



PRogramme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS)

Volet Mayotte
2014-2016



SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
ETAT DES LIEUX	5
CONTEXTE	10
AXE I : AGIR SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE, PNA MAYOTTE	13
I-1 : Bien connaître pour mieux agir	15
I-2 : Favoriser les actions de type communautaire	17
I-3 : Améliorer les pratiques professionnelles	19
I-4 : Impliquer les politiques publiques	20
I-5 : Valoriser les actions et mieux communiquer	22
AXE II : AGIR SUR LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DES LE PLUS JEUNE AGE	23
II-1 : Bien connaître pour mieux agir	26
II-2 : Favoriser les actions de type communautaire	27
II-3 : Améliorer les pratiques professionnelles	29
II-4 : Impliquer les politiques publiques	31
II-5 : Valoriser les actions et mieux communiquer	32
AXE III : FAVORISER L'ACTIVITE PHYSIQUE A TOUS LES AGES DE LA VIE	33
III-1 : Bien connaître pour mieux agir	35
III-2 : Favoriser les actions de type communautaire	36
III-3 : Améliorer les pratiques professionnelles	38
III-4 : Impliquer les politiques publiques	39
III-5 : Valoriser les actions et mieux communiquer	41
AXE IV : AMELIORER LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES LIEES A LA NUTRITION	42
IV-1 : Bien connaître pour mieux agir	44
IV-2 : Favoriser les actions de type communautaire	45
IV-3 : Améliorer les pratiques professionnelles	47
IV-4 : Impliquer les politiques publiques	49
IV-5 : Valoriser les actions et mieux communiquer	50



ANNEXES 51

Annexe 1 : Modalités de financement des projets..... 52

Annexe 1 : Vignettes/ Pilotes..... 53

Annexe 3 : Répertoire des sigles 56



Introduction

La nutrition, englobant alimentation et pratique de l'activité physique, est un déterminant majeur de l'état de santé d'un individu. Son rôle comme facteur de protection ou de risque des pathologies les plus répandues en France (et dans le monde) est confirmé par nombre d'études, qu'il s'agisse notamment de certains cancers, de maladies cardiovasculaires, d'obésité, d'ostéoporose ou de diabète de type 2.

La sédentarité est le 4^{ème} facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Pour enrayer sa progression et ses conséquences néfastes, et après avoir clairement établi la relation entre absence d'activité physique et augmentation des maladies non transmissibles, entre pratique des activités physiques et sportives (APS) au sens large et prévention de pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques (obésité, diabète), musculo-squelettiques, cancéreuses (sein et colon), prévention de la dépression et des chutes (amélioration de l'équilibre, etc.), l'OMS a préconisé des niveaux d'activité selon les classes d'âge, des politiques de soutien visant à promouvoir l'activité physique, en adaptant celles-ci aux pays à faible revenu ainsi qu'aux publics les plus démunis. (*Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, OMS, 2010*).

Aucune action de prévention en santé ne peut faire l'impasse sur cette question de la nutrition, comme sur celle plus générale des « bonnes habitudes de vie », et ce, quelque soit l'âge. Il faut en effet rester attentif à l'influence de cofacteurs à prendre en compte, au-delà des deux facteurs clés que sont l'alimentation et l'activité physique. D'autres éléments ont un impact associé non négligeable, dont il faudrait mieux comprendre la place, comme par exemple la question des biorhythmes (dont veille/sommeil) et du stress, en tant que déterminants intervenant sur le poids et la santé.

Intervenir le plus tôt possible pour réduire les inégalités de santé est aussi un objectif prioritaire de santé publique. Concernant la nutrition, il est maintenant bien démontré que les déterminants agissent dès la naissance (impact positif du lait maternel notamment) et même en deçà, au cours de la vie intra-utérine (conséquence néfaste de l'alcool, etc.) mais au-delà de la toxicité propre de certains nutriments, l'équilibre alimentaire est également pointé du doigt, puisque le taux de prématurité est par exemple moindre chez des femmes ayant une alimentation « plus équilibrée » pendant les 12 mois précédant la conception (Jessica A. Grieger, Luke E. Grzeskowiak, and Vicki L. Clifton J. Nutr. July 1, 2014 jn.114.190686).

Enfin, si la santé dépend d'un ensemble de déterminants environnementaux tant intérieurs qu'extérieurs à l'organisme, dans des interrelations complexes permanentes, l'alimentation comme l'activité physique, outre les effets métaboliques directs et quelque soit la culture dans laquelle baigne un individu, sont indissociables d'une dimension « sociale » (voire festive) des relations au sein d'un groupe, elle-même fortement déterminante pour, selon qu'elle sert ou dessert l'individu... maintenir, aggraver ou réduire les inégalités de santé.



Etat des lieux

La malnutrition à Mayotte est le résultat d'au moins deux facteurs principaux qui évoluent parallèlement depuis plusieurs années. D'une part une « occidentalisation » des modes de vie qui impacte d'abord l'alimentation, avec importation de produits fabriqués, « manufacturés », dont certains étaient traditionnellement supplémentés en sucre en excès comme dans tous les départements outre-mer, d'autre part une « pression » démographique qui s'est accélérée dans les années 2000 avec notamment l'arrivée de populations devenues irrégulières des Comores (principalement Anjouan), nécessairement précarisées.

La sédentarité est un facteur qui tend à s'accélérer, particulièrement dans les couches les plus favorisées de la population. Elle contribue à grever lourdement les statistiques concernant les pathologies qui y sont reliées (diabète de type 2, surcharge pondérale, maladies cardio-vasculaires...) Du coup coexistent parfois dans la même famille des cas de dénutrition (particulièrement chez l'enfant), parfois majeure, avec de la surcharge pondérale, de l'obésité, du diabète, en augmentation préoccupante notamment chez la femme après trente ans.

Concernant la malnutrition, son histoire passe par les constats suivants.

Béribéri en 2004

(réf : rapport d'investigation InVS déc.2004)

Rappel des faits

Les pédiatres du Centre Hospitalier de Mamoudzou (CHM) diagnostiquent, devant une augmentation inhabituelle du nombre de décès chez des nourrissons entre 1 et 4 mois entre le 4 avril et le 13 juillet 2004, 32 cas de béribéri dont 20 décéderont. Ces enfants, sans antécédent médical particulier, ont présenté une détresse cardiorespiratoire d'apparition brutale et d'évolution rapidement fatale. L'hypothèse d'un béribéri (carence en vitamine B1 ou thiamine), rapidement évoquée par les pédiatres hospitaliers, a conduit l'Institut de veille sanitaire (InVS) à envoyer une mission d'investigation épidémiologique sur place avec pour objectifs de documenter avec précision ce phénomène sanitaire, tenter d'en identifier des facteurs de risque et orienter les mesures de contrôle à mettre en œuvre à court et moyen terme.

Méthode

Une définition de cas à trois niveaux de probabilité, un système de signalement et de recherche active des cas ont été mis en place. Les données ainsi collectées ont permis de décrire l'épidémie en termes de temps, de lieu et de personnes. Une étude analytique de type cas/témoins a été menée chez 21 mères de cas et chez 40 femmes témoins. Cette étude a été réalisée à domicile en collaboration avec les éducatrices de santé de la Direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Mayotte à l'aide d'un questionnaire standardisé, portant sur les facteurs socioculturels, cliniques, alimentaires et environnementaux. L'existence de cofacteurs infectieux, toxiques ou d'une autre nature, connus pour être associés au béribéri a par ailleurs été recherchée.

Résultats

Entre le 4 avril et le 13 juillet 2004, 32 cas de béribéri âgés de 1 à 4 mois ont été signalés, provenant majoritairement de la commune de Mamoudzou (53,1%). Parmi ces cas, 20 sont décédés (létalité 62,5%). La mise en place en urgence début juin de campagnes de supplémentation en vitamine B1 a permis de contrôler l'épidémie. La majorité des mères des cas n'était pas de nationalité française (85% d'entre elles étaient comoriennes). La durée médiane de séjour des mères sur l'île de Mayotte était de 6 ans. Des signes cliniques évocateurs de béribéri au cours de la grossesse ou du post-partum étaient retrouvés chez 44% des mères de cas. L'analyse de l'alimentation a montré que les mères des cas avaient une alimentation moins diversifiée que les mères témoins au cours de leur grossesse et de la période du post-partum. La consommation traditionnelle de « houbou » (sorte de bouillie claire de riz) pendant l'allaitement était plus fréquente chez les mères de cas. L'utilisation de lait artificiel était moins fréquemment rapportée par les mères des cas. Aucun des cofacteurs éventuels recherchés n'a pu être mis en évidence malgré un champ de recherche large.

Discussion

Les résultats de cette investigation permettent d'affirmer la survenue d'une épidémie de Béribéri infantile à Mayotte, phénomène rare, grave et sans précédent sur le territoire français. De graves carences alimentaires dues à des facteurs économiques et culturels semblent être l'élément majeur à l'origine de cette épidémie. Les mesures de contrôle prises dans l'urgence ont permis de juguler



l'épidémie, mais les questions alimentaires et nutritionnelles constituent à l'évidence à Mayotte un vaste et préoccupant problème de santé publique. La poursuite de la documentation de ce problème ainsi que la mise en place de mesures de contrôle à plus long terme constituent une priorité sanitaire.

Recommandations

La réalisation de ces enquêtes et les mesures qui en découlent constituent une urgence de santé publique pour Mayotte, car s'il est vrai que l'épidémie de béribéri à laquelle l'île a été confrontée a pu être jugulée rapidement avec succès, il n'en demeure pas moins vrai que les mesures mises en oeuvre se sont attaquées aux conséquences et non aux causes des problèmes nutritionnels. **Il n'est pas exclu qu'à plus ou moins brève échéance le problème de l'alimentation à Mayotte provoque d'autres situations d'urgence sanitaire, qu'il s'agisse du béribéri ou d'autres pathologies d'origine nutritionnelle.** L'ensemble de ces considérations nous amène à formuler les recommandations suivantes :

1. Poursuivre la supplémentation en thiamine des femmes enceintes et des nourrissons jusqu'à ce que des mesures à moyen et long terme soient élaborées
2. Poursuivre la surveillance spécifique du béribéri
3. Suivre l'évolution de l'épidémie et l'apparition d'éventuels nouveaux cas,
4. Evaluer l'efficacité des campagnes de supplémentation
5. Renforcer dès à présent les mesures de prévention et de promotion d'une alimentation diversifiée chez les femmes enceintes et allaitantes de Mayotte
6. Etudier la faisabilité d'approvisionner Mayotte avec du riz de meilleure qualité nutritionnelle que celui actuellement distribué
7. Documenter la prévalence du « lalavi » et d'éventuelles autres carences vitaminiques et nutritionnelles parmi les femmes enceintes de l'île
8. Préparer une étude en population sur les comportements et les pratiques nutritionnelles à Mayotte, de manière à évaluer l'état nutritionnel de la population de Mayotte, à identifier l'ensemble des carences potentielles et à adapter les messages et les stratégies de prévention
9. Mettre au point, sur la base des résultats de cette étude et sur ceux d'autres travaux, une stratégie de prévention spécifique du béribéri à Mayotte, **ainsi qu'une stratégie beaucoup plus large de prise en charge des problèmes nutritionnels lourds auxquels Mayotte doit faire face.**

Etude Nutrimay 2006 (réf : InVS)

Cette étude a été réalisée en 2006 par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Elle faisait suite à un épisode épidémique de béribéri chez l'enfant survenu en 2004. Comme décrit au paragraphe précédent, le béribéri est une carence en vitamine B1 (thiamine) témoignant d'un degré de malnutrition préoccupant.

Résumé des objectifs

Les objectifs principaux de l'étude NutriMay, réalisée en 2006, étaient de décrire les consommations alimentaires, l'activité physique et l'état nutritionnel de la population, en particulier les jeunes enfants (<5 ans) et les femmes en âge de procréer. Après tirage au sort des ménages, les données sociodémographiques ont été recueillies en face-à-face. Les apports alimentaires ont été estimés par deux rappels des 24 heures. Le poids, la taille et la pression artérielle ont été mesurés et l'activité physique évaluée par l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Résumé des conclusions et recommandations

L'alimentation se caractérise par de faibles apports en produits laitiers, calcium, fruits et légumes et thiamine, reflétant une alimentation peu diversifiée. Chez les femmes, le niveau d'activité physique est faible (55 % ont un niveau bas) et la prévalence de l'obésité (IMC $\geq 30,0$) élevée (femmes : 32 %, hommes : 8 %). Un quart des adultes présente une hypertension artérielle. Chez les enfants, des situations de dénutrition perdurent : 7 % des enfants sont maigres (poids pour taille) et 6 % ont un retard de croissance staturale (taille pour âge).

Mayotte est confrontée à une transition démographique et nutritionnelle : l'obésité des femmes coexiste avec la dénutrition des enfants, souvent dans les mêmes ménages. Le vieillissement de la population devrait augmenter la fréquence des maladies liées à l'obésité (hypertension artérielle, diabète, maladies cardio-vasculaires). La poursuite de l'occidentalisation des modes de vie (disponibilité et accessibilité croissantes d'aliments gras et sucrés, augmentation de la sédentarité),



conjuguée à l'augmentation de l'espérance de vie, risque de conduire à une augmentation importante du surpoids et de l'obésité et des maladies chroniques qui leur sont associées. Dans ce contexte, la mise en place d'actions de santé publique visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité de certains aliments, comme les fruits et légumes, à inciter la population à une alimentation équilibrée et la mise en place d'une surveillance nutritionnelle régulière de la population, particulièrement des jeunes enfants et des femmes en âge de procréer, semble nécessaire.

Travaux du Dr Cremades (CHM) /Dr Poulain (PMI) 2008

Un travail de prise en charge coordonnée entre le centre hospitalier et la PMI a eu lieu durant l'année 2008, avec utilisation d'un complément distribué aux enfants en cas de dénutrition (plumpy nut). Ce travail a montré :

- Sur 320 enfants suivis pour malnutrition 95 cas ont été hospitalisés pour malnutrition aiguë, 43% étaient atteints de malnutrition sévère, 57% de malnutrition modérée, un décès a été déploré. L'âge moyen est de 15,7 mois, l'âge médian de 12 mois (3-72). Les consultations pour dénutrition aiguë sont très habituellement concentrées durant la saison des pluies.

L'étude a montré qu'au-delà des difficultés structurelles connues (turn-over des professionnels, ratio important de non assurés sociaux, instabilité des équipes, etc.) la formation des professionnels du soin, l'éducation des familles, et notamment des mères, et le suivi et l'accompagnement des plus précaires en dehors de l'hôpital et notamment depuis les PMI (équipes mobiles) sont largement perfectibles...

Etude Maydia 2008

(réf : « L' obésité à Mayotte selon les résultats de l'étude sur la prévalence du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire », InVS, Cire Réunion-Mayotte)

Dans l'objectif final de disposer d'un état des lieux permettant aux pouvoirs publics d'adapter les actions de prévention, de dépistage et d'offre de soins, cette étude s'est attachée à estimer la prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle, du surpoids et de l'obésité, des dyslipidémies et des anomalies rénales en population générale à Mayotte. Les caractéristiques des personnes diabétiques (connues et méconnues) devaient également être recueillies.



