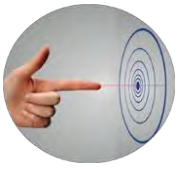
CONFERENCE DE CONSENSUS SUR LE DIABETE A LA REUNION ET A MAYOTTE

Soyons plus fort que le diabète

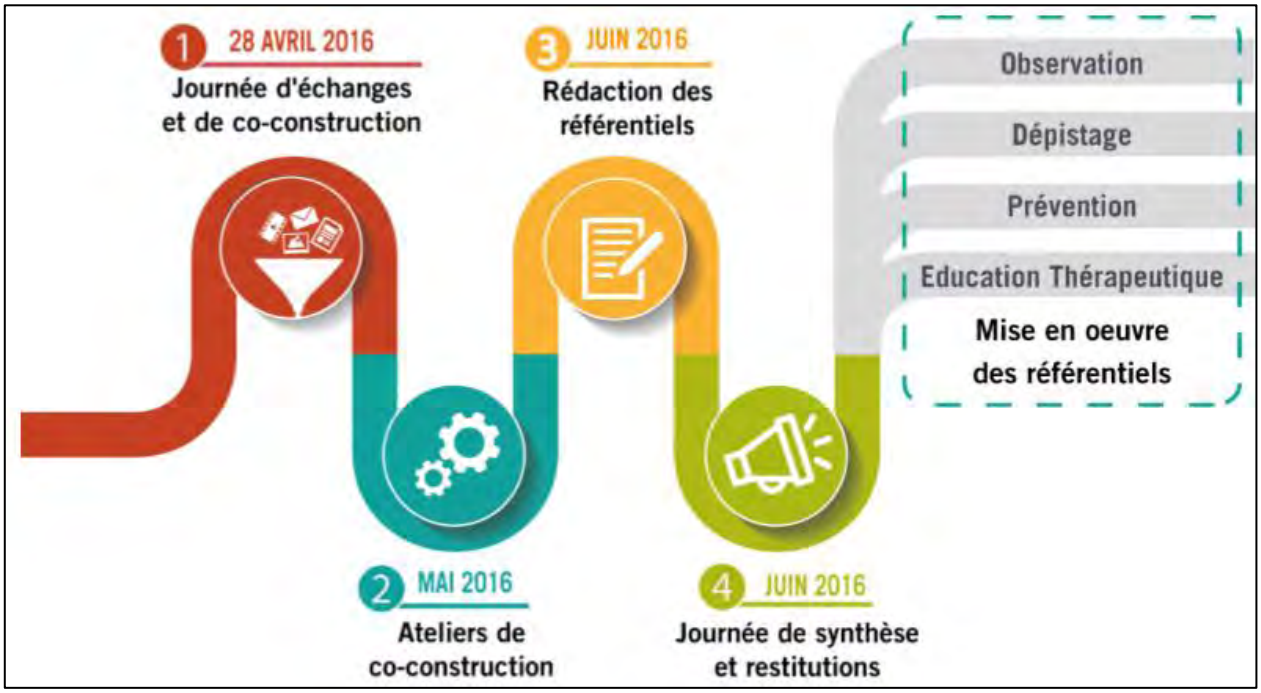


Référentiel PREVENTION PRIMAIRE

PREFACE

Une conférence de consensus pour amplifier la dynamique de lutte contre le Diabète

Parce que la lutte contre le diabète est une priorité régionale**, l'ARS Océan Indien, en association avec ses partenaires, a ouvert une Conférence de consensus le 28 avril 2016.** Pour la 1ère fois, une centaine d'acteurs et de patients, de La Réunion et de Mayotte**, se sont réunis afin de définir ensemble le contenu des actions à mettre en œuvre, et les conditions de leur efficacité, pour améliorer la prévention du diabète et l'accompagnement des malades. Toute la démarche se structure autour de** 5 enjeux : l'observation du diabète dans les 2 îles, le dépistage, la prévention primaire, la prévention ciblée et l'éducation thérapeutique.



Construire collectivement des référentiels

Cette démarche de conférence de consensus a permis d'élaborer, avec les acteurs des 2 îles, en s'appuyant sur l'expérience des actions passées ou en cours ainsi que sur les recommandations nationales ou internationales existantes, **des référentiels synthétisant les modalités d'action faisant l'objet de consensus.**

Ces référentiels, apportent un cadre stratégique et opérationnel aussi bien aux financeurs qu'aux acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre des **PRAANS Réunion et Mayotte**.

Ce sont près de **73 acteurs**, **Réunion et Mayotte confondus** qui se sont impliqués dans la démarche en participant aux ateliers de co construction **(10 ateliers à la Réunion et 12 ateliers à Mayotte),** qui ont donné suite à la journée de lancement de la conférence, qui s'est tenue le 28 avril 2016 à la Réunion avec **130 participants** dont une **délégation mahoraise de 25 personnes.**

Un référentiel pour La prévention primaire

Ce référentiel concerne l'enjeu de PREVENTION PRIMAIRE du diabète dans les 2 îles, autrement dit :

- Quelles actions peuvent contribuer significativement à améliorer les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique des populations de la Réunion et de Mayotte ?
- A quels critères de pertinence ou de qualité doivent répondre ces actions ?

L'objectif du référentiel est d'identifier les stratégies, les modalités d'action et leurs critères de qualité qui doivent permettre d'une part aux institutions de s'appuyer sur un référentiel commun faisant l'objet d'un réel consensus pour piloter les politiques régionales de lutte contre le diabète et d'autre part, guider les acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions.

Les participants Réunion

Atelier 1 : 24 Mai 2016
Atelier 2 : 7 Juin 2016

Mme CHAUSSADE Catherine - ARS OI
Mme BAILLIEUX Diane - Mutualité de la Reunion
Dr BARANES Thierry - Rectorat
Mme CHOPINET-DIJOUX Stelly - ARS OI
M. CAMPO Patrick - ARS OI
Mme STEIN Frédérique - DAAF
Mme MINATCHY Nicole - DAAF
M. FUNTEU NANA FRIDOR - IREN
Dr FAVIER François - INSERM/CHU
M. BERTIL Pascal – Département
Mme ALBERTO Mailys - ADN
Dr STOJCIC Irène - ORS / IREPS
Dr LEBOT Frédéric – Rectorat
M. BOUNEA Guy – Cabinet
M. HUET Sébastien
Mme LIAFI Naima
Dr COGNE Muriel - CHU

