NUTRITION SANTÉ

Programme Régional Nutrition Santé Martinique
2015-2018

Agence Régionale de Santé
Martinique

Sommaire

AVANT PROPOS 3

INTRODUCTION

I. Eléments de contexte 6

II. Prévention, lutte contre le surpoids, obésité et pathologies associées : une priorité de la politique de santé au niveau régional 9

III. Le Programme Régional Nutrition Santé Martinique 9

IV. La méthode d'élaboration du Programme Régional Nutrition Santé Martinique : une démarche concertée 10

V. Gouvernance, pilotage, mise en œuvre et évaluation du PRNS 11

CHAMPS D'ACTION

I. Agir sur l'offre alimentaire 15

II. Promouvoir l'activité physique, sportive, ainsi que les activités de loisir et de pleine nature pour tous 19

III. Promouvoir le repérage et le dépistage des maladies liées à la nutrition, et favoriser l'accès à une prise en charge précoce et adaptée 25

IV. Renforcer l'information, l'éducation nutritionnelle 31

V. Développer et soutenir le travail en réseau des acteurs locaux 36

VI. Renforcer et développer l'observation et la connaissance nutritionnelle 40

ANNEXES : QUELQUES CHIFFRES CLÉS EN MARTINIQUE 43

AVANT-PROPOS

Un Programme Régional Nutrition Santé (PRNS), pourquoi ?

Manger, bouger sont deux actes essentiels de la vie quotidienne qui influencent également la santé, la qualité de vie et le bien-être des personnes.

Face à l'évolution croissante de certaines maladies chroniques (obésité, diabète, certains cancers, etc.) en Martinique, et aux divers défis sociétaux (vieillissement de la population et perte d'autonomie, etc.), la mise en place d'une stratégie de prévention cohérente et partagée est une priorité régionale de santé publique.

Fondée sur l'un des déterminants majeurs de santé, la nutrition (alimentation et activité physique), la stratégie de prévention de l'Agence Régionale de la Santé est mise en œuvre à travers le **Programme Régional Nutrition Santé**[2], déclinaison des objectifs du Programme National Nutrition Santé et des orientations retenues pour la Martinique.

Ce programme se fixe pour objectifs :

- **Améliorer les comportements nutritionnels (alimentation et activité physique) de la population en tenant compte des spécificités et ressources locales,**
- **Faire évoluer favorablement les indicateurs sanitaires évoqués plus haut, et plus particulièrement contribuer à stabiliser l'évolution du surpoids et de l'obésité notamment chez les enfants,**
- **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.**

Il permettra:

- **une meilleure lisibilité des priorités retenues en prévention** pour les différents acteurs et intervenants,
- **de guider l'action des différents intervenants en nutrition** (décideurs publics dont services de l'Etat (DAAF, DJSCS, etc.), ARS, Education nationale, collectivités territoriales et locales, CGSS, acteurs de la santé et des autres secteurs (social, éducation, sport, privé, etc.), ainsi que les citoyens/usagers, **et de favoriser la coordination et l'efficacité de leurs interventions,**
- **une meilleure prise en compte des attentes et besoins** de la population, ainsi que de son implication dans sa santé.

1. Programme National Nutrition Santé, et déclinaison Outremer : www.sante.gouv.fr

Le Programme Régional Nutrition Santé (PRNS), quoi ?

C'est un programme **de prévention** issu d'une démarche concertée avec l'ensemble des acteurs locaux et qui propose un cadre de référence pour l'action des intervenants en nutrition.

Il s'inscrit dans une approche globale, positive et de promotion de la santé[2] , et se fonde sur 2 niveaux d'interventions complémentaires:

1. Agir sur les facteurs individuels (habitudes, comportements, connaissances, compétences individuelles, mode de vie, état de santé, croyances et représentations, etc.) : l'objectif principal est de permettre aux individus de faire des choix éclairés favorables à leur santé ;
2. Agir sur les déterminants environnementaux (environnements physiques, milieux de vie, communautés, déterminants psychosociaux, politiques, travail intersectoriel et partenarial, etc.) : l'objectif est d'améliorer les différents environnements qui influencent les comportements et habitudes en nutrition afin de favoriser l'adoption d'un choix de vie favorable à la santé à long terme.

Il repose sur quelques principes :

- Tenir compte du contexte culturel et des réalités sociales,
- Adopter une approche positive de la santé et de la nutrition,
- Répondre aux besoins des personnes, des populations et renforcer leur capacité à être acteur de leur santé,
- Contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en ayant une approche spécifique, et de proximité, des populations les plus vulnérables.

Il identifie six grands champs d'intervention prioritaires (décrits dans ce document), déclinés en axes stratégiques et en mesures phares qui guideront l'action sur le terrain :

1. **Agir, avec les acteurs-clés, sur l'offre alimentaire locale**
2. **Promouvoir l'activité physique sportive, l'activité physique de loisir et de plein air**
3. **Promouvoir le repérage et le dépistage précoces et favoriser l'accès à une prise en charge adaptée**
4. **Renforcer l'information, l'éducation nutritionnelle et la communication dans le champ de la nutrition santé**
5. **Développer et soutenir le travail en réseau**
6. **Renforcer la connaissance nutritionnelle**

Les mesures, et pistes d'actions décrites **dans ce programme de prévention sont celles jugées prioritaires, et les plus réalistes à mettre en œuvre. Elles devront être déclinées sur le terrain en actions, pour et avec les populations.**

2. La promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa (OMS, Genève, 1986) : processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Un PRNS, pour qui ?

Les mesures de ce programme concernent **l'ensemble de la population** tout en identifiant **des publics prioritaires** pour lesquels des approches spécifiques devront être menées : les jeunes (enfants, adolescents, jeunes adultes), les femmes (notamment responsables de familles monoparentales), les personnes vulnérables (précaires, âgées, souffrant d'un handicap, etc.) et les aidants familiaux.
Les malades « complexes » nécessitant une prise en charge adaptée et organisée ne sont pas visés par les mesures de cette programmation.

De nombreuses recherches montrent aujourd'hui l'importance et l'influence de la nutrition durant **la période périnatale et de la petite enfance** (jusqu'à 6 ans) sur, notamment, le développement des maladies chroniques non transmissibles (diabète, obésité,…) à l'âge adulte. Cette période fera donc l'objet d'une attention particulière dans le PRNS et sera traitée de manière transversale.

Enfin, ce PRNS privilégie également les interventions menées dans les différents milieux de vie (scolaire, professionnel, établissements sanitaires et médico-sociaux, quartiers, etc.).

Un PRNS, comment ?

Prévues pour au moins trois ans, les différentes orientations stratégiques du programme devront être mises en œuvre par les différents acteurs concernés avec et au plus près des populations pour lesquelles elles ont été élaborées.

Ainsi, les actions menées devront tenir compte des besoins, des attentes des personnes et être déclinées préférentiellement dans leurs lieux de vie (travail, quartier, domicile ou institutions, etc.).
Toutes ces approches devront être croisées afin de permettre une réponse efficace, coordonnée et la plus adaptée possible.

Enfin, pendant le temps de sa mise en œuvre, ce programme pourra, le cas échéant, être revu et complété pour intégrer les différentes évolutions politiques et législatives.

Ce premier Programme Régional Nutrition Santé se veut être une première étape vers une démarche construite et collégiale autour d'enjeux forts de santé publique. Chacun (administrations, collectivités locales, acteurs économiques, associations, chercheurs, citoyens…) **a un rôle à jouer pour améliorer la santé de la population, car il peut agir sur les différents déterminants de la santé dans le cadre de son champ d'activité. L'atteinte des résultats et le succès de ce programme dépendront donc en grande partie d'une volonté politique (et individuelle) forte et durable, ainsi que de l'implication et de la responsabilité de tous.**

INTRODUCTION

I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE
(voir également chiffres en annexe) :

- **Etat des lieux sur les pathologies liées à la nutrition en Martinique**

Selon le diagnostic réalisé dans le cadre du Schéma Régional de Prévention de Martinique (SRP 2012-16), l'état de santé de la population martiniquaise est plutôt satisfaisant comme en témoignent les chiffres de l'espérance de vie à la naissance au niveau de la moyenne nationale. Ce constat s'explique notamment grâce à des conditions de vie plus satisfaisantes que celles d'autrefois, aux progrès médicaux et au développement de l'offre de soins. Cependant, dans certains domaines ou chez certaines populations, certaines problématiques de santé sont sur-représentées et les indicateurs de santé doivent être améliorés.

En ce qui concerne l'obésité :

Les facteurs génétiques et environnementaux figurent au rang des déterminants de santé communs aux pathologies liées à la nutrition. En Martinique près d'1 enfant sur 4 (et plus d'1 adulte sur 2) est en surpoids ou obèse. D'après des enquêtes plus récentes (PODIUM, 2010 ; KANNARI 2015[3]), la prévalence de l'obésité continue de croître dans la population martiniquaise surtout chez les enfants (contrairement à ce qui peut être constaté en France hexagonale), et chez les femmes. Chez ces dernières, 44% ont une obésité abdominale (contre 15 % des hommes). **Chez les femmes enceintes**, plus d'un tiers (36.6%) présentait une obésité avant la grossesse, et près d'une sur 10 (8.8%) avait eu une prise de poids excessive pendant sa grossesse (au moins 20kg).

Enfin, la Martinique présente de nombreux indicateurs signant une situation de précarité plus importante qu'en France hexagonale (taux de chômage, nombre de ménages sous le seuil de pauvreté, taux de familles monoparentales, bénéficiaires de la CMU…). Or de nombreuses études montrent que le surpoids et l'obésité touchent plus particulièrement les populations défavorisées. L'excès de poids peut avoir de graves conséquences, tant sur le plan sanitaire (augmentation des risques de diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires, de certains cancers et des complications obstétricales, etc.), que sur le plan économique, social (inadaptation sociale et/ou professionnelle), et surtout humain (stigmatisation, troubles psychologiques…). La prévention du surpoids est donc la priorité de santé affichée dans le Schéma de prévention de la Martinique.

En ce qui concerne les autres pathologies liées à la nutrition :

- Les **maladies cardio-vasculaires (MCV)** représentent la première cause de décès en Martinique (plus de 750 décès sur la période 2006/2008, soit 1 décès sur 4). Parmi les maladies cardiovasculaires, il existe une différence entre cardiopathies ischémiques, nettement moins fréquentes qu'au niveau national, et **maladies vasculaires cérébrales**, dont l'incidence est plus élevée. Cette différence se retrouve aussi bien pour les indicateurs de mortalité que pour ceux de morbidité. L'ensemble des maladies cardio-vasculaires représente 35 % des admissions en affection de longue durée (ALD). Concernant les accidents vasculaires cérébraux, l'étude Ermancia avait recensé 581 nouveaux cas d'AVC sur un an en 1998-1999. Actuellement, il est estimé qu'il se produit plus de 700 AVC chaque année.
- **L'hypertension artérielle** (HTA) **sévère** est la première cause d'admission en affection de longue durée avec 25 % du total des ALD.

Cette forte prévalence de l'HTA a été confirmée en population générale. D'après l'enquête ESCAL, la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population de 16 ans et plus est de 22 %.

- Les **cancers** sont la 2ème cause de mortalité globale et la première cause chez les hommes. On dénombre en moyenne 1 500 nouveaux cas de cancer chaque année. Chez l'homme, le cancer de la prostate est la localisation la plus fréquente avec plus d'un nouveau cancer masculin sur deux. Chez la femme, les localisations les plus fréquentes sont le cancer du sein (près d'un cancer féminin sur 3) suivi du cancer colorectal (10 %) et du cancer du col de l'utérus (6 %).
- La prévalence du **diabète** traité, de l'ordre de 7,4 % en population générale, est deux fois plus élevée que la moyenne nationale. Les femmes sont plus touchées que les hommes par cette maladie qui voit sa prévalence augmenter avec l'âge. Les complications sont particulièrement graves et fréquentes en Martinique (insuffisance rénale, amputation des membres inférieurs, cécité, etc.) et la mortalité prématurée par diabète touche plus souvent les hommes.

Il faut également noter qu'il coexiste **des états de dénutrition** que ce soit chez la personne âgée (à domicile et en institution) ou chez la personne atteinte de maladies chroniques. Cependant très peu de données épidémiologiques sont disponibles pour la Martinique.

- D'autres problèmes de santé touchent aussi particulièrement la Martinique parmi lesquels: la forte prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale qui touche plus de 1 000 personnes pour 1 million d'habitants (contre 500 pour 1 million) au niveau national est expliquée en partie par l'hypertension artérielle et le diabète, la santé mentale et certaines addictions (alcool, cannabis, crack), l'infection à VIH/sida (4e région la plus touchée de France), certains problèmes de santé de la période périnatale (prématurité, mortalité périnatale élevée, interruptions volontaires de grossesse) pèsent également lourdement sur la santé des martiniquais. Enfin, La drépanocytose est la première maladie génétique aux Antilles avec 1 personne sur 10 porteurs sains, 2 000 patients concernés et 20 à 25 nouveau-nés drépanocytaires par an.

Enfin, la Martinique est actuellement le plus âgé des départements d'Outre-mer et sera la cinquième région la plus âgée de France en 2030 avec 34 % de personnes âgées de 60 ans et plus. Le vieillissement de la population, et des problématiques de santé associées, constituent à la fois une préoccupation et un véritable défi pour nos politiques de prévention.

• Éléments de diagnostic au niveau de chaque territoire de proximité :

Le territoire de santé de la Martinique est divisé en 4 territoires de proximité :

1. **le Territoire du Centre**
   (Fort-de-France, Le Lamentin, Saint-Joseph et Schœlcher)
2. **le Territoire du Nord Caraïbe**
   (Bellefontaine, Le Carbet, Case-Pilote, Fond-Saint-Denis, Le Morne Rouge, Le Morne Vert, Le Prêcheur et Saint-Pierre)
3. **le Territoire du Nord Atlantique**
   (Grand-Rivière, Macouba, Basse-Pointe, Le Lorrain, Ajoupa-Bouillon, Le Marigot, Le Gros-Morne, Sainte-Marie, Trinité et Le Robert)
4. **le Territoire du Sud**
   (Les Anses-d'Arlet, Le Diamant, Ducos, Le François, Le Marin, Rivière-Pilote, Rivière-Salée, Saint-Esprit, Sainte-Anne, Sainte-Luce, Les Trois-Ilets et Le Vauclin) :

Dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional de prévention de Martinique et de la démarche d'animation territoriale initiée par l'ARS, des diagnostics ont été réalisés par l'OSM pour chaque territoire de proximité de Martinique. Si ces diagnostics ont pu montrer quelques disparités en termes de morbidité et de mortalité en fonction des territoires (notamment pour certaines maladies chroniques), celles-ci n'étaient pas significatives.

