

***EVALUATION PROFESSIONNELLE
COMPREHENSIVE DU PROGRAMME
OBESITE EN POLYNESIE FRANCAISE***

Michèle Baumann (1)

Delphine Thiery (2)

My-Maï Cao (3)

(1) Maître de conférences des universités en sociologie. Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique EA 3444 – Nancy

(2) Ingénieur en promotion de la santé et développement social

(3) Médecin Coordonnateur des maladies non transmissibles – Direction de la santé – Tahiti – Polynésie Française

***A comprehensive professional evaluation of the program
Obesity in French Polynesia***

A professional evaluation of the program of the fight against obesity set up by the French Polynesian Health Board for a five-year period was carried out in 2001. A comprehensive evaluation was favoured so that adjustments could be better established. Its principle is based on qualitative analysis of the speech of the 27 actors belonging to all levels of intervention and decision in the program. It aims to highlight the convergences and the deviations between what the program produced on the socio-cultural environment and their institutional or professional references. Semi-directive interviews were carried out. The results highlighted a state of uncertainty in the management of human, financial and material resources linked to the political context : awarding the necessary means for implementing the program remains unpredictable. A lack of human resources, problems of collaborating with other sectors, shortcoming skills, and structures around a methodology and forecast indicators were identified. The objectives (media campaigns, improvement in medical practice, and adaptation of a healthy and balanced food environment) were partially carried out. After a year and a half, the most remarkable result is finally that obesity problem is recognised as a public health priority by the population, professionals and decision-makers.

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, le modèle d'évaluation épidémiologique, qui appartient à la recherche, a longtemps été perçu comme le seul modèle valable sur le plan scientifique (1). Or, lorsque les financeurs de programmes demandent aux professionnels une évaluation des actions mises en œuvre, ils les piègent dans un modèle auquel ils ne peuvent répondre et qui, de surcroît, ne leur apporte pas les moyens d'analyser les données obtenues au regard d'une qualité attendue (2).

Les évaluations en santé publique ont subi des mutations entre autres grâce à l'influence des sciences sociales. D'une part, l'usage de certaines méthodes qualitatives a été reconnu comme pertinent pour son approche de la question des attentes et des valeurs des communautés. D'autre part, des outils d'analyse sociologique permettant d'examiner sous un angle différent les problématiques de santé publique ont été mis en œuvre (3). Ces changements dans l'évaluation de projets locaux ont contribué à la formulation de nouvelles demandes dans le cadre duquel la sociologie de l'intervention est de plus en plus sollicitée.

Tout en essayant de dégager les perspectives actuelles du développement de ce type d'évaluation en santé, les auteurs se proposent de passer en revue les étapes de l'évaluation des performances professionnelles (EPP) (2)) à partir de l'évaluation du programme de lutte contre l'obésité de Polynésie française (4) réalisée en 2001. Ce programme a été mis en place par la Direction de la Santé (5) en 1999 pour une période de 5 ans. La demande d'EPP émane des coordonnateurs qui souhaitent assurer un retour d'information aux acteurs et apporter rapidement des mesures correctives au programme. L'EPP consiste à comparer ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé, à apprécier le degré d'atteinte des objectifs fixés, à estimer si les activités prévues pour atteindre ces objectifs ont été correctement exécutées avec les moyens alloués. L'EPP se réalise en associant une approche chiffrée et une approche compréhensive. La seconde n'est pas conçue pour remplacer la première, mais bien plus comme une nécessité récente survenue dans le

développement de l'évaluation pour mieux cerner les besoins de la réalité locale.

Dans cette perspective l'évaluation compréhensive (EC) (6) a donc été privilégiée pour déterminer les ajustements nécessaires à la poursuite du programme. Son principe repose sur l'analyse qualitative des discours des acteurs du programme. Le but est d'obtenir des informations faisant émerger des facteurs qui interagissent au sein d'un même programme et qui en conditionnent la qualité. En insistant sur les apports d'une approche de type compréhensif, EC y est abordée tant dans son objet que dans sa méthode.

