

# Programme national nutrition santé 2011-2015

## Plan obésité 2010-2013

en direction  
des populations  
d'Outre-mer



plan  
obésité

2010/2013



En application du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé  
Direction générale de la santé  
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP  
Tél. : 33 (0)1 40 56 60 00  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

# Programme national nutrition santé

2011-2015

## Plan obésité

2010-2013

en direction  
des populations  
d'Outre-mer



# Sommaire

## Introduction • 5

Santé et nutrition : priorité en Outre-mer • 5

Une déclinaison spécifique, une large mobilisation • 5

Des mesures communes • 7

Des mesures spécifiques • 7

Élaboration et grands axes du PNNS et PO • 7

Méthodologie d'élaboration en métropole • 8

Méthodologie d'élaboration dans les départements d'Outre-mer • 8

## Mesures et actions communes à la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion et Mayotte • 11

Axe 1 → Améliorer l'offre alimentaire  
et favoriser la pratique de l'activité physique • 11

**Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation  
de qualité nutritionnelle favorable à la santé • 11**

**Action 1 •** Faire en sorte que, pour une gamme comparable de produits,  
la teneur moyenne en sucre soit identique dans les territoires  
des départements d'Outre-mer et en métropole • 11

**Action 2 •** Agir sur l'offre alimentaire en milieu scolaire • 11

**Action 3 •** Valoriser les ressources et la production agroalimentaire locales  
qui contribuent aux orientations du PNNS • 12

**Action 4 •** Agir sur le dispositif d'aide alimentaire • 12

**Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive • 12**

**Action 5 •** Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité  
physique quotidienne pour tous • 12

**Action 6 •** Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA)  
chez les populations en situation de handicap, défavorisées,  
âgées ou atteintes de maladies chroniques • 13

**Mesure 3 • Impliquer les collectivités locales • 13**

**Action 7 •** Favoriser la participation des collectivités locales à la mise en place  
d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS • 13

**Axe 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...) • 15**

**Action 8 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population • 15**

**Action 9 • Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des maladies associées (HTA, diabète...) • 15**

**Axe 3 → Adapter la communication et renforcer l'éducation nutritionnelle • 17**

**Action 10 • Développer une communication adaptée • 17**

**Action 11 • Renforcer l'éducation nutritionnelle • 17**

**Mesures et actions spécifiques à chaque territoire • 19**

**Guadeloupe • 19**

**Guyane • 21**

**Martinique • 23**

**Mayotte • 25**

**La Réunion • 27**

**Annexe : données sociodémographiques et épidémiologiques par territoire • 29**

**Données sociodémographiques • 30**

**Données sur les productions alimentaires locales • 31**

**Données sur l'état nutritionnel • 32**

**Données sur la consommation alimentaire et activité physique/sédentarité • 34**

# Introduction

## Santé et nutrition : une priorité en Outre-mer

La nutrition (regroupant l'alimentation et l'activité physique) sont deux déterminants majeurs de la santé. Depuis 2001, dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS), la France s'est dotée d'une politique nutritionnelle ambitieuse pour améliorer l'état de santé de la population. Malgré l'observation d'une stabilisation chez l'enfant ces dernières années, l'obésité et le surpoids continuent de progresser touchant inégalement différents segments de la population. En France, près de 15 % de la population adulte est obèse contre 8,5 % il y a douze ans. Dans le même temps, la dénutrition persiste dans certains groupes de population.

Dans les départements d'Outre-mer (DOM), la prévalence de l'obésité mais aussi des autres pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires) est plus élevée qu'en métropole. Ainsi, aux pathologies carencielles s'ajoutent des pathologies conditionnées par l'évolution des modes de vie et d'alimentation. La prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées telles que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) sont une priorité de santé publique notamment chez les parturientes.

La spécificité de la situation alimentaire en Outre-mer est étroitement liée aux particularités culturelles et économiques mais aussi aux particularités géographiques et climatiques, donc aux productions agricoles.

Ces éléments doivent être considérés pour proposer une démarche nutritionnelle réaliste, efficiente et adaptée, tenant compte de la diversité et des particularités de chaque territoire d'Outre-mer (voir Annexe p. 36 et suivantes). Une attention toute particulière doit donc être portée aux conditions socioéconomiques qui jouent un rôle déterminant, ainsi qu'aux spécificités culturelles et à la valorisation des ressources locales.

Les différents acteurs et partenaires impliqués dans la promotion de la santé, la prévention et le soin, doivent se mobiliser dans le cadre du Programme national nutrition-santé et du Plan obésité en lien avec les agences régionales de santé (ARS).

C'est pourquoi ont été particulièrement prises en compte dans la faisabilité des mesures et actions :

1. Les conditions socioéconomiques défavorables requérant des approches circonstanciées.
2. Les spécificités culturelles (par exemple : la représentation corporelle, la langue régionale).
3. La nécessaire valorisation des ressources locales (cf. PNA).
4. Les spécificités organisationnelles de l'État et des collectivités territoriales dans les départements d'Outre-mer.
5. La politique de la ville dans le cadre des contrats locaux de santé des ARS.

## Une déclinaison spécifique, une large mobilisation

Le volet spécifique, qui conforte les actions locorégionales déjà mises en place par les plans régionaux ou locaux pour l'Outre-mer et conformément aux conclusions du Conseil interministériel de l'Outre-mer (CIOM) du 6 novembre 2009 en direction des populations d'Outre-mer (départements d'Outre-mer, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy), s'appuie sur le Programme national nutrition-santé 2011-2015 et le Plan obésité 2010-2013. Il s'articule également avec d'autres plans

gouvernementaux : le Programme national de l'alimentation (PNA), le Programme éducation santé (PES), le Plan national santé environnement (PNSE), le Plan national chlordécone, etc.

L'objectif est de coordonner les stratégies entre les territoires en mobilisant les services régionaux des différents ministères concernés, les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, ainsi que tous les partenaires concernés.

Plusieurs ministères sont mobilisés dans cette déclinaison outre-mer :

#### **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé**

En raison de l'importance de la problématique en matière de nutrition et de la fréquence des pathologies qui lui sont liées dans les départements d'Outre-mer, le rapport d'évaluation du PNNS mené par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) en 2010 recommande l'adaptation des mesures aux spécificités de l'Outre-mer.

#### **Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire**

La Loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche, du 27 juillet 2010, prévoit des actions spécifiques notamment pour un projet de loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche spécifique à l'Outre-mer. De plus, le PNA prévoit une série de mesures spécifiques pour l'Outre-mer notamment en particulier via les comités régionaux de l'alimentation (CRALIM).

#### **Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative**

Un volet destiné aux départements d'Outre-mer est envisagé dans le cadre du Programme éducation santé en tenant compte des situations locales. Un futur programme de formation des enseignants et des professionnels de santé est à l'étude ainsi qu'un projet de promotion de l'activité physique.

