
a. Le diabète :	14
b. Les facteurs de risque associés (sédentarité, surpoids et obésité) : 15	
c. La santé périnatale :	16
C-Une situation « multifactorielle ».....	16
1. Les facteurs de risque du diabète du point de vue médical :	16
a. Pour le diabète de type 1 : une susceptibilité génétique combinée à des facteurs déclencheurs environnementaux	16
b. Pour le diabète de type 2 : un lien étroit avec le surpoids et l'obésité, l'augmentation de l'âge, l'ethnicité et les antécédents familiaux....	16
c. Pour le diabète gestationnel : une liaison faite avec la production d'hormones par le placenta	18
2. Des raisons et déterminants socioculturels impliqués dans l'émergence et l'évolution de l'obésité et du diabète :	19
a. Dans le monde :	19

b. Dans le contexte insulaire de la Polynésie : l'évolution des comportements et habitudes alimentaires.....	20
D- Les conséquences :	22
1. Les modalités de prise en charge et de gestion du diabète :.....	22
a. Traitement du diabète de type 1 :	22
b. Traitement du diabète de type 2 :.....	23
c. Traitement du diabète gestationnel	23
2. Sur le plan médical, les complications :	23
a. Les atteintes ophtalmiques menant à la perte de vision	24
b. Les atteintes rénales menant à l'insuffisance rénale	24
c. Les maladies cardiovasculaires	25
d. Les atteintes des liaisons nerveuses (neuropathies)	25
e. La sensibilité aux infections pouvant mener à l'amputation	25
f. Autres conséquences :	25
g. Le diabète gestationnel et ses risques élevés de complications.....	25
3. L'impact sur le plan financier et économique :	26
a. Au niveau mondial.....	26
b. En Polynésie française.....	26
4. Sur le plan social :	27
<u>Section 2 : La mise en place de mesures</u>	27
A- Plan d'actions au niveau mondial :.....	27
1. L'OMS et la Fédération mondiale du diabète	27
a. Au niveau de l'OMS :	27
b. La Fédération mondiale du diabète et l'Atlas du diabète :	29
2. Les Objectifs de Développement Durable	30
B-En Europe et en Métropole :	30
1. En Europe :.....	30
2. En Métropole :.....	31
C-Dans les îles du Pacifique :.....	31
1. L'intervention de la Communauté du Pacifique	31
2. Les programmes de Samoa et de Nouvelle Calédonie.....	32
a. Aux Samoa :.....	32
b. En Nouvelle Calédonie :.....	32

D-En Polynésie française :	33
1. Les politiques publiques menées :	33
a. En matière de santé :	33
b. Sur le plan économique, financier et budgétaire.....	37
c. En milieu scolaire.....	39
d. En matière sportive	41
e. En matière d'agriculture	41
2. Les actions et initiatives diverses :	42
<u>2^{ème} PARTIE : Un problème de société, l'affaire de tous</u>	45
<u>Section 1 : Sur le plan de la prévention primaire :</u>	46
A-Prévention dans la population : aider les personnes à orienter leur choix vers des aliments et des comportements favorables à la santé	48
1. Communication et marketing :	48
a. Des campagnes de communication :	48
b. Encadrer strictement le marketing alimentaire :	51
c. Un bilan et une évaluation périodiques :	52
2. Les actions spécifiques au niveau de la famille :	52
a. Redonner aux familles l'envie de cuisiner :	52
b. En matière de lutte contre la sédentarité :	55
3. Au niveau de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire :	57
a. La restauration scolaire :	58
b. L'activité physique et sportive :	62
c. La médecine scolaire et le suivi médical :	63
d. Sensibilisation et éducation	65
4. Au niveau du monde du travail :	66
a. Dans les entreprises et l'administration.....	66
b. La médecine du travail	67
B-Prévention sur le plan économique : les interventions pour accompagner les changements de comportement	67
1. Les interventions sur le prix de l'alimentation	68
a. La fiscalité :	68
b. Les produits de premières nécessités (PPN) :	70
2. Les interventions pour une meilleure qualité de l'alimentation :	71

a.	Une politique agricole favorisant une production en quantité et en qualité	71
b.	Sur la qualité des produits alimentaires fabriqués localement.....	73
c.	Une réglementation sur la restauration collective	75
3.	Les incitations financières pour l'accès à la pratique de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité.....	75
a.	Soutien de l'activité physique	75
b.	Mesures de détaxes.....	76
	<u>Section 2 : La gestion du diabète et de ses complications.....</u>	76
A-	Le diagnostic précoce de qualité : un impératif pour un traitement efficace	77
1.	Le dépistage du diabète :	77
a.	Pour le diabète de type 1 :	77
b.	Pour le diabète de type 2 :	77
2.	La nécessité d'un diagnostic précoce du diabète de type 2.....	77
B-	Le panier de soins : à adopter en extrême urgence	78
1.	Une préconisation de longue date.....	78
2.	Un panier de soins spécifique au diabète.....	78
C-	Education thérapeutique et accompagnement.....	79
1.	La nécessaire promotion de l'éducation thérapeutique.....	79
2.	L'accompagnement.....	81
a.	Un besoin :	81
b.	La nécessité de remettre en place une structure dédiée à cet accompagnement :	81
D-	L'insuffisance rénale et la dialyse :	82
1.	Les enjeux de santé et financiers.....	82
2.	La nécessité de mieux maîtriser les coûts.....	83
	<u>Section 3 : Un pilotage global nécessaire</u>	84
A-	Une réponse multisectorielle qui doit être coordonnée :	84
1.	La politique de la santé et la stratégie en matière de diabète.....	84
a.	Sur le principe de bonne gouvernance de la promotion de la santé	84
b.	La nécessité d'un programme spécialement dédié au diabète	85
2.	La mise en place d'un pilotage et d'une coordination	85

a. Un portage interministériel.....	85
b. Une coordination et une concertation via une délégation à la prévention de l'obésité et du diabète	86
3. Un budget dédié à la prévention pérenne et à la hauteur des besoins.	87
a. Les moyens actuellement consacrés à la prévention.....	87
b. La nécessité d'un budget et des moyens plus conséquents	87
B-La nécessaire évaluation pour des résultats d'efficacité :	88
1. La nécessité d'une bonne connaissance épidémiologique	88
2. Mesurer précisément les effets des actions mises en place.....	89
CONCLUSION.....	91

« *La santé est la première des libertés, et le bonheur en est la base* »

Écrivain et philosophe suisse, Henri-Frédéric AMIEL, Journal intime, le 3 avril 1865.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit **la santé** comme « *l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental et social* ».

Le diabète constitue un problème de santé publique majeur et il est l'une des quatre maladies non transmissibles¹ prioritaires ciblées pour une intervention particulière des dirigeants du monde. Cette épidémie, due essentiellement au diabète dit de type 2, est la conséquence d'une autre épidémie, celle de l'obésité : elles frappent toutes deux les pays développés mais aussi les pays pauvres en transition économique.

Le fardeau social et économique constitué par le diabète est aujourd'hui, et plus encore demain si les tendances se poursuivent, un facteur important de déstabilisation des finances des patients et de leur famille mais également une cause de déséquilibre des économies et des systèmes de santé qui portent actuellement la charge financière la plus visible.

Pour l'OMS², les pouvoirs publics, les prestataires de soins, les personnes diabétiques, la société civile, les producteurs alimentaires, les fabricants et fournisseurs de médicaments et de technologies peuvent contribuer de manière significative à l'arrêt de l'augmentation du diabète et à l'amélioration de la vie des personnes vivant avec cette maladie.

Un constat s'impose : « *La lutte contre le diabète ne va pas de soi (...) elle résulte d'un consensus collectif et des investissements publics dans des interventions qui sont abordables, efficaces au regard de leur coût et qui reposent sur les meilleures données scientifiques disponibles* ».

Alors, qu'en est-il en Polynésie française où les chiffres de la maladie demeurent alarmants ? Quels moyens et stratégies efficaces peuvent être mis en place pour créer des environnements propices à un mode de vie sain ? Quelles mesures permettraient de prévenir et de traiter le diabète ? Comment renforcer les actions existantes ? Alors que toutes les mesures à mettre en place sont connues, pourquoi ne réussit-on pas à les (faire) appliquer ?

En l'état de cette problématique, le CESEC souhaite, en tant qu'institution composée des membres de la société civile organisée, apporter sa contribution à l'arrêt de la progression du diabète en Polynésie française et à l'amélioration de la vie des personnes qui vivent avec le diabète. Pour le CESEC, il s'agit, fondamentalement, d'éviter qu'une situation déjà alarmante n'empire. De fortes mesures de prévention s'imposent ainsi qu'une ferme volonté d'agir dans le cadre d'actions cohérentes, concertées et pérennes.

¹ Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète.

² Cf. Rapport mondial sur le diabète 2016.

1^{ère} PARTIE : Etat des lieux et mesures engagées

Section 1 : Situation générale

A- Qu'est-ce que le diabète ?

1. Définition :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **le diabète est une maladie chronique évolutive qui se caractérise par des taux de glycémie élevés**³.

Cette maladie se développe lorsque le taux de glucose dans le sang augmente parce que l'organisme ne parvient pas à produire suffisamment d'insuline ou à l'utiliser de manière efficace⁴.

L'insuline est une hormone essentielle produite dans le pancréas. Elle assure le transport du glucose depuis la circulation sanguine vers les cellules de l'organisme, où il est converti en énergie (exactement comme une voiture qui consomme de l'essence). Le manque d'insuline ou l'incapacité des cellules à y répondre se traduit par des niveaux élevés de glucose dans le sang (hyperglycémie), qui caractérisent le diabète⁵.

Le glucose provient, pour l'homme, des aliments riches en glucides (féculents et produits sucrés) mais également du foie, qui en produit lorsque l'organisme a besoin d'énergie et ne peut en trouver ailleurs.

Les critères actuels de l'OMS préconisent d'observer l'élévation des taux de glucose dans le sang pour diagnostiquer le diabète.

Critères de diagnostic du diabète.

Un DIABÈTE doit être diagnostiqué si UN OU PLUSIEURS des critères suivants sont satisfaits	Une INTOLÉRANCE AU GLUCOSE (IG) doit être diagnostiquée lorsque LES DEUX critères suivants sont remplis	Une ANOMALIE DE LA GLYCEMIE A JEUN (AGJ) doit être diagnostiquée lorsque LES DEUX critères suivants sont satisfaits
Glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL)	Glycémie à jeun $< 7,0$ mmol/L (126 mg/dL)	Glycémie à jeun 6,1-6,9 mmol/L (110 to 125 mg/dL)
ou	et	et
Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g [test oral de tolérance au glucose (HGPO)] $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL)	Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g de 7,8-11,1 mmol/L (140-200 mg/dL)	Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g de $< 7,8$ mmol/L (140 mg/dL)
ou		
Glycémie aléatoire $> 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) ou HbA _{1c} ≥ 48 mmol/mol (équivalent à 6,5 %)		

Source : Atlas du diabète – Huitième édition- FID.

Il est aujourd'hui généralement admis qu'il existe trois grands types de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel (DG). L'OMS⁶ précise

³ Cf. Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.11.

⁴ Cf. Atlas du diabète, Huitième édition, 2017, Fédération Internationale du diabète (FID), Chapitre 1^{er} (p. 16) de l'Atlas qui fait référence, pour cette partie, à « DeFronzo RA, Ferrannini E, Zimmet P, et al. International Textbook of Diabetes Mellitus, 2 Volumes Set, 4th Edition. Wiley-Blackwell, 2015 ».

⁵ Cf. Atlas du diabète, Huitième édition, 2017, Fédération Internationale du diabète (FID), p. 16.

⁶ Ibidem.

toutefois qu'il existe quelques types moins courants de diabète, dont le diabète monogénique⁷ et le diabète secondaire⁸.

2. Les trois grands types de diabète :

a. Le diabète de type 1

Le diabète de type 1, auparavant appelé diabète insulino-dépendant⁹, est provoqué par une réaction auto-immune au cours de laquelle le système immunitaire attaque les cellules des îlots du pancréas qui produisent l'insuline. **L'organisme devient alors incapable de produire l'insuline dont il a besoin, ou alors en quantité très faible, avec pour conséquence une déficience relative ou absolue en insuline**¹⁰.

La maladie peut se développer à tout âge, mais le type 1 apparaît le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence.

Le diabète de type 1 est diagnostiqué par un taux de glycémie élevé en présence des symptômes répertoriés ci-dessous en Figure 1. Le type de diabète est parfois difficile à déterminer et des tests supplémentaires peuvent être nécessaires dans certains cas.



Source : Atlas du diabète – Huitième édition- FID.

b. Le diabète de type 2 :

Le diabète de type 2, auparavant appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de l'adulte¹¹, est **la forme la plus courante de la maladie et représente environ 90% de tous les cas**¹².

Dans cette forme de diabète, **l'hyperglycémie est le résultat d'une production insuffisante d'insuline et d'une résistance de l'organisme à répondre à l'action de l'insuline**. Cette dernière s'avère alors inefficace, ce qui déclenche dans un premier

⁷ Le diabète monogénique est le résultat d'une mutation génétique unique d'un gène dominant autosomique plutôt que le fruit de plusieurs gènes et facteurs environnementaux comme observé dans les diabètes de Type 1 et de Type 2. Sont cités ici, à titre d'exemples, le diabète néonatal et le diabète MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young). Le diabète monogénique est responsable d'environ 1-5% de tous les cas de diabète selon l'OMS.

⁸ Le diabète secondaire est une complication d'autres maladies, comme des troubles hormonaux (maladie de Cushing ou acromégalie, par exemple) ou des maladies du pancréas (pancréatite, par exemple). Il peut également apparaître suite à la prise de médicaments, tels que des corticostéroïdes.

⁹ Selon l'OMS.

¹⁰ Atlas du diabète, Huitième édition, 2017, Fédération Internationale du diabète (FID), p. 17.

¹¹ Selon l'OMS d'après son rapport mondial sur le diabète de 2016.

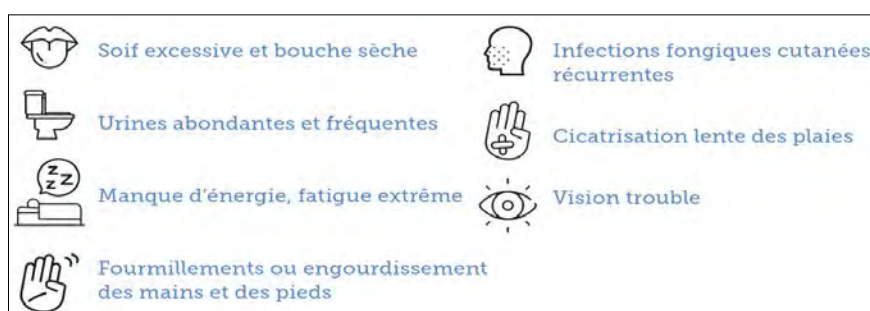
¹² Atlas du diabète, Huitième édition, 2017, Fédération Internationale du diabète (FID), p. 18.

temps une hausse de la production de l'insuline pour réduire l'augmentation de la glycémie. Au fil du temps, un déficit de la production d'insuline se développe.

Le diabète de type 2 touche généralement des adultes plus âgés, mais est de plus en plus souvent observé chez des enfants, des adolescents et des adultes plus jeunes¹³.

Selon l'OMS et la FID, **les symptômes du diabète de type 2** peuvent être similaires à ceux du type 1, mais ils **sont souvent moins marqués ou absents. Aussi la maladie peut-elle rester non diagnostiquée pendant plusieurs années, jusqu'à ce que des complications existantes soient constatées ou qu'une glycémie soit demandée dans le cadre d'un bilan de santé ou d'un dépistage systématique.**

Symptômes du diabète de type 2



Source : Atlas du diabète – Huitième édition- FID.

Classiquement 3 phases sont distinguées dans l'évolution du diabète de type 2¹⁴ :

- une phase dite de prédiabète qui se caractérise par des anomalies de la glycorégulation avec une glycémie à jeun supérieure à la normale mais < 1,26 g/l;
- une phase infraclinique asymptomatique, relativement longue (≈ 10 ans), phase pendant laquelle, en dehors de l'hyperglycémie, aucun symptôme ne laisse supposer l'existence de la maladie ;
- une phase clinique avec symptômes et complications chroniques (microvasculaires et macrovasculaires) et parfois aiguës (coma hyperosmolaire, hypoglycémie, acidose lactique, acidocétose à l'occasion d'une pathologie intercurrente).

c. Le diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel est une affection provisoire qui survient pendant la grossesse. L'affectation est présente lorsque la glycémie est supérieure à la normale mais néanmoins inférieure aux seuils fixés pour le diagnostic du diabète¹⁵. Le dépistage de ce diabète s'effectue lors d'examens prénataux, et non par la déclaration de symptômes¹⁶.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Haute Autorité de la Santé (HAS) « Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE - Mis en ligne le 13 févr. 2015.

¹⁵ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, Référence ici faite à « Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy (WHO/NMH/MND/13.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ».

¹⁶ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12.



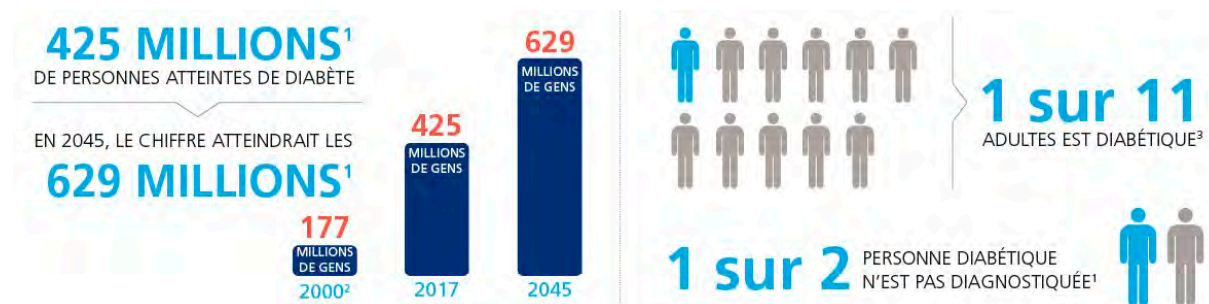
B- Faits et chiffres : épidémiologie descriptive

1. *Prévalence¹⁷ du diabète et des facteurs de risques au niveau mondial :*

a. **Le diabète dans le monde : des estimations en hausse depuis de nombreuses années**

En 2016, **1 personne adulte¹⁸ sur 11 souffre du diabète dans le monde**. Le chiffre rendu public par la Fédération internationale du diabète (FID)¹⁹ représente, selon les estimations, **425 millions de personnes atteintes de diabète à travers le monde en 2017**, soit 8,8% des adultes âgés de 20 à 79 ans²⁰.

Pour rappel, en 2000, ils étaient au nombre de 177 millions de personnes. Si cette tendance se poursuit, **d'ici à 2045, 629 millions de personnes âgées de 18 à 79 ans, seront atteintes de diabète**.



1. Fédération internationale du diabète. L'Atlas du diabète, 8^e édition, 2017.
2. Fédération internationale du diabète. L'Atlas du diabète, 2^e édition, 2003.
3. OMS. Rapport mondial sur le diabète, 2016. Disponible sur : <http://who.int/diabetes/global-report/fr/>

Source : OMS-FID

Les estimations du diabète sont en hausse depuis plusieurs décennies. **Environ 87% à 91% des personnes atteintes de diabète dans les pays à revenu élevé souffrent du type 2**, 7% à 12% du type 1 et 1% à 3% d'une autre forme²¹. Dans la plupart de ces pays,

¹⁷ En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population, dénombrant le nombre de cas de maladies à un instant donné ou sur une période donnée.

¹⁸ Agée de 20 à 79 ans.

¹⁹ Atlas du diabète de la FID, Huitième édition, 2017.

²⁰ Sur une population d'adultes âgés de 20 à 79 ans de 4,84 milliards.

²¹ Les proportions relatives de diabètes de type 1 et de type 2 n'ont pas été étudiées en détail dans les pays à faible et moyen revenu.

la majorité des enfants et des adolescents qui développent un diabète ont un diabète de type 1 et cette situation évolue à la hausse.

L'OMS, dans son rapport de 2016 précité, précise que, précédemment observé surtout chez les personnes âgées ou d'âge moyen, **le diabète de type 2 touche de plus en plus fréquemment les enfants et les jeunes.**

Enfin, l'Atlas du diabète précise que **50% des personnes atteintes de diabète ne sont pas conscientes de leur maladie**²².

b. Les facteurs de risque associés (sédentarité, surpoids et obésité) :

La sédentarité correspond à un temps passé assis supérieur à 7 h par 24 h (activité physique faible ou nulle avec une dépense énergétique proche de zéro). L'activité physique et sportive (APS) est selon l'OMS « *tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique* » (exemple : le ménage, la marche, le jardinage...).

En matière de **prévalence de sédentarité**, l'OMS rappelle qu'en 2010, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, **le quart ou presque des adultes de plus de 18 ans ne pratiquaient pas l'activité physique hebdomadaire minimum recommandée** et étaient classés comme ayant une activité physique insuffisante²³. Cette prévalence de la sédentarité est deux fois plus élevée dans les pays à revenu élevé.

Le surpoids et l'obésité ont, quant à eux, progressé dans presque tous les pays malgré la volonté mondiale d'interrompre leurs avancées d'ici à 2025²⁴.

D'après les estimations mondiales récentes de l'OMS²⁵, en 2016 :

- la prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016.
- globalement, plus d'un dixième de la population mondiale souffre d'obésité en 2016.
- 2 milliards d'adultes²⁶ étaient en surpoids (38,9%). Sur ce total, plus de 650 millions étaient obèses (13%).
- 131 millions d'enfants de 5 à 9 ans étaient en surpoids ou obèses (20,6%),
- 207 millions d'adolescents de 10 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses (17,3%).
- 40 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses (5,9%).

²² Atlas du diabète de la FID, Huitième édition, 2017, p.47.

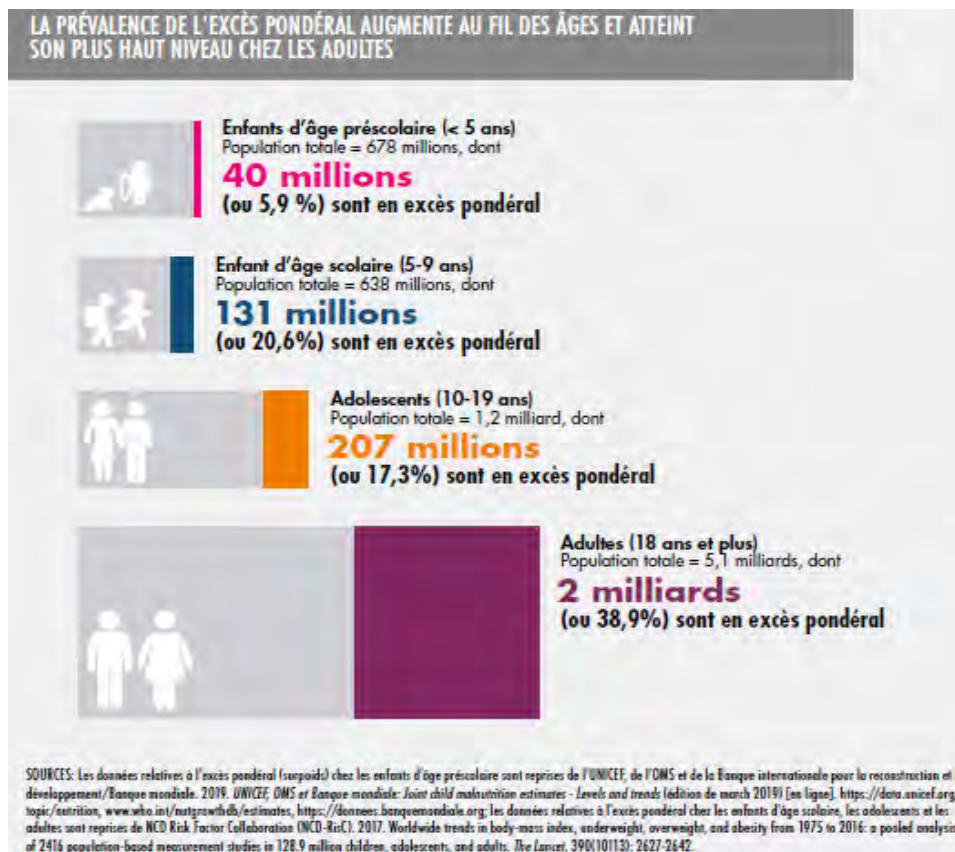
²³ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.28, Référence ici faite à « Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève, OMS, 2014 ».

²⁴ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.28, Référence ici faite notamment à « Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève, OMS, 2014 ».

²⁵ Rapport « L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde », Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture – OMS, Rome, 2019.

²⁶ Personnes de 18 ans et plus.

LA PRÉVALENCE DE L'EXCÈS PONDÉRAL AUGMENTE AU FIL DES ÂGES ET ATTEINT SON PLUS HAUT NIVEAU CHEZ LES ADULTES



Source : Rapport « L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde » - Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture Rome, 2019

Autrefois considérés comme des problèmes spécifiques des pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité sont désormais en augmentation dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en milieu urbain²⁷.

Dans les **sociétés en développement**, l'obésité se rencontre davantage dans le « haut de l'échelle sociale ». Elle y est signe de richesse. Inversement, dans les **sociétés développées**, c'est au sein des populations populaires qu'elle est la plus fréquente. Elle inspire, dans ces pays, du dédain et est à l'origine de nombreuses discriminations²⁸.

Sur le plan mondial, le surpoids et l'obésité sont liés à davantage de décès que l'insuffisance pondérale. Il y a plus de personnes obèses qu'en insuffisance pondérale, et ce dans toutes les régions à l'exception de certaines parties de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie.

2. Dans la région du Pacifique :

a. Le diabète : des chiffres plus importants dans cette région

Les pays insulaires du Pacifique ont **le pourcentage de diabétiques le plus important du monde** : ainsi, en 2017, le taux de diabète est de 24% à Nauru, 26, 7% à Tuvalu ou encore 32,9% aux îles Marshall. En Nouvelle Calédonie, ce taux est de 24, 9 % et il est de 22% en Polynésie française²⁹.

²⁷ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.28, Référence ici faite notamment à « Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève, OMS, 2014 ».

²⁸ Rapport ASTERES « Lutter contre l'obésité, de la prise de conscience à l'action » de Février 2018.

²⁹ Atlas du diabète de la FID, Huitième édition, 2017.

b. Les facteurs de risque associés (surpoids et obésité) :

« **Sur les dix pays où l'on recense proportionnellement le plus d'obèses dans le monde, neuf se situent dans le Pacifique Sud** », constate Paula Vivili, directeur par intérim de la Santé publique à la Communauté du Pacifique (CPS) ³⁰.

Selon l'OMS, dans au moins 10 pays insulaires du Pacifique, plus de 50% de la population est obèse : 78,5% à Nauru, 74,6% à Samoa ou encore 56% à Tonga³¹.

En Nouvelle Calédonie, la prévalence de l'excès de poids est de 67,3% dans la population, soit plus de deux calédoniens sur trois et près d'une personne sur deux âgée de 45 à 60 ans est obèse³².

3. En Polynésie française :

a. Le diabète :

L'enquête STEPwise 2010 :

L'enquête santé **2010** (enquête STEPwise réalisée par la Direction de la santé de Polynésie française, en partenariat avec l'Organisation Mondiale de la Santé³³) révèle que **10% de la population polynésienne est atteinte de diabète de type 2 soit plus de 25 000 personnes.**

L'Atlas du diabète de 2017 :

En **2017**, la Direction de la Santé³⁴ indique que l'**Atlas du diabète 2017** estime que la **prévalence du diabète de type 2 en Polynésie est de 22%, soit plus de 45 000 personnes atteintes de 20 à 79 ans dont une estimation de 22 000 personnes non encore diagnostiquées.**

La Caisse de Prévoyance Sociale 2017 :

La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) recense, à fin 2017, un total de 12 561 diabétiques (contre 45 000 affichés par le pays dans le cadre de l'Atlas du diabète) dont 9 519 personnes sont en Longue maladie, le reste émargeant au titre de la maladie (diabète simple) soit 3 042 personnes.

Sur les 12 561 diabétiques, 754 personnes ont le diabète de type 1 (soit 6%) et 11 807 ont le diabète de type 2 (soit 94%).

La CPS indique que, de 2007 à 2017, 740 nouveaux cas par an en Polynésie intègrent, en moyenne, la longue maladie au titre du diabète, soit 20% des nouveaux cas de longue maladie par an.

³⁰ <http://outremers360.com/wp-media/uploads/2016/04/oms.jpg>, et The Lancet 2017 ; 390 : 2627-42 enquête OMS sur l'obésité.

³¹ Ibidem.

³² Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie, Baromètre Santé Adulte 2015, Résultats préliminaires.

³³ OMS, Enquête Santé STEP en Polynésie française, Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2010.

³⁴ Dossier de presse du vendredi 9 novembre 2018 sur la « Semaine polynésienne de lutte contre le diabète du 12 au 18 novembre 2018 ». <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2018/11/Dossier-de-presse-diabe%CC%80te-2018.pdf>

b. Les facteurs de risque associés (sédentarité, surpoids et obésité) :

La prévalence élevée du diabète est à mettre en relation avec les données de corpulence.

Concernant la sédentarité :

Chez les adultes, l'enquête STEPwise de 2010 précitée indique que la pratique d'activité physique et sportive reste insuffisante, et qu'elle diminue significativement avec l'âge. **Près de 50% de la population polynésienne n'a pas d'activité de loisirs, 40% ne fait aucune activité physique pour se déplacer et 32% ne réalise aucune activité dans le cadre du travail.**

Les raisons de l'inactivité physique sont multifactorielles : manque de temps, perception du niveau d'activité physique suffisante et manque de motivation.

Concernant les jeunes, l'enquête de corpulence de 2014³⁵ sur les enfants de 7 à 9 ans montre que la moitié des enfants ne sont pas actifs lorsqu'ils quittent l'école, seuls 22% d'entre eux déclarent pratiquer une activité physique encadrée dans un club ou une association.

Pour les jeunes âgés de 13 à 17 ans, l'enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire en Polynésie française pour l'année scolaire 2015- 2016 ³⁶ montre que :

- 11,7% des élèves âgés de 13 à 17 ans n'ont pas eu un seul jour au cours des sept derniers jours où ils totalisent au moins une heure d'activité physique dans la journée (pas de différence significative selon le sexe) ;
- 18,2% ont été physiquement actifs (1 heure minimum dans la journée) tous les jours dans les derniers 7 jours, les garçons plus que les filles (23,9% contre 12,4%).

Concernant le surpoids et l'obésité :

En matière de prévalence chez les adultes, **70%³⁷ d'adultes sont en surpoids dont 40% au stade de l'obésité.** D'autres facteurs de risque, tels le tabagisme, l'alcool ou les drogues aggravent également l'état de santé des Polynésiens. Ces chiffres sont stables entre 1995 et 2010.

Au niveau de la prévalence chez les jeunes, l'étude réalisée en 2010 par la Direction de la santé ³⁸ pendant l'année scolaire 2007-2008 a mis en évidence que :

- chez les enfants de 6 à 7 ans : 21,6% sont en surpoids, 8,1% sont en obésité,
- chez les enfants de 10 à 11 ans : 37% sont en surpoids, 14,7% sont en obésité,
- chez les enfants de 14 à 15 ans : 37,89% sont en surpoids, 14,3% sont en obésité.

³⁵ Ministère de la Santé, Direction de la santé, Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés de 7 à 9 ans en Polynésie française, 2014.

³⁶ Résultats de la première enquête GSHS (Global School-based Student Health Survey) menée en Polynésie française par le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation en 2016, Enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire âgés de 13 à 17 ans en Polynésie française, 2015-2016 – OMS - Center for Disease Control and Prevention (CDCP).

³⁷ Sannino S., Mou Y. et al. *Évaluation du Programme « Vie Saine et Poids Santé » en Polynésie française.* Direction de la santé, Département des programmes de prévention, Papeete 2016.

³⁸ Direction de la santé de Polynésie française, « *Corpulence des enfants scolarisés en CP, CM2 et 3e en Polynésie française, année scolaire 2007-2008* », 2010.

c. La santé périnatale :

Selon l'état des lieux annexé³⁹ au schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022, les pathologies développées pendant la grossesse sont fréquentes : 15% contre 8% en métropole. Il est à cet effet précisé que **le diabète gestationnel constitue la première pathologie rapportée pour plus de la moitié des cas de grossesses pathologiques** et que les risques sur la santé de la mère et de l'enfant, durant cette période périnatale, sont accentués par l'obésité et le tabagisme, « très fréquents en Polynésie française ».

C- Une situation « multifactorielle »

1. *Les facteurs de risque du diabète du point de vue médical :*

a. **Pour le diabète de type 1 : une susceptibilité génétique combinée à des facteurs déclencheurs environnementaux**

Selon l'OMS toujours, les causes exactes du diabète de type 1 sont inconnues. Néanmoins, il est généralement convenu que **le diabète de type 1 résulte d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux**⁴⁰, bien qu'aucun facteur de risque environnemental particulier n'ait été reconnu responsable d'un grand nombre de cas⁴¹.