La Polynésie française est constituée de 118 îles principales dispersées sur une surface comparable à celle de l'Europe de l'Ouest. En 1996, sa population comportait 220 000 habitants, dont 74 % sur l'île de Tahiti, dans la zone urbaine de Papeete et des communes avoisinantes. En 30 ans, la Polynésie française a été projetée dans une économie moderne suite aux activités du Centre d'Expérimentation du Pacifique : ses structures socio-économiques ont été bouleversées, les activités traditionnelles délaissées pour se tourner vers le secteur tertiaire et une société de consommation. La Polynésie française connaît une situation de transition épidémiologique : les fréquences des maladies infectieuses (rhumatisme articulaire aigu, filariose, dengue, tuberculose, etc.) se stabilisent ou décroissent, tandis que les maladies "comportementales" (maladies de surcharge, cancers, maladies respiratoires) progressent (7). Parmi ces dernières, la surcharge pondérale est un problème de santé publique majeur :

- Par sa prévalence :

- Selon les normes de l'OMS, 70 % des adultes polynésiens présentent un excès de poids, dont 40 % sont obèses (8) (9) (25 % aux Etats Unis et 10 à 20 % en Europe (10)).
- Près de 30 % des enfants de la zone urbaine de Tahiti présentent un excès pondéral à l'âge de 10 ans (11).

- Par ses conséquences tant au niveau individuel (sur la qualité de vie, la morbidité, la mortalité) que collectif (coût pour la société lié aux soins, aux dépenses de médicaments, aux arrêts de travail...) (12,13,14).

Au niveau mondial, la Polynésie française se situe dans le peloton de tête: une prédisposition génétique associée à des comportements néfastes explique ces chiffres. Les principales causes directes sont : des rythmes alimentaires anarchiques, une consommation d'aliments riches en graisses et en sucres excessive, mais insuffisante en fruits et légumes, des apports quotidiens d'aliments en grosse quantité, peu variés (la ration calorique quotidienne d'un polynésien est 2 fois celle recommandée par l'OMS), une sédentarité importante (15,16, 17,18). Les facteurs indirects sont notamment : difficultés d'approvisionnement pour certains aliments, coûts des produits, etc. Les causes profondes (psychologiques, sociologiques, anthropologiques) essentielles sont encore mal connues.

Le programme de lutte contre l'obésité s'attache à la prévention et à la prise en charge de l'obésité en tant que maladie et en tant que facteur de risque de nombreuses pathologies (diabète, maladies cardio-vasculaires, dyslipidémies...). Ce premier plan d'action s'intègre au Plan pour la Santé 2000-2004 élaboré par le Territoire polynésien, il se déroule en 4 phases : une phase préparatoire en 1999, de réalisation de 2000 à 2002, une évaluation en 2001, une programmation de nouvelles activités en 2003.

En 1999, une cellule d'animation composée de quatre membres de la Direction de la Santé (deux médecins, une nutritionniste et une éducatrice pour la santé) a été réunie pour préparer et animer les travaux. Un groupe de pilotage (GP), rassemblant des professionnels de compétences variées et de secteurs différents, a été constitué. Son rôle est d'apporter une aide méthodologique et un avis d'expert, de participer à la mise en œuvre des activités, de superviser et de valider les étapes du programme. Il est chargé d'informer les partenaires et les professionnels concernés (santé et autres secteurs, associations, ministères...). Un diagnostic de situation a été réalisé (recensement des personnes-ressources, consultations des professionnels, des populations sur leurs problèmes collectifs de santé, recherche de données bibliographiques et épidémiologiques, définition des priorités, identification des actions de prévention réalisées ou en cours et

des demandes d'intervention). Des objectifs ont été fixés par le GP, ils concernent 3 groupes:

- Les enfants d'âge scolaire (de 3 à 11 ans) et préscolaire (avant 3 ans)

Objectif 1 : Stabilisation de la prévalence de l'obésité des enfants scolarisés en CM2.

Objectif 2 : Stabilisation de la prévalence de l'obésité des enfants d'âge préscolaire.

- Les adultes (plus de 18 ans) en surcharge pondérale

Objectif 3 : Augmentation du nombre d'adultes avec un embonpoint présentant une stabilisation ou une perte de poids de 0 à 5 %.

Objectif 4 : Augmentation du nombre d'adultes obèses présentant une perte de poids de 5 à 10%

- Les femmes enceintes

Objectif 5 : Augmentation du nombre de femmes dont la prise de poids n'excède pas 12 à 15 kg au cours de la grossesse.