Cependant, les problématiques de santé liées à la nutrition ayant fait l'objet de remontées des 4 territoires, la thématique Nutrition devrait donc être prise en compte dans les actions des futurs programmes territoriaux de santé (PTS en cours d'élaboration).

II. La prévention et la lutte contre le surpoids et l'obésité ainsi que des pathologies associées : une priorité de la politique de santé au niveau régional

Pour avoir un impact en matière de prévention, l'effort doit donc porter sur le développement des actions et mesures de proximité, adaptées aux spécificités locales, et intéressant principalement le déterminant majeur de santé qu'est la nutrition : alimentation et activité physique et sportive (APS).

L'axe 4 du Projet Régional de Santé Martinique **(PRS)** 2011-2016 vise à « développer une véritable culture de la prévention et de la promotion de la santé et à renforcer la coordination de l'ensemble des politiques ». Dans le cadre de la mise en œuvre de la prévention sélective des risques, la lutte contre le surpoids et l'obésité figure parmi les 3 priorités fixées par le PRS. Celui-ci préconise pour ce faire, la mise en œuvre d'un programme régional transversal et intersectoriel piloté par l'ARS impliquant des partenaires tels : l'Education nationale (Rectorat) et réseaux des Comités d'Education à la Santé et la Citoyenneté ; les secteurs du sport (DJSCS) et de l'alimentation (DAAF) ; les structures hospitalières et/ou médico-sociales ; les réseaux de santé et les professionnels de premier recours. Ces derniers seront également impliqués afin d'améliorer la prise en charge des enfants et adultes en situation de surpoids et d'obésité, en particulier chez les plus vulnérables et les femmes enceintes.

La promotion de la santé est une priorité du PRS. Le Schéma Régional de Prévention **(SRP)** insiste sur la nécessité d'animer au niveau de chaque territoire de proximité la mise en œuvre d'orientations permettant d'améliorer l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective: l'axe 3 du SRP « décliner les priorités de santé dans des programmes ou actions de prévention ». Identifiée comme une priorité nationale par le Président de la République (Plan Obésité 2010-2013), la lutte contre le surpoids et l'obésité représente également un enjeu majeur de la politique de santé publique en Martinique. C'est pour atteindre ces objectifs, **qu'a été élaboré le Programme Régional Nutrition Santé Martinique.**

III. Le Programme Régional Nutrition Santé Martinique : une programmation régionale spécifique, en cohérence avec les orientations nationales et en articulation avec les politiques publiques menées en région

Outre ses spécificités adaptées au contexte régional, le Programme Régional Nutrition Santé Martinique est parfaitement cohérent avec les prérogatives de la politique nutritionnelle nationale notamment le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et le Plan Obésité (PO) ainsi que la déclinaison régionale des autres plans gouvernementaux s'articulant avec le PNNS et le PO.

En ce qui concerne le PNNS, depuis son lancement, les objectifs nutritionnels de santé publique précis et quantifiés sont élaborés dans le cadre d'un travail d'expertise collective. Le PNNS intègre dans un continuum, la prévention primaire, le dépistage, la surveillance et la prise en charge des pathologies nutritionnelles (surcharge et dénutrition). Il s'articule avec différents autres plans de santé publique, notamment le **Plan cancer, le Plan pour la qualité de vie des malades chroniques, le Plans national santé environnement,** favorisant la synergie et la cohérence des démarches.
De façon complémentaire, le **Plan Obésité** (PO) articulé avec le **PNNS** a permis une impulsion spécifique en particulier pour l'organisation territoriale des soins. Le PNNS est également la référence pour le **Plan National pour l'Alimentation** (PNA) pour ce qui concerne l'éducation et l'information nutritionnelle ainsi que la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, ainsi que le **Programme Alimentation et Insertion** (PAI) pour les personnes en difficulté recourant à l'aide alimentaire. En particulier dans les DOM, le PNNS s'articule avec des plans de santé publique spécifiques comme le **Plan Chlordécone.**

Afin de tenir compte des spécificités locales, une **déclinaison du PNNS et du PO pour les territoires d'Outre-mer a été lancée en 2012**. Cette déclinaison Outre-mer s'articule autour de trois axes : améliorer l'offre alimentaire (composition nutritionnelle, valorisation des produits locaux, aide alimentaire) et promouvoir la pratique de l'activité physique et sportive ; renforcer la prise en charge des pathologies liées à la nutrition et améliorer l'organisation des soins ; adapter la communication aux spécificités locales. Pour ce faire, et à l'instar de la France hexagonale, dynamiser fortement une coordination des collectivités territoriales PNNS au niveau de chaque département d'Outre-mer afin d'amplifier les actions au plus proche des citoyens en tenant compte des inégalités sociales de santé est une priorité. Un accent particulier est porté à la période autour de la naissance et de l'enfance, ainsi qu'aux populations les plus défavorisées.

En ce qui concerne la **promotion de la pratique de l'activité physique et sportive**, ceci a fait l'objet d'une communication spécifique en Conseil des ministres en Octobre 2012. Il a donc été demandé par les Ministres chargés de la santé et du sport de décliner au niveau régional, un plan « sport, santé, bien-être » dont les lignes stratégiques ainsi que les modalités organisationnelles et financières de sa mise en œuvre sont précisées dans l'instruction aux ARS N° DS/ DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/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.

En concertation avec la DJSCS, et afin de ne pas multiplier les plans et les espaces de coordination, il a été décidé que les mesures relatives à la promotion de l'activité physique et sportive retenues dans ce Programme Régional Nutrition Santé constitueraient les axes du plan d'action « sport, santé, bien-être » requis pour la Martinique. Cet axe sera piloté conjointement par l'ARS et la DJSCS, conformément à l'instruction et misen œuvre avec les autres acteurs concernés notamment du monde sportif.

Enfin, ce programme se veut intersectoriel et cohérent avec l'ensemble des politiques publiques menées en région : politiques de l'alimentation, de l'agriculture, de l'urbanisme et aménagement du territoire, du de développement durable, des sports, etc.

Le PRNS s'inscrit donc dans ce cadre et s'articule autour :

- de la déclinaison des objectifs du PNNS/PO adaptés aux spécificités locales,
- des 6 champs d'actions stratégiques prioritaires identifiés (décrits dans ce document),
- des principes guidant l'action en santé publique : contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, privilégier une approche positive de la santé, prendre en compte les personnes les plus vulnérables et les spécificités socioculturelles, éviter les discriminations et la stigmatisation (notamment envers les personnes souffrant d'obésité).

De même, les mesures et actions proposées dans le cadre de la lutte contre le surpoids ne devront pas induire des comportements alimentaires défavorables à la santé.

IV. La méthode d'élaboration du Programme Régional Nutrition Santé Martinique : une démarche concertée

La méthode retenue pour élaborer ce Programme Régional Nutrition Santé Martinique est fondée sur une démarche concertée et participative, dont le temps fort a été l'organisation **d'un séminaire de travail réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la thématique.**

Ainsi, l'élaboration du programme a comporté plusieurs étapes, décrites ici chronologiquement :

- La mobilisation des principaux décideurs œuvrant dans le champ de la prévention par l'information et la présentation de la démarche aux membres de la Commission de Coordination dans les domaines de la Prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, CCP (fin 2013- 2014) ;

- La réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé en matière de santé et de nutrition (recueil des données locales existantes sur l'état de santé, les ressources disponibles, sur les actions et programmes mis en œuvre) par l'Observatoire de santé de la Martinique et l'ARS **(Janvier 2014)**. Les données issues de cette phase ont permis au comité de pilotage ci-dessous d'identifier les champs d'intervention et les publics à viser ;
- La mise en place d'un comité de pilotage pour élaborer ce programme et pour préparer le séminaire de concertation (3 réunions **de janvier à avril 2014**). Ce comité était composé de représentants des institutions membres de la CCP, des structures d'appui (OSM et Instance Régionale d'éducation et de Promotion de la Santé, IREPS), de l'ARS et de personnes ressources (médecins, etc.). Pour préparer le séminaire, un guide de l'animateur a été élaboré et remis aux 10 animateurs d'ateliers désignés et des rencontres ont été organisées en amont ;
- L'organisation d'un **séminaire de réflexion et de concertation (les 29 et 30 Avril 2014) à l'Institut Martiniquais du Sport**. L'ouverture de ce séminaire par le Directeur Général de l'ARS, le Directeur de la Jeunesse et des Sports et le Directeur par intérim de l'Alimentation, l'Agriculture et la Forêt, en présence de l'élu en charge des politiques sportives du Conseil régional a permis de montrer l'engagement de chacun dans la politique nutritionnelle et la volonté de travailler ensemble.

  Ce séminaire a permis de partager les données et constats existants, d'échanger sur les enjeux repérés, de recueillir les attentes, besoins et pistes d'actions des acteurs locaux concernés. Une centaine de personnes a participé aux réunions plénières et aux 5 ateliers de travail organisés lors de ce séminaire : institutionnels (Préfecture, ARS, DAAF, DJSCS, Education nationale, CGSS, CAF,), élus et administratifs des Collectivités territoriales et locales, structures d'appui (IREPS, OSM…), associatifs, réseaux, professionnels de santé, mutuelles, professionnels d'activité physique et sportive, experts et personnalités scientifiques, responsables de structures sanitaires et/ou sociales, etc.);
- La rédaction du programme : afin de préciser la formulation des différents axes identifiés et d'analyser ensemble les éléments recueillis lors du séminaire de concertation, plusieurs réunions de travail entre l'ARS et les animateurs des ateliers, ainsi que des rencontres avec des personnes ressources, ont été organisées au cours des mois de **Mai et de Juin 2014.** Ces éléments ont été présentés aux COPIL d'élaboration du programme des mois de **Juin 2014 et décembre 2015**;
- La phase de consultation : outre les réunions du COPIL, les travaux ont été soumis à des experts dans le champ de la santé publique et de la nutrition (alimentation et sport), ainsi qu'à la Commission des politiques publiques de santé « Prévention » (CCP) et la Conférence de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) en janvier 2016.

  La communication constitue une des mesures identifiées du Programme Régional Nutrition Santé Martinique (PRNS). Des temps forts seront programmés en s'appuyant sur des supports de communication crées, pour assurer une large connaissance et l'appropriation des mesures du programme à l'ensemble des acteurs concernés (élus, média, professionnels, intervenants en prévention, population, etc.).
  Enfin, le programme sera mis en ligne sur le site de l'ARS (*www.ars.martinique.sante.fr*).

V. Gouvernance, pilotage, mise en œuvre et évaluation du PRNS:

Afin de mettre en place ce programme, des instances de gouvernance et de pilotage seront installées.

- **Un Comité de pilotage stratégique.**

» **Restreint, interne à l'ARS : Comité de coordination « ARS »** constitué du **coordonnateur du programme** désigné (une lettre de mission lui sera remise), de représentants des différentes directions métier de l'ARS et du service chargé de la communication. Il aura pour rôle de garantir la bonne mise en œuvre du programme, notamment la coordination et l'animation des instances et l'évaluation ;

» **Élargi** : composé du comité de coordination « ARS » et des représentants désignés des institutions concernées par la Nutrition et la prévention, des acteurs clés identifiés de santé publique et de la société civile, des experts et personnalités scientifiques. Cette instance, constituant une commission spécifique de la CCP, assure la cohérence des actions avec les différentes orientations des politiques publiques et des programmations régionales (plan régional alimentation, plan sport santé, santé scolaire, etc.), facilite la coordination et la complémentarité des actions et suit la mise en œuvre et l'évaluation du programme. Ce comité se réunira au moins deux fois par an.

- **Un Comité technique de suivi** sera composé des pilotes désignés par champ d'action, du coordonnateur du programme et des représentants des acteurs de terrain concernés. Ce comité a pour missions de coordonner et de suivre la mise en œuvre des mesures des différents champs, de favoriser les travaux, de faire des propositions (déclinaison en actions), faire le bilan régulier de l'avancée du programme et contribuer à l'évaluation du programme. Le comité technique se réunit autant de fois que nécessaire en groupes de travail (comité restreint) et au moins 3 à 4 fois par an en séances plénières pour les bilans.
  Les pilotes désignés auront une lettre de mission et seront en charge de la mise en œuvre et du suivi des mesures inscrites dans le PRNS. Pour cela, ils pourront s'appuyer sur des « groupes de travail » et des outils de suivi élaborés (tableau de bord). Ils participent également à l'évaluation du programme.

- **Des experts et personnalités reconnues dans les champs de la nutrition et de la santé publique** seront identifiés (scientifiques, universitaires dont hospitalo-universitaires, professionnels de santé,...) et pourront être consultés et sollicités, notamment par le Comité technique, afin de valider, au regard des connaissances généralement admises (scientifiques, données probantes, etc.), les actions mises en œuvre dans le cadre du Programme. Leurs expertises seront également requises pour la mise en place des phases d'évaluation du PRNS.

LA MISE EN ŒUVRE

Dans ce document, **les champs d'action, les axes d'intervention ainsi que les mesures phares constituent le cadre de référence. Ceux-ci devront par la suite être déclinés en actions concrètes par les différents acteurs.**
Il faut rappeler que les actions s'inscrivant dans le champ de la nutrition n'étant pas uniquement du périmètre d'intervention de l'ARS, celles portées par les autres partenaires concernés (notamment services de l'Etat : DAAF, DJSCS, DIECCTE, Education nationale, Assurance maladie, collectivités territoriales et locales, hôpitaux, etc.) devront être prises en compte dans la mise en œuvre du PRNS. De même, les actions menées dans les territoires que ce soit dans le cadre des Programmes de santé des 4 territoires de proximité (PTS) ou autres (dispositifs de la politique de la ville, CLS et ASV, PEDT, etc.), contribueront à la mise en œuvre du PRNS.

Dans le document, les mesures phares sont déclinées en pistes d'actions, et plus rarement en actions concrètes. Les premières ont été soumises par le comité de pilotage lors de la phase d'écriture du programme à titre d'exemple pour les actions à venir, les secondes sont celles identifiées par les acteurs du terrain lors du séminaire et retenues par le COPIL comme indispensables ou déjà mises en place. Ces déclinaisons ne sont pas exhaustives et pourront être complétées, précisées ou revues en fonction de l'avancée du PRNS par le pilote en charge de son axe. De même, ce dernier rédigera des fiches-actions précisant pour chaque mesure de son axe, les actions « retenues », ainsi que leurs modalités de mise en œuvre.
Ce programme pourra également être révisé en fonction des nouvelles évolutions politiques et législatives au niveau national et régional (Stratégie nationale de santé et ses déclinaisons (Loi de santé publique), nouveaux plans nationaux, PTS, CLS, etc.).
Enfin, même si ce PRNS a été prévu pour au moins trois ans, ces mesures devront nécessairement se poursuivre au-delà de cette période pour apprécier les effets de ses actions et l'atteinte des objectifs.