Résultats

Sur un échantillon de 1268 personnes entre 30 et 69 ans, à 61% des femmes, et dont le lieu de naissance était Mayotte à 45%, les Comores à 47%, et Madagascar à 6%.

En population générale

- Seuls 46% des hommes et 19% des femmes ont une corpulence « normale » ;
- Le surpoids (IMC de 25 à 29) est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme : 35% versus 32% ;
- L'obésité (IMC de 30 à 39) est très fréquente chez la femme : 47% (dont 6% d'obésité morbide (IMC>40)) ;
- L'obésité est moins fréquente chez l'homme : 19% dont 1,4% morbide ;
- Un état de maigreur existe chez 2,4% des hommes et 1,4% des femmes ;
- 89% des femmes ont un tour de taille élevé (risque de complications métaboliques très élevé) contre 28% des hommes ;
- La prévalence du diabète est de 10,5% entre 30 et 69 ans et **parmi les diabétiques 79% des hommes et 94% des femmes sont en surpoids ou obèses.**

Discussion

Les résultats confirment ceux de l'étude Nutrimay de 2006 concernant l'IMC des femmes de 30 à 49 ans. La proportion d'hommes et de femmes de plus de 50 ans en surpoids et obèses était plus importante dans l'étude Maydia que dans l'étude Nutrimay.

Des différences importantes par rapport à La Réunion, avec notamment une obésité plus fréquente à Mayotte qu'à La Réunion, mais une prévalence moindre du diabète, qui justifient pleinement un PRAANS spécifique pour Mayotte.

Etude de la situation nutritionnelle des enfants en 2011

(Médecin du Monde, Enquête prospective du 1er Avril au 1er Juillet 2011 – rapport d'analyse MARS 2012)

La prévalence des enfants vus par Médecins du Monde (MDM) souffrant de malnutrition aigüe serait de 7,3%, plus importante en saison des pluies.

L'étude relève un âge précoce de sevrage/diversification alimentaire avant 6 mois, constitué principalement par le poisson et les féculents (riz), sans apport de légumineuses et fruits, des conditions socio-économiques et environnementales (eau/électricité) défavorables dans plus de 39% des cas, des maladies intercurrentes (diarrhées, etc) souvent associées.

Etude de 2012 du service de la santé scolaire

(Vice rectorat de Mayotte)

Cette étude réalisée sur les élèves de CP montre que 26% des élèves seraient en situation de « sous-nutrition », dont la quasi-totalité proviennent de Kawéni-village (quartier de Mamoudzou).

Un Projet de recherche COPEMAY 2012

(réf : Université de la Réunion, Laboratoire LCF/dir. Michel Watin « Analyser les conditions d'opérationnalisation et les effets d'une prise en charge éducative de personnes présentant une obésité ou un diabète à Mayotte en contexte pluriel »).

Cette étude ethnosociologique se proposait d'analyser le processus éducatif et préventif mis en place ainsi que les modifications observées sur 9 mois, liées à la prise en charge de personnes obèses présentant un diabète ou à risque, dans le contexte mahorais.

Quelques conclusions de cette étude/recherche

Encourager un programme d'ETP pérenne, par la formation de professionnels mahorais, la valorisation d'acteurs déjà impliqués et d'expériences adaptées, l'échange de pratiques notamment avec La Réunion, le travail sur les co-élaborations de messages de prévention, leur appropriation localement, l'empowerment des patients...etc.



Etude sur les comportements alimentaires à Mayotte Avril 2013 (David Guyot)
(réf : « comportements alimentaires à Mayotte », cabinet ISM/David Guyot sociologue avril 2013)

Cette étude a été restituée lors de la journée mondiale du diabète le 8 novembre 2013 par son auteur. De l'analyse de ce riche travail, qui ne peut être résumé dans le cadre de ce préambule, il convient d'extraire quelques idées fortes pouvant permettre d'aider les acteurs de terrain à mieux repérer et concevoir des actions pertinentes par une meilleure connaissance des typologies de « modèles alimentaires » à cibler, des traditions, de la répartition des tâches homme femme, notamment dans la préparation culinaire et dans le rôle de « prescripteur », des contraintes subies dans certaines catégories et des tendances concernant certaines consommations alimentaires (comme l'alcool par exemple).

- La place des aliments traditionnels dans le quotidien n'est pas si faible selon cette étude, notamment chez les femmes, qui restent attachées au romazave et mataba, à la salade lors des repas festifs, etc ...chez les hommes et les jeunes garçons, qui même s'ils plébiscitent les mabawaws grillées (ailes de poulet congelées d'importation, finalement source de protéine bon marché) sont attachés à certains produits comme le riz et la banane. Ce paraissent être les jeunes filles qui occidentaliserait le plus leurs modes d'alimentation avec fruits exotiques, laitages, compotes pâtes...
- Les séquences de prise alimentaire sont peut-être une source importante d'inégalité homme/femme et enfants/adultes, avec d'une manière générale une absence de référentiel de type « européen » avec ses 3 repas, des habitudes de « grignotage » favorisées notamment chez les garçons du profil « 2 », des réflexes encore bien présents semble-t-il de manger « en quantité » plus qu'en qualité, s'inscrivant dans une « mémoire » de carence alimentaire et de tradition festive où l'on fait bombance avant tout ...
- L'intérêt de travailler sur des publics cibles comme par exemple les femmes parce qu'elles sont prescriptrices, et, avec leurs enfants, moins conservatrices que les hommes et plus disposées à changer les habitudes alimentaires du foyer.
- La valorisation de la culture locale (au sens large) est un travail à faire avec les collectivités territoriales et les partenaires concernés dans l'aménagement et la disponibilité d'espaces suffisants notamment en milieu urbain, pour développer des projets économiquement viables, respectueux de l'environnement, et favorables à de bonnes habitudes alimentaires, que ce soit du point de vue d'un apport complémentaire familial ou dans le cadre d'une production en filière commerciale.
- La place centrale de l'école en tant que lieu essentiel d'éducation après (ou avec) la famille (dont nutritionnelle et sanitaire), où devrait se développer une restauration collective de qualité d'égal accès pour tous les élèves, pouvant dès lors constituer un socle commun minimum d'alimentation saine, vecteur et relais de bonnes habitudes alimentaires.



Contexte

La nutrition, une priorité du Projet de Santé de La Réunion et de Mayotte

Le Projet de Santé (PRS) de La Réunion et de Mayotte 2012-2016 a été arrêté le 29 juin 2012 avec les composantes suivantes :

- Plan stratégique de santé (PSS) ;
- Schémas d'organisation des soins (SOS-PRS), d'organisation médico-sociale (SOMS) et de prévention (SP) ;
- Programmes des systèmes d'information de télémédecine (PSIT), d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), de coopération régionale en santé dans la zone sud-ouest de l'Océan Indien, et programme pluriannuel de gestion du risque (PPGDR).

Au regard de l'état nutritionnel de la population, tant à La Réunion qu'à Mayotte, la nutrition apparaît comme une priorité majeure de santé publique. Le PRS, au travers du SOS-PRS, du SP et du PRAPS, met en évidence cette problématique. Les volets Médecine, Chirurgie, Pathologies de l'enfant et de l'adolescent ou encore Maladies chroniques retiennent en objectifs entre autres la mise en place de la filière obésité sévère, la filière de prise en charge de l'obésité infantile et la nécessité du dépistage précoce. La signature le 26 novembre 2013, conformément aux objectifs du PRS, d'une convention-cadre de partenariat entre le Centre hospitalier universitaire de La Réunion (CHU) et le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), concrétise un engagement qui doit favoriser des réponses adaptées aux besoins de santé de la population de Mayotte, notamment dans les prises en charge précoces et l'échange de bonnes pratiques professionnelles.

Le SP se préoccupe en outre de l'amélioration de l'environnement alimentaire et de la pratique de l'activité physique.

C'est pourquoi l'Agence de Santé Océan Indien a entrepris une démarche d'élaboration d'un programme spécifique retenant la nutrition comme élément transversal pour l'amélioration de l'état de santé de sa population. Le Programme alimentation activité nutrition santé (PRAANS) se veut partie intégrante du PRS.

Le PRAANS en articulation avec la politique nutritionnelle nationale

Le PRAANS est chargé de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas du PRS et être en cohérence avec les plans nationaux. L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique en France. Les programmes nationaux en sont l'illustration.

Lancé dès 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS 2011-2015) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011.

Le Plan Obésité 2010-2013 (PO) s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche.

Présenté en 2010, le Programme national pour l'alimentation (PNA) part du principe que « Bien manger, c'est l'affaire de tous ». Le PNA veille à s'articuler avec les différents documents nationaux en intégrant toutes les problématiques de l'alimentation.

En février 2012, le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS) lance la déclinaison spécifique pour l'Outre-Mer du PNNS et du PO. L'objectif de cette déclinaison est de coordonner les stratégies entre les territoires en mobilisant les services régionaux des différents ministères concernés, les ARS, les collectivités territoriales, ainsi que d'autres partenaires.



Enfin, une INSTRUCTION N°DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique précise comment décliner et mettre en œuvre au niveau régional un plan « sport santé bien-être » dans ses lignes stratégiques, ses modalités organisationnelles et financières.

Les travaux pour la déclinaison spécifique pour l'Outre-Mer ont mobilisé différents acteurs. Un groupe de travail ad hoc s'est constitué à La Réunion afin de porter la réflexion : ARS OI, DAAF, DJSCS, CGSS, IREPS, ORS, CHU de La Réunion, Rectorat, Conseil Général. Ses travaux se sont étendus à l'élaboration du PRAANS et sa mise en œuvre. Comme le PNNS, le PRAANS promeut et organise le dialogue entre les acteurs au niveau local.

Pour rappel, le PRAANS Volet Réunion se structure autour de cinq axes :

- Axe I : Bien connaître pour mieux agir ;
- Axe II : Améliorer l'offre alimentaire et garantir son accès pour tous ;
- Axe III : Favoriser la pratique de l'activité physique ;
- Axe IV : Promouvoir les repères nutritionnels ;
- Axe V : Améliorer le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition.

Les objectifs du PRAANS à Mayotte

Ils n'ont pas de raison d'être différents de ceux du PRAANS de La Réunion, et une cohérence s'avère nécessaire dans la mesure où la déclinaison au sein d'une même ARS, l'AS/OI, doit permettre des échanges de pratiques et une vision commune. Cependant, les spécificités mahoraises ont incité à prendre la problématique un peu différemment en axant les priorités sur les dispositifs ou acteurs déjà impliqués, de manière à bénéficier des dynamiques existantes et de les amplifier, en respectant au final les mêmes exigences de logique que le PRAANS de La Réunion, notamment concernant la nécessaire amélioration des connaissances, la qualité des pratiques professionnelles, la qualité et sécurité des parcours pour les patients, la promotion de bonnes habitudes de vie, la valorisation d'expériences « prometteuses » et la communication adaptée.

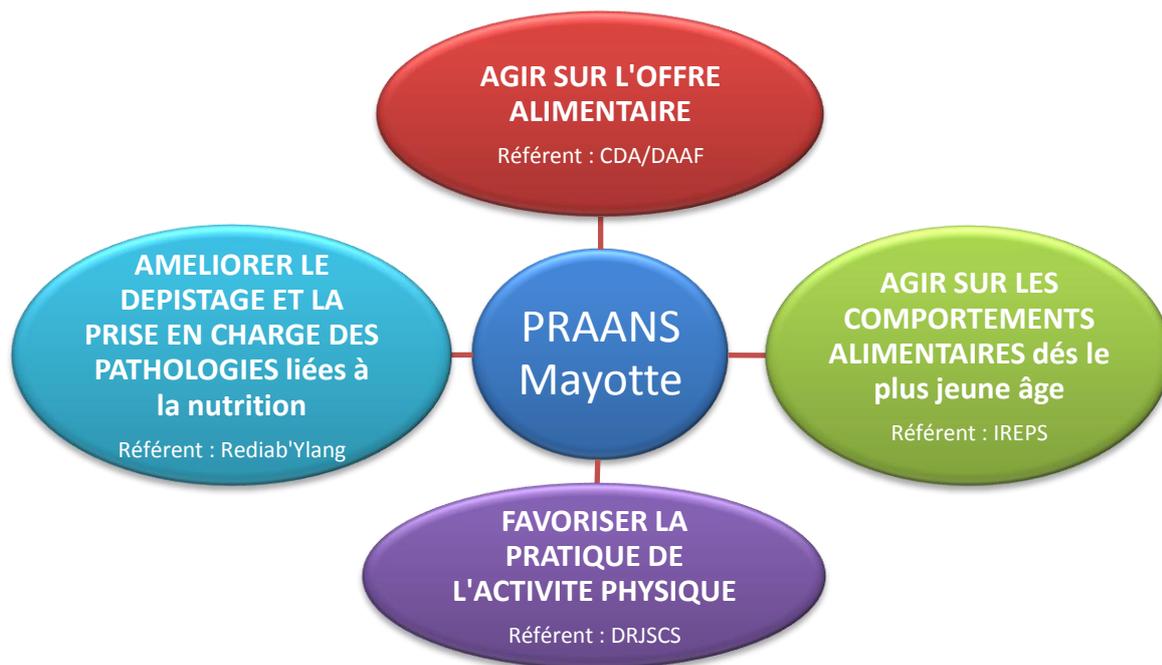
La méthode de travail

Il existait déjà à Mayotte un Comité Départemental Alimentation (CDA), piloté par la DAAF. Au regard des délais, des agendas, et des équipes impliquées sur le département, fut décidé de co-élaborer le PRAANS Mayotte à partir d'une sous-commission de ce CDA en s'appuyant sur l'existant. C'est ainsi que la journée mondiale du diabète le 8 novembre 2013, copilotée par l'IREPS et Rediab'Ylang (réseau diabète), a été mise à profit pour restituer publiquement l'étude commandée par l'ARS sur les comportements alimentaires à Mayotte (David Guyot, voir plus haut), et d'autre part consulter au cours d'ateliers thématiques les personnes impliquées dans la problématique, qu'elles soient professionnelles ou non.

C'est à partir des éléments initialement recueillis au cours de ces premières réunions, rencontres, restitutions et ateliers que les axes prioritaires ont été précisés, chaque axe étant ensuite porté par un référent chargé de travailler sa thématique avec les partenaires mobilisables.



Les axes prioritaires et référents sont les suivants :



Chacun des 4 axes se décline ensuite selon 5 objectifs opérationnels :

- 1 Bien connaître pour mieux agir
- 2 Favoriser les actions de type communautaire
- 3 Améliorer les pratiques professionnelles
- 4 Impliquer les politiques publiques
- 5 Valoriser les actions et mieux communiquer

L'élaboration du PRAANS de Mayotte est un travail collectif qui a souhaité mobiliser les acteurs de terrain de la prévention et du soin, tant en amont qu'en aval de son élaboration. Il doit être mis en œuvre en s'attachant à conserver cette mobilisation autour des axes prioritaires arrêtés dans le plan. Initiés lors de la journée du 8 novembre 2013, des groupes de travail se réunissent sous le pilotage des « référents » de chaque axe, et rendent compte au fur et à mesure de l'avancement des travaux, des mesures envisagées.