Ce type de diabète pourrait en effet trouver sa source dans des causes de nature héréditaires, environnementales (alimentation, stress) ou par une infection provoquée par une bactérie ou un virus.

b. **Pour le diabète de type 2 : un lien étroit avec le surpoids et l'obésité, l'augmentation de l'âge, l'ethnicité et les antécédents familiaux**

Le diabète de type 2 n'a pas une seule cause mais **plusieurs** qui font encore l'objet de recherches. Les spécialistes s'entendent sur le fait que la combinaison de **différents facteurs** serait à l'origine de l'apparition de la maladie.

Le risque de diabète de type 2 est déterminé par **l'interaction de facteurs génétiques et de facteurs métaboliques**.

Selon l'OMS⁴², l'appartenance ethnique, les antécédents familiaux, et un diabète gestationnel antérieur, associés à un âge avancé, au surpoids et à l'obésité, une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme sont autant de facteurs qui augmentent le risque.

Tout d'abord, de nombreux gènes de prédisposition ont été mis en évidence : le **matériel génétique** prédispose à la maladie ou au contraire l'en protège.

C'est l'interaction de l'hérédité avec des **facteurs de l'environnement**, comme l'alimentation et la sédentarité, qui entraîne la première phase du diabète de type 2 (l'insulinorésistance).

³⁹ Annexe 2 du schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022.

⁴⁰ Tels qu'une infection virale, des toxines ou certains facteurs alimentaires.

⁴¹ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12.

⁴² Ibidem.

Le **régime alimentaire** est donc également en cause. Une **consommation excessive de graisses saturées et de sucres rapides**, à laquelle peut s'ajouter un **manque d'exercice physique**, mène à un surpoids, voire une obésité.

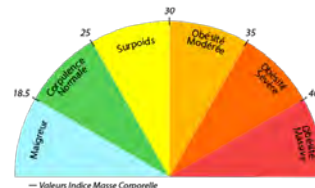
Or, le **surpoids et l'obésité associés à la sédentarité, sont considérés comme responsables de la plus grande part de la charge de morbidité liée au diabète dans le monde**⁴³.

L'OMS fait remarquer, dans ce cadre, qu'**un tour de taille et un indice de masse corporelle (IMC) anormalement élevés sont associés à un risque accru de diabète de type 2**, la relation variant toutefois selon les populations⁴⁴. Le diabète se déclare par exemple à un plus faible niveau d'IMC chez les populations d'Asie du Sud-Est que chez les populations d'origine Européenne⁴⁵.

La mesure du surpoids et de l'obésité la plus communément utilisée est en effet l'indice de masse corporelle (IMC), un indice qui permet d'estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille exprimée en mètres (kg/m²).

Une personne dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 est considérée comme étant en surpoids. Une personne ayant un IMC de 30 ou plus est généralement considérée comme obèse⁴⁶. Attention, toutefois, les définitions de l'excès pondéral et de l'obésité diffèrent quelque peu selon la tranche d'âge⁴⁷.

$$IMC = \frac{\text{poids}}{\text{taille}^2}$$



Plusieurs pratiques alimentaires sont liées à un poids corporel nocif pour la santé et/ou au risque de diabète de type 2, notamment **un apport élevé en acides gras saturés, un apport total en graisses élevé et une consommation insuffisante de fibres alimentaires**⁴⁸.

⁴³ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, qui fait ici référence à « NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980 : a pooled analysis of 751 population-based studies with 4*4 million participants. Lancet 2016 ; published online April 7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8) ».

⁴⁴ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, qui fait ici référence à « Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide, 1990 1999. Diabetes Medicine. 2006; 23:(8)857-866 ».

⁴⁵ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, qui fait ici référence à « Tuomilehto J. The emerging global epidemic of type 1 diabetes. Current Diabetes Reports. 2013 ; 13: (6)795-804 ».

⁴⁶ OMS - <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>.

⁴⁷ Selon le Rapport « L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde » de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture Rome, 2019 :

- chez les enfants de moins de 5 ans, l'excès pondéral est caractérisé par un rapport poids/taille supérieur de deux écarts types ou plus à la valeur médiane de normes OMS de croissance de l'enfant.
- chez les enfants d'âge scolaire et adolescents (de 5 à 19 ans), est considéré comme étant en excès pondéral un individu dont l'indice de masse corporelle (IMC) pour l'âge est supérieur d'un écart type ou plus de la valeur médiane des normes OMS de croissance de l'enfant ; on parle d'obésité quand l'IMC pour l'âge est supérieur de 2 écarts type ou plus à cette même valeur médiane.

⁴⁸ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, qui fait notamment référence ici à « Patterson CC, Dahlquist GG, Gyurus E, Green A, Soltesz G. EURODIAB Study Group Incidence trends for

Une consommation élevée de boissons sucrées, qui contiennent une énorme quantité de sucres libres⁴⁹, accroît le risque de surpoids et d'obésité, en particulier chez les enfants. Des données récentes établissent une éventuelle association entre une importante consommation de boissons sucrées et un risque accru de diabète de type 2⁵⁰.

La nutrition du jeune enfant influe également sur le risque ultérieur de diabète de type 2. Les facteurs qui semblent accroître le risque sont notamment un développement pas complètement optimal du fœtus, un faible poids de naissance (notamment s'il s'ensuit un rattrapage accéléré de la croissance après la naissance) et un poids de naissance élevé⁵¹.

La **consommation de tabac** est un facteur aggravant. Le **tabagisme actif** (par opposition au tabagisme passif) **accroît le risque de diabète de type 2**, le risque le plus élevé concernant les gros fumeurs^{52et 53}.

c. Pour le diabète gestationnel : une liaison faite avec la production d'hormones par le placenta

Le diabète gestationnel apparaît suite à une diminution de l'action de l'insuline (résistance à l'insuline) due à la production d'hormones par le placenta⁵⁴.

Les autres facteurs de risque et les marqueurs du risque de diabète gestationnel sont notamment l'âge (plus une femme en âge de procréer est âgée, plus le risque de diabète gestationnel est élevé), le surpoids et l'obésité ; une prise de poids excessive pendant la grossesse, des antécédents familiaux de diabète ; un diabète gestationnel au cours d'une grossesse antérieure, des antécédents d'enfant mort-né ou de naissance d'un enfant présentant une anomalie congénitale.

childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet*. 2009 ; 373: 2027-2033 ».

⁴⁹ Ces sucres incluent « les monosaccharides et les disaccharides ajoutés aux aliments par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops et les jus de fruit ». D'après : Consultation OMS/FAO d'experts, OMS, Série de rapports techniques 916 Régime alimentaire, Nutrition et Prévention des maladies chroniques. Genève, OMS, 2003.

⁵⁰ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, qui fait notamment référence ici à « Tracking universal health coverage : first global monitoring report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 ».

⁵¹ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.12, qui fait notamment référence ici à « Guariguata L, Linnenkamp U, Beagley J, Whiting DR, Cho NH. Global estimates of the prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014 ; 103, (2) 176-185 ».

⁵² Les fumeurs consommant plus de 20 cigarettes par jour.

⁵³ Un risque élevé environ dix ans après le sevrage tabagique, régressant plus rapidement chez les petits fumeurs selon l'OMS en référence à « Emerging Risk Factors Collaboration. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, Di Angelantonio E. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative metaanalysis of 102 prospective studies. *Lancet*. 2010 Jun 26 ; 375(9733): 2215-22 » ainsi qu'à « Barengo NC, Katoh S, Moltchanov V, Tajima N, Tuomilehto J. The diabetes-cardiovascular risk paradox: results from a Finnish population-based prospective study. *European Heart Journal*. 2008 ; 29: (15)1889-1895 ».

⁵⁴ Atlas du diabète, Huitième édition, 2017, Fédération Internationale du diabète (FID), Chapitre 1er (p. 20) de l'Atlas qui fait référence, pour cette partie, à « World Health Organization. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. World Health Organization, 2013 ».

2. Des raisons et déterminants socioculturels impliqués dans l'émergence et l'évolution de l'obésité et du diabète :

a. Dans le monde :

Du point de vue socio-économique, les facteurs de risques de l'obésité et du diabète sont multiples. Le rythme de leur développement laisse en effet supposer que des facteurs sociaux sont impliqués. Ces facteurs peuvent être combinés entre eux, ce qui rend la compréhension et la prévention de ces phénomènes particulièrement difficiles⁵⁵.

Pour illustrer l'influence qu'exercent la biologie et l'environnement sur le problème du poids, George Bray utilise la métaphore suivante : « *La génétique arme le coup, et l'environnement appuie sur la gâchette* »⁵⁶. Mais cet environnement, qui du point de vue scientifique et médical pourrait apparaître comme un simple facteur parmi d'autres, se trouve être, pour les sociologues, un véritable « *continent scientifique* » comprenant le social, le culturel, le démographique, l'économique, l'urbanisme⁵⁷...

Le diabète, et plus particulièrement celui de type 2, est souvent décrit comme une « *maladie de civilisation* ».

Les modes de vie et de consommation sont à l'origine d'une diminution marquée des besoins énergétiques au cours des cinquante dernières années. Plusieurs raisons sont identifiées et avancées :

- la tertiarisation de l'économie accompagnée du développement d'emplois moins éprouvant physiquement,
- la généralisation du chauffage et de la climatisation dans les bâtiments réduisant ainsi l'énergie consacrée à la régulation thermique du corps,
- le développement des moyens de transport et de déplacement, individuels et collectifs, écourtant ainsi le temps de marche,
- les loisirs devenus plus sédentaires, faisant la part belle aux temps passés devant les écrans.

Alors que les besoins énergétiques des humains ont diminué au cours du temps, **les apports alimentaires n'ont pas suivi cette évolution. L'abondance alimentaire** n'a jamais été aussi forte que ces dernières décennies. Le temps quotidien à la cuisine ayant diminué, **les consommateurs se sont orientés**, avec une certaine pression publicitaire, **vers des produits industriels** moins chers et rapides à préparer mais dont les teneurs en lipides, sucre et sel sont élevées.

A ces facteurs de risques, **se sont ajoutées**, dans notre société moderne, d'autres situations néfastes pour la santé et pouvant favoriser la prise de poids : **le stress, le manque de sommeil et la prise de médicaments.**

⁵⁵ Rapport ASTERES « Lutter contre l'obésité : de la prise de conscience à l'action ». Février 2018.

⁵⁶ « Genes load the gun; environment pulls the trigger » (Bray, 1997).

⁵⁷ Poulain Jean-Pierre, « Sociologie de l'obésité. Presses Universitaires de France », Sciences sociales et sociétés, 2009, 368 pages.

Dans cet environnement de déséquilibres alimentaires et de manque d'activités physiques, il est toutefois reconnu que **les individus ne sont pas tous égaux face aux risques de prise de poids**. Différents scientifiques spécialistes de l'obésité affirment qu'il existe une forte influence d'un environnement obésogène sur **une prédisposition génétique** des individus.

Enfin, **des caractéristiques culturelles peuvent influencer en la matière**. Selon certains chercheurs⁵⁸, tant l'alimentation que les représentations relatives au corps et à la corpulence, ne sont pas les mêmes pour toutes les cultures. Les valeurs associées à un type de corpulence attractive, souhaitable, désirable ou au contraire inélégante, repoussante, etc. évoluent et se transforment en fonction des imaginaires socioculturels.

b. Dans le contexte insulaire de la Polynésie : l'évolution des comportements et habitudes alimentaires

En Polynésie française, la transition alimentaire et sanitaire que connaît la région depuis quelques décennies a entraîné de nombreux bouleversements tant sur le plan social, culturel, politique que sur le plan économique et technique, changeant ainsi les habitudes alimentaires et le mode de vie des populations.

Ces changements ont mené à une transition épidémiologique avec le recul des maladies infectieuses et carencielles face à l'émergence de maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète, l'hypertension, le cancer, et leurs facteurs de risques associés. De plus, la jeune génération de Polynésiens semble plus affectée par ce phénomène.

Selon une étude de l'anthropologue Christophe Serra-Mallol⁵⁹, « **les représentations du corps issues de la période préeuropéenne et la transformation rapide des pratiques alimentaires polynésiennes vers un modèle mixte traditionnel-occidentalisé et postcolonial semblent jouer un rôle important dans ces pathologies et peuvent expliquer pourquoi, à Tahiti, aujourd'hui encore, bien manger c'est manger beaucoup** »⁶⁰.

Avant l'arrivée des premiers européens, le quotidien des polynésiens est décrit comme étant marqué par une alimentation qui suivait le rythme naturel de l'abondance et de la disette, avec des cérémonies festives qui constituaient l'alternance des deux grandes saisons tropicales⁶¹.

⁵⁸ Carla Taramasco, « Impact de l'obésité sur les structures sociales et impact des structures sociales sur l'obésité. Modélisation et simulation ». Ecole Polytechnique X, 2011.

⁵⁹ Christophe Serra Mallol est Maître de Conférences en Sociologie à l'Université Toulouse Jean Jaurès (France), membre du CERTOP UMR-CNRS 5044, et membre associé du Centre Edgar Morin (Institut Interdisciplinaire d'Anthropologie du Contemporain, Paris) UMR CNRS-EHESS 8177. Il enseigne à l'ISTHIA (Institut Supérieur en Tourisme, Hôtellerie et Alimentation) où il est co-responsable du Master Sciences Sociales mention appliqué à l'alimentation. Ses activités de recherche recouvrent la sociologie et l'anthropologie de l'alimentation des territoires ultramarins (Polynésie française, Nouvelle Calédonie), la question des inégalités sociales et de l'exclusion (obésité, sans-abrisme, prostitution de rue), et les aspects sociaux de la qualité de vie et des temporalités.

⁶⁰ Serra-Mallol C. « Bien manger, c'est manger beaucoup : comportement alimentaire et représentations corporelles à Tahiti », Sciences sociales et santé, vol. 26, n°4, décembre 2008.

⁶¹ Ibidem.

« Le quotidien alimentaire tahitien était celui de l'uniformité, fait de gestes répétés depuis l'enfance avec quelques produits, toujours les mêmes : fruit de l'arbre à pain ou 'uru en morceaux ou préparé, bananes plantains, taro, patates douces et ignames, noix de coco, eau de mer pour saler les sauces, agrémentés de poissons cuits sur un petit feu de pierre de corail ou de pierres volcaniques ». L'anthropologue indique dans ce cadre que « c'est le temps de l'irrégularité, les aliments étant fournis selon la disponibilité » et que le quotidien était de l'ordre du profane, le festif de l'ordre du sacré⁶².

« Le festif ('oro'a) était le temps du regroupement communautaire, du « manger ensemble », du bien être partagé après le rite qui avait sacralisé ce moment privilégié de l'alimentation en groupe » étant précisé que « le modèle polynésien du festin était relié à des concepts fondamentaux de statut, de stratification, et de pouvoir des chefs (...) »⁶³.

Il est également fait état de « rituels d'engraisement (...) associés à la beauté physique et à la fertilité » tels que le *ha'aporua*⁶⁴ réservé aux jeunes et aux femmes et réalisés, selon les analyses, « dans une optique sociale, maintenir la cohésion de la société, aussi bien que biologique, accroître les chances de fertilité féminine et assurer la reproduction de la société ». « Systématisées et réservées à une minorité », ces pratiques renforçaient et illustraient le statut social de ceux qui s'y adonnaient⁶⁵.

Dès 1820, se pose l'influence « du nouvel ordre chrétien (...) dans la vie quotidienne des Tahitiens, mais également sur les pratiques organisationnelles et institutionnelles ». Selon les récits, si « les missionnaires n'ont introduit en fait que peu de produits alimentaires nouveaux et réellement consommés par les Tahitiens durant la première moitié du XIXe siècle », ils ont en revanche « modifié (...) le rapport aux aliments, les rites et comportements attachés à leurs production, préparation ou consommation, séparant par là l'aspect matériel de ces aliments, leur valeur nutritive, des représentations qui y étaient attachées, même si les comportements alimentaires ne variaient pas ou très peu au quotidien »⁶⁶.

A partir des années 1830-1840, il est question de colonisation agricole et d'installation du commerce avec notamment les transactions monétaires. « La transformation des rites anciens, l'ouverture à la variété alimentaire, commencent à modifier sensiblement les modes de consommations » basés « essentiellement sur l'autoconsommation », la production vivrière faisant en effet vivre la quasi-totalité de la population jusqu'en 1940⁶⁷.

Pendant cette période, « le volume ingéré par les Polynésiens au cours d'une seule prise alimentaire est toujours perçu comme supérieur à celui des occidentaux » et l'accent est mis sur « la forte irrégularité de ces prises au cours d'une journée ». Les fêtes sont, quant à

⁶² Ibidem.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Qui signifie « engraissement ».

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ Ibidem.

elles, « toujours l'occasion de festins au cours desquels le principe de l'abondance ostentatoire de nourriture doit être respecté »⁶⁸.

Dans le temps, l'alimentation au quotidien est modifiée par l'intégration à une fréquence de plus en plus importante de produits importés comme la farine, le sucre, le riz, la viande, le poisson de conserve et les produits laitiers. A partir de 1950, l'on parle de « surconsommation moderne, délaissant de plus en plus la production au profit de la seule consommation »⁶⁹.

Dans les années 1960, l'autoproduction alimentaire se réduit considérablement, « laissant la place aux produits industriels importés (poulets et steaks surgelés, frites, pizzas, pâtes...) à Tahiti tout d'abord puis, dans un second temps, jusque dans les îles reculées. Cette pénétration de produit industriel est facilitée par la diffusion des congélateurs »⁷⁰.

Aujourd'hui, le volume des aliments consommés constitue toujours, pour les Polynésiens, un facteur très important. Selon l'anthropologue Serra-Mallol et ses enquêtes menées, « **les idées d'abondance et de plaisir expliquent en grande partie les modes actuels de consommations alimentaires** » et ce, comme dans la plupart des sociétés traditionnelles. Pour lui, « **l'évolution n'a pas préparé les individus à l'abondance, et notamment dans des îles au beau milieu du « Grand océan » à cause de l'irrégularité de la disponibilité alimentaire et de son absence de variété. Au contraire, les hommes sont munis de dispositifs de régulation biologique qui permettent la réserve d'énergie sous forme de graisse utilisable pendant les périodes de disette ou de pénurie** »⁷¹.

D- Les conséquences :

1. *Les modalités de prise en charge et de gestion du diabète :*

Diverses interventions peuvent améliorer la santé des personnes atteintes de diabète. Le traitement du diabète, qu'il soit de type 1 ou 2, repose sur la **nécessité de faire assimiler le sucre aux cellules du corps et de fournir au corps la quantité d'insuline nécessaire**. A cet effet, les diabétiques doivent avoir accès à des soins systématiques, continus, organisés et dispensés par une équipe de prestataires qualifiés.

a. **Traitement du diabète de type 1 :**

Ce diabète est traité par différents moyens : l'*insulinothérapie conventionnelle*, qui consiste en l'injection d'insuline 2 à 3 fois par jour, et l'*insulinothérapie fonctionnelle* qui consiste à essayer de reproduire la sécrétion naturelle de l'insuline. Dans ce cadre, la personne diabétique doit recevoir 4 ou 5 injections d'insuline par jour ou se poser une

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Jean-Pierre Poulain, « Combien de repas par jour ? Normes culturelles et normes médicales en Polynésie Française », Journal des anthropologues [En ligne], 106-107 | 2006, mis en ligne le 17 novembre 2010. URL : <http://journals.openedition.org/jda/1351> ; DOI : 10.4000/jda.1351.

⁷¹ Christophe Serra-Mallol « Bien manger, c'est manger beaucoup : comportement alimentaire et représentations corporelles à Tahiti », Sciences sociales et santé, vol. 26, n°4, décembre 2008.

pompe à insuline. Ces **injections d'insuline** se font sous la peau, à l'aide d'un stylo à injection, d'une seringue ou d'une pompe à insuline.

Le traitement du diabète ne se limite pas à ces injections. **S'adapter à un nouveau mode de vie contraignant, savoir identifier les symptômes à risque** fait aussi partie du processus de traitement du diabète. Un véritable travail doit être fait par les personnes malades.

b. Traitement du diabète de type 2 :

Le traitement du diabète de type 2 est différent de celui du diabète de type 1. Celui-ci vise surtout à **réguler le taux de sucre dans le sang afin qu'il soit "normal"**.

La personne diabétique doit impérativement **adopter un mode de vie sain et équilibré**. Ainsi, la pratique d'une activité sportive régulière, une alimentation équilibrée (éviter les aliments contenant beaucoup de sucres et de graisses), le respect des horaires de repas, l'abandon du tabac sont autant de choses qui permettront de limiter l'évolution de la maladie. A cela doit s'ajouter une consommation d'alcool limitée.

Lorsque les modifications du style de vie ne permettent pas de contrôler le taux de glycémie, des médicaments oraux sont généralement prescrits pour traiter l'hyperglycémie, la Metformine étant le traitement initial le plus utilisé au monde⁷². Un traitement supplémentaire peut être prescrit à la personne diabétique pour limiter les risques d'apparition de maladies cardiovasculaires.

c. Traitement du diabète gestationnel

En cas de diabète lors de la grossesse, le traitement hygiéno-diététique (portant sur l'hygiène de vie), voire médicamenteux (insuline) est nécessaire.

2. Sur le plan médical, les complications :

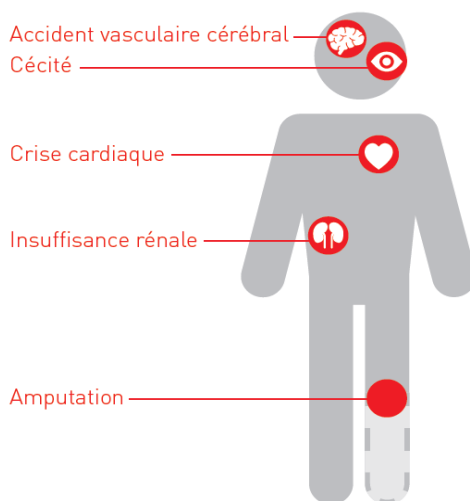
Si elle demeure non contrôlée de façon prolongée, l'hyperglycémie peut provoquer des lésions au niveau de divers organes et conduire au développement de complications de santé invalidantes, voire mortelles. En revanche, une gestion appropriée du diabète permettra de retarder ou de prévenir ces complications graves⁷³.

Quel qu'en soit le type, le diabète peut entraîner des complications touchant de nombreuses parties de l'organisme, et accroître le risque général de décès prématuré. Autant d'organes peuvent en être touchés car, avec le temps, l'hyperglycémie affaiblit les parois des petits vaisseaux sanguins qui approvisionnent tous les tissus en oxygène et en éléments nutritifs.

⁷² La Metformine permet de diminuer la quantité de sucre envoyée dans le sang par le foie. Il existe par ailleurs d'autres médicaments antidiabétiques tels que les inhibiteurs de l'Alpha-glucosidase qui ralentissent l'absorption des glucides alimentaires ainsi que les sulfamides hypoglycémisants et les Glinides qui permettent d'augmenter la sécrétion d'insuline par le pancréas et de rendre les cellules plus réceptives à l'insuline. Ces médicaments se présentent sous forme de comprimés à ingérer et peuvent être combinés selon les personnes et leurs besoins.

⁷³ Atlas du diabète édition, Huitième édition, 2017, Fédération Internationale du diabète (FID), p. 16.

Les complications liées au diabète ont une origine commune : une trop grande quantité de glucose dans le sang. Ces complications chroniques apparaissent après plusieurs années de diabète non ou mal équilibré.



Source : OMS

a. Les atteintes ophtalmiques menant à la perte de vision

Le diabète peut conduire à une détérioration progressive de la vision. Il peut favoriser la survenue d'une cataracte, d'un glaucome et même évoluer vers la cécité. Les troubles oculaires constituent la complication du diabète la plus fréquente. La rétine est la partie de l'œil la plus souvent touchée, mais d'autres parties peuvent l'être aussi.

La rétinopathie diabétique touche plus d'un tiers des personnes atteintes de diabète et est la principale cause de perte de vision chez les adultes en âge de travailler.

b. Les atteintes rénales menant à l'insuffisance rénale

Dans la mesure où le diabète cause des troubles vasculaires, les petits vaisseaux des reins peuvent en être affectés au point d'entraîner une détérioration progressive de la filtration glomérulaire⁷⁴ : c'est la néphropathie diabétique qui se manifestera par divers problèmes, allant de l'insuffisance rénale modérée à la maladie rénale irréversible.

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une pathologie particulièrement lourde nécessitant une dialyse plusieurs fois par semaine et dont la seule alternative est la greffe de rein.

La dialyse est une des méthodes qui remplacent la fonction rénale pour éliminer du sang les produits toxiques. Cela peut se faire soit par dérivation et « filtration » de la circulation sanguine (hémodialyse)⁷⁵, soit par le filtre naturel que forme le péritoine (dialyse péritonéale)⁷⁶.

L'incidence des maladies rénales en stade final est jusqu'à 10 fois plus élevée chez les personnes atteintes de diabète.

⁷⁴ Dont le rôle est d'éliminer les toxines et déchets du sang.

⁷⁵ Par l'intermédiaire d'une fistule artério-veineuse, à l'aide d'une machine de dialyse.

⁷⁶ Dans ce cas, le péritoine est rempli, à l'aide d'une poche, d'un liquide purifiant.

c. Les maladies cardiovasculaires

Les personnes atteintes de diabète présentent un risque accru de maladies cardiovasculaires⁷⁷. Une glycémie élevée augmente le risque de caillots sanguins et avec le temps, le risque d'obstruction de vaisseaux sanguins du cœur (infarctus) ou du cerveau (accident vasculaire cérébral) augmente. L'âge, l'hérédité, l'hypertension, l'embonpoint et le tabagisme accroissent également ces risques. Les diabétiques de type 2 sont une population à risque de ce genre de maladie.

Les maladies cardiovasculaires sont une cause majeure de décès et de handicaps chez les personnes atteintes de diabète.

d. Les atteintes des liaisons nerveuses (neuropathies)

La neuropathie est le nom donné aux affections qui touchent les nerfs : elle est souvent douloureuse, qu'elle qu'en soit la cause et découle d'un apport d'oxygène insuffisant dû à une altération de la circulation sanguine.

Le sujet peut ressentir des picotements, des pertes de sensibilité et des douleurs qui se manifestent d'abord au bout des orteils ou des doigts, puis remontent progressivement le long des membres atteints. La neuropathie peut aussi toucher les nerfs qui contrôlent la digestion, la pression sanguine, le rythme cardiaque, les organes sexuels et la vessie.

e. La sensibilité aux infections pouvant mener à l'amputation

L'élévation de la glycémie et la fatigue (parfois engendrée par la maladie) rendent les diabétiques plus à risque d'infections périodiques parfois difficiles à guérir. En outre, le diabète peut ralentir le processus de cicatrisation, causant des infections, des plaies dont la cicatrisation est difficile à obtenir. Les infections aux pieds sont les plus fréquentes (maux perforants plantaires). En partie dues à la neuropathie, elles peuvent s'accompagner d'ulcères, et parfois même nécessiter l'amputation du pied en cas de gangrène.

f. Autres conséquences :

Outre les complications classiques décrites précédemment, le diabète a été associé à des taux accrus de certains cancers, et une progression des taux d'incapacités physiques et cognitives⁷⁸.

g. Le diabète gestationnel et ses risques élevés de complications

Du côté de l'enfant, le glucose en excès chez la mère est transmis au fœtus en surplus. Cette réserve calorique excédentaire est stockée dans les organes de l'enfant. Le poids et la croissance de l'enfant à naître sont alors excessifs. La macrosomie (poids à la naissance supérieur à 4kg) peut entraîner un accouchement difficile⁷⁹. D'autres

⁷⁷ La FID précise dans ce cadre que les personnes atteintes de diabète ont 2 à 3 fois plus de risques de développer des maladies cardiovasculaires (Atlas du diabète édition, Huitième édition, 2017, p. 85).

⁷⁸ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.14, qui fait ici référence à « Wong E, Backholer K, Gearon E, Harding J, Freak-poli R, Stevenson C, et al. Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Diabetes Endocrinology. 2013;1:(2)106-114 ».

⁷⁹ Etant précisé que la dystocie des épaules peut engager le pronostic vital de l'enfant.

complications pour l'enfant sont possibles : détresse respiratoire, hypoglycémie néonatale, risque de développer plus tard un diabète de type 2.

Pour la mère, la complication la plus grave est la survenue d'une pré-éclampsie (ou toxémie gravidique) pouvant associer prise de poids, œdèmes et hypertension artérielle. Les autres complications sont l'accouchement prématuré, la césarienne et le risque de développer un diabète de type 2 après la grossesse (7 fois plus que sans diabète gestationnel).

3. L'impact sur le plan financier et économique :

a. Au niveau mondial

Le diabète fait peser une lourde charge économique sur le système de soins de santé mondial et sur l'économie mondiale en général. Cette charge se mesure en dépenses médicales directes, en coûts indirects associés à la perte de productivité, en mortalité prématurée et en effets négatifs du diabète sur le Produit Intérieur Brut (PIB) des Etats.

Les dépenses médicales directes associées au diabète incluent les dépenses liées à la prévention et au traitement du diabète et de ses complications, notamment les soins en ambulatoire et d'urgence, les soins aux patients hospitalisés, les médicaments et les fournitures médicales comme le matériel d'injection et les fournitures renouvelables d'auto-surveillance ainsi que les soins à long terme.

Selon les références de l'OMS, le coût annuel direct du diabète dans le monde est estimé à plus de 827 milliards de dollars (US \$)⁸⁰.

La Fédération internationale du diabète (FID) estime que les dépenses de soins de santé mondiales consacrées au diabète ont plus que triplé entre 2003 et 2013 – sous l'effet de l'augmentation du nombre de diabétiques et de la hausse des dépenses liées au diabète par habitant⁸¹.

b. En Polynésie française

Selon l'analyse de la Caisse de prévoyance sociale (CPS)⁸², **le coût total du diabète, pour les 12 561 diabétiques recensés en 2017, représente 10 Milliards de F CFP par an** : 9,7 Mds au titre des 9 519 personnes en longue maladie (avec une moyenne de 1 020 000 F CFP par an pour une personne tout compris, consultation, bilans, traitement), et 300 millions de F CFP au titre des 3 042 patients émargeant en maladie pour un diabète simple.

Il a été précisé, qu'en longue maladie, sur les 9,7 Mds de dépenses, sont réparties deux parties : les diabétiques « compliqués » mono pathologiques (ceux qui ont le diabète

⁸⁰ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.14, qui fait ici référence à « NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4*4 million participants. Lancet 2016 ; published online April 7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8). 28 » et « Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review. PharmacoEconomics. 2015; 33(8): 811–31».

⁸¹ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.14, qui fait ici référence à « Atlas du Diabète de la FID, 6ème édition. Bruxelles, Fédération internationale du Diabète, 2013 ».

⁸² CPS « Situation du diabète en Polynésie française – Chiffres clés 2017 ».

avec une complication) qui représentent 3 275 patients en 2017 pour 1,6 Mds de dépenses et les patients multi pathologiques (ceux qui ont le diabète avec plusieurs complications ou une pathologie associée comme l'hypertension artérielle) pour 8,1 Mds de dépenses.

9, 7 Mds de F CFP de dépenses pour le diabète compliqué représentent 28% des dépenses de la longue maladie.

D'après la CPS, **ce qui coûte le plus cher ce sont les complications et tout ce qui est en rapport avec l'hospitalisation (avec une niche particulière qui est celle de l'hémodialyse, où un patient coûte 10 millions de F CFP par an)**. L'hémodialyse, hors CHPF (Centre Hospitalier de la Polynésie française), représente 3,5 Mds de F CFP. Les médicaments, quant à eux, coûtent 530 millions de F CFP sur 10 Mds.

4. Sur le plan social :

Outre les dépenses de santé liées aux traitements, le diabète engendre aussi **des coûts indirects à la société**. Il peut provoquer, par exemple, un ralentissement du taux de productivité de la main-d'œuvre et des retraites anticipées. Les personnes diabétiques rencontrent fréquemment des difficultés quotidiennes dues à leur état sur le plan scolaire, professionnel, voire bancaire, pour obtenir un prêt, et sont souvent confrontées à l'invalidité, aux arrêts de travail, autant de phénomènes impactant leur niveau social et économique⁸³.

Pour les personnes atteintes, il entraîne très souvent une souffrance psychologique, surtout pour les personnes obèses. Du fait de la discrimination dont elles peuvent être victimes et de l'effet de l'obésité ou du surpoids sur l'estime de soi, la probabilité de développer une dépression est également plus élevée chez les personnes obèses que chez celles de corpulence normale⁸⁴.

Section 2 : La mise en place de mesures

A- Plan d'actions au niveau mondial :

1. L'OMS et la Fédération mondiale du diabète

a. Au niveau de l'OMS :

L'OMS vise à susciter et à soutenir l'adoption de mesures efficaces de surveillance, de prévention et de lutte contre le diabète et ses complications, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. À cette fin, et dans le cadre de son **programme diabète**⁸⁵, elle :

⁸³ Rapport de l'Assemblée nationale n° 1266, Tome I, sur « l'alimentation industrielle : qualité nutritionnelle, rôle dans l'émergence de pathologies chroniques, impact social et environnemental de sa provenance ».

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Pour cela, le Programme se concentre sur les fonctions suivantes qui sont étroitement alignées sur les fonctions essentielles de l'OMS : - Superviser la mise au point et l'adoption de critères et de normes approuvés au niveau international pour le diagnostic et le traitement du diabète, de ses complications et des facteurs de risque ; - Promouvoir la surveillance du diabète, de ses complications et de la mortalité ainsi que des facteurs

- fournit des lignes directrices scientifiques sur la prévention des principales maladies non transmissibles dont le diabète ;
- établit des normes et des critères de soins pour cette maladie ;
- sensibilise à l'épidémie mondiale de diabète, notamment avec la Journée mondiale du diabète (le 14 novembre) ;
- assure la surveillance du diabète et de ses facteurs de risque.