L'ÉVALUATION

L'évaluation de ce programme se fera à plusieurs niveaux, et intégrera une évaluation interne et externe. Ainsi, un évaluateur externe sera désigné pour procéder à l'évaluation finale du programme.
L'évaluation de la mise en œuvre (processus) a été prévue dès sa conception. Elle portera sur l'analyse de la gouvernance, des étapes de mise en œuvre, de l'animation du programme et son articulation avec les autres plans existants, sur l'utilisation des ressources humaines et financières au regard du programme initial.

L'évaluation des résultats (objectifs et actions) s'appuiera sur une procédure de suivi et d'évaluation arrêtée (voir ci-dessous), mais qui sera précisée en concertation avec l'ensemble des partenaires réunis au sein des instances de pilotage du programme :

- Le pilotage et le suivi s'appuieront sur 3 types d'outils de suivi et de reporting intégrant des indicateurs : les fiches-actions (pour les pilotes), un tableau de bord de suivi de l'avancement et du financement (pour le coordonnateur du programme et le comité technique) et un tableau colorimétrique synthétique (pour les décideurs et financeurs),
- Les pilotes en charge de la mise en œuvre devront s'assurer que, pour chaque action proposée, des indicateurs permettant une évaluation soient prévus.

Un bilan annuel sera effectué et présenté aux instances concernées. Une évaluation finale se fera au terme de la vie du programme. Des préconisations seront attendues pour permettre la poursuite de cette première politique nutritionnelle régionale.

L'évaluation des effets et impacts (portant sur les changements de comportements et environnementaux, sur les représentations, sur les indicateurs de santé, etc.), sera recherchée mais nécessairement limitée dans son interprétation notamment à cause du fait :

- des nombreuses actions menées en nutrition sur le territoire qui ne s'inscrivent pas dans le cadre du programme mais qui ont des effets (positifs ou négatifs) sur la santé,
- de la durée de vie du programme, 3 ans, trop courte pour pouvoir apprécier totalement les changements visés,
- de la complexité des causes des maladies chroniques qui rendent difficile la mesure de l'impact direct des mesures de ce programme.

LES FINANCEMENTS

Dans le cadre du FIR (Fonds d'Intervention Régional), des crédits pourront être mobilisés pour la mise en œuvre d'actions ou de projets pluriannuels répondant aux objectifs de ce Programme Régional Nutrition Santé.
Pour les mesures du champ d'action II (relatives à l'activité physique et sportive) du PRNS, et comme indiqué dans l'instruction « sport, santé, bien-être[4] » , un fond spécifique est mis en place à compter de 2013 sur les crédits du Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) répartis en région.
La DJSCS pourra également mobiliser des crédits pour le financement de projets spécifiques s'intégrant à ces mesures.

D'autres financements, et/ou contributions seront recherchés pour la réalisation des actions auprès des partenaires qui souhaitent s'impliquer dans la politique nutritionnelle pour la population.
La CCP, comme les autres comités régionaux (CRALIM, etc.), constitueront des espaces privilégiés pour l'étude des projets du PRNS et de leurs financements

4. Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012

LES CHAMPS D'ACTIONS IDENTIFIÉS

CHAMP D'ACTIONS I

Agir sur l'offre alimentaire

CHAMP D'ACTIONS II

Promouvoir l'activité physique, sportive, ainsi que les activités de loisir et de pleine nature pour tous

Plan d'actions Régional Sport Santé Bien-être Martinique

CHAMP D'ACTIONS III

Promouvoir le repérage et le dépistage des maladies liées à la nutrition, et favoriser l'accès à une prise en charge précoce et adaptée

CHAMP D'ACTIONS IV

Renforcer l'information, l'éducation nutritionnelle et la communication

CHAMP D'ACTIONS V

Développer et soutenir le travail en réseau des acteurs locaux

CHAMP D'ACTIONS VI

Renforcer et développer l'observation et la connaissance nutritionnelle

CHAMP D'ACTIONS
I

Agir sur l'offre alimentaire

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La situation alimentaire en Martinique est étroitement liée à ses particularités culturelles, économiques, géographiques et climatiques. Celles-ci impactent à la fois l'ensemble des productions agricoles, les habitudes alimentaires et de consommation, mais également la santé de la population.

Parmi ces spécificités, on peut souligner :

- des **prix des denrées alimentaires élevés**, en particulier pour les produits locaux (écart des prix par rapport à l'Hexagone de l'ordre de 30%),
- une **part prépondérante des produits importés** (60% des fruits et légumes, etc.), et une offre locale qui connaît quelques **difficultés d'organisation pour répondre à la demande**,
- une teneur en sucres, sel et matières grasses ajoutés particulièrement élevée dans certains produits locaux,
- des habitudes alimentaires et de consommation qui évoluent en s'éloignant de l'alimentation traditionnelle « créole » et en se rapprochant du modèle français, voire pour certains aspects, du modèle américain : consommation élevée de protéines (viandes), consommation des boissons sucrées et alcoolisées, approvisionnement principalement en grande distribution, **évolution des modes de consommation** (prêts à consommer, restauration hors domicile, etc.), **désaffection à l'égard des produits locaux** et du savoir-faire culinaire « traditionnel » **surtout chez les plus jeunes,**
- une offre importante de restauration rapide (snacks, sandwichs, pizza…), notamment aux abords des établissements scolaires ou des administrations,
- **des comportements nutritionnels caractéristiques** soulignés par l'étude ESCAL: une sous-déclaration des apports énergétiques et lipidiques (due en partie à l'ajout d'huile végétale sur aliments); des petits consommateurs de produits laitiers, de fruits (notamment chez les personnes des niveaux socio-économiques les plus bas), mais des consommateurs de produits de la pêche plus importants que dans l'Hexagone.
- **des inégalités sociales importantes qui impactent les populations les plus précaires.** Ces dernières, de par leur niveau économique et d'éducation, connaissent plus de difficultés pour accéder à une alimentation équilibrée voire suffisante : les dépenses alimentaires représentent le deuxième poste dans le budget des ménages (20% contre 15% pour les plus aisés, source Insee 2006). La part des bénéficiaires de l'aide alimentaire est en constante évolution (plus de 40 000 personnes dont 12000 familles)
- néanmoins, on constate **une prise de conscience et de nouvelles préoccupations liées à l'alimentation de la population martiniquaise**, et des différents acteurs concernés, qui pourraient favoriser l'adoption d'une alimentation plus favorable à la santé, entre autres : les conséquences sur la santé des pollutions environnementales (chlordécone, pesticides), le développement durable (nouveaux modes de production…), la (re)découverte et la valorisation du patrimoine martiniquais (dont culinaire, plantes aromatiques et médicinales locales…).

La déclinaison Outre-mer du PNNS indique que l'ensemble de ces éléments doivent être considérés pour améliorer l'offre alimentaire et proposer une démarche nutritionnelle réaliste, efficiente et adaptée, tenant compte de la diversité et des particularités de chaque territoire d'Outre-mer.

Par ailleurs, l'action sur l'offre alimentaire faisant intervenir de nombreux acteurs locaux publics (en premier lieu la DAAF, DIECCTE, DJSCS, CAF, Collectivités territoriale et locales, chambres consulaires,…) et privés (industriels agroalimentaires, distributeurs, agriculteurs,…), **la recherche de la complémentarité des actions et la cohérence entre politiques publiques, de la concertation et de l'engagement de chacun seront privilégiées.**

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Dans nos sociétés où l'alimentation est au centre de nombreuses préoccupations (sécurité alimentaire, santé, économie, culture, etc.), le « bien manger » devient à la fois un enjeu de santé publique et de société.

L'objectif recherché ici est de contribuer à l'amélioration de l'offre alimentaire proposée localement en s'appuyant sur 2 leviers d'action :

1. L'implication des acteurs locaux de l'offre alimentaire dans la politique nutritionnelle menée en région, notamment via l'amélioration de la qualité nutritionnelle de leurs produits (amélioration de la composition nutritionnelle, etc.),
2. La promotion d'une alimentation favorable à la santé (équilibre, variété, qualité nutritionnelle), privilégiant l'ancrage territorial (valorisation des aliments locaux, des modes et habitudes culinaires traditionnels, etc.) dans le cadre des recommandations nutritionnelles validées (PNNS).

Les principes qui devront orienter les actions de terrain :

- Promouvoir une alimentation variée, équilibrée et adaptée aux besoins, conforme aux repères et recommandations du PNNS
- Prendre en compte toutes les dimensions de l'alimentation : plaisir, goût, convivialité, culture et contexte socio-économique, mais également sécurité sanitaire, mode de production, etc.

Enfin, l'amélioration de l'offre alimentaire passe également par une information claire, validée et compréhensible sur la nature, la composition, les modes de préparation des produits proposés ainsi que sur leur lien avec la santé. Ces pistes d'actions seront également déclinées dans les autres volets de ce programme, notamment dans le champ d'action IV : « Renforcer l'information, la communication et l'éducation nutritionnelle ».

NB : La qualité nutritionnelle est liée à la composition nutritionnelle des produits c'est-à-dire à la présence de nutriments (protéines, fibres, mais également vitamines, minéraux, etc.), à leur nature, à leur répartition dans le produit, ainsi qu'à leur valeur calorique.
Un produit de qualité nutritionnelle satisfaisante contribue à l'atteinte des recommandations pour la santé en termes d'apports et d'équilibre en nutriments et en calories.

AXE STRATEGIQUE I-1

AMÉLIORER L'OFFRE ALIMENTAIRE PROPOSÉE À LA POPULATION EN IMPLIQUANT LES ACTEURS DU CHAMP, ET EN TENANT COMPTE DES RECOMMANDATIONS VALIDÉES ET DU CONTEXTE LOCAL

Mesure phare I-1-1

Impliquer les acteurs de la restauration collective (scolaire, universitaire, entreprise, établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.) dans la politique nutritionnelle :

- Sensibiliser les différents acteurs de la restauration collective (collectivités territoriale et locale, établissements scolaires, personnels de la restauration collective, services de l'Etat, etc.) aux enjeux de la politique nutritionnelle et à leurs rôles dans celle-ci ;
- Accompagner et valoriser les acteurs de la restauration collective dans leurs démarches d'amélioration de la qualité de leur offre alimentaire (ex : signature de chartes PNNS, etc.);
- Valoriser et soutenir les actions menées par ces acteurs contribuant à la politique nutritionnelle en région et conformes aux recommandations en vigueur (repères PNNS, GEM-RCN, etc.);
- Valoriser et soutenir les initiatives portées par ces acteurs privilégiant l'approvisionnement local et favorisant la consommation d'aliments favorables à la santé (fruits, légumes verts, eau, etc.), notamment pour les usagers-bénéficiaires les plus vulnérables (précaires, enfants, en institution).

Mesure phare I-1-2

Impliquer les acteurs de la restauration commerciale (restauration traditionnelle, restauration rapide, de bord de route, sandwicheries, etc.) dans la politique nutritionnelle :

- Sensibiliser les différents acteurs impliqués aux enjeux de la politique nutritionnelle et à leurs rôles dans celle-ci ;
- Accompagner, en s'appuyant notamment sur les chambres consulaires, les acteurs souhaitant s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire proposée (respect de l'équilibre nutritionnel ; teneur réduite en lipides, sel, sucre ; actions type «baguette santé»[5] , etc.);
- Valoriser et soutenir les actions menées par ces acteurs contribuant à la politique nutritionnelle en région conformes au PNNS (chartes PNNS, accords collectifs PNA, labels, etc.);
- Valoriser et soutenir les initiatives facilitant l'accessibilité des populations (notamment les plus précaires, des territoires prioritaires de la politique de la ville) à une information nutritionnelle et à des choix favorables à la santé.

Mesure phare I-1-3

Poursuivre l'implication des acteurs locaux de l'alimentation (acteurs économiques de la chaîne alimentaire dont agriculteurs, industriels, professionnels de la distribution, etc.) et de l'aide alimentaire (associations, etc.) dans la politique nutritionnelle :

- Poursuivre les travaux menés au sein du CRALIM sur l'amélioration nutritionnelle des produits fabriqués localement (réduction des teneurs en sucres, en sel, en matières grasses, amélioration de l'information nutritionnelle des produits, etc.);
- Inciter ces acteurs à s'engager dans la politique nutritionnelle régionale, notamment via la signature des chartes PNNS;
- Valoriser les initiatives menées par ces acteurs contribuant à la politique nutritionnelle en région et conformes au PNNS (accessibilité des produits favorables à la santé, information nutritionnelle etc.);
- Contribuer, en complémentarité avec les dispositifs existants, à l'amélioration nutritionnelle de l'aide alimentaire en lien avec les acteurs concernés (institutions dont collectivités territoriales, acteurs économiques, BAM[6] , associations, épiceries solidaires et sociales, etc.) et à l'accompagnement des bénéficiaires (ateliers cuisine, formation des bénévoles, etc.).

5. « Baguette santé» développée par le réseau ERMANCIA-Maladies Chroniques
6. BAM : Banque Alimentaire de Martinique

AXE STRATEGIQUE I-2

VALORISER ET PROMOUVOIR LES PRODUITS LOCAUX DANS LE CADRE D'UNE ALIMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

Mesure phare I-2-1

Valoriser et promouvoir les produits locaux, les savoirs et savoir-faire (recettes) de l'alimentation traditionnelle « créole » dans le cadre d'une alimentation favorable à la santé (recommandations PNNS) :

- Promouvoir les produits locaux (notamment les fruits et les légumes verts), leur qualité nutritionnelle et leur utilisation dans le cadre d'une alimentation équilibrée et favorable à la santé (conformément aux recommandations PNNS) ;
- Soutenir et faire connaître les actions permettant la (re)découverte des produits locaux et les savoirs culinaires traditionnels dans le cadre d'une alimentation favorable à la santé (ex. : recettes revisitées utilisant les produits locaux et respectant les recommandations sanitaires et nutritionnelles (repères PNNS, etc.)) ;
- Permettre la prise en compte des produits locaux et recettes créoles dans les outils et supports nationaux («la fabrique à menus» PNNS[7]);
- Diffuser et vulgariser les informations scientifiquement validées sur la composition nutritionnelle des produits locaux;
- Intégrer les informations sur les produits locaux dans les actions proposées aux jeunes (dont scolarisés), et favoriser leur utilisation dans le cadre d'une alimentation équilibrée ;

Mesure phare I-2-2

Contribuer à favoriser le lien entre l'offre et la demande pour les produits locaux afin d'augmenter leur consommation :

- Valoriser les initiatives permettant de mettre en relation les producteurs de produits locaux et acheteurs professionnels de l'alimentation (création de dispositifs d'échanges dont plateforme);
- Soutenir les initiatives permettant de favoriser l'accès à une alimentation locale favorable à la santé (en particulier les fruits et légumes verts) pour les plus démunis en lien avec les acteurs concernés;
- Soutenir et valoriser les initiatives permettant de favoriser la consommation des produits locaux (en particulier les fruits et légumes verts) des jeunes (dont scolarisés);
- Soutenir les initiatives proposant des modes de production et des circuits d'approvisionnement garantis sans chlordécone et sans autres pesticides notamment pour les populations les plus vulnérables (femmes enceintes et allaitantes ; enfants de 0-6ans, précaires) en lien avec les acteurs institutionnels concernés (DAAF, ARS, DIECCTE, collectivités locales, etc.) et en cohérence avec les dispositions des plans de santé publique (PNNS, plan chlordécone III et PRSE).