Dans un deuxième temps, une fois le PRAANS validé, il est envisagé que la mise en œuvre opérationnelle des actions soit maîtrisée à partir d'un comité de pilotage (Copil) réuni deux fois par an (constitué à l'image de la commission PRAANS du CDA) prenant appui et arbitrant des propositions ou adaptations proposées par le comité technique (CT). De manière à encourager et faire vivre la transversalité au sein même de la déclinaison du PRAANS, il est prévu au minimum cinq réunions annuelles du comité technique. Ce dernier définira sa composition en fonction des thématiques prioritaires à traiter, et des projets à concrétiser, à initier ou à élargir, en partant des 5 registres développés par axe, à savoir l'amélioration de la connaissance, le travail communautaire, la pratique professionnelle, l'implication politique, ou la communication/valorisation.

Le CT comme le Copil seront constitués dès la validation du PRAANS. Ils seront chargés immédiatement après de déterminer leurs membres, un planning de réunions et une feuille de route prévisionnelle pour l'année en cours, qui pourront être réactualisés à tout moment. En effet, au regard du contexte et des dynamiques locales, les groupes de travail ayant présidé à l'élaboration du PRAANS Mahorais n'ont pas souhaité s'engager sur un calendrier figé, considérant que les mises en œuvre seront adaptées à la fois au caractère urgent et prioritaire de la mesure, mais aussi à des conditions d'opportunité. Il a paru essentiel à tous que l'énergie des effecteurs (opérateurs de terrain notamment) se concentre sur les mesures les plus logiques à mettre en œuvre (ou à poursuivre) dans un contexte facilitateur donné, en évitant de s'épuiser à travailler sur des mesures pour lesquelles les conditions de leur succès ne sont pas remplies (ex : la restauration scolaire au primaire, les conditions d'hygiène minimale et d'espace nécessaire devant être assurées au préalable ou en parallèle).

AXE I :

**AGIR SUR L'OFFRE
ALIMENTAIRE,
PNA Mayotte**



Axe I : Agir sur l'offre alimentaire, PNA Mayotte

Pilote : DAAF

Diagnostic

L'alimentation recouvre un ensemble de problématiques très variées: maintenir des traditions culinaires et des liens sociaux, permettre l'accès de tous à une nourriture de qualité, garantir la sécurité des aliments et la santé publique, préserver l'agriculture et l'industrie agroalimentaire, tout en s'inscrivant dans une perspective de développement durable.

L'accès de tous à une alimentation de qualité passe d'abord et avant tout par l'amélioration de l'offre alimentaire, qu'il s'agisse de l'impact environnemental du système alimentaire, de la sécurité sanitaire des produits, de la qualité nutritionnelle des denrées, mais également des qualités gustatives et de la lutte contre le gaspillage.

Rappel : Mayotte est confronté à deux phénomènes d'allure paradoxale, mais qui traduisent un même dysfonctionnement global dans l'adaptation aux exigences économique-démographiques : le surpoids et l'obésité d'une part, les carences nutritionnelles d'autre part.

Loi Lurel

La loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en Outre-mer impose l'alignement des teneurs en sucre des produits vendus en métropole et outre mer qu'il s'agisse de produits vendus par les mêmes enseignes en métropole et outre-mer ou de produits locaux qui n'ont pas d'équivalent en métropole mais qui peuvent être rattachés à une famille de produits de la métropole.

L'article L.3232-5 nouvellement créé dans le code de la santé publique impose aux enseignes qui distribuent les mêmes produits alimentaires en métropole et outre mer d'avoir les mêmes teneurs en sucre que ce soit pour la métropole ou l'outre mer. Ces dispositions sont applicables depuis le 3 décembre 2013 (l'enquête opérée par la DGCCRF sur les produits alimentaires outre mer et en métropole a montré que cette obligation serait respectée).

En ce qui concerne les produits locaux qui n'ont pas leur équivalent en métropole, l'article L. 3232-6 dispose que :

« La teneur en sucres ajoutés des denrées alimentaires de consommation courante destinées au consommateur final distribuées dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, mais non distribuées par les mêmes enseignes en France hexagonale, ne peut être supérieure à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille les plus distribuées en France hexagonale. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'agriculture, de la consommation et des outre-mer détermine la liste des denrées alimentaires soumises aux dispositions du premier alinéa. »

(Cet arrêté n'est pas encore paru à l'élaboration de ce document).

Restauration scolaire

Actuellement très insuffisante sur Mayotte (4 lycées disposent d'une restauration), le défi pour les années à venir est de favoriser son développement, qu'il s'agisse du premier ou du second degré, le travail sur la qualité nutritionnelle étant dans l'idéal à prévoir dès la contractualisation avec les prestataires. Il s'agit d'une priorité absolue à Mayotte, même s'il s'agit d'un problème plus vaste de mise à disposition d'infrastructures adaptée et en conformité avec les normes d'un département français, rendu d'autant plus difficile dans le premier degré que la mise en œuvre des rythmes scolaires est en marche.



I-1	Bien connaître pour mieux agir
Objectif stratégique	Bénéficier de données suffisantes pour adapter l'offre alimentaire aux besoins de la population tout en respectant ses attentes, et en lui donnant l'information nécessaire pour éclairer ses choix en tant que consommateur.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les freins à la mise en œuvre de la restauration scolaire ainsi que les leviers susceptibles de lever ces freins ; • Assurer la sécurité alimentaire sur le département (mieux détecter et connaître les risques liés aux traitements phytosanitaires notamment) ; • Améliorer la connaissance en termes de qualité nutritionnelle de l'offre de produits importés et de produits locaux. • Favoriser l'émergence de bonnes pratiques de production par la connaissance partagée de projets innovants.



Mesures à mettre en œuvre

— Mesure I-1-1

S'appuyer sur la création du Comité départemental de la restauration scolaire (08 avril 2014) pour connaître l'existant, les freins et facteurs favorables à sa mise en place, et lancer une dynamique de montée en charge sur le territoire, en prenant en compte la qualité nutritionnelle.

La réalisation d'une enquête, sur les collations scolaires (qualité nutritionnelle et sécurité alimentaire, nombre d'élèves concernés, heure de distribution, lieu, durée, équipement des écoles pour maintenir la chaîne du froid...) est en cours (pilotée par l'Ireps). Le premier comité s'est réuni sous le pilotage de Mme la Sous Préfète secrétaire générale adjointe, le 17 juillet 2014. Un groupe de travail technique doit permettre d'avancer sur le projet.

— Mesure I-1-2

Lutter contre le gaspillage alimentaire (pour rappel, un pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire a été conclu en juin 2013 entre les pouvoirs publics et les professionnels des secteurs de la production, transformation et distribution avec comme objectif de diviser par 2 le gaspillage d'ici 2015).

Cette lutte passe nécessairement par une meilleure connaissance des causes de ce gaspillage (formation initiale des métiers de l'agro-alimentaire, et de la restauration, connaissance réglementaire lors du don alimentaire notamment). Il faut

1. Clarifier la question de la date limite de consommation (DLC) et de la date limite d'utilisation optimale (DLUO) auprès des consommateurs, dans la perspective d'éviter les gaspillages alimentaires, et dans l'attente d'un éventuel changement réglementaire (par exemple étiquetage plus explicite « **à consommer de préférence avant le...** »). L'objectif à terme étant de faciliter la compréhension du consommateur, sa gestion familiale des denrées périssables et non périssables, de favoriser les économies et d'éviter les gaspillages inutiles. Cette clarification auprès des commerçants pourrait également permettre de « rentabiliser » les stocks dont la DLUO est dépassée, en les proposant à moindre coût dans des circuits de distribution alternatifs (association, etc) sans risque pour la santé. Cette question peut évidemment intégrer l'éducation nutritionnelle notamment chez les plus précaires, pour les aider à l'économie familiale. Elle doit être relayée par les associations de consommateurs, et faire l'objet de communications ciblées ou non.
2. Aider les petits producteurs de denrées saisonnières à mieux connaître et appréhender les techniques de conservation permettant de retarder le murissement pour étaler la période de mise à la vente et mieux contrôler l'écoulement sur le marché.



— Mesure I-1-3

Réaliser une étude envisageant les conditions pour rendre accessible aux ménages les plus en difficultés, un aliment de complément destiné aux enfants de 4-6 mois à 18 - 24 mois, de qualité nutritionnelle adaptée (mission Grongnet-Berger en juin 2013 et étude en cours en 2014).

L'étude, sur la base de ce qui existe dans d'autres pays (Madagascar par ex.) se propose d'analyser la faisabilité de développer localement ce type de production, soit à partir d'un (ou plusieurs) aliments produits sur place, soit à partir de matière première transformée sur place puis importée. L'analyse porte sur la disponibilité des nutriments locaux, les modes de production et de mise à disposition, leur viabilité économique, et l'acceptabilité par la population. Les propositions sont attendues au 2^e semestre 2014 sur les hypothèses de faisabilité et de démarrage d'un tel projet localement.

— Mesure I-1-4

Réaliser une étude/enquête sur les cas recensés de malnutrition et carence en vit B1 au CHM chaque année, en analysant les facteurs prédisposant et les profils de risque, ainsi que la place exacte du facteur alimentaire, de manière à mieux adapter les messages de prévention, ainsi que les stratégies de réponse.

Des cas de carence en Vit B1 continuent d'être documentés chaque année lors d'hospitalisations de patients au CHM. Une dizaine de cas sont recensés par an depuis 2009, tous les âges étant concernés. La carence en elle-même est souvent pluri-factorielle, l'absence de diversité des apports étant la cause principale. Cependant, il serait souhaitable d'approfondir la question, notamment celle de prédispositions spécifiques et/ou de traditions délétères ayant toujours cours.

En lien avec le CHM, l'ARS, la CIRE, et l'ANSES, il s'agit également de déterminer s'il existe des expériences exportables réussies dans d'autres pays ayant une problématique similaire, et s'il est possible d'enrichir artificiellement un aliment de consommation courante (faisabilité technique et économique).

— Mesure I-1-5

Réaliser un état des lieux annualisé des nouvelles installations en productions locales (végétales, animales), ainsi que de l'offre de produits transformés sur le territoire mahorais. Il s'agit de mieux connaître et faire connaître les expériences réussies, rentables, ou prometteuses, comme les échecs de manière à aider/guider plus efficacement et accompagner les promoteurs dans leurs initiatives (plate forme ressource).



I-2	Favoriser les actions de type communautaire
Objectif stratégique	Stimuler, favoriser, valoriser, rentabiliser la production de produits locaux, et favoriser l'accès à tous (y compris les plus précaires) à une alimentation plus saine.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les expérimentations prometteuses (notamment à partir de l'existant : lycée agricole Coconi) ; • Favoriser les regroupements de producteurs, coopératives (COOPAC...) avec un engagement de qualité nutritionnelle à formaliser ; • Aider financièrement au démarrage de projets innovants ; • Réguler la production et la mise sur le marché de produits saisonniers

Mesures à mettre en œuvre

— Mesure I-2-1

Favoriser la consommation de fruits et légumes par des actions en milieu scolaire, développer le dispositif « Un fruit pour la récré » et en améliorer le fonctionnement, notamment les engagements avec les producteurs locaux.

Ce projet qui existe depuis plusieurs années grâce à un co-financement des services de l'Etat permet en principe de favoriser une production locale, tout en sensibilisant les enfants et leurs parents aux bienfaits d'une alimentation variée naturelle. L'objectif doit être d'élargir son périmètre, son impact, et améliorer son fonctionnement pour favoriser réellement (voir développer) les productions locales. Cette action a vocation à se développer dans le cadre déjà existant du Comité Départemental de l'Alimentation (pilote par la DAAF).

— Mesure I-2-2

Encourager la consommation d'eau potable en tant que boisson principale et promouvoir l'accès facilité à l'eau dans les établissements scolaires et au sein des dispositifs sportifs

Sur cette action au sein des établissements scolaires et sportifs, il s'agit de partager une ambition commune, celle de ne pas tomber dans la facilité qui consiste à céder aux offres souvent séduisantes des firmes commerciales (ex. mise en place de distributeurs de sodas). Ceci implique une action conjointe entre les adultes, éducateurs, parents, collectivités, etc...(par exemple dans le cadre des CESC) pour résister et convaincre, mais aussi de penser des investissements suffisants dans les établissements pour une offre de boissons alternatives plus saine (frigos, fontaines, jus...). Action à étendre aux terrains de sport et plateaux sportifs (MJC...). Action qui pourrait être développée en complémentarité avec les quartiers où l'implantation de bornes fontaines s'accompagne d'une sensibilisation/promotion des bonnes habitudes de vie avec l'IREPS, les équipes municipales et l'ARS.

— Mesure I-2-3

Développer les procédés de régulation soit pour une production indépendante de la saisonnalité, soit dans l'écoulement des produits saisonniers, de manière à éviter le gaspillage d'une part, et de diminuer le prix des produits d'autre part.

Cette mesure doit donc être travaillée selon 2 axes complémentaires, le premier en favorisant les investissements (et regroupements) pour des productions sous serre (ne dépendant pas des saisons), le second en favorisant d'autres types d'investissements, dispositifs ou méthodes pour étaler sur une période plus longue l'écoulement sur le marché des productions saisonnières (salles de murissage, de froid, procédés de séchage...). C'est dans ce 2^e axe que peuvent être développées des initiatives pour promouvoir la fabrication et consommation de jus de fruits locaux. (à la carte des bars et restaurants, en collectivités, à l'occasion de manifestations, etc).

— Mesure I-2-4



Contribuer au développement des filières agricoles locales et à leur valorisation : fruits, légumes, céréales, œufs, viande et poissons (en lien avec la CAPAM).

Œufs : Il existe une action en cours sur les œufs (marquage) qui doit en améliorer la qualité et traçabilité.

Viande : Il n'existe qu'un seul abattoir de volailles actuellement à Mayotte (atelier agroalimentaire du lycée agricole de Coconi utilisé par seulement 2 producteurs). Une tuerie à Combani (projet en cours) autorisera le producteur à tuer ses propres animaux. Un projet d'abattoir est également en cours de traitement (financement acquis). Rien actuellement pour les ruminants avec 2 ans minimum de délai pour pouvoir bénéficier de primes européennes.

Poissons : des points de vente reconnus existent (M'tsapéré, Kani kéli, Mtsahara), et doivent être réhabilités. Un point de vente doit être créé en petite terre). Le développement de filières à la fois sécurisées et rentables est suivi par la direction océan indien (affaires maritimes). D'autres structures privées existent en Petite Terre, à Chiconi, et à Mamoudzou, sans oublier la Copemay.

— Mesure I-2-5

Encourager les modes de production durables : promouvoir les pratiques économes en produits phytosanitaires, encourager les cultures « familiales »,

Il existe un plan national écophytosanitaire (avec axe DOM) travaillé à la DAAF avec la CAPAM. Par ailleurs, des contrôles des résidus toxiques sont faits régulièrement sur les légumes produits sur place par la DAAF, et sur les produits importés par la DIECCTE, qui semblent ne pas mettre en évidence de quantités de résidus en pesticides néfastes à la santé.