Animateurs : Cédric PEDRE – IREPS Réunion

Les participants Mayotte

Atelier 1 : 24 Mai 2016
Atelier 2 : 7 Juin 2016

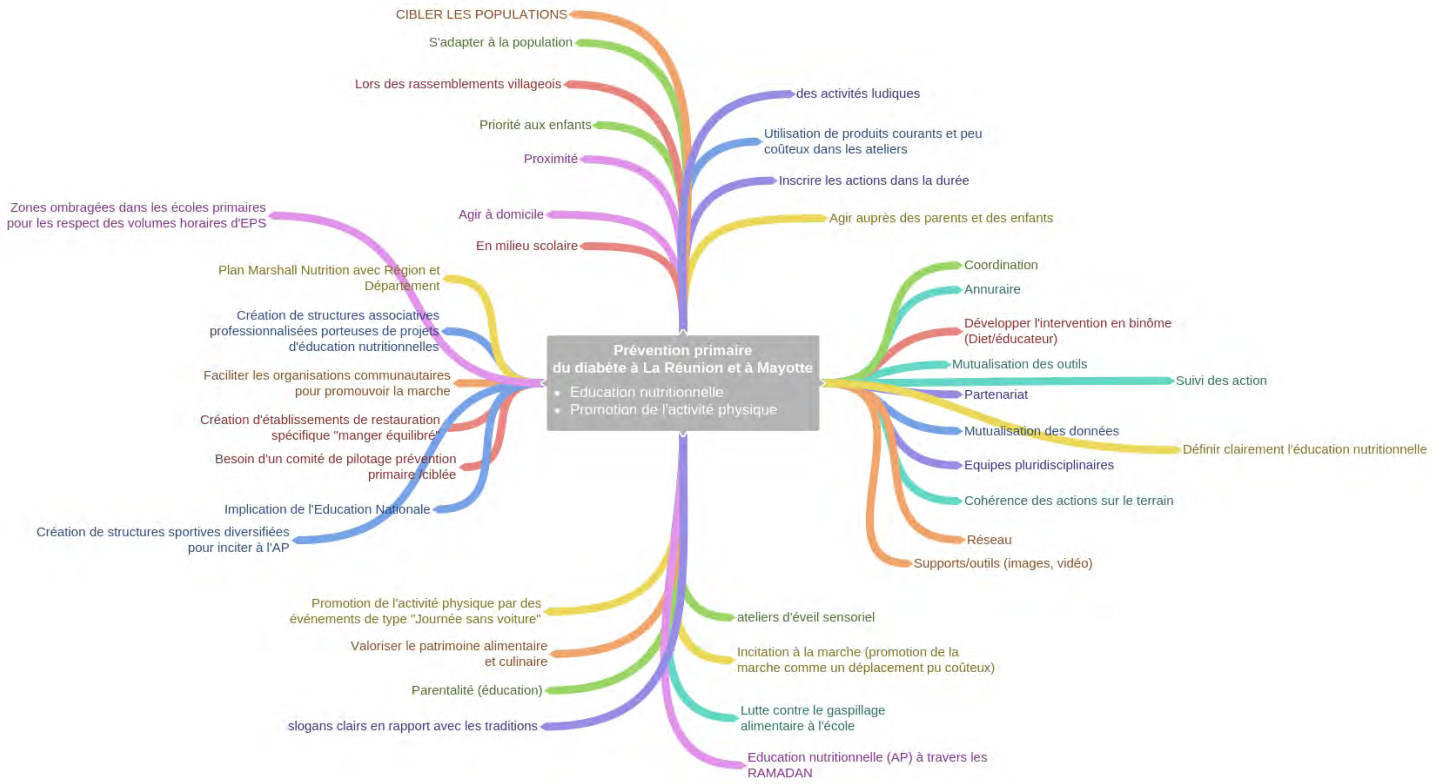
Mme TASSOU- CASELLATO Béatrice - VICE-RECTORAT
Mme DUMITRANA Lenuta - IREPS
Dr GATAA Mirasse - Rédiabylang976
Mme SCHAUB MARTINE - EDUCATION NATIONALE
Mme PECHARMAN Suzon - Rédiabylang
Dr BRUN HENRI - ARS OI
M. AZIDA Kartoibi - IREPS Mayotte
Mme BAMANA Anchya - ARS OI
M. THIRIA Julien - ARS OI
Mme DURETTE Stéphanie - Diététicienne libérale
Mme ABDOUROIHAMANE Salimata - CSS Mayotte
Mme BAMANA Souniati - CSS Mayotte
Mme MARTIN Pauline - IREPS Mayotte
Mme DORMIEU Sylvie - Sage Femme
Mme MADAHOMA Chamssia – PMI
Mme TOULLEC Fanny – PMI

Animateurs :
- *Dr Gataa Mirasse - Rédiabylang976*
- *Mme MARTIN Pauline - IREPS Mayotte*

INTRODUCTION

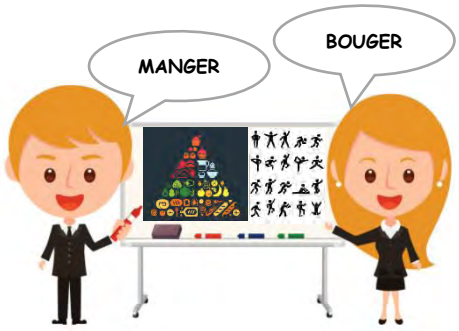
Les travaux menés dans les ateliers dédiés à la prévention primaire qui ont eu lieu à la Réunion et à Mayotte ont permis de faire émerger des consensus forts sur la prévention primaire du diabète dans ces deux territoires. Si la plupart des consensus sont communs aux deux îles, certains spécifiques au territoire de Mayotte ont émergé. Ils seront repérés dans le présent référentiel par le pictogramme à droite de ce paragraphe.

Ce référentiel a été construit en 3 étapes. La première a consisté lors d'un premier atelier d'idéation, sur la base d'un métaplan, à faire émerger les grands principes d'actions jugés pertinents par les acteurs sur la base des leurs expériences de terrain.



La 2ème étape, constituée de 2 ateliers de co construction, a permis d'identifier différents critères consensuels de pertinence, stratégiques ou méthodologiques plus précis mais aussi, au regard

des échanges et des consensus, d'élargir le périmètre du référentiel vers des démarches de promotion de la santé.



Action d'éducation pour la santé

Une 3ème étape a consisté à consolider les différents consensus par des références théoriques, scientifiques voire empiriques. Ce travail a été effectué par l'IREPS Réunion dans le cadre de la rédaction du référentiel et validé lors d'un 3ème atelier de validation.

Il apparaît important de souligner le caractère vaste et complexe de l'enjeu prévention primaire qui renvoie à plusieurs modalités d'actions et concerne différentes politiques publiques (différents services, acteurs, métiers, …). Ainsi l'élaboration du référentiel d'actions de prévention primaire doit s'envisager :

- d'une part au regard des acteurs ayant participé à la conférence de consensus, comme une démarche de promotion de la santé visant l'évolution des déterminants de la santé en particulier ceux relatif à la nutrition,
- et d'autre part, comme un référentiel qui permet aux différents acteurs concernés de se l'approprier afin d'améliorer leurs pratiques et leurs actions dans un cadre coordonné.

LES CONCEPTS CLES

CONSENSUS 1 : DES ACTIONS QUI VISENT LA TRANSFORMATION DES DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX, SOCIAUX ET INDIVIDUELS

CONSENSUS 2 : VERS DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE COORDONNEES

CONSENSUS 3 : DES ACTIONS LOCALISEES

CONSENSUS 4 : PRIORITE AUX POPULATIONS LES PLUS FRAGILES ET AUX JEUNES

CONSENSUS 5 : DES ACTIONS COMMUNAUTAIRES

CONSENSUS 6 : DES OUTILS ET SUPPORTS ADAPTES, LUDIQUES ET CONVIVIAUX

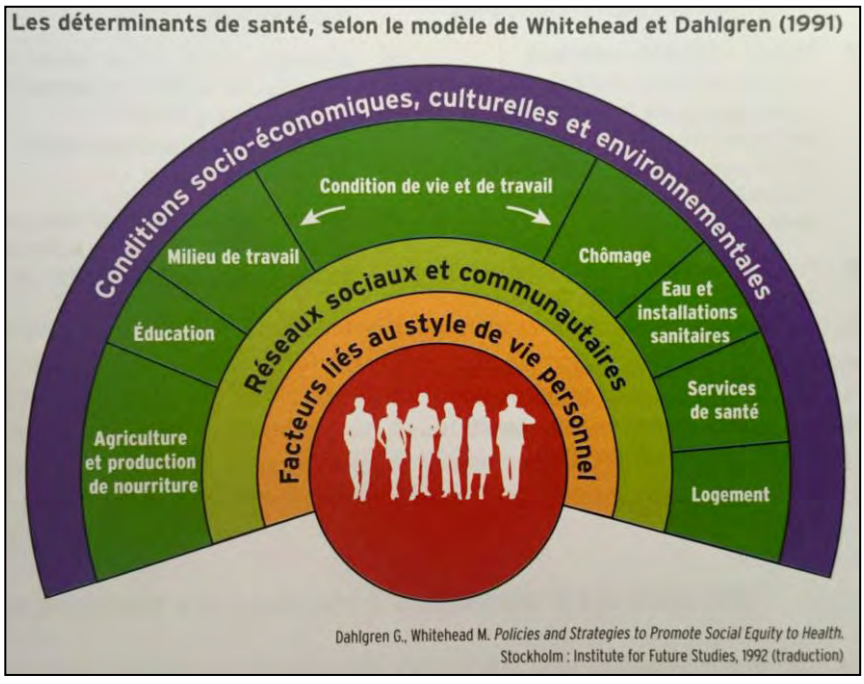
CONSENSUS 7 : DES CRITERES DE QUALITE POUR LES ACTIONS

ANNEXE

L'ensemble des réflexions menées avec les participants du groupe de travail Prévention primaire converge vers la nécessité de développer des actions s'inscrivant dans le cadre d'une approche globale de promotion de la santé. Il apparaît alors important avant d'aborder les différents critères qui ont fait consensus de poser les principaux concepts qui viennent consolider les réflexions des acteurs.