Ces objectifs à long terme ne pourront être atteints qu'après plusieurs plans d'action. Le plan opérationnel des actions du 1er plan (de 1999 à 2003) a été organisé en 4 axes :

- Les campagnes médiatiques concernent 5 actions : 1 en 1999, 2 en 2000 et 2 en 2001.

- Les actions communautaires réalisées dans les écoles (développement d'outils pédagogiques, projets : " semaine du goûter "et " écoles pilotes ") ont pris du retard, la coordination avec un secteur indépendant de la santé a ralenti leur mise en place.

- L'amélioration des pratiques médicales concernant les personnes en excès pondéral passe par l'élaboration d'un consensus sur la prise en charge adaptée au contexte, puis par l'élaboration et la diffusion de recommandations pour les professionnels de santé, enfin par la constitution d'un réseau, et l'amélioration de la prise en charge par la protection sociale.

- L'adaptation de l'environnement alimentaire et de la réglementation doit favoriser la disponibilité de produits sains. C'est dans ce cadre qu'un projet de promotion de l'alimentation

équilibrée dans les restaurants de rue (snacks et roulottes) s'est développé.

Certaines activités concernent l'ensemble du territoire, d'autres sont réalisées sur des zones pilotes. Elles sont planifiées et mises en œuvre par des groupes de travail (GT), constitués de professionnels de terrain. Les sources potentielles de financement sont multiples : Etat, OMS, Communauté du Pacifique Sud, Territoire. Les contrats d'objectifs représentent la source principale de financement. Il s'agit d'un financement par l'Etat français de projets validés par le Ministère de la Santé Polynésien et par la MAFIC (Mission d'Aide Financière et de Coopération régionale). Ce financement permet la réalisation de formations, déplacements, achat de matériel, expertises, enquêtes, etc. Une enveloppe est accordée par l'Etat au Territoire polynésien, et les demandes de financement pour les programmes sont faites annuellement : le budget demandé l'année n est disponible l'année $n+1$.

L'objectif de cette EC est de juger de la qualité des résultats, de la réalisation du plan opérationnel des activités, de la participation communautaire, du fonctionnement de l'équipe, du déroulement de la conduite du projet d'intervention, et des impacts du programme.

METHODOLOGIE

Les 27 acteurs du programme impliqués à tous les niveaux d'intervention et de décision du programme: Ministère de la Santé, Direction de la Santé, GP, GT ont été rencontrés.

Les entretiens individuels se sont déroulés sur les lieux de travail, d'une durée d'une heure. Le guide semi-directif abordait : le déroulement du programme obésité, l'activité de l'acteur dans le cadre du programme (nature, facilités et difficultés rencontrées), les effets positifs et négatifs de cette activité, les perspectives du programme, les propositions d'amélioration.

Lors des entretiens, les personnes interrogées sont également amenées à redéfinir leur position dans le projet, à s'interroger sur

leurs attentes inavouées ou mal formulées au moment de la rédaction des objectifs, sur les activités menées à la lumière des observations et des constats apportés par l'évaluateur, à proposer des mesures correctives pour favoriser la poursuite du projet. L'analyse qualitative des discours doit identifier les éléments contextuels (blocages, potentialités) rencontrés pour les mettre en perspective par rapport aux dysfonctionnements institutionnels et aux points de vue des différents acteurs. Elle met en évidence les convergences et les écarts entre ce que le programme a produit sur l'environnement socioculturel et les références institutionnelles ou professionnelles des acteurs. L'analyse qualitative des discours est basée sur le principe des synthèses progressives faites à la suite de chaque entretien, une synthèse finale donne ainsi une interprétation « en compréhension » de l'ensemble du processus (19).

RESULTATS

EVALUATION DES RESULTATS DU PROGRAMME. En terme d'état de santé, les objectifs précisent bien les populations concernées, mais ne sont pas quantifiés ni définis dans le temps. Ils reflètent le travail d'un GP peu formé à la conduite de projets et à une méthode d'intervention s'appuyant sur la définition d'indicateurs prévisionnels. Cependant, le changement ne pourra être mesuré qu'après plusieurs plans d'actions quinquennaux, si dès à présent des résultats attendus (objectifs) sont fixés.