#### **Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration**

Le ministère chargé de l'Outre-mer soutient une politique volontariste pour la santé ainsi que le développement endogène et durable des territoires. Il intervient notamment en favorisant l'accès à une restauration scolaire de qualité pour tous les enfants. Il soutient des projets d'études et recherche dans le cadre du développement local et pour améliorer la connaissance de la situation ultra-marine. La santé bénéficie de ce soutien en particulier dans le domaine de la nutrition et des habitudes alimentaires. Ainsi, un projet visant à mieux connaître les habitudes alimentaires et culinaires des habitants de l'Océan indien portant sur la consommation du riz a été soutenu par le ministère chargé de l'Outre-mer en 2011.

#### **Ministère des Sports**

L'implication du ministère des Sports correspond aux enjeux fixés dans le cadre du PNNS et du PO, à savoir augmenter le niveau d'activité physique et sportive et diminuer la sédentarité. Une offre d'activité physique et sportive sera proposée aux différentes populations en tenant compte de leurs choix ou envies ainsi que de leur aptitude à la pratique. L'encouragement à la pratique de l'activité physique et sportive auprès des plus jeunes est un enjeu majeur qu'il convient de porter avec l'aide des associations sportives et des directions régionales jeunesse et sports, en lien avec les ARS.

#### **Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale**

Dans le cadre de l'amélioration de l'aide alimentaire, un volet est tout particulièrement consacré aux DOM. En effet, il convient non seulement d'organiser la logistique de distribution locale mais également de diversifier les approvisionnements en denrées équilibrées issues tant de l'importation au travers des denrées obtenues aux moyens du Programme européen d'aide aux plus démunis (PEAD) que de l'agriculture locale au travers du Programme national d'aide alimentaire (PNAA). L'aide alimen-

taire doit non seulement permettre aux personnes les plus démunies de se nourrir, mais elle doit être aussi un outil d'insertion et de développement économique.

### Ministère de la Ville

Les habitants des quartiers prioritaires présentent des caractéristiques socioéconomiques défavorables, et souffrent de manière plus importante de problème de surpoids et d'obésité (cf. rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, ONZUS). Dans la perspective des futurs contrats locaux de santé le réseau des « ateliers santé ville (ASV) », déjà mobilisé sur la lutte contre le surpoids et l'obésité, s'engage dans une action de capitalisation et de diffusion des bonnes pratiques dans les différents réseaux nationaux. Par ailleurs, le ministère de la Ville, en lien avec l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), envisage de valoriser les initiatives permettant de favoriser l'activité physique des habitants par le moyen d'une politique favorisant des circulations douces qui existent dans les projets de rénovation urbaine.

## Des mesures communes

Si les départements d'Outre-mer ont chacun leurs particularités, ils partagent des problématiques appelant des réponses communes comme par exemple :

- faire en sorte, que pour une gamme comparable de produits, la teneur moyenne en sucre soit identique dans les départements d'Outre-mer qu'en métropole ;
- offrir une meilleure alimentation en milieu scolaire par une prise en compte de la réglementation sur la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire ;
- valoriser les ressources et la production agroalimentaire locales qui contribuent aux atteintes des objectifs du PNNS ;
- améliorer le dispositif d'aide alimentaire dans le cadre du Plan de relance de l'économie : projet de plate-forme logistique et d'amélioration du réseau de distribution ;
- surveiller l'état nutritionnel de la population à partir des données existantes et de la réalisation d'études spécifiques le cas échéant ;
- mieux dépister et organiser la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...);
- adapter la communication aux langues régionales en renforçant certains domaines comme la promotion de la consommation d'eau, seule boisson à privilégier ;
- contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les quartiers de la politique de la ville ;
- accroître le niveau d'activité physique et la diminution de la sédentarité, notamment pour les jeunes et les adolescents, par la promotion de l'activité physique et de loisir et la réduction du temps passé devant des écrans.

## Des mesures spécifiques

Chaque département d'Outre-mer connaît des problématiques spécifiques appelant des mesures propres :

- **en Guyane** : le manque d'information sur la situation nutritionnelle justifie la réalisation d'une enquête (par l'InVS), à l'instar des études réalisées dans les autres départements d'Outre-mer, avec un éclairage ethnologique et sociologique propre ;
- **en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion** : la prévalence élevée des pathologies liées à la nutrition, les inégalités sociales de santé sont des problèmes dominants. Ceci est à rapprocher, en Martinique comme en Guadeloupe notamment, à une faible production agricole et une faible consommation des ressources locales ;

- **à Mayotte** : le suivi de l'impact de la transition nutritionnelle accélérée à Mayotte, venant aggraver une situation de malnutrition déjà documentée (étude Nutrimay), est une priorité. Des situations contrastées coexistent dans la même communauté, voire dans les mêmes foyers : dénutrition chez les enfants et obésité chez les adultes (généralement les femmes).

## Élaboration et grands axes du PNNS et PO

L'élaboration de ce document a été réalisée en concertation avec les représentants des ARS, des directions de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF) et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) des départements d'Outre-mer, les différents ministères impliqués dans les DOM (Santé, Alimentation et Agriculture, Outre-mer, Sports, Éducation nationale, Consommation, Cohésion sociale, Ville) ainsi que les agences sanitaires (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation : ANSES, de l'environnement et du travail, Institut national de veille sanitaire : InVS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : Inpes).

Ce document intègre les recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales en date d'avril 2010, relatives à l'évaluation du Programme national nutrition-santé PNNS 2006-2010. Conformément à ces recommandations, il propose :

- d'adapter les références du PNNS au contexte culturel et géographique des territoires (représentation des aliments – fruits et légumes – en particulier) ;
- de mettre en valeur les ressources locales et les produits familiers pour les populations concernées, et de favoriser le développement des filières agricoles et agroalimentaires locales (hors secteur des boissons) par un véritable partenariat avec l'agro-industrie ;
- de prévenir le surpoids important des jeunes accouchées en s'appuyant sur l'école de sages femmes de la Martinique compétente pour la Caraïbe française ;
- de traiter les spécificités des questions de dénutrition en Guyane et à Mayotte.

### Méthodologie d'élaboration en métropole

Trois réunions plénières ont été organisées en métropole par visioconférence. Trois réunions thématiques sur les volets « épidémiologie », « communication », « activité physique » ont permis d'identifier des axes spécifiques à traiter. Afin de recueillir le maximum d'informations, des fiches synthétiques par territoire ont été établies pour faire l'état des lieux. L'objectif a été d'identifier les données manquantes, cerner les questions qui restent posées et définir les limites, notamment en termes de faisabilité et de financement. L'élaboration du volet définitif est basée sur l'ensemble de ces éléments recueillis.

