

PRNDO

PROGRAMME RÉUNIONNAIS DE NUTRITION
ET DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE ET L'OBESITÉ



PRNDO

PROGRAMME RÉUNIONNAIS DE
NUTRITION & DE LUTTE
CONTRE LE DIABÈTE
& L'OBESITÉ

2025-2028

ars
Agence Régionale de Santé
La Réunion





SOMMAIRE



LE PRNDO : UN PROGRAMME D' ACTIONS PRIORITAIRES POUR LA REUNION (Page 4)

La santé nutritionnelle, une priorité du PRS 2023-2033

Articulation avec les politiques nationales et régionales

Une approche globale et collaborative

Le PRND 2020-2023

La méthodologie d'élaboration du PRNDO

QUELQUES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC (Page 10)

Un contexte démo-socio-économique à prendre en compte

L'offre en matière d'activité physique, d'alimentation et de santé

L'offre en matière d'activité physique, d'alimentation et de santé

Le comportement nutritionnel des Réunionnais


Les maladies métaboliques

LE PROGRAMME D' ACTIONS (Page 30)

Vision stratégique et principes directeurs

Le dispositif de gouvernance partagé

Les objectifs du PRNDO 2025–2028

- Objectif stratégique 1 – Agir sur les déterminants de la santé nutritionnelle des Réunionnais (Page 39)
 - Objectif stratégique 2 – Structurer les parcours pédiatriques du diabète de type I et II (Page 49)
 - Objectif Stratégique 3 – Structurer le parcours pédiatrique de l'obésité (Page 53)
 - Objectif stratégique 4 – Structurer et améliorer le parcours de prise en charge de l'Obésité chez l'adulte (Page 56)
 - Objectif stratégique 5 - Structurer et améliorer le parcours de prise en charge du prédiabète et du Diabète de type II chez l'adulte et la prise en charge précoce des complications (Page 61)
 - Objectif stratégique 6 – Animer la dynamique régionale de l'observation et de la recherche sur le diabète et l'obésité (Page 75)
 - Objectif stratégique 7 – Déployer une stratégie de communication permettant de promouvoir messages et les actions PRNDO (Page 82)
 - Objectif général 8 - Développer une démarche de suivi et d'évaluation du programme (Page 88)
- 

**LE PRNDO : UN
PROGRAMME
D' ACTIONS
PRIORITAIRES POUR LA
REUNION**



LE PRNDO : UN PROGRAMME D' ACTIONS PRIORITAIRES POUR LA REUNION

L'élaboration du **Programme Réunionnais de Nutrition et de lutte contre l'Obésité (PRNDO) 2025-2028** s'inscrit dans la continuité du **Programme Réunionnais Nutrition et lutte contre le Diabète (PRND) 2020-2023, prolongé en 2024**, qui a posé les bases de la mobilisation territoriale et permis la mise en place de dispositifs et d'actions structurantes en matière de nutrition, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Le bilan du PRND, présenté lors du séminaire du 3 septembre 2025, a mis en évidence des avancées significatives, tout en soulignant des limites et des leviers d'amélioration à prendre en compte pour la nouvelle programmation.

Ce nouveau programme répond à un contexte sanitaire marqué par une prévalence élevée du diabète et de l'obésité à La Réunion, amplifiée par des inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'inscrit dans une logique de **renforcement et d'élargissement** des actions engagées, en intégrant les enseignements du PRND et en consolidant les partenariats intersectoriels.

La santé nutritionnelle, une priorité du PRS 2023-2033



Le Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2033 de La Réunion fait de la nutrition un axe prioritaire pour lutter contre le surpoids, l'obésité et les maladies métaboliques.

Il vise à promouvoir des repères alimentaires favorables à la santé, encourager la pratique régulière d'activité physique, et réduire la sédentarité.

Le PRS prévoit également l'amélioration des parcours de soins pour les personnes atteintes de surpoids, d'obésité ou de diabète, en renforçant la coordination entre soins primaires, spécialistes et structures hospitalières, et en développant des dispositifs d'accompagnement (éducation thérapeutique, suivi nutritionnel, activité physique adaptée).

Les actions phares incluent la labellisation des Maisons Sport-Santé, le déploiement du site Sport Santé Bien-Être (ssbe.re) et l'Opération Nutrition Marmay, pour instaurer dès le plus jeune âge des comportements durables.

Cette stratégie s'inscrit dans une approche globale de prévention et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Articulation avec les politiques nationales et régionales

Le PRNDO est la déclinaison opérationnelle du volet « santé nutritionnelle » du PRS. Il s'aligne également sur plusieurs politiques nationales majeures :

- La Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat (SNANC) ;
- Le Programme National Nutrition Santé (PNNS 5) 2025-2030 ;
- Le Programme National pour l'Alimentation (PNA 4) 2025-2030 ;
- La feuille de route obésité ;
- La Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) 2025-2030 et sa déclinaison régionale la Stratégie Régionale Sport Santé (SRSS) 2025-2028).

Cette articulation garantit la cohérence entre les orientations nationales et les spécificités territoriales, tout en favorisant la synergie des acteurs pour atteindre les objectifs communs.

Une approche globale et collaborative

L'approche collaborative est au cœur du PRNDO, à trois niveaux :

- **Dans l'élaboration du plan** : la construction du PRNDO repose sur une méthodologie participative, associant les institutions, les collectivités, les professionnels de santé, les associations, les chercheurs et les citoyens. Les ateliers collaboratifs, les rencontres bilatérales et le séminaire de lancement ont permis de coconstruire les priorités et les actions.
- **Dans la mise en œuvre des actions** : le programme privilégie des interventions intersectorielles, intégrant les dimensions éducatives, sociales, économiques et environnementales. Les dispositifs seront déployés dans tous les milieux de vie (écoles, entreprises, collectivités, espaces publics) pour créer des environnements favorables à la santé.
- **Dans la prise en charge médicale** : le PRNDO englobe l'organisation des parcours de soins pour le diabète et l'obésité, en mobilisant les professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux) et les structures de soins. Il vise à renforcer la coordination entre la prévention, le dépistage, le suivi et la prise en charge graduée, afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins.
- **Dans le pilotage et la gouvernance** : la réussite du PRNDO repose sur une gouvernance partagée, impliquant des instances politiques, opérationnelles et de proximité, ainsi qu'une cellule d'expertise scientifique et technique. Cette organisation garantit une coordination efficace, une transparence des décisions et une évaluation continue des actions.

Cette approche vise à renforcer la prévention, améliorer les parcours de soins et promouvoir des environnements favorables à une alimentation équilibrée et à l'activité physique, en s'appuyant sur la mobilisation collective et la responsabilité populationnelle.

Le PRND 2020-2023

Le PRND 2020-2023

Le **PRND**, lancé en 2020 par l'ARS La Réunion et ses partenaires, s'est appuyé sur une **gouvernance partagée**, associant institutions, professionnels de santé, collectivités, associations et acteurs économiques, afin de garantir une approche concertée et territorialisée.

Le PRND s'est articulé autour de **cinq grands objectifs** :

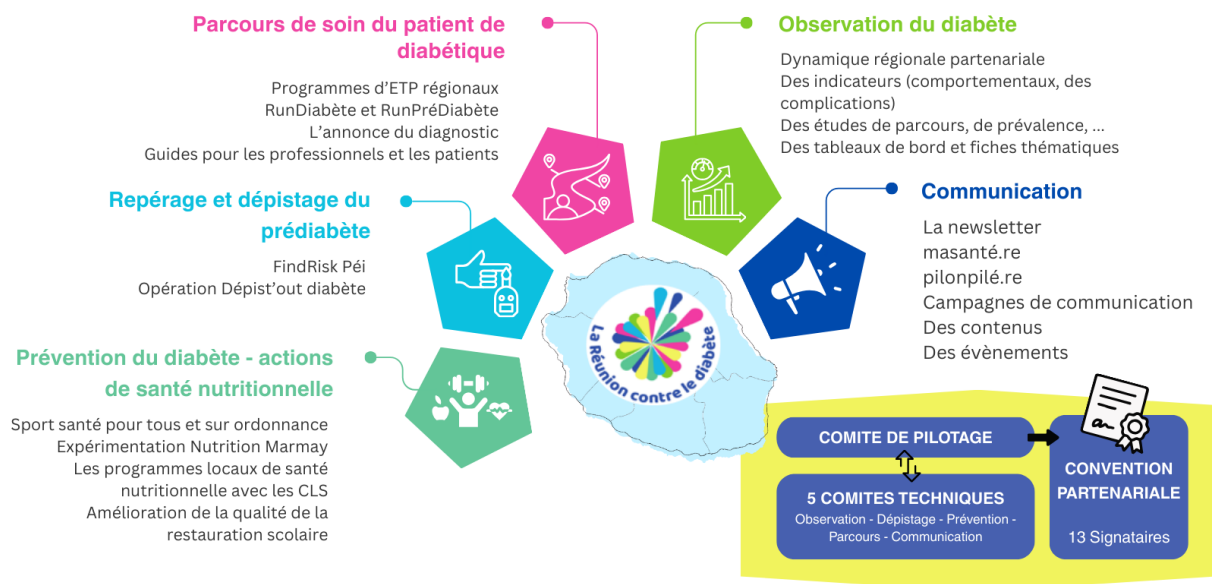
1. **Prévention du diabète et actions de santé nutritionnelle**, pour agir sur les comportements alimentaires, l'activité physique et l'environnement nutritionnel.

2. **Repérage et dépistage précoce du prédiabète et du diabète**, afin d'intervenir avant l'apparition des complications.
3. **Amélioration des parcours de soins des patients diabétiques**, en renforçant la coordination entre les acteurs et l'accès à des soins de qualité.
4. **Observation épidémiologique**, pour mieux connaître la situation sanitaire et orienter les actions.
5. **Communication et partage des données**, afin de mobiliser les acteurs et sensibiliser la population.

Sa mise en œuvre s'est poursuivie en 2024, permettant de consolider les actions engagées. Un bilan de cette mise en œuvre a été réalisé en 2025 et présenté à l'ensemble des acteurs lors d'un séminaire organisé le 3 septembre 2025.

Les principales avancées

La mise en œuvre du PRND a permis de poser des bases solides pour une politique de santé nutritionnelle durable à La Réunion. Ce programme a généré des **actions structurantes** dans tous ses axes :



Ces avancées ont contribué à structurer une politique intersectorielle, mobilisant des financements au-delà du champ sanitaire et impliquant l'ensemble des acteurs du territoire.

Les limites et leviers d'amélioration

Malgré ces résultats, la mise en œuvre du PRND a révélé plusieurs **difficultés** :

- **Manque de moyens humains** pour l'animation de la gouvernance, le suivi des actions et la mobilisation des acteurs, parfois compensé par des partenariats ponctuels ;
- **Complexité du plan**, à la croisée de nombreux dispositifs nationaux et régionaux (PNNS, feuille de route obésité, plan pauvreté, PRS...), nécessitant une articulation fine ;
- **Déploiement massif des actions** limité par des ressources financières et humaines insuffisantes sur le terrain ;

- **Suivi et évaluation** : absence d'un dispositif dédié pour mesurer la couverture territoriale et l'impact des actions.

Leviers d'amélioration identifiés :

- Renforcer les moyens humains et financiers pour l'animation et le déploiement ;
- Mettre en place un **système de suivi et d'évaluation structuré**, avec indicateurs consolidés ;
- Poursuivre la mobilisation intersectorielle et l'intégration des politiques publiques connexes (sport, alimentation, cohésion sociale, politique familiale) ;
- Renforcer la communication pour assurer une plus grande visibilité du programme et de ses actions.

En résumé

Le **PRND 2020-2023** a marqué une étape décisive dans la **structuration d'une politique de santé nutritionnelle à La Réunion**. Sa mise en œuvre, prolongée jusqu'en 2024, a permis de déployer des actions ambitieuses allant de la prévention à la prise en charge, en passant par le dépistage, l'observation et la communication. Ce programme a démontré la capacité du territoire à mobiliser une gouvernance partagée et des financements intersectoriels pour répondre à des enjeux majeurs de santé publique.

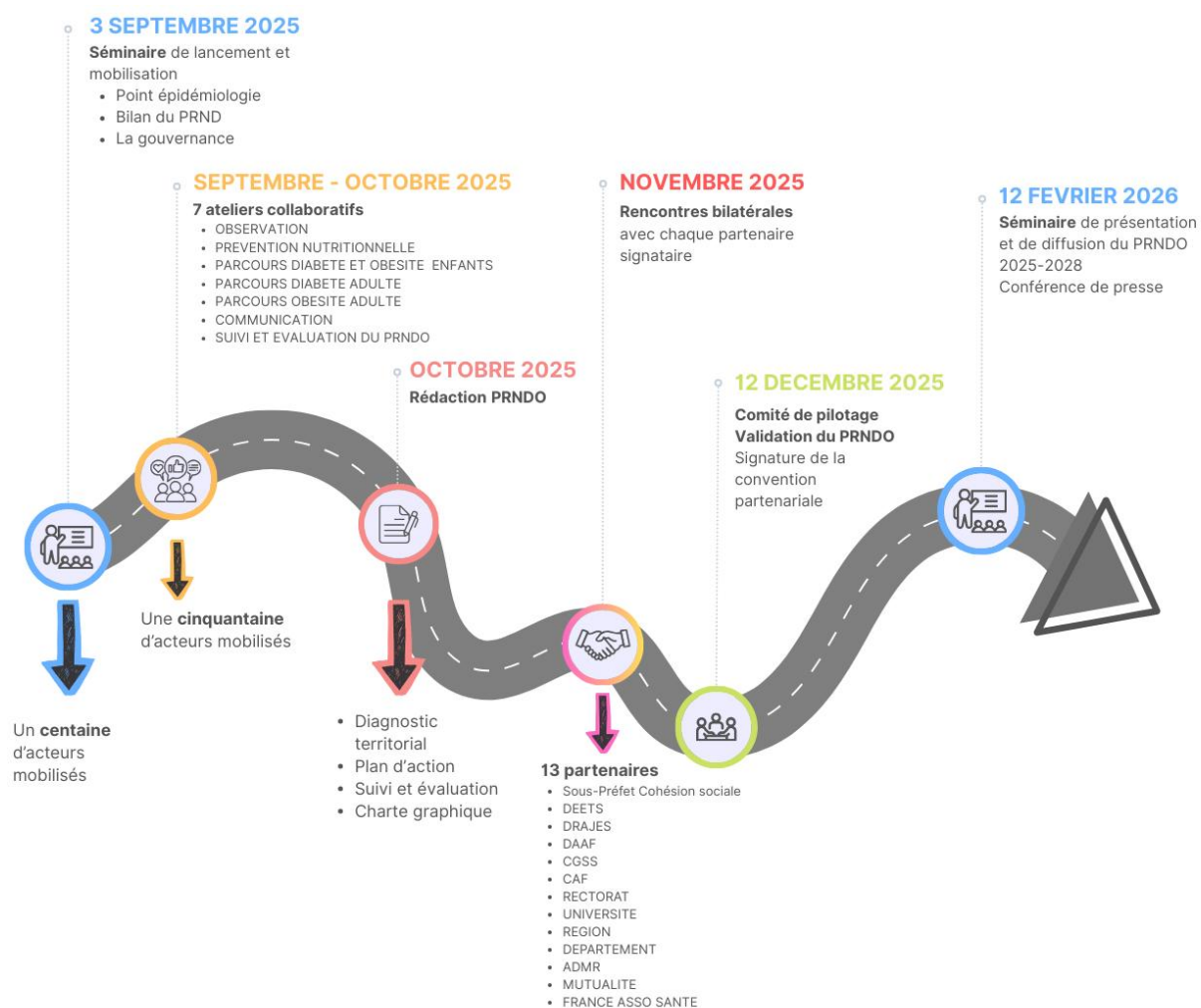
Toutefois, les limites identifiées, notamment le manque de moyens humains et financiers, la complexité de l'articulation avec d'autres plans et l'absence d'un dispositif structuré de suivi et d'évaluation, soulignent la nécessité de renforcer les leviers d'action pour garantir l'efficacité et la pérennité des interventions.

Le bilan présenté le **3 septembre 2025** lors d'un séminaire réunissant l'ensemble des acteurs a permis de capitaliser sur ces acquis et d'ouvrir la voie à une nouvelle étape : l'élaboration du **Programme Réunionnais de Nutrition et de lutte contre le Diabète et l'Obésité (PRNDO) 2025-2028**, qui intégrera les enseignements du PRND pour amplifier son impact et élargir son périmètre.

La méthodologie d'élaboration du PRNDO

Les travaux d'élaboration du PRNDO ont été lancés lors du séminaire du 3 septembre 2025. La présentation du bilan et les tables rondes ont permis d'initier les échanges et la concertation. La volonté de l'ARS d'inscrire ce processus d'élaboration du PRNDO dans une logique de co-construction, impliquant les partenaires institutionnels et les acteurs, s'est traduit par une méthodologie en 3 étapes :

- **La mobilisation** : par le séminaire de lancement ;
- **La concertation** : à travers 7 ateliers collaboratifs ;
- **Les synergies** : avec des rencontres bilatérales avec chaque institution partenaire.





**QUELQUES ELEMENTS
DE DIAGNOSTIC**

QUELQUES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Depuis la conférence de consensus sur le diabète en 2016, les partenaires ont souhaité inscrire l'observation du diabète dans une démarche collective. Cette dynamique partenariale s'est renforcée avec le PRND, élargissant en 2020 l'observation à la nutrition et à l'obésité. Elle repose sur une animation régionale participative de l'observation (coanimée par l'ARS et l'ORS), favorisant le partage et la mutualisation des ressources au service de la prévention nutritionnelle et de la lutte contre le diabète et l'obésité.

Un comité technique (désormais Cotech « Observation & recherche ») d'experts et d'acteurs locaux (ARS, Assurance Maladie, CGSS, CHU, CIC1410, COTRIM, DAAF, DRAJES, DETROI-INSERM, IRD, Mutualité de La Réunion, ORS, Promotion Santé Réunion, Santé publique France, SEDMER, Université, URML OI) facilite l'échange, la production, l'analyse, la valorisation et la diffusion des données, contribuant ainsi à une meilleure connaissance régionale et à une culture commune sur ces enjeux. Ce dispositif a permis d'améliorer la connaissance et la diffusion des données sur ces thématiques.

La surveillance de la thématique « diabète, nutrition et obésité » révèle une progression notable des connaissances, favorisée par la multiplication et la diversification des sources de données dans un contexte régional marqué par une dynamique soutenue d'observation et de recherche. La santé nutritionnelle figure ainsi parmi les enjeux de santé les plus documentés à l'échelle régionale.

Par conséquent, les données présentées ci-après constituent avant tout des éléments de repère pour le diagnostic de la santé nutritionnelle à La Réunion. Elles ne sont pas exhaustives et ne prétendent pas refléter la richesse des travaux portés par les partenaires locaux et nationaux.

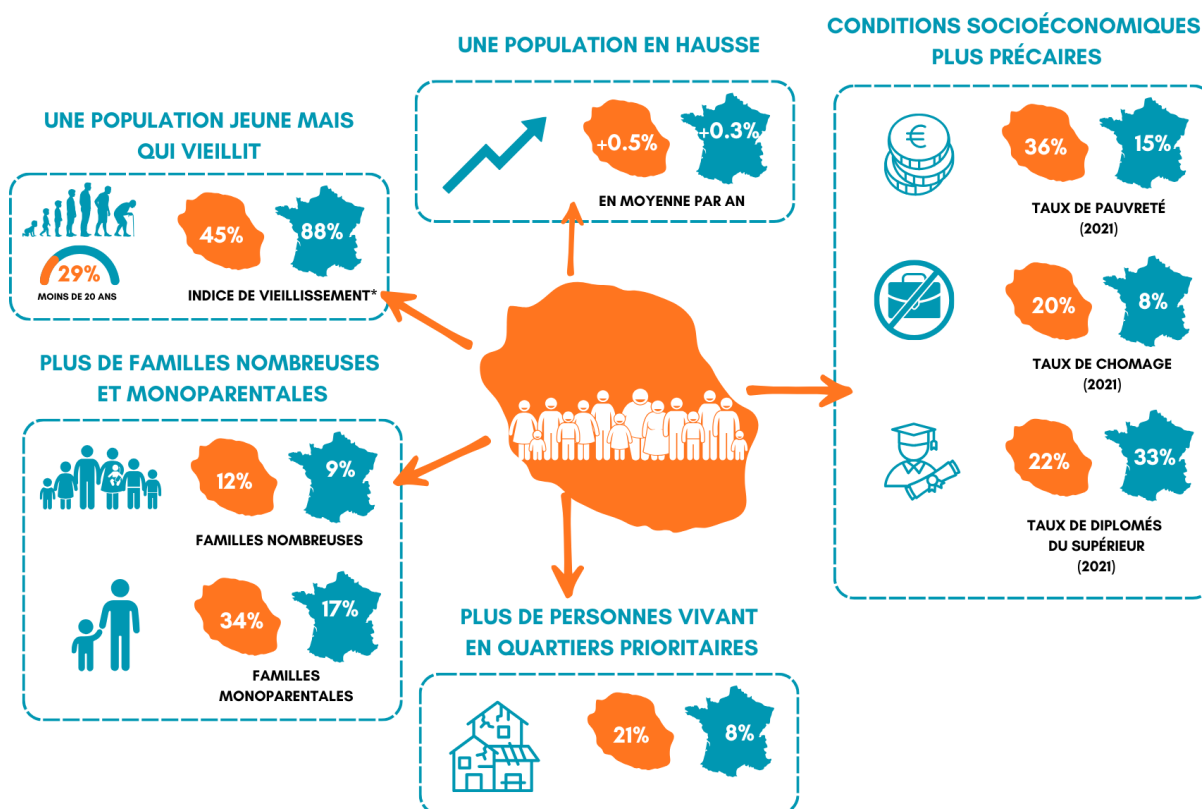
Il convient également de souligner que ces données reflètent l'état des connaissances au moment de l'élaboration de ce PRND. Des informations et avancées ultérieures peuvent ne pas y avoir été intégrées. Toutefois, la veille demeure continue, et les activités d'animation se poursuivent afin de collecter, d'intégrer et de valoriser l'ensemble des travaux en cours et à venir.

Pour approfondir ces connaissances et accéder à une information plus complète, il est possible de consulter les sites des différents partenaires ainsi que la page dédiée au PRND. Ces ressources permettent d'enrichir la compréhension des problématiques et de mieux orienter les actions à venir. Il est donc essentiel de considérer ces données comme un point de départ, à compléter par d'autres sources et analyses.

Un contexte démo-socio-économique à prendre en compte

Un contexte socio-économique défavorable

Les problématiques de santé s'inscrivent dans un contexte socio-économique particulièrement défavorable sur l'île. Les Réunionnais sont confrontés à des situations de vulnérabilités socio-économiques majeures : chômage, précarité financière, illettrisme, ...



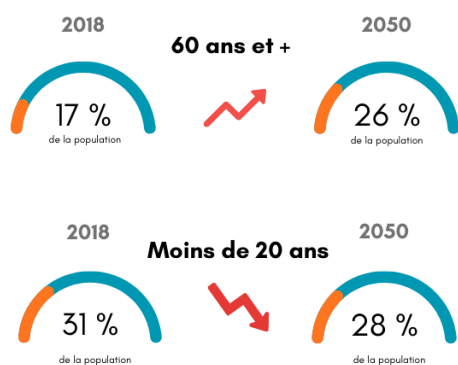
Source : Insee (RP 2022, Enquête Emploi) - Exploitation ORS La Réunion

* Ration des 65 ans et + sur les moins de 20 ans

Une population réunionnaise vieillissante

La structure démographique du territoire évolue en faveur d'un vieillissement marqué de la population. L'INSEE prévoit qu'à l'horizon 2050, la proportion de la population âgée de 60 ans et plus augmenterait de 9 points. Inversement, les plus jeunes notamment les moins de 20 ans verraient leur proportion baisser de 3 points.