Un projet de potager communautaire développé par Solidarité Mayotte pour la population des demandeurs d'asile pourrait constituer une action pilote à valoriser, puis à étendre en cas de succès.



I-3	Améliorer les pratiques professionnelles
Objectif stratégique	Donner aux producteurs locaux les outils d'une production autonome et l'accès aux connaissances/compétences pour une rentabilité accrue.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'échange et la disponibilité des connaissances ; • Favoriser les échanges de pratiques ; • Donner aux jeunes désireux de s'investir dans la filière la capacité d'y réussir.

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure I-3-1**

Développer l'accès à la formation initiale et continue (lycée de Coconi, coopérations régionales Océan indien).

— **Mesure I-3-2**

Disposer d'une plateforme ressource (à la fois en ce qui concerne la connaissance en production, mais aussi en gestion et accompagnement de projets). (en lien avec M I-1-5)

— **Mesure I-3-3**

Former à la gestion de TPE/ PME agricole et soutenir les initiatives prometteuses. (en lien avec M I-2-3 et M I-2-4)

— **Mesure I-3-4**

Favoriser des échanges de pratique et la diffusion des projets prometteurs, expérimentaux ou validés à chaque manifestation ou rassemblement de professionnels du secteur (marché du goût de Coconi, aquaculture...)

— **Mesure I-3-5**

Rendre plus opérant les contrôles publics et renforcer la sécurité alimentaire.

Au regard des contraintes auquel chacun est confronté dans son secteur, un premier objectif très pragmatique pourra consister à travailler sur une sensibilisation des professionnels, et une meilleure coordination entre services de l'ARS/VSS et DAAF pour améliorer les contrôles ciblés, notamment en cas de TIAC.

Un deuxième objectif sera de signaler les affiches publicitaires faisant l'apologie d'une alimentation délétère, et non réglementaires, de manière à engager ou faire engager par les associations de consommateurs des actions pour faire respecter la réglementation.

I-4	Impliquer les politiques publiques
Objectif stratégique	Aider par un éclairage réglementaire et technique les décideurs dans leurs choix concernant l'offre alimentaire à tous niveaux (production agricole, pêche...) et notamment pour la défense d'une production locale adaptée respectueuse des écosystèmes et inscrites dans le « développement durable ».
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les marchés locaux de la Pêche ; • Encourager la production agricole locale (notamment fruits et légumes); • Encourager le développement de filières d'élevage locales. • Favoriser l'accès à l'eau potable • Développer la restauration scolaire



Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure I-4-1**

Soutenir toutes les démarches visant à aider les producteurs et TPE/PME à conclure, dans de bonnes conditions, des contrats de fourniture de leurs produits aux restaurants de collectivités publiques le cas échéant au sein de regroupements ad hoc (chambres, coopératives, etc.).

Faciliter l'approvisionnement de la restauration collective en produits agricoles locaux/ Promouvoir la restauration faisant appel aux produits du terroir, privilégiant les produits frais et les recettes du patrimoine culinaire, les produits de saison et les approvisionnements de proximité. Cette démarche est à associer directement avec la mesure 1-1-1 (restauration scolaire).

— **Mesure I-4-2**

Diffuser, actualiser, valoriser un cahier des charges sur les collations scolaires dans les communes et le faire respecter (en lien avec la prestation d'aide à la restauration scolaire « PARS »).

Il s'agit de faire respecter des exigences minimales quant à la qualité nutritionnelle des repas servis dans ce cadre (habitudes culinaires et disponibilité des produits). Cette question est actuellement travaillée dans le cadre du Comité départemental de la restauration scolaire. Collations ou plateaux repas doivent être mis à disposition, dès lors qu'une solution financière est trouvée.

— **Mesure I-4-3**

Encourager les établissements scolaires à valoriser dès le plus jeune âge le patrimoine naturel et l'écosystème.

Développer les contacts à tout niveau avec les producteurs, les techniques, les systèmes de production durable et éco-responsables, le lycée d'enseignement agricole...Un projet de «jardin potager » avec proposition de concours en fin d'année est en cours d'élaboration et pourrait concerner dans un premier temps 4 à 5 établissements du premier degré volontaires, dès lors que la mairie est également partante pour mettre à disposition le terrain nécessaire. Ce projet serait ensuite pérennisé chaque année pour favoriser les initiatives de proche en proche.

— **Mesure I-4-4**

Faciliter l'attribution de terrain pour le développement de jardins collectifs dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (CLS).

Susciter l'intérêt des communes pour mettre en place un programme « Agenda 21 » ou intégrer les Villes OMS...

Les objectifs sont multiples : maintien d'une socialisation « utile » chez les personnes âgées, précaires ou dépendantes, respect de l'environnement et apprentissage et valorisation de la culture locale chez les plus jeunes, compréhension du « développement durable », expérimentation exportable de l'agriculture familiale, etc. (en lien avec **M I-2-5**)

Le CG et les mairies sont les partenaires et contributeurs incontournables.



— **Mesure I-4-5** : renforcer les contrôles sur la réglementation en vigueur (dont les teneurs en sucre et notamment sur l'étiquetage) des denrées importées en ciblant sur les produits gras et sucrés (dont boissons) :

On constate à Mayotte qu'un certain nombre de produits affluent sur le marché (denrées grasses et sucrées) qui ne suivent pas les réglementations en vigueur notamment concernant un étiquetage conforme à la réglementation. Déterminer à ce niveau les responsabilités de chacun, puis faire intervenir les contrôles (voire sanctions/retraits du marché) si nécessaire.

— **Mesure I-4-6**

Améliorer la logistique de l'aide alimentaire sur le département afin de répondre aux besoins de tous les publics, en favorisant les « paniers » de produits locaux (complémentarité des acteurs, et soutien au développement de la production agricole et des industries agroalimentaires locales).

En lien avec « le fruit à la récré » **M I-2-1**



I-5	Valoriser les actions et mieux communiquer
Objectif stratégique	Valoriser le patrimoine alimentaire et culinaire local.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> Préserver et promouvoir le patrimoine mahorais face à l'uniformisation de l'alimentation.



Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure I-5-1**

Développer des campagnes de communication sur les filières et productions locales.

Relayer les actions tout au long de l'année au-delà de la journée à Coconi. Valoriser les entreprises, sociétés, associations qui développent un type de réponse pouvant servir d'exemplarité (en lien avec M I-3-4).

— **Mesure I-5-2**

Développer des actions de communication grand public sur la promotion de produits locaux et de recettes attrayantes (par exemple en lien avec Rediab'Ylang voir axe IV).

Il s'agit d'encourager toute initiative locale ou globale valorisant les produits locaux naturels, notamment la consommation de légumes secs, sources de protéines végétales, et de fibres bénéfiques pour la santé (ex : ambrevades), la diversité alimentaire possible tout au long de l'année, et le développement de l'agriculture familiale.

— **Mesure I-5-3**

Soutenir tout type d'action au cours de l'année, à l'occasion des événements collectifs (festifs, sportifs, culturels, etc...) qui contribue à changer les représentations survalorisées des produits manufacturés (dont boissons gazeuses, sodas, etc) et de l'offre déséquilibrée en général, notamment en agissant sur tous les relais d'opinion (fundis, cadis, opérateurs de terrain, institutions, professionnels, etc).

L'ARS conventionne en 2014 avec l'Institution Cadiale de Mayotte pour une collaboration sur la thématique de la prévention. Les 19 cadis de l'île sont favorables à se former et à relayer des messages de prévention tout au long de l'année, en les intégrant aux valeurs traditionnelles et de la religion. Le mois du Ramadan peut être de ce point de vue un temps à privilégier pour développer les nécessaires contre-feux à « l'occidentalisation » de l'alimentation.

— **Mesure I-5-4**

Relayer une communication efficace pour lutter contre le gaspillage alimentaire (associations de consommateurs, communications ciblées ou non, grand public, public précaire, associations faisant de l'aide alimentaire) (en lien avec M I-1-2).

La sensibilisation au gaspillage alimentaire à Mayotte doit toucher de façon complémentaire plusieurs domaines et publics. En lien avec la M. I-1-2, la question de la meilleure compréhension des dates de péremption des produits, mais également celle d'une meilleure gestion économique et familiale de certaines denrées saisonnières (fruits notamment), et de la connaissance et utilisation de la chaîne du froid (cf : étude de D. Guyot, voir l'usage des congélateurs). Cette action peut évidemment s'envisager lors des séances individuelles ou collectives d'éducation nutritionnelle, quelque soit la porte d'entrée, en complémentarité avec cette dernière (et par exemple lors d'actions ciblées d'aide alimentaire).



AXE II :

**Agir sur les
comportements
alimentaires dès
le plus jeune âge**



Axe II : Agir sur les comportements alimentaires dès le plus jeune âge

Pilote : IREPS

Comme décrit en introduction à ce programme, Mayotte présente en terme de santé publique des situations contrastées qui coexistent dans la même communauté, voire dans les mêmes foyers : dénutrition chez les enfants et obésité chez les adultes (notamment les femmes).

En termes de déterminants de santé, les conditions de mise en place progressive de la promotion de la santé à Mayotte, s'inscrivent dans des environnements physique, économique, démographique et socioculturel très influents, mais éloignés de ceux rencontrés en métropole ou même dans les autres Départements d'Outre Mer. Certains de ces déterminants ont une influence plus forte que d'autres, ou sont particulièrement spécifiques à l'île pour mériter d'être introduits dans cette partie.

En effet, l'île dispose **d'atouts** pour la réalisation de l'approche comportementale :

- **La reconnaissance sur le terrain des acteurs de la prévention et une écoute de la population** ; les acteurs de la prévention s'accordent à dire que la population est plutôt réceptive aux messages de prévention, pour peu qu'ils soient bien expliqués et transmis par les bons vecteurs ;
- **L'apport de groupes communautaires structurés** ; le tissu associatif local est particulièrement présent et dynamique à Mayotte. Chaque village possède au moins une association culturelle, environnementale ou sportive et plusieurs associations féminines (« Shicao »). Ces groupes communautaires identifiés et structurés peuvent constituer un point à partir duquel les associations spécialisées en éducation à la santé peuvent délivrer des messages sanitaires et initier des démarches de mobilisation sociale ;
- **La présence de leaders d'opinions dans les villages** ; L'un des particularismes de ce département est de pouvoir encore identifier aujourd'hui, dans chaque village, des leaders d'opinion de tout horizon. Ces leaders n'appartiennent pas forcément à la sphère politique. Certains se rencontrent dans la société religieuse, comme les foundi et les imams, et servent souvent de « caisse de résonance » lors de grandes campagnes de prévention (vaccination, débats publics...). D'autres sont des personnes ayant pris une part importante dans l'histoire du village ou du département, et dont la notoriété, l'expertise ou l'activité sociale peut significativement orienter l'action d'un grand nombre d'habitants. Ces personnes sont connues dans les villages et respectées par tous ;
- **La part de la population scolarisée dans la population totale** (une moitié environ de la population officielle de Mayotte scolarisée).

Néanmoins, il ne faudra pas négliger, dans la mise en place de ce programme, les faiblesses, et carences du territoire. Il faudra tenir compte des fortes disparités sociales de santé qui prédominent sur le territoire avec des facteurs sociodémographiques et socio-économiques très défavorables. Ces facteurs interviennent à 3 niveaux : la précarité, la démographie et la pression migratoire, qui sont des déterminants majeurs pour la mise en place d'une politique de prévention.

L'île ne peut également compter que sur une faible démographie d'acteurs de santé au sens large, et d'associations spécialisées dans le domaine de la prévention en particulier. Quant aux structures médicosociales, elles sont jusqu'à maintenant quasi-absentes du territoire. Enfin, le cadre légal et réglementaire est partiellement appliqué, l'application progressive du droit commun étant en cours à Mayotte (ex : les conditions de conservation et de délivrance des denrées alimentaires, dans les écoles comme dans certains commerces de rue, sont non conformes aux normes sanitaires et source potentielle de toxi-infections (non respect des dates de péremption et des températures de conservation notamment) ; les blocs sanitaires de nombreuses écoles du département ne sont pas aux normes... etc.).

Il faut également citer comme frein à la prévention, des aspects touchant à la sphère de la connaissance ou de l'information :

- Une méconnaissance, de manière générale, du système de santé à Mayotte et des droits en matière d'accès et d'offre de soins curatifs ou préventifs ;
- Une faible connaissance de notions en biologie, en anatomie, en physiologie...
- Un manque d'information sur la notion d'équilibre alimentaire (en matière d'alimentation à Mayotte, c'est la notion du goût qui prédomine). Dès lors, et compte tenu de changements



d'habitudes alimentaires apportées par la société occidentale, le terrain est favorable au développement du diabète, de l'obésité ou de l'hypertension,

- L'absence de témoignage des malades qui entretient de fait une ignorance des maladies, des moyens de les éviter ou de les soigner.



II-1	Bien connaître pour mieux agir
Objectif stratégique	Adapter les actions de prévention au contexte local en intégrant les enquêtes nationales ou locales à notre connaissance de ce contexte..
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser, centraliser et partager les informations régionales disponibles ; • Actualiser les données en ce qui concerne les comportements alimentaires des mahorais.

Avec un système de recueil des données sanitaires qui se renforce, les informations sanitaires et les données épidémiologiques sont dorénavant mieux étoffées et plus complètes en ce qui concerne un certain nombre de pathologies. Cependant sur les aspects comportementaux, et l'état des lieux des actions et acteurs dans le domaine de la promotion de la santé nutritionnelle, encore peu de données sont accessibles à Mayotte.

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure II-1-1**

Bénéficier d'une table de composition nutritionnelle des aliments disponibles à Mayotte, outil à partager ensuite par tous les acteurs et professionnels concernés.

Cette question est déjà travaillée par certains acteurs de terrain. Il faut en stabiliser et valider les contenus.

— **Mesure II-1-2**

Constituer une base de données des actions d'éducation nutritionnelle, avec les objectifs, le public concerné, le calendrier associé et le fichier d'opérateurs (promoteurs de ces actions), et favoriser les échanges d'information.

— **Mesure II-1-3**

Intégrer les enquêtes nationales et précisément les éditions du baromètre santé nutrition pour connaître et suivre l'évolution des connaissances, comportements et pratiques alimentaires des mahorais.

Mesure II-1-4

Intégrer les enquêtes nationales et locales, croiser les connaissances scientifiques et les sondages locaux concernant l'impact relatif des différents canaux médiatiques sur les populations spécifiques (jeunes, femmes, etc...) de manière à renforcer l'efficacité de nos stratégies de communication.

Cette action est directement liée à la stratégie de communication plus générale de l'ARS/ en lien avec ses partenaires. Elle prend en compte le multi-linguisme et la tradition « orale » forte à Mayotte.