En revanche, les résultats obtenus à court terme sont mesurés par une comparaison entre les connaissances de la population (à la suite des campagnes médiatiques) et celles des enfants (à la suite des actions d'éducation à la santé dans les écoles) d'une part et les résultats attendus d'autre part.

EVALUATION DU PROCESSUS DU PROGRAMME

Evaluation du fonctionnement du groupe de pilotage. Contactées en 1999 et retenues par la cellule d'animation sur des critères de compétence dans le domaine de la prévention ou la prise en charge de l'obésité, de représentativité (secteurs de la

santé public et privé), et de capacité de travail en équipe, 10 sur les 14 présentes initialement font toujours partie du GP. Tous soulignent que la faiblesse des moyens alloués et les nombreux obstacles rencontrés sont des facteurs de découragement.

Evaluation du fonctionnement des groupes de travail. Une trentaine de professionnels a été contactée entre septembre et novembre 1999 pour faire partie des groupes de travail (GT), un peu plus de la moitié s'est déplacée. Le fonctionnement des groupes varie en fonction des membres qui les composent. Les professionnels de santé sont majoritaires, et peu de membres ont un rôle actif.

Evaluation du fonctionnement des acteurs du programme. Les cellules de santé publique sont des acteurs clés du système de santé polynésien, chargées de mettre en œuvre les programmes élaborés par la Direction de la santé. Composées de personnels paramédicaux, elles sont dispersées sur tout le Territoire. Une action de santé communautaire axée sur la prévention ou la prise en charge des maladies liées à l'alimentation devait être planifiée annuellement dans chaque cellule. En 3 ans, les cellules des archipels éloignés n'ont bénéficié que d'un seul regroupement dans la capitale, cependant 6 cellules de santé publique sur 7 ont mis en place au moins une action se rattachant au programme de lutte contre l'obésité. Les actions orientées sur l'équilibre alimentaire et l'activité physique (promotion des produits locaux, réunion de malades concernés par le problème ...) se sont multipliées dans les archipels, mais il est difficile de connaître tous les éléments de ces projets (problème de la diffusion de l'information).

Evaluation des ressources matérielles. Le matériel (papeterie, rétroprojecteur) provient de la Direction de la santé. Toutes les réunions de travail ont été menées dans les trois salles mises à la disposition des GT. Le reste du matériel doit être fourni par le budget de la Direction de la Santé ou dans les archipels, par les budgets des circonscriptions médicales. Dans les deux cas, il n'existe pas de budget propre et toute attribution est aléatoire. De plus, la lourdeur des procédures administratives ne permet pas l'achat de matériels (fruits et légumes de démonstration...).

Evaluation des ressources financières. En 1998 (année *n*), un million de CFP¹ avait été demandé, mais n'a pas été accordé. En 1999 (année *n+1*), aucun budget n'était donc disponible pour le programme. La campagne médiatique réalisée en 1999 a été financée par le budget du Service Education pour la Santé. Les activités de 2000 et 2001 ont été financées par les contrats d'objectifs 1999 et 2000.

Evaluation du plan opérationnel des activités. Des fiches-actions (20) ont été établies ; elles devaient être remplies pour chaque action réalisée. En fait, elles ont été utilisées par les coordonnateurs du programme pour les principales activités, mais n'ont pas été exploitées par les GT, peu habitués à écrire ce qu'ils font.

Evaluation de la contribution des partenaires. Des professionnels des secteurs : social, éducation, jeunesse et sports, économie, culture ont été contactés, mais d'emblée certains ont limité leur participation. Le travail en partenariat s'est avéré difficile, contraignant à cause de la grande mobilité du personnel (nécessité d'efforts pour constituer et conserver un réseau). Le secteur de la santé est celui qui participe le plus activement.