7. site www.mangerbouger.fr

CHAMP D'ACTIONS
II

PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, SPORTIVE, AINSI QUE LES ACTIVITÉS DE LOISIR ET DE PLEINE NATURE POUR TOUS PLAN D'ACTIONS RÉGIONAL SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE MARTINIQUE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Pour la plupart des personnes, activité physique et sport sont synonymes. Pourtant, si **l'activité physique** est l'ensemble des mouvements effectués dans la vie quotidienne (à la maison, au travail, dans les transports mais également lors des activités de loisir et sportives), **le sport**, lui, est un ensemble de pratiques compétitives, codifiées et institutionnalisées. Le sport constitue donc un des aspects de l'activité physique.
Quant au **« sport-santé »**, il désigne la pratique d'activités physiques (ou sportives) contribuant au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : physique, psychologique et sociale. Il s'intéresse donc à la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé.

Il est maintenant largement admis que la sédentarité, dont l'insuffisance d'activités physiques, est à la fois une des principales causes de mortalité dans le monde, et un facteur de risque dans l'apparition et l'aggravation des états de santé (maladies chroniques, perte d'autonomie). De nombreuses études reconnaissent également les bénéfices sur la santé, et sur la qualité de vie, de l'activité physique à condition que celle-ci réponde aux recommandations validées en fonction de l'âge et de l'état de santé de la personne (recommandations OMS, PNNS).

En Martinique, près de 60 % de la population déclarent ne pas pratiquer d'activité physique régulière (*étude du Conseil régional sur la condition physique ; 2007*). Les **« non pratiquants »** sont plutôt des **femmes**, des personnes de **plus de 60 ans**, des enfants entre 3 et 14 ans et celles atteintes de maladies chroniques.
De même, plus de 80% des personnes en situation de handicap déclarent ne pas pratiquer de sport (étude DJSCS ; 2008).
Même si ces chiffres nécessitent une mise à jour, ils interpellent néanmoins sur la différence entre la pratique et les représentations socioculturelles du sport et de l'activité physique dans l'île. En effet, dans une société qui valorise la pratique sportive (nombreux évènements sportifs, large offre sportive et de loisir, etc.) et qui contribue largement au rayonnement du sport français de haut niveau par le nombre de champions antillais, **le niveau d'activité physique, notamment chez certaines populations vulnérables, reste encore largement insuffisant.**

Il apparaît alors urgent de renforcer les actions permettant de lutter contre la sédentarité et l'insuffisance d'activité physique à tous les âges.
La promotion de l'activité physique et sportive (APS) est au cœur des politiques de santé publique et de prévention (stratégie nationale de santé). Elle est déjà, à l'instar de l'alimentation, un axe fort de la politique nutritionnelle nationale (PNNS/PO, et volet DOM) et régionale (PRSP/SRP). Elle fait également l'objet de mesures spécifiques dans les autres politiques publiques en région (politiques sportives et sociales des collectivités territoriales et locales, DJSCS).

Enfin, la promotion et le développement des activités physiques et sportives sont réaffirmés dans l'instruction conjointe des ministères des affaires sociales et de la santé et des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative du 24 décembre 2012. Celle-ci demande qu'en région soit **décliné un plan d'actions « sport santé bien-être » (PSSBE)** dont l'objectif est *de permettre d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des activités physiques et sportives par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacun.*

Ce plan, piloté en Martinique par l'ARS et la DJSCS, concerne plus particulièrement les publics dits « à besoins particuliers » : personnes en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques et avançant en âge.

Il doit également contribuer à réduire les inégalités en matière de santé **en ciblant les personnes les plus éloignées de la pratique.**

A côté de ces deux institutions, la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux concernés (services de l'Etat, collectivités territoriales, institutions de la sécurité sociale, professionnels et structures de la santé et du social, entreprises, associations et mouvement sportif,…), ainsi que de la population, est primordiale pour la mise en œuvre de ces mesures.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'objectif retenu est de **promouvoir l'APS comme facteur de santé** (sens OMS) auprès de tous, et de **favoriser sa pratique régulière et suffisante tout au long de la vie et dans la vie quotidienne.**

Pour cela, les mesures proposées ici s'inscrivent dans deux stratégies complémentaires. Elles englobent également celles retenues pour la déclinaison du PSSBE en Martinique:

- Améliorer ou développer des environnements (physiques, socioéconomiques) favorables à la pratique d'APS pour tous,
- Intervenir sur les déterminants individuels (motivation, capacités physiques, représentations, etc.) pour permettre l'adoption de modes de vie actifs à tous les âges de la vie.

Les actions proposées devront :

» prendre en compte les spécificités des personnes (âge, sexe, situation sociale, condition physique, degré d'autonomie, etc.) et du contexte (socioculturel, économique),

» être au plus proche des besoins et des milieux de vie des personnes,

» s'inscrire dans une démarche d'éducation pour la santé visant l'autonomie des personnes,

» favoriser l'implication des personnes,

» s'appuyer sur les valeurs véhiculées par le sport/activité physique (santé, socialisation, égalité, plaisir et bien-être, etc.).

Les expériences ayant déjà démontrées leur efficacité (utilisation des données probantes) seront privilégiées dans la mise en œuvre des actions.

Elles devront également tenir compte des nouvelles dispositions législatives et réglementaires relatives au « sport santé ».

AXE STRATEGIQUE II-1

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES, SPORTIVES, DE LOISIR ET DE PLEINE NATURE POUR TOUS

Mesure phare II-1-1

Améliorer l'accessibilité physique à l'APS en agissant sur l'environnement physique, les équipements, l'aménagement du territoire notamment urbain, en lien avec les acteurs concernés (DJSCS, Collectivités territoriales et locales, DREAL, DIECCTTE, Education nationale, ARS, et autres acteurs privés/publiques) et en s'appuyant sur les politiques et outils existants (DTA[8] , etc.) :

- Favoriser, et rendre visible, le développement d'un aménagement urbain permettant notamment les « mobilités douces» (marche à pied, signalétique piétonne, etc.) en partenariat avec les acteurs concernés et en s'appuyant sur des expériences « prometteuses »[9] ;
- Sécuriser les équipements existants disponibles dans l'espace public (éclairage, protection des usagers, protection du matériel, dispositif d'alerte) ;
- Développer les équipements de proximité (parcours de santé, parcs de jeux pour enfants, équipements collectifs au sein des établissements scolaires etc.) en partenariat avec les collectivités locales et les autres acteurs concernés;
- Développer et valoriser les espaces aménagés et sécurisés de proximité, en les adaptant à l'environnement culturel et physique (aménagement des plans d'eau, chemins de randonnées, etc.);

Mesure phare II-1-2

Faciliter l'accès à la pratique sportive (et à l'activité physique adaptée) notamment pour les populations spécifiques les plus précaires (patients atteints de maladies chroniques, jeunes, familles monoparentales et populations vulnérables, etc.) :

- Renforcer l'information sur les dispositifs d'aides existants (ticket loisirs de la CAF, « Pass Culture et Sport » du Conseil régional, aides des communes pour le transport ...) ;
- Développer une réflexion avec les acteurs concernés (assurance maladie, mutuelles, médecins,…) autour de la prise en charge des APS comme thérapeutiques non médicamenteuses (prescription, dispositifs aide,…) ;
- Sensibiliser les acteurs de la politique de la ville et des territoires de proximité à la prise en compte de l'APS comme facteur de santé.

Mesure phare II-1-3

Renforcer l'accès à l'information sur les APS et la santé :

- Rendre visible l'offre régionale d'APS, de loisir et de pleine nature, ainsi que l'offre d'activité physique adaptée (annuaire, label « sport santé », etc.);
- Développer la communication et diffuser des informations dans le champ du sport santé (données validées et adaptées, recommandations et repères pour la pratique, bénéfices sur la santé, offre d'activités, intervenants et professionnels du sport santé, etc.) auprès des professionnels, des associations, des élus et des collectivités territoriales et du grand public;

8. DTA : Diagnostic Territorial Approfondi Martinique, DJSCS-Conseil régional (2014)
9. prometteuses : actions ayant montrés leur efficacité, utilisation de données probantes

- Actualiser et valoriser les données existantes (études, état des lieux) sur les APS (dont de loisir, pleine nature, adaptée, etc.) : types d'activités, lieux d'activité physique et sportive, structures et acteurs de l'APS (sous forme d'annuaire, cartographie), recommandations, etc. ;
- Informer sur les compétences nécessaires, diplômes requis, labels, des différents intervenants et structures du champ « sport santé » en lien avec les institutions et organismes concernés (DJSCS, CROSMA, Collectivités territoriales et l'Institut Martiniquais du Sport, URPS, etc.);
- Promouvoir auprès des médecins (libéraux, du travail, etc.) et professionnels de santé les recommandations des APS pour tous (et pour les publics « à besoins particuliers ») et les accompagner dans la prise en compte de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse[10] (prescription de l'activité physique, évaluation de la condition physique, type d'activité, suivi, etc.) en lien avec les nouvelles dispositions législatives;
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs (dont décideurs, élus, responsables, etc.) à la promotion de l'APS et à leur rôle dans le développement des environnements et des interventions favorables à l'activité physique pour tous et dans les différents milieux de vie (école, travail, institutions sanitaires, sociaux, etc.).

10. Définition proposée par la Haute Autorité de santé (HAS

AXE STRATEGIQUE II-2

PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA PRATIQUE RÉGULIÈRE ET SUFFISANTE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE (APS) AUPRÈS DE PUBLICS SPÉCIFIQUES

Mesure phare II-2-1

Valoriser et renforcer la pratique d'APS, de loisir et de pleine nature, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie :

- Soutenir les initiatives (dont jeux de plein air) permettant d'augmenter durablement le niveau d'activité physique et de lutter contre la sédentarité chez les jeunes enfants tout en impliquant leur entourage (parents, amis, etc.) ;
- Informer le grand public, les femmes, les parents, les professionnels sur les activités physiques pendant et après la grossesse (bénéfices, repères de pratiques, activités, croyances, etc.) ;
- Soutenir les initiatives valorisant et facilitant la pratique durable et régulière des APS pour les filles, les femmes, les femmes enceintes et les mères (seules, avec enfant(s) en bas âge) ;
- Valoriser et soutenir les initiatives permettant la reprise d'une APS, de loisir et de pleine nature régulière et durable à tout âge, et quelque soit le degré d'autonomie, dans le cadre des recommandations en vigueur;
- Sensibiliser les différents intervenants aux différents facteurs impactant la pratique d'activité physique et sur les approches efficaces pour augmenter le niveau d'activité physique ;

Mesure phare II-2-2

Promouvoir l'APS et le sport santé dans les différents milieux de vie (école, université, centres de loisirs, établissements sociaux et sanitaires, administrations publiques, entreprises, collectivités locales, territoires défavorisés, etc.) en lien avec les acteurs concernés :

- Soutenir le développement d'une offre diversifiée, complémentaire (du sport scolaire), coordonnée et de proximité en APS pendant le temps périscolaire (projets éducatifs visant à promouvoir l'APS dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires) et extra-scolaires, en s'appuyant notamment sur des dispositifs comme le projet éducatif territorial (PEdT);
- Sensibiliser les responsables d'entreprises (administrations) aux bienfaits du sport santé, accompagner et valoriser leurs actions permettant une activité physique régulière et suffisante de leurs salariés (sur et hors lieu de travail) ;
- Encourager les approches adaptées et de proximité, et soutenir les actions « efficaces » permettant la promotion et la pratique de l'APS, de loisir et de pleine nature, régulière et durable pour les populations des zones les plus défavorisées (en favorisant l'implication des communes, des acteurs concernés dont la politique de la ville, la population, en tenant compte de l'environnement socioculturel et physique, etc.).

Mesure phare II-2-3

Favoriser la pratique d'APS et de loisir adaptée à des publics présentant des «besoins particuliers» (personnes avançant en âge, en particulier[11] les séniors à partir de 60 ans ; personnes en situation de handicap ; atteintes de maladies chroniques non transmissibles) :

- Sensibiliser les responsables et professionnels des établissements et services médico-sociaux aux bienfaits de l'activité physique, sportive et de loisir adaptée et régulière pour leurs usagers ;
- Inciter à la mise en place d'APS encadrées et adaptées en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) en lien avec les équipes soignantes et les autres professionnels concernés (projet d'établissement);
- Promouvoir la pratique d'APS pour les personnes en situation de handicap;
- Mettre en place un dispositif « sport santé » permettant un accompagnement adapté et une orientation des publics sédentaires prioritaires vers une pratique d'activité physique régulière et de proximité en lien avec les acteurs concernés ;
- Valoriser les actions promouvant les APS et de loisir adaptées pour les personnes atteintes de pathologies chroniques (notamment dans le cadre des programmes d'ETP, dans la prévention et le suivi de certains cancers, etc.);
- Favoriser la pratique d'APS adaptées des personnes âgées fragiles à risque de perte d'autonomie, en institution et à domicile afin d'améliorer leur santé et leur qualité de vie (notamment préservation de l'autonomie, prévention des chutes, amélioration de l'état de santé, etc.);
- Informer sur les acteurs de l'APS adaptée (statuts, missions, compétences…) et inciter aux partenariats avec les structures sanitaires, sociales et médicosociales;

11. Tels que définis dans l'instruction DS/DGS/DGCS du 24 décembre 2012

CHAMP D'ACTIONS III

Promouvoir le repérage et le dépistage des maladies liées à la nutrition, et favoriser l'accès à une prise en charge précoce et adaptée

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les maladies liées à la nutrition (obésité, IRC, HTA[12] , diabète, maladies cardio-vasculaires, dénutrition et certains cancers) sont responsables, directement ou non, d'un grand nombre de décès et de handicap.
Un des enjeux de la politique de santé publique est de réduire la mortalité prématurée et évitable, et d'améliorer la qualité de vie de l'individu. Pour cela, une des actions majeures consiste **à identifier au plus tôt ces maladies (ou leurs facteurs de risque) afin de proposer un accompagnement et/ou une prise en charge adaptés.**

Quelques définitions :

» **Le repérage** consiste à observer et à identifier des facteurs de risque (antécédents médicaux, mode de vie…) pouvant favoriser l'apparition des maladies liées à la nutrition. Il peut être mis en œuvre par tout acteur (professionnels de l'éducation, du social, parents, associations, etc.).