Les déterminants de la santé

La notion de promotion de la santé[1] repose sur le postulat suivant : un meilleur contrôle par les populations, des facteurs influençant leur santé entrainera des choix pertinents relatifs aux moyens acceptables et nécessaires pour l'améliorer. Ces facteurs influençant la santé sont appelés déterminants de la santé.



Ainsi, les actions qui résultent d'une démarche de promotion de la santé peuvent être de nature variable : information, aménagement de l'environnement, démarche auprès de responsables institutionnels ou politiques, éducation pour la santé, etc. On parle d'une approche écologique qui considère que « la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leur environnement ».

[1] Charte d'Ottawa, OMS, 1986

La promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé, définit dans la Charte d'Ottawa, en 1986 à Genève, invite à mobiliser tous les acteurs de la vie politique, sociale, et économique ainsi que tous les citoyens pour l'amélioration de la santé. Ainsi la Charte propose 5 axes d'intervention :

- La santé mais aussi les politiques sociales, économiques, éducatives, les politiques de l'emploi, de l'environnement, de l'urbanisme et de l'habitat... Et ce, quel que soit l'échelon (local à national)

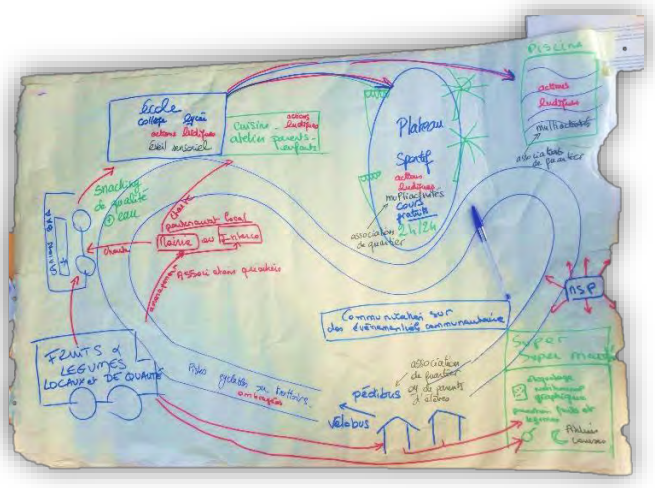
Promouvoir des "politiques publiques saines"

- On considère l'environnement physique, social, politique. Cela signifie qu'il convient de prendre en compte, pour changer les comportements de santé, les conditions de vie et d'environnement, qui ne sont pas choisies librement.

Créer des environnements "favorables"

- Il s'agit de promouvoir le changement à l'intérieur des services de santé; en effet ceux-ci se distinguent selon qu'ils soient préventifs ou curatifs, or la promotion de la santé ne fait pas ce clivage. La vision globale des besoins de santé de la population doit prédominer et les usagers ont leurs mots à dire. De fait, les professionnels de santé seront poussés à changer leurs pratiques et à travailler plus en lien avec les associations d'usagers.

Réorienter les services de santé



- C'est le développement social communautaire qui est ciblé, les initiatives venant de la communauté sont privilégiées à la santé communautaire pilotées par les professionnels de santé.

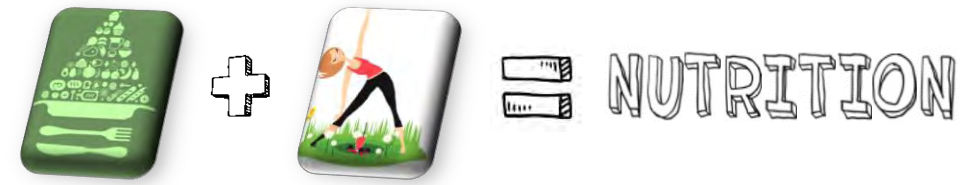
Renforcer l'action communautaire

- Outre les approches individuelles de l'éducation pour la santé, il s'agit d'acquérir les aptitudes permettant d'assurer un plus grand controle sur sa santé afin de l'améliorer.

Acquérir des aptitudes individuelles indispensables à la vie

De la prévention primaire du diabète vers la promotion de l'équilibre nutritionnel

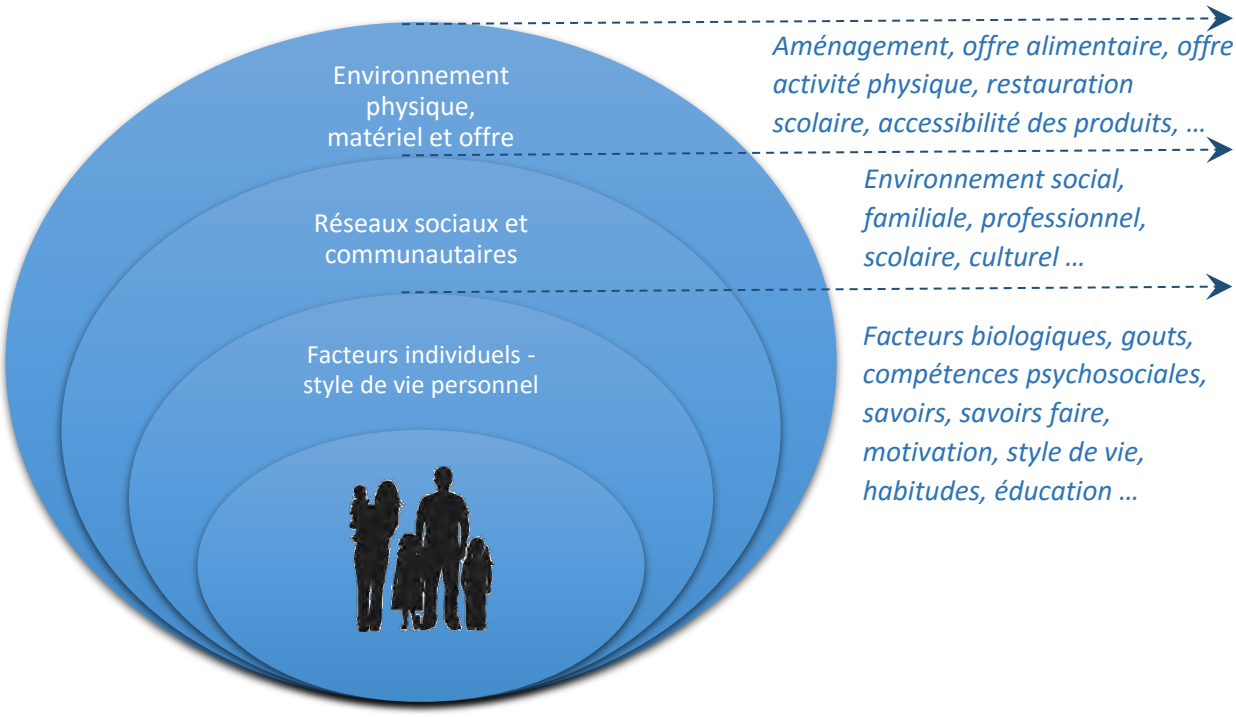
La prévention primaire du diabète du type 2 consiste essentiellement à agir sur les comportements nutritionnels des populations. Il est important, de bien tenir compte, d'un point de vue sémantique que l'utilisation du terme **« nutrition »** évoque à la fois **les comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques**. On retrouve ce postulat dans le cadre du Plan national nutrition santé, mais il est également partagé par les participants du groupe de travail prévention primaire de la conférence de consensus.