Concernant le diabète, les quatre messages clefs de l'OMS sont les suivants⁸⁶ :

- **c'est une maladie potentiellement mortelle ;**
- **c'est une affection courante dont on enregistre une hausse sensible partout dans le monde ;**
- **le diabète n'empêche pas de mener une existence saine et bien remplie ;**
- **le plus souvent, le diabète peut être évité.**

Le **Rapport mondial sur le diabète** de l'OMS donne une vue d'ensemble du fardeau de la maladie, des interventions disponibles pour l'éviter et le prendre en charge, ainsi que des recommandations à l'intention des gouvernements, des personnes au niveau individuel, de la société civile et du secteur privé sur la base, notamment, d'un aperçu des « capacités nationales de lutte contre le diabète ».

Dans ce cadre, la **stratégie mondiale de l'OMS de lutte contre les maladies non transmissibles**, adoptée en 2007⁸⁷ en application de la charte d'Ottawa⁸⁸, soutient le changement de comportement et des environnements sociaux dans un **objectif de promotion de la santé**, cadre de référence mondial.

En effet, selon la définition issue de la Charte d'Ottawa « *la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ».

Cette déclaration fait de la promotion même de l'idée de santé, de la nécessité de conférer des moyens adéquats et de celle d'une action concertée outrepassant les limites du secteur sanitaire, les conditions préalables à l'amélioration de la santé.

La **Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé** approuvée en mai 2004⁸⁹ vient compléter les travaux de l'OMS sur le diabète en se concentrant sur des approches à l'échelle des populations visant à promouvoir un

de risque, et contribuer à cette surveillance ; - Contribuer au développement des moyens de lutte contre le diabète ; - Sensibiliser à l'importance du diabète en tant que problème de santé publique ; - Plaider en faveur de la prévention du diabète et de la lutte contre celui-ci dans les populations vulnérables.

⁸⁶ Site internet de l'OMS - <https://www.who.int/diabetes/en/diabetesactionnow%20FRANCAIS.pdf>.

⁸⁷ Résolution OMS n° 60.23 « Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale ».

⁸⁸ Charte datée du 21 novembre 1986 et issue de la conférence internationale pour la promotion de la santé qui fut organisée à Ottawa en novembre 1986.

⁸⁹ Dans le cadre de la résolution WHA 57.17 de l'OMS.

régime alimentaire sain et un exercice physique régulier, afin de réduire le problème mondial posé par le surpoids et l'obésité.

Parmi les principes fondateurs de l'élaboration de cette stratégie, il peut être relevé la reconnaissance de « *l'importance socio-économique des pratiques traditionnelles en matière d'alimentation et d'exercice physique, y compris celles des peuples autochtones, et les avantages que ces pratiques peuvent comporter pour la santé* », ainsi que la prise en compte « *des traditions culturelles (...) en matière d'alimentation* »⁹⁰.

Enfin, l'OMS a élaboré le **Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020**, qui a pour but de concrétiser les engagements pris dans la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, approuvée par les Chefs d'État et de gouvernement en septembre 2011.

Ce plan d'action a pour objectifs de contribuer à la réalisation progressive des 9 cibles concernant les maladies non transmissibles à atteindre d'ici 2025, notamment une baisse relative de 25% de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et l'arrêt de la progression des taux mondiaux d'obésité à leur niveau de 2010.

Enfin, selon K.M. Venkat Narayan⁹¹, éminent spécialiste du diabète, **les plus grandes réussites dans les 10 à 15 dernières années ont été la réduction de la mortalité et des complications chez les personnes diabétiques⁹² en particulier en Finlande, aux États-Unis et dans d'autres pays à revenu élevé.** Ces pays sont maintenant dotés d'outils efficaces pour contrôler la glycémie, la tension artérielle et les lipides, de même que pour dépister les complications de façon précoce. Ils ont mené des recherches utiles afin de trouver les moyens de mettre en œuvre des soins de qualité.

b. La Fédération mondiale du diabète et l'Atlas du diabète :

La Fédération est à la tête de la communauté mondiale du diabète depuis 1950. Elle est un réseau multiculturel inclusif et diversifié d'associations nationales du diabète et une voix mondiale qui fait autorité dans le domaine des maladies non transmissibles⁹³.

Depuis sa première édition en 2000, **l'Atlas du diabète de la FID présente les résultats et une analyse des taux en hausse continue de l'incidence et de la prévalence du diabète dans le monde.** Sa dernière édition (la Huitième plus exactement) date de 2017 et vise à encourager des actions pour combler les lacunes en matière de connaissance du diabète⁹⁴.

⁹⁰ « Vers une étude ethno épidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications » de Geneviève Imbert. 2007/2 Vol.20, pages 113 à 124. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2page-113.htm>.

⁹¹ Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2016 ; 94 : 241-242.

⁹² Tels que les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les amputations et les insuffisances rénales.

⁹³ Ses activités ont pour but d'influencer le monde politique, de sensibiliser le public et d'encourager l'amélioration de la santé, de promouvoir les échanges d'informations de qualité à propos du diabète et d'assurer l'éducation des personnes atteintes de diabète et de leurs prestataires de soins. La FID est associée au Département de l'Information publique des Nations Unies et entretient des relations officielles avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

⁹⁴ Le chapitre 6 de l'Atlas précise notamment que les gouvernements et les prestataires de soins peuvent soutenir la prévention et la gestion du diabète en proposant une éducation à des styles de vie sains et en

2. Les Objectifs de Développement Durable

Adoptés par les Nations Unies en 2015, les **Objectifs de Développement Durable (ODD)** constituent également une référence sur le plan sanitaire en ce qu'ils **indiquent les actions à mener en faveur du bien-être de la population mondiale.**

Les Etats membres de l'ONU ont dans ce cadre convenu d'atteindre à l'horizon 2030, quelques 17 objectifs de développement durable (ODD). **Pratiquement tous ont une composante sanitaire ou contribueront à améliorer la santé mondiale.**

L'objectif 3⁹⁵ vise spécifiquement à **assurer la santé et le bien-être pour tous, à tout âge**, autour de trois grandes catégories de mesures : la réduction des causes directes de décès et de maladies (dont le diabète), la diminution des facteurs de risques⁹⁶ et l'amélioration des facteurs qui influencent indirectement la santé (pauvreté, chômage, inégalités de genre...).

B- En Europe et en Métropole :

1. En Europe :

En 2011⁹⁷, les **Nations Unies** se sont engagées dans une logique de promotion de la santé, sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans une vision globale des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, et des maladies pulmonaires obstructives chroniques et de leurs déterminants communs liés au mode de vie⁹⁸.

Cette vision a une traduction opérationnelle dans le **plan d'action de l'OMS Euro pour la période 2016-2025 : le Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS.** Ce dernier se concentre sur les domaines d'action et interventions prioritaires pour les années 2016 à 2025 pour aider à atteindre les **objectifs régionaux et mondiaux de réduction de la mortalité prématurée⁹⁹ ainsi que d'allègement de la charge de morbidité, d'amélioration de la qualité de la vie et de répartition plus équitable de l'espérance de vie en bonne santé.**

Sur le plan européen, comme indiqué au niveau mondial, **la Finlande fait figure de modèle.** Ses caractéristiques résident dans l'effort accordé à la prévention, avec une attention particulière donnée au diagnostic précoce.

encourageant la création d'environnements propices à l'activité physique. En outre, les gouvernements et autres parties prenantes doivent donner la priorité à un accès équitable et à un coût abordable à l'insuline, un médicament essentiel pour les personnes atteintes de diabète.

⁹⁵ Sur un nombre total de 17 Objectifs de développement durable.

⁹⁶ Notamment le tabagisme, la violence, la pollution, la malnutrition et les mauvaises conditions d'hygiène.

⁹⁷ Par la déclaration de haut niveau des 19 et 20 septembre 2011.

⁹⁸ Tabagisme, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique et consommation excessive d'alcool.

⁹⁹ Avec comme cibles : une réduction relative de la mortalité prématurée imputable à quatre maladies non transmissibles de 1,5% par an d'ici à 2020 (Santé 2020), de 25% d'ici à 2025 (cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles) et d'un tiers d'ici à 2030 (objectifs de développement durable) (année de référence : 2010).

2. En Métropole :

Au niveau des populations, plusieurs programmes nationaux, inscrits dans la **stratégie nationale de santé**, visent à créer un environnement favorable pour la santé :

- le programme national nutrition santé (PNNS), pour l'alimentation équilibrée et l'activité sportive ;
- le plan national santé environnement (PNSE) ;
- le plan santé sport bien-être.

La stratégie nationale de santé prévoit de développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques.

Le programme « Dites non au diabète » s'adresse aux personnes non diabétiques de 45 à 70 ans¹⁰⁰, en surpoids¹⁰¹ et dont la glycémie à jeun s'inscrit entre 1,10 et 1,26 g/l. Entièrement financé par l'Assurance maladie et mis en œuvre par des acteurs locaux du domaine de la prévention spécifiquement formés, le programme vise à amener chaque participant à :

- pratiquer une activité physique régulière : au moins 30 minutes d'activité physique par jour, au moins 5 jours par semaine ;
- adopter une alimentation équilibrée ;
- obtenir une réduction de 5% à 7% de son poids initial ;
- et maintenir ces gains dans la durée.

Pour sa part, l'Assurance maladie a lancé en 2008 un **service d'accompagnement des malades à distance pour les diabétiques, le service « Sophia »** qui a pour objectif de diminuer la fréquence et la gravité des complications liées à la maladie afin d'en réduire les coûts pour les adhérents et la collectivité¹⁰².

Enfin, **l'enquête épidémiologique ObEpi-Roche**, réalisée tous les 3 ans depuis 1997, permet de suivre l'évolution du surpoids et de l'obésité dans la population adulte française (18 ans et plus).

C- Dans les îles du Pacifique :

1. L'intervention de la Communauté du Pacifique

A l'échelle du Pacifique, la principale référence en termes d'organisation internationale scientifique et technique est la Communauté du Pacifique (CPS). Avec les quatre membres fondateurs restés membres de l'organisation que sont l'Australie, la France, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis, la Communauté du Pacifique est composée de 26 États membres dont la Polynésie française.

Face à la crise des maladies non transmissibles, la Communauté du Pacifique aide activement ses États et Territoires membres à **élargir la prévention par le biais de la mise en œuvre de la feuille de route relative aux maladies non transmissibles.**

¹⁰⁰ 35 à 70 ans pour La Réunion.

¹⁰¹ IMC > à 25.

¹⁰² Ce service est gratuit et l'entrée du patient se fait soit suite à la demande de celui-ci soit suite à celle de son médecin.

Approuvée par les dirigeants océaniens en 2014, celle-ci dresse une liste d'interventions plurisectorielles adaptées au contexte régional.

Dans ce cadre, **l'Alliance océanienne** a été formée et un mécanisme de responsabilité mutuelle est en cours d'élaboration.

2. Les programmes de Samoa et de Nouvelle Calédonie

a. Aux Samoa :

Dans son rapport mondial sur le diabète de 2016 précité, l'OMS porte une attention particulière à Samoa où s'est mis en place **le programme PEN FA'A SAMOA**.

En effet, face à la menace du diabète pour la santé publique, PEN FA'A SAMOA (adaptation des protocoles PEN de l'OMS de **lutte contre les maladies non transmissibles**), avec l'appui de l'OMS, a été instauré en novembre 2014 dans plusieurs sites.

Ce programme repose sur trois piliers principaux : le dépistage précoce des maladies non transmissibles, la prise en charge des maladies non transmissibles et la sensibilisation accrue de la communauté.

Le modèle utilise les structures communautaires existantes où les familles élargies continuent de jouer un rôle important dans la vie quotidienne et la culture. Dans chaque village, la représentante de l'association féminine assure la liaison avec les organismes publics pour faciliter le dépistage précoce des maladies non transmissibles.

Dans ce cadre, les membres de la communauté ayant des résultats anormaux sont adressés à une équipe de prise en charge dans l'établissement de santé du district et examinés par un médecin qui leur propose un plan de prise en charge et de traitement, et prescrit des médicaments et des changements comportementaux. Les représentantes de la communauté, formées à cet effet, aident ensuite les patients à mener à bien leur plan de traitement.

Le ministère de la santé et le service de santé national, avec l'appui de l'OMS, souhaitent reproduire et étendre ce programme dans les autres villages de l'île.

b. En Nouvelle Calédonie :

A la suite de l'étude CALDIA conduite en 1992-1993 montrant une prévalence du diabète trois fois supérieure à celle de métropole, **le Congrès de Nouvelle Calédonie a fait du diabète un des thèmes prioritaires de santé publique**¹⁰³.

Dans ce cadre, la collectivité s'est dotée du **programme Diabète** dont la coordination a été confiée à l'Agence Sanitaire et Sociale, sous la tutelle de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales. Ce programme se concentre sur la prévention secondaire et tertiaire du diabète et se décline en quatre axes stratégiques :

¹⁰³ Par la Délibération n° 490 du 11 août 1994.

- renforcer le dépistage du diabète dont l'objectif est d'assurer un diagnostic précoce, une prise en charge au plus tôt afin de diminuer les complications invalidantes,
- garantir la qualité des soins avec notamment l'objectif d'améliorer l'éducation diabétique pour prévenir les complications¹⁰⁴,
- améliorer l'organisation des soins avec comme objectif le fait d'apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant à proximité du diabétique les moyens nécessaires à sa prise en charge (éducation, diététique, podologie,...)¹⁰⁵,
- aider les diabétiques à être acteurs de leur santé dont l'objectif est de responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.

En ce qui concerne la prévention primaire, les autorités ont adopté en décembre 2007, le **programme de prévention des pathologies de surcharge « Mange Mieux Bouge Plus »** s'inscrivant dans un processus participatif et multisectoriel.

Depuis fin 2013, les actions de ce programme s'articulent autour de 4 axes prioritaires : la promotion d'une alimentation équilibrée, la promotion d'une activité physique et sportive régulière, les actions sur l'environnement pour le rendre plus favorable à l'adoption d'un mode de vie sain et la coordination des professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale des adultes et des enfants.

Enfin, la Nouvelle Calédonie compte également **une action sur la consommation des produits sucrés**. Ainsi, depuis le 1^{er} octobre 2018¹⁰⁶, les boissons contenant du sucre ou des édulcorants sont assujetties à une taxe de 22 % du régime de la taxe générale à la consommation.

D- En Polynésie française :

1. Les politiques publiques menées :

a. En matière de santé :

Objectifs et cadre général d'intervention :

En tant que **membre de la région Pacifique de l'OMS**, la Polynésie française s'inscrit dans la mise en œuvre des stratégies et recommandations de cet organisme international.

¹⁰⁴ Les autres objectifs étant de : - mettre en place une prise en charge diététique pour les diabétiques en difficulté en Nouvelle-Calédonie, - faciliter le suivi des diabétiques par les praticiens de terrain en leur proposant des outils adaptés à la problématique de la maladie, - améliorer et simplifier la prise en charge hospitalière du diabète (CHT et CHN), - dépister et traiter plus précocement par laser la rétinopathie diabétique afin d'éviter les complications ophtalmologiques évitables (cécité), - diminuer de 50% en 5 ans le nombre d'amputations au niveau des membres inférieurs, - dépister et traiter systématiquement le diabète gestationnel afin de diminuer les complications obstétricales et néonatales.

¹⁰⁵ Pour se faire un « réseau diabète » a été créé, il a pour missions de : - mettre en place des recommandations en matière de podologie, - organiser le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographe, - initier la formation professionnelle, etc...

¹⁰⁶ <https://www.tgc.nc/textes-reglementaires/>.

Aussi, elle s'est dotée, en 1999, d'un **programme de prévention des pathologies de surcharge intitulé « Vie saine et poids santé »** se déclinant en 4 axes stratégiques¹⁰⁷ :

- informer 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...);
- favoriser la mise en place d'un environnement propice à une bonne alimentation et promouvoir la pratique de l'activité physique (amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, amélioration de l'offre alimentaire, démarche de santé au travail avec l'engagement d'entreprises (entreprises actives, appel à projets locaux...);
- former les partenaires et les relais (crèches et garderies, commerçants...);
- améliorer les pratiques médicales et organiser la surveillance des pathologies de surcharge.

Le **Schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016-2021 fait de la lutte contre le surpoids une priorité**¹⁰⁸ dans les politiques sectorielles qui doivent réaliser des choix impactant positivement le mode de vie et l'environnement des Polynésiens pour une meilleure santé.

Le **Schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022** propose, pour sa part, une approche interministérielle et multisectorielle en fédérant les services publics du Pays, les communes et les partenariats public-privé autour d'un objectif commun : le maintien d'un bon état de santé pour la population polynésienne. Dans ce cadre, est notamment prévue la mise en place d'un comité interministériel pour la prévention et la promotion de la santé ainsi qu'un comité de gestion unique des financements pluriannuels.

La Polynésie élabore par ailleurs des stratégies en **partenariat étroit avec les pays et les organisations régionales et internationales**. Elle est notamment membre du réseau Pacific EchoNetwork pour la lutte contre l'obésité infantile en partenariat avec l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le ministre de la santé fait valoir l'objectif consistant à *« assurer le pilotage des actions à mener en matière de prévention avec un ensemble de mesures préconisées pour permettre d'aboutir à la longue à une meilleure éducation à la santé. Le but étant d'agir, à la fois, sur les personnes déjà atteintes par le surpoids, l'obésité et le diabète mais également dans le cadre des écoles, dans le monde du travail et vers la population en général »*¹⁰⁹.

Pour le Pays, les habitudes de vie (alimentation et activité physique) se prennent dès le plus jeune âge et le rôle des parents et de l'entourage est primordial dans la prévention du diabète. Un enfant qui adopte de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge, les gardera à l'âge adulte, se protégeant ainsi contre l'apparition future de la maladie.

¹⁰⁷ Présentation en ligne sur le site internet de la Direction de la santé publique.

¹⁰⁸ Axe 4 du SOS.

¹⁰⁹ Intervention du ministre de la santé en Séance n° 8 de la commission « santé-société » du CESC du 16 avril 2019.

Ainsi, plusieurs axes stratégiques ont été validés et notamment : la promotion de l'activité physique, la mise en place d'une fiscalité comportementale et le contrôle de la publicité à destination du jeune public.

De manière générale, l'ensemble des effets des stratégies engagées sont attendus à moyen voire à long terme¹¹⁰.

Actions et expérimentations menées

Dans ce cadre, la Direction de la Santé indique agir et œuvrer pour encourager la promotion de saines habitudes de vie dans les familles et particulièrement l'environnement des enfants avec la mise en place d'un certain nombre de mesures et d'expérimentations. Des partenariats sont mis en place avec les communes (dans le cadre notamment du projet de mise en place de comités locaux de santé prévu par le schéma de prévention¹¹¹) et les associations.

Journée mondiale du diabète et semaine du diabète en Polynésie

La Direction de la santé met en place chaque année, lors de la journée mondiale du diabète du 14 novembre et sur une durée d'une semaine, des actions d'information et de sensibilisation auprès de la population, en lien avec le thème choisi par la Fédération Internationale du Diabète.

En mars 2018, la Direction de la Santé en partenariat avec la Communauté du Pacifique, a réuni durant 3 jours les associations œuvrant au quotidien auprès de la population des communes de Tahiti afin de les inciter à élaborer des projets de promotion de la santé à destination des personnes en surpoids, obèses ou diabétiques.

L'expérience menée aux Australes

« Ressources alimentaires et sanitaires aux australes » (RASA) est une étude interventionnelle sur l'obésité juvénile menée en 2011 par le centre de recherche du CHU de Québec et l'Université Laval en collaboration avec l'Institut Louis MALARDE de Polynésie française. Dans cette étude, 240 adolescents du collège de MATAURA à TUBUAI ont participé pendant 5 mois¹¹² à une intervention sur l'exercice physique et l'alimentation en milieu scolaire, chez les adolescents âgés de 10 à 17 ans. Dans ce cadre, les données anthropométriques, cliniques et biologiques ont été collectées au début et à la fin de l'intervention.

L'objectif de l'intervention RASA n'était pas de faire perdre du poids, mais de ralentir la prise de poids. Elle comprenait deux volets : un volet alimentaire avec des menus réajustés en fonction des besoins énergétiques des adolescents, et livrés à la cantine du collège ; et un volet d'activité physique instaurant 2 à 4 heures d'entraînements hebdomadaires supplémentaires.

¹¹⁰ Intervention du ministre de la santé en Séance n° 8 de la commission « santé-société » du CESC du 16 avril 2019.

¹¹¹ Page 18 du schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022, les comités locaux constituant une déclinaison territoriale pour la prévention et la promotion de la santé.

¹¹² De février à juin 2011.

Les participants ont été répartis en trois groupes selon leur statut au collège : les externes¹¹³, les demi-pensionnaires¹¹⁴ et les internes¹¹⁵. À la fin de l'intervention, le changement de poids différait dans les 3 groupes : les internes ont connu une baisse plus importante de l'indice de masse corporelle que les demi-pensionnaires et les externes¹¹⁶.

Evaluations, suivi et recueil de données :

Les enquêtes sanitaires :

A la question de savoir comment sont organisées les évaluations de la politique publique en matière de santé et précisément celle liée à la lutte contre le surpoids et à l'obésité, le Ministère de la Santé et la Direction de la Santé Publique font référence à des enquêtes dites de prévalence.

La principale enquête est celle datant de 2010, **l'enquête STEPwise**, dont les résultats ont été répertoriés en amont.

La Direction de la santé entend mener une nouvelle étude sur les deux années à venir (2019-2020) qui sera confiée à l'Institut Louis MALARDE. Sa réalisation périodique (souhaitée tous les 5 ans) permettrait de suivre l'évolution de la situation en Polynésie française. Il est prévu qu'elle débute en septembre prochain et qu'elle soit étendue aux 5 archipels afin de dresser une cartographie précise de la surveillance des différents facteurs de risque à l'ensemble de la Polynésie française¹¹⁷.

L'étude s'appuiera sur des enquêtes de terrain permettant le recueil de données de 3 natures différentes auprès des participants : un questionnaire sur les habitudes de vie, des mesures anthropométriques des participants et des prélèvements de sang capillaire au bout du doigt pour la réalisation des analyses de glycémie.

Une campagne de communication sera menée dans les communes concernées ainsi que dans les médias locaux afin d'informer la population sur les objectifs et le déroulement de l'enquête.

Concernant les jeunes, la Direction de la Santé rappelle également qu'une **enquête de corpulence**¹¹⁸ a été menée en 2014 sur les enfants de 7 à 9 ans et qu'une autre a été menée pour les jeunes de 13 à 17 ans sur la santé des jeunes en milieu scolaire en Polynésie française pour l'année scolaire 2015- 2016¹¹⁹.

¹¹³ C'est-à-dire ceux qui ne mangent pas à la cantine du collège.

¹¹⁴ Ceux qui mangent à la cantine au repas de midi du lundi au vendredi.

¹¹⁵ Ceux qui prennent leurs trois repas à la cantine et séjournent au collège pendant les périodes scolaires.

¹¹⁶ Mémoire intitulé « Impacts de l'intervention RASA (Ressources alimentaires et sanitaires aux Australes) sur les concentrations d'acides aminés et l'insulino-résistance chez des adolescents de la Polynésie française » de Magnoudewa PANA faisant ici référence à Clémence Gatti et 4 al., 2015.

¹¹⁷ Elle sera menée, sur la base du volontariat, auprès de 4 140 participants tirés au sort à partir de la base de données de l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF), en fonction de leur genre (féminin ou masculin) et de leur âge (entre 18 et 69 ans).

¹¹⁸ Ministère de la Santé, Direction de la santé, « Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés de 7 à 9 ans en Polynésie française », 2014.

¹¹⁹ Global School-based Student Health Survey (GSHS), « Enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire en Polynésie française », 2015-2016.

Elle précise enfin que la surveillance sanitaire des enfants en milieu scolaire, via la **médecine scolaire**, permet également d'avoir des données sur l'évolution de leur état de santé.

Les enquêtes de l'ISPF :

Les enquêtes menées par l'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF) demeurent également une source de référence pour les autorités du pays notamment dans le cadre du **recensement de la population** et de **l'enquête du budget des familles**.

L'ISPF a également mené une **étude sur les comportements alimentaires**¹²⁰ en convertissant, en kilocalories, les dépenses recensées dans l'enquête budget des familles de 2015. Cette analyse ne prend pas en compte la corpulence ni l'exercice physique des personnes interrogées.

Ainsi, selon les résultats récents de cette enquête, **la ration journalière d'aliments ingérés par individu et par jour en Polynésie française est de 1,1 kg hors boissons et l'apport énergétique journalier moyen est de 2 500 kilocalories**. En moyenne donc, en Polynésie française, les principaux équilibres sont respectés dans la répartition entre les glucides, les protéines et les lipides. La consommation de sucres et de sel dépasse cependant nettement les recommandations des organismes internationaux.

L'observation par subdivision montre une répartition homogène. Cependant les niveaux d'apports énergétiques sont très distincts d'un archipel à l'autre et reflètent des modes de vie différents. Quatre régimes types relatifs à l'alimentation des habitants de Polynésie française sont identifiés et mettent en exergue des comportements à risque :

- le premier régime alimentaire note une teneur élevée en amidon. Plus du tiers des ménages de cette classe dispose de revenus très faibles ;
- le second a une teneur élevée en sucres. La moitié des ménages appartient aux catégories sociales les plus aisées ;
- le troisième régime montre une forte teneur en protéines. Les agriculteurs et les populations des Australes et des Tuamotu-Gambier y sont surreprésentés ;
- le quatrième régime est prépondérant en lipides. Il concerne plus fréquemment les professions intermédiaires.

b. Sur le plan économique, financier et budgétaire

Des mesures de fiscalité comportementale :

La création du compte d'affectation spéciale dénommé « Fonds de prévention sanitaire et sociale » (FPSS) :

L'Assemblée de Polynésie française a adopté la délibération n° 2017-114 APF du 7 décembre 2017 portant création d'un **compte d'affectation spéciale dénommé « Fonds de prévention sanitaire et sociale » (FPSS)** qui a pour objet de financer toutes les actions de prévention dans le domaine sanitaire et social. Selon le ministre de

¹²⁰ ISPF - Etude « Comportements alimentaires en Polynésie française », Mars 2019.

la santé¹²¹, ce fonds, initialement budgété à 100 millions de F CFP, doit être abondé par des taxes dites comportementales.

Le régime de la taxe de consommation pour la prévention :

Dans ce cadre, la fiscalité applicable jusqu'alors a été repensée dans le cadre de la loi du pays n° 2018-41 du 11 décembre 2018 portant diverses mesures fiscales pour le financement des actions de prévention en matière de santé publique comportant une **intervention sur les produits sucrés en général** au travers d'une taxe intitulée « **taxe de consommation pour la prévention** » avec une entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Cette mesure, qualifiée par les autorités de fiscalité comportementale, a pour but de mener les producteurs à diminuer le taux de sucre dans leurs produits et de financer un ensemble d'actions de prévention destinés à lutter contre le fléau que représente la surconsommation de sucre en Polynésie française :

- en étendant le champ d'application à d'autres produits sucrés ;
- en prévoyant un régime de taxation axé sur la teneur en sucre des produits ;
- en maintenant un écart de taxation entre les produits sucrés importés et les productions locales.

Aussi, aux termes de cette loi du pays, la hausse sur le prix des produits sucrés est estimée entre 5% et 10% selon la direction des affaires économiques¹²².

Pour le ministre de la santé, il est question d'un « *système de taxation non punitive où il s'agit de ne pas interdire aux gens de manger les produits taxés mais de faire en sorte qu'ils réduisent leur consommation et se dirigent éventuellement vers d'autres plus sains* »¹²³.

En juillet 2019, **le régime de cette taxe de consommation pour la prévention a été modifié par la loi du pays n° 2019-21 APF du 1^{er} juillet 2019** « *dans un souci de ne pas affecter la compétitivité des entreprises implantées en Polynésie française, pourvoyeuses d'emplois* »¹²⁴.

Par rapport au texte de 2018, la nouvelle rédaction prévoit désormais l'exonération des laits infantiles premier et deuxième âges, des laits de croissance, des jus de fruits et de légumes sans sucre ajouté et sans addition d'édulcorants de synthèse ainsi que des eaux et autres boissons non alcoolisées et les produits de nutrition entérale destinés à des fins médicales spéciales¹²⁵.

S'agissant des produits taxés suivant leur teneur en sucre, un gradient de taxation supplémentaire est ajouté (le Gradient 4) de sorte à atténuer les effets de seuil en adaptant plus précisément la pression fiscale à la teneur en sucre des produits afin de garantir une plus grande équité de traitement des produits.

¹²¹ Audition du 16 avril 2019 en commission santé société du CESEC.

¹²² Audition du 14 mai 2019 en commission santé société du CESEC.

¹²³ Audition du 16 avril 2019 en commission santé société du CESEC.

¹²⁴ Selon les termes employés dans le rapport n° 52-2019 du 14 juin 2019 de l'Assemblée de la Polynésie française.

¹²⁵ Conformément à la définition prévue par la délibération n° 88-153 AT du 20 octobre 1988.

	Teneur en sucre pour 100g ou 100 ml	Tarif applicable aux produits importés	Tarif applicable aux produits fabriqués localement
Gradient 1	0 à 4,99 g	0 FCFP par kilogramme ou litre	0 FCFP par kilogramme ou litre
Gradient 2	5 à 9,99 g	40 FCFP par kilogramme ou litre	20 FCFP par kilogramme ou litre
Gradient 3	10 à 29,99 g	60 FCFP par kilogramme ou litre	40 FCFP par kilogramme ou litre
Gradient 4	30 à 39,99 g	90 FCFP par kilogramme ou litre	60 FCFP par kilogramme ou litre
Gradient 5	40 g et +	120 FCFP par kilogramme ou litre	85 FCFP par kilogramme ou litre

Par ailleurs, le bénéfice d'un abattement de la taxe de 50% est accordé désormais (en plus des confitures, gelées, marmelades, purées et pâtes de fruits qui en bénéficiaient déjà) aux eaux et autres boissons non alcoolisées ainsi qu'aux jus de fruits et de légumes avec sucres ajoutés et/ou addition d'édulcorants de synthèse.

Le tarif de la taxe applicable au sucre importé en gros, ou « non conditionné » suivant la nomenclature douanière, est ramené quant à lui à 20 F CFP par kilogramme tandis que celui applicable au sucre importé au détail, ou « conditionné », reste à 30 F CFP par kilogramme.

Ce nouveau dispositif est entré en vigueur le 1er septembre 2019. Toutefois, sa mise en application pour les eaux et les autres boissons non alcoolisées ainsi que pour les jus de fruits et de légumes avec sucres ajoutés et/ou addition d'édulcorants de synthèse est repoussée au 1^{er} janvier 2020 « afin de permettre aux entreprises locales et aux importateurs d'ajuster leur stratégie commerciale et leur production »¹²⁶.

Le régime des produits de premières nécessités (PPN)

Dans le cadre d'une action de libération progressive des prix, le Conseil des ministres a décidé de faire évoluer la **liste des Produits de première nécessité (PPN) et produits de grandes consommations (PGC)** afin d'adapter le cadre réglementaire au contexte économique actuel¹²⁷.

Dans ce cadre, le Pays a notamment proposé de retirer les produits trop sucrés de la liste pour des considérations d'ordre sanitaire.

c. En milieu scolaire

Goûter dans le premier degré

Dans le cadre d'un partenariat direction de la santé - direction de l'éducation, ont été instaurées, dans un certain nombre d'écoles du premier degré, des collations dites « équilibrées » comportant soit un fruit, soit un produit laitier.

Au niveau du secondaire, une tentative d'action sur les roulottes

¹²⁶ Selon les termes du rapport n° 52-2019 du 14 juin 2019 de l'Assemblée de la Polynésie française.

¹²⁷ Arrêté n° 171 CM du 7 février 1992 modifié, fixant le régime général des prix et des marges des produits aux différents stades de la commercialisation dans le territoire et arrêté n° 949 CM du 26 juin 2009 modifié, relatif à la prise en charge par la Polynésie française du fret à destination des îles autres que Tahiti, des produits nécessaires au développement économique et social de ces îles.

S'agissant du secondaire, la direction de la santé et la direction de l'éducation indiquent travailler sur la question de savoir « *comment retenir les élèves à l'intérieur des établissements scolaires en ce qui concerne l'alimentation* »¹²⁸.

La direction de la santé a par ailleurs fait part d'une expérience menée auprès des roulottes situées à proximité des établissements scolaires **afin que ces dernières proposent, au sein de leur menu, des plats diététiques**. Toutefois, cette expérience n'a pas eu les effets escomptés, les roulottiers indiquant que la demande de plats diététiques n'était pas au rendez-vous, les élèves se tournant, notamment pour des questions de « satiété » et de prix vers les plats plus caloriques.

Expérimentation « Ecole en Santé » de l'année scolaire 2018-2019

Bien que non présentée dans le cadre de leurs interventions auprès du CESEC, il est à noter que le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation ont mis en place en août 2018, à travers une convention signée avec la commune de Moorea-Maiao et l'association « Les petits princes d'Aimeho », **une expérience pilote mettant en œuvre les principes de l'OMS de l'école en santé**.