### Méthodologie d'élaboration dans les départements d'Outre-mer

Les correspondants des institutions locales (ARS, DAAF et DRJSCS) ont créé des groupes de travail *ad hoc* pour produire un avis concerté de toutes les parties prenantes locales. Ainsi :

- **en Guyane** : un travail collaboratif a associé principalement l'ARS et la DAAF. Des échanges réguliers ont eu lieu entre ces instances ainsi que le secteur éducatif et associatif ;
- **en Guadeloupe** : un travail collaboratif a été organisé avec la participation de l'ARS, la DAAF et la DRJSCS ;
- **à la Réunion/Mayotte** : un groupe de travail spécifique a été mis en place avec la participation de l'ARS-OI, la DAAF, la DRJSCS, la Caisse générale de la Sécurité sociale (CGSS), l'Instance régionale d'éducation, de promotion de la santé (IREPS), l'Observatoire régionale de santé (ORS), le Centre hospitalier régional (CHR) de la Réunion ;
- **en Martinique** : sur la base des réflexions déjà menées lors de l'élaboration du PNNS 2001-2005 et du PNNS 2006-2011, un argumentaire en faveur d'un volet spécifique départements

français d'Outre-mer (DFA) a été adressé à la DGS ; plus récemment un groupe de travail interne et externe à l'ARS a participé à l'actuelle réflexion (DAAF, DRJSCS, ARS).

Le PNNS et le Plan Obésité portent une attention particulière à la situation de l'outre-mer.

Pour rappel :

• les axes du **PNNS 2011-2015** sont :

- axe 1 • Au sein des actions générales de prévention, réduire par des mesures spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition,
- axe 2 • Développer l'activité physique et limiter la sédentarité,
- axe 3 • Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition et diminuer la prévalence de la dénutrition,
- axe 4 • Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

Ces principaux axes sont complétés par un volet transversal portant sur la formation, la surveillance, l'évaluation et la recherche.

• les axes du **Plan obésité 2010-2013** sont :

- axe 1 • Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage en agissant par exemple sur la prise en charge de premier recours ; l'identification et la reconnaissance de centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation des filières de soins dans les régions, la coordination territoriale, l'amélioration de l'accueil en soins de suite et réadaptation ; l'organisation du transport bariatrique,
- axe 2 • Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique en s'appuyant sur les actions conduites dans le cadre du PNA et du PNNS, et en mettant en place d'autres actions préventives comme, par exemple, la sensibilisation sur l'importance du sommeil ou la réduction du temps écran,
- axe 3 • Prendre en compte les situations de vulnérabilité et la discrimination en mettant en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique ; en luttant contre les stigmatisations des obèses dans le système de soins et dans la société,
- axe 4 • Investir dans la recherche, notamment par la création d'une fondation de coopération scientifique.



# Mesures et actions communes

À LA GUADELOUPE, LA GUYANE, LA MARTINIQUE,  
LA RÉUNION, ET MAYOTTE

## AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique

### Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

#### Action 1 • Faire en sorte que, pour une gamme comparable de produits, la teneur moyenne en sucre soit identique dans les territoires des départements d'Outre-mer et en métropole par :

- (1.1) la conduite d'enquêtes de terrain réalisées sur la base d'une liste de produits non exhaustive identifiés comme étant plus sucrés que les produits de même marque commercialisés en métropole (services déconcentrés de la DGCCRF et/ou de la DAAF) ;
- (1.2) l'analyse de l'offre en produits transformés dans les territoires concernés (étude de faisabilité conduite par l'Observatoire de l'alimentation) ;
- (1.3) la promotion de la signature des chartes d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et des accords collectifs (PNA).

#### Action 2 • Agir sur l'offre alimentaire en milieu scolaire par :

- (2.1) la mise en application spécifique aux départements d'Outre-mer de la loi relative à l'amélioration de la qualité des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire (portée par le PNA et reprise dans le PNNS et le PO) ;
- (2.2) l'accompagnement de la circulaire du ministère chargé de l'Éducation nationale sur les prises alimentaires à l'école : en insistant sur l'éducation à la santé nutritionnelle et en sensibilisant sur l'installation de points d'eau en lien avec les collectivités locales ;
- (2.3) la poursuite d'actions pédagogiques auprès des enfants du type : « opération un fruit au goûter » conduite par le ministère chargé de l'Alimentation ;
- (2.4) l'encouragement à la consommation d'eau potable en tant que boisson principale et notamment dans les établissements scolaires ainsi que la garantie de l'absence de sodas de toutes natures (boissons rafraîchissantes sans alcool) dans les enceintes scolaires ;
- (2.5) la mise en forme d'une information pour les élus, ainsi que les parents et les enfants sur la qualité nutritionnelle des aliments vendus à proximité des établissements scolaires (camions boutiques et autres « établissements » de restauration rapide).

### **Action 3 • Valoriser les ressources et la production agroalimentaire locales qui contribuent aux orientations du PNNS par :**

- (3.1) la contribution au développement des filières agricoles locales et à leur valorisation (cf. PNA) pour parvenir à une plus grande consommation des produits locaux bruts et transformés qui contribuent à l'atteinte des objectifs du PNNS ;
- (3.2) la promotion de l'approvisionnement régulier via les circuits locaux (cf. PNA) ;
- (3.3) l'encouragement aux entreprises locales à investir dans la démarche de charte d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et les accords collectifs (PNA).

### **Action 4 • Agir sur le dispositif d'aide alimentaire par :**

- (4.1) l'amélioration de la logistique et les systèmes d'information des associations œuvrant dans le champ de l'aide alimentaire prévue dans le cadre du plan de relance de l'économie et sur le fondement des recommandations du rapport Igas-CGAAER (2009) (cf. PNA) ;
- (4.2) la sensibilisation et la formation à l'équilibre nutritionnel et aux modes culinaires favorables à la santé des bénévoles de l'aide alimentaire notamment via les actions mises en œuvre dans le cadre du Plan alimentation insertion (PAI) et du PNA ;
- (4.3) l'encouragement à la mise en œuvre d'actions spécifiques à chaque région : jardins familiaux (dans le respect des préconisations du programme Jafa, cf. Plan chlordecone), paniers de la mer, camion solidaire, épicerie solidaire (cf. PNA).

## **Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive**

### **Action 5 • Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous par :**

- (5.1) la valorisation et l'encouragement des modes de transport actifs avec l'intégration de la mobilité active dans les chaînes de déplacements (en lien avec le Plan santé environnement 2 et conformément aux mesures du Conseil interministériel à l'Outre-mer) ;
- (5.2) la promotion de l'activité physique des enfants et des jeunes à partir d'une stratégie d'intervention globale du type ICAPS (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité), ou du programme « Bouge, une priorité pour ta santé » ;
- (5.3) l'accompagnement particulier des enfants obèses en établissement d'enseignement (cf. PES et PO) ;
- (5.4) la prise en compte des objectifs préventifs des plans PNNS-PO dans la politique de la ville avec trois niveaux d'actions :
  1. État des lieux des actions engagées sur le thème « activité physique et santé » par les ateliers santé ville (ASV),
  2. Intégration dans les dispositifs de formations des coordinateurs ASV et des animateurs CUCS (contrat urbain de cohésion sociale) de la thématique nutrition santé (alimentation et activité physique), en assurant la coordination avec les contrats locaux de santé,
  3. Favoriser un environnement propice à la mobilité douce ou active dans les quartiers de la politique de la ville.