Alimentation *Activité physique*

Les déterminants des comportements nutritionnels

Les différents critères et recommandations qui ont fait consensus auprès des participants du groupe de travail prévention primaire convergent vers **des actions de promotion de la santé sur la question de la nutrition**. En effet les participants s'accordent sur le caractère **multifactoriel et social des comportements nutritionnels**. On peut de ce fait transposer la carte des déterminants de la santé aux comportements nutritionnels :



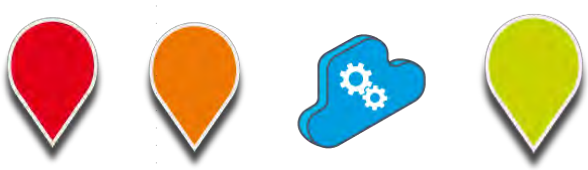
La prévention primaire du diabète de type 2

Ainsi, au regard des participants, les actions de prévention primaire du diabète de type 2 doivent se fixer comme objectif **l'évolution favorable des facteurs évoqués ci-dessus, à savoir :**

- **Les facteurs individuels**
- **Les facteurs liés à l'environnement social**
- **Les facteurs liés à l'environnement physique, matériel, économique …**

De telles actions s'inscrivent bien dans des démarches de promotion de la santé, telles que définit dans la Charte d'Ottawa. Comme évoqué précédemment, ce type de démarche appelle des actions de natures différentes, sur plusieurs niveaux.

Constats



- L'alimentation revêt au fort caractère social et culturel qui appelle des actions sur les déterminants des comportements nutritionnels
- Les comportements nutritionnels (alimentation et activité physique) sont impactés par le contexte économique
- Les facteurs des comportements nutritionnels sont nombreux et de natures différentes
- La prévention primaire du diabète de type 2, mais aussi des autres maladies liées à la nutrition, passe par différentes actions de nature différentes, s'inscrivant dans plusieurs domaines de l'action publique.

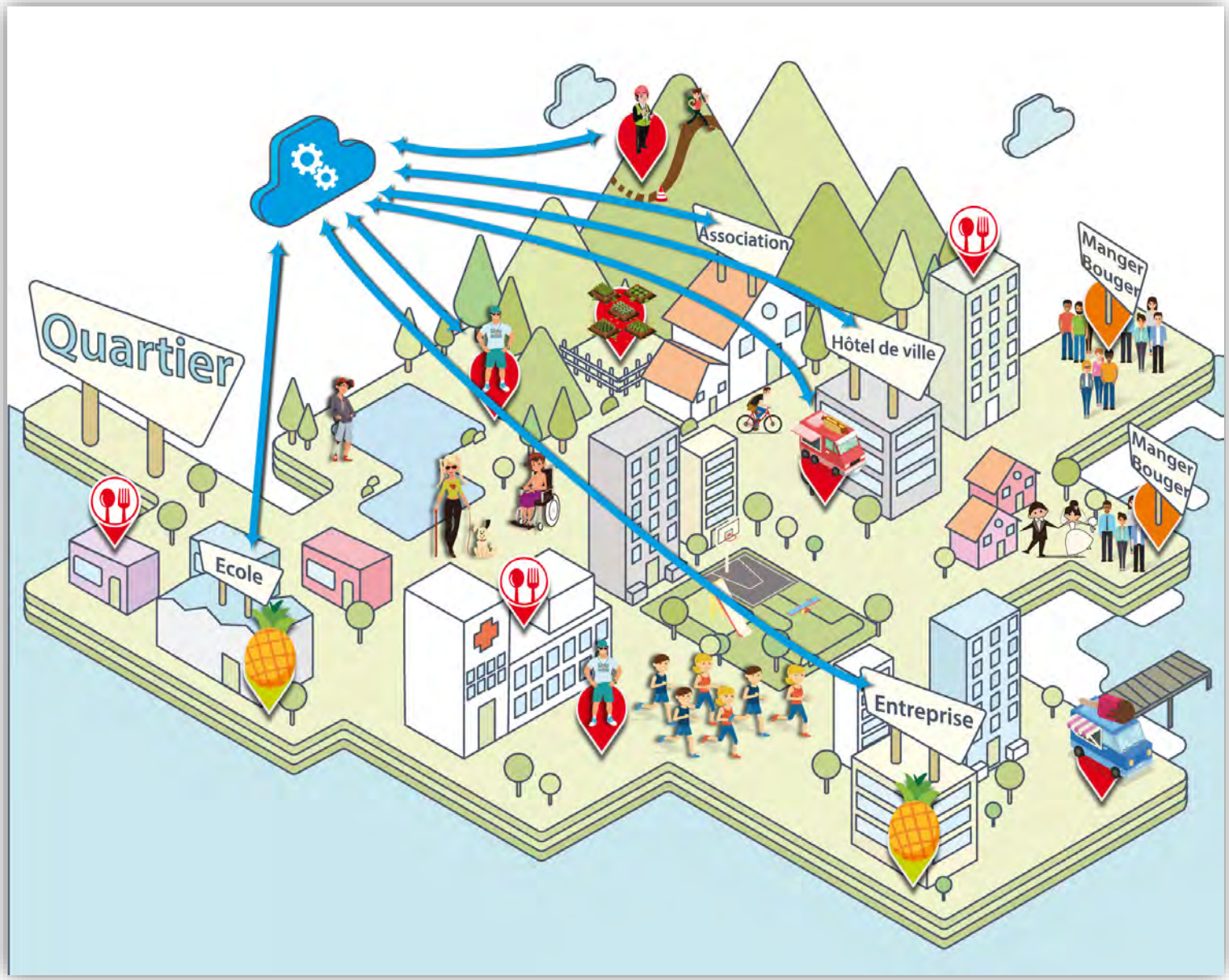
Recommandation

Les actions de prévention primaire du diabète de type 2, à la Réunion et à Mayotte, doivent s'envisager dans une démarche de promotion de la santé, visant la transformation des déterminants environnementaux, sociaux et individuels.

Si chacune des actions ne peut s'envisager comme un programme d'actions global agissant sur l'ensemble des déterminants, celles-ci doivent s'inscrire dans le cadre des typologies d'intervention ci-dessous :

Evolution favorable de l'environnement	Développement d'offre de promotion de la santé : offre alimentaire, offre en activité physique, environnement matériel favorable
Intersectorialité, coordination	Représentations d'intérêts, collaborations entre organisations, la coordination, les partenariats
Actions communautaires	Mobilisation sociale avec des effets sur les groupes et les communautés
Développement des aptitudes individuelles	Développement des compétences personnelles avec des effets sur les individus

AGIR SUR LES DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX, SOCIAUX ET INDIVIDUELS



Des actions visant l'amélioration de l'offre alimentaire en restauration rapide (label, chartes, formations, ..)

Des actions visant l'amélioration de l'offre alimentaire en restauration collective publique et privées (label, chartes, formations, ...)