Evolution de la structure démographique de La Réunion à l'horizon 2050



Source : Insee Analyses Réunion ; N° 77 - 2022

Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et un accroissement de la survenue des maladies liées à l'avancée dans l'âge et en particulier les maladies chroniques liées à la nutrition.

La survenue et la progression des maladies chroniques pèsent dans le contexte sanitaire régional. La Réunion est particulièrement concernée par les maladies métaboliques, cardio-neuro-vasculaires et respiratoires

La population réunionnaise confrontée à une forte vulnérabilité économique



Source : Insee

Le taux de pauvreté baisse par rapport à 2019 (37%), avant la crise sanitaire de la COVID. Dans l'Hexagone, le taux de pauvreté augmente à 15 % en 2021, et dépasse son niveau d'avant la crise qui était de 14,6%. Néanmoins, la pauvreté reste bien plus présente à La Réunion, et les inégalités de revenus y sont plus marquées. En particulier, les revenus des plus modestes sont bien plus faibles que dans l'Hexagone.

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et dans certaines petites communes rurales, plus d'une personne sur deux vit sous le seuil de pauvreté.

La dépendance aux prestations sociales est très élevée sur l'île (34% de la population sont 100% dépendants en 2023) et le taux régional est 3 fois supérieur

au taux observé en France hexagonale.

La survenue et la progression des maladies chroniques pèsent dans le contexte sanitaire régional. La Réunion est particulièrement concernée par les maladies métaboliques, cardio-neuro-vasculaires et respiratoires.

L'offre en matière d'activité physique, d'alimentation et de santé

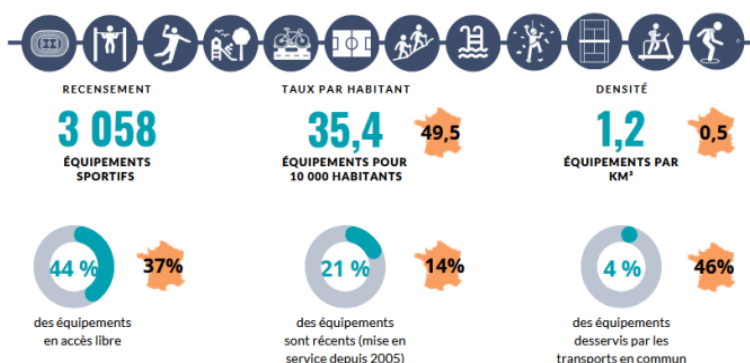
L'offre de sport-santé sur le territoire

Soutenue par une Stratégie Régionale Sport-Santé (SRSS) ambitieuse et volontariste, l'offre de sport-santé s'est développée sur l'ensemble du territoire à travers un dispositif de labellisation des créneaux de sport-santé proposés à la population et à travers le développement des Maisons Sport-Santé (MSS).

Les équipements sportifs

Le nombre, la diversité et l'accessibilité des équipements sportifs impactent significativement la pratique d'activité physique dans une population (Inserm 2008 – expertise collective).

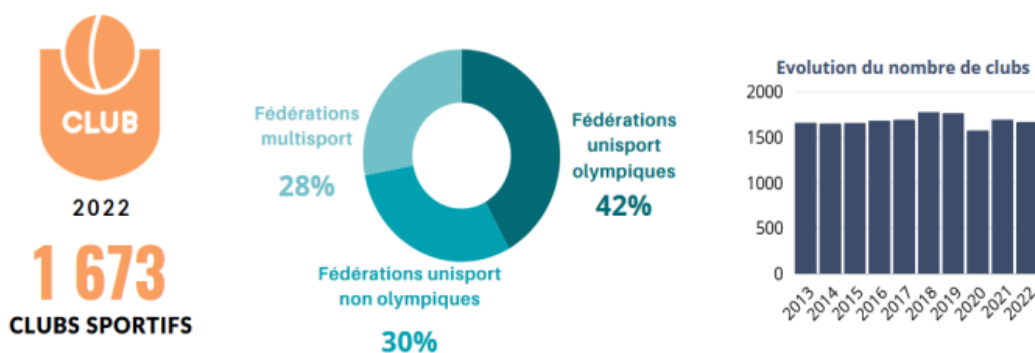
Le territoire s'avère, comparativement à l'Hexagone, bien doté en équipements sportifs, avec également une densité plus élevée. Néanmoins, l'accessibilité de ces équipements demeure un enjeu.



Infographie extraite de la fiche thématique sur l'offre d'activité physique et sportive à la Réunion publiée par l'ORS La Réunion – aout 2024

Les clubs sportifs

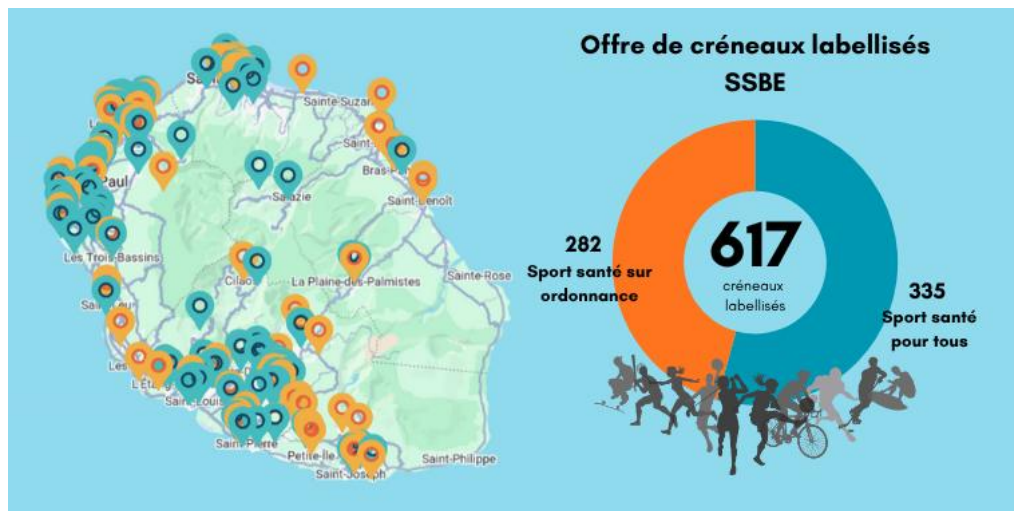
Le territoire dispose d'une offre de pratique sportive encadrée dans les clubs sportifs à destination des licenciés. Malgré de légères fluctuations depuis 2020 (COVID), le nombre de clubs sportifs reste stable. Avec un taux de 20 clubs pour 10 000 habitants, l'offre régionale tend à se rapprocher de l'offre hexagonale.



Infographie extraite de la fiche thématique sur l'offre d'activité physique et sportive à la Réunion publiée par l'ORS La Réunion – aout 2024

Cependant, selon le diagnostic global du sport à La Réunion, réalisé en décembre 2016, il est constaté une offre inégalement implantée sur le territoire. Le nombre et la diversité des fédérations sont variables d'une commune à l'autre. La population ne semble pas avoir un accès égal à une offre sportive diversifiée (des communes ayant une offre limitée).

Les créneaux labellisés Sport-Santé



Le dispositif Label Sport Santé Bien-Être (SSBE) compte au 1^{er} octobre 2025 plus de [600 créneaux labellisés](#) dont 282 (46%) dédiés au « sport sur ordonnance » à destination de personnes présentant des risques à la pratique d’une activité tout public (contre indication médicale liée à une pathologie ou des facteurs de risques). Ce dispositif représente un potentiel de 8 500 bénéficiaires autorisés. Bien que le dispositif couvre l’ensemble du territoire, le Sud-Ouest, l’Est et les hauts de l’île demeurent moins bien dotés.

Les maisons sport-santé

On compte en 2025, [13 Maisons Sport-Santé \(MSS\)](#) habilitées sur le territoire, dont les missions sont d’accueillir et d’orienter toutes les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge.

Les MSS sont ouvertes à tous les publics : personnes en bonne santé n’ayant jamais pratiqué de sport ou voulant se remettre à l’activité physique avec un accompagnement, personnes souffrant d’affections de longue durée ou de maladies chroniques pour lesquelles l’activité sportive est recommandée. Elles complètent la structuration de l’offre de sport-santé à La Réunion proposée par les communes, les entreprises, le mouvement sportif fédéral, les établissements publics et les professionnels de santé.



L'offre alimentaire

La production locale

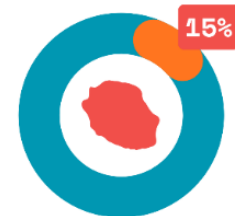
La production agricole

La surface utile agricole (SAU) du territoire s'élève à 15% de sa surface totale, dont 50% sont dédiés à la canne à sucre. La Réunion affiche donc la deuxième plus faible SAU par habitant sur le territoire national.

Le taux de couverture du marché par la production locale

Avec une faible SAU, La Réunion importe la majorité de ses biens alimentaires. La production locale fournit principalement l'apport en eau et micronutriments (par les fruits, légumes, produits frais). Seul 13% des besoins alimentaires sont couverts par la production locale.

Surface utile agricole du territoire (SAU)

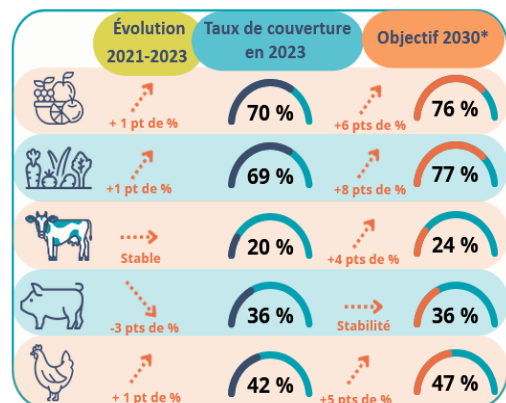


Source : DAAF de la Réunion
- AGRESTE - 2023

Importations alimentaires à La Réunion en 2024

	Volume 2024 (tonnes) et quantité par habitant	Évolution quantité par habitant 2014-2024
	23 572 Tonnes / 27 Kg	+12%
	19 025 Tonnes / 22 Kg	+23%
	42 341 Tonnes / 48 Kg	-10%
	36 750 Tonnes / 41 Kg	-8%
	8 210 Tonnes / 9 Kg	+13%

Taux de couverture du marché global par la production alimentaire locale à La Réunion en 2023



*Fixé par le PRSA

Les prix

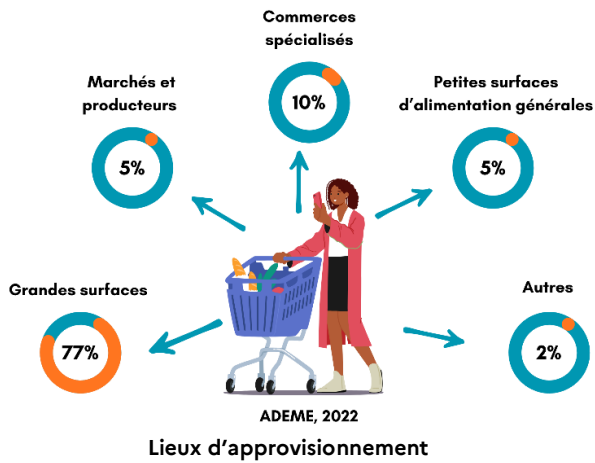
Le prix constitue un des déterminants majeurs des habitudes de consommation. Les prix pèsent plus fortement sur le portefeuille des ménages réunionnais que ceux de l'Hexagone.



- En moyenne les produits alimentaires sont 37% plus élevés que dans l'hexagone ;
- 51 % des Réunionnais déclarent restreindre leurs dépenses alimentaires, dont 27 % de manière importante
- 57% des personnes privilégient le prix au détriment de la qualité
- 18 % du budget des ménages est consacré à l'alimentation (vs. 16 % en France hexagonale)
- L'alimentation est ainsi le 2^e poste de dépense après le transport, devant le logement

Source : Insee

Les lieux d'approvisionnement



Les Réunionnais s'approvisionnent principalement dans les grandes surfaces. Ils se tournent également vers les commerces spécialisés pour les pains, viennoiseries et pâtisseries. L'approvisionnement en fruits et légumes frais attire également les Réunionnais dans les marchés forains ou directement chez les producteurs.

FOCUS SUR

L'autoproduction

Selon l'INSEE (2019), l'autoproduction pourrait doubler la consommation de produits frais chez les foyers en difficulté.

A l'échelle globale de La Réunion : **18 % des ménages déclarent recourir à l'autoproduction**

Ces pratiques ont fortement diminué au fil du temps, probablement à cause de l'urbanisation et de l'évolution des modes de vie



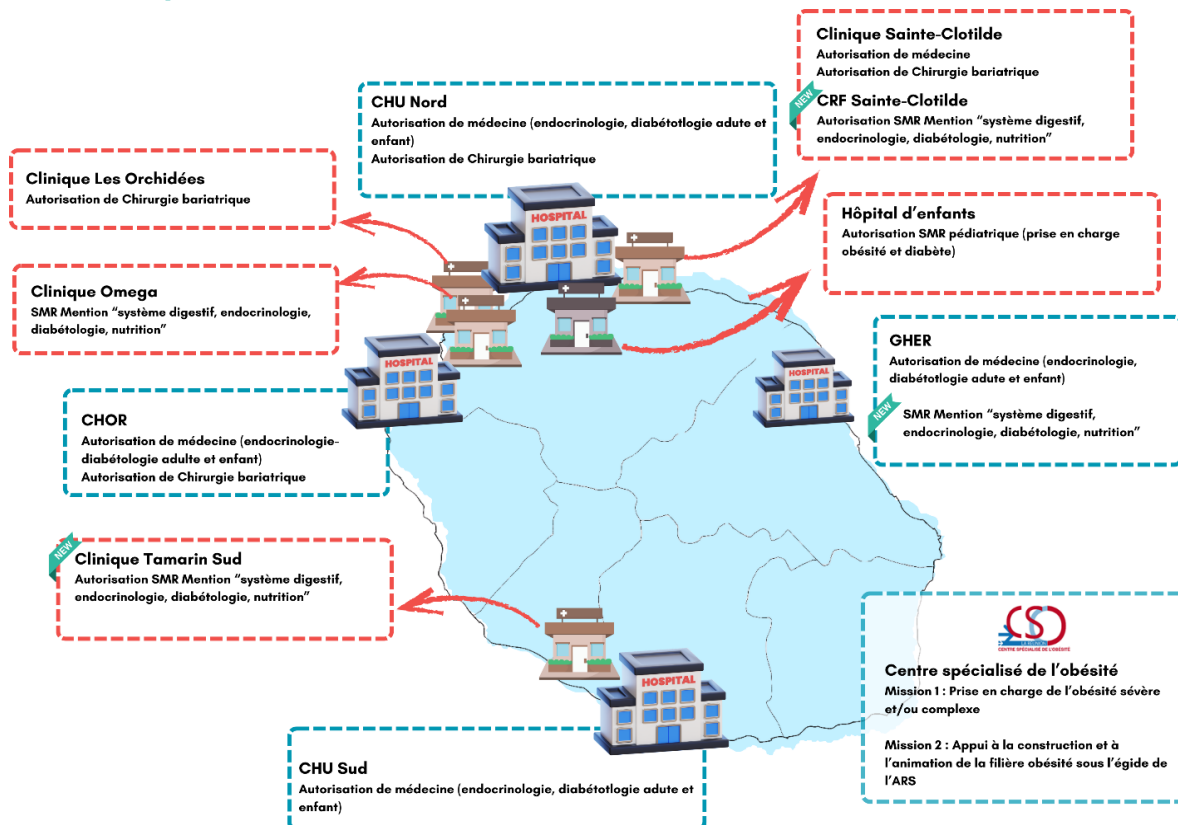
Ménages déclarant avoir recours à l'autoproduction (INSEE, 2019)

L'offre sanitaire

Pour la prise en charge du diabète et de l'obésité, La Réunion dispose d'une offre sanitaire structurée autour de :

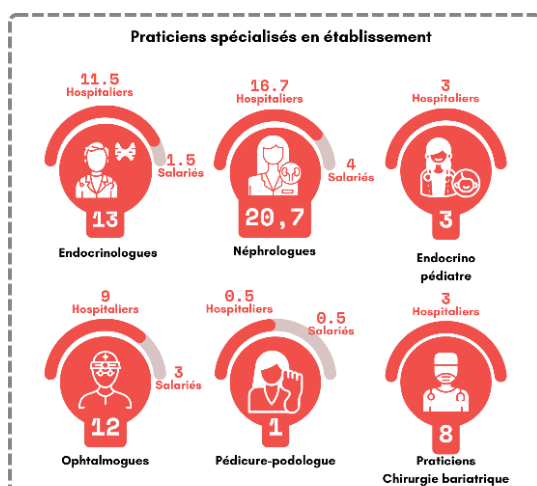
- Une offre hospitalière de médecine (spécialisée dans la prise en charge du diabète et de l'obésité) et de chirurgie (dont la chirurgie bariatrique) ;
- Une offre en établissements SMR (soins médicaux de réadaptation) ;
- Une offre en ambulatoire.

L'offre hospitalière



L'offre hospitalière spécialisée (mars 2026)

Source : ARS La Réunion

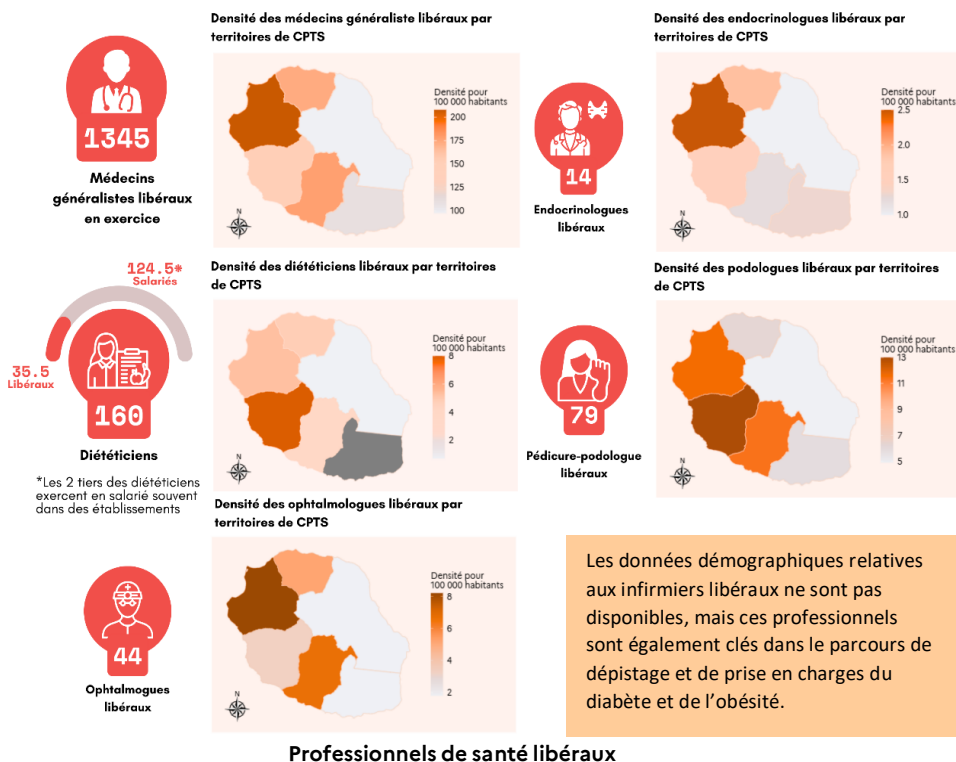


Photographie au moment de l'élaboration du PRNDO de démographie des professionnels de santé en établissement.

Le CHU de La Réunion (sites Nord et Sud) joue un rôle central avec ses unités de diabétologie-endocrinologie, proposant hospitalisations complètes ou de jour, éducation thérapeutique, prise en charge des pieds diabétiques et suivi des grossesses diabétiques. Il porte également le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO La Réunion) et dispose de deux unités endocrino-pédiatriques.

Le territoire réunionnais compte un seul SMR fonctionnel autorisé avec la mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition », la Clinique Omega au Port. En 2025, pour cette même mention, 3 nouvelles autorisations ont été délivrées à La Clinique Les Tamarins Sud, au GHER et à La Clinique CRF Sainte-Clotilde. Le développement de leurs activités viendra compléter l'offre de prise en charge spécialisée sur chacun des territoires de proximité du PRS. L'Hôpital d'Enfants de Saint-Denis complète l'offre pour la prise en charge du diabète et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.

Les professionnels de santé libéraux acteurs des parcours Diabète et Obésité



Les parcours de prise en charge du diabète et de l'obésité doivent pouvoir s'appuyer autant sur l'offre sanitaire spécialisée que sur la médecine de ville.

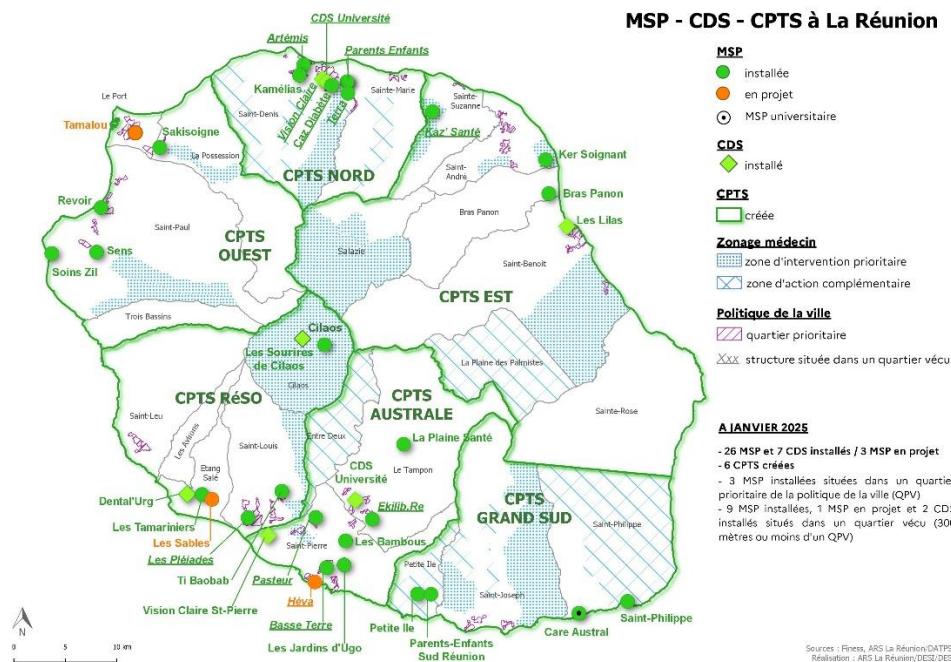
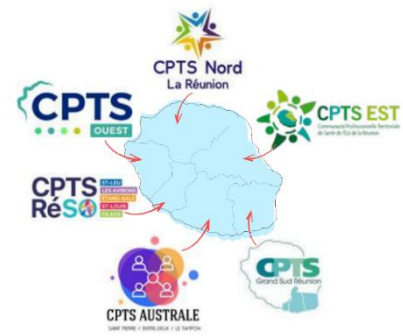
Si le territoire s'inscrit dans la moyenne nationale concernant la densité des médecins généralistes, le territoire manque de spécialistes dont les densités sont pour la plupart en dessous des moyennes nationales (source ARS La Réunion). On constate également une forte disparité dans la couverture territoriale, l'Est du département est sous doté pour la majorité des professions et spécialités.

La continuité et la fluidité des parcours de prise en charge du diabète et de l'obésité devront intégrer et s'adapter à la réalité de l'offre sanitaire propre à chaque territoire. A cet effet, les organisations territoriales (MSP et CPTS, voir ci-après) sont un des leviers pour faire face à ces enjeux.