## **Action 6 • Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques par :**

(6.1) l'organisation de sessions de formations et d'informations en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient intégrant la dimension « activité physique ».

## **Mesure 3 • Impliquer les collectivités locales**

### **Action 7 • Favoriser la participation des collectivités locales à la mise en place d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS par :**

(7.1) la mise en place d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS et du PO, en développant la coordination régionale des acteurs (villes actives, départements actifs, entreprises actives et convention cadre d'engagement) ;

(7.2) la mobilisation des ateliers santé ville (ASV) sur la thématique « nutrition et santé » en lien avec les contrats locaux de santé des ARS.



## **AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)**

### **Action 8 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :**

- (8.1) la réalisation d'un état des lieux sur les données épidémiologiques disponibles et pertinentes ;
- (8.2) la réalisation d'une approche spécifique pour les départements d'Outre-mer dans les enquêtes nationales (baromètre santé, etc.).

### **Action 9 • Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des maladies associées (diabète, HTA...) par :**

- (9.1) la prise en compte des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) pour développer un dépistage précoce du risque d'obésité chez le jeune enfant et sa prise en charge dans le système de soins (cf. Actions 1 et 2 du PO) ;
- (9.2) le renforcement de la diffusion du guide PNNS « nutrition pendant et après la grossesse » auprès des professionnels de santé, notamment pendant les visites prénatales, afin d'augmenter la sensibilisation des femmes enceintes sur la prise de poids pendant la grossesse ;
- (9.3) la création de filières de prise en charge de l'obésité, articulée autour des centres spécialisés (cf. Action 4 du PO) ;
- (9.4) la mise en place de conventions de collaboration avec les centres spécialisés identifiés en métropole (en lien avec l'Action 4 du PO) ;
- (9.5) la création de cartographie de parcours de soin en lien avec l'ARS via le portail « obésité » qui sera créé sur le site internet des ARS (cf. Action 11 du PO).



## AXE 3 → Adapter la communication et renforcer l'éducation nutritionnelle

### **Action 10 • Développer une communication adaptée par :**

- (10.1) une prise en compte des spécificités linguistiques dans la communication du PNNS avec la conception de messages et d'outils adaptés au contexte local ;
- (10.2) l'intégration des notions relatives à la « la réduction du temps passé devant un écran » ; « la promotion du sommeil », « aux bienfaits de l'activité physique » dans les outils de communication (cf. PNNS).

### **Action 11 • Renforcer l'éducation nutritionnelle par :**

- (11.1) des actions d'information et de sensibilisation destinées notamment aux enfants et à leurs parents sur la nutrition ;
- (11.2) la sensibilisation des acteurs du champ associatif, sportif, éducatif et de la restauration collective par le moyen de formations spécifiques ;
- (11.3) l'organisation d'ateliers cuisine (notamment les jeunes parents) utilisant les recettes, ingrédients et produits locaux (cf. PNA) et suivant les recommandations du PNNS.



# Mesures et actions spécifiques à chaque territoire

*Dans ce chapitre précisant les mesures spécifiques à chaque département d'Outre-mer, les actions transversales communes ne sont pas rappelées.*

## GUADELOUPE

### AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

#### Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

##### Action 12 • Agir sur l'offre alimentaire et l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire par :

(12.1 Gua) la poursuite et l'extension du projet interrégional nutrition-santé « écoles caramboles ».

##### Action 13 • Valoriser les ressources locales et la production agroalimentaire locale par :

(13.1 Gua) la poursuite du programme jardins familiaux (JAFA) dans le cadre du Plan national chlordécone (prévention et gestion des risques auprès des populations habitant dans les zones contaminées par le chlordécone) ;

(13.2 Gua) l'augmentation de l'approvisionnement en produits locaux pour la restauration scolaire à hauteur de 50 % (accord BINO).

##### Action 14 • Améliorer le dispositif d'aide alimentaire par :

(14.1 Gua) l'amélioration de la logistique de l'aide alimentaire afin de répondre aux besoins de tout le département. Dans le cadre du plan de relance de l'économie et au regard du rapport Igas-CGAAER réalisé en 2009 : rénover la plate-forme logistique de Jarry et créer une plate-forme logistique sur Basse-Terre.

## **Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive**

### **Action 15 • Promouvoir la pratique de l'activité physique au quotidien par :**

(15.1 Gua) le renforcement de l'information sur le repère « activité physique ».

## **AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)**

### **Action 16 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :**

(16.1 Gua) l'intégration d'un volet nutritionnel dans l'étude CALBAS qui fera l'objet d'une réactualisation dans le cadre du Plan chlordécone (chapitre 2-2-2).

# GUYANE

## AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

### Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

#### Action 17 • Agir sur l'offre alimentaire et l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire par :

- (17.1 Guy) l'étude visant à officialiser un dispositif « cantines familiales » similaire à celui de la crèche familiale (formation, déclaration d'activité, fiscalité, critères d'accueil et création d'un métier « d'assistante de restauration familiale »...);
- (17.2 Guy) l'amplification du dispositif « un fruit pour le goûter » (exemple : fruit pour la récréation) compte tenu du contexte des cofinancements demandés aux collectivités locales ;
- (17.3 Guy) la facilitation de l'accès aux points d'eau pour les élèves et promotion de la consommation d'eau potable dans les établissements publics d'enseignement ;
- (17.4 Guy) la réalisation d'un état des lieux des produits et des marchandises importés (ou non importés officiellement) vendus dans les « boutiques locales de proximité ».

#### Action 18 • Valoriser les ressources locales et la production agroalimentaire locale par :

- (18.1 Guy) le développement de la formation des agriculteurs et de l'information du consommateur vis-à-vis notamment du risque de toxicité des biocides utilisés de façon massive ;
- (18.2 Guy) la recherche des pratiques agricoles moins coûteuses en biocides ;
- (18.3 Guy) l'implantation de jardins familiaux, sociaux, d'insertion et de micro-jardins.

#### Action 19 • Améliorer le dispositif d'aide alimentaire par :

- (19.1 Guy) l'amélioration de la logistique de l'aide alimentaire afin de répondre aux besoins de tout le département. Dans le cadre du Plan de relance de l'économie et au regard du rapport Igas-CGAAER réalisé en 2009 : créer une plate-forme logistique à proximité de l'aéroport, et mettre en place un réseau de distribution ;
- (19.2 Guy) l'animation d'ateliers hebdomadaires de cuisine avec les parents pour la réalisation de repas équilibrés basés sur les recettes locales traduites en Sranan Tongo et autres langues (notamment dans le cadre des activités d'alphabétisation).

## Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive

### Action 20 • Promouvoir la pratique de l'activité physique au quotidien par :

- (20.1 Guy) l'étude des conditions à réunir pour que l'activité physique proposée par les plans puisse bénéficier à l'ensemble de la population en Guyane ;
- (20.2 Guy) l'étude des modalités pratiques d'offre en activité physique auprès des populations précaires, en situation de handicap, en lien avec les dispositifs de la politique de la ville ;
- (20.3 Guy) la favorisation de l'accès et de l'utilisation des équipements sportifs de la base créée dans le cadre de la coupe du monde de football 2014 et des jeux olympiques en 2016 au Brésil, au profit du développement de l'activité physique pour la population générale avec un encadrement adapté.

## AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)

### Action 21 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :

- (21.1 Guy) l'étude d'une procédure d'enregistrement de l'indice de masse corporelle (IMC) à partir des certificats des visites obligatoires pour connaître l'incidence annuelle de l'obésité de l'enfant, ainsi que l'amélioration de la prise en charge (via les réseaux) ;
- (21.2 Guy) la réalisation d'une étude épidémiologique sur l'état nutritionnel et la consommation alimentaire ;
- (21.3 Guy) la mise en place d'un réseau d'acteurs « Obésité-Risques vasculaires » (conformément aux Actions 7 et 8 du PO).

# MARTINIQUE

## AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

### Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

#### Action 22 • Valoriser les ressources locales et la production agroalimentaire locale par :

(22.1 Mar) la poursuite du programme jardins familiaux (JAFA) dans le cadre du Plan chlordécone (prévention et gestion des risques auprès des populations habitant dans les zones contaminées par le chlordécone) et son extension aux produits de la mer ;

(22.2 Mar) la conduite d'une étude relative aux phytosanitaires et à l'eau.

#### Action 23 • Améliorer le dispositif d'aide alimentaire par :

(23.1 Mar) l'amélioration de la logistique de l'aide alimentaire afin de répondre aux besoins de tout le département. Dans le cadre du plan de relance de l'économie et au regard du rapport Igas-CGAAER réalisé en 2009 : créer une nouvelle plate-forme logistique et de poursuivre l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire (produits diversifiés et produits frais).

### Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive

#### Action 24 • Promouvoir la pratique de l'activité physique au quotidien par :

(24.1 Mar) le développement, dans et hors structures ou réseaux de soins, de l'offre d'activités physiques et sportives pour les populations défavorisées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées, les personnes en situation d'handicap (Saphyr Martinique et autres actions de promotion de l'activité physique).

## **AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)**

### **Action 25 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :**

(25.1 Mar) l'intégration d'un volet nutritionnel dans l'étude ESCAL qui fera l'objet d'une réactualisation dans le cadre du Plan chlordécone (chapitre 2-2-2).

# MAYOTTE

## AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

### Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

#### Action 26 • Agir sur l'offre alimentaire et l'éducation nutritionnelle par :

- (26.1 May) la proposition d'une étude envisageant les conditions permettant de rendre accessible aux ménages de Mayotte un aliment de complément, destiné aux enfants de 4-6 mois à 18-24 mois, de qualité nutritionnelle adaptée : analyse de la composition de l'aliment, des modes de production et de mise à disposition. Cette étude comprendra un volet nutritionnel, économique ainsi que le mode de distribution de ces produits ;
- (26.2 May) la favorisation de la consommation de fruits et légumes par des actions ciblées en milieu scolaire (exemple de l'action « un fruit au goûter ») ;
- (26.3 May) le renforcement des actions en nutrition, développées par les ateliers santé ville, en lien avec les établissements scolaires et les contrats locaux de santé.

#### Action 27 • Améliorer le dispositif d'aide alimentaire par :

- (27.1 May) la mise en place d'une structure assurant l'aide alimentaire des personnes en état de grande précarité et celles atteints de maladies graves (cancer, tuberculose...).

## AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)

#### Action 28 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :

- (28.1 May) la mise en place du dépistage systématique par la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) pour tous les enfants dans tous les dispensaires, PMI et en milieu ambulatoire avec une attention particulière aux états de malnutrition et leur prise en charge.



## LA RÉUNION

### AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

#### Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

##### Action 29 • Agir sur l'offre alimentaire et l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire par :

(29.1 Réu) l'enquête sur les produits sucrés proposés et la réalisation d'actions visant la qualité de l'offre alimentaire à proximité des établissements scolaires.

##### Action 30 • Valoriser les ressources locales et la production agroalimentaire locale par :

(30.1 Réu) la conduite d'une étude permettant d'optimiser les qualités nutritionnelles du riz consommé ;

(30.2 Réu) la sensibilisation à la consommation de produits locaux « lontan » ;

(30.3 Réu) la réalisation d'une plate-forme internet d'échanges entre les producteurs locaux, les acheteurs publics de la restauration collective et les professionnels de la restauration.

##### Action 31 • Améliorer le dispositif d'aide alimentaire par :

(31.1 Réu) l'amélioration de la logistique de l'aide alimentaire afin de répondre aux besoins de tout le département. Dans le cadre du plan de relance de l'économie et au regard du rapport Igas-CGAAER réalisé en 2009 : créer une nouvelle plate-forme logistique primaire et quatre entrepôts secondaires ;

(31.2 Réu) le soutien au développement de la production agricole et des industries agroalimentaires locales, dans le cadre du Programme national d'aide alimentaire (PNAA) qui tendent vers l'autosuffisance en achetant pour les personnes les plus démunies, des denrées localement produites ;

(31.3 Réu) la mise en place d'un circuit de distribution permettant de répondre à l'urgence sociale et hors urgence sociale en lien avec les communes et les boutiques solidarité.

## Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive

### Action 32 • Promouvoir la pratique de l'activité physique au quotidien par :

(32.1 Réu) le renforcement des actions en nutrition, notamment en activité physique et sportive, développées par les ateliers santé ville, en lien avec les établissements scolaires et les contrats locaux de santé.

## AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)

### Action 33 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :

(33.1 Réu) la centralisation des données disponibles issues de différentes sources (Rectorat, Conseil général, etc.) en favorisant une approche intersectorielle et en intégrant une dimension territoriale ;

(33.2 Réu) le recueil régulier d'indicateurs partagés pour palier le déficit de données en matière de nutrition, en réalisant des enquêtes supplémentaires permettant notamment de renseigner les indicateurs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS Océan indien-État (CPOM ARSOI-État).