Des espaces aménagés pour permettre des initiatives visant l'amélioration de l'accessibilité au fruits et légumes (jardins communautaires)

Des actions visant le développement d'une offre en activité physique orientée sport santé (soutien à l'offre, formation des acteurs)

Aménagement du territoire en faveur des activités physiques, des déplacement actifs .. (Sensibilisation des acteurs, collaborations, communication)

Coordination et partenariats intersectoriel, l'ensemble des acteurs agissent ensemble de manière coordonnée dans l'espace et dans le temps (instances, outils de coordination, de communication)

Les habitants se mobilisent dans leur quartier pour faire évoluer les habitudes nutritionnelles, ils promeuvent les comportements nutritionnels favorables et participent aux actions du quartiers (actions communautaires)

Des actions qui visent le développement des connaissances et des aptitudes individuelles concernant la nutrition (alimentation et activité physique) → actions d'éducation pour la santé

Constats

- Manque de visibilité des actions mises en œuvre sur les territoires de la Réunion et de Mayotte.
- Diversité des actions, des acteurs, des financements, …. (Éducation nutritionnelle, activité physique)
- Le manque de coordination limite l'impact et la portée des actions

Recommandation

Les actions de prévention primaire du diabète de type 2 doivent systématiquement s'inscrire dans une dynamique de coordination locale soit en initiant les bases d'une coordination (partage d'information, partenariat, …) soit en participant aux dispositifs de coordination existant (remontée d'informations, instances de coordination, ...).

La coordination doit s'envisager de manière globale, il s'agit en effet de permettre de créer des liens de cohérence entre l'action menée et d'autres démarches de prévention primaire s'inscrivant dans les autres domaines d'activité de l'outil de catégorisation des résultats (voir page 14). Ces liens de cohérence ou de continuité doivent également s'envisager envers les acteurs du dépistage (Voir référentiel Dépistage), de la prévention ciblée (voir référentiel prévention ciblée), de l'éducation thérapeutique (voir référentiel ETP) et plus globalement du soin.

➔ **3 critères possibles**

#1	L'action doit être clairement identifiée dans l'espace et dans le temps
#2	L'action s'appuie sur des partenaires locaux
#3	Les éléments de bilan et d'évaluation de l'action sont partagés avec les partenaires

Infos +

Référentiel Observation : un système d'information pour l'observation des actions

Les travaux relatifs à l'enjeu Observation de la conférence de consensus Réunion Mayotte, ont fait émerger une recommandation forte des acteurs en faveur de la mise en place d'un système d'information qui permet de centraliser et de partager les informations sur les actions. La mise en place de cette disposition facilitera la mise en œuvre des recommandations relatives au CONSENSUS 2.

La coordination, un enjeu stratégique pour l'intersectorialité

Comme évoqué dans « les concepts clés », la promotion de la santé doit s'envisager de manière intersectorielle, c'est-à-dire en considérant l'ensemble des politiques publiques. S'agissant de nutrition, les politiques relatives à :

- L'offre alimentaire (DAAF),
- L'offre sportive (DJSCS, Commune, associations, clubs, …),
- La restauration collective (DAAF, Chambre des métiers),
- La restauration scolaire (DAAF, Collectivités),
- L'action sociale (CCAS, Département),
- L'éducation (Ecole, Rectorat, Mairie, Département, ..)
- La santé (ARS)
- La cohésion sociale (DJSCS, Mairie)

L'ensemble de ces acteurs sont à considérer mais surtout à coordonner dans le cadre d'un objectif commun d'amélioration des comportements nutritionnels de la population.

La coordination, l'enjeu majeur vers une logique de parcours

L'ensemble des réflexions de la conférence de consensus Réunion Mayotte sur le diabète de type 2, convergent vers une logique de parcours pour lutter efficacement contre cette pathologie.

La notion de parcours, signifie de pourvoir répondre aux besoins des individus et des groupes au bon moment et au bon endroit. Dans cette logique, 2 axes principaux sont à considérer :

- Le développement de l'offre (de qualité en proximité) :
  - offre de prévention primaire, d'éducation pour la santé, d'accompagnement,
  - offre de prévention ciblée dès l'apparition de facteurs de risque
  - offre de prise en charge et d'éducation thérapeutique, dès l'apparition de la maladie
- La coordination de l'offre qui va permettre d'associer l'offre au besoin.

On retrouve de ce fait, des critères et des recommandations relatifs à la coordination dans les 5 référentiels de la conférence de consensus. Cette coordination ne sera en effet possible et efficace, à la seule condition, que chacun des acteurs inscrit bien son action dans les dispositifs de coordination.

Constats

- Les comportements alimentaires et relatifs à l'activité physique ont une forte dimension sociale et sont conditionnés par des facteurs liés à l'environnement familial mais aussi au « réseau social » des individus quel que soit leur âge.

Recommandation

A partir du constat, les participants s'accordent sur la pertinence de privilégier des approches territoriales plutôt qu'une approche populationnelle. Une telle démarche permettrait d'inclure dans les actions les personnes et leur environnement.

Ainsi les actions de prévention primaire doivent viser, dans un espace géographique définit, l'ensemble de ses habitants. On parle « **d'actions localisées** » dont **l'échelle jugée la plus pertinente s'apparente à celle du quartier ou du village pour Mayotte.**

Infos +

☞ Cette recommandation fait écho au concept « **d'approche écologique** » promue par l'INPES (Santé Publique France)
« L'approche écologique repose sur une vision élargie des déterminants de la santé et met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement. »

Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique, Dossier Santé en action, INPES, 2013, P. 40

#1 Cibler les territoires les plus fragiles

Constats

- La littérature et les études indiquent que la précarité est un facteur de risque du diabète.
- La Réunion fait face à une très forte précarité monétaire avec 42 % de sa population vivant sous le seuil de pauvreté. La précarité varie principalement en fonction des difficultés d'accès à l'emploi. Toutefois, les fragilités sociales ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire. La précarité touche l'ensemble du territoire. Les difficultés les plus importantes se concentrent néanmoins dans les régions Ouest et Sud. Cependant, même les quartiers les plus aisés de La Réunion font face à davantage de difficultés que la moyenne nationale.
  http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=20330

Recommandation

Dans le cadre des approches localisées citées précédemment, il conviendra de privilégier des territoires (quartiers) fortement touchés par la précarité.

Ainsi les actions de prévention primaire doivent cibler en priorité les quartiers les plus en difficulté aux indicateurs sociaux les moins favorables.

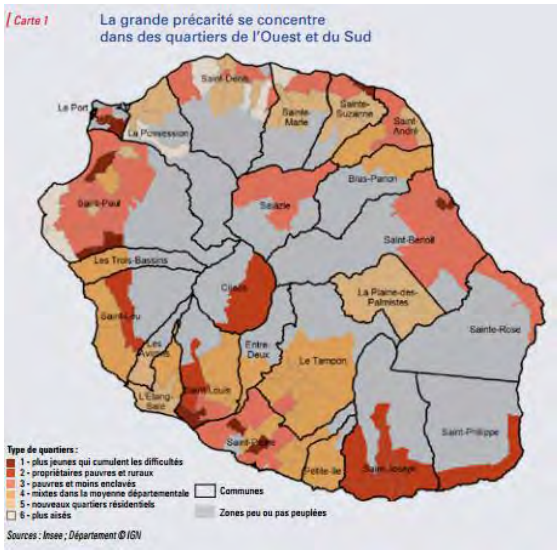
Cette recommandation, s'inscrit également dans un objectif plus global de réduction des inégalités de santé.

Infos +

Insee : Cartographie sociale des territoires - Des quartiers inégaux face à la précarité

L'INSEE met à disposition sur son site internet une étude et les cartographies associées sur les quartiers de la Réunion à travers le prisme de la précarité.

Les éléments de cette étude, accessible à tous peuvent constituer une base de référence pour répondre à la recommandation du consensus 4, à savoir la priorisation des quartiers exposés à la précarité.



Cliquez sur les images pour accéder aux documents

CGET : Cartographie des quartiers prioritaires à Mayotte

Concernant, Mayotte, si on ne dispose pas à l'INSEE des mêmes données concernant la précarité sur Mayotte, le système d'information géographique de la politique de la ville (www.sig.ville.gouv.fr) met disposition une cartographie dynamique et interactive de Mayotte, permettant d'identifier les territoires les plus exposés à la précarité.