Elle consiste à offrir un label école en santé aux écoles volontaires qui ont mis en place 10 actions de santé pilotées par un comité de santé de l'école incluant les représentants de la population du quartier. Un prix est remis aux écoles labellisées afin de leur permettre de financer des actions pour la santé des élèves.

L'évaluation de ce projet « Ecole en Santé », effectuée au mois de juin 2019 pour l'année scolaire 2018-2019, a permis de confirmer que les apports de compétences aux enfants rentraient bien dans le cadre des programmes scolaires, que cette approche permettait aux enseignants d'utiliser des exemples d'application pratiques très pertinents intéressant les enfants, et que la mise en œuvre de l'expérience était simple¹²⁹. Par ailleurs l'ensemble des partenaires a constaté une évolution positive du dynamisme de la communauté locale autour des écoles.

Au niveau communal

Pour le Syndicat de la Promotion des Communes de la Polynésie Française (SPCPF) et les communes, l'enjeu est de nourrir de façon équilibrée, et dans les règles d'hygiène, les enfants scolarisés en maternelle et en primaire. A ce titre, le SPCPF souhaite participer à l'effort en matière de santé publique pour le changement des habitudes alimentaires.

Deux objectifs principaux sont ici fixés : Accompagner les communes dans le montage et la mise en œuvre de programmes de restauration scolaire, tout en assurant un rôle de conseil et d'assistance autour d'une politique globale dans ce domaine. Dans ce cadre, le SPCPF est amené à réaliser des études et des guides. En outre, le syndicat travaille en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés : services du Pays, associations de parents d'élèves, secteur privé etc.

¹²⁸ Audition du 20 mars 2019 en commission santé société du CESEC.

¹²⁹ Sur 9 écoles sensibilisées au projet, 9 ont fait acte de candidature, 6 ont été labellisées école en santé, et 1250 enfants ont bénéficié de ce dispositif. Trois écoles sont en préparation et ont sollicité leur évaluation par le jury pour la rentrée 2019-2020.

d. En matière sportive

Afin de prévenir les complications liées aux maladies chroniques telles que le diabète, le réseau « **Maita'i sport santé** » est une expérience dite pilote dont l'objectif est d'évaluer le bénéfice du sport santé chez les patients et de tester le dispositif avant le déploiement sur l'ensemble de la Polynésie française. Il propose de l'activité physique adaptée (APA) dans le but d'optimiser la prise en charge médicale des malades en luttant contre la sédentarité.

Les APA sont des activités physiques et sportives utilisées comme outil thérapeutique, en complément des traitements classiques. Cette pratique est aussi appelée « sport sur ordonnance » car elle peut se faire sur prescription médicale. Elle est adaptée à la personne et encadrée par des professionnels du sport formés au sport santé.

Des actions de promotion de saines habitudes de vie sur le lieu de travail ont également été initiées depuis 2015 avec les initiatives « **Entreprises actives** » et « **Mon administration Active** » au travers desquelles il s'agit de promouvoir la santé des salariés au moyen de la création d'un environnement professionnel favorisant une alimentation variée et équilibrée, une activité physique régulière mais également une cohésion d'équipe contribuant ainsi à une productivité accrue .

La démarche « Entreprise Active »¹³⁰ consiste pour les entreprises adhérentes à créer un comité santé au sein de l'entreprise, réaliser une enquête de terrain¹³¹ auprès des salariés pour recueillir leurs besoins et/ou attentes en matière de santé, identifier des actions à mettre en œuvre sur la base des résultats de l'enquête réalisée, mettre en œuvre ces dernières et évaluer la démarche.

La démarche « Mon administration active » vise à favoriser le bien-être au travail par la mise en place d'actions internes aux services, aux établissements publics et interservices. Il s'agit ainsi d'accompagner les agents de l'administration sur les bonnes pratiques alimentaires (avec l'intervention d'une diététicienne), de susciter de l'intérêt pour les activités physiques et sportives, d'animer et de fédérer les entités publiques autour de l'administration active¹³², de communiquer sur le sujet pour informer et mobiliser¹³³.

e. En matière d'agriculture

En matière d'agriculture, le Pays s'est engagé dans **une politique d'encouragement et de promotion des produits locaux « traditionnels »** : *taro, uru, fei*, banane, patate douce, produits pour lesquels un état des lieux est en cours d'élaboration. Ce

¹³⁰ Pour laquelle 24 entreprises ont intégré le réseau (Air Tahiti Nui, Hôtel Le Méridien, EDT Engie, Hôtel Intercontinental Tahiti, Polynésienne des Eaux, TSP, Brasserie de Tahiti, Caisse de Prévoyance Sociale en 2015, puis Newrest, Interoute, Intercontinental Bora Bora Resort et Spa, TEP, VINI, Banque de Tahiti, AVIS, Plastiserd, Nestlé, Wan Distribution et SIPAC en 2017, et Air Tahiti, Pro Interim, Sopadep et Innovative Digital Technologies en 2019).

¹³¹ Enquête menée par le comité d'entreprise.

¹³² Journée interservices à Tahiti, puis aux Marquises, etc.

¹³³ En 2018, 160 agents ont participé aux deux conférences sur la diététique, 21 services et 5 établissements publics ont participé à la Journée interservices d'octobre 2018, 589 femmes de l'administration ont participé à la course La Tahitienne.

programme d'actions s'effectue avec une identification de quelques communes « pilotes ».

Une première expérience a été faite dans quelques cantines scolaires, notamment en 2010 à Moorea. Toutefois, le problème rencontré a été la fourniture régulière en produits locaux. Aujourd'hui, il est question de projets « intégrés » avec certaines cantines scolaires prêtes à recourir aux produits locaux. Une analyse est faite dans ce sens avec un objectif de mise en œuvre en fin d'année.

Une seconde réflexion porte sur la promotion de la production locale auprès de la population en générale. Il est souhaité, notamment, que ce type de produit soit utilisé dans la restauration.

Par ailleurs, une politique est menée en matière de **développement de l'agriculture biologique**. Un soutien financier est accordé au secteur et une certaine priorité lui est accordée au sein des lotissements agricoles du pays. En outre, une loi du pays¹³⁴ prévoit une norme de certification, celle dénommée « *Bio Pacifika* », une norme nationale pour les produits tropicaux.

Sur un plan plus global, il est précisé que le **Schéma Directeur, devant fixer les grands axes du secteur sur une période de 10 ans, est en cours d'élaboration**. Il est, dans ce cadre, prévu la mise en œuvre de « *systèmes alimentaires territorialisés* » où il sera question de savoir comment mobiliser tout le monde autour des enjeux de la production locale et de la notion de « *circuits courts* ».

2. Les actions et initiatives diverses :

Outre les interventions de la puissance publique, de nombreuses actions ont été initiées par divers acteurs, principalement du milieu associatif, dans le but d'agir sur les problèmes de santé publique que sont l'obésité et le diabète. **Voici celles recensées et retenues par le CESEC dans le cadre de ses travaux étant précisé que cette liste n'est pas exhaustive.**

Le concept du COOKING CLASS :

Le concept du COOKING CLASS a été conçu par la commune de TAPUTAPUATEA et ses partenaires il y a 3 ans à présent. Dans ce cadre, la mairie a mis en place **des cours de cuisine à destination des scolaires mais aussi des adultes, le tout en valorisant la production locale de fruits et légumes, d'origine bio si possible**. Dans la continuité de la mise en place des jardins partagés, les écoliers cultivent les fruits et légumes.

La commune compte aujourd'hui un certain nombre de partenaires et souhaite étendre ce concept à d'autres communes de Polynésie. Une expérience est actuellement menée avec la commune de TEVA I UTA. Une réflexion est par ailleurs engagée sur les méthodologies à utiliser pour évaluer, sur le moyen et le long terme, ce dispositif qui s'inscrit dans le cadre plus général du concept intitulé « *santé en action : révolution contre le diabète et l'obésité dans notre société* ».

¹³⁴ Loi du Pays n° 2011-01 du 10 janvier 2011 relative à l'agriculture biologique en Polynésie française.

Le village de l'alimentation :

Le Village de l'alimentation est présenté comme étant un concept qui a pour objectif de **promouvoir de façon ludique et concrète des comportements alimentaires sains et durables**. L'approche se veut à la fois innovante, transversale, conviviale et accessible à tous (les scolaires, les professionnels et le grand public). Son organisation se fait depuis deux ans, notamment, avec des partenaires publics (ministères de la santé et de l'agriculture).

Le CPS Challenge : la santé en entreprise

Créé en septembre 2017 par l'EURL VOHI PRODUCTION, le programme CPS Challenge VOHI est un concept qui vise à **inciter les salariés en surpoids à bouger pour leur santé** et à **contribuer à la diminution des maladies dues au surpoids**. Cet évènement, également intitulé « *Rame pour ta santé* », est basé sur l'une des disciplines sportives phares locales, le VAA. Partant du fait que ce sport complet est inaccessible aux personnes en surpoids, l'auteur du projet a adapté la pratique de la pirogue à ce public. En 2018, ce programme d'une durée de 6 mois a incité plus de 885 salariés en surpoids à rejoindre le plan d'eau.

Cette action est soutenue par la CPS, certaines entreprises et le comité organisateur du championnat du monde de VAA. Le coût sur une année (avec l'encadrement et le matériel) représente 36 millions de F CFP pour un pôle situé à Pirae.

L'association des diabétiques et des obèses de Polynésie française :

L'association des diabétiques et des obèses de Polynésie française (ADOPF) mène, depuis un certain nombre d'années, des **actions de dépistage** (poids, glycémie, tension artérielle), **de prévention et d'informations** sur le diabète sucré, l'obésité et l'hypertension artérielle sur Tahiti et les autres îles.

L'Union Polynésienne pour la Jeunesse :

En matière de lutte contre l'obésité, l'Union Polynésienne pour la Jeunesse (UPJ) dit avoir une approche holistique visant une « *reconnaissance de l'enfant et du jeune comme acteur de son propre développement et citoyen capable, en interaction avec les adultes, de construire son rapport à lui-même, aux autres et au monde* ». **L'enfant doit en effet être acteur de son développement**.

Dans ce cadre, l'UPJ a fait part de l'expérience de l'association HOUTUAREA NUI qui encadre des groupes de jeunes sur une période de 6 à 8 mois aux fins de les rendre autonomes notamment par un retour à certaines traditions et à l'autosuffisance (apprentissage de la pêche, de l'agriculture avec les jardins partagés, de la cuisine saine pour pas cher), le tout dans un concept de « *bien vivre ensemble* » et au travers de l'éducation civique. Cette association est assistée, comme d'autres, par la Fondation Agir contre l'Exclusion (FACE).

L'action des confessions religieuses :

Les confessions religieuses ne sont également pas en reste en matière d'actions de promotion de la santé auprès des jeunes et moins jeunes.

Sont notamment notés les **séminaires** organisés par l'Eglise adventiste sur l'alimentation sous la forme de conférences thématiques et d'ateliers, les discussions portant sur les conséquences sanitaires et les suggestions d'alternatives.

L'Eglise de Jésus-Christ des Saints des derniers jours, pour sa part, s'est investie dans un programme plus global à l'échelle des îles du Pacifique « *Mangez sainement et soyez actif* » avec la mise en place de **stages** d'une durée de 12 semaines basés sur un travail en groupe de 15 à 20 personnes. Au travers du manuel d'information remis à chaque participant, l'accent est mis sur la prise de conscience individuelle et la pratique des changements pouvant être apportés dans les habitudes de vie pour rester en bonne santé.

Les commerçants et industriels :

En matière de production locale, il est à noter que des **mesures visant à l'allègement, notamment en sucre, de certains produits ainsi qu'à la promotion de l'alimentation saine et biologique** sont prises par certains groupes et industries locales. Dans ce cadre, le CESEC a pu entendre La laiterie Sachet, MF Production, la société d'importation et de distribution la BRAPAC, la Brasserie de Tahiti, la Conserverie du Pacifique, Newrest ainsi que les sociétés Carrefour et Easy Market.

2^{ème} PARTIE : Un problème de société, l'affaire de tous

Le diabète est un problème de santé publique grave. Une intervention forte et immédiate s'impose : à défaut d'investir aujourd'hui dans la prévention et le traitement de cette maladie, la Polynésie française fera face à des coûts extrêmement lourds dans un avenir rapproché.

Le diabète ne se guérit pas, mais on peut en limiter les conséquences en agissant sur certains facteurs. La pierre angulaire de la prévention et du traitement du diabète consiste à adopter de saines habitudes de vie.

Une intervention efficace nécessite une ferme volonté d'adopter des méthodes de fonctionnement plus cohérentes et concertées en vue de prévenir le diabète et d'améliorer la qualité de vie, non seulement des personnes touchées par la maladie, mais également celle de tous les Polynésiens.

Cette prise de position en faveur d'une action concertée est tout à fait conforme au cadre mondial présenté précédemment, qui vise à guider l'élaboration de programmes nationaux et locaux.

Pour être efficace, toute action en ce sens exigera la collaboration non seulement du secteur sanitaire mais également celle de divers autres secteurs qui influent sur la santé de la population (éducation, jeunesse, sport, économie, industrie, agriculture, transports, urbanisme, logement, culture, secteur social etc.).

Des partenariats sont en effet indispensables à l'échelon de la Polynésie française, aussi bien dans le domaine clinique que médical. La prévention et la prise en charge du diabète sont d'une grande complexité, aucun organisme ni aucun groupe professionnel ne peut y parvenir seul.

Le diabète apparaît silencieusement et a des conséquences graves. Aussi, la prévention et le dépistage précoce du diabète sont primordiaux.

Selon la définition donnée par l'OMS en 1948, la prévention couvre « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle repose sur trois types d'action :

- la **prévention primaire** qui cherche à **éviter l'apparition de la maladie** en agissant sur ses causes¹³⁵,
- la **prévention secondaire** qui vise à **détecter la maladie à un stade précoce** pour assurer une prise en charge efficace¹³⁶,
- et la **prévention tertiaire** qui entend **diminuer les récurrences et les incapacités** afin de limiter les complications et séquelles d'une maladie.

En ce qui concerne le diabète, la prévention doit, dans ce cadre, consister à :

¹³⁵ Comme par exemple la politique vaccinale.

¹³⁶ Comme les campagnes systématiques de dépistage de certains cancers.

- prévenir l'apparition du diabète chez les personnes saines (prévention primaire).
- intervenir au tout début de la maladie du diabète (prévention secondaire),
- et prévenir les complications chez les diabétiques (prévention tertiaire),

Le diabète est une maladie complexe : la prévention et la prise en charge des diabètes de type 1 et de type 2 ne font appel ni aux mêmes acteurs, ni aux mêmes outils.

S'agissant du diabète de type 2, l'augmentation de la pathologie est fortement reliée à celle de l'obésité qui se développe en raison, notamment, des modifications profondes des modes de vie (sédentarité et alimentation). Comme énoncé dans la première partie, les personnes les plus défavorisées sont les plus touchées de même que certaines populations (pays insulaires).

Le diabète de type 2 est une maladie « sociétale ». Les déterminants que sont l'activité physique, l'alimentation et le poids, sont profondément ancrés dans le tissu social. Un partage de responsabilité est nécessaire, cela concerne tout le monde. A ce titre, une approche multisectorielle doit être adoptée et surtout coordonnée.

Aussi, le CESEC rappelle qu'un nombre important de recommandations et d'initiatives existe tant sur le plan international, national que local. Il souhaite, dans le cadre de sa contribution, mettre l'accent sur ce qui lui paraît prioritaire mais également sur ce qui lui semble devoir être élargi, renforcé, amélioré voire pérennisé.

Section 1 : Sur le plan de la prévention primaire :

Comme partout dans le monde, le fort taux de diabétiques en Polynésie française trouve essentiellement sa source dans les habitudes de consommation.

Notre alimentation (boissons sucrées, plats en sauces, desserts sucrés) entraîne le surpoids, l'obésité puis, dans un deuxième temps, le diabète. Ces habitudes de consommation ont en effet explosé ces dernières années.

Mais d'autres facteurs rentrent également en jeu. Il peut y avoir un responsable génétique qui touche certaines personnes, on l'a vu plus haut, mais également un aspect culturel (prise en commun des repas, traditions, etc.).

Pour le CESEC, des actions doivent être multipliées pour diminuer ces facteurs et cela passe inévitablement par la prévention primaire.

Malheureusement, pour l'instant, il n'existe pas de facteurs de risque modifiables connus pour le diabète de type 1. Les instances internationales¹³⁷ s'entendent sur le fait qu'il est nécessaire d'effectuer d'autres travaux de recherche afin de déterminer des facteurs de risques évitables.

S'agissant du diabète de type 2 cependant, les principaux facteurs de risque modifiables sont le surpoids et l'obésité, une activité physique insuffisante et des

¹³⁷ OMS et Fédération Internationale du Diabète.

pratiques alimentaires nocives pour la santé. Le tabagisme accroît également le risque de diabète de type 2 ainsi que le risque de complications liées au diabète.

L'OMS indique que la réduction de ces facteurs fait reculer la survenue du diabète de type 2 et diminuer les complications liées à tous les types de diabète. Elle contribue également à éviter d'autres maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires.

Aussi les grands axes d'une politique de prévention sont :

- **réduire l'exposition aux facteurs de risques modifiables en créant, en maintenant et en développant des environnements favorables à la santé ;**
- **sensibiliser la population sur des pratiques et des habitudes de consommation à risques dont l'issue peut être fatale.**

L'objectif global ici doit être de « *modifier l'environnement nutritionnel de telle sorte qu'il favorise des comportements sains, quelle que soit la position socio-économique des personnes* »¹³⁸.

En effet, plusieurs niveaux participent et influencent les choix alimentaires et les activités physiques effectués par les individus¹³⁹ :

- le niveau individuel,
- l'environnement social proche (famille, amis, parents),
- l'environnement physique (disponibilité et choix alimentaires dans les écoles, les lieux de travail, les supermarchés, les environnements urbains etc.),
- et le macro-environnement (marketing alimentaire, normes sociales, structure du marché économique, filières de production agricole et alimentaire, régulation gouvernementale).

Les inégalités sociales de santé en nutrition doivent pouvoir être prises en compte dans la mise en œuvre d'actions.

Les pratiques alimentaires varient d'une culture à une autre, mais aussi d'un groupe social à l'autre au sein d'une même société. Les différences de consommation reflètent des différences de ressources économiques, d'accessibilité, mais aussi de niveau d'éducation ou de connaissances, de règles, de croyances, de valeurs, de représentations, de la sensibilité de la personne au marketing et de perceptions, notamment concernant le lien entre alimentation et santé.

En outre, les différenciations sociales face à l'alimentation portent aussi bien sur les aliments consommés que sur les modes d'alimentation (rythmes, horaires, lieu, préparation et contexte de prises alimentaires etc.).

En l'état, il apparaît nécessaire d'améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, de favoriser l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et de réduire la pression marketing incitant à

¹³⁸ Pour reprendre les termes du rapport du Haut conseil de la santé public de 2017.

¹³⁹ Le Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « Pour une politique nationale nutrition santé en France PPNS 2017-2021 » de septembre 2017.

consommer des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle, notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisée, enfants, jeunes).

La même stratégie doit être mise en place pour la promotion de l'activité physique.

La nutrition c'est l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme. Une bonne nutrition, c'est-à-dire un régime adapté et équilibré, et la pratique régulière d'exercice physique sont autant de gages de bonne santé¹⁴⁰.

A- Prévention dans la population : aider les personnes à orienter leur choix vers des aliments et des comportements favorables à la santé

1. Communication et marketing :

a. Des campagnes de communication :

Intensification des campagnes

Pour le CESEC, la sensibilisation de la population et sa connaissance en matière d'alimentation saine et d'activité physique doivent résulter de campagnes médiatiques et éducatives multiples tout au long de l'année (et non pas uniquement au moment de la Journée Mondiale du diabète). Ces dernières doivent viser à accroître la consommation d'aliments sains (ou à réduire la consommation d'aliments moins sains), et à augmenter l'activité physique et ce, en continuant d'éviter tout discours culpabilisant.

Pour que le processus soit efficace, diverses stratégies sont nécessaires à différents niveaux et lieux. Aussi, les supports et canaux de communications doivent porter sur l'individu, son réseau social et son environnement géographique. Il s'agira notamment de la télévision, des médias, des communes, de l'école, du milieu professionnel, des confessions religieuses, des associations notamment sportives, de jeunesse et culturelles.

Dans ce cadre, l'autorité publique a un rôle à jouer dans le programme communautaire de promotion de la santé et de prévention. Elle doit, à cet effet, financer, tout en maîtrisant son coût, les campagnes de communication. Des tarifs très préférentiels doivent également pouvoir être proposés par les médias.

Enfin, le CESEC retient l'exemple de la stratégie utilisée dans le cadre de la campagne de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu (RAA) qui comportait des slogans encourageant les parents à soigner les angines de leurs enfants et les enfants à demander à leur parents de les emmener chez le « taote » en cas de mal de gorge. Cette campagne menée de manière soutenue dans le temps a en effet donné des résultats très intéressants et permis la maîtrise du RAA.

Eviter de stigmatiser

Pour éviter de stigmatiser certains groupes sociaux, en associant le risque d'obésité soit à un groupe particulier de personnes soit à des pratiques qui leurs sont propres, les

¹⁴⁰ OMS : <https://www.who.int/topics/nutrition/fr/>.

sociologues préconisent **un travail avec les professionnels de santé pour construire des messages adaptés aux différentes formes d'alimentation**¹⁴¹. « *Les connaissances des sciences de la nutrition doivent être mises au service de l'amélioration d'un modèle alimentaire pour rechercher les conditions de réduction des risques sanitaires, dans le respect des dimensions gustatives, symboliques et culturelles* »¹⁴².

Dans ce cadre, **le CESEC recommande que des recherches soient engagées pour mieux comprendre les besoins et les motivations des personnes afin d'affiner la teneur et l'objectif des messages sanitaires.**

Simplicité et spécificités des messages diffusés

Il est reconnu¹⁴³ que l'efficacité de la diffusion des recommandations en matière de santé est conditionnée par des messages simples, compréhensibles, spécifiques et faciles à mettre en application.

Pour le CESEC les recommandations en matière de messages de santé doivent être compréhensibles et faciles à mettre en application.

En matière de comportements alimentaires : allier théorie et pratique

En matière de communication visant à l'amélioration des comportements alimentaires, l'un des premiers objectifs devrait être d'améliorer les connaissances nutritionnelles des personnes et favoriser leur appropriation.

Le CESEC considère, à cet effet, que **les campagnes de communication doivent fournir des « repères alimentaires »**¹⁴⁴ **et rappeler ce qu'est la satiété, quelles sont les bonnes portions de repas et ce qu'est un poids santé.**

Selon certaines études, cet objectif à visée théorique doit se combiner avec un objectif à visée pratique, celui d'accroître les compétences et/ou les capacités des individus dans l'application de leurs connaissances.

Aussi, en complément de la diffusion des repères alimentaires, **les campagnes de communications devraient s'atteler à illustrer comment ces repères peuvent être mis en œuvre selon les cultures culinaires de chacun et à renforcer les compétences culinaires.**

En matière de lutte contre la sédentarité : renforcer la motivation et lever les freins perçus à la pratique d'activité physique

En sus des mesures développées plus loin visant à favoriser les déplacements actifs et l'activité physique, **le CESEC estime que les actions de communication doivent, en matière de lutte contre la sédentarité, viser à renforcer la motivation et à lever les freins perçus à la pratique d'activité physique.**

¹⁴¹ Jean-Pierre Poulain, « Combien de repas par jour ? Normes culturelles et normes médicales en Polynésie Française », *Journal des anthropologues* [En ligne], 106-107|2006, mis en ligne le 17 novembre 2010. URL : <http://journals.openedition.org/jda/1351> ; DOI : 10.4000/jda.1351.

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ WHO 2009. Interventions on Diet and Physical Activity : What Works. Summary report. Geneva : WHO.

¹⁴⁴ Conformément notamment aux recommandations de l'OMS.

Ainsi, serait-il opportun d'**indiquer aux personnes comment se dépenser « efficacement » et qu'être actif est essentiel pour la santé.**

Pour cela, il est possible de rappeler aux personnes qu'il est inutile d'être un athlète professionnel pour choisir d'être actif et que ce sont les petits gestes qui font la différence. Il conviendrait de préconiser une activité physique relativement peu intense et de longue durée, qui puisse être commodément incorporée dans la vie quotidienne.

Ainsi, descendre une station de bus avant son arrêt, quitter son écran toutes les 20 minutes, garer sa voiture moins proche de son travail ou de son domicile, utiliser les escaliers plutôt que l'ascenseur, opter pour la marche ou le vélo, plutôt que la voiture, pour se rendre à un point donné, promener son chien, faire du jardinage, danser, bricoler dans la maison et nager sont des exemples bien connus d'activités physiques de ce type.

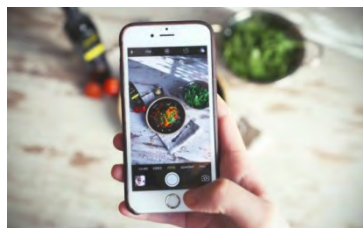
Selon l'OMS, effectuer l'équivalent de 10 000 pas quotidiens est le minimum d'activité requise pour se maintenir en forme et préserver sa santé.

Pour mettre la population en mouvement et en pratique, le Pays pourrait développer une campagne sur le « défi des 10 000 pas », dont l'objectif serait d'augmenter le nombre de pas quotidiens de chacun sur le long terme grâce à des objets connectés (podomètre relié à une application Smartphone pour enregistrer ses performances, les comparer à celles des autres et recevoir un suivi personnalisé).

Recourir aux nouvelles technologies et aux réseaux sociaux

Compte tenu du développement du numérique en Polynésie, **le CESEC recommande que les réseaux sociaux soient mieux exploités afin de favoriser la diffusion et l'appropriation des recommandations par les publics.**

Par ailleurs, la conception d'interventions utilisant les outils digitaux (programmes de coaching sur internet, applications Smartphone, montres connectées) pour agir sur les comportements alimentaires, la pratique d'activité physique et les comportements sédentaires doit être encouragée.



Mise en place de guides et d'outils de formation

Enfin, **des guides sur la santé destinés à des publics cibles (parents, adolescents, enseignants...) et des outils destinés aux professionnels de santé doivent pouvoir être élaborés et largement diffusés en matière de promotion de la santé et de prévention.**

Globalement, il apparaît intéressant de rappeler, à l'ensemble de la population, que ce sont les choix que nous faisons chaque jour qui nous permettent de rester en bonne santé et que « santé » et « plaisir » sont deux valeurs qui ne s'opposent pas forcément.

b. Encadrer strictement le marketing alimentaire :

Le marketing alimentaire influence fortement les comportements des consommateurs, ce qui peut les conduire notamment à favoriser des produits déconseillés par les autorités sanitaires¹⁴⁵. Les liens entre l'exposition aux publicités et les choix alimentaires effectués ont en effet été démontrés par de nombreuses études¹⁴⁶.

Les enfants et les adolescents sont des cibles particulièrement vulnérables et représentent plusieurs intérêts pour les publicitaires.

Selon une étude de 2014¹⁴⁷, les enfants détiennent un fort pouvoir de prescription au sein de leur famille, ce sont des consommateurs adultes en puissance, les habitudes développées à l'enfance et à l'adolescence se perpétuent souvent à l'âge adulte, le pouvoir d'achat augmente entre les différents âges de la vie (enfance, adolescence, âge adulte). En outre, la multiplication des moyens de communication, notamment numériques, conduit ce public à être massivement exposé à des messages commerciaux.

Pour l'OMS, des politiques publiques devraient être déployées pour réduire le nombre et la force des messages commerciaux destinés aux enfants¹⁴⁸. Rappelant que « *des données incontestables montrent que la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées a un lien avec l'obésité de l'enfant* », elle recommande d'adopter des mesures présentant des garanties d'efficacité et permettant de limiter à la fois l'exposition et la force des messages promotionnels pour les aliments défavorables au plan nutritionnel.

S'il apparaît difficilement envisageable de supprimer la publicité, **le CESEC préconise que le marketing alimentaire soit strictement encadré en Polynésie française surtout celui destiné aux enfants.**

Il recommande à cet effet :

- d'interdire les messages promotionnels pour les aliments défavorables au plan nutritionnel (tels que les boissons sucrées, les aliments sucrés, trop gras ou trop salés),**
- d'augmenter le nombre de messages promotionnels des produits sains, notamment à la télévision, aux moments de la journée de forte audience pour les enfants.**

¹⁴⁵ « Publicité et comportements alimentaires » Louis-Georges Soler, Inra UR 1303 ALISS, Alimentation et sciences sociales, Ivry sur Seine. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=22>.

¹⁴⁶ Le Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « Pour une politique nationale nutrition santé en France PPNs 2017-2021 » de septembre 2017 fait un état des connaissances en matière d'influences du marketing sur les comportements alimentaires, page 52.

¹⁴⁷ Selon le rapport de Friant-Perrot et Garde « L'impact du marketing sur les préférences alimentaires des enfants » réalisé pour l'INPES en 2014.

¹⁴⁸ WHO.2010. Recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Genève : WHO.

Enfin, le CESEC préconise la conception et la présence de messages sanitaires pro-nutrition adaptés dans le cadre de la diffusion des messages de publicités alimentaires.

c. Un bilan et une évaluation périodiques :

Pour le CESEC, afin de permettre à la population d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour une alimentation saine et la pratique régulière d'activités physiques, **la campagne de communication devra être intensifiée.**

Le CESEC recommande qu'une évaluation de cette campagne s'effectue au bout de la première année de diffusion puis périodiquement (tous les 3 ans par exemple) pour une adaptation éventuelle des campagnes suivantes.

2. Les actions spécifiques au niveau de la famille :

a. Redonner aux familles l'envie de cuisiner :

Des études du comportement alimentaire et de l'intérêt de l'éducation nutritionnelle

Selon les sociologues et analystes de comportements alimentaires¹⁴⁹, l'alimentation n'est pas seulement la satisfaction d'un besoin physiologique, elle est un acte complexe qui renvoie à des réalités psychologiques, sociales et culturelles¹⁵⁰.

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, il est établi que l'éducation nutritionnelle représente une composante clé de l'amélioration de la santé des gens et un appui essentiel dans une stratégie globale visant à prévenir la malnutrition¹⁵¹. Elle fournit aux personnes les connaissances, les aptitudes et la motivation nécessaires pour faire des choix judicieux de régime alimentaire et de mode de vie, posant ainsi des bases solides pour une vie saine et active¹⁵².

Il est dans ce cadre précisé que le type d'éducation nutritionnelle ne consiste ni à améliorer la nutrition directement (en fournissant, par exemple, des repas, des suppléments ou des aliments enrichis) ni à étudier la nutrition en tant que matière (bien qu'il soit évidemment nécessaire d'avoir des connaissances dans ce domaine). **L'idée est ici d'apprendre comment aider les gens à améliorer, durablement, leur régime alimentaire, l'éducation nutritionnelle sous-entendant que les gens comprennent ce qu'ils font.**

L'alimentation ne se résume pas à l'ingestion. Changer de régime, dans la durée, c'est construire de nouvelles routines concrètes, qui appréhendent l'alimentation dans toute sa dimension matérielle (approvisionnement, stockage, préparation, utilisation) mais

¹⁴⁹ Ouassila Salemi, « Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie) », *Économie rurale* [En ligne], 318-319. Juillet-octobre 2010.

URL : <http://journals.openedition.org/economierurale/2816>

¹⁵⁰ Ibidem avec une référence ici à Lahlou, 1988. Lahlou S. (1998). *Penser manger*. PUF, coll. Psychologie sociale.

¹⁵¹ Le cours ENAF « Une éducation pour une nutrition en action efficace » Version pour l'étudiant ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE Rome, 2018.

¹⁵² Ibidem.

également psychologique (aspects symboliques des aliments, aspects culturels, sensation de plaisir)¹⁵³.

Enfin, sur la méthode à adopter pour impliquer le sujet dans le changement, la persuasion seule est inefficace. Selon des spécialistes en psychologie sociale, la mise en place de constructions collectives, impliquant concrètement les individus dans la décision et la mise en pratique, semble être plus opérante¹⁵⁴.

Alimentation saine : recommandations internationales

Les recommandations alimentaires de l'OMS et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) destinées à prévenir le diabète de type 2 consistent notamment à :

- limiter la consommation de matières grasses à moins de 30% de l'apport énergétique totale en privilégiant les graisses insaturées, la consommation d'acides gras saturés devant être à moins de 10% de l'apport énergétique total (et pour les groupes à haut risque, à moins de 7%) ;
- avoir une consommation suffisante de fibres alimentaires (un apport journalier minimum de 20 g) moyennant une consommation régulière de céréales complètes, de légumineuses, de fruits et de légumes (au moins 400 g, soit 5 portions, de fruits et légumes par jour)^{155,156};
- réduire la consommation de sucres libres à moins de 10% de l'apport énergétique total ou à 15% pour augmenter les bienfaits pour la santé¹⁵⁷ ;
- limiter la consommation de sel à moins de 5 g par jour (soit environ une cuillère à café) en privilégiant le sel iodé.

Des habitudes alimentaires saines commencent dès le plus jeune âge : l'allaitement au sein favorise une croissance en bonne santé et améliore le développement cognitif. Il pourrait aussi avoir des bénéfices à long terme, par exemple une réduction du risque de surpoids, d'obésité ou de maladies non transmissibles au cours de la vie.