EVALUATION DES INTERVENTIONS

Les campagnes médiatiques. En 1999, la première campagne s'est adressée à l'ensemble de la population. Elle avait pour objectif une information générale sur l'importance du poids et les circonstances de survenue de l'excès de poids. Elle comportait la réalisation et la diffusion d'un spot télévisé, des interventions télévisées et radiophoniques, des articles de presse, la diffusion de brochures et d'affiches. Les notions de vitalité, bien-être ont été reprises au travers du logo de la campagne et de son slogan: "un poids équilibré, c'est plus de liberté !". Une évaluation réalisée par questionnaire auprès de 60 personnes a montré qu'environ 1 personne sur 3 avait vu le spot et était capable d'en retracer les grandes lignes. L'approche compréhensive met en évidence que :

¹ 1 Euro=118,21CFP

- L'heure de diffusion (17h) peut expliquer le taux d'audience faible, et le fait que les personnes touchées étaient plutôt des femmes de 20 à 59 ans
- Les messages diffusés dans le spot TV sont compris, il s'agit de "nourriture et de santé", "il ne faut pas grignoter".

La majorité des personnes interrogées s'est dite satisfaite du spot, même si certaines ont ressenti de la tristesse ("je suis (obèse aussi) dans la même situation"). Les personnes réceptives au spot ont demandé des informations supplémentaires car il a suscité des discussions avec les enfants, la famille.

La réalisation du spot a été difficile. Il a fallu superviser la réalisation technique du film, ce pour quoi aucune personne n'était formée. Le résultat a été jugé décevant par le GP, surtout au regard de l'énergie dépensée. Les membres du GP ont appris que la conception d'une campagne médiatique et en particulier, celle d'un spot TV demandait à la fois du temps, de l'argent et des compétences. Fort de ce constat, l'objectif de deux campagnes par an en 2000 et 2001 a été revu à une campagne annuelle.

La campagne médiatique 2000 avait pour thème le grignotage de l'enfant. Le public visé était les enfants d'âge scolaire de 6 à 12 ans. Un diagnostic éducationnel a été réalisé pour identifier les connaissances, attitudes et pratiques. Tous les efforts de l'équipe ont été consacrés à la qualité technique de la réalisation, et à la transcription claire de messages sur le grignotage. Le spot a été diffusé plusieurs fois en « prime time », ce qui laisse supposer une plus grande audience. L'évaluation n'a pas été réalisée pour cause de rupture de contrat de la personne responsable. Le budget était plus important que celui de la précédente, mais la prestation de l'agence de communication fut meilleure.

L'amélioration des pratiques médicales. L'objectif est de définir, puis d'inciter à l'application de recommandations destinées aux professionnels de santé sur la prévention et la prise en charge médicale des enfants et des adultes obèses. Ces recommandations doivent être adaptées au contexte local. Un GT, formé de médecins généralistes et spécialistes (pédiatres,

endocrinologues, pédopsychiatres), de professionnels ayant des compétences variées (diététicienne, psychologue, nutritionniste) a été constitué. Les objectifs sont :

- l'adaptation des recommandations internationales au contexte local (synthèse bibliographique, puis obtention d'un consensus local) ;

- la rédaction puis la diffusion de deux guides cliniques destinés aux professionnels de santé ;

- l'élaboration d'un guide pour les patients, dont la rédaction a été terminée en 2001. "Mais la mise en pratique des recommandations suppose d'avoir les moyens de le faire." précise le médecin nutritionniste du GP ;

- la réalisation d'un carnet de prise en charge comportant les examens et consultations indispensables pour une prise en charge minimale, puis la négociation de leur prise en charge par l'organisme de protection sociale de la Polynésie française.

L'adaptation de l'environnement alimentaire. Les snacks et roulottes sont des établissements typiques très fréquentés, proposant une alimentation hors domicile, constituée de repas rapides et bon marché, à consommer sur place ou à emporter. Ce projet a pour objectif d'améliorer l'information sur l'équilibre alimentaire dans les snacks et les roulottes de la zone rurale sur la côte Est de Tahiti et d'augmenter la disponibilité de produits nutritionnels sains dans ces commerces. Les activités mises en œuvre par un GT composé des professionnels de santé de la zone ont été : l'étude des déterminants de la consommation alimentaire dans ce type de commerce ; l'information des commerçants et des décideurs locaux ; le recrutement des commerçants volontaires ; le développement d'outils de communication (affiches, autocollants...) ; la médiatisation et la mise en place d'actions d'incitation à la consommation de produits équilibrés.