Quelques chiffres clés :

16 Contrats de ville à Mayotte

36 Quartiers prioritaires

#2 Une attention particulière pour les jeunes et leur entourage

Constats

- A Mayotte les jeunes représentent près de 50% de la population
- A Mayotte les notions d'équilibre alimentaire se font aussi bien pour les personnes dénutries (béri-béri) que pour les personnes en surpoids/obésité.
- A la Réunion, les jeunes représentent 38% de la population
-
- Les jeunes ne maitrisent pas tous les déterminants de leur comportement nutritionnel

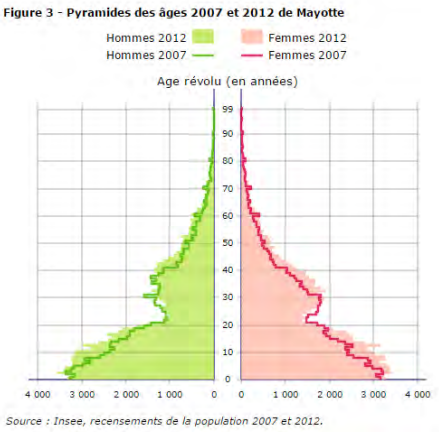
Recommandation

- **Les actions de prévention primaire doivent concerner en priorité la population « jeune »**
- **Les actions de prévention primaire doivent s'articuler autour des notions d'équilibre alimentaire et doivent viser aussi bien les publics concernés par la dénutrition que ceux concernés par le surpoids/obésité**
- **Des actions de prévention plus spécifiques (prévention ciblée) doivent cibler en priorité :**
  - **Les femmes enceintes**
  - **Les parents**
  - **Les enfants scolarisés**
  - **Les enfants non scolarisés**

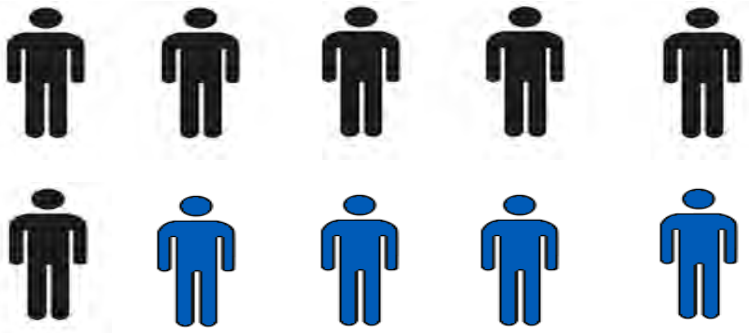
- **Les actions de prévention primaire s'appuyant sur des stratégies visant les jeunes et leur entourages (écoles, structures de petite enfance, familles, associations locales, …), sont jugée pertinentes par les participants**
- **Des actions de prévention plus spécifiques doivent cibler en priorité :**
  - **Les femmes enceintes**
  - **Les parents**
  - **Les enfants scolarisés**
  - **Les jeunes non scolarisés**

Infos +

Un mahorais sur deux à moins de 17 ans



Prés de 4 Réunionnais sur 10 ont moins de 25 ans (38%)



Constats

- Le lien avec les acteurs locaux, telles les associations, les services municipaux ou autres dynamiques formelles ou informelles apparaissent comme de véritables leviers pour les actions aussi bien pour faciliter leur mise en œuvre que pour favoriser l'approche localisée citée précédemment.
- L'implication des institutions dans le cadre de l'inscription des actions dans les dynamiques locales et/ou institutionnelles peut contribuer à favoriser l'engagement des institutions et collectivités dans les actions de prévention
- Des personnes viennent aux actions de prévention car elles sont intéressées ou car elles attendent quelque chose en retour (Croix rouge et bons alimentaires)
- Des difficultés de mise en pratique de l'équilibre alimentaire si l'offre alimentaire est insuffisante

Recommandation

Les actions s'inscrivant dans le cadre du domaine d'activité N°3 de l'OCR (Outil de catégorisation des résultats), à savoir, la mobilisation sociale avec des effets sur les groupes et les communautés, doivent s'appuyer sur des démarches de santé communautaire.

Les critères suivants peuvent contribuer à caractériser ces actions :

#1	Au regard de ces constats les participants sont en faveur d'un critère relatif à l'inscription des actions de prévention primaire dans le cadre des dynamiques existantes sur le territoire concerné. **Le lien étroit et la participation des acteurs locaux (associations, cadis...) sont soulignés.**
#2	Les actions de prévention primaire **doivent valoriser la culture et les représentations locales** notamment pendant des périodes particulières comme le Ramadan à Mayotte.
#3	Les actions de prévention primaire doivent prendre en considération le **contexte économique et social** sur la période de l'action.

Infos +

La dimension communautaire des actions, un critère reconnu pour les actions de promotion de la santé

Les recommandations ci-dessus renvoient au caractère communautaire des actions de prévention primaire, ce critère fait aujourd'hui l'objet de consensus aussi bien nationaux qu'internationaux. On peut citer la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) qui mentionne parmi les 5 axes stratégiques de la promotion de la santé, le renforcement des actions communautaire. Au niveau national, on peut également s'appuyer sur le guide d'auto-évaluation des actions de promotion de la santé qui intègre dans ses critères de qualité la dimension communautaire des actions.

On peut rappeler une définition d'une action de santé communautaire :

La santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique en constituant une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle et de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé. Elle est fondée sur plusieurs grands principes :

- *La santé est liée à un ensemble de facteurs (démographiques, géographiques, sociaux, économiques…) qui ne touche pas qu'un individu mais toute une population, i.e. une communauté ; ces facteurs sont répartis de manière inégale entre les territoires ;*
- *La médecine, le système de soins et les politiques publiques n'apportent pas toujours une approche assez globale de la santé ;*
- *Les comportements individuels sont difficiles à faire changer ; l'implication des « gens » est fondamentale pour parvenir à un changement ; il ne s'agit pas de « faire pour » les gens, mais « avec » eux.*

S'appuyant sur le fait que des changements individuels peuvent être produits par le biais de l'implication dans une action collective, la santé communautaire met en œuvre une action collective locale. Ainsi, le groupe entier transforme ses normes, et une dynamique de changement peut se mettre en place.

Pour un débat citoyen sur la santé plus actif, Rapport d'étude - Juillet 2011
Fiche 5: La santé communautaire
Planète publique
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf

Constats

- Les temps de repas autant que les activités physiques intègrent une dimension de plaisir, qu'il s'agisse du plaisir lié à la convivialité pendant les repas, des plaisirs gustatifs, du caractère ludique des activités physiques.
- Les publics adhèrent donc, et participent plus facilement à des actions où ils prennent du plaisir et s'amusent tout en trouvant des réponses à leurs propres interrogations
- Les actions peuvent faire appel à des supports ou des outils, l'usage de l'écrit et la non contextualisation sont des freins à leur appropriation par les publics.

Recommandation

Les actions s'inscrivant dans le cadre du domaine d'activité N°4 de l'OCR visant le renforcement des aptitudes personnelles avec des effets sur les individus doivent s'appuyer sur des outils et/ou des supports adaptés et contextualisés

Les critères suivants peuvent contribuer à caractériser cette recommandation :

#1	**Des supports adaptés : ateliers, usage modéré de l'écrit, illustrations, vidéo**
#2	**Des supports contextualisés, s'appuyant sur les cultures et les traditions**
#3	**Des supports ludiques et conviviaux**

Infos +

Un critère de qualité pour les supports d'intervention

L'INPES a publié en 2005 un référentiel de qualité des supports et des outils d'interventions en éducation pour la santé.

Critères de qualité essentiels

1. QUALITÉ DU CONTENU
Les sources utilisées sont identifiées.
Les informations sont d'actualité.
L'outil ne fait pas la promotion d'un produit ou d'une marque.
Le contenu est objectif et nuancé.
Le contenu est acceptable au regard de l'éthique.
Le contenu est pertinent par rapport au thème.
Le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.