II-2	Favoriser les actions de type communautaire
Objectif stratégique	Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des programmes d'éducation nutritionnelle, sur le long terme, et tout particulièrement en faveur des enfants, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, et personnes âgées. (Concernant les adultes en surpoids ou diabétiques (ateliers) et plus particulièrement les femmes, voir axe 4 du PRAANS) ; • Accompagner les parents dans leur rôle d'acteur d'éducation nutritionnelle - Renforcer les compétences éducatives des parents et les rendre conscients de leur rôle d'acteurs de prévention auprès de leurs enfants, leur redonner confiance ; • Informer, impliquer les leaders d'opinion, les instances religieuses locales, les associations locales ; • Développer les actions de proximité dans les quartiers (appui des associations) ; • Renforcer des actions d'éducation nutritionnelle dans les dispensaires, dans le secteur libéral, en lien avec les réseaux de santé.

La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités.

La démarche communautaire vise à favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé c'est-à-dire à rendre effectives les conditions et les possibilités d'accès à la santé (à l'information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé...). A ce titre, par exemple, des actions d'éducation nutritionnelle à l'école nécessitent en préalable le développement de la restauration scolaire à Mayotte.

La démarche communautaire s'inscrit dans un double mouvement : non seulement des habitants vers les structures mais également des professionnels vers les habitants.

A Mayotte, au vu des groupes communautaires structurés existants, cette approche est particulièrement efficace et sera donc renforcée dans ce programme.

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure II-2-1**

Mettre en place des séances d'informations des parturientes : consultation « bien naître » en lien avec les réseaux (Repema, rediab'Ylang) la PMI et le CHM.

Mesure à mettre en parallèle avec la formation des professionnels de santé (PMI/CHM/Libéraux) qui suivent les grossesses. C'est durant les consultations de suivi qu'il est important d'anticiper les étapes futures de l'alimentation de l'enfant depuis l'allaitement maternel à privilégier jusqu'au sevrage progressif avec la diversification alimentaire et les règles simples à connaître (**M. II-3-1**)

— **Mesure II-2-2**

Poursuivre et développer, en faveur des enfants et avec les parents, l'animation des « classes du goût », des jardins potagers, des sorties pédagogiques dans les exploitations agricoles, des pièces de théâtre, chansons enfantines.



— Mesure II-2-3

Intégrer des actions de promotion des repères nutritionnels dans les projets d'écoles, dans les projets éducatifs des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

— Mesure II-2-4

Poursuivre l'animation d'ateliers cuisine en faveur des personnes âgées, de personnes en situation de précarité, des parents, avec la réalisation de repas équilibrés basés sur les recettes locales valorisant les produits locaux et recettes mahoraises (ex : émissions culinaires « Coco, Bacoco, rissou dya trini Léo »).

— Mesure II-2-4'

Favoriser chez les familles les plus précaires, dans lesquelles des cas de dénutrition majeure existent, les conditions de retour à un équilibre minimal, tant par des mesures d'aide alimentaire directe que par des mesures d'éducation/gestion/economie familiale. (A mettre en lien avec la Mesure IV-4-6.)

Un projet est actuellement en cours avec le Conseil Général (PMI) qui concerne 160 familles élues pour recevoir une aide alimentaire sous condition de suivi et prise en charge plus globale de la question médico-psycho-sociale. Cette action nécessite une volonté claire et les moyens d'un accompagnement régulier de ces familles sur le long terme, avec un « contrat » établi dès le départ pour des objectifs/perspective de sortie d'une aide purement passive.

— Mesure II-2-5

Mettre à disposition des acteurs des outils pédagogiques validés localement.

L'IREPS aura à ce niveau, avec le Pôle Régional de Compétence, un rôle majeur à jouer.

— Mesure II-2-6

Informé, sensibiliser et Impliquer les leaders d'opinion sur la thématique nutrition santé à MAYOTTE.

Une première action consistera à pérenniser la formation en nutrition par Rédiabylang et l'IREPS MAYOTTE des cadis volontaires, qui pourront ensuite relayer les messages en proximité, pour une part, et travailler avec les acteurs de prévention à des adaptations des messages au contexte culturel pour leur assurer le meilleur impact auprès du public cible (exemple : adaptations nécessaires à la période du Ramadan).



II-3	Améliorer les pratiques professionnelles
Objectif stratégique	Renforcer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé, socio-éducatif, associatif, de la restauration collective.... dans le domaine de la santé nutritionnelle à Mayotte.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Former en nutrition les acteurs locaux de proximité ; • Mobiliser les acteurs sur des stratégies communes ; • Renforcer le partenariat entre les acteurs de prévention.

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure II-3-1**

Former et sensibiliser les équipes du CHM et PMI à la promotion de l'allaitement maternel.

- Chez les prématurés, promouvoir en salle d'allaitement la technique du tire lait et favoriser les meilleures conditions de sécurité/hygiène
- Dans tous les cas favoriser les conditions d'une compréhension suffisante et d'une adhésion éclairée à l'allaitement maternel, ainsi qu'aux étapes suivantes assurant à l'enfant l'alimentation la plus adaptée, que ce soit par les équipes du CHM (MDZ, et périphériques) ou par celles des PMI.
- Le cas échéant co-élaborer avec les femmes elles-mêmes les outils adaptés pertinents pour cette promotion/sensibilisation/compréhension.
- La formation et la sensibilisation s'adressera notamment aux personnels en contact pluri-quotidien avec les femmes (para-médicaux).

— **Mesure II-3-2**

Former les éducateurs sportifs en lien avec la DRJSCS, notamment sur l'activité physique adaptée pour les publics spécifiques (personnes âgées, handicapées, etc)

- Poursuivre les formations nutrition des professionnels des communes et de la restauration scolaire, quant elle existe (formations Rédiabylang ou IREPS en lien avec le dispositif « plaisir à la cantine »).
- Former les enseignants du primaire et secondaire volontaires sur les repères nutritionnels, de manière à en faire les ambassadeurs « relais » des mesures préventives.

— **Mesure II-3-3**

Former les responsables des structures d'accueil collectif des mineurs.

Former les employés(es) de maison en charge de la garde d'enfants à domicile

Travail en cours avec Pôle emploi (il s'agit de former notamment les employées de maison et femmes de ménage à qui on demande de garder les enfants au domicile)

— **Mesure II-3-4**

Organiser des séminaires et congrès d'échanges de pratiques sur la nutrition.

Il peut s'agir par exemple d'une journée consacrée à la thématique, avec une partie « scientifique », et une partie d'échanges de pratiques des acteurs de terrain, incluant des expériences élargies à l'Océan Indien.

— **Mesure II-3-5**

Intégrer les recommandations nutritionnelles dans la formation initiale des personnels sociaux, éducatifs, et de santé.



— **Mesure II-3-6**

Diffuser les bonnes pratiques par la distribution des « Repères pour votre pratique » par les réseaux, organisations, par mailing et par une information sur internet.

— **Mesure II-3-7**

Promouvoir la profession de diététicien et rendre accessible la formation diplômante de diététicien.

L'objectif est de disposer d'un nombre suffisant de diététiciens à intégrer aux différents projets nutritionnels du territoire. La question du financement est évidemment majeure.



II-4	Impliquer les politiques publiques
Objectif stratégique	Favoriser la participation des collectivités locales et des institutions à la mise en place d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS/PO Outre-mer.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ateliers santé ville (ASV) sur la thématique « nutrition et santé » en lien avec les contrats locaux de santé ; • Informer, mobiliser les élus au PNNS/PO sur l'ensemble des mesures nécessaires pour rendre accessible à la population une alimentation de qualité à Mayotte ; • Etablir un lien entre les politiques publiques menées dans le cadre du PNNS/PO ; • Mobiliser, accompagner les institutions, PMI, PJJ, milieu pénitentiaire, DJSCS...à la mise en place de programme de promotion de la santé nutritionnelle sur du long terme.



Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure II-4-1**

Rencontrer et accompagner les collectivités dans la mise en place d'actions nutrition santé.

— **Mesure II-4-2**

Soutenir, accompagner le projet d'ateliers nutritionnels du Conseil Général.

— **Mesure II-4-3**

Travailler, à partir du comité départemental de la restauration scolaire, à l'implication des acteurs (sociétés prestataires, établissements et communes) dans une démarche d'amélioration de la qualité nutritionnelle et la promotion des repères nutritionnels (complémentaire de M I-1-1).

— **Mesure II-4-4**

Encourager les entreprises ou services administratifs à adhérer à la charte "Établissements actifs du PNNS" par le biais de la CCI. (Chambre de commerce et de l'Industrie)

— **Mesure II-4-5**

Accompagner et aider les femmes qui vendent aux abords des établissements scolaires des friandises pour des ventes plus adaptées et aussi rentables (en lien avec M I-2-2).
Les communes sont pilotes sur cette question.

— **Mesure II-4-6**

Favoriser l'accès à l'eau potable et l'évacuation des eaux usées (lutte contre le péril fécal) en lien avec les services Santé Environnement de l'ARS, les services communaux et de la Direction de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement (DEAL).



II-5	Valoriser les actions et mieux communiquer
Objectif stratégique	Développer une stratégie de communication partagée, adaptée et cohérente.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des priorités en matière de communication avec les partenaires concernés ; • Développer une communication claire, précise et adaptée aux publics visés ; • Relayer les campagnes nationales ; • Adapter les messages et actions de communication aux différents contextes culturels mahorais ; • Développer des outils de communication adaptés aux différents publics mahorais visés ; • Informer, sensibiliser les communicants des entreprises, institutions et également les journalistes, sur le PNNS ; • Communiquer et valoriser le PRAANS, ses actions et ses acteurs.



Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure II-5-1**

Développer un plan de communication annuel coordonné et structuré, visant la complémentarité et évitant les contre messages nutritionnels.

— **Mesure II-5-2**

Animer des conférences de presse sur les messages nutritionnels prioritaires et adaptés à Mayotte avec les communicants.

— **Mesure II-5-3**

Réaliser des campagnes médiatiques pour sensibiliser la population et plus particulièrement les populations à risques, enfants, jeunes, femmes enceintes...

Il s'agit de prendre en compte des principales conclusions des travaux sur l'image du corps en vue d'élaborer des mesures concrètes pour une meilleure représentation de la diversité corporelle. En lien avec M II-1-4.

— **Mesure II-5-4**

Poursuivre la création de supports locaux d'information nutritionnelle adaptés au contexte mahorais (privilégier l'oralité, spots radios, TV, relais sms... en lien avec M II-2-5 et M II-1-4).

— **Mesure II-5-5**

Organiser un séminaire annuel ou tous les deux ans sur le PNNS/PO à Mayotte (valorisation, point sur l'état d'avancement du PRAANS Mayotte, lien avec le niveau national et interrégional).

— **Mesure II-5-6**

Développer de manière spécifique ou non (intégrés aux autres types de communications) une prise de parole citoyenne et des témoignages individuels pour lutter contre les stéréotypes stigmatisant dans les deux sens (personne maigre = personne malade/ mais aussi sur l'image dévalorisante de l'obésité qui commence à isoler y compris à Mayotte).

— **Mesure II-5-7**

Participer aux journées porte-ouvertes du BSMA (en juin) en proposant la valorisation des produits locaux (stands, etc)



AXE III :

**Favoriser la pratique
de l'activité physique
à tous les âges de la vie**



Axe III : Favoriser l'activité physique à tous les âges de la vie

Pilote : DRJSCS

Les activités des clubs, associations et ligues sportives sont le plus souvent axées vers des pratiques compétitives à l'exception des fédérations de sport pour tous (EPGV, EPMM, FNOMS...), toutefois non présentes à Mayotte. Face à une demande sociale très changeante, les fédérations sportives et leurs clubs affiliés dont la finalité n'est pas la pratique sportive pour tous adoptent des stratégies d'ouverture afin d'accueillir le plus grand nombre de pratiquants et d'accroître ainsi leur nombre de licenciés (exemple : licence à la journée, journée découverte, loisir...). Ces stratégies sont issues principalement des plans d'action émanant des fédérations délégataires. La croissance du nombre de licenciés dans son association peut avoir une incidence positive sur le montant total des crédits alloués dans le cadre du CNDS. De ce fait, peu nombreuses sont les associations ouvrant leur champ vers un public spécifique de loisir ou adapté.

La pratique encadrée locale montre une pyramide inversée des pratiquants. Alors qu'en métropole la pratique des jeunes est majoritaire, son contraire est constaté sur Mayotte. De plus, force est de constater que la place des traditions ne favorise pas la pratique féminine adulte et des jeunes filles, même si des évolutions sont observées.

Par ailleurs, l'activité sportive est placée au second plan dès lors que la préoccupation est d'abord d'ordre socio-économique.

Ainsi le nombre de licenciés recensé n'est pas révélateur du nombre de pratiquants.

Des pratiques spécifiques comme le sport Ramadan, très structuré laisse place à la pratique masculine.

Le sport libre, non affilié non encadré est difficilement réalisable seul pour des raisons de sécurité publique. Les infrastructures (trottoirs notamment, parcs) sont actuellement trop peu nombreuses pour faciliter des déplacements à pied, en courant, en roller...ou pour se retrouver en nature.

Quelle stratégie déployer pour attirer, fidéliser le plus grand nombre de personnes à une pratique régulière d'une activité physique dans un souci de santé ?

Pour avoir un début de réponse à ces problématiques, il est judicieux d'établir d'abord un inventaire le plus exhaustif possible des organismes ou structures qui proposent des pratiques physiques dans un contexte de loisirs mais également dans le cadre de prise en charge adaptée (obésité, diabète...), médicalisée (post affection cardio-vasculaire, BPCO, etc.) ou non.

Il faudra ensuite travailler la question au niveau communautaire, favoriser les bonnes pratiques par la formation des encadrants, impliquer les politiques et bien sûr communiquer et valoriser les initiatives.



III-1	Bien connaître pour mieux agir
Objectif stratégique	Faire l'état des lieux de l'existant, permettant une meilleure lisibilité pour une meilleure coordination sur le terrain, pour améliorer l'offre sur le territoire et proposer une prise en charge adaptée à chacun en fonction de son âge, de sa condition physique et/ou de sa pathologie éventuelle.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les opérateurs qui proposent une activité physique pour la santé ; • Valoriser et faire connaître par une large diffusion ces acteurs aux professionnels comme au grand public ; • Améliorer la connaissance des besoins et souhaits spécifiques au territoire en la matière.

Mieux connaître, les personnes concernées (tranche d'âge, milieu socio-économique et culturel, sexe, etc.), la fréquence dans la pratique, le type de pratique, les modalités de la ou des pratiques, etc. permettra d'établir un diagnostic initial et favorisera des axes de travail clairement objectifs.

Car il n'y a pas que le « sport » pour augmenter les dépenses énergétiques et pour l'équilibre nécessaire à la santé. L'activité physique (tout mouvement corporel produit par les muscles du squelette et entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle dépensée au repos) peut être bénéfique, que ce soit dans la vie quotidienne, professionnelle, dans les transports, les loisirs.

Afin de favoriser ces pratiques, il convient de mieux identifier les organismes et les acteurs proposant des APS, non compétitives dans un but de santé : prévention ou prise en charge de pathologies (obésité, pathologies cardio-vasculaires, pneumologiques, cancers, etc.) ou d'états particuliers (seniors, adolescent(e)s, femmes avec enfants, etc.). Il convient également de comprendre ce qui attire la population vers la pratique sportive, la recherche du sentiment de bien être dans l'effort adapté. La perte de poids, le besoin de s'identifier aux effets de modes pouvant être retenus comme éléments de réponse à impact positif.