Propositions d'actions à mener ou à pérenniser

Pour le CESEC, compte tenu de l'évolution des habitudes alimentaires de notre société vers, notamment, l'achat de plats préparés et à emporter, réapprendre aux familles à s'organiser et à préparer à manger, via l'éducation nutritionnelle, peut constituer une façon de les aider à faire des choix favorables à leur santé.

L'organisation est la clé d'une alimentation équilibrée. Elle permet d'optimiser les apports entre les repas d'une même journée et aide ainsi les personnes à garder un rythme, une fréquence alimentaire.

De plus, c'est une démarche économique et écologique. En effet, la planification permet de dresser la liste des besoins au plus juste et ainsi d'éviter le gâchis alimentaire pour se rapprocher du zéro déchet.

Dans ce cadre, pourraient être développés et fournis des guides nutritionnels ainsi que des menus types de repas (du soir notamment), pour chaque jour de la semaine. Pour le CESEC, ces outils doivent être adaptés aux styles de vie et aux produits disponibles et utilisés quotidiennement par les familles.

¹⁵³ Lahlou, Saadi (2005) « Peut-on changer les comportements alimentaires? » Cahiers de Nutrition et Diététique, 40. 2. 2005 : 1-6.

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ L'OMS actualise actuellement ses lignes directrices relatives à l'apport en graisses et en hydrates de carbone, qui incluront des recommandations sur les fibres alimentaires et sur les fruits et les légumes.

¹⁵⁶ Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/ FAO d'experts. Série de rapports techniques de l'OMS N° 916. Genève, OMS, 2003.

¹⁵⁷ Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant. Directives : résumé d'orientation. Genève, OMS, 2015.



Pour le CESEC, en plus des actions d'information et de communication précitées, il conviendrait de réapprendre aux familles :

- à proportionner leur repas et ce qu'implique le fait de se resservir,
- à prendre le temps de manger,
- à comprendre ce qu'est la faim,¹⁵⁸ le rassasiement¹⁵⁹ et la satiété¹⁶⁰ et à en reconnaître les signaux (le centre de la faim et de la satiété).

La taille des portions est un facteur pouvant avoir un impact majeur sur notre consommation¹⁶¹. Une étude a évalué les effets, en termes de perte de poids, de différentes mesures. La plus efficace consiste à utiliser des assiettes plus petites au moins un tiers du temps pour une perte de poids de l'ordre de 0,9 kg par mois. En ce qui concerne les quantités consommées, l'utilisation d'une grande assiette les fait augmenter de 9 à 31% (selon les individus)¹⁶².

Aussi, dans une logique d'accompagnement des familles, **le CESEC estime que la vente de produits non diététiquement corrects par lots ou en grand taille doit être encadrée.**

Encourager l'autoconsommation avec les petits « faapu » familiaux et les jardins partagés constitue également une mesure phare.

Les autorités publiques et les structures associatives sont ici des acteurs privilégiés de ce type d'interventions auprès des familles.

¹⁵⁸ A savoir, un état ou sensation perçue de façon consciente comme une nécessité interne qui se traduit par une augmentation de la motivation à rechercher des aliments et à initier une prise alimentaire.

¹⁵⁹ Le processus progressif mettant un terme à un épisode de prise alimentaire.

¹⁶⁰ L'état d'inhibition de la sensation de faim.

¹⁶¹ Il y a un lien causal, largement démontré, entre la taille de la portion et la quantité consommée qui serait dû à deux principales raisons. D'une part, la taille de la portion envoie un signal sur la norme sociale de consommation poussant le consommateur à l'adopter et, d'autre part, il existe un biais de sous-estimation du volume si la hauteur s'accroît (le cerveau humain percevant plus facilement la longueur et la largeur). Pour donner une estimation de cet « effet taille », une étude a évalué les effets, en termes de perte de poids, de différentes mesures : la plus efficace consiste à utiliser des assiettes plus petites au moins un tiers du temps pour une perte de poids de l'ordre de 0,9 kg par mois. En ce qui concerne les quantités consommées, l'utilisation d'une grande assiette les fait augmenter de 9 à 31% (selon les individus).

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>

¹⁶² Publication TRESOR-ECO n° 179 de septembre 2016, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter », Daniel CABY qui fait ici référence à Wansik B. (2009), « Mindless Eating and Healthy Heuristics for the Irrational », American Economic review, 99, 165-169 et à l'étude de Van Ittersum K. et al. (2011).

Pour cela, les approches notamment du Village de l'Alimentation, du Cooking Class, de l'association Hotuarea Nui et du programme de stage « Mangez sainement et soyez actif » devraient être soutenues, pérennisées et élargies.

Ces structures sont des supports privilégiés pour le développement de cours de cuisine ou la proposition de recettes de cuisine afin d'orienter la composition des repas dans un sens plus favorable à la santé. Outre le fait qu'ils encouragent une alimentation plus équilibrée, les ateliers culinaires favorisent l'insertion sociale à travers les échanges d'informations et de pratiques culinaires entre les participants.

Bien évidemment, l'ensemble de ces mesures doit être accompagné par d'autres interventions des autorités publiques, notamment sur le plan fiscal et économique pour permettre l'accessibilité aux aliments de meilleure qualité nutritionnelle à prix modérés (partie traitée ci-après).

b. En matière de lutte contre la sédentarité :

L'activité physique : un impact certain sur la prévention du diabète de type 2

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie – ce qui comprend les mouvements effectués en travaillant, en jouant, en accomplissant les tâches ménagères, en se déplaçant et pendant les activités de loisirs¹⁶³.

Le terme « activité physique » ne doit pas être confondu avec l'expression « faire de l'exercice », qui est une sous-catégorie de l'activité physique plus délibérée, structurée, répétitive, et qui vise à améliorer ou à entretenir un ou plusieurs aspects de la condition physique. **Que le niveau d'intensité soit modéré ou plus fort, l'activité physique comporte des bienfaits pour la santé.**

Au-delà de l'exercice, toute autre activité physique, que ce soit pour les loisirs, pour se déplacer d'un endroit à l'autre, ou dans le cadre de l'activité professionnelle, a des effets bénéfiques sur la santé. En outre, une activité additionnelle d'intensité modérée ou vigoureuse permet d'améliorer la santé.

Attention : la sédentarité n'est pas le contraire de l'activité physique ! La sédentarité se définit comme étant le manque complet d'activité physique. En pratique, le sédentaire est donc celui qui adopte des comportements physiquement passifs se déroulant le plus souvent en position assise, par exemple travailler longtemps sur un ordinateur, visionner un film, etc.

Les gouvernements et les communautés doivent prendre des mesures pour accorder aux individus davantage d'occasions d'être actifs en vue d'accroître l'activité physique¹⁶⁴.

¹⁶³ OMS, le 23 février 2018, sur le thème « Activité physique » en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

¹⁶⁴ L'OMS précise ici que les politiques visant à développer l'activité physique doivent avoir pour but d'assurer :

- la promotion de l'activité physique via les activités du quotidien en coopération avec les secteurs pertinents ;
- que la marche, le vélo et les autres formes de transport « actives » soient accessibles et sûrs pour tous ;
- que les politiques mises en place sur les lieux de travail encouragent l'activité physique ;

Activité physique : recommandations internationales

Outre le conseil des 10 000 pas, l'OMS adresse des recommandations relatives à l'activité physique à différentes classes d'âge¹⁶⁵ de la manière suivante :

- 60 minutes quotidiennes au minimum d'une activité physique modérée à vigoureuse sont recommandées aux enfants et aux jeunes de 5 à 17 ans ;
- 150 minutes hebdomadaires au minimum d'une activité physique aérobie modérée (marche d'un pas alerte, jardinage, par exemple), ou 75 minutes hebdomadaires au minimum d'une activité physique aérobie vigoureuse (niveau jogging, cyclisme et autres sports), ou un ensemble équivalent d'activité modérée et vigoureuse sont recommandées aux adultes entre 18 et 64 ans ;
- la même quantité d'activité est recommandée aux adultes plus âgées, y compris notamment une activité destinée à renforcer l'équilibre et la musculation adaptée à leurs capacités et leur situation.

Améliorer l'accessibilité à la pratique de l'activité physique par le biais de l'environnement bâti

Il est communément admis que **l'environnement physique ou bâti joue un rôle important en facilitant l'activité physique de nombreuses personnes.**

L'urbanisme et les politiques en faveur de moyens de transport actifs peuvent et doivent assurer à tous la possibilité de circuler à pied, à bicyclette ou à l'aide d'autres moyens de transport non motorisés dans de bonnes conditions de sécurité. L'environnement physique peut également offrir des installations de sport, de jeu et de loisirs, et garantir des espaces sûrs, adéquats et abordables où enfants et adultes peuvent mener une vie active.

En Polynésie, les grandes structures sportives relèvent soit de la gestion de l'Institut de la Jeunesse et des Sports (IJSPP) agissant pour le compte du pays, soit des communes qui disposent et gèrent des complexes sportifs au niveau de leur territoire communal.

Selon l'IJSPP, pour des raisons notamment de responsabilité civile et de sécurité, la mise à disposition des installations sportives du pays est réservée et ouverte en priorité aux fédérations et associations sportives.

Or, pour le CESEC, l'environnement bâti en faveur de l'activité physique doit être considéré comme une cible des politiques publiques menées en matière de santé publique.

Dans ce cadre, il s'agirait :

- **d'améliorer l'accès aux installations et infrastructures sportives au grand public tel que c'est actuellement le cas pour le stade Willy Bambridge à Papeete (dont la fréquentation ne cesse de s'accroître),**
- **de développer des structures largement accessibles au public telles que les parcours de santé (avec un parcours par commune par exemple),**

-
- que les écoles disposent d'espaces et d'installations sécurisés pour permettre aux élèves de se dépenser pendant leur temps libre ;
 - que l'éducation physique de qualité aide les enfants à adopter des comportements qui les maintiendront physiquement actifs toute leur vie ;
 - que les installations sportives et de loisirs offrent la possibilité à tous de pratiquer une activité sportive.

¹⁶⁵ Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015.

- **d'aménager l'environnement et le mobilier urbains, en préservant ou développant les espaces verts, les transports en commun, le potentiel piétonnier** (pour la marche et la course à pieds), **en valorisant les espaces publics, en réservant des pistes cyclables en bord de route, en prévoyant l'accessibilité aux personnes âgées ou à mobilité réduite etc.** (à l'instar des parcs Paofai et Vairai),
- **d'adopter dès que possible le schéma directeur des installations sportives prévu qui permettra, d'une part, de mener une réflexion partagée entre les différents acteurs et, d'autre part, d'élaborer et planifier une offre la plus complète possible d'équipements sportifs répartis géographiquement selon leur nature et leur pratique et répondant qualitativement et quantitativement à l'ensemble des besoins de la population dans ses différentes composantes** (licenciés, grand public, personnes handicapées, publics défavorisés, scolaires, etc.), ceci dans une vision prospective à moyen ou long terme.



La Polynésie est également dotée d'un cadre géographique exceptionnel et d'une nature luxuriante propice au mouvement. **Marcher dans la nature, nager dans le lagon sont des activités à promouvoir auprès de la population en général.**

Pour le CESEC, l'ensemble de ces mesures doivent être intégrées dans le Schéma d'aménagement général (SAGE).

Outre ces nombreuses mesures dites d'accessibilité physique et d'incitation à l'activité au profit de la population en général, il sera possible de voir ultérieurement que des mesures visant à faciliter l'accessibilité économique doivent pouvoir être prises par les autorités publiques pour accompagner au mieux les personnes à effectuer leurs choix. De même, des mesures spécifiques aux milieux scolaires et de travail peuvent et doivent être prises.

3. Au niveau de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire :

L'enfance est, par définition, la période de la vie durant laquelle se forme l'esprit, se forment les habitudes et s'installent les bases de l'individu en devenir.

« Berceau de l'enfance », l'école guide cet apprentissage et en pose les principaux jalons. **Sa vocation, ainsi que son public, fait de l'école un lieu privilégié d'aide à la constitution d'un bon capital santé et à l'acquisition de bonnes pratiques. C'est le**

seul lieu où tous les individus d'une même génération sont réunis et partagent des centres d'intérêts communs¹⁶⁶.

a. La restauration scolaire :

Un cadre privilégié d'actions :

Dans la continuité de ce qui est exposé précédemment, **l'École constitue le cadre idéal pour encourager une alimentation saine :**

- elle atteint la plupart des enfants, sur une base régulière, pendant des années ;
- elle dispose d'un personnel qualifié pour enseigner et guider ;
- elle atteint les enfants à un âge critique, quand les habitudes et attitudes alimentaires sont en train de s'acquérir ;
- elle donne l'occasion d'offrir une alimentation saine et respectant les règles d'hygiène dans le cadre de la restauration scolaire (cantines) ;
- elle peut établir des politiques et pratiques scolaires (installations sanitaires, règles pour se laver les mains, etc.) qui permettent d'améliorer la santé et la nutrition.

La restauration scolaire concerne tous les âges de la vie : de la crèche, à l'école, au lycée jusqu'à l'université. Les habitudes alimentaires se prenant tôt, la restauration scolaire constitue un cadre particulièrement adapté pour « gommer les inégalités nutritionnelles entre les enfants et lutter contre le gaspillage alimentaire »¹⁶⁷.

La restauration scolaire répond en effet à différents enjeux : santé publique, justice sociale, citoyenneté, développement économique, développement durable et éducation (à l'alimentation, à la socialisation et à l'intégration).

La nécessaire promotion des produits locaux :

Pour le CESEC, **l'utilisation des produits locaux doit devenir systématique dans les cuisines et cantines scolaires, leur consommation présente de nombreux intérêts, et ce, sur différents plans : nutritionnel, économique, écologique et culturel.**

Le service si particulier qu'est la restauration scolaire constitue un véritable outil de développement. Les quantités commandées par les cuisines scolaires participent à la croissance économique du secteur primaire de chaque commune.

Par ailleurs, l'accompagnement des enfants lors de la pause méridienne constitue également un relais supplémentaire pour une éducation au goût et aux bons comportements alimentaires.

Pour le CESEC, le problème d'une plus grande insertion des produits locaux dans le marché de la restauration scolaire se pose principalement en termes d'organisation de la profession des producteurs locaux, de remise à niveau des installations et de centralisations des lieux de production des repas, de transparence des marchés et de sensibilisation de tous à consommer « local ». L'objectif doit être de passer d'un

¹⁶⁶ Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie « Evolution des concepts de santé publique et d'éducation à la santé et rôle de l'école dans leur promotion » présentée et soutenue le jeudi 31 octobre 2013 par Mme Lamia EL AARAJE, Université de Limoges, faculté de pharmacie Année 2013.

¹⁶⁷ Rapport Assemblée nationale sur la « malbouffe » p 37.

approvisionnement marginal en produits locaux à un approvisionnement significatif, et donc avoir un vrai effet de création de filière.

Lors de ses travaux et entretiens, le CESEC a notamment relevé le problème du code polynésien des marchés publics et de la commande publique astreinte à des appels d'offres qui s'adressent de facto à des organisations très structurées. Or, des petits producteurs devraient pouvoir entrer en ligne de compte.

Dans ce cadre, **il apparaît nécessaire de favoriser l'approvisionnement de la restauration scolaire via les circuits courts.**

De même, cet approvisionnement doit être encadré et ce, en fonction des structures existantes qui peuvent ne pas être adaptées à la préparation des produits frais ainsi qu'à leur stockage. Les règles de calibrage, de lavage, de transformation doivent notamment être définies.

En termes de qualité des produits locaux, le CESEC recommande que la politique d'achat des productions locales ait pour objectif de préserver l'authenticité de la cuisine, une sécurité alimentaire et d'accroître la qualité des repas servis aux enfants en privilégiant les produits de saison et de proximité issus d'une démarche durable (agriculture raisonnée voire bio). L'enjeu est ici de taille, puisque cela détermine la provenance de ce que mangent nos enfants dans les cantines scolaires.

Surtout, **la gestion des coûts doit être organisée.** Le rôle du gestionnaire est ici dans la promotion des produits locaux à travers notamment l'élaboration des menus. Il s'agira de trouver un équilibre entre des menus peu coûteux et des menus qui nécessitent l'achat de matières premières au coût plus élevé (souvent le cas des produits locaux).

Le CESEC rappelle en effet que la restauration scolaire est une branche de la restauration dite collective et un service public qui n'a pas de visée commerciale. Ce service poursuit une finalité sociale : proposer une alimentation présentant les garanties d'hygiène, de sécurité et d'équilibre nutritionnel à un prix nettement inférieur à celui au marché¹⁶⁸.

À cet égard, le CESEC rappelle que les communes sont seules compétentes pour organiser le service public de la restauration scolaire des écoles du premier degré. Cette gestion peut être exercée par la commune elle-même (77% des communes), ou déléguée à une société privée (ex : à Papara), ou à des associations, notamment de parents d'élèves (ex : à Mahina, Paea, Papeete...). Dès lors, la gestion des coûts des repas facturés aux parents varie d'une commune à une autre, voire d'une école à une autre au sein d'une même commune.

Pour ce qui concerne le second degré, cette compétence relève uniquement du Pays, ce qui permet de produire un repas qui est facturé au même prix, pour l'ensemble des établissements scolaires de l'enseignement public de Polynésie, à un prix forfaitaire de 9 900 F Cfp par trimestre.

¹⁶⁸ Circulaire n°HC2051/DIPAC/PJF/BJC/mm du 29 décembre 2011

Un partenariat devrait être instauré entre l'ensemble des acteurs de la restauration scolaire et les producteurs/transformatateurs locaux pour faciliter la mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures.

Par ailleurs, **il apparaît important d'impliquer les familles dans la démarche qui sera menée, notamment en les sensibilisant à cette meilleure qualité dans l'assiette et leur faire valoir l'intérêt pour leur enfant d'avoir un repas équilibré à la mi-journée et son incidence sur le suivi scolaire.** Dans ce cadre, pourraient être mis en place et rendus obligatoires des comités ou commissions des menus au sein des établissements scolaires permettant la participation de parents et des élèves.

Enfin, **le CESEC recommande que l'intégration des produits issus de l'agriculture biologique dans les menus soit privilégiée mais à des prix modérés.**

Dans ce cadre, l'expérience menée à TUBUAI et le concept du cooking class doivent être étendus et généralisés.

Le petit-déjeuner :

En Polynésie, il est assez fréquent de constater que beaucoup d'enfants arrivent en classe le ventre vide. Cela s'explique notamment par le manque de temps, le lever précoce et surtout, des raisons d'ordre économique.

Pour remédier en partie à cela, le Syndicat pour la Promotion des Communes indique que le petit déjeuner est proposé aux enfants des écoles des îles Gambier.

De même, plusieurs associations de parents d'élèves et coopératives scolaires, proposent de servir à l'école un petit-déjeuner, en remplacement du goûter, aux enfants qui bénéficient du dispositif de complément familial.

Selon cette organisation, offrir un petit déjeuner au sein des écoles en général est techniquement faisable mais cela suppose de prendre notamment en compte la partie transport scolaire, pour les déplacements vers les écoles tôt le matin. De même, se posera la question de savoir qui prendra en charge le budget y afférent, la commune ou bien les parents d'élèves ?

Pour le CESEC, une réflexion doit être sérieusement menée afin qu'il puisse être envisagé d'offrir et de proposer aux élèves un petit déjeuner dès leur arrivée à l'école, maternelle et primaire.

Ce type de mesure représente plusieurs intérêts. Une étude anglaise montre qu'en prenant le petit-déjeuner à l'école, les performances augmentent¹⁶⁹. **En répondant aux besoins nutritionnels de l'élève, la prise du petit déjeuner favorise la concentration, l'attention et la bonne humeur, facteurs de réussite scolaire. Il est également un temps privilégié de partage et de convivialité.**

¹⁶⁹ Association between breakfast consumption and educational outcomes in 9–11-year-old children Hannah J Littlecott, Graham F Moore, Laurence Moore, Ronan A Lyons and Simon Murphy. Publié en ligne par Cambridge University Press: 28 septembre 2015. <https://doi.org/10.1017/S1368980015002669>

Instaurer un « cordon sanitaire » :

La présence des commerces ambulants aux alentours des établissements scolaires est une problématique importante dans la mesure où des menus chargés en sel, sucre et graisse y sont principalement proposés à la vente.

Un rapport sur la médecine scolaire, établi par l'assemblée de Polynésie, recommande de revoir la réglementation de ces lieux de consommation, en particulier aux abords des écoles et des lycées. La mission recommande d'interdire les marchands ambulants dans un rayon de 200 mètres¹⁷⁰.

Le CESEC pense qu'il est effectivement opportun qu'un cordon sanitaire soit instauré aux abords des écoles et lycées. Toutefois, le CESEC estime que ce cordon ne doit pas impliquer une interdiction d'installation mais un encadrement strict des produits vendus par ces commerçants relevant d'un système d'agrément sanitaire.

A l'instar de ce qui est préconisé en amont au niveau des familles, **un travail sur les bonnes portions alimentaires doit également pouvoir s'effectuer auprès des commerces et restaurants installés à proximité des écoles.**

A cet effet, **les communes doivent être partie prenantes et associées à ces mesures.** Dans ce cadre, un dispositif d'accompagnement doit être mis en place.

Agir sur le cadre même de la restauration scolaire :

Le déjeuner joue un rôle très important dans la journée d'un élève. Il s'agit d'un moment de partage et de sociabilisation qui va impacter la qualité de vie des élèves. C'est également un moment d'apprentissage du goût et du vivre ensemble.

Comme en ce qui concerne le petit-déjeuner, des études ont montré que le déjeuner pouvait influencer l'apprentissage scolaire des enfants et qu'il est donc important de veiller à ce qu'il soit de bonne qualité.

Pour le CESEC, il est nécessaire que le confort des élèves et le caractère convivial des restaurants scolaires soient pris en compte (aménagement des locaux, mobilier adapté, attention portée aux nuisances sonores, durée de restauration...), l'enjeu important étant de faire en sorte que les élèves restent à l'intérieur de l'établissement au moment du repas (notamment ceux du secondaire) et qu'ils ne soient pas tentés de consommer aux alentours de l'établissement.

La zone réservée aux services alimentaires au sein de l'établissement se doit en outre d'être conviviale et accueillante. Pour l'OMS¹⁷¹, un cadre convivial de services alimentaires se compose notamment des éléments suivants :

- une zone réservée aux services alimentaires ;

¹⁷⁰ Recommandation n° 15 du rapport de mission d'évaluation 2018 sur la médecine scolaire.

¹⁷¹ OMS, Cadre pour une politique scolaire, Mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2008.

- de multiples points de service dans les cafétérias, afin de limiter les files d'attente excessives et de permettre aux élèves de faire leurs choix ;
- une zone de repas tenue propre ;
- un délai suffisant accordé aux élèves pour prendre leurs repas ;
- un temps de récréation accordé aux élèves pour échanger et jouer entre eux, de préférence avant le déjeuner.

Aussi, **le CESEC recommande que :**

- **l'encadrement du temps du repas scolaire soit revu,**
- **des efforts soient entrepris sur les tarifs selon l'âge,**
- **que des salades-bar soient prévus dans chaque établissement.**

Le CESEC propose également que soit organisée régulièrement une présentation, par le lycée hôtelier, de ses activités culinaires et prestations auprès des autres établissements. L'idée ici serait de rapprocher les élèves entre eux et le savoir-faire du lycée hôtelier.

Des associations œuvrent également dans la préparation et la transformation de produits locaux. Fournir leurs produits au sein des lieux de restauration scolaire (collèges et lycées notamment) peut constituer une bonne alternative et varier l'offre alimentaire des restaurants scolaires.

Enfin, en termes d'organisation de la distribution des repas, **des interventions de type « nudge » pourraient être instaurées.** Ce concept se traduit par la mise en place de petites actions qui ont pour but de **pousser les gens à agir dans « le bon sens »**. Issu des théories de marketing et d'économie, ce principe est maintenant appliqué à de nombreux domaines comme la santé publique ou l'écologie.

L'idée de base est de favoriser la meilleure option pour le consommateur sans qu'il ait à fournir un effort conscient supplémentaire comme :

- positionner les salades en amont des plats à haute densité calorique pour encourager inconsciemment les prises de crudités ;
- rendre volontairement les fruits plus accessibles que les gâteaux pour encourager la consommation de fruits, l'effort devant être supplémentaire pour se procurer les gâteaux.

b. L'activité physique et sportive :

Il ressort de nombreuses analyses que les enfants physiquement actifs le restent à l'âge adulte, de sorte qu'il est particulièrement important d'encourager les jeunes enfants à prendre part à toutes sortes d'activités générales.

Le CESEC recommande l'élargissement du temps consacré au sport dans les programmes scolaires.

Par ailleurs, **les établissements scolaires doivent être aménagés de façon à encourager les déplacements actifs par le biais, notamment, d'environnements favorables et de parkings à vélos sécurisés. De même, sont nécessaires la mise à disposition d'équipements et de matériels sportifs (ballons/panneaux de basket, filets de volley ball etc.) ainsi que les incitations aux jeux actifs sans équipement (comme les marelles) dans les cours de récréation.**



Les activités extrascolaires contribuent également à compléter l'exercice assuré par les cours formels d'éducation physique. Ces animations extrascolaires recouvrent toute forme d'activité proposée par les établissements, en dehors de leurs cours établis, par exemple : des programmes globaux après l'école, proposant des possibilités d'exercice physique, en compétition ou non ; des récréations actives, des exercices du matin, du midi ou d'après déjeuner, des danses traditionnelles, etc.; des compétitions sportives scolaires.

Autres avantages des programmes extrascolaires : ils permettent aux élèves de se livrer à des activités plus variées, et de renforcer la convivialité entre écoles, élèves, parents et communautés.

Pour ces motifs, **le CESEC recommande qu'une politique faisant la promotion de l'exercice physique extrascolaire soit élaborée de manière à favoriser l'accès facilité au sport périscolaire.** Dans ce cadre, doivent pouvoir être prises en compte les questions d'assurances scolaires, d'organisation du temps, de personnel d'encadrement, de surveillance des lieux etc.

c. La médecine scolaire et le suivi médical :

Recommandations internationales :

Les services de santé scolaire contribuent à favoriser la santé et le bien-être, ainsi qu'à surveiller, prévenir, atténuer et traiter les problèmes de santé importants ou les affections touchant les élèves et les personnels de l'établissement, et à assurer l'orientation des cas si nécessaire¹⁷².

Il est préconisé, dans la mesure du possible, que les services suivants soient envisagés :

- Mesure régulière du poids et de la taille des élèves, avec rapport aux parents. Les établissements qui entreprennent des programmes de mesure de l'IMC devraient respecter des normes de sauvegarde pour limiter le risque de nuire aux élèves, mettre en place un cadre sûr et accueillant pour les élèves de toutes conformations corporelles, et adopter des stratégies de promotion de l'exercice physique et d'une alimentation saine.
- Dépistage nutritionnel, et collecte périodique de données concernant la participation aux activités physiques.
- Orientation vers d'autres services de santé scolaire ou vers des services de santé communautaire, selon les résultats du dépistage.
- Recommandations sur l'exercice physique à tous les élèves, y compris aux handicapés, ainsi qu'aux parents.

¹⁷² Cadre pour une politique scolaire : mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2008.

- Conseil aux élèves et parents d'élèves en vue de promouvoir une alimentation saine et une pratique appropriée de l'exercice physique.
- Au-delà de leur pratique ordinaire, les professionnels de la santé pourront aussi être engagés dans des activités de recherche, de suivi et d'évaluation, d'enseignement, et de sensibilisation.

L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité : plus le rebond est précoce (avant 6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé. Tracer la courbe de corpulence sert à traquer le rebond précoce d'adiposité qui témoigne d'une prise de poids excessive chez l'enfant. Cette prise de poids excessive peut certes être dépistée sur une courbe de poids classique, mais de façon moins précise, moins sensible et plus tardive que sur la courbe de corpulence.

En Polynésie française :

Dans un rapport de mission relatif à la médecine scolaire, l'Assemblée de la Polynésie française fait état des résultats peu efficaces de la médecine scolaire et de la prépondérance de l'activité curative par rapport aux actes préventifs. Elle préconise à cet effet de donner les moyens à la médecine scolaire « *de déployer les visites de dépistage, de promotion et de prévention de santé sur l'ensemble du territoire, dans un souci d'égalité de tous les enfants où qu'ils se trouvent* »¹⁷³.

Par ailleurs, dans les années 1965-70, la carie dentaire était devenue un problème de santé publique : la Polynésie avait le triste record du nombre de caries par enfant et l'hygiène bucco-dentaire des polynésiens était déplorable avec tous les problèmes digestifs en découlant. Le Pays prit alors une décision pratique et commença par soigner les enfants : il créa le service d'hygiène dentaire qui se déplaçait dans les écoles, dépistait et soignait les enfants tout en leur apprenant le lavage des dents et les bases de l'hygiène bucco-dentaire. Le résultat fut spectaculaire et, en 20 ans, la plupart des Polynésiens avaient une dentition leur permettant une alimentation normale. La CPS pris le relais en remboursant les soins dentaires et l'extraction des dents régressa fortement. Ce sont les enfants qui éduquèrent les parents en reproduisant chez eux ce qu'ils avaient appris à l'école.

Le problème de l'obésité et donc du diabète est le vrai problème de santé publique du 21^{ème} siècle en Polynésie française et nous devons nous servir des exemples de ce qui a été fait et donné de bons résultats : dépister l'obésité, soigner les enfants et leur donner les bases de l'hygiène alimentaire pour qu'ils aident à modifier le comportement de leurs parents.

En l'état des éléments qui précèdent, le CESEC préconise de :

- **Réorienter la politique de la médecine scolaire vers un programme prioritaire de prévention du surpoids et de l'obésité** qui doit impliquer le recueil, à intervalles réguliers ou annuellement, des données sur le poids corporel et la taille de tous les élèves, ainsi que sur leurs habitudes alimentaires et leur

¹⁷³ Préconisation n° 2.

pratique de l'exercice physique de manière à obtenir une courbe de corpulence sur du long terme.

➤ **Améliorer et renforcer (par des moyens humains et financiers) le service de la médecine scolaire** afin que soit assuré :

- annuellement des visites, en milieu scolaire, de dépistage du surpoids et de l'obésité, pour une intervention de proximité,
- la prise en charge des enfants avec un suivi régulier et individuel,
- et, le cas échéant, la réorientation vers les professionnels concernés.

➤ **Mettre en place un plan quinquennal de lutte contre le diabète et l'obésité** dans les écoles maternelles et primaires amorcé dès la rentrée scolaire 2020, sous la tutelle administrative et les orientations de la délégation à la prévention de l'obésité et du diabète placée sous l'autorité du Président de la Polynésie française (cf. page 86 du rapport).

Parmi ces actions, le CESEC recommande :

- Une mesure régulière du poids et de la taille des élèves avec suivi de l'IMC,
- Une détection des enfants en surpoids et orientation vers un professionnel de santé (nutritionniste, psychologue, etc.), avec leurs parents,
- Une dispense de conseils alimentaires voire de régimes à l'attention des parents,
- L'inscription spécifique des élèves en activité physique (sauf contre-indication médicale).

La délégation à la prévention de l'obésité et du diabète devra adapter l'ensemble du dispositif en coordination avec l'ensemble des services de santé, des associations de parents d'élèves du Pays et ainsi collecter de manière globale l'évolution de l'obésité et du surpoids de l'ensemble des enfants.

Cette opération massive à destination des générations futures pourrait être financée en partie par la Caisse de Prévoyance Sociale par voie conventionnelle, le Pays, ainsi que par la participation exceptionnelle de l'État.

Le CESEC recommande que soit envisagé d'encourager et de favoriser, dans ce cadre, la confidentialité et l'usage adéquat des données ainsi collectées dans les écoles.

De manière globale, les modes de coordination, d'organisation et de fonctionnement de ce service doivent s'inspirer de ceux du service d'hygiène dentaire.

d. Sensibilisation et éducation

L'école constitue l'un des principaux cadres sociaux où s'élaborent les modes de vie¹⁷⁴. Elle représente, de ce fait, la zone de développement naturel de l'éducation nutritionnelle. Les enfants d'âge scolaire développent leur comportement par le biais de l'interaction avec d'autres élèves, les professeurs, les parents, leurs frères et sœurs et

¹⁷⁴ Le rapport OMS de 2012 identifie les services de garde d'enfants et les établissements scolaires comme primordiaux pour la mise en place de mesures et de programmes de prévention (y compris les crèches et structures de garde). La méthode la plus efficace pour promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé à l'école est basée sur une approche globale de promotion de la santé et impliquant les enseignants, les élèves et leurs familles.

les groupes de pairs. Ils sont influencés par leur foyer, leur communauté, les médias – et l'école. Ainsi, cette dernière fait partie d'un réseau d'influences qui façonnent les habitudes et attitudes alimentaires.

Offrir des programmes scolaires complets sur la santé au travers, notamment, de l'éducation nutritionnelle doit être une priorité. Selon la DGEE, les programmes scolaires ont été rénovés, l'éducation dispose dans ce cadre de plus de marges de manœuvres.

Pour le CESEC, dès l'entrée à l'école, l'éducation sanitaire et nutritionnelle doit être intégrée au programme d'enseignement de base et soutenue par un environnement scolaire favorable à la santé. Les enseignants doivent, à cet effet, être sensibilisés et formés à cette partie de l'éducation.

De même, le CESEC préconise la sensibilisation et la formation des personnels des structures d'accueil et de garde d'enfants (crèches, garderies, centres de vacances, mouvements sportifs et associatifs).