Les organisations territoriales (MSP et CPTS)

À La Réunion, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont vocation à être des leviers essentiels pour répondre aux défis liés à la forte prévalence du diabète et de l'obésité, aggravés par des disparités géographiques et sociales.

Ces organisations ont pour objet de favoriser une approche coordonnée et de proximité, indispensable dans un contexte marqué par des zones rurales isolées et une densité médicale hétérogène. Elles ont pour objectifs de renforcer la prévention primaire et secondaire, d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les parcours, et d'améliorer la continuité des soins pour les patients chroniques. En structurant les coopérations interprofessionnelles et en développant des actions territorialisées, les MSP et les CPTS peuvent contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins et à promouvoir une prise en charge globale, adaptée aux spécificités culturelles et socio-économiques de l'île.



Le comportement nutritionnel des Réunionnais

L'activité physique et la sédentarité

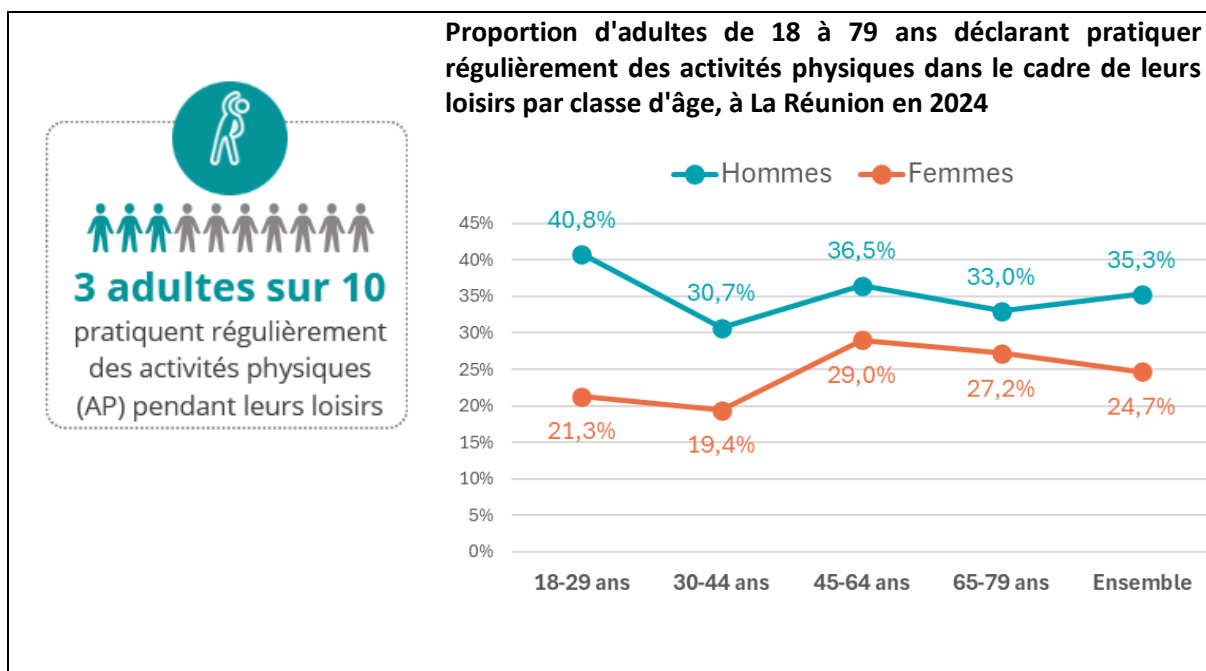
L'activité physique

Les données disponibles témoignent d'une pratique insuffisante d'activité physique au sein de la population.

A La Réunion, 29,6% des adultes de 18 à 79 ans déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs en 2024. Cette pratique d'activités physiques régulières concerne davantage les hommes que les femmes (et ce quel que soit l'âge), et les personnes de 45-64 ans (32,6%).

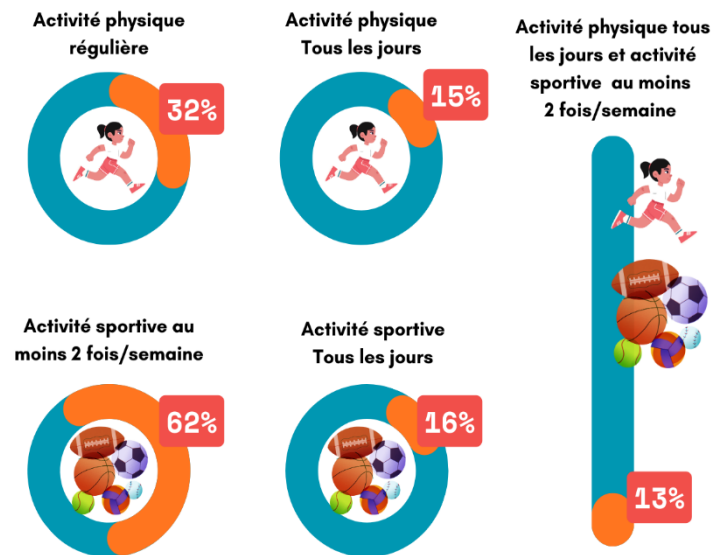
A noter que l'absence de pratique concerne 13,7% des adultes de 18-79 ans.

Par ailleurs, 62% de la population adulte en 2024 connaît la recommandation complète sur l'activité physique : « au moins 30 min par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée ».



Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Concernant les adolescents, plus de la moitié des adolescents pratique une activité sportive. Néanmoins, le niveau d'activité physique et sportive reste très éloigné des recommandations. Au global, 13 % des élèves interrogés déclarent pratiquer à la fois une activité physique d'une durée supérieure ou égale à 60 minutes tous les jours et une activité sportive au moins deux fois par semaine durant les temps de loisirs (hors temps scolaire).



Source : Enquête EnCLASS DROM 2023 – Exploitation ORS La Réunion

Les recommandations chez les adolescents

Pour les adolescents (collégiens et lycéens) les recommandations se posent différemment. Une « activité physique » est n'importe quelle activité qui augmente la vitesse des battements du cœur et fait se sentir essoufflé par moment. La notion d'activité physique recouvre le sport, jouer avec des amis à l'école ou ailleurs, ou bien aller à l'école en marchant pendant au moins une heure. On distingue plusieurs indicateurs d'activités physiques et sportives :

- L'activité physique régulière : correspond à l'activité physique pratiquée au moins 5 jours (au moins une heure par jour).
- Activité physique recommandée : correspond à l'activité physique au moins une heure par jour, ce qui correspond au seuil minimum recommandé pour les adolescents par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
- Activité sportive : correspond à l'activité pendant le temps libre (en dehors des heures d'école, « au point de transpirer ou d'être essoufflé(e) »).
- Activité physique et sportive conforme aux recommandations : en émettant l'hypothèse que les élèves interrogés pratiquent déjà une activité sportive au moins une fois par semaine durant les cours d'éducation physique et sportive, l'indicateur combiné « pratique quotidienne d'une activité physique durant au moins 60 minutes et pratique d'une activité sportive au moins deux fois par semaine (en dehors du temps scolaire) » a été étudié pour mesurer la fréquence des élèves respectant les deux recommandations en matière d'activité physique chez les adolescents.

La sédentarité

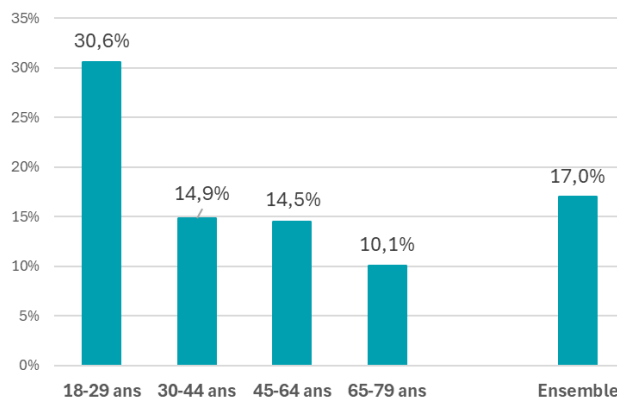
A La Réunion, près de 2 adultes de 18 à 79 ans (17%) déclarent passer plus de 7 heures assis par jour. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (19,3%) que chez les femmes (15,0%). Les jeunes de 18-29 ans déclarent être plus sédentaires que leurs aînés, notamment 3 fois plus sédentaires que les personnes de 65- 79 ans (30,6% contre 10,1%).

A noter que la quasi-totalité des adultes de 18-79 ans (90,5%) déclarent se lever au moins toutes les 2 heures lorsqu'ils sont assis ou allongés de façon prolongée, pour rompre la sédentarité.



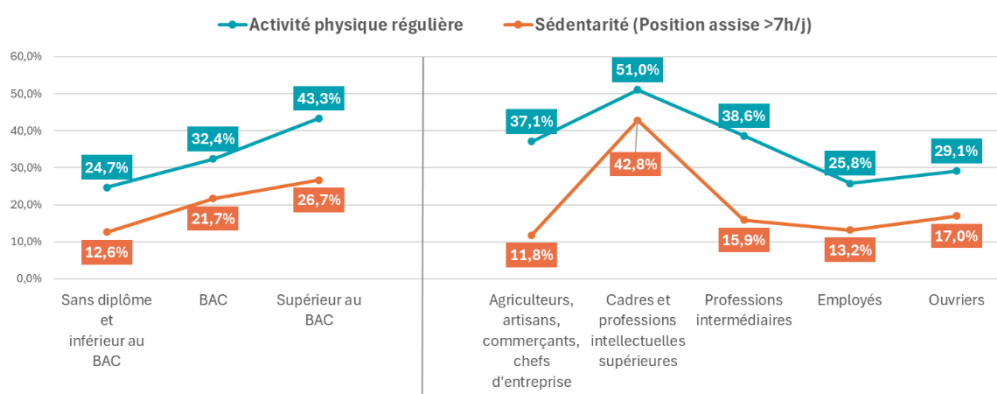
Source : Baromètre de Santé
Publique France 2024

Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant passer plus de 7 heures assis par jour par classe d'âge, à La Réunion en 2024



FOCUS SUR

Activité physique et sédentarité selon les diplômes et niveau de vie



Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Le niveau de qualification impacte la pratique d'activité physique régulière : moins on est diplômé, moins on pratique des activités physiques régulières pendant les loisirs. Mais, moins on est diplômé, moins on est sédentaire également.

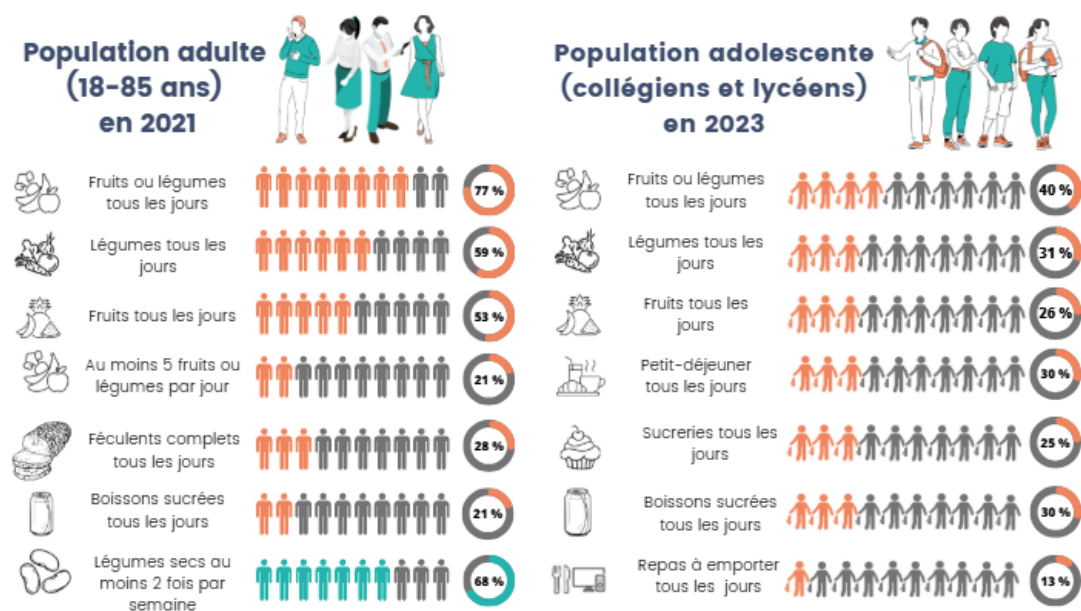
Ces données sont à mettre en perspective avec les profils des métiers concernés, faisant intervenir la sédentarité en milieu professionnel. Et en effet, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont nettement plus concernés par la sédentarité que les autres (42,8% contre 13,2% chez les employés ou 17,0% chez les ouvriers par exemple).

A noter que les personnes pratiquant régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs sont ainsi les personnes les plus diplômées, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les célibataires et les personnes se déclarant plus à l'aise financièrement, ainsi que les personnes habitant en zone urbaine dense ou intermédiaire (par rapport aux personnes habitant en zone rurale autonome peu ou très peu dense).

Les habitudes alimentaires

Les habitudes alimentaires des Réunionnais comptent parmi les facteurs déterminants des problématiques auxquelles le PRNDO a vocation à répondre.

Les habitudes alimentaires des adultes (2021) et des adolescents (2023) à La Réunion



Sources : Baromètre de Santé publique France DROM 2021 (SpF – Exploitation ORS), ENCLASS DROM 2023 (OFDT / Rectorat / ORS / ARS – Exploitation ORS)

Les recommandations sur l'alimentation en population adulte sont de consommer :

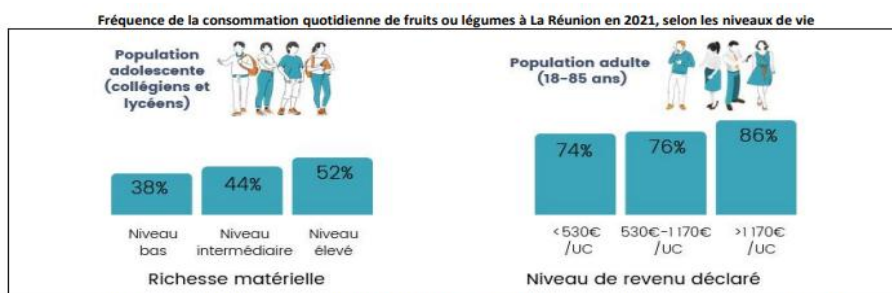
- Au moins 5 fruits et légumes par jour
- des légumes secs (lentilles, haricots, pois chiches...) au moins 2 fois par semaine
- des féculents complets (pain, céréales, pâtes, semoule, riz) au moins une fois par jour

On peut retenir 3 informations des données existantes pour qualifier les principales habitudes alimentaires :

- La consommation des fruits et légumes progresse mais globalement les habitudes demeurent éloignées des recommandations, notamment concernant les fruits et légumes et les féculents complets ;
- Les plus jeunes ont les habitudes alimentaires les plus éloignées des recommandations ;
- La consommation des boissons sucrées est encore très élevée en particulier chez les plus jeunes.

FOCUS SUR

● Les consommations de fruits et légumes selon les niveaux de vie



Source : Baromètre de Santé publique France DROM 2021 – Exploitation ORS La Réunion ; Enquête EnCLASS DROM 2021 – Exploitation ORS La Réunion
Note de lecture : La richesse matérielle est déterminée à partir du Score Fas (L'échelle dite Family Affluence Scale (Fas), est construite à partir des réponses à des questions portant sur des indicateurs de consommation objectifs et connus des élèves, permettant d'appréhender la richesse matérielle des familles (des familles les moins aisées aux familles les plus aisées). / UC : unité de consommation

Cette infographie extraite de la fiche thématique sur les consommations alimentaires déclarées, publiée par l'ORS, met en évidence l'impact du niveau de vie sur les habitudes alimentaires autant chez les adolescents (+14 points entre le niveau bas et le niveau élevé) que chez les adultes (+12 points entre les plus bas et plus hauts revenus).

Les maladies métaboliques

Le diabète de type I et II

Il existe 2 principaux types de diabète, dus à des dysfonctionnements différents :

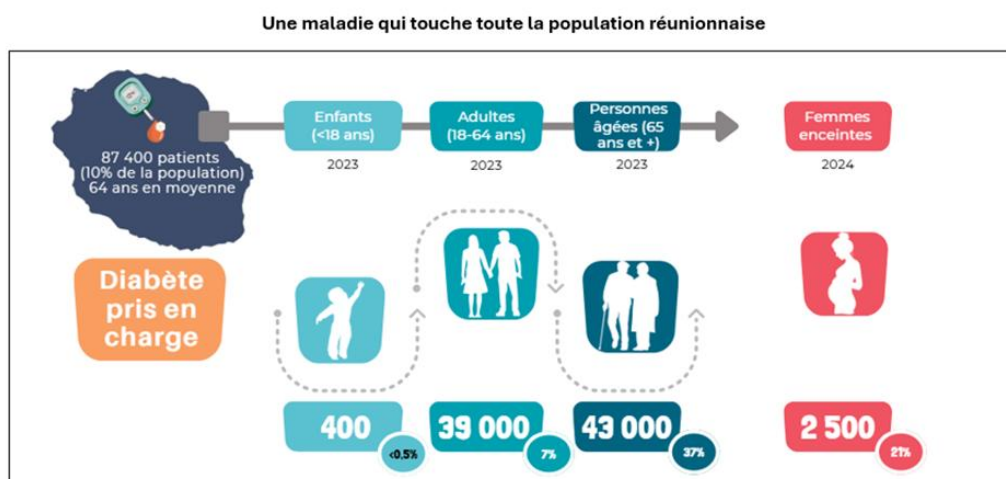
Le diabète de type 1

Le diabète de type 1 (DT1) est dû à une faible ou une absence de production d'insuline par le pancréas. Il survient le plus souvent chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune.

Le diabète de type 2

Le diabète de type 2 (DT2) est dû à une mauvaise utilisation de l'insuline par les cellules de l'organisme. Il se manifeste plus généralement chez les adultes à partir de 40 ans (mais il peut parfois apparaître dès l'adolescence, surtout en présence d'un surpoids).

Une maladie qui touche toute la population réunionnaise



Sources : SNDS/SNIIRAM (Méthodologie Assurance Maladie / Exploitation DRSM La Réunion), PMSI (ATIH – Exploitation ORS La Réunion), Insee Réunion

C'est toute la population réunionnaise qui est touchée, dès l'enfance (dans une moindre proportion) jusqu'aux personnes âgées (où la fréquence est maximale). Les femmes enceintes sont également touchées, dont près d'un quart est concerné par le diabète gestationnel.

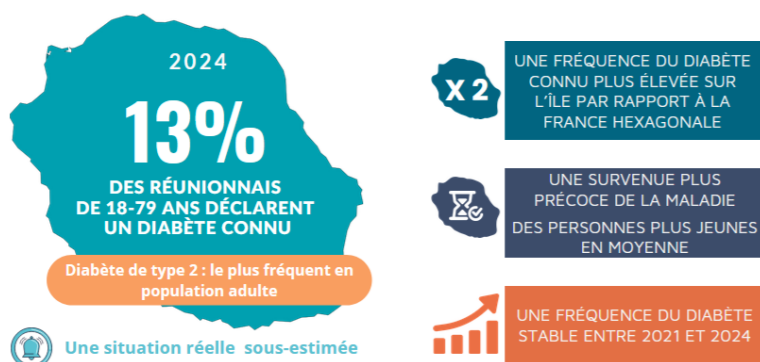


Source : Baromètre de Santé publique France 2024

En 2024, la prévalence du diabète déclaré est comparable entre les femmes et les hommes et elle augmente avec l'âge, passant de 3,4% chez les 18-49 ans à 42,3% chez les 70-79 ans.

A La Réunion, on observe dans les classes d'âges 60-69 ans et 70-79 ans, une prévalence du diabète déclaré plus élevée chez les femmes que chez les hommes, contrairement à ce qui est observé en France hexagonale.

Le diabète en population adulte



Le diabète demeure la maladie chronique la plus fréquente à La Réunion, avec une prévalence 2 fois supérieure à celle au niveau national en 2024 (12,6% contre 7,1%).

Des spécificités du territoire apparaissent également, avec une survenue de la maladie plus précoce.

Plusieurs pistes d'explications de la prévalence élevée du diabète ont déjà été apportées :

- ➔ Des facteurs de risque très présents sur l'île : obésité en particulier chez les femmes, surpoids, comportements hygiéno-diététiques éloignés des recommandations (une alimentation plus riche en protéines animales, en aliments gras, sucrés et salés, forte consommation de boissons sucrées, faible consommation de fruits et légumes), une activité physique insuffisante.
- ➔ Les personnes avec des difficultés socioéconomiques sont les plus concernées par le diabète. Le contexte réunionnais (comme les autres DROM) est nettement plus marqué par la précarité qu'au niveau hexagonal.
- ➔ Une population à l'histoire et aux origines génétiques différentes de la France hexagonale participant à la prédisposition aux maladies métaboliques : par exemple, existence de diabètes monogéniques rares comme le diabète lipoatrophique surreprésenté sur l'île en raison d'un variant appelé « variant réunionnais » car retrouvé uniquement chez des sujets originaires de La Réunion.

Le diabète chez l'enfant

La prise en charge repose sur le CHU et l'Hôpital d'Enfants, complétée par des dispositifs associatifs (ADJ 974) et des programmes ETP.

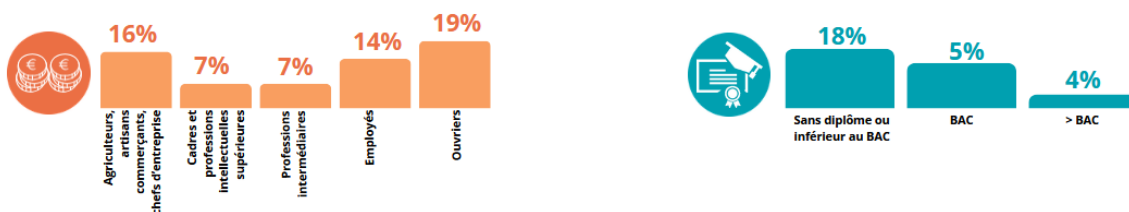


En 2023, environ 140 enfants âgés entre 16 et 18 ans ont été pris en charge. Celle-ci nécessite une attention particulière sur la transition entre la prise en charge enfant et la prise en charge adulte.

Les enjeux majeurs sont le diagnostic précoce, l'accompagnement des familles, la prévention des complications et la continuité du parcours jusqu'à l'âge adulte.

FOCUS SUR

Le diabète, marqueur des inégalités socio-économiques



Source : Baromètre de Santé publique France 2024

La prévalence du diabète est également marquée par un fort gradient socio-économique avec des proportions plus élevées :

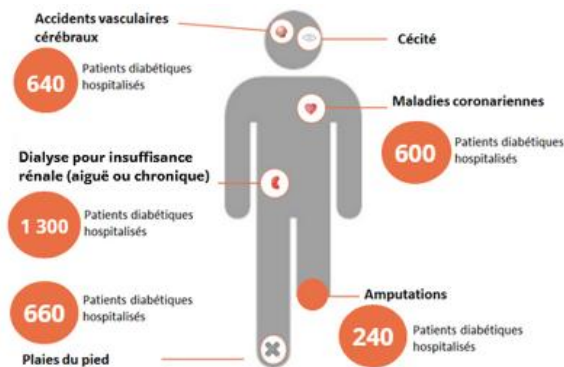
- chez les personnes les moins diplômées, avec une fréquence 4 fois plus élevée par rapport aux personnes les plus diplômées ;
- chez les personnes inactives (retraités ou autres), avec une fréquence 3 fois plus élevée par rapport aux personnes en emploi ou au chômage ;
- chez les ouvriers et la catégorie « agriculteurs, artisans commerçants, chefs d'entreprise.