2. QUALITÉ PÉDAGOGIQUE
Construction pédagogique
Les objectifs sont annoncés.
L'émetteur du discours est facilement identifiable.
Le point de vue du destinataire est pris en compte.
L'outil évite la mise en échec des destinataires.
Implication du destinataire
Le niveau de difficulté est adapté au destinataire.
Le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation.
Les connaissances et représentations préexistantes des destinataires sont prises en compte.
Implication collective du destinataire
L'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants.
Les sentiments suscités par l'outil (crainte, malaise…) ne produisent pas d'effet négatif.
Ressorts utilisés par le concepteur de l'outil
Les ressorts utilisés par le concepteur de l'outil sont tous en accord avec les valeurs de la promotion de la santé.
Ces ressorts ne nuisent pas à l'implication des participants.

3. QUALITÉ DU SUPPORT
Le support choisi est pertinent par rapport au destinataire.
Le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité.
Le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.
Les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires.
Il y a un guide d'utilisation.
S'il n'y a pas de guide, l'outil peut être utilisé sans difficulté.
Pour le guide d'utilisation
Le guide inclut la ou les méthodes pédagogiques.
Pour les cédéroms
La navigation est aisée.
L'interactivité est réelle.

Un critère de qualité pour les supports d'intervention (suite)

4. QUALITÉ DE LA CONCEPTION
La conception de l'outil s'appuie sur une analyse des besoins des destinataires.
La conception de l'outil s'appuie sur une analyse de la littérature.
5. APPRÉCIATION D'ENSEMBLE
Il y a adéquation de l'outil avec les objectifs énoncés/la raison d'être/les destinataires.
L'utilisation de l'outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur.

Ce référentiel vient consolider et préciser cette recommandation. Le contexte de La Réunion et de Mayotte incite néanmoins à avoir une attention particulière à la contextualisation des supports utilisés (prise en compte de la culture, des cultes, des mœurs, du langage, etc..)

Le label « OUTIL PEI », un label de qualité des outils locaux (Réunion)

L'IREPS Réunion a développé dans le cadre des activités du pôle régional de compétence et éducation et promotion de la santé, le label de qualité des outils conçus à la Réunion (http://label-outil-pei.tumblr.com/).

On retrouve ce label sur des outils d'intervention en éducation pour la santé qui ont été créés spécifiquement pour le public réunionnais et qui ont été validés par une commission de professionnels.

Un cahier des charges

Pour être labellisé, les outils doivent répondre à un certain nombre de critères. Si la majorité d'entre eux sont issus du référentiel évoqué ci-dessus, des critères d'adaptation au contexte local ont été rajoutés.

Qualité d'adaptation à la culture créole :

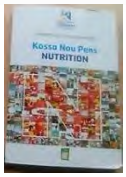
1) l'outil utilise des visuels spécifiques à la Réunion : photos et images de personnages, de paysages... de réunionnais
2) l'outil utilise du vocabulaire cohérent avec la culture péi : mot ou expression
3) l'outil fait référence à la culture et aux modes de vie locaux : cuisine, musique, sport...

Les outils sur la nutrition labellisés

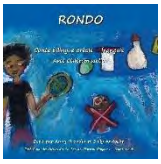
Le Jeu de l'oie de l'alimentation
IREPS/REUNIR

Kossa nou mange
IREPS/Point info santé SUD

Bien dans ton assiette
IREPS/Mutualité de la Réunion



Kossa nou pens: nutrition
Département (PIS)



RONDO
IREPS

Tranche papaye
Collège Bras Panon

Allon kosé nout mangé
ADRIAS

Exposition : Manger équilibré c'est la santé

Nom l'opérateur	**RédiabYlang976**
ORIGINES DE L'ACTION	Multiplicité des langues parlées (français, shimaoré, kibushi), absence d'outil de prévention validé, changement des habitudes alimentaires et mode de vie, population génétiquement prédisposée, offre alimentaire, publicité
LES OBJECTIFS	Améliorer les connaissances de la population sur l'alimentation équilibrée locale pour mieux agir sur leur santé Préserver et promouvoir un patrimoine alimentaire et culinaire Renforcer la prévention des maladies liées à l'hygiène alimentaire
LA MISE EN OEUVRE	Exposition animée, itinérante et modulable Avec qui : patients, professionnels de santé, de la communication… Comment : réunions, échanges, phase test Durée : 2 ans Coût : 30 000 euros Modalités : 10 panneaux (1m x 0,75 m) sélectionnés au préalable en fonction du public + 1 livret d'accompagnement distribué uniquement s'il y a eu une présentation de l'exposition Formation des animateurs obligatoire Public : tout
RESULTATS QUANTITATIFS	Nombre de personnes formées à l'animation de l'exposition 72 (2013) 21 (2014) Nombre de participants 2610 (2015) 1933 (2014) Nombre de livrets distribués 2149 (2015) 1949 (2014)
RESULTATS QUALITATIFS	Diversité des structures qui utilisent l'exposition (social, médical, sportif) Diversité des publics cibles Utilisation de l'exposition pour en faire des supports plastifiés d'équivalences alimentaires en A4 facilement transportables et exploitables
LES POINTS FORTS	Approche pluri partenariale et disciplinaire Concept novateur et outil attractif Respect et valorisation du contexte et représentations locales
LES POINTS FAIBLES	Traduction des messages diététiques standardisés de manière imagée et non littérale pour une bonne compréhension des publics. Gestion pas assez rigoureuse de l'exposition avec les partenaires Diminution du nombre de personnes formées à l'animation de l'exposition avec le temps
LES PISTES D'AMELIORATION	Nommer un référent de l'exposition qui gère les entrées/sorties Création d'un nouveau questionnaire d'évaluation (nombre de panneaux utilisés, temps mis) Évaluation systématique par l'animateur

Constats

- Des documents de référence qui rassemblent des critères de qualité et de pertinences existent en matière d'éducation et de promotion de la santé
- L'INPES (aujourd'hui Santé Publique France) a élaboré et publié un référentiel de qualité des actions de promotion de la santé

Recommandation

Les actions de promotion de la santé concernant la nutrition et plus particulièrement la prévention primaire du diabète du type 2 doivent être assorties d'une démarche de suivi de la qualité de l'action et de sa mise en œuvre.

Les critères de qualité des actions s'organisent en 5 grands domaines :

1. DYNAMIQUE ASSOCIATIVE
2. PRINCIPES DE PROMOTION DE LA SANTÉ
3. ANALYSE DE SITUATION
4. PLANIFICATION DE L'ACTION
5. ANIMATION ET GESTION DE L'ACTION

Les critères

① DYNAMIQUE ASSOCIATIVE

La dynamique associative garantit un cadre favorable pour le développement d'actions de qualité en promotion de la santé

Critères		
	1.1	Adhésion aux principes et valeurs de la promotion de la santé
	1.2	Politique globale d'amélioration de la qualité
	1.3	Partenariat
	1.4	Mobilisation des compétences et des ressources

② PRINCIPES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Votre action s'inscrit dans une logique de promotion de la santé et s'appuie sur les principes et les valeurs spécifiques à cette approche

Critères		
	2.1	Approche globale et positive de la santé
	2.2	Vers une prise en compte des inégalités sociales de santé
	2.3	Renforcement des ressources personnelles et sociales des populations
	2.4	Participation des populations concernées

③ ANALYSE DE SITUATION

L'action est basée sur une analyse de situation globale, structurée et formalisée.

Critères		
	3.1	Analyse globale du contexte
	3.2	Besoins, demandes et attentes
	3.3	Ressources mobilisables

④ PLANIFICATION DE L'ACTION

L'action est planifiée sur la base d'un ensemble cohérent d'objectifs définis, de méthodes argumentées et de ressources identifiées

Critères		
	4.1	Objectifs
	4.2	Méthodes et outils d'interventions adaptés
	4.3	Budget prévisionnel
	4.4	Evaluation de l'action

5 ANIMATION ET GESTION DE L'ACTION

Critères	**5.1**	Responsabilités et collaborations pour la mise en œuvre
	5.2	Communication interne et externe
	5.3	Suivi de l'action
	5.4	Approches globales et durables

L'animation et la gestion de l'action s'appuient sur des méthodes, des compétences et des responsabilités déterminées qui permettent la réalisation effective et optimale de l'action.