L'information des commerçants (propriétaires, cuisiniers, serveurs) a été réalisée par une diététicienne. Elle s'est déroulée sur chaque site en deux temps : une séance sur l'équilibre alimentaire et l'hygiène (1h30 à 2h), puis une visite sur le site 2 à 3 semaines plus tard avec réalisations pratiques

(démonstrations, recettes...). Le suivi a été réalisé par les infirmières des dispensaires à l'aide d'un simple cahier : il permet d'être à l'écoute des besoins des commerçants et d'entretenir leur motivation. Des résultats encourageants ont été obtenus : diminution des quantités de graisse, de sucre dans les plats ; les sauces sont servies à part ; diminution de moitié de la quantité de sauce dans les casse-croûtes ; mise à disposition d'eau parmi les boissons vendues ; introduction de crudités et de fruits dans les menus et les plats. L'extension du projet à d'autres zones et la création d'un label "restauration-santé" sont les prochaines étapes du projet, mais le manque d'appui et de moyens freine leur réalisation.

ETUDE DES IMPACTS.

Le programme a eu des retombées non prévues par les objectifs. Dans l'industrie agro-alimentaire, des entreprises ont manifesté auprès des responsables leurs craintes de voir les habitudes, et donc la consommation de certains produits, se modifier. D'autres, comme des producteurs de boissons, ont vu une opportunité à saisir en s'associant aux messages santé. Cette période d'information de deux ans a entraîné une vague d'initiatives dans les clubs santé des collèges et des lycées, et dans certaines associations. C'est un impact positif, même si les messages diffusés pouvaient être améliorés. A contrario, et malgré les efforts pour diffuser des messages positifs, certains effets délétères ont été involontairement induits : stigmatisation des obèses, renforcement de l'image occidentale du corps, incitation à la consommation de remèdes miracles « faisant fondre les graisses ».

Enfin, le résultat le plus remarquable après 1 an et demi est que l'obésité est aujourd'hui unanimement reconnue comme un priorité de santé publique par la population, les professionnels et les décideurs.

DISCUSSION

L'EC est une source de stimulation intellectuelle qui permet d'envisager un transfert des pratiques professionnelles et une adaptation aux nouveaux processus engendrés. Elle enrichit l'évaluation en prenant en compte les spécificités locales et les interactions existantes. L'EC avec les acteurs du programme devient l'occasion d'orchestrer un dialogue entre les concepteurs, les décideurs au niveau central, et les responsables de l'application du programme au niveau local, sans oublier les utilisateurs et les bénéficiaires. Une démarche qui ferait l'économie de cette approche est condamnée à s'enliser dans la problématique des moyens, au détriment de celle des fins. La mise en œuvre d'une politique de la qualité concertée et partagée suppose une aptitude à conduire le changement et donc à le juger (20).

Ici, l'EC a souligné les difficultés liées à l'absence d'une connaissance de la méthode de la conduite de projets d'intervention, dans un contexte où les ressources humaines, matérielles ou financières, ne sont pas assurées à long terme. Outre un manque de compétences, une mobilité importante du personnel (changement de poste ou d'attribution, fin de contrat, retour en métropole, réorientation des activités...), le programme a un autre défaut : il a été ajouté aux activités habituelles et mis en œuvre selon la motivation de chacun. Un professionnel de santé publique local explique : "l'absence d'autorité hiérarchique et de budget propre attribué au médecin coordonnateur est un handicap structurel. Tout d'abord, aucune activité ne peut être appliquée rapidement, le coordonnateur devant sans relâche convaincre les professionnels de santé de son importance et soutenir leur motivation à long terme. La mobilisation communautaire demande du temps et de l'énergie. Ensuite, le financement des activités par les contrats d'objectifs est remis en cause chaque année. Ces deux aspects fragilisent le programme quelles que soient ses qualités. Ces difficultés ralentissent le programme et la lenteur des activités freine à son tour la motivation ».

Le programme doit conserver son caractère intégré à l'ensemble des autres actions de promotion de la santé et ne pas être

transformé en un programme vertical. La mobilité du personnel est un problème qu'il faut donc inclure dans la gestion du programme. C'est une des composantes habituelles des programmes de développement. Le programme possède sans conteste une assise encourageante car plusieurs soutiens de domaines différents existent. Il est nécessaire de mettre en œuvre des stratégies de recrutement et de transferts de compétences.