Mesures à mettre en œuvre

— Mesure III-1-1

Favoriser la coordination des partenaires offrant des prestations d'activités physiques en constituant un fichier d'opérateurs associations, clubs, réseaux, structures des collectivités territoriales etc....

Certains sont déjà connus comme Ateliers Santé Ville, Services municipaux des sports, CCAS, SUA, REDIAN' YLANG, collège de M'Tsangamouji, Pwedza club HB, Tchanga Culture, Mayform, acteurs de la santé impliqués (professions médicales et paramédicales, médecins, infirmiers, etc), acteurs du sport (mouvement fédéral, mouvement olympique, services de l'Etat) et favoriser les échanges d'information

- Créer une plate-forme de recensement des actions d'APS pour le partage d'informations : site Internet alimenté avec la base de donnée de la fiche projet
- proposer des informations sur les activités et pratiques des différents acteurs, le calendrier des appels à projet, l'annuaire des acteurs

— Mesure III-1-2

Créer une base de données géographique des actions d'APS et/ou de nutrition avec un calendrier associé aux périodes d'activité. Ex : document cartographique interactif.

— Mesure III-1-3

Proposer une étude/enquête de l'impact social des randonnées grand public auprès des participants.

Cette étude aura notamment pour objectif de mieux appréhender les leviers permettant au public le plus à l'écart de participer (incluant le handicap)



III-2	Favoriser les actions de type communautaire
Objectif stratégique	Favoriser l'activité physique à partir du tissu et des dynamiques locales portés par la population elle-même, en s'intéressant à tous les publics, dans une conception équilibrée de la pratique pour laquelle la notion de compétition ne soit pas survalorisée.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des actions d'APS pour tous les âges de la vie ; • Développer des actions d'APS pour tous les types de publics ; • Encourager l'activité physique en milieu scolaire ; • Encourager l'activité physique en milieu extra-scolaire.

De nombreuses personnes ne s'inscrivent pas dans des clubs ou associations sportives dont l'offre est parfois trop centrée sur des activités sportives compétitives elles mêmes trop stimulantes et/ou contraignantes qui ne correspondent pas à leurs aspirations, à leurs capacités ni à leurs besoins. Le rapport au corps et le regard porté peut aussi être facteur de refus de pratique. Toutefois son acceptation est un des facteurs du vivre ensemble et par conséquent d'inclusion sociale, elle-même déterminant favorable à la santé.

Il existe cependant des associations de sport pour tous qui proposent des pratiques physiques centrées sur l'entretien, la santé, l'éducation à la santé, le mieux être, la convivialité.

Il paraît nécessaire de faire la promotion d'une part de ces clubs de sport pour tous et d'autre part de proposer des animations pour les personnes qui ne souhaitent pas pour des raisons diverses adhérer à ces associations et qui en ont cependant un réel besoin.

L'activité physique peut être pratiquée régulièrement. L'idéal serait qu'elle s'intègre à la vie quotidienne de chaque personne, à son cadre de vie, à ses déplacements (aller à son lieu de travail, à l'école, promener le chien,..) à ses loisirs (cultiver, aller à la campagne, bricoler, pratiquer des activités physiques ou sportives, des jeux intra ou extrascolaires...).

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure III-2-1**

Favoriser le développement des activités physiques en milieu scolaire :

- Pour les jeunes enfants de 0-6 ans et leurs parents dans le but de resserrer les liens familiaux en mettant à profit certaines expériences (sorties pédagogiques, initiation au sport
- Promouvoir les récréations actives en mettant en place des dispositifs adaptés (marelle, etc.) en lien avec la mesure III-4-2 ;
- Utiliser de façon optimale les temps de pratique de l'enseignement obligatoire de l'EPS dans le second degré en favorisant l'accès des élèves à des équipements de proximité sécurisés et adaptés à l'enfant ;
- Encourager les initiatives incluant des projets au sein des établissements sur le long terme ;
- Favoriser les actions des associations sportives et notamment celles de L'Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré (USEP) et de l'Union Nationale Sportive Scolaire (UNSS) ;
- Actions sportives inter-écoles ;
- Actions sportives inter-degrés.

— **Mesure III-2-2**

Favoriser les rencontres intergénérationnelles et lutter contre la traditionnelle image de l'épanouissement (plénitude) féminin par le poids. En :

- Favorisant les APS chez les jeunes adolescentes, renforcer l'image positive de l'activité physique (meilleure forme, impact positif sur la perception de leur propre image) et leur



proposer des activités adaptées et conviviales incitant à la poursuite des APS sur le long terme (expliciter) ;

- Favorisant la pratique de loisir pour les femmes en lien avec leurs besoins et dans une optique de santé publique (à développer) ;
- Poursuivant la mise en place d'activités physiques régulières adaptées et accessibles financièrement pour les seniors autonomes de plus de 60 ans dans chaque commune, ainsi que progressivement pour les seniors fragilisés et dépendants.
- Pérennisant le développement de la « marche des Bouénis ».

— **Mesure III-2-3**

Développer l'APS chez les personnes déjà touchées par les pathologies liées au poids et celles qui sont à l'écart en raison de handicaps en :

- Mettant en place pour les enfants et jeunes en surpoids un réseau d'activités physiques adaptées, non compétitives, régulières (au moins bi-hebdomadaires), sécurisées, mais non médicalisées sur le terrain, et accessibles financièrement dans chaque commune en tenant compte des dispositifs existants et en relation avec les professionnels chargés du dépistage et suivi ;
- Favorisant pour les publics atteints de maladies chroniques ;
 - des initiatives nouvelles pour démontrer la faisabilité de la pratique et l'intérêt sous jacent en lien/réseau avec les acteurs de la santé et de la prévention (par exemple en lien avec les programme d'ETP) ;
 - des actions handisport pour publics handicapés. En partenariat avec l'UNSS

— **Mesure III-2-4**

Encourager les initiatives locales « intégrées » :

- Pour les personnes exclues issus de quartiers défavorisés prendre en considération le contexte et la réalité de quartier pour favoriser l'échange et initier des activités facilitant le lien social.
- Favoriser et multiplier les activités d'accompagnement éducatif sportif pendant les temps extra-scolaires au sein des établissements scolaires et dans l'environnement proche. (cette action est à développer en profitant des aménagements nécessaires à l'entrée en vigueur des nouveaux rythmes scolaires, en s'appuyant sur les référentiels existant comme ICAPS/INPES) ;
- Favoriser les activités spécifiques hors contexte de compétition et contexte scolaire (UNSS) : développer les rencontres dans les activités du domaine de l'entretien de soi ; (section UNSS rando, fitness...) ;
- Promouvoir les activités physiques d'entretien et de loisir entre élèves et parents en reliant activités scolaires et extra scolaires, pratiques associatives scolaires et civiles de l'environnement de l'école (projet pilote : « Défi Lavou Bilé »).



III-3	Améliorer les pratiques professionnelles
Objectif stratégique	Diffuser auprès des professionnels en charge des publics concernés par la promotion de l'activité physique un socle commun de connaissances et de compétences qui garantisse la qualité des messages et des interventions auprès des différents publics.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir aux professionnels de l'éducation des formations sur les thématiques de santé prévention, notamment concernant la nutrition et les bonnes habitudes de vie, ainsi que sur les ressources en méthodologie, outils etc ; • Favoriser la connaissance des besoins spécifiques concernant les publics concernés par les pathologies chroniques et le handicap ; • Offrir aux professionnels du social du médico-social et du médical des formations et échanges de pratiques sur les thématiques en rapport avec les spécificités des activités physiques et sportives, ainsi que sur l'offre disponible à Mayotte.



Mesures à mettre en œuvre

— *Mesure III-3-1*

Former les enseignants à la pratique des APS dans le premier degré (activités physiques et sportives) et à tout âge du cursus scolaire.

— *Mesure III-3-2*

Former des éducateurs sportifs répondant aux nécessités du pratiquant pour les publics atteints de maladies chroniques.

— *Mesure III-3-3*

Inscrire un module de formation en éducation thérapeutique au sein de la formation BPJEPS (Rédiab'Ylang).

— *Mesure III-3-4*

S'appuyer sur les pratiques professionnelles ou traditionnelles existant comme support à la pratique sportive (natation, pêche, pratique du « djarifa »...).

— *Mesure III-3-5*

Développer un partenariat avec le secteur médical pour permettre d'obtenir les examens médicaux d'aptitude au sport avec fluidité et impliquer le mouvement sportif dans ce dispositif.

Au regard du déficit relatif en médecins libéraux, seront cherchées des solutions alternatives permettant de regrouper ces examens d'aptitude, tout en préservant la qualité du service rendu.



III-4	Impliquer les politiques publiques
Objectif stratégique	Prendre en compte dans les politiques publiques territoriales l'impact démontré de l'organisation de la « cité » sur la santé des populations, notamment en ce qui concerne la promotion de l'activité physique et du sport en général.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les mairies dans la mise en place des rythmes scolaires (formation massive d'éducateurs sportifs, d'initiateurs...); • Améliorer l'accessibilité (physique, financière...) aux infrastructures sportives dans et avec les communes; • Promouvoir et favoriser les modes de déplacements actifs en préservant la sécurité de l'utilisateur.

La façon dont nous construisons nos villes, concevons le cadre urbain et donnons accès à l'environnement naturel peut être favorable ou au contraire faire obstacle à l'activité physique et à une vie active. A ce jour l'accès à la pratique sportive qu'elle soit urbaine ou rurale est limitée par les infrastructures qui composent le département. Se déplacer à pied ou à vélo ne rentre pas dans la conceptualisation du réseau routier voué essentiellement à l'automobile. Ne se développe que trop peu les pistes cyclables, protégées de la circulation motorisée bruyante et polluante. Le cadre social dans lequel les personnes travaillent, apprennent, jouent et vivent peut receler d'autres obstacles. Les personnes défavorisées sur les plans financier et social sont plus touchées que les autres par l'obésité et les maladies chroniques. Ils sont aussi les plus exclus du loisir organisé et structuré sous formes d'associations.

Encourager la pratique régulière devient du coup un enjeu clair et démontré des politiques locales d'aménagement du territoire en faveur de la santé et du bien-être de tous.

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure III-4-1**

Mobiliser les collectivités locales pour encourager la pratique des APS pour la santé en :

- Accompagnant les mairies dans la mise en place des rythmes scolaires (formation massive d'éducateurs sportifs, d'initiateurs...) et favorisant et multipliant les activités d'accompagnement éducatif sportif pendant les temps extra-scolaires (en lien avec M III-2-4) ;
- Développant des modes de déplacements non motorisés (pédibus®, vélobus, roller, trottinette, etc.) ;
- Mettant en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche en ville (ex. course d'orientation et de santé à la pointe Mahabou ou dans le sud de l'île...) ;
- Favorisant les jeux « informels », développant et sécurisant les aires de jeux.

— **Mesure III-4-2**

Adapter les équipements sportifs en établissements scolaires pour permettre une pratique sportive scolaire de masse, sécurisée, notamment en :

- Promouvant la pratique de l'EPS dans le 1er degré en aménageant des espaces dédiés dans les écoles (salle de motricité...) ;
- Promouvant les récréations actives (en mettant en place des dispositifs adaptés (marelle, etc. en lien avec M III-2-2) ;
- Mettant à disposition des établissements des équipements permettant des déplacements actifs : cheminements pédestres, pistes cyclables, parc de vélos) ;
- Promouvant les activités physiques d'entretien et de loisir entre élèves et parents en reliant activités scolaires et extra scolaires, pratiques associatives scolaires et civiles de l'environnement de l'école (projet pilote : Défi Lavou Bilé).

— **Mesure III-4-3**



Relayer massivement les « journées du sport scolaire » (dont la Journée Nationale, 3ème mercredi de septembre, intégrée à l'opération « Santé vous Sport ») en les intégrant dans de plus vastes projets (comme les journées Sport-Santé Bien-être) et en les entourant d'une communication forte.

— **Mesure III-4-4**

Favoriser l'accès aux défibrillateurs SA à proximité des terrains de sport : impliquer les politiques locaux dans l'investissement, la maintenance et sécurisation de ce type de dispositif et contribuer à lutter contre les décès « illégitimes » sur les terrains de sport.



III-5	Valoriser les actions et mieux communiquer
Objectif stratégique	Communiquer sur et valoriser les actions favorables à la santé chaque fois que l'activité physique est en jeu et promue. Une communication adaptée doit contribuer à accélérer la prise de conscience chez tous que l'activité physique permet de garder une image valorisante de son corps en évitant au mieux les dépendances de toutes sortes (au médecin, aux institutions, à la famille, etc..).
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître les bienfaits des APS pour la santé ; • Favoriser les actions de plein air ; • Mettre à disposition des informations pour la promotion de la santé par les APS lors de rencontres sportives ; • Relayer tout évènement porteur d'activité de sport ou d'activité de plein air.

Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure III-5-1**

Organiser une journée débat ou concertation sur Sport-APS-Santé avec les différents acteurs et partenaires (ex : journées du diabète : 11-12-13 novembre 2014).

— **Mesure III-5-2**

Favoriser les publications dans des journaux locaux, à destination du public et des acteurs du sport et de la santé des manifestations à venir prévues (ex : le Guide de Mayotte).

— **Mesure III-5-3**

Favoriser le partager des pratiques entre les acteurs (Stands IREPS et/ou Rediab'Ylang) sur les grandes manifestations de l'UNSS (Cross Académique, championnats d'académie d'athlétisme...etc.) et inversement.

— **Mesure III-5-4**

Encourager les activités « sports de nature » notamment avec les associations environnementales et les valoriser auprès des médias locaux.

— **Mesure III-5-5**

Favoriser l'organisation des rencontres sport, à relayer au public, telles que :

- Les journées sport santé des OMS ;
- Les journées nationales sport-santé-bien-être ;
- L'équivalent des Journées « Sport en famille » : La famille donne l'exemple...
- Initiation aux raids, développement des jeux sportifs et aquatiques dans les ACM ;
- les « journées du sport scolaire » (dont la Journée Nationale, 3ème mercredi de septembre, intégrée à l'opération « Santé vous Sport ») en les intégrant dans de plus vastes projets (comme les journées Sport-Santé Bien-Etre) et en les entourant d'une communication forte (en lien avec M III-4-3).

— **Mesure III-5-6**

Créer une épreuve « marche sportive » sur le CROSS Académique UNSS.

— **Mesure III-5-7**

Organiser un quizz Santé sur les temps forts du Sport Scolaire.