» **Le dépistage** est une action de prévention secondaire (ou prévention médicalisée), visant à rechercher, par des examens ou des tests adaptés, les individus atteints d'une maladie (ou porteurs d'un facteur de risque), alors qu'ils ne présentent apparemment aucun signe de maladie (asymptomatique). Les individus « dépistés positifs » devront procéder à des examens complémentaires afin d'établir un diagnostic. En cas de confirmation de celui-ci, ces personnes pourront bénéficier d'une prise en charge adaptée (surveillance, traitement médicamenteux, éducation thérapeutique du patient…). Contrairement au repérage, le dépistage, et ses suites, requiert des compétences spécifiques détenues par des professionnels formés.

On distingue généralement 2 types de dépistages :

1. Le dépistage **individuel** réalisé dans le cadre de la consultation médicale,
2. Le dépistage **organisé**, réalisé en population générale ou pour une population ciblée (exemple : dépistage du colorectum pour les femmes et hommes de 50 à 74 ans).

Le **dépistage des maladies liées à la nutrition** est essentiellement individuel et réalisé par les médecins (traitants) ou dans les dispositifs spécifiques (services de la Protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire/universitaire/travail, etc.). C'est l'exemple du dépistage du surpoids et de l'obésité infantile à l'école pour les élèves de 4 à 6 ans ou encore des bilans de santé pour les enfants de 0-6ans assurés par les médecins ou la PMI. Bien que totalement pris en charge par l'Assurance maladie, on constate que ces bilans ne sont pas réalisés régulièrement, que les courbes d'IMC[13] sont rarement construites pour les enfants en surpoids ou obèses, et que l'orientation vers un bilan diagnostic et/ou une prise en charge adaptée est rarement proposée (probablement faute d'offre identifiée et/ou de temps). Or, l'obésité chez l'enfant pouvant induire de nombreuses complications (diabète, répercussions psychosociales) et étant fortement prédictive de l'obésité à l'âge adulte, ces mesures de surveillance et de suivi sont primordiales pour tenter de ralentir l'évolution des maladies liées à la nutrition en Martinique.

12. HTA : hypertension artérielle ; IRC : Insuffisance rénale Chronique
13. IMC1 : Indice de Masse Corporelle

Parallèlement à ces bilans, il existe des **actions ponctuelles de « dépistage » organisées par diverses associations** (associations de diabétiques, sportives), souvent à l'occasion d'évènements grand public (journée diabète, Tour des Yoles, conférence-débat…). Plus qu'un véritable dépistage, il s'agit plutôt d'un repérage des facteurs de risque via essentiellement des mesures et tests (IMC, HTA, glycémie) dont les conditions de réalisation ne répondent pas toujours aux critères validés (mesure de la glycémie capillaire « test dextro» dans des conditions ne garantissant pas la fiabilité du résultat). On peut par ailleurs regretter que **peu de ces actions prévoient un ciblage vers les populations les plus à risque et un suivi des individus dépistés** (orientation vers le médecin traitant notamment pour un bilan complémentaire de diagnostic). Enfin, **ces actions ponctuelles souffrent d'une insuffisance de coordination régionale et de l'absence d'une réelle évaluation démontrant leur efficacité.**

Parmi les maladies liées à la nutrition, **la dénutrition**, est souvent oubliée. Or, elle existe, que ce soit chez la personne âgée (en institution comme à domicile) comme chez les malades chroniques, et peut être à l'origine d'une augmentation de la morbidité, de la mortalité et d'une dégradation de la qualité de vie (perte d'autonomie). Il est donc important de renforcer l'information sur **la dénutrition auprès des professionnels et du grand public, de développer la connaissance et l'évaluation des situations à risque et de soutenir des actions de prévention et d'accompagnement vers une prise en charge adaptée.**

Le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition nécessitent, sur la base des recommandations de pratiques disponibles (recommandations HAS, agences sanitaires et sociétés savantes), une organisation allant des actions de prévention et de repérage, à celles du dépistage et de la surveillance et jusqu' à la prise en charge globale incluant différents professionnels (dont médecin traitant), le patient et son entourage.
Il apparaît donc urgent de construire et de proposer, dans une logique de parcours de santé, et avec l'ensemble des acteurs (de la prévention au médicosocial, de l'exercice en ville à l'hôpital, du médecin traitant au spécialiste), **des réponses graduées, coordonnées et de proximité.** Celles-ci permettront de renforcer le suivi, l'accompagnement ainsi que l'orientation vers une prise en charge dans des filières adaptées pour les personnes dépistées (notamment pour les enfants obèses). Elle doit pouvoir s'appuyer notamment sur les réseaux de santé et le développement de l'éducation thérapeutique.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'enjeu est de mieux repérer et de dépister au plus tôt les signes d'alerte, les facteurs de risque et/ou la maladie afin d'en limiter les conséquences sur la santé et sur la qualité de vie des personnes.

Il s'agira ici de mettre en place une stratégie **cohérente, efficace et partagée pour les dépistages des maladies liées à la nutrition:**

- Structurer et améliorer les interventions de repérage et de dépistage précoces ;
- **Améliorer l'orientation et l'accès à la prise en charge des patients porteurs de ces maladies** notamment en favorisant l'émergence de réponses coordonnées et en rendant visible la filière de prise en charge.

Afin de souligner l'importance donnée à ces problématiques, le repérage/dépistage de l'obésité infantile et de la dénutrition a fait l'objet de mesures spécifiques de l'axe stratégique (1).

Les actions qui seront déclinées sur le terrain devront veiller à :

- ne pas culpabiliser ni stigmatiser les personnes (et entourage) du fait de leur état et/ou leurs comportements nutritionnels,
- rechercher l'implication et l'adhésion des bénéficiaires,
- privilégier des approches favorisant la bonne compréhension des messages et de l'information donnée,
- garantir une harmonisation des pratiques, des messages (conformes aux données sanitaires en vigueur), et une coordination des actions sur l'ensemble du territoire,
- proposer des actions de préventions complémentaires de l'existant et hors prise en charge sanitaire.

A noter que **ce programme Nutrition Santé est un programme de prévention, il ne propose pas de mesures relatives à la prise en charge sanitaire des patients.**
La réflexion sur les réponses à apporter en aval (filières de soins) devra donc se poursuivre dans le cadre de la programmation de l'offre de soins, en intégrant la notion de parcours.

Enfin, dans le cadre de la réduction des inégalités de santé, les actions proposées devront permettre aux populations les plus éloignées du système de santé de recourir régulièrement aux dépistages précoces, d'accéder aux soins et de bénéficier d'un suivi adapté et de proximité.

AXE STRATEGIQUE III-1

STRUCTURER ET PROMOUVOIR LE REPÉRAGE ET LE DÉPISTAGE DES MALADIES LIÉES À LA NUTRITION

Mesure phare III-1-1

Définir une stratégie régionale des dépistages des maladies liées à la nutrition, et organiser les modalités de mise en œuvre de l'offre de repérage/dépistage en nutrition (hors programmes de dépistages organisés) en population générale :

- Mettre en place un groupe de travail chargé de définir une stratégie régionale des dépistages, (critères et modalités de mise en œuvre : maladies prioritaires, populations cibles, territoires prioritaires, intervenants et compétences/diplômes requis, protocoles et tests, planification/fréquence des actions « grand public », évaluation et suivi, recommandations, etc.) en tenant compte des recommandations en vigueur, des besoins des populations et des ressources des territoires de proximité;
- Identifier les actions, les outils, données et bases de données disponibles, les acteurs (dont dispositifs et structures) participant au repérage, au dépistage et à la prise en charge des maladies liées à la nutrition et diffuser largement ces informations (annuaire, cartographie mise en ligne sur le site ARS, etc.).

Mesure phare III-1-2

Promouvoir le repérage et les dépistages précoces auprès des professionnels et intervenants concernés :

- Sensibiliser et informer les différents acteurs sur la stratégie régionale retenue en matière de repérage/dépistage et de suivi, et sur leurs rôles et missions ;
- Informer et former les intervenants (non professionnels) au repérage en nutrition (signes d'alerte, facteurs de risques), et aux mesures d'accompagnement et d'orientation vers une prise en charge adaptée;

- Créer des supports locaux (et/ou adapter les outils nationaux) à destination des professionnels et intervenants sur le repérage/dépistage et leurs modalités de mise en œuvre (guide d'harmonisation des pratiques de dépistages, etc.) en tenant compte des recommandations validées et de leurs besoins;
- Assurer la bonne diffusion de l'ensemble des informations et des outils validés existants (dont locaux) ;
- Soutenir l'organisation de rencontres thématiques entre divers professionnels et intervenants concernés (dont aidants, associations) permettant d'échanger sur les données, les outils et approches efficaces et d'améliorer les connaissances et les pratiques ;
- En lien avec l'existant, soutenir les actions innovantes favorisant le repérage précoce, le recours aux dépistages, l'orientation et la prise en charge adaptée (parcours de santé coordonné) pour les populations ciblées et identifiées comme prioritaires.

Mesure phare III-1-3

Promouvoir, auprès de la population, les repérages et dépistages des maladies liées à la nutrition, dans le cadre de la stratégie régionale :

- Informer de manière adaptée la population générale, sur la stratégie régionale en matière de repérages et dépistages des maladies liées à la nutrition (organisation, recours, acteurs, intérêt pour la santé, etc.);
- Assurer la bonne diffusion des messages et recommandations validés, ainsi que des supports et outils (cartographie des acteurs du dépistage et prise en charge, documents validés…), notamment lors d'événements autour de la nutrition et la santé ;
- Soutenir les actions de repérage et de promotion du dépistage auprès des publics les plus exposés aux risques des maladies nutritionnelles (personnes n'ayant pas ou peu recours aux dispositifs de repérage/dépistage et de prise en charge, personnes ne se faisant pas ou peu dépister, des territoires « prioritaires» (politique de la ville, ZEP), etc.) ;
- Inciter la population, et les publics ciblés, à être acteur de leur santé (valorisation de leur rôle dans le repérage, le recours aux dépistages, le suivi, utilisation du carnet de santé de l'enfant pour les parents, etc.).

Mesure phare III-1-4

Structurer et promouvoir le repérage et le dépistage précoce de l'obésité infantile en s'appuyant sur les recommandations en vigueur et les ressources locales :

- Sensibiliser et informer de manière adaptée, les acteurs concernés (professionnels, intervenants, famille/parents, élus, etc.) sur la santé de l'enfant, les problématiques de surpoids et l'obésité infantile à la Martinique (données validées, facteurs de risque, signes d'alerte, conséquences, etc.), sur le repérage/dépistage, ainsi que sur les mesures d'accompagnement et de suivi) ;
- Organiser en milieu scolaire, avec les acteurs concernés, le dépistage systématique, le suivi et la surveillance régulière du surpoids et de l'obésité des enfants, le recueil et l'analyse des mesures anthropométriques (taille, poids, IMC), l'orientation et la prise en charge des enfants en situation de surpoids et d'obésité (notamment pour les enfants à l'entrée du cours préparatoire, CP[14]);

14. Hors étude nationale

- Renforcer les partenariats et les échanges entre professionnels et intervenants de la périnatalité et l'enfance (notamment PMI, services de la santé scolaire, maternité, structures de prise en charge et de coordination, pédiatres, crèches, parents, collectivités locales, associations, etc.) autour du repérage/dépistage précoces, de la surveillance des indicateurs identifiés, ainsi que de l'accompagnement (modalités, rôles, outils, structures et dispositifs existants, etc.);
- Sensibiliser et valoriser le rôle des professionnels concernés (périnatalité et petite enfance) dans le repérage et le dépistage du surpoids et de l'obésité, la surveillance et le suivi (outils et indicateurs de suivi et de surveillance existants : bilans de santé, utilisation carnet de santé, construction des courbes d'IMC, etc.), ainsi qu'aux recommandations et conseils sur la prise en charge de l'enfant et de la famille;
- Promouvoir auprès des professionnels concernés les outils de suivi et de surveillance existants (notamment les certificats du 9ième et 24ième mois en lien avec la PMI, le carnet de santé de l'enfant, les courbes d'IMC) ainsi que leur utilisation régulière (inscription, suivi et analyse des données : taille, poids, IMC, courbes, signes d'alerte comme le rebond adipocytaire/d'adiposité précoce, etc.).

Mesure phare III-1-5

Renforcer et promouvoir le dépistage de la dénutrition et le repérage des situations à risque de dénutrition :

- Recenser et faire connaître les actions et procédures mises en place pour prévenir, repérer et dépister la dénutrition dans les établissements sanitaires et médicosociaux;
- Soutenir les initiatives permettant de repérer, prévenir et orienter vers une prise en charge adaptée les personnes à risque de dénutrition à domicile;
- Renforcer la connaissance, et l'utilisation d'outils adaptés, sur l'évaluation du risque de dénutrition (ex : Mini Nutritional Assessment, MNA) pour les personnes âgées, mesures anthropométriques, etc.) auprès des professionnels et acteurs concernés;
- Mener, avec les acteurs concernés, une réflexion sur l'organisation du recueil et de l'analyse des données sur la dénutrition et les situations à risque de dénutrition chez la personne à domicile (définition du type de données et d'indicateurs et de leur recueil, identification des acteurs en capacité de faire les remontées des données, les analyser et assurer le suivi, etc.) ;
- Sensibiliser les intervenants concernés (aidants professionnels et familiaux, mairies/CCAS, travailleurs sociaux, infirmières, services à domicile, etc.) sur les risques de dénutrition à domicile, le repérage et l'accompagnement des personnes souffrant de dénutrition (dont recommandations);
- Favoriser la coordination et soutenir les rencontres et les échanges (informations, pratiques, etc.), notamment autour du repérage de la dénutrition, la prévention et actions d'accompagnement, entre divers intervenants (professionnels de la santé, du social, du sport, élus, administratifs, acteurs des services à domicile, aidants, associations, etc.).

AXE STRATEGIQUE III-2

CONTRIBUER À AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES MALADIES LIÉES À LA NUTRITION ET À FAVORISER LES RÉPONSES COORDONNÉES

Mesure phare III-2-1

Rendre visible la filière de prise en charge pour toutes les maladies liées à la nutrition :

Pour chaque maladie identifiée, recenser, organiser et diffuser de manière adaptée les informations relatives à : l'offre régionale de prise en charge (filière de soin pour enfants et adultes), et d'accompagnement (dont offres en ETP[15] , en activités physiques adaptées, en diététique, et autres thérapeutiques non médicamenteuses validées[16].