# Annexe

## DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES PAR TERRITOIRE

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES • 30**

**DONNÉES SUR LES PRODUCTIONS ALIMENTAIRES LOCALES • 31**

**DONNÉES SUR L'ÉTAT NUTRITIONNEL • 32**

**DONNÉES SUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE  
ET ACTIVITÉ PHYSIQUE/SÉDENTARITÉ • 34**

## DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
<b>Population totale</b> (source : Insee)	403 257 hab. (2011)	225 751 hab. (2011)	833 000 hab. (2010)	398 733 hab. (2009)	156 452 hab. (2007)
<b>Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans</b> (source : Insee)	22,4 % (2011)	34,10 % (2011)	25,6 % (2011)	22,7 % âgées de moins de 20 ans (2011)	44,3 % (2007)
<b>Pourcentage personnes âgées de plus de 65 ans</b> (source : Insee)	7 % (2011)	2,4 % (2011)	5,10 % (2011)	14,6 % (2011)	4 % (2007)
<b>Indicateurs de précarité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficiaires du RMI en 2009 : 7,2 % de la population totale (29 068 pers.)</li> <li>• Aide alimentaire : 250 tonnes distribués, correspondant à 400 000 repas</li> <li>• Deux épiceries solidaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficiaires du RMI en 2007 : 5,5 % de la population totale (12 178 pers.)</li> <li>• Bénéficiaires de la CMU : 29,8 % de la population totale (67 221 pers.)</li> <li>• Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté : 26 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficiaires du RMI en 2010 : 17,5 % de la population (143 913 pers.)</li> <li>• Bénéficiaires de la CMU : 32,8 % de la population (269 525 pers.)</li> <li>• Aide alimentaire (2008 et 2009 respectivement) : 9 et 40 tonnes de denrées livrées sur les 400 tonnes prévues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficiaires du RMI en 2008 : 7,4 % de la population totale (29 500 pers.)</li> <li>• Bénéficiaires de la CMUC en 2009 : 28,7 %</li> <li>• Bénéficiaires de l'aide alimentaire : 45 000 personnes (2008) et 48 000 personnes (2009), représentant environ 8 000 familles</li> <li>• Ménages sous le seuil de pauvreté : 12 %</li> </ul>	PIB brut 3 960 euros/hab. en 2001 (cinq fois inférieur à celui de la métropole mais neuf fois supérieur à celui de l'Union des Comores)
<b>Taux d'illettrisme</b>		Enquête en cours par Insee	8,3 % d'analphabètes	15 % des 15 à 65 ans maîtrisent très difficilement l'écrit	
<b>Taux de chômage</b>	29 % (2008)	21 % (2010)	32,9 % (2008)	28,9 % (2010)	26,4 % (2007)

## DONNÉES SUR LES PRODUCTIONS ALIMENTAIRES LOCALES

	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
<b>Filière Fruits et légumes</b>	Sous-exploitée notamment par manque d'organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominante (81 % de la production végétale)</li> <li>• Autosuffisance en fruits et légumes (couverture d'environ 80 % par la production locale, ODEADOM)</li> <li>• Forte concurrence par des importations illégales provenant du Surinam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un tiers de la production agricole locale (satisfait à 80 % des besoins locaux)</li> </ul>	En cours de structuration, faible couverture de la demande locale	
<b>Filière animale: viande et produits transformés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 à 62 % de couverture</li> <li>• Viande bovine : 13 %</li> <li>• Viande de porc : 95 % de la consommation de viande fraîche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 6 à 50 % de couverture des besoins (6 % : filière avicole ; 50 % : viande de porc fraîche)</li> <li>• Fort potentiel de développement des zones de pâturage pour de l'élevage extensif ou semi-extensif ;</li> <li>• Forte concurrence de la viande d'importation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 % de couverture</li> <li>• En moyenne viande : 39 % et œufs : 100 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 % de couverture</li> <li>• En moyenne viande bovine 13 %</li> <li>• Viande de porc : 95 % de la consommation de viande fraîche</li> </ul>	
<b>Secteur agro-alimentaire</b>	Quelques unités de transformation de fruits et légumes	Peu développé : 1 abattoir et 1 transformateur industriel regroupant 2 unités	87 entreprises	4 principales industries agroalimentaires dont 2 sur les boissons sucrées (jus, soda, bière), 1 sur la charcuterie et 1 sur les produits laitiers. Au total, environ 200 entreprises agroalimentaires pour la majorité des PME	
<b>Importations</b>			27 000 tonnes de légumes importés		

## DONNÉES SUR L'ÉTAT NUTRITIONNEL

	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
<b>Surpoids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes 37 % en 2007 (étude Consant, 2007) contre 24 % en 2005 (enquête Calbas, 2005)</li> <li>• Femmes 34 % en 2007 (étude Consant, 2007) contre 34 % en 2005 (enquête Calbas, 2005)</li> <li>• Enfant : 25 %</li> <li>• Chez les 16-29 ans : 27 %</li> <li>• À partir de 40 ans : 50 %</li> </ul>	(aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes 40 % vs femmes 33 % (source : <i>État de santé de la population à la réunion</i>, ORS 2008)</li> <li>• Enfants scolarisés en 3<sup>e</sup> (2003-2004) : 15,3 %</li> <li>• Enfants scolarisés en CM2 (2004-2005) : 17,5 % (source : cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, DREES 2006)</li> </ul>	Adultes : 33,1 % et enfants de 5 à 14 ans : 15,9 % (source : enquête Escal, 2003-2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes (15 ans et plus) : - hommes : 25 % ; - femmes : 26 %</li> <li>• Enfants (2-17 ans) : - 2-4 ans : 4 % ; - 5-14 ans : 7 % (source : étude Nutrimay, 2006)</li> </ul>
<b>Obésité/maigreur, insuffisance pondérale pour Mayotte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes : 14 % en 2007 (source : étude Consant, 2007) contre 10 % en 2005 (source : enquête Calbas, 2005)</li> <li>• Femmes : 31 % en 2007 (source : étude Consant, 2007) contre 34 % (source : enquête Calbas, 2005)</li> <li>• Enfant : 7 % (source : L'obésité dans une population d'enfants et adolescents en Guadeloupe, 2001-2002)</li> </ul>	(aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulte : 15 % (les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, de 14 % chez les 30-39 ans à 20 % chez les 40-49 ans jusqu'à 27 % chez les 50-59 ans et infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes)</li> <li>• Enfants scolarisés en classe de 3<sup>e</sup> (2003-2004) : 5,4 %</li> <li>• Enfants scolarisés en classe de CM2 (2004-2005) : 8,7 % (source : « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 à La Réunion », Infos Réunion Études et statistiques de la DRASS n° 10 janvier 2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 20,1 % des adultes dont 25,7 % des femmes</li> <li>• 7,9 % chez les enfants de 5 à 14 ans versus 3,5 % dans la France entière (indicateur de référence IMC supérieur ou égal à 30) (source : enquête Escal, 2003-2004)</li> <li>• 36,6 % des femmes enceintes présentaient une obésité avant la grossesse, et près de 8,8 % avait eu une prise de poids excessive pendant leur grossesse (au moins 20 kg) (source : enquête périnatale, 2003)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes (15 ans et plus) : - hommes : 8 % ; - femmes : 32 %</li> <li>• Enfants (2-17 ans) : - 2-4 ans : 0,4 % ; - 5-14 ans : 1,4 %</li> <li>• Enfants (0-4 ans) en situation de maigreur modérée à sévère : - 8 % des enfants de moins de 1 an ; - 7 % des enfants âgés de 1 à 4 ans</li> <li>• Enfants (0-4 ans) en situation d'insuffisance pondérale modérée à sévère : - 2 % des enfants de moins de 1 an ; - 13 % des enfants de 1 à 4 ans</li> <li>• Enfants (0-4 ans) en situation de retard de croissance modéré à sévère : - 2 % des enfants de moins de 1 an ; - 8 % des enfants de 1 à 4 ans</li> </ul>