Enfin, le CESEC estime que la mise en place de jardins scolaires doit être encouragée.

4. Au niveau du monde du travail :

a. Dans les entreprises et l'administration

Il est communément admis que la promotion d'une bonne nutrition et hygiène de vie, adaptée au contexte propre de l'entreprise, peut contribuer à faciliter l'adoption par chacun de comportements favorables pour la santé ce qui bénéficie à l'individu, à sa famille et à son entreprise.

Pour le CESEC, agir, au sein de l'entreprise, sur la nutrition (l'alimentation et l'activité physique) est, sans aucun doute, un moyen fort de contribuer au bien-être au travail, à la prévention des pathologies les plus fréquentes, à la réduction de l'absentéisme, à l'amélioration de la qualité du travail et à donner une cohérence globale aux messages de nutrition au sein de la société.

Le temps passé au travail représente une fraction importante de la vie quotidienne des salariés. Durant ce temps, au moins un repas est pris, au sein ou à l'extérieur du lieu de travail. Le temps de trajet domicile-travail et le temps passé dans l'entreprise, en dehors du travail effectif, représentent aussi, notamment pour les salariés occupant des postes sédentaires, un moment favorable à une pratique d'activité physique.

Le CESEC estime que les initiatives « mon entreprise active » et « mon administration active » impliquant des engagements précis à partir d'une charte sont des actions à pérenniser et à généraliser car elles permettent de valoriser des actions d'information, de favoriser le bien-être des personnes sur leur lieu de travail et d'accompagner les employés dans l'adoption de bonnes pratiques alimentaires et de susciter de l'intérêt pour l'activité physique.

Le CESEC recommande également de :

- **Développer des actions en direction des responsables des ressources humaines dans les entreprises et l'administration pour les sensibiliser aux bénéfices d'avoir des employés en bonne santé ;**
- **Favoriser la mise en place d'horaires aménagés et de pauses qui autorisent la pratique d'une activité physique ;**
- **Mettre à la disposition des employés des douches et vestiaires afin de favoriser les déplacements actifs compatibles avec les exigences des lieux de travail ;**
- **Prévoir des lieux de stationnement sécurisés de vélos pour favoriser les déplacements actifs.**

b. La médecine du travail

La médecine du travail peut constituer un bon support d'accompagnement dans le cadre d'un suivi individualisé et des conseils personnalisés des employés au regard de leurs conditions de travail. Elle détient à ce titre un rôle préventif.

Pour le CESEC, il doit pouvoir être développé des services de surveillance et de veille de la santé au travail afin que soit établi un recueil de données. Il conviendrait notamment que les patients soient pesés et que soit établie une courbe de poids en cas de surcharge pondérale et que le tout soit accompagné de conseils hygiéno-diététiques.

Dans ce cadre, le CESEC constate malheureusement que la Polynésie française manque de médecins du travail (11 médecins du travail alors qu'il en faudrait au moins 20) et que les contrôles ne sont pas suffisants.

B- Prévention sur le plan économique : les interventions pour accompagner les changements de comportement

La stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice et la santé rappelle que les prix ont des répercussions sur les choix des consommateurs et que les autorités publiques peuvent influencer les prix moyennant des taxes, des subventions ou la fixation directe des prix de façon à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique tout au long de la vie. Elle indique toutefois que l'évaluation de ces mesures doit tenir compte du risque d'effets indésirables sur les populations vulnérables.

Aujourd'hui, il est souvent constaté que les aliments de faible qualité et valeur nutritionnelle coûtent généralement moins chers, rapportés à la calorie et sont consommés plus facilement par les groupes de personnes économiquement faibles. De même, un régime acceptable du point de vue nutritionnel coûte habituellement plus cher que d'autres régimes et par conséquent les budgets se révèlent insuffisants pour assurer une bonne qualité nutritionnelle¹⁷⁵.

En Polynésie française, les constats sont les mêmes. **Pour l'heure, la structure des prix alimentaires est défavorable à l'équilibre alimentaire. En outre, les produits locaux sont réputés plus chers que les produits importés.**

¹⁷⁵ Rapport HCSP sur PNNS page 17.

Un bouleversement profond, combinant mesures fiscales et subventions, doit être effectué afin que cette structure des prix ne soit plus en contradiction avec la consommation d'une alimentation favorable à la santé.

Une politique renforcée de prévention et d'éducation ne pourra produire des effets positifs que si elle s'accompagne d'une politique visant à encourager, par le prix, la consommation d'une alimentation saine.

Ce type de mesure nécessite également d'être associé à des mesures réglementaires encadrant la qualité et la promotion des produits.

Enfin, les efforts ne doivent pas se concentrer uniquement sur l'alimentation mais également sur l'activité physique où des mesures incitatives doivent pouvoir être prises.

1. Les interventions sur le prix de l'alimentation

a. La fiscalité :

Les enjeux

La mise en place d'une fiscalité qualifiée de « nutritionnelle » permettant de réguler les prix pour promouvoir une alimentation de meilleure qualité est une stratégie étudiée et recommandée par les instances internationales. **L'objectif ici est d'influencer les choix des consommateurs en élevant les prix relatifs des produits dont la consommation est perçue comme préjudiciable à la santé publique. Toutefois, l'application de ces taxes rencontre de nombreux freins et peut avoir des impacts non prévus.**

Premièrement, les consommateurs peuvent opérer des substitutions entre produits et recourir, de ce fait, à des produits moins chers et très souvent, de mauvaise qualité.

Deuxièmement, les entreprises peuvent réagir stratégiquement aux modifications de la demande et notamment au niveau des prix, de manière à absorber plus ou moins la taxe¹⁷⁶, ou bien au niveau du coût de production, ce qui peut avoir pour conséquence une dégradation de la qualité nutritionnelle du fait, notamment, du recours à des ingrédients moins coûteux.

L'ensemble de ces paramètres fait que le régime de taxation doit être habilement pensé.

¹⁷⁶ En fonction notamment du type de relations entre producteurs et distributeurs, du type de taxe, de la réactivité des consommateurs aux variations de prix : défense de la marge versus défense des parts de marché pour maintenir le profit.

Recommandation de l'OMS de 2015¹⁷⁷

De manière générale, l'OMS estime que l'augmentation des prix des boissons sucrées entraîne une baisse équivalente de leur consommation. Selon ses conclusions, les taxes sur les boissons sucrées entraînent des réductions de consommation de ces boissons, d'autant plus efficacement si elles représentent plus de 20% du prix de vente.

Estimant que les consommateurs doivent avoir d'autres options et que ce sont les personnes aux plus bas revenus les plus susceptibles de bénéficier de ce type de mesures, l'organisation précise que les politiques fiscales doivent porter uniquement sur des produits non essentiels pour lesquels des alternatives plus saines existent. Elle propose à cet effet de créer des subventions aux fruits et légumes pour en réduire les prix entre 10 et 30%.

Pour l'OMS, les recettes assurées par les taxes peuvent accroître les fonds publics consacrés notamment à la santé et à l'éducation, à l'offre d'aliments sains, à l'augmentation du nombre de programmes de promotion de la santé, et au financement de l'enseignement primaire et secondaire.

Actions nécessaires

En Polynésie, après une taxation portant sur un produit (boissons sucrées), la réglementation a évolué vers une taxation portant sur un nutriment, le sucre.

Pour le CESEC, de fortes mesures, combinant notamment taxes et subventions, doivent être prises en matière de tarification nutritionnelle afin de rendre financièrement plus attractifs les produits « sains » et moins intéressants les produits « malsains ».

Aussi, le CESEC recommande que la taxe sur le sucre augmente d'au moins 22% le prix des produits sucrés pour un impact réel sur la santé. Pour rappel, en Nouvelle Calédonie, les boissons contenant du sucre ou des édulcorants sont assujetties à une taxe de 22% du régime de la taxe générale à la consommation.

En outre, le CESEC préconise que ce type de mesure de taxation soit élargi aux aliments riches en graisses et en sel.

Le CESEC estime qu'il faut éviter que les consommateurs soient poussés à se rabattre sur des produits similaires tout autant, voire plus dangereux pour la santé, ce qui diminue ou élimine les bénéfices espérés sur le plan sanitaire.

Des alternatives doivent en effet être proposées pour que les personnes puissent conserver un certain type de confort sans que cela se traduise par une hausse des prélèvements.

Aussi, les produits biologiques locaux (fruits et légumes) doivent être fortement favorisés au travers de subventions de leur production. Par ailleurs, leurs tarifs doivent être contrôlés pour en réduire leur prix et qu'ils soient plus accessibles.

Enfin, pour le CESEC, la mise en place d'une telle fiscalité doit être accompagnée d'un travail de communication et d'information afin d'exposer clairement les objectifs et avantages de ces mesures au regard de considérations d'ordre sanitaire.

¹⁷⁷ Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases : technical Meeting Report 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland. OMS. 2016

La mise en œuvre d'une telle fiscalité nécessite une programmation à court, moyen et long terme (3, 5 et 10 ans) afin de permettre à tous les acteurs de s'adapter (notamment les entreprises) ainsi qu'une évaluation en vue d'éventuels ajustements.

b. Les produits de premières nécessités (PPN) :

Dans un avis rendu public en avril 2019, l'Autorité polynésienne de la concurrence recommande au Pays de :

- > Proposition 1 : Sauf cas particuliers, supprimer la réglementation PPN et la remplacer par des mécanismes plus adaptés aux objectifs d'assistance aux populations les plus défavorisées ;
- > Proposition 2 (Alternative) Améliorer le régime des PPN en :
 - définissant clairement, via une loi du pays, l'objectif des PPN,
 - réduisant la liste à quelques produits essentiels,
 - ne faisant plus de distinction entre produits locaux et produits importés pour les PPN,
 - fixant des prix plafonds, comme ailleurs dans le Pacifique.

L'Autorité rappelle dans ce cadre que le dispositif particulier des PPN est une action sur les marges. Or, si les marges sont trop faibles, il y a un effet dissuasif pour les commerçants, un effet de contournement et même un effet de « dégradation » quand la marge est fixée en valeur ce qui implique l'obtention de produits de moins bonne qualité. En n'agissant que sur les marges, cette réglementation ne garantit en aucun cas un prix bas et accessible. Par ailleurs, les commerçants peuvent avoir la volonté de compenser les charges d'exploitation sur les autres produits non réglementés en augmentant leurs prix.

L'APC fait en outre remarquer qu'il n'existe aucune définition de la notion de PPN et qu'aucun distinctif n'a été formalisé. Elle suggère notamment qu'une approche sanitaire pourrait être utilisée en identifiant les produits qui répondent aux besoins vitaux de la population en matière d'équilibre alimentaire, de composés organiques ou encore aux priorités sanitaires.

De son côté, le CESEC constate effectivement que l'élaboration de cette liste n'est pas clairement définie et qu'elle fait même preuve d'incohérences en ce qui concerne la partie alimentaire notamment au regard de critères sanitaires.

Outre le fait que les produits sucrés aient été retirés (mesure que salue le CESEC), le thon blanc frais a également fait l'objet d'un retrait. Par ailleurs, bien que retiré une première fois, il est envisagé de remettre au sein de cette liste le bœuf en conserve (*Punu Puatoro*).

Pour le CESEC, il apparaît fondamental que cette liste de produits réponde non seulement à des critères d'ordre sanitaire mais qu'elle garantisse également une accessibilité et une qualité des produits réglementés.

Le CESEC réitère ici sa recommandation faite en 2010 d'étoffer et d'améliorer la liste des PPN par des produits plus sains (tels que les fruits, légumes, le poisson

frais...) pour favoriser un meilleur équilibre alimentaire et d'agir sur les prix des autres produits alimentaires afin que le plus grand nombre accède à une meilleure alimentation.

Il est par ailleurs récurrent de constater que les prix des produits locaux frais sont très supérieurs à leurs équivalents importés. La réflexion sur l'établissement des PPN doit prendre en considération cet élément qui doit pouvoir, dans le cadre d'une politique agricole, faire l'objet d'actions précises.

L'ensemble de ces mesures doit être accompagné d'un contrôle rigoureux des prix et de sanctions.

Enfin, le CESEC souhaite attirer l'attention du gouvernement sur le régime spécifique du régime de la farine et, donc, du pain. Pour l'heure, le cahier des charges pour l'appel d'offre est basé sur le moins disant. Or, en l'état, la probabilité de recourir à des produits de moins bonne qualité est importante. Pour le CESEC, **ce régime d'appel d'offres doit faire l'objet d'une refonte afin d'intégrer des critères de qualité.**

2. Les interventions pour une meilleure qualité de l'alimentation :

Outre les mesures d'information et économiques (incitatives ou dissuasives) en faveur d'un régime alimentaire sain, l'OMS¹⁷⁸ considère que les décideurs peuvent créer un environnement alimentaire sain en instaurant une cohérence dans les politiques nationales et les plans d'investissements, notamment dans les politiques commerciales, alimentaires et agricoles notamment en :

- renforçant les mesures incitant les producteurs et les vendeurs à cultiver, utiliser et vendre des fruits et des légumes frais,
- encourageant la reformulation de la composition des produits alimentaires pour réduire les teneurs en graisses, en sucres libres et en sel/sodium.
- envisageant des instruments réglementaires et volontaires (par exemple des règlements sur la commercialisation et des politiques d'étiquettes nutritionnelles),
- encourageant les services de distribution des aliments et de restauration à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits, ce qui suppose de mettre à disposition des aliments sains et abordables, et de revoir la taille et le prix des portions.

a. Une politique agricole favorisant une production en quantité et en qualité

Pour rappel, le succès de la lutte contre le diabète, le surpoids et l'obésité passe par des actions multisectorielles intégrées et la responsabilisation. **Pour le CESEC, la politique agricole fait partie des mesures qui doivent s'inscrire dans cet ensemble et il est impératif que des efforts soient centrés sur ce secteur.**

La production agricole influence directement l'environnement alimentaire car elle détermine la disponibilité, la qualité et le coût des denrées alimentaires sur le marché, mais aussi indirectement, en ce qu'elle génère des revenus et détermine des structures sociales ainsi que des changements sur le plan environnemental.

Un cadre stratégique pour assurer un approvisionnement régulier

¹⁷⁸ Article OMS sur l'Alimentation saine : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.

Dans son rapport d'observations définitives en date du 6 septembre 2017, la Chambre territoriale des comptes dresse le triste constat que le secteur agricole de la Polynésie « connaît toujours les handicaps structurels identifiés depuis les années 1990 à savoir, le manque de foncier disponible, la faible qualification des agriculteurs et le manque de modernisation des pratiques culturales ».

Elle rappelle à cet effet que face aux importations d'un montant de 45 milliards de F CFP en 2015, la production agricole totale varie de 4 milliards de F CFP à 8 milliards ce qui ne permet pas d'améliorer le taux de couverture des besoins par la production locale étant précisé que ce niveau est essentiellement dû au coprah (qui représente 34%, les légumes et les fruits en représentant 23%).

Le service en charge de l'agriculture fait état, de son côté, de la disponibilité d'espaces fonciers tout en déplorant le manque de projets agricoles.

Fort de ces constats, le CESEC considère qu'il est urgent pour le Pays et l'ensemble des acteurs du secteur de l'agriculture de disposer d'une vision ou d'une stratégie globale claire de l'agriculture en Polynésie française et que soit établi au plus vite le schéma directeur de l'agriculture.

Un outil de planification devant fixer les grands axes stratégiques de la politique agricole du pays et ses objectifs est nécessaire pour orienter, coordonner et évaluer les programmes d'actions du pays et pour faciliter la pérennisation de la production, du transport et de la commercialisation d'aliments plus sains.

A ce titre, le CESEC réitère¹⁷⁹ le souhait que ce schéma directeur traite de l'ensemble des problématiques auxquels est confrontée la filière de l'agriculture et en particulier :

- ✓ le foncier et le désenclavement des terres agricoles,
- ✓ les actions de formation des agriculteurs,
- ✓ la biosécurité,
- ✓ l'usage des pesticides,
- ✓ le développement durable,
- ✓ la commercialisation des produits et l'encadrement des prix (avec la notion de commerce équitable),
- ✓ le développement des circuits courts,
- ✓ le transport interinsulaire,
- ✓ la fiscalité etc.

De même, la question de la « régionalisation des produits » et spécialisation doit également être abordée dans la mesure où chaque archipel de la Polynésie française a des spécificités en termes de productions (exemple des agrumes aux Marquises, coprah aux Tuamotu etc.).

Le secteur de l'agro-transformation doit continuer d'être soutenu au titre du principe de valorisation des produits locaux et ce, dans un souci de proposer des produits nouveaux pour les substituer aux importations ou pour concurrencer celles-ci.

¹⁷⁹ Avis n° 82/CESC du 24 mai 2017 du CESC sur le projet de loi du pays relatif aux aides agricoles.

Ce domaine est porteur d'innovation, il peut susciter une synergie dans le domaine de la recherche-développement et, de ce fait susciter un engouement auprès de la jeune génération. Le CESEC considère que la transformation de nos produits agricoles constitue non seulement une bonne façon d'écouler certaines productions mais également de tirer partie de tous les éléments d'un produit ou d'une matière première en les valorisant.

Enfin, le CESEC suggère, à l'instar de l'OMS, que les subventions agricoles encouragent la production de fruits et légumes.

Tendre vers une meilleure qualité et la valorisation du biologique

Si les pesticides, insecticides, raticides, fongicides et herbicides ne sont pas intrinsèquement des aliments, ils peuvent, dans la chaîne alimentaire, venir les imprégner et avoir un impact sur la santé¹⁸⁰.

Aussi, pour le CESEC, l'agriculture biologique doit, en Polynésie, continuer d'être développée et fortement soutenue.

Le CESEC recommande à cet effet que soit trouvée une substitution au glyphosate, herbicide total foliaire systémique aujourd'hui controversé pour ses effets sur la santé humaine, afin que l'importation, la vente et l'utilisation de ce produit soient interdites dans le temps.

b. Sur la qualité des produits alimentaires fabriqués localement

Les impacts sur la santé des aliments industriels

L'éclairage scientifique quant aux caractéristiques nutritionnelles et à la composition des aliments industriels confirme depuis un certain temps que les impacts sur la santé de ces aliments sont de plus en plus préoccupants. Plusieurs dimensions sont, dans ce cadre, prises en considération¹⁸¹.

D'une part, celle de la qualité nutritionnelle, c'est-à-dire la composition nutritionnelle comme la teneur en gras, en sucre, en sel, en calories, en fibres, en vitamines et en minéraux. Les aliments industriels sont réputés être trop gras, trop salés et trop sucrés.

La deuxième dimension à prendre notamment en compte tient à la présence d'additifs que ce soient des colorants, des conservateurs, des antioxydants, des agents de texture, des exhausteurs de goût, édulcorants ou autres.

Encadrer la production alimentaire industrielle locale

En Polynésie, aucune norme ne réglemente ou n'agit directement sur la qualité nutritionnelle des aliments ou sur la composition des produits alimentaires fabriqués localement.

Au regard des recommandations internationales, **le CESEC recommande que le pays définisse, par voie réglementaire, des standards de composition nutritionnelle par catégorie ou familles d'aliments fabriqués en Polynésie et ce, de manière à ce**

¹⁸⁰ Rapport de l'assemblée nationale n° 1266, Tome I, sur « l'alimentation industrielle : qualité nutritionnelle, rôle dans l'émergence de pathologies chroniques, impact social et environnemental de sa provenance ».

¹⁸¹ Ibidem.

que la quantité de sucres ajoutés, de graisses saturées et de sel soit réduite progressivement¹⁸², voire interdite, dans les denrées alimentaires afin de permettre aux fabricants de reformuler leurs produits et aux consommateurs d'adopter progressivement des produits améliorés.

Le CESEC préconise à cet effet de programmer par voie réglementaire, des objectifs échelonnés dans le temps, de composition nutritionnelle saine par familles d'aliments, pour les importations et les productions, en collaboration avec les importateurs et industriels locaux, afin d'adapter leurs activités.

Améliorer l'information des consommateurs

Une étude a montré qu'un affichage nutritionnel au niveau des rayons de supermarché pouvait avoir un impact significatif sur la consommation d'aliments plus sains dans bon nombre de groupes d'aliments¹⁸³.

Dans ce cadre, il est préconisé de choisir un étiquetage synthétique très simple, permettant une compréhension rapide du consommateur. En effet, en présence d'informations claires sur les qualités nutritionnelles des aliments, les consommateurs peuvent avoir la capacité d'agir en faveur de leur santé¹⁸⁴.

En Métropole, le NutriScore a été sélectionné¹⁸⁵. Via une lettre associée à une couleur, cet indicateur permet de positionner chaque produit sur une échelle à cinq niveaux, allant du plus favorable sur le plan nutritionnel (noté A) au moins favorable (noté E).



Le CESEC estime que l'information des consommateurs doit être améliorée en ce qui concerne les produits alimentaires fabriqués localement et que la traçabilité de ces derniers doit être assurée. Dans ce cadre, un étiquetage nutritionnel, comprenant un code couleur, doit clairement figurer sur ces produits.

En outre, un affichage nutritionnel doit être mis en place dans les rayons des commerces d'alimentation pour les produits locaux mais également pour les produits importés.

Favoriser l'accessibilité physique aux aliments sains

Enfin, l'accessibilité physique aux aliments de meilleure qualité nutritionnelle est importante. L'organisation spatiale de l'offre alimentaire, par rapport aux lieux de vie, a un impact sur les comportements de consommation d'achat et de consommation des ménages. **L'accès à une alimentation de bonne qualité nutritionnelle dépend non**

¹⁸² Sur une durée par exemple de 4 à 5 ans.

¹⁸³ Publication TRESOR-ECO n° 179 de septembre 2016, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter », Daniel CABY qui fait ici référence à Teisl M.F. et al. (2001), « Measuring the welfare effects of nutrition information », American Journal of Agricultural Economics 83.

¹⁸⁴ Points 40 et 61 de la Stratégie Mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

¹⁸⁵ Conformément aux recommandations de l'OMS et des directives de la commission du Codex Alimentarius, la loi de modernisation du système de santé française du 26 janvier 2016 a intégré dans son article 14 la mise en place, en France et en complément de la déclaration nutritionnelle obligatoire, d'une signalétique : le NutriScore.

seulement du prix des aliments et du budget disponible (partie traitée ultérieurement) mais aussi de la proximité et de la diversité de l'offre alimentaire. L'ensemble des commerces d'alimentation (notamment ceux de proximité) doivent être incités à proposer des produits de qualité et frais.



c. Une réglementation sur la restauration collective

Agir pour une meilleure qualité nutritionnelle

Si l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments achetés directement par les consommateurs est un enjeu majeur, il est également important d'accorder une attention particulière aux aliments servis en restauration collective qui peuvent contenir trop de calories, que ce soit en raison de la taille des portions, des ingrédients ou des méthodes de cuisson.

Le secteur de la restauration doit être impliqué dans le développement d'une offre alimentaire de qualité, à la fois goûteuse et équilibrée.

A l'instar des aliments industriels, le CESEC estime qu'une norme sur la teneur en sucre, en graisse et en sel dans les aliments de la restauration collective doit être établie.

Un guide destiné à la restauration collective portant sur les clés d'une alimentation équilibrée devrait être élaboré et distribué. Il serait à cet effet opportun de voir la possibilité d'obliger les restaurants de fournir une liste de la valeur nutritive de leurs produits permettant de connaître la quantité de glucides, de matières grasses, de sel et de calories des différents choix offerts au menu.

Agir pour limiter la taille des portions

Pour rappel, la taille des portions est un facteur pouvant avoir un impact majeur sur notre consommation. Ce constat permet d'**imaginer la mise en place de mesures simples au coût limité comme la fixation d'une « portion standard » dans les lieux de restauration collective.**

3. Les incitations financières pour l'accès à la pratique de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité

a. Soutien de l'activité physique

Le financement des fédérations et associations sportives est souvent associé aux résultats obtenus du sport en compétition, ce qui peut ne pas attirer les personnes qui souhaitent simplement faire de l'activité physique hors compétition.

Le CESEC note le projet de mise en place d'un conventionnement entre le Pays et les salles de sport. En contrepartie d'une réduction du taux de TVA, celles-ci

devront s'engager à diminuer leurs tarifs et à proposer certains abonnements à des tarifs préférentiels.

Pour l'institution, ce type de mesure est en effet à encourager. A cela devrait s'ajouter des subventions aux associations sportives afin de participer à l'existence d'une offre variée aussi bien en termes de type d'activité, de public cible, de contexte etc. Ce public doit pouvoir être les personnes âgées, pour une pratique préventive et curative d'activité physique.

b. Mesures de détaxes

A part les subventions données par le Pays, **il conviendrait que des détaxes ou des taxes à taux réduits soient appliquées au matériel sportif (les chaussures de sport, tout autre équipement sportif) comme c'est le cas actuellement sur les vélos, afin de permettre une meilleure accessibilité économique des familles au sport.**

Des mesures de détaxe existent à destination des fédérations mais pas en faveur des clubs affiliés. Aussi, **le CESEC recommande l'élargissement de ces mesures de détaxe à l'ensemble du matériel commandé par et pour des clubs et associations affiliés à des fédérations sportives délégataires de service public, le tout dans un texte spécifique au domaine sportif.**

Enfin, le CESEC propose que les mesures de détaxe de matériel sportif se répercutent sur les prix et profitent à la population en général.

Section 2 : La gestion du diabète et de ses complications

Maladie chronique, le diabète entraîne pour le patient un traitement quotidien, jusqu'à la fin de la vie. La mise en œuvre des traitements passe par une organisation médicalisée de soins mais aussi par une vigilance importante et permanente du patient qui doit acquérir une réelle compétence face à la maladie.

La prévention au stade de la maladie déclarée a pour but d'éviter les complications liées à la persistance de l'hyperglycémie, phase de la maladie de coût maximal, tant sur le plan humain que financier. Les objectifs sont le diagnostic précoce, le ralentissement de l'évolution de la maladie vers l'infirmité, la dépendance et le décès prématuré. Les patients ont besoin de l'intervention répétée de différents soignants et spécialistes.

Dès le diagnostic du diabète porté, le patient doit se voir proposer :

- une éducation nutritionnelle continue,
- une surveillance adaptée,
- des informations complètes sur sa maladie.



A- Le diagnostic précoce de qualité : un impératif pour un traitement efficace

1. *Le dépistage du diabète :*

a. **Pour le diabète de type 1 :**

Le dépistage du diabète de type 1 est généralement réalisé chez les personnes jeunes présentant des symptômes tels qu'une soif intense, un amaigrissement rapide, des urines abondantes.

Il commence par une prise de sang. En cas de résultat anormal, une seconde prise de sang s'impose pour confirmer le résultat. Ce sont les marqueurs immunitaires qui permettent de confirmer le diagnostic. Un nouvel examen (sanguin et urinaire) sera éventuellement effectué tous les deux à trois mois. En cas de complications spécifiques au diabète de type 1, un examen annuel est effectué au niveau du cœur, du système nerveux, des yeux et des pieds.

b. **Pour le diabète de type 2 :**

Le diabète de type 2 évoluant souvent sans aucun symptôme pendant des années, le diagnostic et son dépistage sont faits le plus souvent par hasard.

Toutefois, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un dépistage des plus de 45 ans présentant l'un des marqueurs et/ou facteurs de risque du diabète (surpoids, sédentarité, antécédent personnel ou familial, prédiabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, précarité).

Le test recommandé en la matière est le test de glycémie veineuse à jeun, effectué en laboratoire.

2. *La nécessité d'un diagnostic précoce du diabète de type 2*

Selon l'OMS, « *le point de départ, pour bien vivre avec le diabète, est un diagnostic précoce. Plus une personne vit longtemps avec un diabète non diagnostiqué et non traité, plus ses résultats sanitaires sont compromis* »¹⁸⁶.

Un dépistage précoce peut permettre d'empêcher ou de retarder son apparition. Grâce à ce dépistage, il est possible d'intervenir en amont pour retarder l'apparition de la maladie, grâce à de bonnes pratiques (alimentation saine, perte de poids, sport...).

Vu la situation alarmante de l'obésité et du diabète en Polynésie, tant sur le plan social que financier ainsi que sur la nécessité de retarder et de réduire l'apparition des complications chez les personnes atteintes du diabète et, compte tenu des données épidémiologiques de la Polynésie française, **le CESEC recommande de rendre obligatoire le dépistage du diabète à partir de l'âge de 40 ans, au cours de la visite chez le médecin traitant ou lors du choix du médecin traitant**¹⁸⁷, **via un test de glycémie capillaire à jeun.**

Conformément aux recommandations de la HAS, **le CESEC préconise que le dépistage du diabète de type 2 soit renouvelé :**

¹⁸⁶ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.47.

¹⁸⁷ Loi du pays n° 2018-14 du 16 avril 2018.

- **Après 1 à 3 ans si la glycémie à jeun est inférieure à 1,10 g/l ;**
- **1 an plus tard si la glycémie à jeun est comprise entre 1,10 g/l et 1,25 g/l.**

B- Le panier de soins : à adopter en extrême urgence

1. Une préconisation de longue date

Dans le cadre de son rapport d'autosaisine de 2010¹⁸⁸, le CESEC préconisait la mise en place d'un système de « paniers de soins » pour les dépenses en longues maladies afin de permettre de **limiter les consommations inconsidérées de certaines prestations médicales et médicamenteuses**. Pour le CESEC, ce panier de soins doit avoir pour objet de **fixer une quantité prédéfinie de prestations et médicaments à ne pas dépasser** en fonction des pathologies, **les consommations supplémentaires étant à la charge du patient**.

Aujourd'hui, trois paniers de soins sont mis en place en application de la loi du pays n° 2018-14 du 16 avril 2018 et par arrêté pris en conseil des ministres n° 740/CM du 16 mai 2019. Ils concernent le rhumatisme articulaire aigu, l'insuffisance coronarienne chronique stable, et l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte. Les prescriptions prévues par ces paniers de soins sont prises en charge dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Toutefois, **le panier de soins relatif au diabète, bien que préparé, n'a toujours pas été adopté. Compte tenu des évolutions observées en matière de dépenses de santé, le CESEC s'inquiète fortement et recommande l'adoption en extrême urgence de ce panier de soins.**

2. Un panier de soins spécifique au diabète

Pour le CESEC, le panier de soins spécifique au diabète doit être établi en précisant son périmètre, c'est-à-dire le nombre et la nature des biens et services couverts, conformément à la loi du pays 2018-14 du 16 avril 2018 relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins.

Le CESEC rappelle qu'il préconisait dans son avis n° 87 du 3 août 2017 relatif à loi du pays précitée, de préciser les conditions et critères qui permettront de définir le panier de soins pour un besoin médical donné.

Dans ce cadre, le CESEC estime que la condition première pour bénéficier d'un meilleur remboursement est la mise en place effective de ce panier de soins et que le dispositif réglementaire doit prévoir la portée et les conditions d'application du panier de soins pour le « diabète compliqué » et le « diabète simple ».

Par ailleurs, la Cour des comptes, dans un rapport récent sur l'assurance maladie en métropole, recommande que soient étudiées les modalités d'une prise en charge effective des actions éducatives et préventives dans le domaine de la santé. Selon elle¹⁸⁹, l'installation de la prévention au cœur des décisions financières et des pratiques médicales est de nature à éviter des dépenses futures considérables. Elle précise que

¹⁸⁸ « Rapport sur la réforme de la protection sociale généralisée » n° 145/CESC adopté le 20 août 2010, page 70.

¹⁸⁹ Rapport de la Cour des Comptes « L'avenir de l'Assurance Maladie » - Novembre 2017.

« cette préférence pour le présent se traduit par un choix implicite de sacrifier des dépenses pourtant faibles, liées à des pratiques ou à des traitements préventifs, au bénéfice de la prise en charge d'épisodes aigus, souvent traités avec les coûts très élevés de l'hôpital, qui se révéleront nécessaires lorsque les pathologies non évitées se traduiront par des besoins de prise en charge lourde ».

Le CESEC adhère à ces observations et considère qu'il faut développer les dispositifs de prévention et de dépistage du diabète dans la perspective de diminuer la survenue de complications et dès lors améliorer la qualité de vie des patients.

Il est favorable au principe d'intégrer des mesures de prévention médicalisée dans le panier de soins et préconise de préciser dans la réglementation les conditions dans lesquelles les biens et services préventifs pourront l'intégrer.

En outre, **le mode de financement de ce panier de soins, ne doit pas reposer sur les seules cotisations sociales mais également sur une contribution du Pays.** Cette question doit s'inscrire dans le cadre de la réforme globale de la protection sociale généralisée.

Enfin, de manière plus générale, les paniers de soins sont souvent perçus par le corps médical comme une restriction apportée à la prise en charge de leur patient. De ce fait, ils doivent être mis en place en étroite collaboration avec les médecins prescripteurs, seul gage de leur respect et de l'amélioration tant médicale (pour le malade) que financière (pour la CPS).

C- Education thérapeutique et accompagnement

Le diabète et sa prise en charge ont un impact important pour le patient : il faut adopter et maintenir des habitudes de vie saine, entrer dans un suivi médical régulier, adapter les traitements et savoir gérer les risques du diabète et de son traitement.

Dans ce cadre, le renforcement des compétences du patient est indispensable, tant pour assurer ses propres choix en santé (*empowerment*), son autonomie, que pour obtenir une décision partagée sur les choix thérapeutiques.