Les complications du diabète

Au-delà de la forte prévalence du diabète à La Réunion, les complications associées représentent un poids considérable pour le système de santé et la qualité de vie des patients. En 2023, parmi les 87 400 personnes prises en charge pour un diabète, 3 100 ont été hospitalisées pour au moins une complication cardiovasculaire, rénale ou podologique, soit 1 patient sur 20.

Ces chiffres illustrent l'importance d'une prise en charge précoce et coordonnée, ainsi que la nécessité de renforcer la prévention, l'éducation thérapeutique et le suivi régulier pour limiter la survenue de ces événements lourds, souvent invalidants et coûteux.

Parmi les 87 400 patients pris en charge en 2023 :



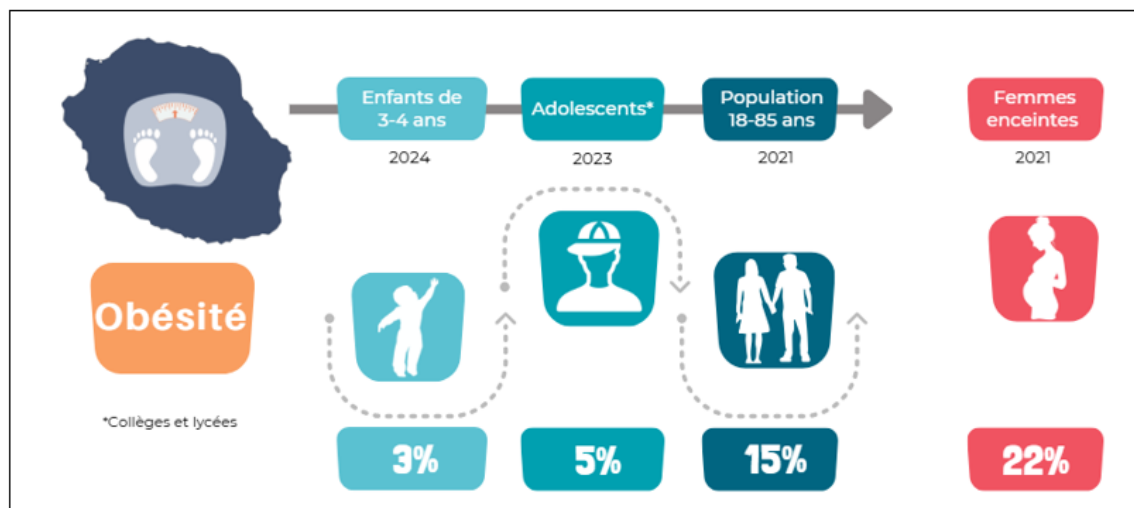
3 100 patients pris en charge en 2023 ont eu au moins une complication* cardiovasculaire, rénale ou podologique, ayant entraîné une hospitalisation en 2023



1 patient sur 20
patients pris en charge en 2023 concerné (4%)

● L'obésité

La surcharge pondérale (qui inclue surpoids et obésité soit IMC supérieur à 25 chez l'adulte) constitue un enjeu important de santé publique à La Réunion. Elle touche la population tout au long de la vie. Près de 47 % des adultes sont concernés.



Source : Baromètre de Santé publique France DROM 2021 – Exploitation ORS La Réunion ; ENP DROM 2021 – ARS La Réunion et SpF; Enquête EnCLASS DROM 2023 – Exploitation ORS La Réunion ; Données PMI La Réunion 2024 – Département de La Réunion
Remarque : En population adulte et chez les adolescents, les données de poids et de taille ont été déclarées. Il s'agit donc de surcharge pondérale, de surpoids ou d'obésité déclarés par les personnes interrogées.

L'obésité se distingue du surpoids par son caractère plus sévère : elle correspond à un excès de masse grasse entraînant des conséquences importantes sur la santé, défini par un IMC ≥ 30 kg/m² chez l'adulte. Contrairement au simple surpoids, l'obésité est associée à des risques fortement majorés de maladies chroniques (diabète de type 2, hypertension, maladies cardiovasculaires), de complications métaboliques et d'atteintes articulaires.

Il est également essentiel d'intégrer les dimensions psychosociales, qui peuvent constituer un facteur de risque de l'obésité ou en être une conséquence, dans les stratégies de prévention et de prise en charge¹.

À La Réunion, l'obésité touche 15 % des adultes, mais s'installe dès le plus jeune âge (3 % des enfants, 5 % des adolescents) et atteint des niveaux préoccupants chez les femmes enceintes (22 %), exposant à des complications maternelles et néonatales.

Si la fréquence de l'obésité est relativement stable chez les enfants, elle a augmenté en population adulte (+ 3 points entre 2014 et 2021).

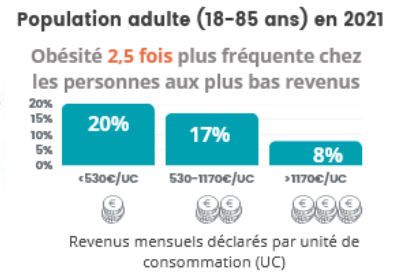
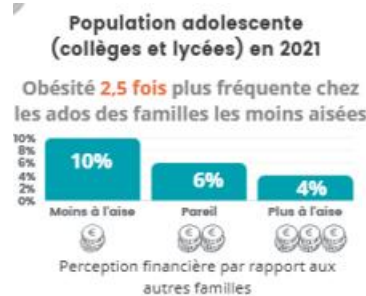
Cette progression souligne l'urgence d'actions ciblées pour prévenir et réduire l'obésité, véritable facteur aggravant des inégalités de santé.

¹ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, HAS, février 2024

FOCUS SUR

L'obésité, marqueur des inégalités socio-économiques

Source : ENCLASS 2021 (OFDT/Rectorat/ARS/ORS – Exploitation ORS) ; Etude « la corpulence des enfants en classe de 6ème à La Réunion – Année scolaire 2022/2023 (ARS/ académique de La Réunion) ; Baromètre de Santé Publique France DROM 2014 et 2021 (SpF – Exploitation ORS La Réunion)



Tout comme le diabète, le facteur socio-économique impacte la prévalence de l'obésité autant dans la population adolescente qu'adulte. La fréquence de l'obésité est multipliée par 2,5 parmi les personnes les moins aisées par rapport à celles plus aisées.

Pour aller plus loin ...



Scannez ou cliquez pour accéder à toutes aux tableaux de bord et fiches thématiques « Nutrition diabète Obésité » sur le site de l'ORS de La Réunion.



LE PROGRAMME D' ACTIONS



Vision stratégique et principes directeurs

Le PRNDO intègre une approche de promotion de la santé

La promotion de la santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé dans la **Charte d'Ottawa (1986)**, est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».



Cette approche repose sur une **vision globale centrée sur les déterminants de santé**, considérant la santé comme une ressource pour la vie quotidienne et non comme un simple objectif médical. Elle implique d'agir sur les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et comportementaux qui influencent la santé, afin de réduire les inégalités et de créer des conditions

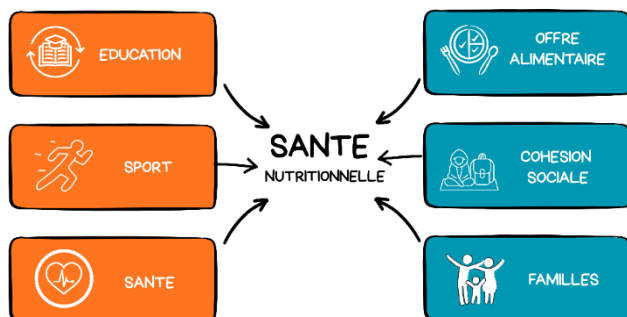
favorables au bien-être².

Les principes directeurs incluent :

- **Empowerment** : renforcer la capacité des individus et des communautés à prendre des décisions éclairées pour leur santé.
- **Action sur les environnements favorables** : élaborer des politiques publiques et des milieux de vie qui facilitent des choix favorables à la santé.
- **Mobilisation sociale et participation communautaire** : impliquer activement les populations dans la conception et la mise en œuvre des actions.
- **Développement des aptitudes individuelles** : promouvoir les compétences personnelles pour adopter des comportements favorables à la santé.
- **Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** : viser l'équité en santé en agissant sur les écarts liés aux conditions de vie et aux ressources disponibles.

Ces principes traduisent une approche intersectorielle et systémique, qui dépasse le champ médical pour intégrer l'éducation, l'aménagement du territoire, la cohésion sociale et la lutte contre les déterminants négatifs de santé.

Intersectorialité et gouvernance partagée



L'intersectorialité est un principe fondamental des politiques de santé publique, particulièrement dans le domaine de la nutrition. Selon l'OMS, la promotion de la santé nécessite une approche intégrée qui mobilise différents secteurs, la santé, l'éducation, l'agriculture, l'urbanisme, le sport, l'économie, le social, afin d'agir sur les déterminants sociaux,

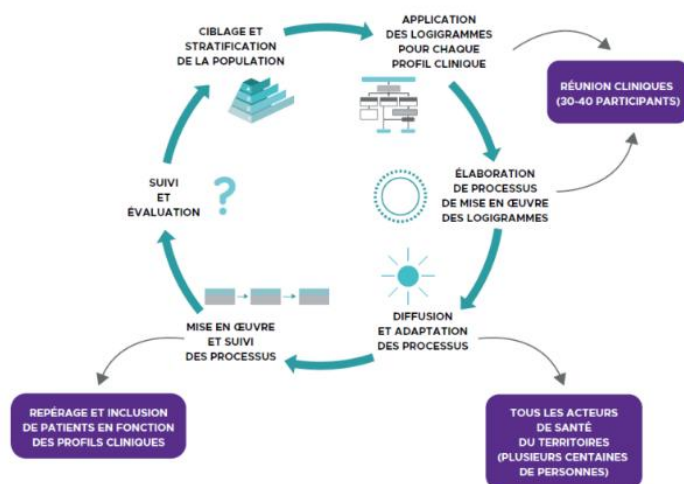
² OMS, Charte d'Ottawa, 1986

économiques et environnementaux de la santé. Cette logique s'inscrit dans le paradigme « **Santé dans toutes les politiques** », qui vise à créer des environnements favorables et à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé³.

Dans le champ de la **santé nutritionnelle**, cette intersectorialité est indispensable pour influencer les systèmes alimentaires, les pratiques éducatives, l'offre de restauration collective, l'aménagement des espaces favorisant l'activité physique et la cohésion sociale. Elle implique une **coordination entre acteurs institutionnels et opérationnels**, depuis les collectivités locales jusqu'aux services déconcentrés de l'État, en passant par les associations et les professionnels de santé. La Haute autorité de santé (HAS) souligne que cette coopération est essentielle pour organiser des parcours cohérents et des interventions efficaces, mais qu'elle reste complexe en raison des cloisonnements institutionnels et des logiques sectorielles persistantes⁴.

Ainsi, l'intersectorialité appliquée à la nutrition ne se limite pas à juxtaposer des actions : elle suppose une gouvernance partagée, des objectifs communs et des mécanismes de suivi permettant d'intégrer durablement la santé dans toutes les politiques publiques.

● Vers une démarche de responsabilité populationnelle



La **responsabilité populationnelle** est une approche qui vise à améliorer la santé d'une population en mobilisant l'ensemble des acteurs d'un territoire autour d'objectifs communs. Elle repose sur un changement de paradigme : passer d'un système centré sur la prise en charge des malades à un modèle orienté vers le **maintien en bonne santé**, en agissant sur les déterminants et en organisant des parcours coordonnés. L'OMS recommande cette logique intégrée

pour les maladies chroniques, afin d'assurer un continuum de services allant de la promotion de la santé à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la réadaptation, coordonnés entre les différents niveaux de soins et secteurs⁵.

Appliquée au **diabète et à l'obésité**, cette approche s'appuie sur :

- **La stratification de la population** selon les niveaux de risque et de complexité (prévention, prédiabète, diabète avec ou sans complications), à partir des données médico-administratives.
- **L'élaboration de programmes cliniques territoriaux** définissant les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge adaptées à chaque strate.

³ Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS, 2015

⁴ L'impossible intersectorialité en santé ? Loïc Sallé, Marina Honta et Nadine Haschar-Noé, Sciences sociales et santé, septembre 2021

⁵, [La FHF en action | Responsabilité populationnelle : tous acteurs de notre santé ! | Fédération Hospitalière de France](#)

- **La coordination intersectorielle** pour agir à la fois sur les comportements individuels et les environnements favorables (alimentation, activité physique, cohésion sociale).
- **Un suivi partagé** des indicateurs pour mesurer l'impact sur la santé de la population et optimiser les ressources.

Cette démarche, inscrite dans la loi française depuis 2019, constitue un levier majeur pour répondre aux enjeux du diabète et de l'obésité, en réduisant les inégalités et en améliorant l'efficacité des systèmes de santé.

● Les points clés de la prise en charge du diabète et de l'obésité recommandés par l'HAS

La prise en charge du diabète

- **Approche globale et individualisée** : la prise en charge doit être centrée sur le patient, en tenant compte de ses besoins, préférences et comorbidités.
Mesures non médicamenteuses prioritaires (1^{ère} intention) : programme nutritionnel adapté, lutte contre la sédentarité et promotion de l'activité physique (y compris activité physique adaptée), éducation thérapeutique pour renforcer l'autonomie du patient, sevrage tabagique.
- **Stratégie médicamenteuse évolutive (2^{ème} intention)** : intégration des nouvelles classes hypoglycémiantes avec bénéfices cardiovasculaires et rénaux, en complément des mesures hygiéno-diététiques ;
- **Ré interrogation régulière de la prise en charge** ;
- **Prévention et dépistage des complications** : suivi régulier pour limiter les risques cardiovasculaires, rénaux et ophtalmologiques ;
- **Coordination pluriprofessionnelle** : implication des médecins généralistes, spécialistes (endocrinologues, diabétologues), infirmiers, diététiciens, pharmaciens, professionnels APA, podologues, etc., pour un parcours fluide et continu.

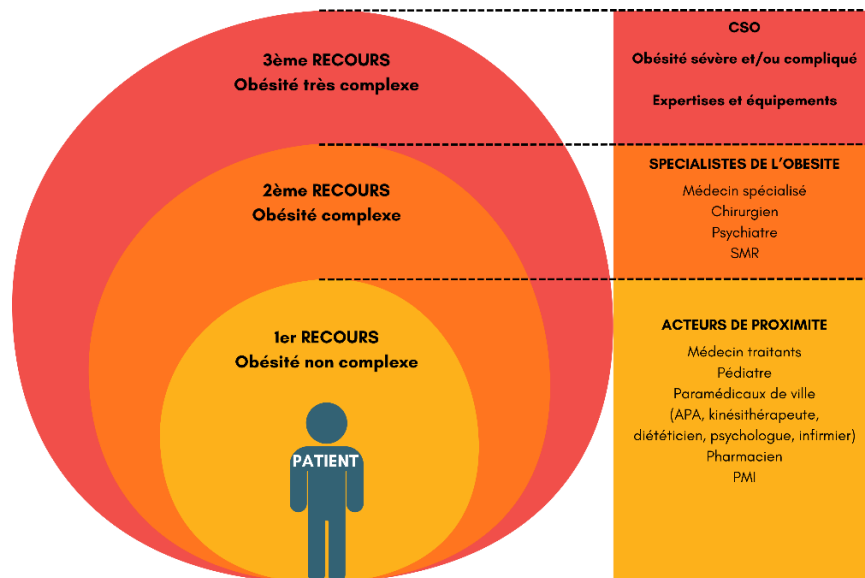
La prise en charge de l'obésité

- **Dépister les situations de surpoids et d'obésité**
 - Quelle que soit la corpulence de la personne, le dépistage repose sur un examen clinique et le calcul de l'IMC.
 - Le dépistage a pour objectifs de suivre la corpulence (analyse de la dynamique de la courbe), de détecter les signaux d'alerte (gain de poids, facteurs de risque familiaux ou sociaux, comorbidités, traitements médicamenteux, qui vont au-delà de la simple mesure de l'IMC. Enfin le dépistage c'est aussi l'occasion d'ouvrir la discussion avec l'accord de la personne (attitude d'ouverture, de non-jugement, soutenante et encourageante).
 - Les occasions de dépistage sont multiples : toutes consultations médicales, établissement de santé et médico-sociaux, santé scolaire, santé universitaire, santé au travail.
 - L'annonce du diagnostic via une consultation dédiée pour expliquer et éclairer la personne sur son état de santé, comprendre ses déterminants individuels et expliquer les éventuelles investigations à réaliser.
- **Réaliser les examens cliniques et biologiques**
 - Recherche un retentissement de la maladie, des complications ;
 - Prescription du bilan biologique et d'éventuelles explorations complémentaires.
- **Réaliser une évaluation multidimensionnelle**

L'évaluation multidimensionnelle initiale et en cours de parcours a pour principal objectif : d'évaluer l'ensemble des dimensions pouvant être en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité afin de définir la complexité de la situation, coconstruire un projet personnalisé de soins et d'accompagnement dans le cadre d'une décision partagée. Elle prend en compte : les habitudes et contexte de vie, pratiques d'activité physique et comportements sédentaires, alimentation, sommeil et rythmes de vie, perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires, difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque et vulnérabilités sociales.

- **Parcours structuré en trois niveaux :**

Pour les adultes, les dernières recommandations de la HAS précisent que les stades de sévérité de l'obésité prennent en compte non seulement l'IMC mais également 6 autres "paramètres de phénotypage" dont le retentissement médical de l'obésité, le retentissement fonctionnel sur la mobilité et la qualité de vie, l'existence de troubles psychologiques ou de troubles du comportement alimentaire, l'étiologie de l'obésité et la trajectoire pondérale au cours de la vie. Cinq stades de sévérité sont ainsi individualisés (1a, 1b, 2, 3a, 3b) avec 3 niveaux de recours de prise en charge :



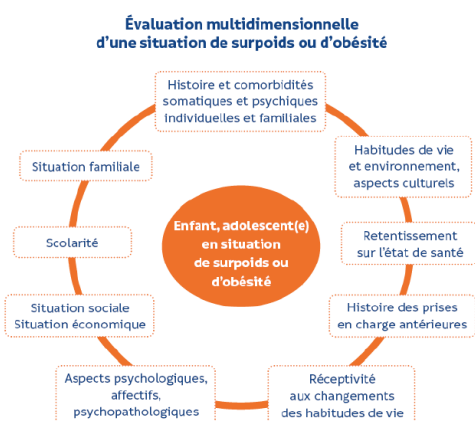
- **Niveau 1:** prise en charge en soins primaires (médecin traitants qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité, diététiciens, infirmiers en pratique avancée, psychologues, psychiatres, pharmaciens, sages-femmes, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux) ;
- **Niveau 2:** prise en charge par un médecin spécialiste de l'obésité (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) dans les centres de soins publics ou privés ou en ambulatoire en lien avec les autres professionnels concernés par l'obésité et les SMR digestifs, métaboliques, endocriniens" ;
- **Niveau 3:** Centre spécialisé de l'Obésité (CSO) en lien avec les SMR "digestifs, endocriniens, métaboliques" et les professionnels de santé des niveaux 1 et 2.

La recherche d'un trouble du comportement alimentaire sévère doit être systématique et la présence d'une hyperphagie boulimique fait positionner le patient en niveau 3 de recours de prise en charge.

- **Interventions combinées :**
 - Rééquilibrage alimentaire et activité physique régulière
 - Soutien psychologique et comportemental
 - Traitements médicamenteux de l'obésité (TMO) et chirurgicaux en 2ème ligne
 - Education thérapeutique pour favoriser l'adhésion et l'autonomie
 - Dépistage et prise en charge des comorbidités : diabète, HTA, dyslipidémie, troubles du sommeil, troubles de la fertilité...
 - Dépistage et prise en charge des troubles du comportement alimentaire : structurer la branche hyperphagie boulimique au sein de la filière TCA en lien avec les acteurs de la psychiatrie et de l'addictologie.
 - Coordination et suivi : parcours coordonnés entre les différents niveaux de recours de prise en charge et les SMR « digestifs, métaboliques et endocriniens ». Intégration des Parcours Coordonnés Renforcés « obésité »
 - Information et implication du patient : communications claires sur les options thérapeutiques, bénéfiques et risques notamment pour les TMO et la chirurgie.
 - Sensibilisation et formation des professionnels de santé et des patients experts au dépistage et à la prise en charge de l'obésité : programmes de formation continue et études d'impact sur les pratiques.
 - Sensibilisation et engagement des professionnels de santé contre la stigmatisation associée à l'obésité.

La prise en charge de l'obésité pédiatrique

- **Dépistage systématique :** mesurer régulièrement l'IMC et tracer les courbes de corpulence dans le carnet de santé dès la petite enfance (médecin généraliste, pédiatre, PMI, médecins des établissements médico-sociaux, santé scolaire)
- **Analyse des données :** être vigilant dans les situations suivantes qui doivent conduire à une évaluation plus approfondie de la situation : ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, rebond d'adiposité précoce (en particulier avant l'âge de 3 ans), changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut, obésité précoce et sévère associée à d'autres signes.
- **Le dialogue sur la corpulence et la prévention de la stigmatisation :** attitude et choix des mots qui évite de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser, et construire un langage commun.
- **Examens cliniques et biologiques**



- **Clinique :** évolution de la corpulence, état de santé global, recherche des facteurs connus du gain de poids, complications ;
- **Biologique :** limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement un diabète de type 2 en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque.
- **Evaluation approfondie des habitudes de vie :** habitudes alimentaires individuelles et familiales, habitudes de pratique de l'activité physique et sportive individuelles et familiales, sédentarité,

sommeil et rythmes de vie, signes de perturbations de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires, difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque, vulnérabilités sociales.

- **Annnonce du diagnostic (médecin qui suit l'enfant)** : explique le diagnostic à l'enfant et ses parents, explique les étapes suivantes, propose des soins et un accompagnement coconstruit.
- **Deux situations pour graduer les soins**
 - **Situation de surpoids ou d'obésité non complexe**
 - IMC situé entre les seuils IOTF 25 et 30 ou en cas d'IMC > seuil IOTF 30, sans complications et sans cumul de facteurs qui sont cause ou conséquence d'une obésité ;
 - Améliorer la santé et le bien-être du jeune en accompagnant progressivement les changements des habitudes de vie, sans chercher à atteindre une valeur d'IMC définie ;
 - Selon l'évaluation multidimensionnelle, accompagner (difficultés psychologiques, troubles psychiques, sédentarité, reprise de l'activité physique, rééquilibrage alimentaire, troubles alimentaires, TCA, vulnérabilités psychosociales et scolaires ;
 - Coordination de soins et de l'accompagnement, éducation thérapeutique, suivi global sur plusieurs années.
 - **Situation de surpoids ou d'obésité complexe**
 - IMC > seuil IOTF 30 et du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques individuelles ou familiales associées, obésité de cause rare, situation de handicap, de déficience, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité, retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie, troubles des conduites alimentaires associés à des troubles psycho-pathologiques, problématiques sociales, familiales, de scolarité ;
 - Promouvoir la santé et le bien-être en accompagnant progressivement les changements des habitudes de vie est primordial ;
 - Une perte de poids, même faible, apporte un bénéfice. Elle doit être très progressive, accompagnée selon une approche diététique, socio-éducative, psychologique.
- **Objectif principal** : Stabiliser la corpulence et améliorer la santé, pas de perte de poids rapide.
- **Approche familiale et éducative** : impliquer les parents, éviter toute stigmatisation.
- **Modification durable des habitudes de vie** : alimentation équilibrée, activité physique quotidienne, réduction de la sédentarité.
- **Suivi coordonné et continu** : assurer la continuité des soins, avec un plan personnalisé.
- **Préparation à la transition vers l'âge adulte** : anticiper le passage en médecine adulte pour éviter les ruptures de suivi.