	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
<b>Diabète</b>	Adultes entre 25 et 74 ans : 10 % (source : étude Consant, 2007)	3 885 patients diabétiques en 2007 (contre 2 467 diabétiques en 2004), nombre qui a plus que doublé en 3 ans (source : CGSS Guyane, site Insee)	Adultes entre 30 et 69 ans : 17,7 % (source : étude Rédia - Réunion-Diabète - 1999-2001)	En 2008, la prévalence pour 100 000 habitants des affections longue durée (ALD) pour diabète était 1,6 fois plus élevée en Martinique (4 023) qu'en France métropolitaine (2 522). La progression est également plus rapide, avec une incidence en Martinique 1,4 fois plus élevée qu'en métropole (source : IRDES)	Adultes entre 30 et 69 ans : 10,5 % (source : étude Maydia, 2008)
<b>HTA</b>	Adultes entre 25 et 74 ans présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée PAS $\geq$ 140 mm Hg et/ou PAD $\geq$ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur) : 37,3 % (source : résultats publiés des Journées d'appel et préparation à la défense pour 2009)	(aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)	Adultes (18 ans et plus) présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée (PAS $\geq$ 140 mm Hg et/ou PAD $\geq$ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur) : 15 % (source : étude Reconsal, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence HTA : 18,9 % chez les femmes et 19,5 % chez les hommes (source : étude INHAPAG, 2001)</li> <li>• 73,0 % des hypertendus étaient en surcharge pondérale, versus 47,4 % pour les sujets ne présentant pas d'HTA (<math>p &lt; 0,001</math>) (source : enquête Escal)</li> <li>• Chez 69 % des patients, HTA premier facteur de risque cardiovasculaire</li> </ul>	Adultes (15 ans et plus) présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée (PAS $\geq$ 140 mm Hg et/ou PAD $\geq$ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur) : - hommes : 24 % ; - femmes : 25 %

## DONNÉES SUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET ACTIVITÉ PHYSIQUE/SÉDENTARITÉ

	Guadeloupe	La Réunion	Martinique	Mayotte
<p><b>Apports alimentaires selon les repères PNNS</b> (aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Près d'un tiers des Sud-Basse terriens déclarent manger <b>5 fruits et légumes</b> par jour</li> <li>• 27 % consomment trois <b>produits laitiers</b> par jour avec une proportion plus importante chez les moins de 16 ans (38 %)</li> <li>• 88 % consomment une à deux fois par jour <b>viandes/volailles/produits de la pêche</b> dont une consommation de produits de la pêche deux fois par semaine qui augmente avec l'âge (59 % chez les moins de 30 ans et 80 % chez les plus de 50 ans)</li> <li>• Forte consommation de <b>produits et boissons sucrées</b> chez les jeunes (trois jeunes de moins de 30 ans sur cinq boivent tous les jours des boissons sucrées et plus d'un enfant sur deux mangent tous les jours un produit sucré)</li> <li>• Dans la classe d'âge des 16-29 ans, près d'un adulte sur deux consomme au moins une fois par semaine des <b>produits issus de la restauration rapide ou voitures ambulantes</b> (source : enquête Calbas, 2005)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 77 % de la population consomment <b>des fruits et légumes</b> régulièrement</li> <li>• 1 % de la population atteint le repère du PNNS</li> <li>• 91 % sont des petits consommateurs (2 fruits et légumes par jour maximum) (source : étude de la santé de la population, 2008)</li> </ul>	<p><b>Fruits et légumes</b> 16 ans et plus consommant l'équivalent d'au moins 5 portions par jour (<math>\geq 400</math> g) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 24,6 % ;</li> <li>. femmes : 19,2 % ;</li> <li>. ensemble : 21,6 %</li> </ul> <p><b>Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs</b> 16 ans et plus consommant l'équivalent de 3 à 6 portions par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 56,8 % ;</li> <li>. femmes : 35,4 % ;</li> <li>. ensemble : 45,2 %</li> </ul> <p><b>Lait et produits laitiers</b> 16 ans et plus consommant l'équivalent de 2,5 à 3,5 portions (2,5 à 4,5 portions pour les personnes âgées de 5 à 17 ans et de plus de 55 ans) par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 15,0 % ;</li> <li>. femmes : 13,5 % ;</li> <li>. ensemble : 14,2 %</li> </ul> <p><b>Viandes, volailles, produits de la pêche et œufs</b> 16 ans et plus consommant l'équivalent de 1 à 2 portions par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 34,0 % ;</li> <li>. femmes : 43,2 % ;</li> <li>. ensemble : 38,9 %</li> </ul> <p><b>Produits de la pêche</b> 16 ans et plus consommant l'équivalent d'au moins 2 portions par semaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 62,3 % ;</li> <li>. femmes : 65,1 % ;</li> <li>. ensemble : 63,8 %</li> </ul>	<p><b>Fruits et légumes</b> Proportion de sujets consommant l'équivalent d'au moins 5 portions par jour (<math>\geq 400</math> g) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 8,8 %,</li> <li>. filles : 7,7 %,</li> <li>. ensemble : 8,4 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 21,4 %,</li> <li>. femmes : 15,3 %,</li> <li>. ensemble : 18,0 %</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs</b> Proportion de sujets consommant l'équivalent de 3 à 6 portions par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 52,9 %,</li> <li>. filles : 40,4 %,</li> <li>. ensemble : 48,5 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 56,0 %,</li> <li>. femmes : 47,7 %,</li> <li>. ensemble : 51,4 %</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Lait et produits laitiers</b> Proportion de sujets consommant l'équivalent de 2,5 à 3,5 portions (2,5 à 4,5 portions pour les personnes âgées de 5 à 17 ans et de plus de 55 ans) par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 2,1 %,</li> <li>. filles : 6,0 %,</li> <li>. ensemble : 3,5 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 0,6 %,</li> <li>. femmes : 2,7 %,</li> <li>. ensemble 1,8 %</li> </ul> </li> </ul>