AXE IV :

**Améliorer le dépistage
et la prise en charge
des pathologies liées
à la nutrition**



Axe IV : Améliorer le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition

Pilote : Réseau Rediab'Ylang

Rappel du contexte :

« Seuls 46% des hommes et 19% des femmes ont une corpulence « normale » ;
Le surpoids (IMC de 25 à 29) est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme : 35% versus 32% ;
L'obésité (IMC de 30 à 39) est très fréquente chez la femme : 47% (dont 6% d'obésité morbide (IMC>40) ;
L'obésité est moins fréquente chez l'homme : 19% dont 1,4% morbide ;
Un état de maigreur existe chez 2,4% des hommes et 1,4% des femmes ;
89% des femmes ont un tour de taille élevé (risque de complications métaboliques très élevé) contre 28% des hommes ;
La prévalence du diabète est de 10,5% entre 30 et 69 ans et parmi les diabétiques 79% des hommes et 94% des femmes sont en surpoids ou obèses. »

« la dénutrition concerne [...] Elle touche 50% des enfants transférés de Mayotte pour une prise en charge médicale qui ne peut se faire dans leur île natale. » CHR La Réunion. Revue Convergence Avril - Mai - Juin 2011 | n°12

« La prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants (0 à 59 mois) rencontrés par les équipes MdM au centre de soin de Koungou ou lors des cliniques mobiles est de 7,3 % » Médecin du Monde, Enquête prospective du 1er Avril au 1er Juillet 2011 – rapport d'analyse MARS 2012

« L'état de santé des usagers de l'aide alimentaire est préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition particulièrement élevées (obésité, hypertension artérielle (HTA), diabète, certains déficits vitaminiques) » - Croix rouge française



IV-1	Bien connaître pour mieux agir
Objectif stratégique	Bénéficier de connaissances suffisantes pour adapter les actions de prévention au contexte local.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le repérage précoce, le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile ; • Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité sévère chez l'adulte ; • Améliorer le dépistage et la prise en charge du diabète chez l'adulte ; • Améliorer le repérage précoce, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition/ou malnutrition carentielle dès le suivi de grossesse et durant l'enfance ; • Améliorer les connaissances sur les évolutions nutritionnelles socio-économiques ; • Recenser, centraliser et partager les informations locales disponibles entre les différents acteurs.

Mesures à mettre en œuvre

— Mesure IV-1-1

Mener une étude conjointe vice-rectorat /ARS année scolaire 2015-2016 sur la corpulence des enfants, en CP, ou/et en classe de 6ème, et 2è ou 1ère d'enseignement général (service stat. de l'ARS OI et vice rectorat, élaboration en cours).

A noter que pour la première fois sur Mayotte, l'enquête DRESS est mise en place au CM2 en 2014/1015.

— Mesure IV-1-2

Mener une étude conjointe Service de la prévention des risques professionnels du Conseil général de Mayotte /MEDETRAM/ Médecin Conseil IEG (industrie électricité gazière) et CSSM Médecine travail Etat et CHM durant l'année 2015 sur l'IMC des adultes et dépistages systématiques du diabète par glycémies capillaires.

— Mesure IV-1-3

Une étude est en cours, conjointe ORS/PMI/CHM/REPEMA/Ordre des Sages Femmes/ARS prévalence du diabète dont diabète gestationnel (mise en cohérence entre données libérales et publiques).

— Mesure IV-1-4

Mettre en place une plateforme d'observation de la santé, en lien avec ORS et service études et statistiques de l'ARS, pour recenser les données ou études existantes sur l'île concernant IMC HTA et diabète (MDM, CHM PMI, professions libérales...).

— Mesure IV-1-5

Identifier et formaliser les parcours de soin des pathologies liées à la nutrition, les différents acteurs, outils et liens pour assurer une meilleure fluidité.

— Mesure IV-1-6

Renouveler l'étude « Nutrimay » (dix ans après). En alternative ou en attente de solliciter le service statistique de l'ARS pour une étude sur échantillon représentatif

(Il s'agirait dans ce cadre de documenter les tendances évolutives (idéalement pour 2016) en couplant si possible avec une documentation des types de carence rencontrés. (fer, vitamine B..., protéines) en fonction des âges de la vie.)

— Mesure IV-1-7 Documenter les parasitoses intestinales chez l'enfant pouvant contribuer à ces carences (trichocéphales, ascaris, etc....) (étude, recueil de données...).

Il serait par exemple pertinent d'associer ce type de recueil de données dans le cadre du projet d'aide alimentaire des PMI (projet concernant 160 familles environ).



IV-2	Favoriser les actions de type communautaire
Objectif stratégique	<p>Améliorer un accès de proximité au dépistage et aux programmes d'éducation thérapeutique du patient obèse et/ou diabétique, et sensibiliser les familles aux facteurs favorables dès l'enfance (vitamines, alimentation maternelle, lutte contre les parasites intestinaux).</p> <p>Sensibiliser les mères à des mesures hygiéno diététiques adaptées dès l'enfance comme facteur favorable à la santé (teneurs énergétiques et vitaminiques, alimentation maternelle, lutte contre les parasites intestinaux, allaitement maternel).</p>
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des compétences psychosociales (et les capacités de résistance au groupe) chez les enfants, les personnes adultes, et leurs familles atteintes de diabète et ou obésité par des actions : <ul style="list-style-type: none"> - visant à adopter un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, leur propre culture et l'environnement - s'appuyant sur le calendrier musulman (fêtes musulmanes, ramadan, Maoulida, mariage, circoncision...) • Renforcer l'information sur l'offre de soins pour les personnes obèses et/ou diabétiques par des actions de vulgarisation ; • Développer une offre en ETP accessible pour tous (via pharmacies, IDE libérales...); • Renforcer la lutte contre le péril fécal (hygiène, etc) ; • Renforcer la promotion des règles hygiéno-diététiques • Renforcer la prise en charge globale de la dénutrition infantile (déparasitage, suppléments, sevrage).



Mesures à mettre en œuvre

— Mesure IV-2-1

Organiser un débat sur la pression sociale du groupe, tabou de la maladie à partir de témoignages directs ou indirects de patients.

Cette action est à organiser en partenariat :

- avec les cadis, les imams des mosquées, les maîtres coraniques
- avec les groupes informels type « chama » ou « shikao ».

— Mesure IV-2-2

Organiser le dépistage de l'IMC, HTA, et diabète au sein des pharmacies libérales, des cabinets de kinésithérapeutes libéraux, d'infirmiers libéraux et au domicile des personnes suivies (Msanda Mayotte, service aide aux personnes âgées CG). Ce dépistage devra être effectué en coordination avec le réseau diabète qui proposera de sensibiliser, former les professionnels à une approche intégrée afin de mieux orienter les personnes dépistées.

Il s'agit également de réfléchir à la possibilité d'effectuer des dépistages au sein du CHM, par exemple aux admissions, ou lors des visites, à un endroit stratégique à définir notamment sur les centres de référence, dans le cadre de la salle d'attente, et en s'appuyant sur l'équipe mobile d'ETP (EMET).

— Mesure IV-2-3

Mettre en place un accompagnement téléphonique pour aide au suivi des personnes diabétiques : système SOPHIA (existe sur France métro et Réunion).

Sous pilotage de la CSSM.

— Mesure IV-2-4

Inclure dans les programmes d'éducation thérapeutique une prise en charge psychosociale (séances individuelles, groupes de paroles) et élargir l'offre géographique.

Historiquement hospitalo-centrée, les programmes d'ETP sont à développer sur le territoire malgré les pénuries existant en professionnels de santé, en profitant de la configuration actuelle (réseau Rediab, mais



aussi dispensaires périphériques, et implication des médecins, infirmiers, sages femmes et pharmaciens libéraux).

— **Mesure IV-2-5**

Favoriser la compréhension de l'intérêt d'une supplémentation vitaminique naturelle, par la diversification alimentaire, et d'une aide alimentaire adaptée sur le territoire. Une des approches pourra être de former sur la base du volontariat les intervenants des centres de formation agréés par les services de Pôle emploi et conjointement les bénévoles associatifs formels ou informels

— **Mesure IV-2-6**

Favoriser la compréhension de l'importance de l'hygiène et de la médication antiparasitaire comme facteurs de lutte contre les dénutritions, en lien avec les soignants (PMI, dispensaires...).

— **Mesure IV-2-7**

Favoriser la compréhension de l'importance de la prévention des TIAC (toxi infection alimentaire collective) auprès des prestataires de services des collations scolaires comme facteurs de lutte contre les dénutritions (en lien avec M I-1-1)



IV-3	Améliorer les pratiques professionnelles
Objectif stratégique	Améliorer la fluidité des parcours du patient obèse et/ou diabétique/ hypertendu et des personnes carencées enfant et adulte par une mise en cohérence des connaissances et des pratiques.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Instituer mensuellement un dispositif d'échanges entre professionnels intervenant dans le parcours des patients notamment pour actualiser l'état des ressources (au regard du turn over) ; • Promouvoir l'efficacité du dépistage nutritionnel précoce dans l'amélioration de la qualité des soins (pratique professionnelle) dans le cadre de l'hôpital, de la PMI et de la médecine générale, des paramédicaux ambulatoires ; • Harmoniser les pratiques des soignants pour les mesures des indices anthropométriques et leur analyse ; • Faciliter l'orientation ciblée des personnes dépistées ; • Promouvoir l'éducation thérapeutique auprès des médecins de 1er recours notamment par une information personnalisée (courrier ARS), et notamment auprès des équipes de Maisons ou Pôles de santé pluridisciplinaires ; • Inscrire la prise en charge du patient diabétique et du patient obèse et/ou hypertendu dans un dispositif de coordination du parcours de santé à l'échelle du territoire qui tienne compte de la difficulté de déplacement des populations. • Créer et développer une formation professionnalisante de traducteur médiateur sanitaire



Mesures à mettre en œuvre

Formation des médicaux et paramédicaux de la PMI, CHM, libéraux :

— **Mesure IV-3-1**

Diffuser des recommandations hygiéno-diététiques adaptées « nutrition pendant et après la grossesse » auprès des opérateurs du suivi de grossesse (SF/IDE/médecins).

Il s'agit d'augmenter la sensibilisation lors des consultations pré et post-natales voire pré-conceptionnelles concernant la prise de poids et la nutrition équilibrée, en direction autant de la femme enceinte que du jeune enfant.

— **Mesure IV-3-1'**

Développer la formation des soignants à l'entretien « motivationnel », à l'intervention brève, à la prescription « verte ».

Ces techniques ont fait la preuve de leur efficacité. Il s'agit de les diffuser auprès des professionnels concernés.

— **Mesure IV-3-2**

Favoriser la pratique de mesures correctes des indices anthropométriques dont pesée, IMC, bracelet mètre ruban brachial, etc. (le MUAC),

— **Mesure IV-3-3**

Favoriser l'acquisition de méthodes d'analyses conjointes des courbes de croissance Poids/Taille et IMC. Prendre en compte la situation psycho-sociale de la famille avec recherche de maladie sous-jacente (notamment allergie aux protéines de lait de vache, maladie cœliaque, parasitose...)

— **Mesure IV-3-4**



Tracer de façon systématique dans les carnets de santé les éléments de suivi : partage et incitation aux bonnes pratiques.

En PMI, un carnet spécifique doit être élaboré pour ce suivi/accompagnement, à reprendre ensuite en milieu scolaire.

Formation des médecins du premier recours pour utiliser l'éducation thérapeutique mise à disposition du patient dans une posture éducative, approche dite « centrée sur le patient »

— Mesure IV-3-5

Mettre en place des réunions d'informations et des retours formalisés vers les médecins inscrits dans le dispositif ETP.

— Mesure IV-3-6

**Organiser le parcours du patient depuis le CHM vers la périphérie
Permettre aux paramédicaux libéraux (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens)
d'expérimenter le contenu d'un programme ETP réalisé en périphérie par le CHM**

— Mesure IV-3-7

Mettre en place une offre d'hospitalisation de jour pour primo-diagnostiqué du diabète en lien avec le programme d'éducation thérapeutique.

Il s'agit de donner lieu à une fiche liaison entre CHM/secteur/libéraux/réseau et permettre au patient d'acquiescer des pré-requis avant d'aborder le programme. L'organisation de consultations dédiées obésité et/ou diabète et d'éducation thérapeutique par les médecins de secteurs du CHM est également à envisager. Il existe déjà des consultations pour des pathologies chroniques sur certains secteurs (avec transfert de compétence vers des infirmiers le cas échéant).

— Mesure IV-3-8

Organiser le suivi des enfants dénutris à leur retour à domicile, par désignation d'une « équipe référente » pérenne responsable du suivi psycho-social, en lien avec les parents ou tuteurs et les services du Conseil Général.

On a montré que la dénutrition de l'enfant est souvent à la conjonction de plusieurs facteurs défavorisant, notamment en cas de récurrence. Tous ces facteurs (psychologiques, familiaux, socio-économiques...) doivent être abordés ensemble sur la durée.

— Mesure IV-3-9

**Développer la médiation sanitaire et l'interprétariat
Initier un programme de formation de traducteur médiateur sanitaire en lien avec les services compétents (centre de formations agréées, pôle emploi)**

Cette mesure est prioritaire pour développer les compétences et le nombre des « traducteurs médiateurs sanitaires » quelque soit leur champ et niveau d'intervention (accueil, consultation, accompagnement, séances individuelles ou collectives ETP, etc...)

Elle permettra de réduire des inégalités de santé, la population la plus défavorisée étant celle qui a le plus besoin de cette médiation, et notamment dans la compréhension et l'accompagnement des maladies chroniques que sont l'obésité et le diabète..



IV-4	Impliquer les politiques publiques
Objectif stratégique	<p>Faciliter la mise à disposition par les collectivités territoriales de tout moyen permettant la mise en œuvre du dépistage et de la prise en charge des pathologies liées à la nutrition (recueil de données, mise à disposition de local, de matériel, de temps dédié ...)</p> <p>Favoriser la participation des collectivités locales, des entreprises, en lien avec les professionnels de santé à la mise en œuvre d'actions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention des pathologies liées à la nutrition, à l'hygiène ; • Promotion du dépistage ; • Vulgarisation de l'offre d'éducation thérapeutique pour les personnes obèses et/ou diabétiques.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les élus, les leaders d'opinion politique, les femmes leaders d'opinion à leur responsabilité en matière d'équilibre alimentaire sur leur territoire et de lutte contre le péril fécal (hygiène, sécurité alimentaire), et notamment à travers une offre de cantines scolaires où la nutrition serait dès le plus jeune âge travaillée dans un sens favorable à la santé ; • Favoriser des engagements et collaborations sur le long terme (conventions, contrats, cahier des charges, etc...)



Mesures à mettre en œuvre

— Mesure IV-4-1

Former les élus et personnels communaux à l'équilibre alimentaire et à l'application de la loi réglementant l'offre alimentaire

Encourager les expériences déjà abouties (exemple : lutte contre les boissons, sucreries aux abords des écoles et au sein des établissements scolaires).

Travailler à élargir à l'hygiène, à l'accès à l'eau potable, et à la gestion des déchets (en lien avec M IV-4-5)

— Mesure IV-4-2

Inciter les collectivités territoriales, les services de l'Etat, les entreprises, à sensibiliser leurs agents sur cette question.

Vérifier que l'accès à la médecine préventive (médecins du travail) et donc à un dépistage minimal est effectif.

— Mesure IV-4-3

Encourager les Maires à signer toute pétition en lien avec les pathologies liées à la nutrition (ex : Société Francophone du Diabète : Attribuer à la lutte contre le diabète le label Grande Cause Nationale 2014.)