La prise en charge du diabète chez l'enfant

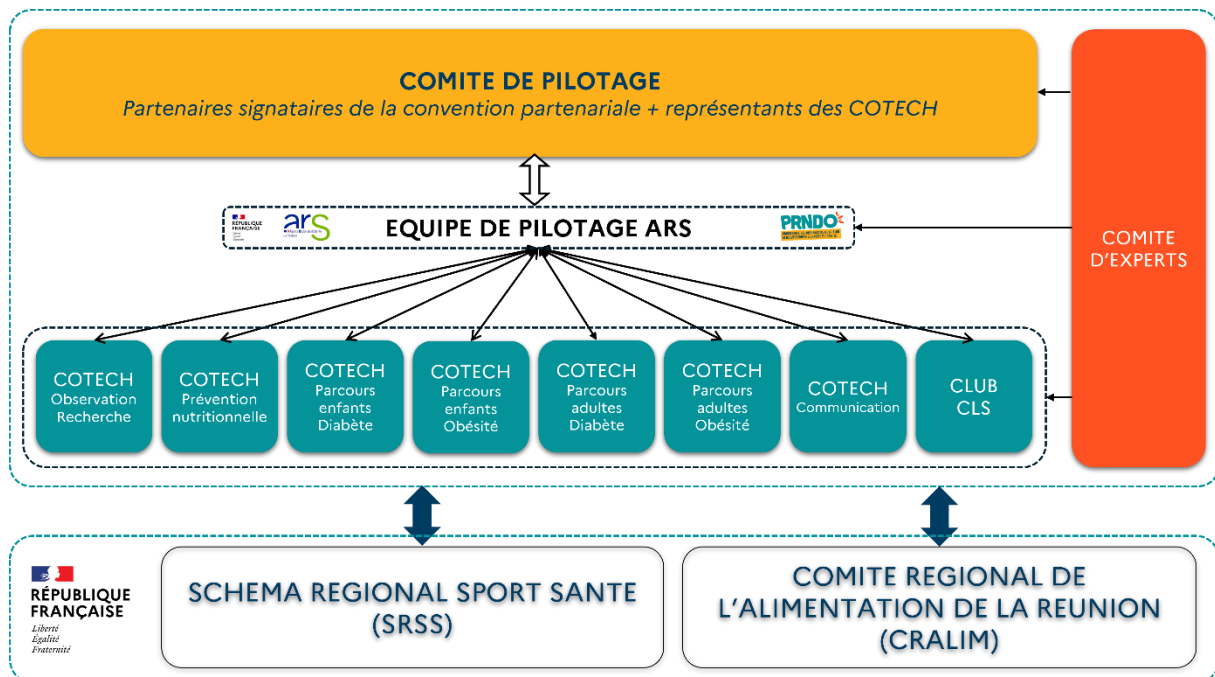
A ce jour, les recommandations de l'HAS sont succinctes quant au dépistage et à la prise en charge du diabète chez l'enfant. Néanmoins il existe des recommandations plus complètes émanant des sociétés savantes.

Le comité d'expert du PRNDO associant les expertises nécessaires, sera chargé de définir localement les modalités de dépistage et de prise en charge des diabètes (type 1 et 2) chez l'enfant en se basant sur les recommandations de la société savante francophone de pédiatrie.

Le dispositif de gouvernance partagé

Une gouvernance partagée et renforcée

L'ARS La Réunion dote le PRNDO d'un système de gouvernance et de mise en œuvre partagée, s'appuyant sur les partenaires institutionnels et les acteurs du territoire.

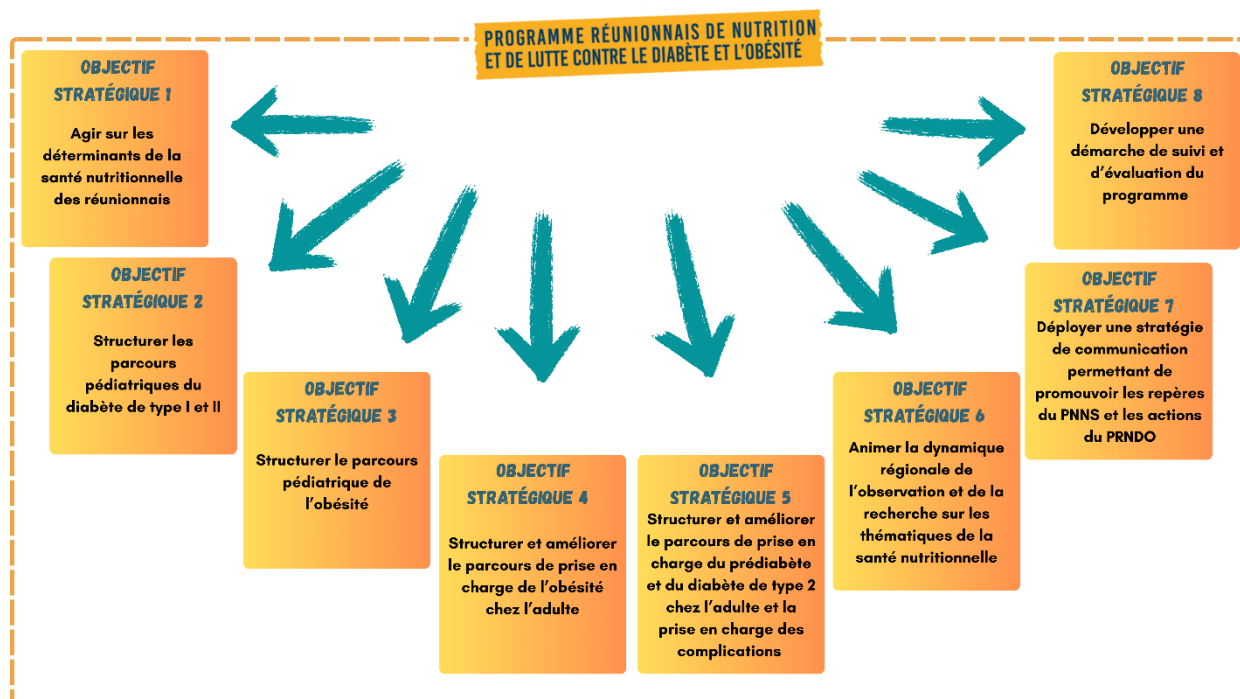


- **Le comité de pilotage (COPI)** : instance annuelle pour valider les étapes clés et orienter la stratégie
- **Les comités techniques (COTECH)** : Coordination opérationnelle des acteurs et animation régionale
 - Observation/recherche : dynamique régionales de l'observation et de la recherche
 - Prévention nutritionnelle : Les stratégies d'actions sur les déterminants (l'offre alimentaire : le sport santé, l'éducation nutritionnelle, les stratégies territoriales)
 - Parcours enfants diabète : le parcours pédiatrique du dépistage à la prise en charge incluant l'accompagnement des familles
 - Parcours enfants obésité : le parcours pédiatrique du dépistage à la prise en charge incluant l'accompagnement des familles
 - Parcours adultes diabète : le dépistage et la prise en charge, incluant le prédiabète et les complications
 - Parcours adultes Obésité : le dépistage et la prise en charge graduée
 - Communication : Les campagne de communication sur les sujets prioritaires et la visibilité du PRNDO et de ses actions
 - CLUB CLS : animation du réseau des coordonnateurs de CLS au service du déploiement des actions du PRNDO
- **Le comité d'experts** : appui méthodologique, veille scientifique, évaluation

- **Une équipe de pilotage ARS** : suivi et animation de l'ensemble du dispositif
- **Les référents PRNDO** : désignés par chaque signataire pour assurer la coordination interne
- L'articulation avec la Stratégie régionale sport-santé et le comité régional de l'alimentation de la Réunion (Présidé par le Préfet).

Les objectifs du PRNDO 2025–2028

Le PRNDO s'inscrit dans la continuité des actions engagées avec le PRND, tout en élargissant son périmètre pour répondre aux enjeux croissants liés à l'obésité. Il repose sur une approche intégrée, combinant promotion de la santé, organisation des parcours de soins, observation, communication et évaluation, afin d'agir simultanément sur les déterminants de santé, la qualité des prises en charge et la mobilisation des acteurs. Les huit objectifs stratégiques définis dans le programme traduisent cette ambition. Ils visent à structurer une politique cohérente et territorialisée, capable de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'améliorer durablement la santé nutritionnelle des Réunionnais.



OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

Objectif stratégique 1 – Agir sur les déterminants de la santé nutritionnelle des Réunionnais

Agir sur l'offre alimentaire

Restauration collective

Camions bars

Bouclier qualité prix

Nutri-Score

Précarité alimentaire

Produits sucrés

Poursuivre le développement de l'offre Sport-Santé

Label SSBE

Offre de formation sport santé

Maisons Sport Santé

Sport-santé dans les milieux

Accès aux équipements

Déployer des actions de prévention et d'éducation nutritionnelle

Opération Nutrition Marmay

Nutrition CAMPUS

Education nutritionnelle des populations fragiles

Poursuivre le développement et l'initiation de stratégies territoriales

Projets alimentaires territoriaux

Projets territorialisés de santé nutritionnelle

Contrats locaux de santé

CPTS et MSP

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE
RESTAURATION
COLLECTIVE

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.1
AGIR SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE

ACTIONS

OBJECTIFS

Qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire

Pilote(s) : DAAF

Contributeurs : Département, communes, Région, Rectorat, CLS

La totalité des restaurants scolaires ont été contrôlés entre 2020 et 2024. Il est intéressant de poursuivre les efforts dans ce domaine.

- Assurer le respect de la réglementation en vigueur
- Accompagner les acteurs dans la mise en place de menus de meilleure qualité

Qualité des menus servis en restauration collective

Pilote(s) : DAAF

Contributeurs : Département, communes, Région, Rectorat, DEAL, ARS / EHPAD

En 2024/2025, 3 restaurants sur 4 ont télédéclaré leurs achats sur la plateforme « ma cantine ».

- Viser le 100% de télé déclaration
- Assurer le respect de la réglementation en vigueur

Formation des professionnels de la restauration collective

Pilote(s) : ADNR, REUNIR, DAAF

Contributeurs : DAAF, PSR, Département, Région, communes, ARS / EHPAD...

Les professionnels qui servent en restauration collective sont des vecteurs importants de pédagogie sur les menus. Des formations ont été faites par le passé.

- Déployer les dispositifs « Plaisir à la cantine » et « Nourrir ses plaisirs » sur le territoire réunionnais

Mon Restau Responsable

Pilote(s) : CROUS

Contributeurs : DAAF, ARS, UNIVERSITE

L'université de La Réunion accueille chaque année plusieurs milliers d'étudiants, dont une part importante fréquente le restaurant universitaire (Restau U). Ce lieu constitue un point stratégique pour promouvoir une alimentation équilibrée et durable auprès des jeunes adultes, population particulièrement exposée aux risques liés à la malnutrition et à la sédentarité. L'initiative « Mon restaurant responsable » offre l'opportunité d'engager le Restau U dans une démarche de qualité nutritionnelle, de réduction du gaspillage alimentaire et de valorisation des produits locaux.

- Initier la démarche « mon restaurant responsable » au restaurant Universitaire
- Accompagner le restaurant universitaire dans la démarche

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE
OFFRE ALIMENTAIRE
DANS LES COMMERCES
PRÉCARITÉ
ALIMENTAIRE

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.1
AGIR SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE



ACTIONS

OBJECTIFS

Les camions bars

Pilote(s) : ARS, DAAF

Contributeurs : CMAR, LEKIP DIET, CLS, PSR, RECTORAT, PAT

Sur la période de mise en œuvre du PRND la CMAR a mené un projet expérimental dans plusieurs communes, mettant en avant l'importance de l'entrée communale. L'offre alimentaire au sein des camions bars demeurent un enjeu important, il apparait important de poursuivre cette expérimentation, sur la base des acquis.

- Poursuivre l'expérimentation dans les communes
- Modéliser l'intervention
- Expérimenter le modèle dans d'autres communes

Le Bouclier Qualité Prix

Pilote(s) : PREFECTURE, DEETS

Contributeurs : DAAF, PSR, ARS, GMS / FCD, ADIR, INTER PROFESSIONS, INSEE, DEETS

Le bouclier qualité prix encadre les prix d'une liste de produits en grande et moyenne surface.

Le PNNS Outre-Mer propose d'agir pour améliorer la prise en compte des recommandations à travers cette liste.

- Améliorer la qualité nutritionnelle du BQP (plaidoyer, rédaction de propositions)

Le Nutri Score

Pilote(s) : ARS, DAAF

Contributeurs : SPF, CMR, ADIR

Les industriels locaux ne sont pas systématiquement engagés sur le nutri-score au niveau local. Santé Publique France souhaite travailler à la sensibilisation des industriels, ainsi que de la population.

- Mobiliser les acteurs locaux pour déployer localement le nutri score (sur le produits locaux)
- Augmenter le nombre de produits locaux affichant le nutri score

Les produits sucrés

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : DAAF, ARS, REGION REUNION, ORS, DOUANES, ...

Bien que la loi dites Lurel, soit appliquée à La Réunion, des produits échappent à son périmètre. Les boissons locales et les produits importés de pays étrangers passent au travers, or, les données indiquent que ce sont des produits très consommés.

- Réaliser une étude sur l'importation, la vente et la teneur en sucre de boissons sucrées produites localement et importées de l'étranger
- Diffuser les résultats largement et sensibiliser le législateur
- Envisager des mesures de taxation pour les produits importés non soumis à la Loi Lurel

Etat des lieux des dispositifs de précarité alimentaire

Pilote(s) : DEETS, SOUS PREFET COHESION SOCIALE

Contributeurs : ARS, DAAF, CONSEIL DEPARTEMENTAL, BAM, CROIX ROUGE, ...

Plusieurs dispositifs d'aide alimentaire co-existent et des écarts demeurent entre l'offre et les recommandations du PNNS

- Recenser l'existant et dresser un état des lieux sur la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire Identifier les leviers d'amélioration de l'offre par rapport aux recommandations

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE
LE LABEL SSBE ET
LES MAISONS
SPORT-SANTÉ

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.2
POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT
DE L'OFFRE SPORT-SANTÉ ET LA
LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ

ACTIONS

OBJECTIFS

Le label Sport-santé

Pilote(s) : DRAJES, ARS

Contributeurs : PSR, MSS, CROS

Développement d'un label de sport santé pour tous et de sport santé sur ordonnance, avec plus de 600 créneaux labellisés en 2025. Une plateforme en ligne permet une procédure de labellisation dématérialisée et une visibilité des créneaux.

- Poursuivre la labellisation des créneaux sport-santé et l'animation du dispositif
- Promouvoir la labellisation
- Développer la visibilité
- Prévoir le suivi des créneaux et les renouvellements
- Développer une stratégie de communication

Formation des acteurs du sport-santé

Pilote(s) : DRAJES, ARS

Contributeurs : PSR, MSS, Organismes de formation

L'instance de coordination de l'offre de formation sport-santé a permis de dynamiser les organismes de formation et faire croître significativement l'offre.

- Maintenir les référentiels de formation à jour des besoins et de la réglementation
- Coordonner la planification collective de l'offre de formation
- Mettre en œuvre une veille des besoins de formation
- Développer une offre de formation de prescription du sport sur ordonnance auprès des médecins

Déploiement des Maisons sport-santé

Pilote(s) : DRAJES, ARS

Contributeurs : PSR, MSS, CLS et autres acteurs

13 maisons sports santé habilitées, pivots de l'articulation locale de l'offre de sport santé sur le territoire.

- Poursuivre le déploiement, le soutien et l'accompagnement des maisons sport santé et viser 100% de couverture territoriale
- Faire connaître les MSS par des journées portes ouvertes
-

Structuration de programmes de sport-santé sur ordonnance

Pilote(s) : DRAJES, ARS

Contributeurs : PSR, MSS

Le sport-santé doit pouvoir faire partie du parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète et l'obésité. La Stratégie nationale Sport-santé prévoit de développer sur l'ensemble du territoire national des programmes d'activité physique adaptée dans le cadre des parcours coordonnés renforcés.

- Concevoir et expérimenter un « programme de sport sur ordonnance » pour les patients atteints de maladie chronique

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE
SPORT-SANTÉ DANS
TOUS LES MILIEUX

ACCÈS AUX
ÉQUIPEMENTS

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.2
POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT
DE L'OFFRE SPORT-SANTÉ ET LA
LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ

ACTIONS

OBJECTIFS

Le Sport-santé en milieu scolaire

Pilote(s) : UNSS, USEP

Contributeurs : ARS, DRAJES, PSR, RECTORAT, PRP, CLS

Que ce soit via l'UNSS et ses associations sportives dans les établissements ou via l'USEP, une offre de sport santé est existante dans le milieu scolaire. De nombreux jeunes éloignés de la pratique peuvent renouer avec l'effort physique dans un cadre ludique et bienveillant.

- Soutenir le développement de l'UNSS Santé via les associations sportives des établissements en lien avec les ressources du label sport santé
- Poursuivre le déploiement du projet « Mon asso booste mon cerveau »

Le Sport-santé pour les étudiants

Pilote(s) : UNIVERSITE

Contributeurs : ARS, DRAJES, PSR, MSS, ACTEURS DU SPORT

La SNSS 2025-2030 prévoit dans l'enseignement supérieur le développement de campus promoteurs de santé avec l'intégration du sport-santé pour des programmes adaptés aux étudiants.

- Réaliser un état des lieux de l'offre, de l'accessibilité et de la pratique des étudiants
- Soutenir le développement de l'offre santé adapté aux étudiants

Le Sport-santé en milieu professionnel

Pilote(s) : DRAJES, ARS, DEETS

Contributeurs : PSR, MEDEF, MUTUELLES, ACTEURS DE SPORT-SANTE

Le développement du sport santé en milieu professionnel est un enjeu du PNNS et de la SNSS. Une charte d'engagement, des outils d'accompagnement sont proposés par le Cnam-istna dans le cadre du PNNS.

- Promouvoir les outils nationaux (PNNS) par l'organisation de séminaires ou de webinaires pour sensibiliser les dirigeants (charte d'engagement PNNS, outil 360° nutrition santé).
- Expérimenter 3 projets pilotes dans 3 entreprises/organisations

Le Sport-santé et la perte d'autonomie

Pilote(s) : DRAJES, ARS

Contributeurs : CONSEIL DEPARTEMENTAL, ASSURANCE MALADIE, GIE VIEILLESSEMENT ACTIF, COMMUNES ET CCAS, URPS, MOUVEMENT SPORTIF, MAISON SPORT SANTE, ADEP, CAISSES DE RETRAITE, RÉSEAU SSBÉ 974, ADERR, GIPSAP

L'ARS et la DRAJES sont signataires du plan antichute 2024-2027 mis en œuvre à La Réunion. L'axe 4 du plan concerne le développement de l'offre sport santé à travers le réseau SSBÉ et doit permettre de développer ainsi l'accessibilité des personnes âgées à l'APA.

- Sensibiliser les médecins à la prescription d'APA aux personnes présentant des facteurs de risques et des personnes en pertes d'autonomie
- Engager une démarche « d'aller vers » pour rapprocher les personnes âgées de la pratique d'activités physiques adaptées (aides à domicile ou aidants familiaux)
- Améliorer la participation des personnes âgées aux programmes d'APA (Maisons Sport-Santé, GIE VA, services CCAS et des sports des collectivités)

Le Sport-santé dans les établissements de santé et médico-sociaux

Pilote(s) : DRAJES, ARS, DEETS

Contributeurs : CCAS, FEHAP, ...

Le développement du sport-santé dans le secteur médico-social est un axe fort de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2025-2030.

Des instructions ministérielles publiées en 2024 donnent le cadre du développement du sport-santé dans le ESMS.

- Déployer le dispositif 30 minutes d'activité physique quotidienne par jour
- Structurer et animer le réseau des référents APS
- Outiller les référents en lien avec les ressources du réseau régional du Sport-Santé

Les équipements sportifs

Pilote(s) : DRAJES

Contributeurs : ARS, COLLECTIVITES, OPERATEURS SPORT-SANTE

L'accès aux équipements sportifs est un frein identifié au développement de l'offre sport-santé. La SNSS prévoit également un appui aux collectivités pour adapter et optimiser l'utilisation des équipements existants et favoriser une pratique de proximité.

- Développer les conventions avec les établissements scolaires pour l'ouverture des équipements en dehors des horaires scolaires
- Sensibiliser les gestionnaires d'équipements
- Inscription de cet objectif dans les CLS

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.3
DÉPLOYER DES ACTIONS DE
PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION
NUTRITIONNELLE



Dans le cadre du PRNDO, l'ARS La Réunion déploiera l'Opération **Nutrition Marmay**, un dispositif ambitieux d'éducation nutritionnelle destiné aux enfants et adolescents de **0 à 18 ans**. Ce programme vise à **favoriser l'acquisition précoce de comportements favorables à la santé** et à promouvoir l'activité physique, en s'appuyant sur une approche globale impliquant la **petite enfance, le milieu scolaire et extrascolaire**. Nutrition Marmay repose sur des contenus validés, des outils pédagogiques adaptés et une mobilisation des acteurs locaux (collectivités, associations, professionnels de santé et de l'éducation). Son déploiement massif à partir de 2025 constitue un levier majeur pour **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** et inscrire durablement la prévention dans les milieux de vie des jeunes Réunionnais.

Des actions ciblées, d'éducation nutritionnelle, seront également proposées aux populations les plus fragiles et aux étudiants.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE NUTRITION MARMAY

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.3 DÉPLOYER DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION

ACTIONS

OBJECTIFS

Structuration et déploiement

Pilote(s) : ARS, PSR

Contributeurs : RECTORAT, CAF, DAAF, CLS, PRP, LEKIP DIET, ADNR, REUNIR, OVIA, DEPARTEMENT, REGION

Le PRND a initié le développement d'actions clés en main dotées d'outils et de ressources pour les acteurs. Le déploiement de ces interventions s'appuie sur une plateforme en ligne permettant de guider et d'outiller les acteurs pour la mise en œuvre.

Dans le cadre du PRNDO, la démarche endossant l'appellation Nutrition Marmay, voit grandir son ambition pour devenir le dispositif régional qui encadre les actions d'éducation nutritionnelle du territoire pour les publics de 0 à 18 ans.

Un dispositif de déploiement a ainsi été conçu.

Nutrition Marmay Petite enfance

Pilote(s) : ARS, PRP, PSR

Contributeurs : RECTORAT, CAF, DAAF, CLS, PSR, LEKIP DIET, ADNR, REUNIR, OVIA, DEPARTEMENT

Le contenu de l'action Nutrition Petite Enfance Péi intègre le dispositif Nutrition Marmay.

Nutrition Marmay dans les établissements scolaires et autres lieux d'accueil des enfants

Pilote(s) : ARS, PRP, PSR

Contributeurs : RECTORAT, CAF, DAAF, CLS, PRP, LEKIP DIET, ADN, REUNIR, DEPARTEMENT, REGION, DRAJES

Le dispositif Nutrition Marmay prévoit de mettre à disposition des acteurs des interventions clé en main et des outils d'animation. Un dispositif sera déployé pour accompagner les acteurs qui souhaitent mettre en œuvre des actions auprès des enfants. Ce dispositif comporte une équipe de déploiement pour promouvoir le dispositif et accompagner les professionnels.

Nutrition Marmay grand public

Pilote(s) : ARS, PRP, PSR

Contributeurs : PRP, MASANTE.RE, REGION, DAAF, SPF

De nombreux contenus à destination du grand public, des parents, des jeunes ont été élaborés dans le cadre PRND (nutrition petite enfance, masanté.re, pilonpilé.re, ...) ainsi qu'un «serious game» dont la mise en ligne est prévue en 2026.