	Guadeloupe	La Réunion	Martinique	Mayotte
<p><b>Apports alimentaires selon les repères PNNS</b> (aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)</p>			<p><b>Matières grasses ajoutées</b> 16 ans et plus consommant moins de 16 % de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 81,6 % ;</li> <li>. femmes : 80,0 % ;</li> <li>. ensemble : 80,0 %</li> </ul> <p><b>Produits sucrés</b> 16 ans et plus consommant moins de 12,5 % de l'AESA en glucides simples issus des produits sucrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 71,3 % ;</li> <li>. femmes : 73,8 % ;</li> <li>. adultes : 72,6 %</li> </ul> <p><b>Boissons dont les boissons sucrées et les boissons alcoolisées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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) : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 54,5 % ;</li> <li>. femmes : 58,2 % ;</li> <li>. ensemble : 56,5 %</li> </ul> </li> <li>• 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)</li> </ul>	<p><b>Viandes, volailles, produits de la pêche et œufs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de sujets consommant l'équivalent de 1 à 2 portions par jour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 40,6 %,</li> <li>. filles : 38,8 %,</li> <li>. ensemble : 40,0 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 39,5 %,</li> <li>. femmes : 35,8 %,</li> <li>. ensemble : 37,4 %</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Proportion de sujets consommant l'équivalent d'au moins 2 portions de produits de la pêche par semaine : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 39,6 %,</li> <li>. filles : 37,9 %,</li> <li>. ensemble : 38,0 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 69,3 %,</li> <li>. femmes : 70,8 %,</li> <li>. ensemble : 70,1 %</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Matières grasses ajoutées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de sujets consommant moins de 16 % de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 62,2 %,</li> <li>. filles : 72,9 %,</li> <li>. ensemble : 65,9 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 77,5 %,</li> <li>. femmes : 72,1 %,</li> <li>. ensemble : 74,5 %</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Proportion de sujets consommant plus de matières grasses ajoutées d'origine végétale qu'animale : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 84,4 %,</li> <li>. filles : 70,0 %,</li> <li>. ensemble : 79,3 % ;</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	Guadeloupe	La Réunion	Martinique	Mayotte
<p><b>Apports alimentaires selon les repères PNNS</b></p> <p>(aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)</p>			<p><b>Sel</b> Apports moyens journaliers en sel (g/j) chez les sujets de 16 ans et plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 7,3 ;</li> <li>. femmes : 5,0 ;</li> <li>. ensemble : 6,1</li> </ul> <p>(source : enquête Escal, 2003-2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 84,4 %,</li> <li>. femmes : 81,7 %,</li> <li>. ensemble : 82,9 %</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Produits sucré</b> Proportion de sujets consommant moins de 12,5 % de l'AESA en glucides simples issus des produits sucrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 87,8 %,</li> <li>. filles : 84,2 %,</li> <li>. ensemble : 86,6 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 89,5 %,</li> <li>. femmes : 90,5 %,</li> <li>. adultes : 90,0 %</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Boissons dont les boissons sucrées et les boissons alcoolisées</b> Proportion de sujets consommant plus d'un litre de boissons non sucrées et moins de 250 ml de boissons sucrées (125 ml pour les enfants) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. garçons : 4,0 %,</li> <li>. filles : 4,8 %,</li> <li>. ensemble : 4,3 % ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 29,7 %,</li> <li>. femmes : 25,5 %,</li> <li>. ensemble : 27,3 %</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Sel</b> Apports moyens journaliers en sel (g/j) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 3,3 (ensemble) ;</li> </ul> </li> <li>- plus de 15 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 4,6,</li> <li>. femmes : 3,4,</li> <li>. ensemble : 3,9</li> </ul> </li> </ul> <p>(source : étude NutriMay, 2006)</p>

	Guadeloupe	La Réunion	Martinique	Mayotte
<p><b>Activité physique-sédentarité</b> (aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Guyane)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 58,7 % de la population pratiquent une activité physique modéré ou élevé au moins 30 minutes par jour, 5 fois par semaine dont 30,3 % une activité physique élevée</li> <li>• 44,8 % de la population pratiquent une activité sportive régulière et 18,6 % des pratiquants ont une licence sportive</li> <li>• 32,7 % des enfants de 6 à 14 ans vont à l'école à pied ou à vélo ;</li> <li>• 49,5 % des enfants pratiquent une activité sportive pendant leur temps libre</li> </ul> <p>(source : enquête APHYGUAD adultes et enfants, 2009 et 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 % de la population n'atteignent pas le repère du PNNS</li> <li>• 9 % pratiquent une activité physique pendant 3 à 4 heures par semaine ;</li> <li>• 31 % ne font jamais ou rarement d'activité physique</li> </ul> <p>(source : étude de santé de la population à la Réunion, 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 42,4 % des enfants de moins de 16 ans pratiquent un sport au moins une fois par semaine (pratique différente selon le sexe : filles 33,6 %, garçons : 51 %)</li> <li>• 35,6 % des adultes pratiquent un sport au moins une fois par semaine (femmes : 33,8 %, hommes : 38,3 %)</li> </ul> <p>(source : enquête Escal, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Données relatives à l'activité physique : niveau d'activité physique élevé chez les hommes (67 % des hommes ont un niveau d'activité physique conforme aux recommandations), et particulièrement bas chez les femmes. Près de six habitantes de Mayotte sur dix ont un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations du PNNS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données relatives à l'activité physique : niveau d'activité physique élevé chez les hommes (67 % des hommes ont un niveau d'activité physique conforme aux recommandations), et particulièrement bas chez les femmes. Près de six habitantes de Mayotte sur dix ont un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations du PNNS.</li> <li>• Données relatives à la sédentarité : reflet des évolutions en cours dans l'île, le temps passé devant un écran de télévision ou d'ordinateur est plus élevé parmi les femmes jeunes que parmi les plus âgées</li> <li>• Temps quotidien moyen passé devant un écran (ordinateur ou télévision), hors activité professionnelle chez les adultes de 15 ans et plus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- hommes : 61,9 min/j ;</li> <li>- femmes : 56,2 min/j ;</li> <li>- ensemble : 58,8 min/j</li> </ul> </li> <li>• Temps quotidien moyen passé devant un écran (ordinateur ou télévision), hors activité professionnelles (%) chez les adultes de 15 ans et plus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- moins de 60 minutes : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 64,5 %,</li> <li>. femmes : 62,9 %,</li> <li>. ensemble : 63,7 %</li> </ul> </li> <li>- plus de 60 minutes : <ul style="list-style-type: none"> <li>. hommes : 35,5 %,</li> <li>. femmes : 37,1 %,</li> <li>. ensemble : 36,3 %</li> </ul> </li> </ul> <p>(source : étude NutriMay, 2006)</p> </li> </ul>

**Secrétariat d'édition**

Magali Schweitzer

**Conception**

Paragramme

**Mise en page**

DICOM

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé  
Délégation à l'information et à la communication (DICOM)

DICOM 12.017

Plus d'informations :  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)