Mesure phare III-2-2

Mobiliser les médecins (médecins traitants, pédiatres, etc.), les acteurs (professionnels, intervenants, élus, institutions, PMI, etc.), les usagers et favoriser le travail en réseau :

- Identifier les différents intervenants locaux du champ (médecins traitants, pédiatres, sages-femmes, psychologues, infirmiers, diététiciens, éducateurs sportifs, assistants sociaux, associations d'usagers, etc.) et les faire connaître et se connaître;
- Identifier avec l'ensemble des acteurs, les insuffisances de la filière de prise en charge en Martinique et proposer des réponses globales, coordonnées et adaptées (groupe de travail transversal et pluridisciplinaire);
- Valoriser le rôle des médecins traitants et des intervenants concernés dans la prise en charge globale et le parcours des malades (orientation, accès à la prise en charge, accompagnement et suivi des personnes dépistées);
- Accompagner les acteurs locaux concernés (professionnels de la santé, social, éducation, sport, chercheurs, aidants, élus, citoyens…) par la diffusion d'informations actualisées (dont recommandations de bonnes pratiques) et d'outils validés, par l'organisation de temps de rencontres et d'échanges autour de la problématique des maladies liées à la nutrition;
- Sensibiliser les médecins (dont médecins traitants, pédiatres…) à la prescription de l'activité physique;
- Inciter les personnes malades et leur entourage à s'impliquer dans la prise en charge de leurs maladies et à être acteurs de leur santé (programme ETP, etc.).

15. ETP : Education Thérapeutique du Patient
16. Rapport HAS 2011

CHAMP D'ACTIONS IV

Renforcer l'information, l'éducation nutritionnelle et la communication

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

En Martinique, de nombreuses actions de prévention dans le champ de la nutrition et de la prévention des maladies liées à la nutrition sont proposées à la population par différents acteurs de compétences diverses (associations, professionnels de santé, industriels, média…).

On constate que ces actions, essentiellement d'information et de sensibilisation, sont inégalement menées sur les territoires. Peu d'entre elles se réfèrent aux recommandations et messages nutritionnels validés (repères PNNS, etc.), utilisent des supports adaptés au contexte local et aux différents publics et s'accompagnent d'une évaluation montrant leur efficacité.

Ce foisonnement d'informations multiples et variées (et parfois contradictoires) ajouté aux facteurs d'ordre individuel, socio-culturel, linguistique ou économique, conduisent souvent à des incompréhensions et à de fausses croyances, rendant difficile l'appropriation et l'utilisation des messages transmis. Cette difficulté se retrouve plus fortement chez les populations les plus vulnérables et précaires, et les actions menées contribuent alors à renforcer les inégalités de santé.
Par exemple, le repère PNNS concernant la consommation des légumes « au moins 5 fruits et légumes par jour » est encore mal compris par beaucoup de martiniquais pour qui le terme « légumes » fait référence aux « légumes pays » (c'est-à-dire à des féculents) et non aux légumes verts. De plus, comme dans le reste de l'Hexagone, la mise en application de ce repère reste difficile car sa formulation laisse place à de nombreuses interprétations : « manger 5 fruits et 5 légumes ? »

Cet exemple illustre l'importance d'adapter les messages de santé au contexte et d'accompagner leur mise en œuvre en tenant compte des spécificités locales et des populations visées. Pour cela la conception de supports d'intervention locaux « fiables » et accessibles est indispensable.

Toutefois, si l'information des populations constitue un préalable, elle n'est pas suffisante pour faire évoluer leurs habitudes et comportements. **Le passage de la connaissance à la mise en pratique demeure l'enjeu majeur des actions de prévention et repose en grande partie sur le développement de l'éducation** pour la santé (éducation nutritionnelle) et sur le soutien des compétences individuelles et collectives. L'éducation nutritionnelle développée devra également privilégier l'implication du public, s'inscrire dans son environnement et répondre aux exigences des milieux d'intervention (articulation des contenus avec les programmes et temps scolaires, etc.) et aux besoins des bénéficiaires.
Face aux campagnes de communication et marketing (et aux budgets dédiés) menées par différents acteurs (industriels, média, etc.), les actions de communication portées par les services en charge de la santé disposent de moins de moyens, sont moins fréquentes, moins visibles et souvent moins attrayantes pour le public.

Ainsi, bien plus que de relayer les campagnes de prévention existantes, **il s'agit d'investir le champ de la communication en santé** en utilisant les leviers de la communication tout en s'inscrivant dans le cadre et les principes de la promotion de la santé. Ainsi, la stratégie de communication retenue devra se fonder à la fois sur une méthodologie éprouvée (expertise Inpes[17]), sur l'utilisation des nouvelles approches (marketing social, nouvelles technologies de l'information et de la communication, mais également **sur un socle de connaissances validé.**

17. Inpes : Institut national de Prévention et d'Education pour la santé/Santé publique France depuis 2016

Néanmoins, comme l'information, le rôle de la communication reste limité sur le changement de comportements des individus. Elle ne peut donc se substituer aux actions de prévention, d'éducation nutritionnelle, et de proximité. Elle reste alors une modalité complémentaire en prévention, pensée pour faire d'une part évoluer les représentations de la société (« bruit de fond ») et les comportements, et d'autre part faciliter et renforcer les actions de terrain.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'objectif poursuivi ici est de favoriser en région le développement, la diffusion et l'appropriation d'un socle de connaissances en nutrition suffisant, adapté et fiable permettant aux différents publics (population générale, personnes vulnérables, professionnels, décideurs, etc.) de faire des choix favorables à la santé.

Cela passera par **le renforcement d'une information fiable en nutrition et d'une éducation nutritionnelle adaptée et accessible comme leviers de changement des comportements (1) et par la mise en place d'une stratégie régionale de communication efficace (2).**

Les messages véhiculés et les actions mises en place devront répondre aux objectifs et principes fixés dans le PNNS en tenant compte des spécificités locales (économiques, socioculturelles, organisationnelles).

Les points suivants devront également guider l'action:

- Promouvoir une alimentation équilibrée, variée et une pratique régulière et suffisante d'une activité physique, selon une approche positive et globale (inclure les dimensions de plaisir, goût, convivialité, culture, sécurité sanitaire, mode de production, etc.),
- Garantir que les informations nutritionnelles diffusées soient fiables (basées sur des données reconnues scientifiquement par les instances sanitaires),
- Soutenir et renforcer les compétences psychosociales et l'implication des publics,
- Considérer la période de la périnatalité et de la petite enfance comme une période clé du Programme Régional Nutrition Santé Martinique et des actions de prévention,
- Prendre en compte les diverses situations de vulnérabilités (sociale, physique, économique, etc.) et proposer des approches spécifiques pour les populations identifiées,
- Ne pas porter de jugement de valeur, ne stigmatiser ni les personnes du fait de leur état nutritionnel et/ou de leurs comportements et habitudes alimentaires ni un type d'aliment ou pratique alimentaire,
- Contribuer à réduire les inégalités face à la nutrition.

L'information et l'éducation nutritionnelle, ainsi que la communication, étant des leviers transversaux à ce programme, certaines mesures et pistes d'actions ont été également identifiées dans les autres axes stratégiques du PRNS (offre alimentaire, promotion de l'activité physique et sportive, dépistages de maladies liées à la nutrition, travail en réseau des acteurs et observation). Elles ne sont pas reprises dans ce chapitre.

AXE STRATEGIQUE IV-1

RENFORCER L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE

Mesure phare IV-1-1

Enrichir et partager un socle commun de connaissances fiables et adaptées en matière de nutrition santé :

- Compléter les connaissances en nutrition santé disponibles (validées par les agences sanitaires et sociétés savantes) avec les données locales en prenant en compte les spécificités, priorités et besoins locaux (produits, habitudes, comportements, composition nutritionnelle des produits locaux, etc.);
- Permettre le développement, la (re)connaissance, et la diffusion, d'un socle commun de connaissances, de compétences et de ressources (outils, supports) en nutrition santé en région pour les intervenants et les différents publics ;
- Informer les différents acteurs concernés (professionnels, intervenants, population, élus, etc.) sur la période de la périnatalité et de la petite enfance et sur son importance dans la prévention des maladies liées à la nutrition (notamment sur l'allaitement maternel, le sevrage, la diversification alimentaire, l'activité physique, etc.) ;
- Promouvoir, auprès des intervenants, les outils et supports (intervention, communication, évaluation, compétences requises) notamment ceux créés et validés localement;
- Diffuser de manière adaptée ces connaissances auprès de la population et des publics prioritaires.

Mesure phare IV-1-2

Favoriser le développement et l'accès aux ressources (dont locales) en nutrition santé : outils, données et ressources documentaires, conseils, compétences, etc :

- Recenser les ressources existantes (actions, outils, intervenants, formation, etc.) et identifier les besoins des acteurs;
- Rendre visible l'information et les ressources existantes (supports nationaux et locaux) en s'appuyant sur les nouveaux supports de communication (internet, réseaux sociaux, etc.) ;
- Elaborer des outils et autres supports de prévention (information, éducation nutritionnelle, etc.) adaptés au contexte local et aux populations ciblées;
- Favoriser l'harmonisation des informations et des bonnes pratiques entre les différents acteurs concernés (temps de rencontres et d'échanges, formation, élaboration de procédure, etc.) ;
- Soutenir et promouvoir l'évaluation dans le champ de la nutrition santé (outils existants, rencontres/échanges de pratiques, etc.).

Mesure phare IV-1-3

Renforcer l'éducation nutritionnelle pour les publics prioritaires (enfants et jeunes, parents, personnes vulnérables dont précaires, etc.) et dans les différents milieux de vie :

- Développer des actions d'éducation nutritionnelle privilégiant une approche globale et positive de la nutrition, et prenant en compte les spécificités locales, l'environnement, et l'implication de l'individu (éducation nutritionnelle incluant l'éducation au goût, à la consommation, etc.);
- Favoriser en région la cohérence et la complémentarité entre les politiques, dispositifs et actions des différents partenaires institutionnels (DAAF, ARS, Education nationale, Collectivités territoriale et locales, DJSCS, etc.) notamment en milieu scolaire (actions éducatives, outils, intervenants, etc.);

- Favoriser le développement et la mise en œuvre des compétences (psychosociales, parentales) des bénéficiaires des actions, des intervenants et autres acteurs concernés;
- Renforcer et améliorer les actions pédagogiques en nutrition menées en milieu scolaire et universitaire, en lien avec les acteurs concernés;
- Soutenir les programmes d'éducation nutritionnelle pour les enfants en surcharge pondérale en milieu scolaire, en privilégiant les actions prometteuses (type ICAPS, etc.) ;
- Développer les actions de prévention et d'éducation nutritionnelle auprès des parents, aidants, bénéficiaires de l'aide alimentaire en tenant compte de leurs besoins et attentes et en favorisant la complémentarité avec les dispositifs existants et l'implication des bénéficiaires;
- Développer et soutenir les interventions précoces en nutrition à destination des femmes enceintes et du jeune enfant (0-6ans) ;
- Soutenir les initiatives en prévention nutritionnelle (dont sensibilisation des responsables), les actions d'éducation nutritionnelle menées en milieu professionel (administrations notamment);
- Sensibiliser les acteurs et décideurs concernés aux actions favorisant l'accès aux points d'eau dans les enceintes scolaires et dans les lieux publics et la diminution de la consommation de boissons sucrées ;
- Accompagner la transmission, l'appropriation et la mise en application des savoirs en nutrition (recommandations nutritionnelles, repères de consommation, produits locaux, ateliers culinaires, etc.) auprès des publics les plus vulnérables (vulnérabilités socio-économique, éducative, physique, etc.) via des approches adaptées et de proximité;
- Favoriser les produits, savoirs et savoir-faire locaux dans les actions éducatives et sur l'environnement (offre alimentaire);
- Valoriser les initiatives privilégiant l'implication des bénéficiaires dans les projets menés (dont évaluation);
- Accompagner les opérateurs dans la mise en place de ces actions (outils, formations, échanges, etc.) en s'appuyant sur les structures et dispositifs d'éducation pour la santé ainsi que sur des réseaux de professionnels experts (spécialistes, professionnels de santé, du sport santé, etc.).

AXE STRATEGIQUE IV-2

DÉVELOPPER UNE COMMUNICATION ACCESSIBLE À TOUS, EFFICACE ET ADAPTEE AUX SPÉCIFICITÉS LOCALES

Mesure IV-2-1

Promouvoir le Programme Régional Nutrition Santé Martinique (PRNS) comme cadre de référence local pour les actions de prévention en nutrition :

- Diffuser le Programme Régional Nutrition Santé Martinique (PRNS auprès des différents publics : grand public, professionnels (santé, social, éducation, etc.) et autres acteurs (associations, etc.);
- Sensibiliser les responsables et décideurs locaux (élus et administratifs des collectivités territoriales et locales, services de l'Etat, de l'assurance maladies, etc.) aux mesures du PRNS et les inciter à valoriser leurs engagements (signature de chartes PNNS, etc.) ;

- Sensibiliser les médias aux mesures du PRNS (en s'appuyant sur l'action de sensibilisation des producteurs de programme TV;
- Développer des outils de communication adaptés (notamment en utilisant les NTIC, internet, réseaux sociaux, etc.) dédiés à la promotion et à la visibilité du Programme Régional Nutrition Santé Martinique et à ses actions;
- Valoriser et diffuser de manière adaptée les données sur la nutrition (notamment études réalisées localement) à l'ensemble de la population, des professionnels et acteurs locaux.

Mesure IV-2-2

Développer une stratégie de communication adaptée au contexte local en mettant l'accent sur certains repères et recommandations du PNNS ainsi que sur les thématiques identifiées comme prioritaires pour la région :

- Elaborer et mener des campagnes régionales de communication spécifiquement ciblées sur les repères/recommandations PNNS, ainsi que sur les thématiques identifiées comme prioritaires en région : consommation de fruits et légumes verts, de sucre et sel, de boissons (eau, boissons sucrées et/ou alcoolisées), pratique de l'activité physique, portions, etc.;
- Sensibiliser la population aux grandes problématiques et enjeux de santé publique (obésité et autres maladies liées à la nutrition, etc.);
- Faire évoluer les représentations, croyances et normes sociales liées à la nutrition (image du corps, représentations du poids, etc.) ;
- Soutenir l'évaluation des actions de communication et campagnes médiatiques développées localement.

Mesure IV-2-3

Développer des actions de communication adaptées et ciblées autour de la Nutrition santé pour les publics prioritaires (enfants et jeunes, femmes, personnes en situation de vulnérabilité (malades, PA/PH[18] en institution/à domicile, socioéconomique, en situation d'illettrisme), etc.) :

- Créer des outils et supports de qualité adaptés sur la « nutrition santé » en identifiant les besoins et les ressources de ces publics, en s'appuyant sur des données qualitatives issues des sciences humaines et sociales et sur les spécificités locales (outils en créole, en langage des signes, imagés, etc.) et en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ;
- Soutenir les projets innovants et partenariaux (ex. projet CAF « Good Food Style» pour les adolescents);
- Favoriser le relais des campagnes nationales et régionales au plus près des publics et des réalités locales (actions de proximité), et en privilégiant l' implication de ces publics.