1. La nécessaire promotion de l'éducation thérapeutique

L'objectif 2 de l'axe 3 du Schéma de prévention et de promotion de la santé 2016-2021 prévoit de « promouvoir l'éducation thérapeutique » en formant les professionnels aux concepts et techniques de l'éducation thérapeutique (action 1) et en organisant la mise en place de l'éducation thérapeutique au sein des services (action 2).

En application de l'article LP 10 de la loi du pays du 16 avril 2018, l'éducation thérapeutique relève des missions du médecin traitant qui est en charge de développer une approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelles, familiales, sociales et culturelles.

L'efficacité de la prise en charge du diabète dépend de l'observance par les patients des recommandations et du traitement. Dans ce cadre, l'éducation des patients constitue une composante essentielle de cette prise en charge. Selon l'OMS, « les patients ont besoin de comprendre les principes et l'importance d'une alimentation saine, d'une activité physique

adéquate, de l'absence de tabagisme et de consommation nocive d'alcool, de l'observance du traitement médicamenteux, de l'hygiène des pieds et du port de chaussures appropriées, et de la nécessité d'évaluer périodiquement le contrôle métabolique et la présence ou la progression des complications »¹⁹⁰.

L'éducation thérapeutique vise donc à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec la maladie et à leur apporter des ressources d'adaptation permettant de renforcer leur autonomie. L'éducation thérapeutique doit prendre en compte, dans le cadre de l'acte de soin, le vécu et l'expérience antérieure de la personne, ses besoins et ses conditions de vie¹⁹¹. Elle passe par la mise en place de règles hygiéno-diététiques¹⁹² et d'une surveillance régulière au niveau cardiaque, dentaire, ophtalmologique et podologique.

Pour le CESEC, l'éducation thérapeutique du patient diabétique doit faire partie intégrante du traitement et de l'acte de soin du diabète.

Pour gérer leur traitement, les patients diabétiques de type 2 doivent réaliser eux-mêmes des actes techniques et prendre des décisions d'ordre thérapeutique, l'ensemble étant désigné par le terme de « comportements de soins ». Or l'adhésion à ces comportements de soins dépend de nombreux facteurs : psychologiques, affectifs, familiaux et socioculturels, dont les connaissances nécessaires à la gestion du traitement.

Une éducation thérapeutique permet aux patients d'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'autosoins et d'adaptation, de les renforcer et de les maintenir dans le temps. Elle peut encourager le patient à assumer un rôle actif au sein de l'équipe de soins et faciliter l'autogestion de sa maladie ou symptômes chroniques¹⁹³.

Pour le CESEC, l'éducation thérapeutique est une nécessité en matière de gestion du diabète mais également du surpoids et de l'obésité, compte tenu de l'intérêt qu'elle représente.

Pour rappel, le diabète est une maladie qui se trouve au confluent des habitudes alimentaires, sociales, culturelles et médicales. Sa difficile détection, sa prise en charge et son traitement nécessitent **une liaison constante entre le praticien et l'individu**. C'est donc au travers de cette relation que doit pouvoir s'établir l'éducation thérapeutique.

Dans ce cadre, **les nouveaux outils numériques doivent pouvoir constituer notamment un outil ainsi qu'un support intéressant pour le développement de l'éducation thérapeutique.**

¹⁹⁰ Rapport mondial sur le diabète 2016, Organisation Mondiale de la Santé, p.51.

¹⁹¹ Définition donnée sur le site du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>

¹⁹² Ces règles hygiéno-diététiques ont pour objet d'inciter : - à une activité physique régulière ; - à l'amélioration de l'équilibre nutritionnel ; - à une restriction calorique en cas de surpoids ; - au sevrage tabagique ; - à la correction d'une dyslipidémie par des mesures diététiques et/ou l'observance thérapeutique médicamenteuse ; - à la bonne observance du traitement d'une hypertension artérielle éventuelle.

¹⁹³ Haute Autorité de Santé « Éducation thérapeutique du patient (ETP), Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation ». Juin 2018.

Enfin, dans le même ordre d'idée que pour les actions de prévention (nutrition et activité sportive), **le CESEC recommande que soit étudiée la possibilité d'intégrer, dans le panier de soins du diabète, l'éducation thérapeutique.**

2. L'accompagnement

Outre l'éducation thérapeutique faite au sein de l'acte de soin, l'accompagnement des personnes atteintes du diabète doit s'effectuer en dehors de l'acte de soin.

a. Un besoin :

Au cours d'une année, une personne atteinte d'une maladie chronique telle que le diabète, passe un certain nombre d'heures avec ses soignants mais également une majeure partie du temps à se soigner elle-même.

Aussi, l'état de santé du patient dépend beaucoup des soins qu'il se fournit à lui-même et de l'aide de ses proches. La vie avec une maladie chronique n'est pas restreinte au traitement. Il s'agit également de s'adapter aux conséquences que la pathologie entraîne au quotidien sur le plan personnel, familial, professionnel et social.

Dans ce cadre, les patients doivent pouvoir être accompagnés pour ne pas se sentir seuls ou désemparés notamment face aux menaces de complications et aux variations de la glycémie qu'implique la maladie du diabète.

Le rôle de l'entourage, des proches, des mouvements associatifs mais également des pairs est important. Ces personnes doivent pouvoir être en mesure d'accompagner les personnes atteintes du diabète.

En outre, **le CESEC estime que la population doit pouvoir accéder à une information et des conseils sur la prévention voire la prise en charge en charge du surpoids, de l'obésité et du diabète.**

b. La nécessité de remettre en place une structure dédiée à cet accompagnement :

Créée en 2003 pour répondre aux recommandations nationales et internationales dans le domaine de la prise en charge du diabète et du Schéma d'organisation sanitaire 2003-2007, la Maison du Diabétique relevant de l'association la Maison du Diabétique, a fermé ses portes le 31 juillet 2015 pour des raisons principalement financières et structurelles.

Le CESEC regrette la fermeture d'une telle structure de référence pour les personnes atteintes du diabète.

Selon le ministère de la santé, une nouvelle structure pourrait être remise en place mais sous une forme différente sur le plan administratif, l'ancienne structure étant associative, ce qui impliquait des difficultés notamment sur le plan financier.

Aussi, **le CESEC recommande la mise en place d'une structure publique d'accompagnement, au quotidien, non seulement des personnes atteintes du diabète mais également des personnes souhaitant s'informer (notamment pour accompagner elles-mêmes un malade) ou prévenir cette pathologie. Cette structure doit en effet être pluridisciplinaire et ouverte à un large public.**

A cet effet, **cette structure doit être dotée de moyens humains suffisants, mobiles et formés.** En tant qu'instance pluridisciplinaire, elle requière l'intervention de différents acteurs aux compétences diverses et complémentaires : médecin, diététicien, infirmier, psychologue, conseiller sportif, assistant social etc.

Par ailleurs, **il est essentiel que ces intervenants aillent au devant de la population (mairies, quartiers, associations...) et qu'ils se déplacent dans les différents archipels.**

Enfin, la mise en place d'une telle structure doit également permettre un accompagnement par les pairs (les personnes atteintes elles-mêmes de la maladie). En effet, cet échange entre patients facilite la mobilisation des ressources personnelles en bénéficiant du regard, des connaissances et des expériences de chacun. Cette structure doit en effet constituer un espace de parole et d'échange avec un encadrement professionnel, l'équilibre de vie médico-psycho-social étant nécessaire pour un diabète équilibré.

D- L'insuffisance rénale et la dialyse :

1. Les enjeux de santé et financiers

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) représente un enjeu majeur de santé publique, tant par ses répercussions sur la qualité de vie des patients que sur son incidence sur les dépenses de l'assurance maladie. Il s'agit en effet d'une pathologie particulièrement lourde et complexe nécessitant le remplacement des reins, soit par une greffe rénale, soit en cas d'impossibilité de greffe ou en attente d'un rein, obligeant à une dialyse : hémodialyse, sur une fistule artérioveineuse, en général 3 fois 4 heures par semaine, ou dialyse péritonéale sur un cathéter intra péritonéal.

En Polynésie française, la première cause de l'insuffisance rénale est le diabète et le syndrome métabolique (obésité, hypertension, protéinurie, dyslipidémie etc.) pour plus de 55%. La deuxième cause est la goutte. En 3^{ème} cause, on compte les néphropathies héréditaires : le syndrome d'Alport (patients originaires de Rimatara) et la polykystose rénale. Enfin les « glomérulopathies » ou maladies propres du rein, pour 15 à 20% des pathologies.

Pour rappel, un patient dialysé représente, pour la CPS, en moyenne 10 millions de F CFP par an en termes de dépenses de santé. Un greffé d'un rein représente, quant à lui, 15 millions de F CFP pour la première année de greffe, avec l'intervention, les hospitalisations et les traitements médicaux anti rejets puis, en dehors d'éventuelles complications, 10% de cette somme tous les ans.

Soit, selon la CPS, pour l'ensemble des patients insuffisants rénaux terminaux, une dépense totale aux alentours de 3,5 Milliards de F CFP, la dialyse représentant la partie la plus importante de l'enveloppe des dépenses.

Sur les 10 dernières années, le nombre total des patients Insuffisants Rénaux Terminaux est passé de 257 en 2008 à 669 en 2018 : 425 patients sont hémodialysés dont 170 patients sont traités en centre à l'hôpital, et 255 en hors centre, 55 patients sont en dialyse péritonéale, et 189 sont greffés.

En effet en fonction de la gravité des comorbidités associées à l'insuffisance rénale, les techniques de prises en charge se font soit en centre hospitalier pour les patients les plus « lourds » ou âgés, soit « hors centre », en structure de type unité de dialyse médicalisée (UDM) ou unité d'auto dialyse (UAD). Parfois une même structure peut fonctionner en alternance de type UDM ou UAD, soit enfin à domicile par la dialyse péritonéale (DP), ou Hémodialyse quotidienne à bas débit (HDQBD).

En Polynésie française, les besoins en dialyse sont croissants en grande partie du fait de la prévalence élevée de l'obésité et du diabète, l'offre est en tension et sur - utilisée.

Selon les représentants de l'APAIR-APURAD, l'ensemble des structures est à saturation depuis de nombreuses années pour le CHT et depuis 2011 pour le hors centre qui a fait l'objet par le ministère de la santé, de dérogations accordées au-delà des normes techniques réglementaires de fonctionnement¹⁹⁴.

Le Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) 2016-2021¹⁹⁵ a posé comme un de ses principes fondateurs « *la priorité du renforcement de l'équité territoriale* » avec, en l'espèce, l'objectif de traiter les dialysés en se rapprochant le plus possible de leur domicile et ce, tout en imposant, dans le cadre de l'axe 3.1, une procédure d'appel à projets afin de permettre d'agir à la baisse sur les coûts. Selon le SOS, l'offre de soins devra être répartie entre les différentes techniques et privilégiera les modes les plus efficaces.

2. La nécessité de mieux maîtriser les coûts

Compte tenu de ces constats, **le CESEC reconnaît que la priorisation de l'offre de dialyse prévue par le SOS est primordiale. Il estime toutefois que la saturation des postes de dialyse implantés en Polynésie doit conduire, autant que faire se peut, au développement de la greffe rénale mise en place depuis 2012**¹⁹⁶.

Si la greffe rénale présente, dans l'absolu, la meilleure option thérapeutique¹⁹⁷, elle ne peut être réalisée pour l'ensemble des patients pour de nombreuses raisons, comme les comorbidités associées ou la disponibilité de greffons.

Aussi, le CESEC recommande que des campagnes de sensibilisation et d'information sur le don d'organe et la greffe rénale soient régulièrement menées auprès de la population.

Par ailleurs, **les actions de dépistage précoce et de prévention de la pathologie doivent être effectuées de manière poussée dans le cadre du suivi des personnes atteintes de diabète et les personnes présentant des risques particuliers** (telles que celles atteintes de maladies cardio-vasculaires).

Enfin, dans le but de conjuguer au mieux la qualité de la prise en charge et la maîtrise des coûts, le CESEC estime que le financement de l'ensemble de l'offre de

¹⁹⁴ Fixées par Arrêté pris en conseil des ministres du 4 février 2009.

¹⁹⁵ Délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016.

¹⁹⁶ Avis n°41/CESEC du 19 novembre 2015 du CESEC sur le projet de délibération portant approbation du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016-2021.

¹⁹⁷ Notamment lorsqu'elle est réalisée à titre préemptif, c'est-à-dire avant qu'une dialyse ne soit entreprise.

traitement de l'IRCT doit relever du budget du Pays et non plus du budget de la CPS.

Section 3 : Un pilotage global nécessaire

Comme il a pu être vu jusqu'à présent au sein de ce rapport, **les questions de santé publique comme celles concernant le diabète, maladie chronique, sont des questions qui débordent largement le cadre strict de la santé en interpellant tous les autres secteurs influençant le mode de vie, tels que l'éducation, l'économie, le sport, l'agriculture, les transports, l'urbanisme** pour ne citer que quelques exemples significatifs.

Pour le CESEC, la réponse à la cause multifactorielle du diabète et de l'obésité doit être multisectorielle, coordonnée et intégrée.

Le CESEC constate que beaucoup d'initiatives sont prises et que de nombreuses actions sont menées. Elles sont toutefois dispersées, ce qui nuit à la lisibilité globale du processus et pose la question de la cohérence de la stratégie développée et de son optimisation.

En outre, les actions, reposant sur les mouvements associatifs et dépendant de ce fait de soutiens limités dans le temps, demeurent, par nature, des mesures fragiles (pour mémoire, la fermeture de la Maison du diabétique). Or, la pérennité des financements est une question clé pour que les actions initiées puissent atteindre, par leur durée, un certain niveau d'efficacité.

Pour se faire, il est indispensable de prévoir une gouvernance adaptée et dotée d'un pouvoir politique suffisant afin de lui permettre un pilotage opérationnel efficace.

Enfin, l'évaluation rigoureuse des actions doit constituer une autre priorité. Une méthodologie d'évaluation doit être développée pour justifier les mesures prises et orienter l'ensemble des acteurs.



A- Une réponse multisectorielle qui doit être coordonnée :

1. La politique de la santé et la stratégie en matière de diabète

a. Sur le principe de bonne gouvernance de la promotion de la santé

A la question de savoir « *qu'est ce que la promotion de la santé ?* », l'OMS¹⁹⁸ répond qu'elle permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé et qu'elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales, conçues pour favoriser

¹⁹⁸ OMS, Questions réponses, Qu'est-ce que la promotion de la santé ? Août 2016.

et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel, en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison.

Dans ce cadre, **une bonne gouvernance est indispensable. La promotion de la santé exige des responsables politiques de faire de la santé un axe central de la politique gouvernementale. Cela signifie qu'ils doivent prendre en compte les implications sanitaires dans toutes les décisions qu'ils prennent et, donner la priorité aux politiques qui évitent que les individus tombent malades.**

b. La nécessité d'un programme spécialement dédié au diabète

Le SOS 2016-2021 fait de la lutte contre le surpoids une clause obligatoire dans les politiques sectorielles qui doivent assumer des choix impactant le mode de vie et l'environnement des Polynésiens pour une meilleure santé. Il prévoit, à cet effet, dans ses orientations et actions, l'élaboration d'un schéma de prévention du surpoids et de l'obésité au sein de son 4ème axe.

En pratique, les programmes ou plans concourent à la réalisation d'une politique. Ils en sont les instruments et c'est leur cohérence d'ensemble qui assure l'efficacité de la politique menée.

Le programme prévention de la direction de la santé concerne les maladies non transmissibles en général. Or, compte tenu des enjeux du diabète, une attention particulière et un suivi permanent doivent pouvoir être effectués au niveau de la maladie en elle-même et de ses facteurs de risque.

Pour le CESEC, un programme ou une stratégie spécifique au diabète doit également être élaboré pour fournir aux différents acteurs un cadre permettant de prendre en charge le diabète dans toute sa complexité et améliorer, de manière durable, les résultats sanitaires.

2. La mise en place d'un pilotage et d'une coordination

Le constat est fait que beaucoup d'actions sont initiées et menées par différentes entités (tant publiques que privées). Toutefois, le CESEC a le sentiment qu'elles se font de manière cloisonnée et le plus souvent, à titre expérimental.

Or, pour mettre en œuvre les différentes mesures et actions, il est indispensable de prévoir une gouvernance adaptée et dotée d'un poids politique suffisant afin de lui permettre un pilotage opérationnel efficace.

Il est de mise pour tous les acteurs de comprendre leurs rôles et leurs marges de manœuvre au sein de cette stratégie ambitieuse.

a. Un portage interministériel

Le Schéma de prévention et de promotion de la santé (SPPS) propose une approche interministérielle et multisectorielle en fédérant les services publics du Pays, les communes, les partenariats public-privé autour d'un objectif commun : le maintien d'un bon état de santé pour la population polynésienne.

Compte tenu de l'influence de l'alimentation sur la santé, le SPPS s'est fixé des objectifs ambitieux tels qu'une modification des comportements alimentaires, la promotion de l'activité physique, la lutte contre le surpoids et l'obésité.

Est prévu, à cet effet, la création d'un comité interministériel pour la prévention et la promotion de la santé (CIPPS) représentatif des différents secteurs concernés (services du Pays, communes, associations, structure d'accueil d'enfants et des jeunes, société civile, secteur privé...).

Pour le CESEC, ce comité interministériel doit se mettre en place urgemment.

En l'absence d'une véritable structure interministérielle susceptible de disposer d'un pouvoir d'impulsion et de décision, **le schéma de prévention n'est pas en mesure d'imposer ses orientations stratégiques aussi bien aux administrations qu'aux acteurs économiques impliqués dans le débat sur le surpoids et l'obésité, ni de servir de levier pour agir sur l'environnement ou sur l'aménagement urbain.** Par conséquent, il est dans l'impossibilité de prendre les mesures permettant de réaliser les objectifs fixés.

Le rôle de l'interministérialité est d'organiser autour des grands axes d'actions la participation intersectorielle des ministères et des services concernés.

En outre, le SOS prévoit au sein de son Axe 4 de « *redonner aux communes un rôle dans la santé* » au travers de comités locaux. **Le CESEC considère en effet qu'un pilotage global en matière de santé doit intégrer un niveau communal et que ces comités locaux doivent être constitués dans les meilleurs délais.**

Le CESEC considère que les partenariats sont importants, ils créent une synergie d'intervention et permettent d'éviter les chevauchements.

b. Une coordination et une concertation via une délégation à la prévention de l'obésité et du diabète

La prévention et la prise en charge efficaces du diabète nécessitent un leadership à chaque niveau pour sensibiliser les intervenants à l'importance de la maladie et obtenir l'engagement des diverses parties de s'attaquer à ce grave problème de santé.

Aussi, **le CESEC recommande la création d'une délégation à la prévention de l'obésité et du diabète placée sous l'autorité du Président de la Polynésie française.**

Cette délégation doit avoir pour rôle de planifier, coordonner et piloter l'élaboration des références et recommandations, les démarches de mise en œuvre, l'évaluation d'impact sur la santé, de l'ensemble des mesures liées à la lutte contre l'obésité et le diabète.

Le CESEC préconise que le responsable de cette délégation siège au comité interministériel pour la prévention et la promotion de la santé. Il doit par ailleurs être informé et associé aux propositions de politiques publiques ayant un impact sur son activité.

3. Un budget dédié à la prévention pérenne et à la hauteur des besoins

a. Les moyens actuellement consacrés à la prévention

Alimenté par le budget général à hauteur de 100 millions de F CFP¹⁹⁹ puis de 135 millions pour l'année 2018²⁰⁰, le Fond de prévention pour la promotion de la santé a été financé par le budget général à hauteur de 235 millions de F CFP au titre du budget primitif de 2019 pour amorcer les démarches de prévention²⁰¹ puis abondé de 384 millions de F CFP en avril 2019²⁰² (soit un budget modifié 2019 de 619 millions de F CFP).

Selon les débats à l'Assemblée de la Polynésie française lors de l'adoption des mesures fiscales sur le sucre dont l'entrée en vigueur a été différée au 1^{er} septembre 2019, les prévisions de recettes supplémentaires sont de l'ordre de 400 à 600 millions de F CFP par an au titre de la fiscalité comportementale²⁰³.

La Caisse de Prévoyance Sociale consacre, quant à elle, 50 millions de F CFP chaque année à la prévention.

b. La nécessité d'un budget et des moyens plus conséquents

Augmenter le budget dédié à la prévention :

En l'état des chiffres précités, **le CESEC estime que la part budgétaire de la prévention reste trop modeste par rapport aux dépenses courantes de santé (évaluée à 79,4 milliards CFP en 2015²⁰⁴) ou à la consommation de biens et services médicaux en perpétuelle augmentation.**

Or, l'insuffisance des moyens consacrés à la prévention engendre pourtant des dépenses de santé différées extrêmement lourdes pour la collectivité. La stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique affirme que les interventions les plus rentables pour endiguer l'épidémie mondiale de maladies non transmissibles (dont le diabète) sont de nature préventive et visent les facteurs de risques associés à ces maladies. Considérées comme indispensables, ces mesures doivent bénéficier d'un soutien tant politique que financier dans les plans de développement²⁰⁵.

Pour le CESEC, le budget de la prévention, et particulièrement celui destiné à la lutte contre le surpoids et l'obésité, doit être fortement abondé et ce, au moyen

¹⁹⁹ Délibération n° 2017-114 APF du 7 décembre 2017 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2018.

²⁰⁰ Délibération n° 2018-51 APF du 19 juillet 2018 portant modification n° 1 de la délibération n° 2017-114 APF du 7 décembre 2017 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2018.

²⁰¹ Délibération n° 2018-97 APF du 6 décembre 2018 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2019.

²⁰² Délibération n° 2019-27 APF du 8 avril 2019 portant modification n° 1 de la délibération n° 2018-97 APF du 6 décembre 2018 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2019.

²⁰³ Débats à l'Assemblée de la Polynésie française du 6 décembre 2017 sur rapport n° 156-2018 sur le projet de loi du pays portant diverses mesures fiscales pour le financement des actions de prévention en matière de santé publique - Paru in extenso au Journal Officiel 2019 n° 2 APF du 31/01/2019 à la page 190 – Débats à l'APF du 27 juin 2019 sur rapport n° 52-2019 sur le projet de loi du pays portant modification du régime de la taxe de consommation pour la prévention.

²⁰⁴ Schéma de prévention et de promotion de la santé de Polynésie française 2018-2022, Page 3.

²⁰⁵ Point 48 de la stratégie mondiale approuvée en mai 2004 (WHA 57.17).

des mesures fiscales et économiques préconisées en amont (telles que les taxes sur le sucre, les produits gras et salés).

Renforcer les moyens humains :

Le manque de moyens humains avec notamment le manque de postes pour assurer un service de proximité en termes de prévention constituent, pour la direction de la santé, une problématique importante.

Pour le CESEC, des postes doivent être créés pour agir au plus près de la population. Dans ce cadre, le personnel des structures sanitaires périphériques doit être renforcé ainsi que celui de la médecine scolaire. Cela implique également la constitution du personnel de la structure dédiée à l'accompagnement.

Mobiliser et former les divers intervenants :

Les premiers acteurs à mobiliser, aux côtés des professionnels de santé, et à former sur les questions de prévention et de promotion de la santé, sont les intervenants associatifs, les éducateurs au contact des jeunes, les enseignants et les professeurs de sport dans les écoles, etc.

Il est en effet nécessaire de raisonner sur l'ensemble des compétences mobilisables, dans chaque profession, sans oublier le rôle des usagers et des patients, particulièrement déterminant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

B- La nécessaire évaluation pour des résultats d'efficacité :

Dès le début de ses travaux, le CESEC a constaté la difficulté d'accéder à des données chiffrées officielles fiables sur la prévalence du diabète en Polynésie française. Par la suite, une fois ces éléments communiqués par les services concernés, le CESEC a été confronté à une forte discordance dans ces données.

D'une part, la Direction de la santé fait état, via les chiffres de l'Atlas du Diabète de 2017, d'un nombre de 45 000 diabétiques en Polynésie française. De son côté, la CPS recense près de 12 000 personnes diabétiques pour la même année.

Pour la Direction de la santé, l'écart s'explique par la prise en compte, dans les 45 000 personnes diabétiques, d'une partie de la population « *potentiellement* » atteinte du diabète.

1. *La nécessité d'une bonne connaissance épidémiologique*

La Chambre territoriale des comptes (CTC), dans son rapport sur la « mission santé » pour les exercices 2010 et suivants, a constaté pour sa part que « *faute du maintien de l'activité de l'observatoire de la santé (...), les données sur la situation de la santé en Polynésie française sont parcellaires et discontinues dans le temps* ». Or, selon elle, il est nécessaire « *de bien connaître l'épidémiologie de la population pour pouvoir prendre les mesures sanitaires utiles* ».

Elle recommande, dans ce cadre, de réactiver l'observatoire de la santé et du secteur social créé en 1997²⁰⁶ afin de disposer d'indicateurs épidémiologiques complets, fiables et régulièrement mis à jour sur l'état de santé de la population polynésienne, indicateurs qui permettront de définir puis d'évaluer la politique de prévention.

A cet effet, les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé prévoient de doter le Pays de cet observatoire²⁰⁷.

Pour le CESEC, la bonne connaissance épidémiologique du diabète est indispensable non seulement pour le suivi quantitatif et qualitatif de l'évolution du surpoids, de l'obésité et du diabète mais également pour aider à la prise de décisions dans le domaine de la politique de santé publique susceptibles d'influer sur leur cours, compte tenu de l'importante progression du diabète de type 2 en Polynésie.

Le CESEC recommande la mise en place d'une surveillance régulière épidémiologique au travers d'une enquête transversale confiée à l'observatoire de la santé qui doit effectivement être remis en service rapidement.

L'ISPF constitue également un outil de collecte de données. **Le CESEC préconise à cet effet que le recensement de la population comprenne un volet sanitaire avec notamment des mesures de la taille et du poids de chaque individu.**

2. Mesurer précisément les effets des actions mises en place

L'OMS donne à l'évaluation un rôle central dans les politiques de santé publique. Selon elle, « *l'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles* »²⁰⁸.

Elle doit permettre de vérifier que des objectifs ont été atteints et de justifier ainsi l'utilisation des finances publiques. Elle est également utile pour piloter les plans d'action, les réorienter ou les infléchir²⁰⁹. Il est donc urgent d'investir en matière de méthodologie d'évaluation pour conduire et ajuster les actions engagées et capitaliser les connaissances.

Le SOS prévoit de confier à l'observatoire de la santé le soin de définir des stratégies d'évaluation en matière de prévention et de favoriser l'analyse, la recherche, le suivi à travers des enquêtes régulières, des suivis de cohorte²¹⁰.

Pour l'heure, le CESEC constate que ces données et ces méthodes font défaut en Polynésie. **Aussi, l'institution recommande que l'ensemble des mesures mises en œuvre par le Pays soit évalué à court (3 ans), moyen (5 ans) et long terme (10 ans).**

²⁰⁶ Par délibération du 13 août 1997.

²⁰⁷ Axe 1^{er} des orientations – point 1.4.2.

²⁰⁸ Partie citée dans l'article de Poulain Jean-Pierre, « 2. Eléments pour une stratégie de lutte contre l'obésité » dans : Sociologie de l'obésité, 2009, p. 244-273.

²⁰⁹ Ibidem.

²¹⁰ Axe 4. Point 4.3.3.

En effet, le suivi et l'évaluation notamment des politiques fiscales, sont essentiels pour apprécier leur effet sur les prix, et fournir des informations utiles à leur révision et leur amélioration.

Il apparaît enfin nécessaire, compte tenu de la multiplicité de leurs actions et initiatives, de **soutenir la mise en place d'une démarche qualité dans les associations afin qu'elles soient en mesure d'évaluer leurs actions.** Il serait de ce fait, nécessaire de les accompagner dans cette démarche, par la mise en place de formulaires types d'auto-évaluation et surtout de guides pour les méthodes d'évaluation. Pour cela, des indicateurs précis doivent être travaillés et fixés pour recueillir des résultats.

CONCLUSION

Le diabète est une maladie²¹¹ qui se traduit par une hyperglycémie chronique, porteuse à terme de complications sévères et invalidantes.

Il présente un caractère épidémique à l'échelle mondiale et la Polynésie française fait partie des pays les plus touchés au monde. La maladie, devenue ces dernières années, la plus importante des affections de longue durée en Polynésie française, touche aujourd'hui plus de 12 500 patients²¹² dont 90% sont atteints de diabète de type 2²¹³. Son développement est avant tout la conséquence d'un environnement défavorable à une bonne hygiène de vie.

Les bouleversements sociaux, culturels, politiques et économiques que la Polynésie a connus sur plusieurs décennies ont entraîné un changement dans les habitudes alimentaires et le mode de vie des populations.

En 2017²¹⁴, les ressortissants couverts par les 4 régimes (RGS, RNS, RSPF et RSS²¹⁵) sont au nombre de 269 652, ils représentent 55,31 milliards de dépenses maladie (prestations nature). Les patients diabétiques quant à eux sont au nombre de 9 519 en longue maladie et de 3 042 en maladie, soit 4,7% des ressortissants couverts. Or, ils génèrent à eux seuls 10 milliards de F CFP de dépenses en maladie (9,731 milliards de F CFP en longue maladie et 300 millions en maladie), soit 18 %.

Les chiffres de 2018²¹⁶, les plus récents, mettent en lumière que les ressortissants couverts par les 4 régimes sont au nombre de 272 468 et qu'ils représentent 58,24 milliards de dépenses maladie (prestations nature). Les patients diabétiques sont au nombre de 10 045 en longue maladie et de 2 868 en maladie, représentant 4,7 % de la population couverte. Ils génèrent 10,689 milliards de FCFP (10, 369 milliards de F CFP en longue maladie et 320 millions en maladie) de dépenses en maladie, soit 18,35%.

Les hospitalisations et la dialyse constituent les premiers postes de dépense de la pathologie, la fréquence ainsi que la gravité des complications ne diminuant pas.

Face à un défi aux enjeux majeurs, la politique publique de santé est restée inefficace, la maladie a continué de progresser dans des proportions alarmantes, malgré une mobilisation des mouvements associatifs et des partenaires concernés.

Pour le CESEC, le Pays doit prendre en urgence les mesures préventives et curatives qui s'imposent pour riposter efficacement contre l'aggravation dramatique de cette

²¹¹ Une maladie qualifiée de métabolique sur le plan scientifique car touchant au métabolisme et au fonctionnement de l'organisme.

²¹² Chiffres de la CPS « situation du diabète en Polynésie française » chiffres clés 2017.

²¹³ Voir définition page 9

²¹⁴ Chiffres de la CPS « situation du diabète en Polynésie française » chiffres clés 2017.

²¹⁵ Régime général des salariés (RGS), Régime des non salariés (RNS), Régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF), Régime de sécurité sociale (RSS).

²¹⁶ Chiffres de la CPS « situation du diabète en Polynésie française » chiffres clés 2018.

situation. Pour ce faire, le patient doit être placé au cœur des dispositifs et les décideurs politiques doivent faire preuve d'un engagement sans failles.

Des partenariats constructifs, associant les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé ainsi qu'une responsabilisation de chaque individu pourront produire les changements nécessaires pour endiguer le phénomène, et à terme, inverser la tendance actuelle.

Le CESEC a mis en lumière des mesures et actions qu'il considère prioritaires. Certaines d'entre elles méritent d'être rappelées :

✓ **En matière de prévention et de promotion de la bonne santé :**

- Mener des campagnes de communication efficaces et encadrer strictement le marketing alimentaire ;
- Redonner aux familles l'envie de cuisiner ;
- Lutter contre la sédentarité via la promotion de moyens de transport actifs, des installations et matériels sportifs adéquats et abordables ;
- Agir sur les habitudes alimentaires en milieu scolaire tout en favorisant l'activité physique et sportive ;
- Mener une réflexion afin qu'il puisse être envisagé d'offrir et de proposer aux élèves un petit déjeuner dès leur arrivée à l'école, maternelle et primaire ;
- Améliorer et renforcer la médecine scolaire et le suivi médical des enfants ;
- Mettre en place un plan quinquennal de lutte contre le diabète et l'obésité dans les écoles maternelles et primaires à amorcer dès la rentrée 2020
- Instaurer un cordon sanitaire aux abords des établissements scolaires par le biais d'un encadrement strict des produits vendus et d'un agrément sanitaire ;
- Agir sur la nutrition et favoriser la pratique d'une activité physique dans le monde du travail ;
- Développer le suivi médical des salariés par le biais de la médecine du travail qu'il est nécessaire de faire évoluer et renforcer ;

✓ **En matière d'économie et de fiscalité :**

- Prendre des mesures fortes combinant taxes et subventions, afin de rendre financièrement plus attractifs les produits « sains » et moins intéressants les produits « malsains » (trop sucrés, trop gras, trop salés) ;
- Agir sur la taxe sur le sucre (augmentation des prix d'au moins 22% comme en Nouvelle Calédonie) ;
- Elargir la taxation, autant que possible, aux aliments riches en mauvaises graisses et en sel ;

- Revoir la liste des PPN en fonction de critères sanitaires souhaités, des écarts de prix entre produits locaux et importés et intégrer des critères de qualité notamment dans la procédure d'appel d'offres de la farine ;
- Programmer par voie réglementaire, des objectifs échelonnés dans le temps, de composition nutritionnelle saine par familles d'aliments, pour les importations et les productions, en collaboration avec les importateurs et industriels locaux, afin d'adapter leurs activités.