L'ARS souhaite mettre à disposition du grand public ces outils à travers Nutrition Marmay et déployer une stratégie de communication visant à promouvoir les recommandations nutritionnelles des enfants.

- Faire évoluer la plateforme en ligne Nutrition Marmay pour qu'elle intègre l'ensemble des contenus et réponde à l'ensemble des objectifs du dispositif
- Mettre en place et animer le dispositif de déploiement composé des 2 coordonnateurs et de 4 animateurs de déploiement et des partenaires
- Elaborer et animer une stratégie de communication
- Poursuivre le soutien apporté aux projets de prévention nutritionnelle visant des enfants et leurs parents notamment ceux développés dans le cadre des CLS et aller vers une labellisation de ces projets
- Mettre à disposition des professionnels de la petite enfance des modèles d'intervention et des outils d'animation
- Accompagner et former les professionnels de la petite enfance aux messages validés en matière d'alimentation d'activité physique, de sommeil, les écrans et des compétences psychosociales. Les formations selon des modalités à distances ou présentiels devront assurer la qualité de la mise en œuvre des interventions
- Mettre à disposition des professionnels des établissements scolaires des interventions et des outils d'éducation nutritionnelle

- Assurer l'implémentation et l'animation de la page dédiée
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour promouvoir ces contenus

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE ACTIONS CIBLÉES

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.3 DÉPLOYER DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE

ACTIONS

Nutrition Campus

Pilote(s) : UNIVERSITE, SERVICE DE SANTE DES ETUDIANTS, CROUS
Contributeurs : ARS, PSR, LEKIP DIET, DAAF

Les étudiants, dont de nombreux en situation de précarité, sont à une période charnière de leur vie. Ils se construisent leurs repères, leurs habitudes, en autonomie. Leurs habitudes alimentaires s'avèrent éloignées des recommandations et le service de santé des étudiants souhaite investir davantage cette thématique.

PRNDO Solidaire

Pilote(s) : DEETS, SOUS PREFECTURE COHESION SOCIALE
Contributeurs : ARS, PSR, LEKIP DIET, CLS, DAAF, BAM, CROIX ROUGE

La précarité et les inégalités représentent des enjeux majeurs au regard de la santé nutritionnelle. Des dispositifs d'aide alimentaire existent. Ceux-ci intègrent parfois une démarche d'éducation nutritionnelle auprès de leur public.

OBJECTIFS

- Concevoir et déployer un dispositif d'éducation nutritionnelle et d'accompagnement adapté aux étudiants
- Soutenir les acteurs de la solidarité dans le développement d'actions d'éducation nutritionnelle à destination des publics bénéficiaires des dispositifs de précarité alimentaire.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE
LES PAT
LES PROJETS
TERRITORIALISÉS

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.4
POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT
D'ACTIONS DE SANTÉ NUTRITIONNELLE
SELON UNE APPROCHE

ACTIONS

OBJECTIFS

Développement des PAT

Pilote(s) : DAAF

Contributeurs : ARS, PAT, COMMUNES, DEPARTEMENT

Les projets alimentaires territoriaux se développent sur le territoire. Ils permettent de fédérer les acteurs d'un territoire, des producteurs aux citoyens incluant les associations, les collectivités, autour des enjeux alimentaires. Ces projets représentent des leviers considérables sur l'offre alimentaire locale.

- Poursuivre le déploiement des PAT sur le territoire

Le réseau Inter PAT

Pilote(s) : DAAF, INTER PAT

Contributeurs : CIRAD, ARS, PAT, COMMUNES, CLS, DEPARTEMENT Pour optimiser la portée et l'efficacité des actions, le développement des PAT doit pouvoir s'articuler avec la mise en œuvre du PRNDO.

- Mobiliser les PAT sur la mise en œuvre du PRNDO à travers le réseau Inter PAT
- Travailler sur un référentiel commun alimentation-santé avec les CLS

Modélisation de la démarche Camélias santé

Pilote(s) : ADN974, ARS

Contributeurs : SPF, UNIVERSITE

L'association ADN974 porte et anime depuis plusieurs années un projet territorial sur le quartier des Camélias. Visant une approche globale des déterminants allant dans le sens de la conférence de consensus de 2016. L'ARS souhaite tirer les enseignements de cette expérimentation par une modélisation de l'intervention.

- Mener une étude de modélisation

Expérimentations des modèles

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : DAAF, CLS, ADN974

L'objectif visé par le soutien à la démarche Camélias Santé est d'identifier des modèles transposables à d'autres communes/quartiers.

- Expérimenter dans 3 territoires

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
NUTRITIONNELLE DES RÉUNIONNAIS

FICHE OPÉRATIONNELLE
ORGANISATIONS
TERRITORIALES DE
SANTÉ

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.4
POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT
D' ACTIONS DE SANTÉ NUTRITIONNELLE
SELON UNE APPROCHE
TERRITORIALISÉE

ACTIONS

OBJECTIFS

Programmes communaux de santé nutritionnelle (CLS)

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : CLS

Au 31 décembre 2025, 22 communes ont signé un contrat local de santé (CLS) avec l'ARS. L'ensemble des CLS signés dispose d'un axe prioritaire sur la santé nutritionnelle. Cette thématique est rendue systématique depuis la mise en œuvre du PRND 2020-2023. L'ARS souhaite poursuivre dans cette voie en renforçant cet échelon pour la mise en œuvre du PRNDO.

- Mobiliser les CLS sur la mise œuvre du PRNDO
- Inscrire le déploiement des actions phares du PRNDO dans les CLS : déploiement de l'Opération Nutrition Marmay, le sport-santé, l'Opération Dépist out diabète, Programme de prévention Prédiabète.

Opérations PRNDO

Pilote(s) : ARS, CLS

Contributeurs : PAT, BAILLEURS SOCIAUX, ASSOCIATIONS DE QUARTIERS

Le PRNDO prévoit des actions de fond, éducatives, de dépistage, ... L'ARS souhaite également soutenir et mobiliser les CLS sur des actions de terrains, visant la mobilisation sociale et participant à la communication et la notoriété du PRNDO

- Soutenir les CLS (logistique, technique, financier) pour la mise d'opérations de terrain sous la bannière PRNDO. Des actions type : les jeunes au marché, les jardins communautaires, promotion des repères nutritionnels sur les évènements...

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : CGSS, DRAJES, MSP, ETAP SANTE, SEDMER, TIP@SANTE

En 2025, le territoire compte 26 maisons de santé pluriprofessionnelles, dont certaines portent des projets relatifs à la nutrition, à l'image de la Caz diabète dans le Nord qui propose des parcours de soin et de prévention du diabète et de prédiabète

- Favoriser l'implication des MSP dans les parcours régionaux du PRNDO

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : CPTS, CGSS, DRAJES, MSP, ETAP SANTE, SEDMER, TIP@SANTE, CLS

Les CPTS peuvent jouer un rôle clé dans la coordination des acteurs de santé de proximité et dans la mise en œuvre des actions de prévention et de dépistage. À La Réunion, leur structuration progressive offre l'opportunité de renforcer la responsabilité populationnelle et d'améliorer l'accès à des interventions ciblées sur les déterminants nutritionnels et les maladies chroniques. Mobiliser les CPTS devrait permettre de déployer des actions cohérentes et adaptées aux besoins des territoires, en s'appuyant sur leur capacité à fédérer les professionnels de ville, à mutualiser les ressources et à mieux structurer les parcours. Cette démarche favorise également l'appropriation locale des objectifs du PRNDO et la pérennisation des initiatives.

- Mobiliser les CPTS sur les actions de prévention, de dépistage et l'information des professionnels de santé

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2
STRUCTURER LES PARCOURS PÉDIATRIQUES DU
DIABÈTE DE TYPE I ET II

Objectif stratégique 2 – Structurer les parcours pédiatriques du diabète de type I et II

Parcours pédiatrique du DT1

Le dépistage du DT1

Accompagnement de l'enfant et de la famille

Parcours pédiatrique du DT2

Le dépistage

Le parcours de prise en charge

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2
STRUCTURER LES PARCOURS PÉDIATRIQUES DU
DIABÈTE DE TYPE I ET II

FICHE OPÉRATIONNELLE
LE DÉPISTAGE
PRÉCOCE
DU DT1

OBJECTIF GÉNÉRAL 2.1

LE DIABÈTE PÉDIATRIQUE DE TYPE I,
AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET
L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT ET DE
SA FAMILLE

ACTIONS

OBJECTIFS

Une fiche repère pour les professionnels

Pilote(s) : ARS, SEDMER

Contributeurs : TIP@SANTE, RECTORAT, PRP, CHU, CHOR, GHER

Le dépistage précoce (dès les premiers symptômes) du diabète est essentiel pour éviter les retards de diagnostic et améliorer la prise en charge initiale. Les professionnels intervenant dans le parcours soulignent que l'harmonisation des pratiques et le renforcement de la réactivité des acteurs sont des leviers importants pour améliorer le parcours.

- Elaborer une fiche repère du diabète de type 1 chez l'enfant à destination des professionnels de santé (médecine de ville et scolaire)
- Diffuser la fiche repère

Sensibilisation des médecins généralistes et des services d'urgence

Pilote(s) : ARS, SEDMER

Contributeurs : TIP@SANTE, CHU, CHOR, GHER, CPTS

Les retards de diagnostic du diabète de type 1 chez les enfants peuvent entraîner des complications graves. Les médecins généralistes, souvent premiers interlocuteurs des familles, jouent un rôle déterminant dans le repérage et l'orientation rapide vers une prise en charge spécialisée. Sensibiliser ces professionnels ainsi que les services d'urgences constituent un levier pour améliorer le repérage précoce et sécuriser les parcours pédiatriques.

- Déployer une campagne de sensibilisation des médecins généralistes et des services d'urgences sur les enjeux du repérage précoce et la prise en charge initiale du DT1 chez l'enfant

Sensibilisation de la population

Pilote(s) : ARS, SEDMER

Contributeurs : CHU, CHOR, GHER, TIP@SANTE, CPTS

Sensibiliser les familles à ces signaux constitue une action essentielle pour réduire les délais de diagnostic et améliorer la sécurité des parcours pédiatriques. Cette démarche offre l'opportunité de renforcer la prévention, d'impliquer les proches dans la vigilance sanitaire et de consolider les acquis des campagnes menées dans le cadre du PRND.

- Poursuivre le déploiement de la campagne de sensibilisation de la population sur les symptômes du diabète de type 1 et l'enjeu d'un dépistage précoce

Les résultats de laboratoire

Pilote(s) : ARS, SEDMER

Contributeurs : CHU, CHOR, GHER, TIP@SANTE, CGSS, LABORATOIRES

Les laboratoires d'analyses jouent un rôle clé dans le repérage des situations à risque, notamment lorsque des résultats biologiques révèlent des anomalies pouvant évoquer un diabète, même en dehors d'une demande ciblée. Aujourd'hui, l'absence de signalement explicite ou de mise en évidence claire dans les comptes rendus peut retarder l'orientation vers les urgences et compromettre la prise en charge rapide. Travailler avec les laboratoires pour systématiser la mise en évidence des résultats d'alerte (par exemple via un marquage visuel ou un texte explicite) constitue une opportunité majeure pour sécuriser les parcours pédiatriques, réduire les délais de diagnostic et renforcer la coordination entre acteurs.

- Sensibiliser les laboratoires à l'urgence des résultats
Mettre en évidence les résultats dans le compte rendu, et la conduite à tenir (urgence)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2
STRUCTURER LES PARCOURS PÉDIATRIQUES DU
DIABÈTE DE TYPE I ET II

FICHE OPÉRATIONNELLE
LA PRISE EN CHARGE ET
L'ACCOMPAGNEMENT DE
L'ENFANT ET DE LA
FAMILLE

OBJECTIF GÉNÉRAL 2.1

LE DIABÈTE PÉDIATRIQUE DE TYPE I,
AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET
L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT ET DE
SA FAMILLE

ACTIONS

OBJECTIFS

L'école

Pilote(s) : ARS, CHU

Contributeurs : SEDMER, RECTORAT, HOPITAL D'ENFANT, PRP

L'accueil des enfants atteints de diabète de type 1 en milieu scolaire constitue un enjeu majeur pour garantir leur sécurité et leur inclusion. La mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et la gestion des situations d'urgence nécessitent une connaissance précise des besoins spécifiques liés à cette pathologie. Les acteurs du parcours ont souligné l'intérêt de former les infirmiers scolaires pour renforcer la vigilance, harmoniser les pratiques et sécuriser le quotidien des élèves concernés. Cette démarche offre l'opportunité de consolider la coordination entre santé et éducation, tout en favorisant un environnement scolaire adapté et inclusif.

- Relancer les formations des infirmiers scolaires

Les séjours saisonniers d'accompagnement

Pilote(s) : ARS, HOPITAL D'ENFANT

Contributeurs : CHU, CHOR, GHER, ADJ974, PRP

L'offre de prise en charge des enfants présentant un diabète de type 1 comprenait précédemment des séjours saisonniers. Ces derniers constituent un levier non négligeable pour l'accompagnement des enfants et adolescents en favorisant l'éducation thérapeutique, l'autonomie et le partage d'expériences. La reprise de ces séjours est souhaitée par l'ARS et les acteurs de la filière. Ils apparaissent comme un enjeu majeur pour renforcer la qualité de vie des jeunes, soutenir les familles et consolider les compétences nécessaires à la gestion quotidienne de la maladie.

- Maintenir l'offre saisonnière de séjour

Accompagnement de la famille

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : ADJ974, CHU, SEDMER, HOPITAL D'ENFANTS

L'accompagnement des familles d'enfants atteints de diabète de type 1 est un enjeu considérable pour sécuriser les parcours et soutenir la gestion quotidienne de la maladie. La cellule «Nou lé la», déjà mobilisée dans le cadre du PRND, offre un dispositif de proximité favorisant l'écoute, l'information et la coordination avec les acteurs de santé. Poursuivre et renforcer ce type d'action constitue une opportunité majeure pour consolider le soutien aux familles, prévenir les ruptures de suivi et promouvoir une approche intégrée entre soins, éducation thérapeutique et qualité de vie.

- Poursuivre les démarches de pair-aidance (cellule « nou lé la »)
- Etudier la faisabilité de la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire hospitalière d'accompagnement des familles.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2
STRUCTURER LES PARCOURS PÉDIATRIQUES DU
DIABÈTE DE TYPE I ET II

FICHE OPÉRATIONNELLE
LE DÉPISTAGE ET LA
PRISE EN CHARGE

OBJECTIF GÉNÉRAL 2.2

STRUCTURER UN PARCOURS PÉDIATRIQUE
DIABÈTE TYPE II

ACTIONS

OBJECTIFS

Les recommandations pour le dépistage et la prise en charges

Pilote(s) : ARS, SEDMER, COMITE D'EXPERT PRNDO

Contributeurs : PRP, CHU, TIP@SANTE, CPTS, HOPITAL D'ENFANT

Le diabète de type 2 pédiatrique connaît une progression préoccupante à La Réunion, en lien avec la prévalence élevée du surpoids et de l'obésité infantile.

- Définir localement les modalités de dépistage et de prise en charge du diabète de type II chez l'enfant
- Diffuser et promouvoir ces modalités auprès des professionnels

Le parcours de soins

Pilote(s) : ARS, PRP

Contributeurs : SEDMER, HOPITAL D'ENFANT, CHOR, GHER

Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents est un phénomène émergent qui ne fait pas l'objet d'un parcours formellement organisé et coordonné.

- Coconstruire un parcours du diabète de type 2 pédiatrique, s'appuyant sur les ressources et dispositifs du territoire
- Inclure dans le parcours l'accompagnement du passage à l'âge adulte
- Proposer une RCP sur le diabète de l'enfants

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3

STRUCTURER LE PARCOURS PÉDIATRIQUE DE L'OBÉSITÉ

Objectif Stratégique 3 – Structurer le parcours pédiatrique de l'obésité

Sensibilisation et formation des professionnels

Le repérage et l'orientation

La prise en charge

Parcours pédiatrique de l'obésité

Le parcours

L'activité physique adaptée

OBJECTIF GÉNÉRAL 3.1

SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE, À LA PRISE EN CHARGE ET À L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS EN SURPOIDS OU EN OBÉSITÉ

ACTIONS

Mobiliser les professionnels au repérage du surpoids et de l'obésité

Pilote(s) : ARS, PRP

Contributeurs : CHU, TIP@SANTE, CPTS, HOPITAL D'ENFANT, RECTORAT, PMI, CSO

Le repérage, l'orientation précoce des enfants en situation de surpoids et d'obésité est enjeu majeur du parcours de prise en charge. Le repérage doit pouvoir être systématique aux occasions de rencontre entre l'enfant et un professionnel. La démarche de repérage et d'orientation doit aussi pouvoir s'appuyer sur une approche relationnelle non stigmatisante, soutenante et bienveillante. Mobiliser les professionnels à l'enjeu, aux modalités, à l'approche du repérage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, constitue un axe important de la structuration du parcours de prise en charge.

Formation à l'approche bienveillante non stigmatisante dans la prise en charge

Pilote(s) : ARS, PRP

Contributeurs : CHU, TIP@SANTE, CPTS, HOPITAL D'ENFANT, RECTORAT, PMI, CSO ...

La prise en charge de l'obésité pédiatrique reste particulièrement sujette aux risques de stigmatisation, pouvant impacter la qualité des soins, la relation thérapeutique et l'adhésion des familles. Les recommandations de la HAS soulignent l'importance d'une approche bienveillante et non culpabilisante pour prévenir les effets délétères sur la santé psychologique et l'accès aux soins.

Mener une campagne de formation et de sensibilisation des professionnels constitue un enjeu majeur pour promouvoir des pratiques respectueuses et inclusives. Cette action offre l'opportunité de renforcer la qualité des parcours, d'améliorer la confiance des familles et de consolider une culture professionnelle conforme aux standards nationaux.

OBJECTIFS

- Définir localement les modalités de repérage et d'orientation du surpoids et de l'obésité pédiatrique
- Elaborer une stratégie de diffusion (fiche repère, formation, sensibilisation, webinaire)
- Déployer la stratégie
- Elaborer une campagne de sensibilisation des professionnels à l'approche bienveillante, non culpabilisante et inclusive
- Déployer la campagne auprès des professionnels cibles

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3

STRUCTURER LE PARCOURS PÉDIATRIQUE DE L'OBÉSITÉ

FICHE OPÉRATIONNELLE STRUCTURATION DU PARCOURS

OBJECTIF GÉNÉRAL 3.2

STRUCTURER SUR LE TERRITOIRE LE PARCOURS PÉDIATRIQUE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

ACTIONS

Structurer le parcours

Pilote(s) : ARS, PRP

Contributeurs : PRP, CGSS, HOPITAL D'ENFANT, CHU, TIP@SANTE, CPTS, RECTORAT, PMI, CLS, MSS, MSP

L'obésité pédiatrique nécessite une prise en charge adaptée et graduée, tenant compte de la complexité des situations et des ressources disponibles. Aujourd'hui, l'absence d'un modèle structuré et partagé entraîne des disparités dans l'accès aux soins et la coordination entre acteurs. Coconstruire avec les professionnels et partenaires un modèle de parcours gradué, adaptable à chaque microrégion en fonction des ressources locales, constitue un enjeu majeur pour garantir l'équité, la qualité et la continuité des prises en charge. Cette action offre l'opportunité de renforcer la territorialisation des soins, d'optimiser les dispositifs existants et de favoriser une dynamique collaborative durable.

Poursuivre le déploiement de l'offre d'activité physique adaptée (APA) pour les enfants en situation de surpoids et d'obésité par le biais des Maisons sport-santé (MSS)

Pilote(s) : ARS, DRAJES, PRP

Contributeurs : RECTORAT, MSS, CLS, CHU, HOPITAL D'ENFANT, RECTORAT

La prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique doit pouvoir s'appuyer tant sur l'accompagnement de l'enfant et sa famille, sur les dimensions diététique, physiologique, psychologique et sociale mais aussi sur une dimension relative à l'activité physique et à lutte contre la sédentarité. Le parcours doit pouvoir compter sur une offre de proximité, accessible et adaptée.

OBJECTIFS

- Elaborer en concertation avec les acteurs de la prise en charge un modèle de parcours gradué (conforme aux recommandations HAS) à adapter sur chaque territoire de santé
 - Organiser le parcours sur chaque territoire et initier leur déploiement (incluant sa coordination)
 - Evaluer les besoins en formation, accompagnement, outil pour optimisation du déploiement
 - Prendre en compte le déploiement de Mission Retrouve Ton Cap (MRTC vague 2) et OBEPEDIA V2 (travaux menés en lien avec la DGOS)
-
- Réaliser un des lieux de l'offre et des besoins sur les territoires (les ressources, les freins, le besoins)
 - Formaliser et développer une offre sur les territoires en lien avec les MSS

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE

Objectif stratégique 4 – Structurer et améliorer le parcours de prise en charge de l'Obésité chez l'adulte

Le dépistage et l'évaluation multidimensionnelle

Repérage et dépistage de l'obésité

Outil régional d'évaluation multi-dimensionnelle

Cartographie de la prise en charge

Sensibilisation des professionnels

Le parcours gradué sur 3 niveau de recours

Le parcours régional type gradué

Suivi et coordination

Le programme régional d'accompagnement éducatif et thérapeutique

La formation des professionnels

Les traitements médicamenteux de l'obésité

Le transport bariatrique

Le suivi au long cours

Le suivi au long cours du patient

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4
STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN
CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE

FICHE OPÉRATIONNELLE
REPÉRAGE,
DÉPISTAGE ET
ORIENTATION

OBJECTIF GÉNÉRAL 4.1

ORGANISER DE DÉPISTAGE ET
L'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE
DANS CHAQUE TERRITOIRE

ACTIONS

OBJECTIFS

Repérage et dépistage de l'obésité

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : SEDMER, TIP@SANTE, ETAP-SANTE, MEDECINE DU TRAVAIL, CHU, CHOR

Le repérage précoce et le dépistage structuré demeurent hétérogènes, limitant l'orientation vers des prises en charge adaptées. Le développement d'un dispositif régional standardisé permettra d'identifier systématiquement les situations à risque et d'orienter chaque patient vers un parcours gradué de prévention ou de soin conformément aux recommandations de la HAS (trois niveaux de recours).

- Elaborer un guide du dépistage de l'obésité
- Diffuser le guide (diffusion, formation)

Outil régional d'évaluation multi-dimensionnelle

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : SEDMER, TIP@SANTE, ETAP-SANTE, MEDECINE DU TRAVAIL, CHU, CHOR

Une évaluation approfondie est nécessaire pour orienter les patients vers le bon niveau de recours, conformément aux recommandations de la HAS. Aujourd'hui, la méconnaissance d'outils pratiques pour réaliser une évaluation multidimensionnelle (clinique, comportementale, psychologique et sociale) limite le phénotypage et la stratification des parcours. Diffuser un outil dédié aux médecins traitants apparaît comme véritable levier pour harmoniser les pratiques, améliorer la pertinence des orientations et sécuriser la prise en charge graduée.

- Elaborer un outil régional d'évaluation multidimensionnelle à destination des médecins (phénotypage)
- Diffuser l'outil

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4
STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN
CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE

FICHE OPÉRATIONNELLE
REPÉRAGE,
DÉPISTAGE ET
ORIENTATION (SUITE)

OBJECTIF GÉNÉRAL 4.1

ORGANISER DE DÉPISTAGE ET
L'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE
DANS CHAQUE TERRITOIRE

ACTIONS

OBJECTIFS

Cartographie de la prise en charge

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : SEDMER, TIP@SANTE, ETAP-SANTE, MEDECINE DU TRAVAIL, CHU, CHOR, SMR

La pertinence de l'orientation, à l'issue de l'évaluation multidimensionnelle, dépend d'une connaissance actualisée et partagée de l'offre de prévention et de soins. Or, l'information sur les ressources (niveaux de recours, critères d'éligibilité, délais, coordonnées, modalités d'adressage) demeure fragmentée et inégalement accessible. Réaliser une cartographie territoriale exhaustive et dynamique, puis la mettre à disposition des professionnels (outil numérique interopérable et régulièrement actualisé), constitue un levier majeur pour garantir l'orientation au bon niveau de recours, réduire les délais et améliorer l'équité d'accès.