18. PA/PH : Personnes âgées/Personnes en situation de handicap

CHAMP D'ACTIONS V

Développer et soutenir le travail en réseau des acteurs locaux

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

L'action sur le déterminant nutrition (alimentation et activité physique) nécessite de mobiliser divers acteurs dont les missions et les compétences sont nombreuses et hors champ de compétences de l'ARS.

Ces acteurs détiennent des leviers complémentaires à l'action de l'ARS, ce qui fait d'eux des acteurs clés en matière de promotion de la santé, et de lutte contre les inégalités de santé.

Or les organisations en place, les cultures et pratiques professionnelles existantes induisent encore un certain cloisonnement entre les différents acteurs (des politiques publiques, professionnels du soin, du social, de l'éducation, du sport, acteurs économiques, associations, etc.). Chacun poursuit sa mission et ses actions souvent pour les mêmes populations et dans les mêmes territoires mais sans véritable cohérence et coordination.

Cet état de fait limite l'efficacité attendue des actions de prévention et ne favorise pas la prise en charge globale et adaptée de la santé des populations visées.

Afin d'atteindre les objectifs de santé fixés, un des enjeux majeurs est la coordination des acteurs autour d'un cadre général coordonné, cohérent et partagé pour l'action.

Le Programme Régional Nutrition Santé (PRNS), élaboré avec les acteurs, propose ce cadre de référence permettant à chacun, de mieux se connaître, de partager les enjeux et les besoins des populations, de développer une culture commune autour de la promotion de la santé et la Nutrition Santé, de partager les données, de travailler efficacement et durablement en réseau.

Seuls un pilotage partenarial et une mise en œuvre concertée des mesures du PRNS pourront garantir l'atteinte des objectifs fixés.

Il existe plusieurs instances de concertation où les acteurs peuvent déjà se rencontrer et décider ensemble de coordonner leurs actions (CCP, CRSA, CRALIM, comités d'animation territoriale de l'ARS, etc.).

Il s'agira, plus que de créer de nouveaux dispositifs de coordination, de trouver de nouvelles modalités du travail ensemble afin de construire les convergences et les complémentarités institutionnelles nécessaires, de rechercher des leviers et la cohérence du redéploiement territorial, d'animer et de coordonner le réseau de partenaires tout en veillant à la cohérence entre la politique nutritionnelle régionale et les dynamiques locales.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'enjeu ici est de mobiliser l'ensemble des partenaires concernés autour d'enjeux de santé, du PRNS (pilotage et mise en œuvre), ainsi que de favoriser des dynamiques locales autour de projets cohérents et coordonnés.

Pour cela, l'objectif sera **d'identifier les acteurs,** de constituer et d'animer un réseau d'acteurs locaux (1), et de **renforcer les partenariats existants** (2).

Les mesures identifiées dans ce champ auront pour but :

- De favoriser la (re)connaissance des différents acteurs et les conditions de la coopération et du travail en réseau,
- De proposer des ressources, d'échanger les savoirs et savoir-faire, de créer une culture commune, de partager et valoriser les pratiques et les expériences de chaque acteur (y compris l'usager),
- De développer et maintenir une dynamique et un engagement fort autour de la thématique et d'actions collectives,
- De contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
- D"inscrire les actions déployées dans une logique de parcours coordonné en santé pour tous.

AXE STRATEGIQUE V-1

IDENTIFIER LES ACTEURS ET ANIMER LES RÉSEAUX D'ACTEURS LOCAUX

Mesure V-1-1

Identifier les partenaires locaux concernés et leurs besoins :

- Identifier les acteurs locaux au niveau régional et sur les 4 territoires de proximité (identité, missions, actions, etc.) intervenant dans le champ de la nutrition santé et les rendre visibles via les outils de communication créés ;
- Sur la base des données disponibles (diagnostics des territoires, enquêtes auprès des acteurs associatifs, etc.), identifier les besoins jugés pertinents au regard des objectifs du PRNS;
- En tenant compte des besoins et attentes des bénévoles des structures d'aide alimentaire, réfléchir à la mise en place d'un dispositif de formation et/ou d'accompagnement destiné à ces acteurs (à l'instar des formations l'ex INPES) ;
- Mener une réflexion avec l'ensemble des parties prenantes sur le rôle, et les besoins d'accompagnement, de certains acteurs (agents spécialisés des écoles maternelles (Atsem), professionnels de la restauration collective, personnels des accueils de loisirs, aidants, accueil petite enfance, etc.) dans les interventions nutritionnelles: amélioration des pratiques, sensibilisation, information, formation sur la promotion de la santé, l'éducation nutritionnelle, outils, etc.

Mesure V-1-2

Promouvoir et valoriser le rôle, l'implication et l'engagement des acteurs locaux dans les actions Nutrition Santé conformes aux principes, objectifs et mesures du PNNS et du PRNS :

- Inciter les décideurs locaux (collectivités, entreprises, services de l'Etat, acteurs de l'offre alimentaire, etc.), et les autres acteurs, à s'engager dans la politique nutritionnelle existante (PNNS ; orientations du PRNS) et à formaliser leurs engagements via la signature de chartes PNNS (régions et villes actives, établissements actifs, chartes PNNS) ;
- Communiquer sur les engagements pris, sur les modalités de travail en commun, sur les projets menés (dont projet collectif, etc.);

- Informer et mettre à disposition des acteurs les ressources existantes en matière de nutrition santé : données santé, informations sur les actions, documentation et supports d'intervention/de communication dédiés (base de données interrogeables à distance OSCARS, lettres d'information, outils spécifiques PRNS, etc.), expertise/compétences, méthode, structures intervenant dans le champ de l'éducation pour la santé (IREPS, mutuelles, CGSS, etc.), financement, etc. ;
- Favoriser et soutenir des temps d'échanges et de réflexion entre les acteurs concernés permettant l'appropriation d'une culture commune et l'amélioration des pratiques (approche intersectorielle/transdisciplinaire, ateliers thématiques, conférences-débat, etc.);
- Soutenir les actions faisant appel à la collaboration et la coopération des différents acteurs autour des enjeux de nutrition santé (actions innovantes de prévention pour des publics cibles, outils pédagogiques innovants, support de communication, formation, évaluation, recherche, etc.) ;
- Favoriser les initiatives permettant l'échange et la communication entre les acteurs de la nutrition santé (lettre d'information mentionnant les réalisations du programme dans les territoires de proximité, etc.) ;
- Contribuer à la formalisation de réseaux d'acteurs (notamment du sport santé).

AXE STRATEGIQUE V-2

RENFORCER LES PARTENARIATS, DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ET LE TRAVAIL EN RÉSEAU AUTOUR DE LA THÉMATIQUE NUTRITION SANTÉ ET DU PROGRAMME RÉGIONAL NUTRITION SANTÉ MARTINIQUE (PRNS).

Mesure V-2-1

Renforcer le partenariat avec l'Education nationale (académie) afin d'assurer la cohérence et la qualité des actions en nutrition :

- Accompagner l'Education nationale dans la définition et la mise en œuvre de sa politique éducative en matière de santé (et notamment en matière de nutrition), en s'appuyant sur les instances et dispositifs existants (cellule académique, comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), conseils de la vie collégienne/lycéenne, conventi[illegible]RS/Education nationale, projets d'établissement, etc.);
- Sensibiliser et contribuer à ce que les ressources mobilisées pour les interventions en nutrition santé [illegible]sements scolaires soient de qualité, validées et conformes aux principes de la promotion et de l'éd[illegible]é, ainsi que de ceux en vigueur au sein de l'Education nationale : labellisation PNNS des outils, agr[illegible] adaptation du contenu des interventions nutritionnelles aux programmes scolaires, au socle [illegible]tences, au niveau scolaire, etc. ;
- Favoriser et soutenir la mise en place de programmes globaux et coordonnés en nutriti[illegible]nelle, de prévention, de dépistage, d'accompagnement et prise en charge sur les envi[illegible]nauté éducative, l'élève, les parents, et les autres acteurs du territoire ;
- Valoriser et soutenir les initiatives favorisant la complémentarité, la cohérence et la [illegible]menées au sein d'un même établissement scolaire, entre établissements scolaires (du premier et [illegible] les autres acteurs et dispositifs du territoire : activités péri et extra scolaires, dispositifs (ASV/CLS, projet éducati[illegible] etc.), offre alimentaire aux abords des établissements, etc.;
- Soutenir les initiatives permettant les échanges et la réflexion entre l'Education nationale et les autres intervenants et acteurs impliqués dans le champ de la promotion de la santé et de la nutrition santé (professionnels de santé, associations, élus et collectivités territoriales et locales, services de l'Etat, etc.), les parents et les élèves;
- Sensibiliser et inciter les établissements scolaires à formaliser leur engagement et à valoriser leurs actions (inscription de la thématique nutrition dans le projet d'établissement/école ; signature de chartes d'engagement PNNS, approche type Ecole en santé, etc.);

- Renforcer les actions autour de la santé et de la nutrition dans les écoles primaires (maternelle et élémentaire) en s'appuyant en priorité sur l'équipe pédagogique (enseignants) et en impliquant les enfants et les parents;
- Promouvoir les démarches d'évaluation des actions en nutrition menées en milieu scolaire.

Mesure V-2-2

Développer le travail interministériel (DAAF, DJSCS, DIECTTE, DRAC, DREAL, ARS, etc.) et renforcer le partenariat avec les autres services publics (collectivités territoriales et locales, institutions de la sécurité sociale, etc.) autour de la politique nutritionnelle et du PRNS :

- Favoriser les échanges, la collaboration et l'implication des décideurs publics autour des mesures du PRNS (pilotage, mise en œuvre, évaluation, etc.), en s'appuyant sur les différentes instances ou dispositifs existants (CRALIM, Commission de coordination des politiques publiques, comité de pilotage PRNS, groupes de travail, plateformes de données, etc.) ;
- Promouvoir auprès des acteurs concernés (collectivités territoriales et locales, services de l'Etat, etc.) la prise en compte de la thématique « nutrition santé » dans leurs orientations stratégiques et favoriser l'articulation avec les différents dispositifs existants (contrat de ville, projet éducatif local, accompagnement éducatif, ASV, etc.) et les activités proposées sur un territoire ou à destination d'un public;
- Favoriser la complémentarité, la cohérence et la qualité des actions, des messages et des supports d'intervention locaux sur la Nutrition notamment ceux à destination des populations vulnérables et ciblées (précaires, petite enfance, scolaires/universitaires, etc.) ;
- Développer et valoriser les initiatives communes (projets co-construits structurants, conventions de partenariat, charte régionale PNNS, cofinancements, etc.);
- Identifier les actions et dispositifs existants contribuant au PRNS et les faire connaître (base OSCARS, etc.).

Mesure V-2-3

Favoriser le dialogue et le partenariat avec les autres acteurs identifiés (collectivités territoriales, associations, réseaux de santé, université, acteurs économiques, professionnels, etc.) :

- Sensibiliser et informer ces acteurs sur les enjeux nutritionnels en région, sur le déterminant nutrition (alimentation et activité physique) comme facteur de santé et de qualité de vie, ainsi que sur le PRNS et sur les outils existants (dont locaux);
- Favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs concernés dans la mise en œuvre du PRNS, notamment en mettant à disposition des ressources (données, outils, etc.) en nutrition santé;
- Organiser et favoriser des temps d'échanges et de réflexion autour de la thématique « nutrition santé » (information, outils, expériences, pratiques) et des actions communes (formation, recherche, etc.).

CHAMP D'ACTIONS VI

RENFORCER ET DÉVELOPPER L'OBSERVATION ET LA CONNAISSANCE NUTRITIONNELLE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La connaissance, la surveillance et l'évaluation sont des éléments fondamentaux pour orienter les stratégies d'intervention en santé publique, repérer et suivre les situations à risque, renforcer et améliorer les actions mises en place, et démontrer leur pertinence et leur impact sur la santé de la population.

En Martinique, la prévalence de la surcharge pondérale, et de ses conséquences, constitue un véritable défi de santé publique, or il n'existe que très peu de données locales fiables, exploitables et régulièrement actualisées[19] permettant d'apprécier et de suivre dans le temps le statut nutritionnel, les comportements alimentaires et d'activité physique, ou encore les représentations culturelles de la population martiniquaise.

On peut également regretter l'absence de prise en compte des régions Outre-mer dans les enquêtes nationales réalisées sur la thématique nutritionnelle.

Plus touchées par les problématiques liées à la nutrition et par les inégalités sociales de santé, ces régions se trouvent privées d'informations régulières que ce soit sur l'évolution des situations nutritionnelles de leurs populations, ou sur les nouvelles questions émergentes qui se posent dans ce champ (notamment dans les domaines de la recherche, des sciences humaines et sociales, etc.).

Les besoins étant grands et les moyens (financier, humain…) limités, **il s'agira de réfléchir à une meilleure organisation des systèmes de recueil de données, et à leur exploitation, de prioriser les champs d'étude à explorer, et à privilégier les partenariats afin d'obtenir les données utiles pour la région.**

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'enjeu ici est de disposer de données utiles, disponibles et actualisées, permettant à la fois de décrire les situations observées localement, et d'orienter les politiques publiques et actions menées.

Il s'agira donc de renforcer la connaissance et la surveillance de l'état nutritionnel, des habitudes et comportements nutritionnels de la population martiniquaise en tenant compte des données et des systèmes d'information existants (recueil, analyse), tout en les enrichissant avec les apports d'autres disciplines notamment les sciences humaines et sociales.

19. Enquêtes répétées dans le temps

AXE STRATEGIQUE VI-1

AMELIORER LA CONNAISSANCE DE L'ETAT NUTRITIONNEL ET DES COMPORTEMENTS NUTRITIONNELS (ALIMENTAIRES ET D'ACTIVITE PHYSIQUE) DE LA POPULATION

Mesure phare VI-1-1

Améliorer le recueil et l'exploitation des données existantes et à produire :

- Faire un état des lieux de l'existant (données, systèmes de recueil, producteurs de données, etc.), un recensement des besoins et définir les orientations prioritaires à développer (thématiques, calendrier, modalités de financement) avec l'ensemble des partenaires (producteurs de données, professionnels, etc.);
- Favoriser la coordination, les partenariats et le travail interministériel et interdisciplinaire autour de projets communs avec les producteurs de données locaux et nationaux (Santé Publique France, SPF);
- Permettre la prise en compte de la Martinique dans les enquêtes nationales sur la Nutrition Santé (extension);
- Promouvoir l'utilisation des données nutritionnelles dans l'évaluation des politiques et actions en Nutrition Santé.