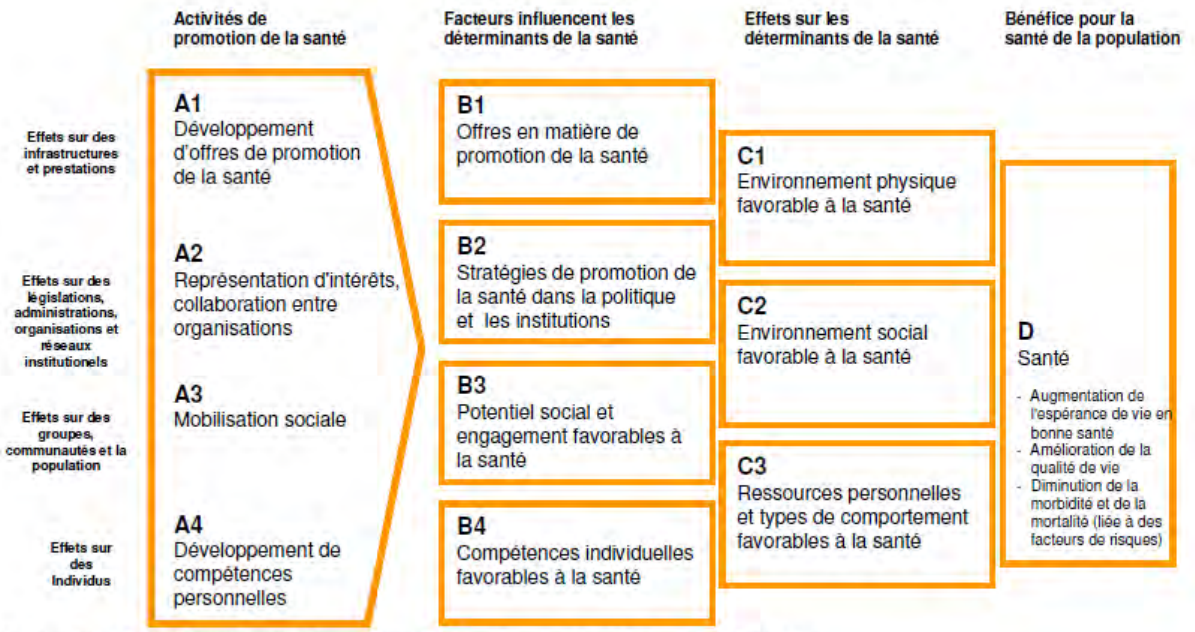
ANNEXE

Soyons plus fort que le diabè

Un outil pour planifier, coordonner et évaluer les projets de promotion de la santé

Agir dans le cadre d'une démarche territorialisé, à l'échelle d'un quartier ou d'un village, sur les différents facteurs qui influencent les comportements nutritionnels de la population, nécessite la mise en œuvre d'une planification et d'une coordination locale (à l'échelle du territoire visé) qui tiennent compte de plusieurs champs d'interventions et de plusieurs politiques publiques. Il apparaît alors important de pouvoir disposer d'un cadre pour piloter de telle démarche au niveau locale. L'INPES, aujourd'hui Santé Publique France, a adapté pour un outil Suisse nommé « outil de catégorisation des résultats » des actions de promotion de la santé (OCR), permettant de construire, piloter et évaluer les démarches de promotion de la santé.

Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian

© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Le modèle peut servir de manière générale à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention et à évaluer un projet. Il a été développé à partir d'un modèle mis au point par Don Nutbeam. Ce modèle est basé sur l'hypothèse que la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires. Dans cet ordre d'idées, la promotion de la santé est comprise comme un processus d'apprentissage aux niveaux de l'individu, de groupes et d'organisations.

Cet outil offre un cadre structurant pour les démarches de promotion de la santé, incitant à agir de manière globale, sur les déterminants de la santé. Dans le cadre de ce référentiel nous considérerons les déterminants des comportements nutritionnels et les facteurs qui les influencent.

Application de l'outil dans le cadre de la mise en œuvre de ce référentiel

Les participants à l'atelier prévention primaire de la conférence de consensus ont été amené, en groupe à construire une vision idéale d'une démarche de prévention primaire du diabète sur un quartier ou un village. Ces travaux ont permis de dresser un cadre idéal et pertinent au regard des fondamentaux de la promotion de la santé, illustré dans la proposition d'OCR ci-après.

Cette proposition pose le cadre du CONSENSUS 1 visant l'action sur les déterminants environnementaux, individuels et sociaux.

A1

CONSENSUS 1
Des actions qui visent la transformation des déterminants environnementaux, sociaux et individuels

A2

CONSENSUS 2
Des actions coordonnées

CONSENSUS 3
Des actions localisées

CONSENSUS 4
Priorité aux populations fragiles et aux jeunes

CONSENSUS 7
Des critères de qualité

A3

CONSENSUS 5
Des actions communautaires

A4

CONSENSUS 6
Des outils et des supports adaptés (contextualisés), ludiques et conviviaux

Offre en matière de promotion de la santé :

- les initiatives, les projets sont visibles et valorisés
- Les acteurs du sport sont sensibilisés et formés aux enjeux du sport santé
- Les acteurs de la restauration publique et privée sont sensibilisés et se mobilisent pour améliorer l'offre alimentaire
- Les acteurs de l'urbanisme et de l'aménagement intègrent les enjeux de la santé dans leurs pratiques

Stratégies de promotion de la santé :

- Mobilisation et engagement des institutions locales (écoles, Mairies, associations, ...) en faveur de la promotion de l'équilibre nutritionnel
- Existence de chartes écrites, officielles et reconnues qui favorisent les partenariats, la qualité de l'offre...
- Existence d'une instance ou d'un dispositif de coordination intersectorielle des actions
- Identification formelle et partagée des territoires cibles d'interventions (populations fragiles)

Potentiel social et engagement favorable à la santé :

- Des groupes de citoyens s'approprient la question de la nutrition sur le territoire
- Des citoyens s'impliquent dans le développement d'actions de promotion de la santé
- Des initiatives citoyennes et communautaires en faveur de la nutrition se développent (évènements culinaires, sportifs)

Compétences individuelles favorables à la santé :

- Les individus s'approprient les enjeux de la nutrition
- Les connaissances et les savoirs faire en matière d'alimentation se développent
- Une attitude positive et motivée pour un mode de vie plus actif et un suivi médical régulier se développe
- Les compétences psychosociales comme la confiance en soi se renforcent

Environnement physique favorable :

- l'offre alimentaire (commerces, snacks) permet une alimentation diversifiée, variée et accessible
- La restauration scolaire permet une alimentation équilibrée et contribue à la sensibilisation des élèves
- les aménagements facilitent la pratique d'une activité physique régulière ou favorise les déplacements actifs en sécurité
- la population a facilement accès à des activités physiques (adaptées, diversifiées et accessibles)

Environnement social favorable :

- l'alimentation diversifiée et équilibrée est valorisée et encouragée au sein de la communauté

- l'activité physique, les déplacements actifs sont valorisés et encouragés au sein de la communauté

- Les solidarités et l'entre aide au sein des communautés permettent à tous d'améliorer leur comportement nutritionnel

- Les évènements culturels, traditionnels, religieux, festifs, familiaux contribuent à promouvoir l'équilibre nutritionnel

Ressources personnelles, styles de vie personnelle favorables :

- Développement de styles de vie plus actif (déplacements, activité physique)

- Changements favorables des habitudes alimentaires

- Amélioration du recours aux soins et du suivi médical

Les populations développent des comportements nutritionnels favorables :

-Une alimentation équilibré

-Une activité physique régulière

- la prévalence du diabète diminue