- Cartographier l'offre de prise en charge et de prévention (en lien avec les outils de coordination du parcours, objectif général 4.2)
- Rendre cette cartographie accessible utilisable par les professionnels
- Intégrer cet outil au dispositif de dépistage (action 4.1.1)

Sensibilisation des professionnels sur l'approche du patient en surpoids ou obésité

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : SEDMER, TIP@SANTE, ETAP-SANTE, MEDECINE DU TRAVAIL, CHU, CHOR

La prise en charge de l'obésité à l'âge adulte est fréquemment exposée à des attitudes stigmatisantes et à des biais implicites, susceptibles d'altérer la relation de soin, l'adhésion thérapeutique et l'accès effectif aux parcours. Conformément aux recommandations de la HAS, une approche non culpabilisante, respectueuse de l'autonomie et fondée sur le consentement éclairé est essentielle pour garantir la qualité et l'éthique des pratiques. Mener une campagne de sensibilisation des professionnels constitue un enjeu majeur pour prévenir la stigmatisation, sécuriser l'alliance thérapeutique et favoriser des parcours adaptés et gradués.

- Promouvoir les recommandations de pratiques « comment aborder l'obésité ? »
- Elaborer un guide repère sur l'annonce du diagnostic
- Organiser des réunions de sensibilisation

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE

FICHE OPÉRATIONNELLE LE PARCOURS RÉGIONAL TYPE

OBJECTIF GÉNÉRAL 4.2

ORGANISER LES ACTEURS AUTOUR D'UN PARCOURS RÉGIONAL TYPE GRADUÉ DE L'OBÉSITÉ DANS CHAQUE TERRITOIRE

ACTIONS

Parcours gradué régional

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : SEDMER, TIP@SANTE, ETAP-SANTE, CHU, CHOR, SMR

L'organisation des parcours de soins pour l'obésité adulte à La Réunion reste hétérogène, avec des disparités territoriales et des difficultés d'accès aux niveaux de recours adaptés. Conformément aux recommandations de la HAS, un parcours gradué articulant ville et hôpital est indispensable pour garantir la continuité et la pertinence des prises en charge. Coconstruire un modèle régional type, décliné dans chaque microrégion en fonction des ressources locales constitue un enjeu stratégique pour l'équité et l'efficacité des soins.

Suivi et coordination du parcours

Pilote(s) : ARS, ETAP-SANTE

Contributeurs : CSO, SEDMER, TIP@SANTE, ETAP-SANTE, CHU, CHOR, SMR

Les parcours de soins pour l'obésité adulte impliquent une multiplicité d'acteurs et de niveaux de recours, ce qui expose à des risques de fragmentation et de rupture. Une coordination efficace est indispensable pour assurer la fluidité, la continuité et la pertinence des prises en charge, en particulier lors des transitions entre ville et hôpital ou entre niveaux de recours. Engager une réflexion structurée sur les modalités de coordination (outils, référents, protocoles) constitue un enjeu stratégique pour sécuriser les parcours et améliorer l'expérience patient.

Un programme d'accompagnement éducatif et thérapeutique

Pilote(s) : ARS, ETAP-SANTE

Contributeurs : CSO, TIP@SANTE, MSP, MSS, SMR, REUNIR

L'obésité adulte nécessite une approche globale qui dépasse la seule dimension médicale, en intégrant l'éducation thérapeutique pour renforcer l'autonomie, l'adhésion et la prévention des complications. Conformément aux recommandations de la HAS, un programme structuré d'accompagnement éducatif et thérapeutique est indispensable pour accompagner les patients dans la gestion durable de leur santé. L'élaboration et le déploiement d'un dispositif régional, adaptable à chaque territoire et s'appuyant sur ses acteurs locaux, constituent un enjeu stratégique pour garantir l'équité d'accès et la qualité des parcours.

OBJECTIFS

- Elaborer le parcours régional et gradué selon les trois niveaux de recours (logigramme)
- Organiser le parcours sur chaque territoire en fonction des acteurs et de l'offre (ville, SMR, hôpital)
- Renforcer l'offre dans les territoires insuffisamment couverts
- Réaliser un état des lieux de l'offre de prise en charge en SMR
- Optimiser le suivi et la coordination du parcours (ruptures)
- Elaborer un programme régional d'accompagnement éducatif et thérapeutique de l'obésité
- Développer une stratégie de déploiement dans tous les territoires en s'appuyant sur les acteurs de terrain
- Former les professionnels à sa mise en œuvre

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE

FICHE OPÉRATIONNELLE

LE PARCOURS

RÉGIONAL TYPE (SUITE)

OBJECTIF GÉNÉRAL 4.2

ORGANISER LES ACTEURS AUTOUR D'UN PARCOURS RÉGIONAL TYPE GRADUÉ DE L'OBÉSITÉ DANS CHAQUE TERRITOIRE

ACTIONS

Formation des professionnels sur la prise en charge de l'obésité dans le cadre 1^{er} et 2^{ème} recours

Pilote(s) : ARS, ETAP-SANTE

Contributeurs : CSO, SMR, CGSS, CPTS, TIP@SANTE, MSP, TESIS

La prise en charge de l'obésité, comme le soulignent les recommandations de HAS s'inscrit dans le cadre d'un parcours gradué sur trois niveaux de recours correspondant à des niveaux de sévérité ou de complexité. Les deux premiers niveaux de recours impliquent les acteurs de proximité. Il apparaît alors primordial d'accompagner ces professionnels, tant sur les recommandations de prise en charge que sur l'organisation régional du parcours afin d'assurer la qualité de la prise en charge et la fluidité du parcours et concourir également à la prévention des ruptures.

Traitements médicamenteux de l'obésité sur le territoire

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : SEDMER, CHU, CGSS, FRANCE ASSO SANTE

Le développement des traitements médicamenteux dans la prise en charge de l'obésité est une réalité sur le territoire. Si ces traitements sont un vrai levier dans la prise en charge, il s'avère important d'encadrer sa prescription et d'accompagner son utilisation.

Maintenir une veille quant à la prescription des traitements médicamenteux et ses effets, et promouvoir auprès des professionnels des prises de position issues de consensus nationaux et régionaux.

Le transport bariatrique

Pilote(s) : ARS, CSO

Contributeurs : CGSS, ACTEURS DU TRANSPORT SANITAIRE, SDIS

Le cahier des charges régional pour le transport bariatrique est en cours d'élaboration. Une fois cette étape franchie, un appel d'offre permettra de développer l'offre qu'il faudra ensuite organiser.

Le suivi au long cours du patient

Pilote(s) : ARS, ETAP-SANTE

Contributeurs : CSO, SMR, CGSS, CPTS, TIP@SANTE, MSP, TESIS

La prise en charge de l'obésité ne s'arrête pas à la fin du parcours de soins, le maintien des acquis et la prévention des rechutes exigent un suivi au long cours, structuré et proactif. Les interruptions de suivi et les transitions entre niveaux de recours exposent à des ruptures, à une perte d'adhésion et à la dégradation de l'état de santé. Élaborer une organisation dédiée (référént de parcours, rappels et relances, points d'étape programmés, alertes partagées, passerelles ville-hôpital) constitue un enjeu majeur pour sécuriser la continuité et rattraper précocement les ruptures.

OBJECTIFS

- Identifier les besoins spécifiques de formation
- Elaborer les programmes de formation
- Déployer les formations sur le territoire
- Assurer une veille des besoins complémentaires
- Maintenir une veille sur l'usage et sur la prescription des TMO (lien avec l'objectif stratégique Observation et recherche)
- Elaborer des recommandations régionales en s'appuyant sur le comité d'experts
- Diffuser les productions du comité d'experts
- Finaliser le cahier des charges
- Lancer l'appel d'offre
- Mettre en place un dispositif de suivi structuré (pour tous les niveaux de recours et notamment post chirurgie bariatrique)
- Définir des protocoles de relance et d'alerte
- Nommer développer les référents de parcours
- Déployer des outils numériques de suivi
- Sensibiliser les professionnels aux signaux d'alertes

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

Objectif stratégique 5 - Structurer et améliorer le parcours de prise en charge du prédiabète et du Diabète de type II chez l'adulte et la prise en charge précoce des complications

Repérage et dépistage

Dépist out diabète

Annonce du diagnostic

Parcours de prévention ciblées

Le parcours modulable RunPrédiabète

Un programme d'ETP Diabète pendant la grossesse

Parcours de soins du patient diabétique

Le programme d'ETP RunDiabète

Le programme d'ateliers alimentation

Guide pour les professionnels

Guide pour les patients

NeoDT2

Sophia

Expérimentation consultation rapide

Parcours de prise en charge des complications

Démarche de responsabilité populationnelle

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.1

DÉPLOYER LE DISPOSITIF DE REPÉRAGE ET DÉPISTAGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE

L'opération « **Dépist out diabète** » est une initiative de l'ARS La Réunion et de ses partenaires pour renforcer le repérage précoce du diabète de type 2 et du prédiabète, face à une prévalence particulièrement élevée sur l'île et à des diagnostics souvent tardifs. Adaptée à la population réunionnaise, elle s'appuie sur des outils validés localement, dont le questionnaire **Find Risk péï**, permettant d'évaluer le risque de développer la maladie.

L'opération met à disposition des professionnels et des structures de prévention un kit complet : guide pratique, supports pédagogiques, applications numériques pour faciliter le dépistage et harmoniser les pratiques. Elle vise à orienter rapidement les personnes à risque vers leur médecin traitant pour confirmation et prise en charge, contribuant ainsi à réduire les complications et à améliorer la qualité des parcours de soins.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

FICHE OPÉRATIONNELLE

DÉPIST'OUT DIABÈTE

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.1

DÉPLOYER LE DISPOSITIF DE REPÉRAGE ET DÉPISTAGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE

ACTIONS

OBJECTIFS

Opération Dépist'out diabète

Pilote(s) : ARS, CGSS

Contributeurs : LEKIP DIET, CPTS, CLS, KARAVAN ODHIR

Le dispositif Dépist'out diabète, développé dans le cadre du PRND, représente une opportunité stratégique pour renforcer le repérage précoce des personnes à risque. S'appuyant sur le questionnaire Find Risk Péi, adapté au contexte réunionnais, et sur un kit de dépistage incluant des outils d'information et d'évaluation, ce dispositif permet de sensibiliser la population, d'identifier les facteurs de risque et de collecter des données utiles à l'orientation vers les parcours de soins. Son déploiement territorial offre la possibilité de toucher des publics éloignés du système de santé, de mobiliser les acteurs locaux et de structurer une réponse coordonnée autour du dépistage.

- Déployer l'Opération « Dépist'out diabète » sur l'ensemble du territoire

Dépist'out diabète Médecins traitants

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : CGSS, CPTS, TIP@SANTE

Les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux sont en première ligne pour identifier les personnes à risque, notamment lors de consultations de routine. Le dispositif Dépist'out diabète, avec son outil Find Risk Péi et ses supports pédagogiques, offre une solution simple, validée et adaptée au contexte réunionnais pour intégrer le dépistage dans la pratique courante. Son utilisation en cabinet permet de renforcer la prévention, de favoriser une prise en charge anticipée et de contribuer à la structuration territoriale des parcours de soins du diabète.

- Promouvoir le repérage précoce via les outils « Dépist'out diabète » en cabinet.

Dépist out diabète Santé au travail

Pilote(s) : ARS, CGSS

Contributeurs : SISTBI, INTERMETRA, ARACT,

La médecine du travail constitue un levier stratégique pour le repérage précoce du diabète de type 2, notamment auprès de populations en activité professionnelle souvent peu engagées dans des démarches de prévention. En intégrant le dispositif Dépist'out diabète dans les pratiques des services de santé au travail, il devient possible de repérer les facteurs de risque lors des visites médicales, d'orienter les salariés vers une prise en charge adaptée, et de sensibiliser les employeurs à l'importance de la prévention en milieu professionnel.

- Organiser une rencontre avec les acteurs de la santé au travail afin de leur présenter le kit « Dépist out diabète »

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.2

DÉPLOYER LES PARCOURS DE PRÉVENTION CIBLÉE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Le PRND avait déjà identifié la prévention du diabète de type 2 comme priorité en ciblant les personnes en situation de prédiabète et les femmes ayant présenté un diabète gestationnel, avec la nécessité de leur proposer un programme structuré d'éducation thérapeutique.

C'est dans ce cadre qu'a été conçu et déployé par l'association ETAPE Santé (Pôle ETP La Réunion) le programme *RunPrédiabète*. Celui-ci a été expérimenté sur plusieurs territoires de l'île. Cette première phase a permis d'éprouver l'approche, de mieux comprendre les besoins des publics concernés et d'identifier les leviers d'efficacité.

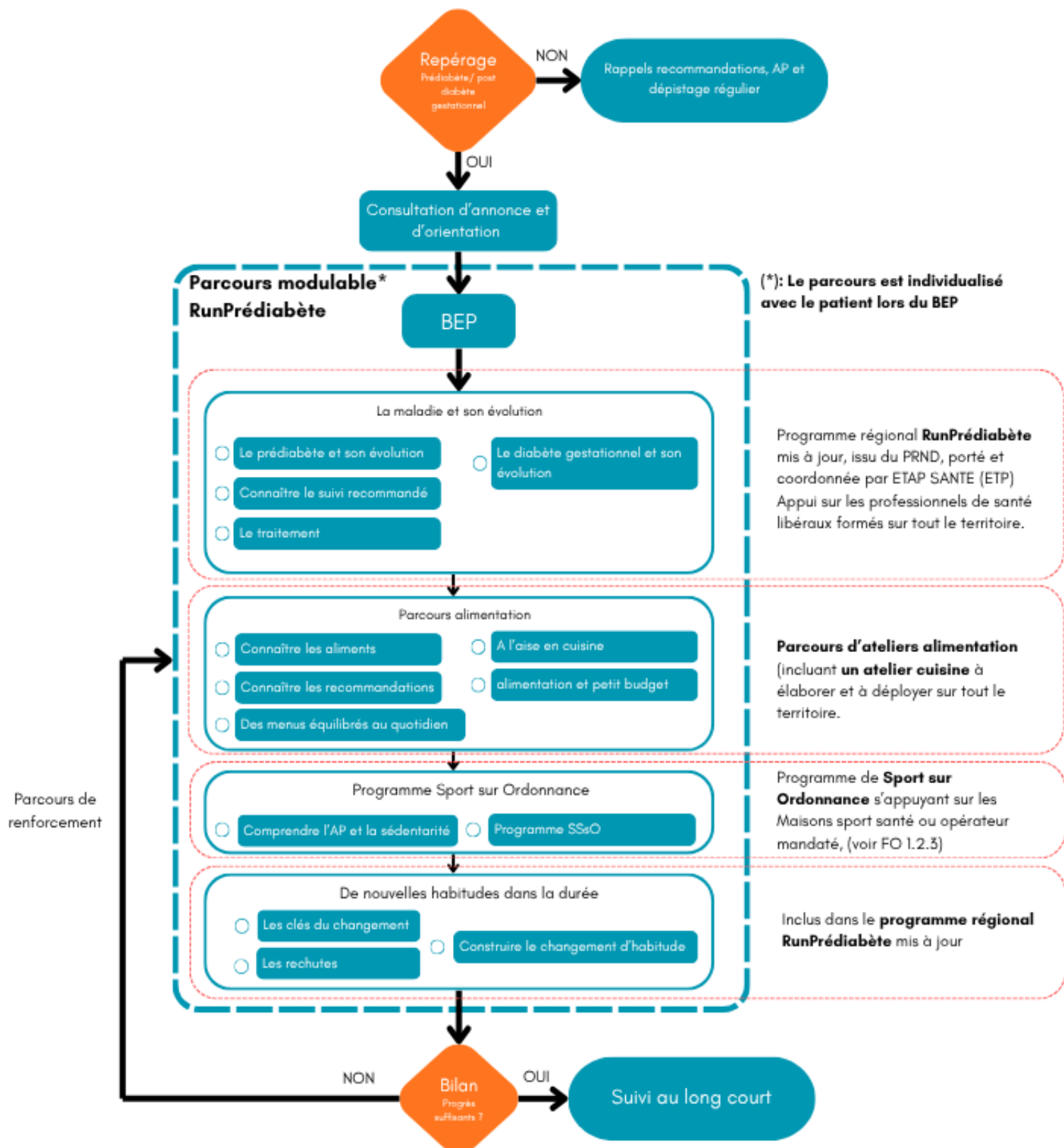
Fort de cette expérience, le PRNDO propose de tendre vers un parcours régional modulable, structuré autour de trois dispositifs complémentaires :

- **Une version enrichie du programme *RunPrédiabète*,**
- **Un module renforcé sur l'alimentation incluant un atelier cuisine** (dont les contenus et modalités de déploiement restent à construire),
- **Un dispositif de sport sur ordonnance**, inscrit dans la programmation régionale de l'offre sport-santé, mobilisant les Maisons Sport-Santé ou, à défaut, des opérateurs mandatés.

Ce parcours est individualisé à partir du bilan éducatif partagé (BEP), permettant d'identifier les besoins spécifiques de chaque patient et de construire un accompagnement personnalisé. Il prévoit des modules adaptés aux personnes prédiabétiques comme aux femmes ayant eu un diabète gestationnel, avec pour objectif de maximiser l'impact sur les comportements de santé et de prévenir durablement l'évolution vers le diabète de type 2.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 5
STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN
CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II
CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES
COMPLICATIONS**

**FICHE OPÉRATIONNELLE
LE PARCOURS
MODULABLE
RUNPREDIABETE**



**OBJECTIF STRATÉGIQUE 5
STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN
CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II
CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES
COMPLICATIONS**

**FICHE OPÉRATIONNELLE
LE PARCOURS
MODULABLE
RUNPREDIABETE**

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.2

DÉPLOYER LES PARCOURS DE PRÉVENTION CIBLÉE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE GESTATIONNEL

ACTIONS

Le programme de prévention ciblé RunPrédiabète

Pilote(s) : ARS, ETAP-SANTE

Contributeurs : ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE, CHU, TIP@SANTE, CPTS, MSP, CLS, SEDMER

Le programme RunPrédiabète, conçu et coordonné par ETAP Santé dans le cadre du PRND, a permis de structurer une première réponse éducative à destination des personnes prédiabétiques et des femmes ayant présenté un diabète gestationnel. L'expérience acquise permet aujourd'hui d'engager une phase de consolidation du dispositif, en l'adaptant aux exigences d'un parcours modulable : allègement des séances, individualisation à partir du bilan éducatif partagé (BEP), et recentrage sur les dimensions éducatives spécifiques, les volets alimentation et activité physique étant désormais pris en charge par des dispositifs dédiés. L'action vise à actualiser les contenus du programme, à former et outiller les professionnels de santé libéraux pour son déploiement territorial, et à en assurer la coordination régionale par ETAP Santé, dans une logique de montée en qualité et d'accessibilité renforcée.

Le programme d'ateliers alimentation

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE, CHU, TIP@SANTE, ETAP SANTE, OPERATEURS NUTRITION

Dans la continuité du programme RunPrédiabète, le PRNDO prévoit la conception et le déploiement d'un parcours régional d'ateliers « alimentation », modulable et structuré, visant à renforcer l'impact des interventions sur les comportements alimentaires. Ce parcours, individualisé à partir du bilan éducatif partagé (BEP), permettra d'adapter les contenus aux besoins spécifiques de chaque patient. Il comprendra un socle commun d'éducation nutritionnelle, enrichi d'un module renforcé sur l'alimentation intégrant un atelier cuisine pratique, dont les contenus pédagogiques et les modalités de déploiement seront co-construits avec les acteurs du territoire. Ce parcours s'articulera avec les autres dispositifs régionaux existants, notamment RunPrédiabète et le dispositif de sport sur ordonnance, pour proposer une offre cohérente, accessible et efficace.

OBJECTIFS

- Actualiser les contenus au regard des nouvelles exigences
 - Mettre à jour les professionnels formés
 - Former de nouveaux professionnels
 - Organiser le déploiement dans chaque territoire
 - Coordonner sa mise en œuvre
-
- Concevoir le « Programme d'ateliers alimentation »
 - Déployer le programme en lien avec le parcours RunPrédiabète en s'appuyant sur un ou plusieurs opérateurs

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

**FICHE OPÉRATIONNELLE
LE PROGRAMME DE
PRÉVENTION DIABÈTE
GESTATIONNEL**

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.2

DÉPLOYER LES PARCOURS DE PRÉVENTION CIBLÉE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE

ACTIONS

L'accompagnement thérapeutique et éducatif des femmes en situation de diabète gestationnel

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : SEDMER, ETAP-SANTE, CHU, REUNIR, CHOR, GHER, REPERE

Le diabète gestationnel constitue une situation à haut risque pour la santé de la mère et de l'enfant, nécessitant un accompagnement structuré dès le diagnostic.

OBJECTIFS

- Coconstruire avec les acteurs du territoire un programme d'accompagnement thérapeutique et éducatif du diabète gestationnel
- Soutenir le déploiement du programme

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.3

DÉPLOYER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE

Dans la continuité des travaux engagés dans le cadre du PRND, qui ont permis d'éprouver les premières composantes d'un parcours structuré pour les patients diabétiques à travers le programme régional d'éducation thérapeutique Rundiabète, le dispositif « sport sur ordonnance » et les travaux de la SEDMER sur l'annonce du diagnostic, le PRNDO franchit une étape supplémentaire en posant le cadre d'un parcours régional modulable.