Mesure phare VI-1-2

Actualiser régulièrement et compléter les données existantes en prenant en compte les besoins et spécificités locales :

- Poursuivre les études en cours sur la nutrition (Kannari, Baromètre Santé DOM, etc.) ;
- Mettre en place régulièrement le recueil et l'analyse de données de santé utiles en lien avec les différents partenaires concernés (hors programmes nationaux) : évaluation de la condition physique (collèges/lycées), habitudes alimentaires, dénutrition (en institution/à domicile), suivi de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les jeunes (notamment en milieu scolaire), etc. ;
- Promouvoir et contribuer à l'actualisation des données sur la pratique, les habitudes et comportements en matière d'activité physique et sportive;
- Soutenir la mise en place d'une étude sur les bénéficiaires de l'aide alimentaire en Martinique (profils socio-économiques, alimentation, état nutritionnel, etc.) avec les acteurs concernés (type enquête ABENA);
- Faire un état des lieux des données existantes sur la pratique d'activités physiques en institution (établissements hospitaliers, médicosociaux,…)
- Recenser les données disponibles sur l'alimentation et le jeune enfant (recueil et exploitation des données sur l'allaitement issues des certificats de santé en lien avec la PMI), et promouvoir la mise en œuvre d'études sur « les pratiques d'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois » et sur « l'alimentation de l'enfant de moins de 1 an » spécifique à la Martinique (type étude EPIFANE).

Mesure phare VI-1-3

Promouvoir la recherche en sciences humaines et sociales et la recherche interdisciplinaire dans le domaine de la nutrition santé :

- Recenser les études, données et producteurs de données et définir les objets d'études prioritaires (représentations socio-culturelles (corps et poids), croyances, comportements, etc.) ;
- Sensibiliser les différents partenaires concernés (chercheurs, professionnels, producteurs de données, etc.) aux besoins et orientations retenues dans ce champ pour la région;
- Définir les modalités de financement et de partenariat pour ce type d'études pour la Martinique (appel à projets, etc.) ;
- Soutenir les échanges interdisciplinaires autour de la thématique Nutrition santé.

Mesure phare VI-1-4

Valoriser, adapter et diffuser l'ensemble des données obtenues auprès d'un large public (professionnels, élus, population…) :

- Diffuser de manière adaptée les données et résultats des recherches aux différents publics ;
- Favoriser l'utilisation de ces données dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions menées dans ce champ (intervenants) ;
- Faire connaître auprès des intervenants et partenaires concernés, les démarches et outils d'évaluation existants (guides FNORS et INPES/SPF pour l'évaluation, outils EVALIN et Evaluation Impact en Santé (EIS), etc.), les interventions efficaces en prévention et promotion de la santé (interventions validées et prometteuses).

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

ANNEXES

Population totale	***Source INSEE*** 385 551 hab (2013)
Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans	***Source INSEE*** 18,7% (2013)
Pourcentage personnes âgées de plus de 60 ans	23,1% (2013)
Indicateurs de précarité	***Source INSEE*** Bénéficiaires du RMI en 2008 : 7,4% de la population totale (29 500 pers) ; Bénéficiaires CMUC en 2009 : 28,7% ; Bénéficiaires de l'aide alimentaire : 45 000 (2008) et 48 000 (2009), 42 000 (2012) représentant environ 8000 familles, 13 7000 repas préparés/an Ménages sous le seuil de pauvreté : 12% ; La part des foyers fiscaux non imposés est une des plus élevée de France.
Taux d'illettrisme	15% des 15 à 65 ans maîtrisent très difficilement l'écrit
Taux de chômage	28,9% en 2010
Autres spécificités	• Familles monoparentales : 40,9% dont et 36,7% sont des femmes seules avec enfant(s) (INSEE, 2013) • La part des mères de moins de 18 ans est 4 fois plus élevée que la moyenne nationale (23,9‰ dans le territoire contre 6,3‰ au plan national), source FNORS 2012. • La part des dépenses consacrées à l'alimentation (chiffres 2006): autour de 20% pour les ménages modestes (15,5% environ pour les plus aisés), avec une problématique de la « vie chère » (prix des produits alimentaires plus élevés par rapport à l'Hexagone). • Selon les projections INSEE, un net vieillissement de la population est à prévoir. À l'horizon 2040, la Martinique sera peuplée de 423 000 habitants ; le nombre de personnes de 60 ans ou plus serait multiplié par 2 ; quatre martiniquais sur dix aurait 60 ans ou plus alors qu'ils ne sont que deux sur dix aujourd'hui. • 41,4% des emplois sont dans le secteur de l'administration publique/enseignement/sociale dont 66,9% occupés par des femmes.

DONNEES SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE LOCALE

Filière Fruits et légumes	***Source DAAF*** **42% de l'approvisionnement local** Ananas : 548 tonnes Bananes créoles : 1114 tonnes Légumes : 10 957 tonnes Autres fruits : 2449 tonnes Tubercules et racines : 2031
Filière animale *(viande et produits transformés)*	***Source DAAF*** **Pourcentage de la production locale** Bovins : 21% Porcins : 25 % Ovins, caprins : 5% Volailles : 11%
Secteur agro-alimentaire	***Source : INSEE-ESANE 2010*** ***Retraitement DAAF*** **Nombre d'entreprises IAA (hors artisanat commercial ; CA> 140 000 euros) : 64** Viandes : 9 Poissons : 3 Fruits et légumes : 2 Produits laitiers : 4 Fabrication produits amylacés : 5 Boulangerie, pâtisserie, pâtes alimentaires : 7 Fabrication d'autres produits alimentaires : 13
Filière pêche	***Source : IFREMER ; DAAF SALIM*** ***Production locale (Estimation IFREMER)*** Yoles : 1440 tonnes ; Pontés : 200 tonnes Large : 190 tonnes ; Aquaculture : 40 tonnes Importation (Données DAAF/ SALIM) Congelés : 4356 tonnes Frais : 555 tonnes

DONNEES SUR L'ETAT NUTRITIONNEL

Surpoids	***Source : ESCAL 2003-2004*** Enfants (enfants 3-15 ans): 15,7% Adultes (16 ans et plus): 33,3 % ***Source : PODIUM 2006*** Enfants (enfants 5-14 ans): 17% Adultes (15 ans et plus) : 33,6%
Obésité	***Source : ESCAL 2003-2004*** Enfants (enfants 3-15 ans): 7,9% Adultes (16 ans et plus): 20% ***Source : PODIUM 2006*** Enfants (enfants 5-14 ans): 7,7% Adultes : 22% (dont 6,4% obésité sévère et plus) ***Source : Enquête périnatale 2003*** Femmes enceintes : 36.6% présentaient une obésité avant la grossesse et près 8.8% avaient eu une prise de poids excessive pendant leur grossesse (au moins 20kg).
Diabète	***Source IRDES*** En 2008, la prévalence pour 100 000 habitants des affections longue durée (ALD) pour diabète était 1,6 fois plus élevée en Martinique qu'en France métropolitaine. La progression est également plus rapide, avec une incidence en Martinique 1,4 fois plus élevée qu'en France hexagonale.
HTA	***Source : ESCAL 2003-2004*** Adultes (16 ans et plus): 22% lien HTA/IMC: Parmi Normotendus : 51% (ont un poids normal) ; 31% (surpoids) ; 18% (obèses) Parmi Hypertendus : 27% (ont un poids normal) ; 43% (surpoids) ; 30% (obèses)

Apports alimentaires (selon les repères PNNS), habitudes de consommation	***Source : ESCAL 2003-2004*** ***Fruits et légumes :*** 16 ans et plus consommant l'équivalent d'au moins 5 portions par jour (≥400 g) : 24,6% (hommes), 19,2% (femmes), 21,6% (ensemble). ***Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs :*** 16 ans et plus consommant l'équivalent de [3-6] portions par jour : 56,8% (hommes), 35,4% (femmes), 45,2% (ensemble). ***Lait et produits laitiers :*** 16 ans et plus consommant l'équivalent de [2,5-3,5] portions ([2,5-4,5] si 5-17 ans et ≥55 ans) par jour : 15,0% (hommes), 13,5% (femmes), 14,2% (ensemble). ***Viandes, volailles, produits de la pêche et œufs :*** 16 ans et plus consommant l'équivalent de [1-2] portions par jour : 34,0% (hommes), 43,2% (femmes), 38,9% (ensemble). ***Produits de la pêche par semaine :*** 16 ans et plus consommant l'équivalent d'au moins 2 portions 62,3% (hommes), 65,1% (femmes), 63,8% (ensemble). ***Matières grasses ajoutées :*** 16 ans et plus consommant moins de 16% de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées : 81,6% (hommes), 80,0% (femmes), 80,0% (ensemble) ***Produits sucrés :*** 16 ans et plus consommant moins de 12,5 % de l'AESA en glucides simples issus des produits sucrés : 71,3% (hommes), 73,8% (femmes), 72,6% (adultes). ***Boissons :*** dont les boissons sucrées et les boissons alcoolisées : 16 ans et plus consommant plus d'un litre de boissons non sucrées et moins de 250 ml de boissons sucrées (125 ml pour les enfants) : 54,5% (hommes), 58,2% (femmes), 56,5% (ensemble). Proportion de femmes de 16 ans et plus consommant moins de 20 g d'alcool par jour et d'hommes de 16 ans et plus consommant moins de 30 g d'alcool par jour chez ceux qui en consomment : 94,6% (hommes et femmes). Sel : Apports moyens journaliers en sel (g/j) chez les sujets de 16 ans et plus : 7,3 (hommes), 5,0 (femmes), 6,1 (ensemble). ***Données Allaitement (source Base PMSI/ARS, avril 2016):*** Taux d'allaitement en salle de naissance augmente régulièrement de 2012 (14,2%) à 2015 (65,9%).

Activité physique Sédentarité

Source: Baromètre santé DOM 2014

Population générale :

58,7% de la population pratiquent une activité physique modérée ou élevée au moins 30 minutes par jour, 5 fois par semaine dont 30,3% une activité physique élevée; 44,8% de la population pratiquent une activité sportive régulière et 18,6% des pratiquants ont une licence sportive ;

Enfants de 3 à 15 ans :

2% pratiquent une activité en dehors de l'école au moins 1 fois par semaine et garçon sur 2, et une 1 fille sur 3 a une activité sportive;

41% sont considérés comme sédentaires (plus de 2 heures de télévision par jour) ; 32,7% des enfants de 6 à 14 ans vont à l'école à pied ou à vélo.

Adultes (16 ans et plus) :

55% pratiquent activité physique régulière (marche à pied pendant au moins 30 mn consécutives ou une autre activité sportive régulière.Parmi ceux-ci les hommes sont plus représentés que les femmes; par ailleurs 35,6% des adultes pratiquent un autre sport au moins 1 fois par semaine.

Femmes obèses : 28% pratiquent une activité physique

Femmes en surpoids : 33% pratiquent une activité physique

Femmes en poids normal : 41% pratiquent une activité physique

Sédentarité :
les femmes qui passaient 4 heures ou plus chaque jour devant la télévision étaient plus nombreuses chez les obèses que chez celles ayant un IMC inférieur à 25

Population générale :

28% des Martiniquais rapportent une activité physique régulière (au moins cinq fois par semaine d'une pratique « d'au moins 30 minutes d'activité physique, que ce soit dans le cadre du travail, des déplacements ou des loisirs»), 47% assez régulière (de une à quatre fois par semaine) et 25% déclarent n'en pratiquer que rarement ou jamais (moins d'une fois par semaine)

La pratique régulière apparaît **plus fréquente parmi les hommes** (34% vs 22% des femmes).
La pratique de l'activité physique décroit avec l'âge, et chez les plus âgés (61 à 75 ans) 31% déclarent n'avoir aucune activité physique.

Source: DJSCS Martinique (chiffres 2012)

Taux de licences sportives délivrées: 57 515 dont 34% licences féminines

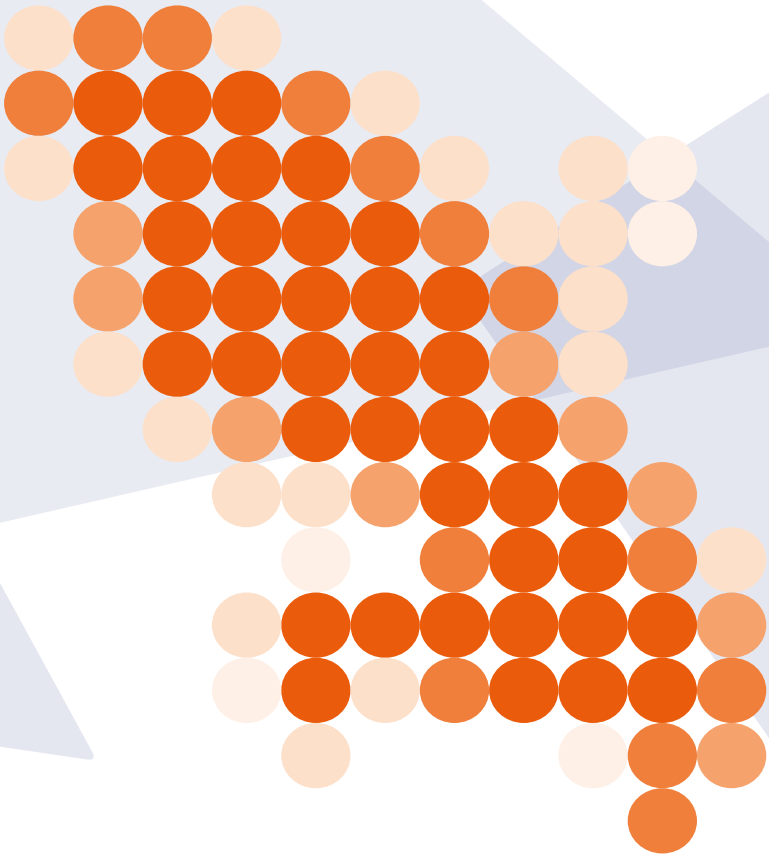
Taux d'équipements sportifs (hors sport nature): 0,2 pour 100 hab. (v/s 0,4 pour 100 hab en France hexagonale)

Pratique des sports de nature :

+/- 6500 licenciés soit 15% de l'ensemble des licences ; 61% sont des activités aquatiques ; 41% de pratique féminine

Source: Étude Conseil Général sur la condition physique des Martiniquais (2007)

Pratique activité physique :
60% population générale ne pratiquent pas une activité physique régulière dont 60% sont des femmes, 50% des plus de 60 ans et 52% chez les 3-14ans.



Agence Régionale de Santé
Martinique

Centre d'Affaire AGORA 1
ZAC de l'ETANG Z'ABRICOT - Route de la pointe des Grives CS 80 656
97263 Fort de France cedex
Tél: 05 96 39 42 43 - Fax: 05 96 60 60 12
ars-martinique-secretaroat-direction@ars.sante.fr
www.ars.martinique.sante.fr