“ Les maladies non transmissibles sont un problème difficile à résoudre, mais on fait quelque chose quand même ” déclare un responsable du service de santé. “Au départ, le Territoire a eu la volonté de mettre en place un programme sérieux. Un appel a été fait aux bonnes volontés, mais peu de moyens ont été débloqués” explique un membre du GP. Pour répondre aux attentes légitimes des polynésiens, un soutien politique devient indispensable pour la pérennité d'un programme. Ce n'est qu'à cette condition que pourront se développer des collaborations avec d'autres secteurs, comme l'agriculture, l'économie, le sport.

Bibliographie

1. Blum-Boisgard C, Gaillot-Mangin J, Chabaud F, Matillon Y. L'évaluation en santé. *Actualité et dossier en Santé Publ* décembre 1996;17:18-22.
2. Baumann M; Cannet D; Châlons S. (sous la Dir.) Santé communautaire et action humanitaire. Ecole Nationale de la santé Publique. Rennes: éd. ENSP 2001.
3. Fassin D. (1998) *Introduction : politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique*, In :Fassin D. (Sous la dir.). Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris:éd. La découverte, 7- 48.
4. Ministère de la Santé et de la Recherche, Direction de la Santé. *Programme de lutte contre l'obésité en Polynésie française - Plan d'action 1999-2003. Etat des lieux et organisation du programme.* Rapport Papeete, juillet 1999, 30p
5. *Plan pour la Santé en Polynésie française 1995-1999.* Ministère de la Santé. Papeete, décembre 1994.
6. Baumann M, Collin JF. Evaluation professionnelle des performances des actions locales de santé. *Alinéa* 2003;14 (en cours d'impression).
7. *Les Tableaux de l'Economie Polynésienne.* Institut Territorial de la Statistique. 1998.

8. *Enquête sur les maladies non transmissibles en Polynésie française, étude de la prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète, de la goutte et de l'obésité de sept-nov 1995.* Ministère de la Santé, Institut Territorial Louis Malardé, 1998.
9. *Plan pour la Santé en Polynésie française 2000-2004.* Ministère de la Santé, Gouvernement de la Polynésie française, Papeete, 2001.
10. Ziegler O, Debry G. *Epidémiologie des obésités de l'adulte.* Encycl Méd Chir Endocrino-Nut Paris : ed. Elsevier, 1998 : 7p.
11. World Health Organization. *Obesity : preventing and managing the global epidemic.* Report of the WHO consultation on obesity, Genève, 1997.
12. Philippe-Didiergeorge I, Baumann M, Lacroix B. Obésité infantile en CM2: des tahitiens de Polynésie Française aux européens. Association Des Epidémiologistes de Langue Française. *Rev Epidé Santé Publ suppl* 1998 :20.
13. *Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant.* Institut National de la Statistique et des Etudes Médicales Paris : INSERM, 2000.
14. *Integrated policies for healthy weight.* International Obesity Task Force may 2000.
15. *Weighing the evidence programme and proceedings.* 2nd South West Pacific Nutrition and Dietetic Conference. Auckland, 1999.
16. Mou Y. *Le point de la situation alimentaire et nutritionnelle en Polynésie française en 1992.* Papeete : Rapport à la Direction de la Santé, 1993.
17. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Cah Nutr Diét* 1998, 33, suppl 1:1-48.
18. Mucchielli A. (sous la Dir.) 1996. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales.* Paris: éd. Masson et A. Colin 1996:29-33.
19. Collin JF, Giraud S, Baumann M. Outil d'aide à l'évaluation de performance d'actions de santé: l'exemple du programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine. *Santé Publ* 2001 ;13 (2):179-93.
20. Ducalet P., Laforcade M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes.* Paris : éd. Seli Arslan, 2002 : 272 p.

Tirés à part et correspondance à :

Michèle BAUMANN

Faculté de Médecine

Ecole de Santé Publique

9, avenue de la Forêt de Haye B.P. 184

54 505 VANDOEUVRE-les-NANCY Cedex France

Téléphone : 03.83.68.35.10

Télécopie : 03.83.68.35.19

baumann@sante-pub.u-nancy.fr