✓ **En termes d'amélioration de la qualité des produits alimentaires locaux :**

- Adopter un Schéma directeur de l'agriculture qui favorise un approvisionnement régulier et un développement de circuits courts ;
- Soutenir fortement l'agriculture biologique via la restriction de la vente et de l'utilisation de produits chimiques ;
- Encadrer la production alimentaire industrielle locale pour réduire la quantité de sucre, de graisses et de sel ;
- Améliorer l'information des consommateurs et la traçabilité des produits (étiquetage nutritionnel) ;

✓ **En matière de prise en charge optimale de la maladie :**

- Rendre obligatoire le dépistage du diabète à partir de l'âge de 40 ans ;
- Adopter urgemment un panier de soins spécifique dont le mode de financement ne doit pas reposer sur les seules cotisations sociales mais également sur une contribution du Pays ;
- Mettre en place une éducation thérapeutique et un accompagnement soutenu pluridisciplinaire grâce à une structure dédiée ;
- Maîtriser les coûts via le développement de la greffe rénale ;
- Financer l'offre de traitement de l'insuffisance rénale via le budget du Pays ;

✓ **En termes de gouvernance et de pilotage de l'ensemble de ces mesures :**

- Adopter une véritable politique publique de lutte contre le diabète, augmenter le budget et les moyens dédiés à la prévention par le biais des mesures fiscales et économiques préconisées en amont ;
- Créer une délégation à la prévention de l'obésité et du diabète, placée sous l'autorité du Président de la Polynésie française, chargée de coordonner planifier et piloter efficacement les mesures liées à la lutte contre l'obésité et le diabète ;
- Faire de l'évaluation une priorité en développant une méthodologie et des indicateurs de suivi (à court, moyen et long terme) pour avoir une bonne connaissance épidémiologique, orienter les financements, optimiser les moyens et apporter les corrections nécessaires.

Ces mesures méritent de s'inscrire dans un plan d'action concerté et coordonné à l'horizon 2030, et leurs résultats analysés avec une acuité accrue.

Selon les sociologues²¹⁷, le concept même de promotion de la santé implique qu' : « *en l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population simplement en lui fournissant des services de soins, (...) elle ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils et elles sont responsables de leurs habitudes de vie et, dès lors, de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée* ».

La situation d'urgence sanitaire que connaît la Polynésie française en matière de diabète requiert une reconnaissance solennelle de nos décideurs publics que ce fléau constitue la cause prioritaire absolue.

La lutte contre le diabète sera vaine sans un véritable engagement sociétal.

Tel est le défi vital que la Polynésie doit relever impérativement.

²¹⁷ Marc Renaud et Louise Bouchard, 2000 cités dans Poulain, Jean-Pierre. « 2. Éléments pour une stratégie de lutte contre l'obésité », Sociologie de l'obésité. Presses Universitaires de France, 2009, pp. 244-273.

PŪ 'OHURA'A MANA'O

PŪ'OHURA'A MANA'O

E ma'i¹ ri'ari'a mau te ma'i 'ōmaha tihōta, no te tumu o te mara'ara'a 'ino rahi o te fāito tihōta i roto i te tino a fifi roa ai te orara'a o te ta'ata i ro'ohia i teie ma'i e penei a'e a paruparu roa ai tō na mau mero.

Ua raea'e-roa-hia te tahi fāito teitei 'ino roa o teie ma'i na te ao ato'a nei e, tei roto o Pōrīnetia farāni i te pupu mātāmua o te mau fenua ma'i rahi roa a'e. I te roara'a o te mau matahiti i ma'iri mai, ua riro teie ma'i 'ei tumu mātāmua o te mau ma'i tau roa i te fenua nei, ua hau i te 12 500 ta'ata i ro'ohia i teie ma'i² e 90% tei ro'ohia i te ma'i tihōta no te 'āna'ira'a 2. No roto te tumu no te 'ū'anara'a o teie ma'i i te huru orara'a o te ta'ata.

Ua tupu te tauira'a rahi i roto i te orara'a o te ta'ata i te fenua nei, e ua taui ato'a te peu i te pae o te 'aira'a mā'a e te fa'anahora'a o te orara'a mahana tāta'i tahi.

I te matahiti 2017³, tei ni'a te rahira'a o te feiā i tāpurahia i na 'āfata turuuta'a e 4 (RGS, RNS, RSPF e RSS⁴) i te 269 652, tei ni'a te fāito ha'amāu'ara'a no te feiā ma'i i te 55,31 mīria. Tei ni'a te rahira'a o te feiā ma'i tihōta i te 9 519, e 3,5% ia o te feiā fatu 'āfata turuuta'a. Ia hi'ohia te ha'amāu'ara'a no teie noa ma'i, tei ni'a roa ia i te 9,731 mīria F CFP, 'oia ho'i 17,5%.

No te matahiti 2018, ua tai'ohia 10 045 feiā ma'i tihōta ma'i roa, 'oia ho'i te fāito e 3,7 % o te feiā fatu 'āfata turuuta'a⁵. Tei ni'a ia te fāito ha'amāu'ara'a i te 9,931 mīria F CFP, 'oia ia 17,06%.

No te mau ha'amāu'ara'a nā te feiā e tape'ahia i te fare ma'i e te feiā e tāmāhia ra te toto te mau ha'amāu'ara'a teiaha roa a'e, e 'aita e 'itehia ra te varavarara'a o teie ma'i e te māmāra'a mai o te mau ha'amāu'ara'a.

'Aita i 'itehia te 'āpī noa atu te mau fa'anahora'a a te fa'aterera'ahau i te pae no te ha'amaita'ira'a i te ea i te fenua nei, ua rohi ato'a mai te tahi mau tā'atira'a e te tahi mau taiete i roto i te mau tāpura 'ohipa, ua mara'a tāmāu noa te fāito rahira'a o teie ma'i.

I te mana'o o te tōmite Fareraumaire - CESEC, mea tītauhia te fa'aterera'a Haufenua i te 'imi ha'ape'epe'e mai i te mau rāve'a ato'a no te araira'a e te rapa'aura'a i teie ma'i hou 'o ia a tāhiti roa ai te 'ino. Ia riro māite te ma'i tihōta e te ta'ata ma'i iho, 'ei ha'ape'ape'ara'a mau i roto i te mau fa'anahora'a e ferurihia mai e ia 'ore roa te mana'o o te feiā porotita ia tūtāperepere.

Ia rave 'āmui te feiā itoito ato'a, te feiā mana porotita, te mau tā'atira'a rau e te mau taiete unuma, e ia ha'apa'arihia te mana'o o te ta'ata tāta'i tahi i ni'a i te tumu o teie ma'i

¹ E ma'i teiaha e riro i te ha'afifi i te fa'anahora'a o te ora i roto i te tino.

² Nūmera a te Fare turuuta'a - CPS « Te ma'i 'ōmaha tihōta i Pōrīnetia farāni » matahiti 2017.

³ Nūmera a te Fare turuuta'a - CPS « Te ma'i 'ōmaha tihōta i Pōrīnetia farāni » matahiti 2017.

⁴ 'Āfata a te feiā rave 'ohipa (RGS), 'Āfata a te feiā 'ōna (RNS), 'Āfata autaea'era'a no Pōrīnetia farāni (RSPF), 'Āfata pāruru tōtiare (RSS).

⁵ Nūmera a te Fare turuuta'a - CPS « Te ma'i 'ōmaha tihōta i Pōrīnetia farāni » matahiti 2018.

e ia ha'apa'o 'o ia i te mau fa'auera'a e fa'aotihia mai, 'Aita atu e rāve'a no te fa'aitira'a e penei a'e no te fa'a'ore-roa-ra'a i teie ma'i.

Teie mai te tahi mau fa'anahora'a faufa'a rahi i ferurihia mai e te Fareraumaire – CESEC :

✓ **I te pae no te fa'arara'a e te fa'atīanira'a i te ea maitata'i :**

- Fa'anaho i te mau rāve'a rau no te ha'amāramaramara'a i te huirā'atira e te hi'opo'ara'a i te mau parau fa'atīanira'a tapiho'ora'a mā'a ;
- Ha'api'i i te huirā'atira e aha te fa'anahora'a maitata'i i te pae no te 'aira'a mā'a ;
- 'Aro i te fa'ahupehupera'a tino na roto i te fa'atīanira'a i te mau faura'o e itoito ai te tino, te ha'amaura'a i te mau rāve'a fa'a'eta'etara'a tino i te mau vāhi e putuputu ai te huirā'atira ;
- Ha'api'i i te 'aira'a i te mā'a maitata'i na roto i te mau fare ha'api'ira'a e te fa'aitoitōra'a i te u'i 'āpī i te fa'a'eta'etara'a i tō rātou tino e te hī'ai i te 'ohipa tū'aro ;
- Ferurira'a i te rāve'a no te fa'anahora'a i te mā'a po'ipo'i na te mau tamari'i i te taime a tae mai ai rātou i te fare ha'api'ira'a tamahou e tuatahi ;
- Ha'amaita'i e ha'apūai i te araira'a ma'i e te hi'opo'ara'a taote i te fare ha'api'ira'a ;
- Te fa'anahora'a i te tahi tāpura 'ohipa, e pae matahiti i te maoro, no te 'arora'a i te ma'i 'ōmaha tihōta e te ma'i poria i roto i te mau fare ha'api'ira'a tamahou e tuatahi, ia ha'amatahia te reira i te tomora'a ha'api'ira'a no te matahiti 2020 ;
- Ha'amaui i te mau rāve'a i te hiti fare ha'api'ira'a no te hi'opo'ara'a e te araira'a i te ho'oho'ora'a mā'a fa'atupu ma'i e, te fa'ahepora'a i taua feiā ho'o mā'a i te fatura'a i te parau fa'ati'a ho'oho'ora'a mā'a i taua mau vāhi ;
- Ha'api'i i te fa'anahora'a i te pae no te 'aira'a mā'a e te fa'a'eta'etara'a tino i roto i te mau pū ravera'a 'ohipa ;
- Ha'amaita'i ā i te hi'opo'ara'a taote i roto i te mau pū ravera'a 'ohipa ;

✓ **I te pae no te fa'arava'ira'a faufa'a e te tutera'a :**

- Fa'anaho i te rāve'a mā te tāhō'ē i te 'ohipa tutera'a e te faufa'a tauturu a te haufenua, ia māmā mai te ho'o o te mā'a « maitata'i » ia fa'aauhia i te mā'a « pe'ape'a ri'i » (mā'a rahi i te hinu, te miti, te monamona) ;
- Ha'apa'ari i tute i ni'a i te mā'a tihōta (ha'amara'a i te fāito e 22% mai tei ravehia i te fenua Taratoni) ;
- Ha'apa'ari i te tute i ni'a i te mā'a hinuhinu e te mā'a tāmiti 'ino ;
- Fa'anaho i te tāpura mā'a māmā – PPN, ia au i te mau fa'anahora'a i ferurihia mai no te ha'amaita'ira'a ea, ia fa'anahohia te moni ho'o o te mau mā'a no rāpae mai e te mau mā'a no te fenua nei, ia ha'avīhia te aurarora'a i te tumu parau no te maita'i hau no te poro'ira'a mā'a, ia fa'a'ohipahia te reira tumu parau no te faraoa hōpue ;
- Tāpura i te 'ohipa na roto i te fa'aturera'a mana, ia ha'apāpūhia te mau fā ia au i te tahi tārena 'ohipa fa'ata'ahia, te tāpurara'a i te fāito maitata'i aore ra 'aita ia au i terā e terā pupu mā'a, te fa'anahora'a i te poro'ira'a mā'a e te fa'a'apura'a mā'a tumu, e ia 'āmuīhia te feiā poro'i e te feiā fa'a'apu o te fenua nei no te fa'atanora'a i tā rātou 'ohipa ia au i te mau fa'aturera'a i fa'aotihia.

✓ **I te pae no te ha'amaita'ira'a i te mā'a hotu o te fenua nei :**

- Ha'amau i te tahi Tāpura arata'ira'a 'ohipa fa'a'apu no te fa'atumu māite i te tapiho'ora'a tāmau o te mā'a tumu e te vitiviti o te utara'a mā'a ;
- Turu pāpū i te mā'a hotu nātura na roto i te 'ōpanira'a i te tapiho'ora'a rā'au tūpohe manumanu e te tūpohe matie ;
- Hi'opo'a i te tūtura'a mā'a i te fenua nei, ia fa'aitihia te fāito miti, te hinu e te tihōta,
- Ha'amāramarama i te 'aimamau e, ia 'itehia nō hea mai te mā'a (parau tāpiri ha'amāramaramara'a i ni'a i te mea e vai ra i roto i te mā'a) ;

✓ **I te pae no te amora'a i te ha'amāu'ara'a a te feiā ma'i**

- Tītau i te hi'opo'ara'a o te ma'i tihōta mai te 40ra'a o te matahiti ;
- Fa'anaho ha'avitiviti i te rāve'a nūmerara'a ha'amāu'ara'a ia 'ore te tā'ato'ara'a ia amo-noa-hia e te 'āfata turuuta'a, ia amo ato'a te Fenua i te tahi tuha'a ;
- Fa'anaho i te ha'api'ira'a fa'aora ma'i e ia ha'amauhia te tahi pū e ha'apa'o mai i teie tuha'a 'ohipa ;
- Fa'atopa te ha'amāu'ara'a na roto i te tāpūra'a e te pōira'a māpē ;
- Fa'aō i te ha'amāu'ara'a o te rapa'aura'a ma'i māpē i roto i te tāpura faufa'a a te Fenua ;

✓ **I te pae no te fa'aterera'a e te arata'ira'a o te mau fa'anahora'a i ferurihia mai :**

- Fa'atumu roa i te 'arora'a i te ma'i tihōta, na roto i te ha'amara'ara'a i te tāpura faufa'a e te mau rāve'a mā te fa'a'ohipara'a i te mau rāve'a tutera'a e tapiho'ora'a i fa'ahitihia i ni'a nei ;
- Fa'atupu i te tahi pū araira'a ma'i tihōta, i raro a'e i te fa'aterera'a a te Peretiteni no Pōrīnetia farāni, no te arata'ira'a i te mau tuha'a 'ohipa ato'a i tārenahia mai no te 'aro i te ma'i poria e te ma'i 'ōmaha tihōta ;
- Fa'ariro i te hi'opo'ara'a tu'utu'u 'ore 'ei rāve'a no te ha'apa'o maita'i i te nu'ura'a o te ma'i 'ōmaha tihōta (i ni'a i te tau poto, te tau au noa e te tau roa) ia māramarama maita'i tātou i te huru o te ma'i, tō na 'ū'anara'a, te fa'ata'ara'a i te mau ha'amāu'ara'a, te ha'amaita'ira'a i te mau rāve'a e ti'a i te fa'a'ohipahia.

E tano teie mau fa'anahora'a i te tāpurahia e te arata'i-māite-hia hou te matahiti 2030, e ia hi'o-hōhonu-māite-hia te mau nūmera i noa'a mai.

Ia au i te feiā anoparau 'āvirī⁶, ia ferurihia te parau no te ea maitata'i : « *i teie tau, e 'ore e nava'i i te fa'anaho noa i te utuutura'a taote no te fa'atumu roa mai i te ea maitata'i i roto i te hui'atira, (...) e 'ore ato'a e tano i te pari noa i te ta'ata tāta'i tahi e 'o 'o ia noa te tumu o tō na ma'i mā te parau atu ia na e no te huru o tō na iho orara'a. Tītauhia te hau ia ha'apa'o i te fa'anahora'a i te huru orara'a maitata'i, nā te hau e te hui'atira ato'a e feruri, e fa'anaho tauto'o no te fāna'ora'a i te orara'a ea maitata'i*».

Ia hi'ohia te ataata o te orara'a o te nūna'a no Pōrīnetia nei ia au i te parau no te ea e te ma'i 'ōmaha tihōta ihoā ra, mea tītauhia ia pāpū te mana'o o te feiā mana i te

⁶ Marc Renaud e Louise Bouchard, 2000 piahia e Poulain, Jean-Pierre. « 2. Fa'anahora'a no te 'arora'a i te ma'i 'ōmaha tihōta », Tuatāpapara'a i ni'a i te ma'i 'ōmaha tihōta. Presses Universitaires de France, 2009, pp. 244-273.

mea ē e 'ati teimaha mau teie e fa'aruruhia nei, nā te hau te tuha'a 'ohipa rahi e fa'anaho.

'Aita e faufa'a i te 'aro noa i te ma'i tihōta mai te mea 'aita e fafaura'a pāpū o te tā'ato'ara'a.

O te matapū'a'a teie nā Pōrīnetia no te tau i muri nei, ia amo 'o ia i tā na hopoi'a, e ti'a ai !

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Rapports, Etudes :

Rapport mondial sur le diabète 2016 – Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Atlas du diabète – Huitième édition – 2017 – Fédération Internationale du diabète (FID).

OMS, 2010, Recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Genève : WHO.

Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/ FAO d'experts. Série de rapports techniques de l'OMS N° 916. Genève, OMS, 2003.

OMS, Cadre pour une politique scolaire, Mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2008.

Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases : technical Meeting Report 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland. OMS. 2016.

OMS, Enquête Santé STEP en Polynésie française, « Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles », 2010.

Rapport « L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde » - Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture Rome, 2019.

Le cours ENAF « Une éducation pour une nutrition en action efficace » Version pour l'étudiant ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE Rome, 2018.

Rapport de l'assemblée nationale n° 1266, Tome I, sur « l'alimentation industrielle : qualité nutritionnelle, rôle dans l'émergence de pathologies chroniques, impact social et environnemental de sa provenance ».

Rapport de ma Cour des Comptes « L'avenir de l'Assurance Maladie » - Novembre 2017.

Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « Pour une politique nationale nutrition santé en France PPNS 2017-2021 » de septembre 2017.

Rapport ASTERES « Lutter contre l'obésité, de la prise de conscience à l'action » de Février 2018.

Haute Autorité de la Santé (HAS) « Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE - Mis en ligne le 13 févr. 2015.

Haute Autorité de Santé « Éducation thérapeutique du patient (ETP), Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation ». Juin 2018.

Rapport de Friant-Perrot et Garde « L'impact du marketing sur les préférences alimentaires des enfants » réalisé pour l'INPES en 2014.

Ministère de la Santé, Direction de la santé, « Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés de 7 à 9 ans en Polynésie française », 2014.

Global School-based Student Health Survey (GSHS), « Enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire en Polynésie française, 2015-2016 ».

Sannino S., Mou Y. et al. Évaluation du Programme « Vie Saine et Poids Santé » en Polynésie française. Direction de la santé, Département des programmes de prévention, Papeete 2016.

Direction de la santé de Polynésie française, « Corpulence des enfants scolarisés en CP, CM2 et 3e en Polynésie française, année scolaire 2007-2008 », 2010.

Mémoire intitulé « Impacts de l'intervention RASA (Ressources alimentaires et sanitaires aux Australes) sur les concentrations d'acides aminés et l'insulino-résistance chez des adolescents de la Polynésie française » de Magnoudewa PANA.

Assemblée de la Polynésie française, rapport de mission d'évaluation 2018 sur la médecine scolaire.

Chambre territoriale des comptes (CTC), rapport sur la « mission santé » pour les exercices 2010 et suivants.

ISPF - Etude « Comportements alimentaires en Polynésie française », Mars 2019.

CESC, « Rapport sur la réforme de la protection sociale généralisée » n° 145/CESC adopté le 20 août 2010.

Ouvrage :

Poulain Jean-Pierre, « Sociologie de l'obésité ». Presses Universitaires de France, « Sciences sociales et sociétés », 2009.

Articles de périodiques :

Serra-Mallol C. « Bien manger, c'est manger beaucoup : comportement alimentaire et représentations corporelles à Tahiti », Sciences sociales et santé, vol. 26, n°4, décembre 2008.

Jean-Pierre Poulain, « Combien de repas par jour ? Normes culturelles et normes médicales en Polynésie Française », Journal des anthropologues [En ligne], 106-107 | 2006, mis en ligne le 17 novembre 2010. URL : <http://journals.openedition.org/jda/1351> ; DOI : 10.4000/jda.1351.

Geneviève Imbert, « Vers une étude ethno épidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications ». 2007/2 Vol.20, pages 113 à 124. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2page-113.htm>.

Louis-Georges Soler « Publicité et comportements alimentaires », Inra UR 1303 ALISS, Alimentation et sciences sociales, Ivry sur Seine. INSERM.

Ouassila Salemi, « Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie) », Économie rurale [En ligne], 318-319. Juillet-octobre 2010.

Lahlou, Saadi (2005) « Peut-on changer les comportements alimentaires? » Cahiers de Nutrition et Diététique, 40. 2. 2005 : 1-6.

Publication TRESOR-ECO n° 179 de septembre 2016, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter », Daniel CABY.

Sites web :

Organisation Mondiale de la Santé : <https://www.who.int/fr>

Fédération Mondiale du Diabète : <https://idf.org/>

Ministère des solidarités et de la santé de la République française : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>

Fédération française des diabétiques : www.federationdesdiabetiques.org

Direction de la Santé Publique de la Polynésie française : www.service-public.pf/dsp

Caisse de Prévoyance Sociale : www.cps.pf

Institut de la statistique de la Polynésie française : www.ispf.pf

Syndicat pour la promotion des communes de Polynésie française : www.spc.pf

Autres :

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie « Evolution des concepts de santé publique et d'éducation à la santé et rôle de l'école dans leur promotion » présentée et soutenue le jeudi 31 octobre 2013 par Mme Lamia EL AARAJE, Université de Limoges, faculté de pharmacie Année 2013.

SCRUTIN
RÉUNIONS
INVITÉS

SCRUTIN

Nombre de votants :	47
Pour :	47
Contre :	0
Abstention :	0

ONT VOTE POUR : 47

Représentants des entrepreneurs

01	ASIN-MOUX	Kelly
02	BAGUR	Patrick
03	BENHAMZA	Jean-François
04	BOUZARD	Sébastien
05	BRICHET	Evelyne
06	CHIN LOY	Stéphane
07	GAUDFRIN	Jean-Pierre
08	PALACZ	Daniel
09	PLEE	Christophe
10	REY	Ethode
11	WIART	Jean-François

Représentants des salariés

01	FONG	Félix
02	GALENON	Patrick
03	HELME	Calixte
04	LE GAYIC	Cyril
05	SHAN CHING SEONG	Emile
06	SOMMERS	Edgard
07	SOMMERS	Eugène
08	TERIINOHORAI	Atonia
09	TIFFENAT	Lucie
10	TOUMANIANTZ	Vadim
11	YAN	Tu
12	YIENG KOW	Diana

Représentants du développement

01	BESINEAU	Rainui
02	BODIN	Mélinda
03	ELLACOTT	Stanley
04	FABRE	Vincent
05	HOWARD	Marcelle
06	LAMOOT	Didier
07	LE MOIGNE-CLARET	Teiva
08	OTCENASEK	Jaroslav
09	SAGE	Winiki
10	TEMAURI	Yvette
11	TEVAEARAI	Ramona
12	UTIA	Ina

Représentants de la vie collective

01	CHIMIN	Etienne
02	FOLITUU	Makalio
03	JESTIN	Jean-Yves
04	KAMIA	Henriette
05	LOWGREEN	Yannick
06	PARKER	Noelline
07	PETERS ép. KAMIA	Léonie
08	PROVOST	Louis
09	SNOW	Tepuanui
10	TEIHOTU	Maiana
11	TIHONI	Anthony
12	TOURNEUX	Mareva

Vingt-sept (27) réunions tenues les :
 12, 19, 20 et 27 mars, 10, 11, 16, 23, 24, 30 avril, 2, 6, 9, 14, 15, 21, 23 mai, 6, 7 août, 2, 3, 8, 10,
 16, 17 et 22 octobre 2019
 par la commission « Santé – société »
 dont la composition suit :

MEMBRE DE DROIT

Monsieur Kelly ASIN-MOUX, Président du CESC

BUREAU

- | | | |
|-------------|-----------|-----------------|
| ▪ BOUZARD | Sébastien | Président |
| ▪ TOURNEUX | Mareva | Vice-présidente |
| ▪ YIENG KOW | Diana | Secrétaire |

RAPPORTEURS

- | | |
|------------|---------------|
| ▪ TOURNEUX | Mareva |
| ▪ WIART | Jean-François |

MEMBRES

- | | |
|--------------------|-------------|
| ▪ BAGUR | Patrick |
| ▪ BODIN | Mélinda |
| ▪ FABRE | Vincent |
| ▪ FOLITUU | Makalio |
| ▪ FONG | Félix |
| ▪ GAUDFRIN | Jean-Pierre |
| ▪ HELME | Calixte |
| ▪ HOWARD | Marcelle |
| ▪ JESTIN | Jean-Yves |
| ▪ KAMIA | Henriette |
| ▪ LE GAYIC | Cyril |
| ▪ LE MOIGNE-CLARET | Teiva |
| ▪ OTCENASEK | Jaroslav |
| ▪ PALACZ | Daniel |
| ▪ PARKER | Noelline |
| ▪ PROVOST | Louis |
| ▪ REY | Ethode |
| ▪ SAGE | Winiki |
| ▪ SOMMERS | Eugène |
| ▪ TEIHOTU | Maiana |
| ▪ TEMAURI | Yvette |
| ▪ TIFFENAT | Lucie |
| ▪ TROUILLET | Thierry |
| ▪ YAN | Tu |

MEMBRES AYANT EGALEMENT PARTICIPE AUX TRAVAUX

- | | |
|--------------------|----------|
| ▪ GALENON | Patrick |
| ▪ SHAN CHING SEONG | Emile |
| ▪ SNOW | Tepuanui |
| ▪ SOMMERS | Edgard |
| ▪ TOUMANIANTZ | Vadim |

SECRETARIAT GENERAL

- | | | |
|------------|---------|------------------------------|
| ▪ BONNETTE | Alexa | Secrétaire générale |
| ▪ NAUTA | Flora | Secrétaire générale adjointe |
| ▪ LORILLOU | Tekura | Conseillère technique |
| ▪ FAANA | Vaihere | Secrétaire de séance |
| ▪ NORDMAN | Avearii | Secrétaire de séance |

LE CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL, ENVIRONNEMENTAL ET CULTUREL DE LA POLYNESIE FRANCAISE

Le Président du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française,

Le Président et les membres de la commission « Santé – société » remercient, pour leur
contribution à l'élaboration du présent rapport,

Particulièrement,

- ✚ Au titre du Ministère de l'économie verte et du domaine, en charge des mines et de la recherche (MED) :
 - **Monsieur Cyril VIGNOLE**, conseiller technique en charge de l'agriculture

- ✚ Au titre du Ministère de la santé et de la prévention, en charge de la protection sociale généralisée (MSP) :
 - **Monsieur Jacques RAYNAL**, ministre
 - **Madame Caroline GREPIN**, conseillère technique

- ✚ Au titre de la Direction des impôts et des contributions publiques (DICP) :
 - **Madame Vanina CHEUNG**, agent du Bureau de la législation

- ✚ Au titre de la Direction générale des affaires économiques (DGAE) :
 - **Monsieur Hervé DUQUESNAY**, directeur général par intérim

- ✚ Au titre de la Direction de l'agriculture (DAG) :
 - **Monsieur Philippe COURAUD**, directeur

- ✚ Au titre de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :
 - **Docteur Mathilde MELIN**, médecin inspecteur de santé publique

- ✚ Au titre de la Direction de la santé publique (DSP) :
 - **Madame Laurence BONNAC-THERON**, directrice
 - **Madame Merehau MERVIN**, directrice adjointe
 - **Docteur Maire TUHEIAVA**, médecin référent diabète
 - **Madame Anaëlle PAUPIER**, diététicienne du département des programmes de prévention

- ✚ Au titre de la Direction générale de l'éducation et des enseignements (DGEE) :
 - **Monsieur Thierry DELMAS**, directeur général
 - **Monsieur Hugues NIVET**, chef du département de la vie des écoles et des établissements (DVEE)

- ✚ Au titre de la Direction de la jeunesse et des sports (DJS) :
 - **Docteur Pierre AUFRERE**, médecin sportif

- ✚ Au titre de l'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF) :
 - **Monsieur Nicolas PRUD'HOMME**, directeur

- ✚ Au titre de la Chambre de l'agriculture et de la pêche lagonaire (CAPL) :
 - **Madame Heipua FIRUU-MAITERE**, secrétaire générale
 - **Madame Marie-Jeanne NORDHOFF**, chargée de la communication
 - **Monsieur Tapuarii BARBOS**, chargé des évènements

- ✚ Au titre de l'Institut de la jeunesse et des sports de Polynésie française (IJSPP) :
 - **Monsieur Ariitea BERNADINO**, directeur

- ✚ Au titre de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) :
 - **Monsieur Vincent DUPONT**, directeur adjoint
 - **Monsieur Tuterai TUMAHAI**, médecin

- ✚ Au titre du Syndicat pour la promotion des communes de Polynésie française (SPCPF) :
 - **Madame Mihirangi MOEROA**, chef du département projet de la restauration scolaire

- ✚ Au titre de l'Association polynésienne pour l'utilisation du rein artificiel à domicile et de l'Association polynésienne d'aide aux insuffisants respiratoires (APURAD-APAIR) :
 - **Docteur Grégory DETRUN**, président
 - **Docteur Alain FOURNIER**, ancien président et membre actif
 - **Madame Lucie BADENAS**, responsable des ressources humaines

- ✚ Au titre de l'Association médecine du travail de la Confédération des petites et moyennes entreprises (AMT-CPME) :
 - **Docteur Charles VEWAERDE**, coordonnateur et médecin

- ✚ Au titre du Service inter entreprises de santé au travail (SISTRA) :
 - **Docteur Aymeric DIVIES**, médecin du travail

- ✚ Au titre de l'Association des diabétiques et obèses de Polynésie française (ADOPE) :
 - **Docteur Jean-Louis BOISSIN**, représentant et endocrinologue

- ✚ Au titre de la Confédération des petites et moyennes entreprises de Polynésie française (CPMEPF) :
 - **Monsieur Christophe PLEE**, président
 - **Monsieur Maxime ANTOINE-MICHARD**, vice-président

- ✚ Au titre du Syndicat des industriels de Polynésie française (SIPOF) :
 - **Monsieur Jean-François (Jeff) BENHAMZA**, représentant

- ✚ Au titre de l'Union polynésienne pour la jeunesse (UPJ) :
 - **Madame Noelline PARKER**, présidente
 - **Monsieur Yannick TEVAEARAI**, président de l'association de quartier de Hotuarea Nui et membre du CA

- ✚ Au titre du Comité olympique de Polynésie française (COPF) :
 - **Monsieur Louis PROVOST**, président

- ✚ Au titre du projet « cooking class » :
 - **Madame Poema MOUTAME**, initiatrice du projet
 - **Madame Manihi BECQUET-LEFOC**, directrice ASAE conseil
 - **Monsieur Tehuiarii LEVERD**, pasteur de l'Eglise adventiste

- **Madame Myrna CADOUSTEAU**, agricultrice
- **Madame Heirava TAPUTU**, horticultrice - culture biologique
- ✚ Au titre de la Fédération des associations de parents d'élèves de l'enseignement public (FAPEEP) :
 - **Monsieur Tepuanui SNOW**, président
- ✚ Au titre de l'Association des parents d'élèves de l'enseignement adventiste :
 - **Monsieur Anthony TIHONI**, président
- ✚ Au titre de la Fédération des associations des parents d'élèves de l'enseignement libre :
 - **Monsieur Teiki PORLIER**, président
- ✚ Au titre de la société « NEWREST » :
 - **Monsieur Nicolas LETELLIER**, directeur général
 - **Monsieur Rudy CALMES**, directeur qualité, hygiène, sécurité, environnement (QHSE)
 - **Madame Leilani TROUCHE**, diététicienne
- ✚ Au titre de la société « Laiterie Sachet » :
 - **Madame Maud TRIPONEL**, directrice de production
- ✚ Au titre de la société « MF Production » :
 - **Madame Marie CHEVALIER**, directrice commerciale
- ✚ Au titre de la société d'importation et de distribution « BRAPAC » :
 - **Monsieur Marotea VITRAC**, directeur d'exploitation
- ✚ Au titre de la « Brasserie de Tahiti » :
 - **Monsieur Amine SEKKAT**, directeur
- ✚ Au titre de la Conserverie du Pacifique (COPA) :
 - **Madame Nancy WANE**, représentante du groupe WANE
 - **Monsieur Gerry LAILLE**, directeur
- ✚ Au titre des sociétés « Carrefour » et « Easy Market » :
 - **Madame Nancy WANE**, gérante
- ✚ Au titre de la Fondation agir contre l'exclusion (FACE) :
 - **Monsieur Olivier POTÉ**, directeur
- ✚ Au titre de l'Association « HONUAREA NUI » :
 - **Monsieur Yannick TEVAEARAI**, président
- ✚ En qualité de personnalités qualifiées :
 - **Docteur Edouard SUHAS**, docteur en chimie et responsable du laboratoire de recherche sur les maladies non transmissibles
 - **Docteur Taivini TEAI**, docteur et Maître de conférences à l'Université de la Polynésie française
 - **Monsieur André VOHI**, organisateur de la « CPS challenge »



CESEC

Conseil économique, social, environnemental
et culturel de la Polynésie française

Immeuble Te Raumaire - Avenue Pouvanaa a Oopa, Papeete
B.P. 1657 - 98713 Papeete, Tahiti, Polynésie Française

Téléphone : (689) 40 416 500
Télécopie : (689) 40 419 242
Courriel : cesc@cesc.pf
Site Internet : www.cesc.pf