— Mesure IV-4-4

Mettre en place des actions de sensibilisation dans les quartiers par le biais des PMI afin de promouvoir les recommandations nutritionnelles du nourrisson, du jeune enfant, d'informer sur les suppléments vitaminiques et le déparasitage.

Un projet est actuellement en cours avec le Conseil Général (PMI) qui concerne 160 familles élues pour recevoir une aide alimentaire sous condition de suivi et prise en charge plus globale de la question médico-psycho-sociale.

Ce projet doit permettre d'adapter des stratégies d'intervention ciblées pour une meilleure adéquation entre besoins et réponse institutionnelle et/ou médico-sociale. L'action doit permettre en outre d'apprécier de façon plus fine la part respective entre certaines habitudes/traditions entourant la grossesse et la périnatalité, et la contrainte économique dans la genèse de la dénutrition/malnutrition carentielle.



IV-5	Valoriser et mieux communiquer
Objectif stratégique	Développer des campagnes de communications adaptées autour (pré-per-post) des journées nationales de sensibilisation, relayées en intra-institutionnelle.
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des outils adaptés au contexte mahorais ; • Adapter les modes de traduction/communication selon le contexte • Travailler les partenariats utiles ; • Concerner les communautés (témoignages directs, exemplarité des parcours...).



Mesures à mettre en œuvre

— **Mesure IV-5-1**

Organiser la Journée Européenne de l'obésité (24 mai).

— **Mesure IV-5-2**

Organiser la Semaine nationale prévention du diabète (3 au 9 juin).

— **Mesure IV-5-3**

Organiser la Journée Mondiale de l'Alimentation (16 octobre).

— **Mesure IV-5-4**

Organiser la Journée mondiale du diabète (14 novembre).

— **Mesure IV-5-5**

Développer des outils spécifiques de communication (comptines, théâtre, vidéos, supports images, intervention directe...) et tester leur adoption par et impact sur les publics (en lien avec M II-5-4, M II-2-5 et M II-1-4).

— **Mesure IV-5-6**

Concerner les communautés face à l'augmentation des pathologies liées à la nutrition par des groupes de paroles

Ex : l'Institution Cadiale déjà investie et formée par Rediab est prête à relayer les messages ou témoignages des personnes atteintes par ces pathologies.



ANNEXES



Modalités de financement des projets

Les projets et les actions développées dans le cadre de ce PRAANS pourront bénéficier de financements issus de différentes sources (non exhaustif)... Les co-financements sont toujours à encourager, notamment pour les projets à pérenniser. L'ARS, la DAAF, la DRJSCS sont évidemment les « tutelles » à solliciter prioritairement pour des demandes de financement dans le cadre du PRAANS, dès lors que les ces projets s'inscrivent bien dans ce cadre prioritaire, avec les exigences minimales de méthodologie et d'évaluation requises. Il existe d'autres sources de financement possibles, à partir d'appel à projet ou non, notamment la préfecture (Politique de la ville), le ministère de l'Outre mer, certaines collectivités territoriales, etc...

Pour aider les porteurs de projet dans leur démarche, et notamment, selon la thématique abordée, mieux savoir à qui adresser une première demande, cet annexe présente les 4 principaux contributeurs au document, qui ont piloté son élaboration, en précisant la répartition des rôles et missions de chacun.

L'IREPS Mayotte, qui coordonne le Pôle Régional de Compétence, reste par ailleurs le mieux placé pour informer les opérateurs voire les accompagner dans leur démarche, qu'il s'agisse de la méthodologie de projet, de l'accompagnement à l'élaboration d'actions, de la démarche qualité et de la recherche d'indicateurs d'évaluation...ou qu'il s'agisse d'orientation adaptée vers un outil ou une ressource utile au projet.



Vignettes/ Pilotes

DAAF

La Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt est un service du MAAF.

Elle comprend (entre autres) le Service de l'Alimentation, fusion des anciens services vétérinaires et de la Protection des Végétaux. Une vingtaine d'agents travaillent sur la santé et protection animale, la sécurité sanitaire des aliments, la santé des végétaux et l'inspection aux frontières des animaux, produits d'origine animale et végétaux.

Parmi les fonctions du Service de l'Alimentation, il y a la déclinaison localement du Plan National de l'Alimentation (PNA).

Les actions du PNA et le suivi de la restauration collective (établissements scolaires, cuisines centrales et satellites) sont à prendre en compte dans le suivi du PRAANS.

ARS OCEAN INDIEN

L'ARS OI a pour mission de définir et mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique dans ses divers champs (sécurité sanitaire, prévention, organisation des soins sanitaires, prises en charge médico-sociales, environnementales...). Du fait de ce large périmètre de compétences, l'ARS OI permet d'unifier un ensemble de démarches stratégiques en faveur de la santé jusqu'alors cloisonnées. Le projet de santé est cet outil unifié, lui-même décliné en schémas et programmes spécifiques dont fait partie le PRAANS.

La Délégation de l'île de Mayotte est chargée pour ce qui la concerne des mises en œuvre de la politique au niveau du territoire. Des financements existent dans le cadre du Fond d'Intervention Régional de l'ARS pour des projets éligibles. Les critères et conditions d'éligibilité peuvent vous être précisés sur simple demande par mail.

Pour en savoir plus, rendez vous sur le site www.ars.ocean-indien.sante.fr

Ou par mail : ARS-OI-DELEGATION-MAYOTTE@ars.sante.fr

DRJSCS

Dans la région, sous l'autorité du préfet de région, et sous réserve des compétences des préfets de département, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale exerce les missions suivantes :

1°/ Elle assure le pilotage et la coordination des politiques sociales, sportives, de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire et leur mise en œuvre pour ses compétences visées au 1° du présent article et aux 1° et 2° de l'article 3. A ce titre, dans la région, elle en définit les conditions et veille à la cohérence de l'application des orientations et instructions données par les ministres. Les politiques sociales mentionnées au précédent alinéa portent notamment sur la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des personnes vulnérables, l'accès à l'hébergement de ces dernières, l'intégration sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politique de la ville, la prévention et la lutte contre les discriminations, la promotion de l'égalité des chances, la formation et la certification dans le domaine des professions sociales, et la certification dans le domaine des professions de santé non médicales.

Les politiques sportives portent notamment sur l'accès à la pratique sportive, le sport de haut niveau et le sport professionnel, la formation et la certification dans le domaine des activités physiques ou sportives, le développement maîtrisé des sports de nature, le développement de la médecine du sport, la prévention du dopage et la lutte contre les trafics de produits dopants, le recensement et la programmation des équipements sportifs, la prévention des incivilités et la lutte contre la violence dans le sport.

Les politiques de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire portent notamment sur l'information de la jeunesse, son intégration et son engagement dans la société, le développement de son autonomie, sa mobilité internationale. Elles portent également sur la qualité éducative des loisirs collectifs des enfants et des jeunes et la sécurité des usagers accueillis dans les accueils collectifs de mineurs, la formation et la certification dans le domaine de l'animation, la promotion de l'éducation populaire aux différents âges de la vie, le développement de la vie associative, la formation et la reconnaissance des bénévoles et la promotion du volontariat.

Dans l'exercice des compétences mentionnées aux alinéas précédents, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale contribue à l'insertion sociale et professionnelle de la jeunesse et des personnes vulnérables, ainsi qu'à l'accès au logement de ces dernières personnes.

2°/ Elle est chargée de la planification, de la programmation, du financement et du suivi des actions mises en œuvre dans la région, notamment par les préfets de département, au titre de ces politiques.

3°/ Elle est chargée de l'observation et de l'évaluation des politiques dans les champs de la cohésion sociale, de la jeunesse, de l'éducation populaire, des sports et de la vie associative. A ce titre, elle contribue notamment à l'observation et à l'analyse des besoins sociaux des populations défavorisées, en particulier dans les domaines de l'hébergement et du logement social.

4°/ Elle apporte son expertise et son appui technique aux préfets de département, notamment en matière de contrôle et d'inspection des accueils collectifs de mineurs, des établissements d'activités physiques et sportives et des établissements sociaux.

5°/ Sous l'autorité du préfet de région, elle est chargée du secrétariat des instances régionales de concertation ou de pilotage dans les domaines de la cohésion sociale, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative.

6°/ Dans l'exercice de ses compétences, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale veille à la cohérence de ses initiatives et interventions avec celles des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale, des établissements publics et des personnes morales de droit public et privé.

REDIAB'YLANG

Réseau de santé (association loi 1901), qui a pour but d'organiser la prise en charge en réseau des patients diabétiques de manière à réduire les complications individuelles et les conséquences collectives de ces complications.

L'action de RéDiabYlang976 est déclinée en 5 axes :

- coordonner les professionnels libéraux et hospitaliers,
- améliorer les pratiques professionnelles par la formation, et l'évaluation
- développer le partage d'informations par la mise en place d'outils de communication adaptés et de procédures spécifiques adaptées
- favoriser l'éducation et la prévention primaire, secondaire, tertiaire,
- favoriser l'éducation thérapeutique du patient.

L'adhésion au réseau des professionnels de santé s'élève à 30 euros par année civile.

L'adhésion des personnes atteintes de diabète est gratuite.

Adresse : Immeuble ANAKAO Appt N°5 Rue Cavani 97600 MAMOUDZOU (près de la mission locale et le rond-point stade de Cavani MAMOUDZOU)

Tel : 0269 61 04 00 **Fax :** 0269 61 04 02 **mail:** adminsitation@rediab-ylang.fr

Site : reseaux-sante-mayotte.fr/pages/rediab976.html

Facebook : [rediabylang](https://www.facebook.com/rediabylang)



IREPS MAYOTTE

Membre de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (FNES) www.fnes.fr, l'IREPS (ex-COTES) a été créée au début des années 1990. L'IREPS est le relais local de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES) www.inpes.sante.fr. Son but est de promouvoir l'éducation et la promotion de la santé, sur MAYOTTE.

Public visé : Elus, responsables des politiques de santé, associations et professionnels de la santé, du social, de l'éducation, étudiants, tout public.

Activités : Centre de ressources documentaires, spécialisé en éducation pour santé (Affiches, brochures, ouvrages, outils pédagogiques), organisme de formation, conseil et ingénierie de projet, animations de terrain (Alimentation, addictions, hygiène, lutte anti-vectorielle, accidents domestiques, sexualité et prévention des IST et du sida...).

L'IREPS MAYOTTE anime et coordonne les dispositifs suivants :

- La plateforme de ressources en Education et Promotion de la santé de MAYOTTE : le Pôle régional de compétences www.poledecompetences976.fr.
- Le Plan départemental santé jeunes,
- Les contrats Locaux de santé et Ateliers santé Ville.

Contact : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Mayotte

Tel : 0269 61 36 04

Fax : 0269 62 12 50

Courriel : irepsmayotte@gmail.com

Adresse : A l'étage du bâtiment du Dispensaire de M'tsapéré BP 521 - 97600 MAMOUDZOU

Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi de 7h30 à 16h et le vendredi ouvert de 7h30 à 12h.



Répertoire des sigles

A

ADIR : Association pour le Développement Industriel de La Réunion
ACM : Accueil collectif de mineurs
AHOI : Association Humanitaire de l'Océan Indien
AJD : association Aide aux Jeunes Diabétiques
ALD : Affection de Longue Durée
ANCCAS : Association Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du Travail
APAS : Activités Physiques Adaptées Santé
APERF : Association pour la Prévention, l'Education, la Recherche et la Formation en rééducation et réadaptation)
APS : Activités Physiques et Sportives
AREP : Association Réunionnaise de l'Education Populaire
AROP-FL : Association Réunionnaise des Organisations de Producteurs des Fruits et Légumes
ARS OI : Agence de Santé de l'Océan Indien
ASV : Atelier Santé Ville

B

BAM : Banque Alimentaire des Mascareignes
BPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
BRSA : Boissons Rafraîchissantes Sans Alcool

C

CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAPAM : Chambre d'agriculture, de la pêche et de l'aquaculture de Mayotte
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCI : Centre communal d'information
CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CG : Conseil général
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHM : Centre Hospitalier de Mayotte
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLAE : Centre de Loisir Attaché à l'Ecole
CLS : Contrat local de santé
CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale
COOPAC : Coopérative des Producteurs et Agriculteurs du Centre

CP : Cours préparatoire

CREPS : Centre de Ressources, d'Expertise et de Performances Sportives

CRF : Croix rouge française

CSSM : Caisse de sécurité sociale de Mayotte

D

DAAF : Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DAC : Direction des Affaires Culturelles

DAM : Délégué de l'Assurance Maladie

DEAL : Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DEPP : Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance

DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement SCOLAIRE

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DIECTE : Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DMP : Dossier Médical Personnel

DOM : Département d'Outre-Mer

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPGV : Education Physique et de Gymnastique Volontaire

EPMM : Entraînement Physique dans le Monde Moderne

EPS : Education Physique et Sportive

F

FCD : Fédération du Commerce et de la Distribution

FNOMS : Fédération Nationale des Offices municipaux du Sport

FRCA : Fédération Réunionnaise des Coopératives Agricoles

G

GEMRCN : Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et Nutrition

GMS : Grandes et Moyennes Surfaces

GUT : Groupement d'Unités Territoriales

H

HAD : Hospitalisation A Domicile



I

IMC : Indice de Masse Corporelle
INAO : Institut National des Appellations d'Origine
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
IRQUA : Institut Régional de la Qualité
IRT : Ile de La Réunion Tourisme

M

MNA : Mini Nutritionnal Assessment
MUAC: Measuring Mid-Upper Arm Circumference

O

OMS : Office Municipal du Sport
OPA : Organisation de Producteurs Agricoles
Oqali : Observatoire de la Qualité de l'Alimentation
ORS : Observatoire Régional de la Santé

P

PARS : Prestation d'Aide à la Restauration Scolaire
PASE : Projet d'Action Stratégique de l'Etat, La Réunion 2011-2013
PEAD : Programme Européen d'Aide aux plus Démunis
PFD : Plate-Forme de Distribution
PLF : Produits Laitiers Frais
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNA : Programme National pour l'Alimentation
PNAA : Plan National d'Aide Alimentaire
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PO : Plan Obésité
PPGDR : Programme Pluriannuel de Gestion du Risque
PRAANS : PRogramme Alimentation Activités Nutrition Santé
PRAPS : PRogramme d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Projet de Santé
PRSE : Plan Régional Santé Environnement
PSIT : Programme des Systèmes d'Information et de Télémédecine
PSS : Plan Stratégique de Santé

R

REDIA : association REunion DIAbète
REPERE : REseau PERinatal de La REunion
REPOP : Réseau de Prévention et de prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
REUNIR : Réseau d'EdUcation Nutritionnelle Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active
2R2A : Réseau Réunionnais d'Aide Alimentaire

S

SFNEP : Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale
SOMS : Schéma d'Organisation Médico-Sociale
SOS-PRS : Schéma d'Organisation des Soins du Projet de Santé
SP : Schéma de Prévention
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

U

UFR : Unité de Formation et de Recherche
UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNSS : Union Nationale Sportive Scolaire
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USEP : Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré