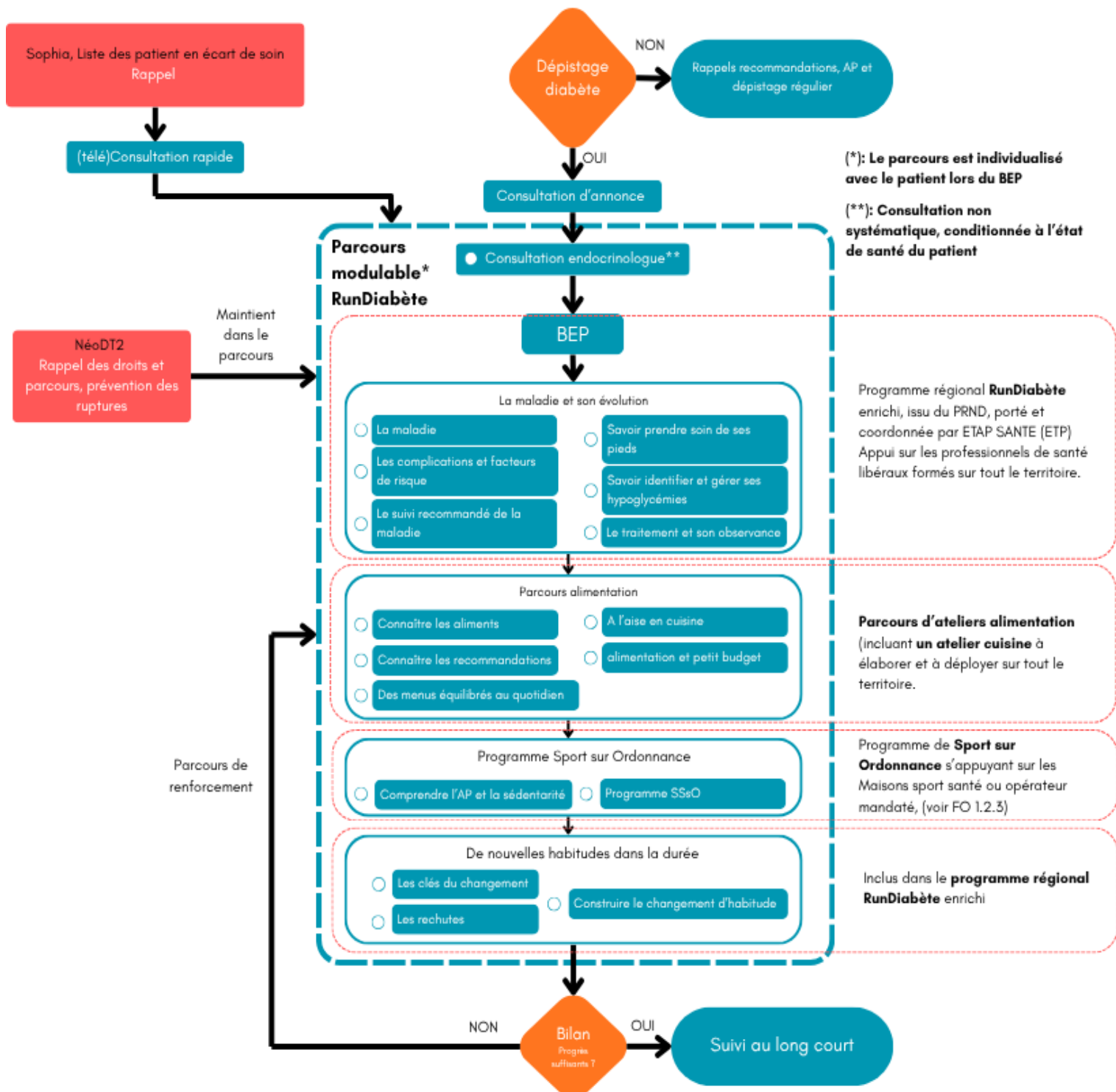
Ce parcours vise à assurer une prise en charge coordonnée et personnalisée des nouveaux patients diabétiques, en s'appuyant sur des dispositifs éprouvés et enrichis pour répondre aux exigences de qualité et d'efficacité : un programme Rundiabète renforcé, un module d'ateliers alimentation incluant des ateliers cuisine, et un programme d'activité physique adaptée via les Maisons Sport-Santé ou, à défaut, des opérateurs mandatés. Construit à partir du bilan éducatif partagé (BEP), ce parcours s'articule avec les dispositifs de l'Assurance Maladie tels que NeODT2, SOPHIA et le repérage des patients en écart de soins, afin de prévenir et corriger les ruptures de parcours. L'objectif est de proposer une offre intégrée, modulable et territorialisée, garantissant un accompagnement efficace et durable pour chaque patient.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.3

DÉPLOYER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE



OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

**FICHE OPÉRATIONNELLE
LE PARCOURS
MODULABLE RÉGIONAL
RUNDIABÈTE**

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.3

DÉPLOYER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE

ACTIONS

OBJECTIFS

Le parcours modulable régional RunDiabète

Pilote(s) : ARS, ETAP-SANTE

Contributeurs : ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE, CHU, TIP@SANTE, CPTS, MSP, CLS, SEDMER

Le programme régional d'éducation thérapeutique Rundiabète, initié dans le cadre du PRND, a permis de poser les bases d'un accompagnement structuré des patients diabétiques. Toutefois, l'évolution des besoins et les exigences de qualité et d'efficacité imposent aujourd'hui de l'enrichir et de le déployer à plus grande échelle. L'action vise à renforcer ce programme en intégrant des contenus améliorés, en l'articulant avec des dispositifs complémentaires tels que les ateliers alimentation et le sport sur ordonnance, et en s'appuyant sur les professionnels de santé libéraux, dont la formation sera un levier essentiel. La coordination territoriale de ce dispositif constitue un enjeu majeur pour garantir une prise en charge cohérente, continue et adaptée aux besoins des patients.

- Actualiser les contenus au regard des nouvelles exigences
- Mettre à jour les professionnels formés
- Former de nouveaux professionnels
- Organiser le déploiement dans chaque territoire
- Coordonner sa mise en œuvre

Articulation parcours d'ateliers alimentation

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : ETAPE-SANTE, CLS, OPERATEURS NUTRITIONS

L'articulation entre le parcours de prise en charge des patients diabétiques et le parcours régional d'ateliers alimentation constitue un levier essentiel pour renforcer l'efficacité des interventions sur les comportements de santé. Les ateliers alimentation, déjà intégrés dans le parcours prédiabète, offrent une approche pratique et pédagogique qui complète l'éducation thérapeutique et favorise l'adoption durable de bonnes habitudes alimentaires. L'enjeu est de garantir une cohérence entre ces dispositifs, en facilitant l'accès des patients diabétiques à ces ateliers et en assurant une coordination fluide entre les acteurs impliqués. Cette synergie représente une opportunité pour améliorer la qualité du parcours, réduire les ruptures et maximiser l'impact sur la prévention des complications.

- Articuler le parcours Rundiabète au parcours d'ateliers alimentation

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5
STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

FICHE OPÉRATIONNELLE
LES GUIDES
PARCOURS POUR LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.3

DÉPLOYER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE



ACTIONS

OBJECTIFS

Le guide parcours pour les professionnels

Pilote(s) : ARS, SEDMER

Contributeurs : ETAP-SANTE, ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE, CHU, TIP@SANTE, CPTS, MSP, CLS
 Dans le cadre du PRND, la SEDMER a élaboré un guide du parcours diabétique destiné aux professionnels de santé, dont le contenu a été défini mais pas encore finalisé ni diffusé. Le PRNDO offre l'opportunité de mettre à jour ce guide en cohérence avec le parcours régional modulable désormais retenu, de le finaliser sous une forme opérationnelle et de déployer une stratégie de diffusion efficace. Cet outil constitue un levier essentiel pour harmoniser les pratiques, renforcer la coordination entre acteurs et garantir une prise en charge fluide et continue des patients diabétiques sur l'ensemble du territoire.

- Mettre à jour le guide et finaliser sa mise en forme
- Diffuser le guide

Le guide parcours pour les patients

Pilote(s) : ARS, ADN974

Contributeurs : SEDMER, MSP, CPTS, ACTEURS DU PARCOURS, CHU, FRANCE ASSO SANTE

Un guide d'information à destination des patients diabétiques a été élaboré dans le cadre du PRND, avec une mise en forme déjà avancée. Toutefois, son contenu nécessite une actualisation pour être aligné avec le parcours régional modulable défini par le PRNDO. La diffusion de ce guide représente un enjeu majeur pour améliorer la compréhension du parcours, renforcer l'autonomie des patients et favoriser leur engagement dans la prise en charge. Cette action offre l'opportunité de finaliser un outil essentiel et de mettre en œuvre une stratégie de diffusion adaptée pour garantir son accessibilité sur l'ensemble du territoire.

- Mettre à jour le guide
- Diffuser le guide

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

**FICHE OPÉRATIONNELLE
PREVENTION DES
RUPTURES DE
PARCOURS**

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.3

DÉPLOYER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE

ACTIONS	OBJECTIFS
<p>NéoDT2 Pilote(s) : CGSS Contributeurs : ARS, ETAP-SANTE, L'action NéoDT2, portée par l'Assurance Maladie, constitue un dispositif clé pour sécuriser l'entrée des patients dans le parcours de prise en charge du diabète et prévenir les ruptures. En contactant par téléphone les personnes nouvellement mises en ALD diabète, ce dispositif permet de les informer sur leurs droits, de les sensibiliser à l'importance d'un suivi structuré et de les orienter vers les ressources adaptées, notamment le parcours régional modulable défini par le PRNDO.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Poursuivre le développement de l'action• Articuler le dispositif avec le parcours régional Modulable
<p>SOPHIA Pilote(s) : CGSS Contributeurs : ARS, ETAP SANTE, TIP@SANTE, CPTS Le dispositif Sophia, porté par l'Assurance Maladie, joue un rôle clé dans la prévention des ruptures de parcours pour les patients diabétiques. En permettant de rappeler et relancer les patients identifiés en écart de soins, il favorise leur réintégration dans un suivi structuré et leur orientation vers le parcours régional modulable défini par le PRNDO. Développer et renforcer cette articulation représente une opportunité majeure pour améliorer la continuité des soins, réduire les complications liées au diabète et optimiser la coordination entre les acteurs du système de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les patients en écart de soins• Orienter au moins les patients contactés vers une étape concrète du parcours (Consultation/téléconsultation ou médecin traitant)
<p>Consultation rapide Pilote(s) : CGSS Contributeurs : ARS, ETAP SANTE, TIP@SANTE, CPTS L'entrée effective des patients en écart de soins dans le parcours de prise en charge reste un enjeu majeur pour rattraper les ruptures et prévenir les complications. Dans ce cadre, l'élaboration et l'expérimentation d'une consultation rapide, pouvant être réalisée en présentiel ou en téléconsultation, constitue une étape concrète pour faciliter l'intégration des patients dans le parcours régional modulable. Cette consultation, dont les modalités sont à définir, permettra d'évaluer les besoins, d'informer sur les dispositifs disponibles et d'initier la coordination avec les acteurs concernés.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Développer un dispositif de consultation rapide articulé avec le dispositif Sophia et le parcours régional modulable• Expérimenter le dispositif

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.4

ORGANISER LES ACTEURS AUTOUR D'UN PARCOURS DE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE ET GRADUÉ DES COMPLICATIONS

Les complications du diabète représentent un enjeu majeur de santé publique à La Réunion, avec des impacts significatifs sur la qualité de vie des patients et les coûts pour le système de santé. Le PRNDO propose d'**initier une démarche de responsabilité populationnelle visant à structurer, sur l'ensemble du territoire, un parcours coordonné de repérage précoce et de prise en charge graduée des complications.**

Cette approche implique la mobilisation des acteurs de soins primaires, spécialisés et hospitaliers, ainsi que des dispositifs de prévention et d'éducation thérapeutique, afin de garantir une réponse adaptée à chaque niveau de risque.

L'objectif est de réduire les délais de diagnostic, d'améliorer la continuité des soins et de prévenir les formes graves, en s'appuyant sur une organisation territoriale concertée et des outils partagés.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

STRUCTURER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE DE TYPE II CHEZ L'ADULTE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES COMPLICATIONS

FICHE OPÉRATIONNELLE

APPROCHE DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

OBJECTIF GÉNÉRAL 5.4

ORGANISER LES ACTEURS AUTOUR D'UN PARCOURS DE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE ET GRADUÉ DES COMPLICATIONS

Le logigramme du parcours gradué

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : GHT, CHU, SEDMER, TIP@SANTE, ETAP SANTE, CGSS, CPTS, MSP

La prise en charge des complications du diabète nécessite une organisation graduée et coordonnée pour éviter les formes sévères et les ruptures de parcours. Aujourd'hui, les pratiques sont dispersées et peu harmonisées. Coconstruire avec les acteurs un schéma territorial du parcours gradué, intégrant le repérage précoce des principales complications (rétinopathie, néphropathie, neuropathie, pied diabétique, atteintes cardiovasculaires) et un aiguillage structuré vers les niveaux de prise en charge adaptés, représente une opportunité majeure pour renforcer la continuité des soins. Cette démarche s'inscrit dans le principe de responsabilité populationnelle, en mobilisant l'ensemble des acteurs pour garantir une réponse graduée et équitable sur tout le territoire.

- Coconstruire avec les acteurs territoriaux un schéma de parcours gradués intégrant les étapes clés : dépistage, diagnostic, orientation, prise en charge spécialisée, suivi, par la mise en place de « réunions cliniques »
- Mettre en place un système de stratification des risques (pyramide populationnelle) pour prioriser les interventions et organiser la gradation des soins
- Elaborer les protocoles de repérage
- Structurer un dispositif régional basé sur les acteurs

Des protocoles de repérage précoce

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : SEDMER, CGSS, ETAP SANTE, CPTS, TIP@SANTE, ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE, AURAR

Le repérage précoce des complications du diabète est essentiel pour prévenir les formes graves et améliorer la qualité de vie des patients. Aujourd'hui, les pratiques restent hétérogènes et insuffisamment coordonnées. L'élaboration de protocoles partagés pour le dépistage de ces complications, associée à un dispositif territorial incluant des actions « d'aller vers », représente une opportunité majeure pour harmoniser les pratiques et garantir l'équité d'accès. Ce dispositif s'inscrit dans une approche de responsabilité populationnelle, en prévoyant un aiguillage structuré vers des parcours gradués adaptés au niveau de risque, afin d'assurer une prise en charge continue et coordonnée sur l'ensemble du territoire.

- Structurer une gouvernance territoriale basée sur les réunions cliniques
- Définir des référents
- Déployer des outils partagés
- Instaurer des mécanismes d'aiguillage gradués
- Former les professionnels de santé (médecins, paramédicaux, coordinateurs) aux protocoles et outils du parcours gradué

La coordination territoriale

Pilote(s) : ARS

Contributeurs : GHT, CHU, SEDMER, TIP@SANTE, ETAP SANTE, CGSS, CPTS, MSP

Dans une logique de responsabilité populationnelle, la mise en place d'un dispositif de coordination territoriale vise à organiser l'ensemble des ressources locales autour d'objectifs communs. Assurer la continuité des soins, prévenir les ruptures de parcours et orienter chaque patient vers le niveau de prise en charge approprié constituent les enjeux de cette approche.

La formation des professionnels

Pilote(s) : ARS, ETAP SANTE

Contributeurs : GHT, CHU, SEDMER, TIP@SANTE, CGSS, CPTS, MSP

Former les professionnels de santé constitue un levier pour garantir l'appropriation des protocoles, la cohérence des pratiques et la continuité des prises en charge.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6
ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION
ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA
SANTÉ NUTRITIONNELLE

Objectif stratégique 6 – Animer la dynamique régionale de l'observation et de la recherche sur le diabète et l'obésité

Poursuivre l'animation régionale de l'observation et de la recherche

Dynamique régionale de l'observation et de la recherche

Autres besoins

Produire des données au service de la mise en oeuvre du PRNDO

Les comportements nutritionnels

Le diabète chez l'enfant

L'obésité adulte

Le diabète adulte

Partager et diffuser les données de l'observation et de la recherche

Des publications

Les webinaires (cf objectif communication)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6

ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

FICHE OPÉRATIONNELLE
DYNAMIQUE RÉGIONALE
DE L'OBSERVATION ET
DE LA RECHERCHE

OBJECTIF GÉNÉRAL 6.1

POURSUIVRE L'ANIMATION RÉGIONALE DES ACTEURS DE L'OBSERVATION ET DE LA

ACTIONS

Veille et partage des données, des études et travaux en cours

Pilote(s) : ORS, ARS

Contributeurs : MEMBRES DU COTECH OBSERVATION & RECHERCHES

Afin de renforcer l'efficacité de l'action publique, il faut s'appuyer sur l'ensemble des connaissances disponibles. Il existe sur le territoire une dynamique de travaux (recherche, étude, observation, ...) importante sur le diabète, le prédiabète, l'alimentation, l'activité physique et l'obésité.

La diffusion et l'appropriation des connaissances scientifiques sur ces sujets sont indispensables pour favoriser une culture commune entre les acteurs du territoire. Il est donc essentiel d'articuler la recherche et l'observation au service de l'action par la diffusion des données et des travaux. Le COTECH Observation du PRND a initié cette démarche entre 2020 et 2025, principalement autour des données et des études.

Veille des besoins

Pilote(s) : ARS, ORS

Contributeurs : MEMBRES DU COTECH OBSERVATION & RECHERCHES

Le plan d'action arrêté du PRND correspond à des besoins identifiés lors de la mise en œuvre du PRND et de la concertation menée pour élaborer ce nouveau programme. Il conviendra de maintenir une veille des nouveaux besoins autant quantitatifs que qualitatifs pour répondre à la demande des acteurs de terrain ou des institutions.

OBJECTIFS


- Tenir à jour le recensement des travaux (fiches études)
- Partager et présenter les travaux et les résultats avec les acteurs de l'observation et de la recherche
- Mener une réflexion pour définir les autres besoins en termes d'observation qualitative ou quantitative, ou de recherches
- Identifier et prioriser les nouveaux besoins exprimés (dont les traitements médicamenteux de l'obésité)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6
ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION
ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA
SANTÉ NUTRITIONNELLE

FICHE OPÉRATIONNELLE
LES COMPORTEMENTS
NUTRITIONNELS

OBJECTIF GÉNÉRAL 6.2

PRODUIRE DES DONNÉES AU SERVICE DE LA
MISE EN ŒUVRE DU PRND ET DE SES ACTIONS



ACTIONS	OBJECTIFS
<p>Actualisation des données relatives aux « comportements nutritionnels » Pilote(s) : ARS, ORS Contributeurs : RECTORAT, SPF, DEPARTEMENT, DAAF, DOUANES, DRAJES, ET ENSEMBLE DES PRODUCTEURS DE DONNEES CONCERNEES Sur la période de mise en œuvre du PRND, les partenaires ont exploité les données de différentes enquêtes (Baromètre Santé, Enclass, Entred, ...) pour produire des indicateurs et alimenter la production de tableaux de bord et fiches thématiques par l'ORS.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Actualiser les données relatives aux comportements alimentaires• Actualiser les données relatives à la pratique d'activité physique• Actualiser et renforcer les données sur l'offre alimentaire• Actualiser les données sur l'offre de sport santé
<p>Projet OR-ALIM Observation et recherche sur l'alimentation Pilote(s) : IRD Contributeurs : UNIVERSITE, CIRAD, CNRS, ORS, SPF, CGSS Pour répondre aux défis de la transition nutritionnelle, sanitaire et environnementale, Or-Alim (Observation et Recherche sur l'Alimentation) se positionne comme un outil pour étudier et comprendre les dynamiques alimentaires et accompagner les transformations des systèmes alimentaires à La Réunion, Maurice, Rodrigues et Mayotte. Porté par l'IRD, ce projet est le fruit d'un partenariat scientifique avec l'INRAE, l'Université de la Réunion, le CIRAD, l'Université de Maurice, l'Université de Mayotte et l'ANSES, qui unissent leurs compétences pour répondre ensemble aux enjeux alimentaires de la région.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Poursuivre les travaux menés dans le cadre du projet OR-ALIM• Poursuivre les réflexions pour la préfiguration d'un observatoire régional de l'alimentation

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6

ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

FICHE OPÉRATIONNELLE
DONNÉES SUR LE
DIABÈTE ET L'OBÉSITÉ
CHEZ L'ENFANT

OBJECTIF GÉNÉRAL 6.2

PRODUIRE DES DONNÉES AU SERVICE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRND ET DE SES ACTIONS

ACTIONS	OBJECTIFS
<p>L'obésité chez l'enfant Pilote(s) : ARS, ORS Contributeurs : MEMBRES DU COTECH, RECTORAT, DEPARTEMENT PMI A La Réunion, 3% des enfants de 3-4 ans et 5% des adolescents en collèges/lycées sont en situation d'obésité. On observe des changements dans les modes de vie (sédentarité, inactivité physique, alimentation trop riche en calories, ...). Des indicateurs de fréquence de l'obésité ont été diffusés pendant la période de mise en œuvre du PRND. Il est essentiel de renforcer la surveillance régulière de cette problématique majeure de santé publique avec des indicateurs spécifiques.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Poursuivre l'actualisation des indicateurs de prévalence de l'obésité aux différents âges de l'enfant à partir des enquêtes nationales déclinées localement• Renouveler l'enquête régionale sur la corpulence des enfants en classe de 6ème
<p>Le diabète chez l'enfant Pilote(s) : ARS, ORS Contributeurs : ARS, ASSURANCE MALADIE, ADJ 974, ETABLISSEMENTS DE SANTE Ces dernières décennies, on observe une hausse significative du diabète de type 1 et de plus en plus du diabète de type 2 chez l'enfant, en lien notamment avec la sédentarité, l'obésité infantile et des facteurs environnementaux. Par ailleurs, le diabète chez l'enfant peut être repéré tardivement, ce qui complique la prise en charge et augmente le risque de complications aiguës (comme l'acidocétose diabétique) ou chroniques. Peu de données sont diffusées au niveau régional sur cette problématique. La surveillance régulière du diabète chez l'enfant, à travers des indicateurs fiables et adaptés, est une démarche essentielle pour améliorer le repérage, la prise en charge, la prévention et, à terme, la qualité de vie des jeunes patients.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Identifier, recueillir, analyser et valoriser les données disponibles sur le diabète de l'enfant

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6

ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

FICHE OPÉRATIONNELLE
L'OBÉSITÉ CHEZ
L'ADULTE

OBJECTIF GÉNÉRAL 6.2

PRODUIRE DES DONNÉES AU SERVICE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRND ET DE SES ACTIONS



ACTIONS

OBJECTIFS

Actualisation des données « Obésité »

Pilote(s) : ARS, ORS

Contributeurs : ASSURANCE MALADIE, RECTORAT, PMI, PRP, REUNIR, SANTE PUBLIQUE FRANCE ET L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNES

A La Réunion, 15% de la population adulte est en situation d'obésité. On observe une augmentation de la fréquence de l'obésité en lien avec des changements dans les modes de vie (sédentarité, inactivité physique, alimentation trop riche en calories, ...).

Des indicateurs de fréquence de l'obésité ont été valorisés pendant la période de mise en œuvre du PRND.

Il est essentiel de renforcer la surveillance régulière de cette problématique majeure de santé publique avec des indicateurs spécifiques.

Données sur la chirurgie bariatrique et parcours de soins des patients

Pilote(s) : ASSURANCE MALADIE, ORS, CSO, ARS

Contributeurs : ETABLISSEMENTS DE SANTE (CHU, CHOR, GHER) ET SMR (CLINIQUE OMEGA, CLINIQUE EUCALYPTUS) ET MEMBRES DU COTECH OBSERVATION

La chirurgie bariatrique représente une réponse efficace aux obésités complexes, mais nécessite un parcours spécifique d'accompagnement pré et post opératoire. Un manque de données sur la chirurgie bariatrique a été souligné, et il conviendra de renforcer l'observation sur cet item.

Les analyses de parcours permettent de décrire les modalités de prise en charge thérapeutiques notamment au regard des recommandations existantes. Les résultats des études de parcours visent à élaborer des propositions d'actions concrètes pour améliorer la prévention et la prise en charge des personnes au regard d'une problématique de santé spécifique.

A La Réunion, deux études de parcours ont déjà été réalisées sur les patients diabétiques et les patients diabétiques amputés. Il est essentiel de poursuivre les travaux sur le parcours de soins. Plusieurs thématiques sont identifiées, en priorité l'obésité.

Les traitements médicamenteux de l'obésité

Pilote(s) : ASSURANCE MALADIE, ORS

Contributeurs : ARS, CSO, ET MEMBRES DU COTECH OBSERVATION

Des traitements médicamenteux sont nouvellement arrivés sur le marché, et leur usage est en augmentation.

Il est important de pouvoir mettre en place la surveillance de ces nouveaux usages.

- Poursuivre l'actualisation des indicateurs de fréquence de l'obésité aux différents âges de la vie

- Identifier, recueillir, analyser et valoriser les données disponibles pour une veille annuelle sur la chirurgie bariatrique
- Réaliser une étude de parcours sur la chirurgie bariatrique

- Mener une réflexion sur des indicateurs sur les traitements médicamenteux contre l'obésité

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6

ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

FICHE OPÉRATIONNELLE
LE DIABÈTE CHEZ
L'ADULTE

OBJECTIF GÉNÉRAL 6.2

PRODUIRE DES DONNÉES AU SERVICE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRND0 ET DE SES ACTIONS

ACTIONS

OBJECTIFS

Le diabète gestationnel

Pilote(s) : ARS, ORS

Contributeurs : ASSURANCE MALADIE, ETABLISSEMENT DE SANTE, SANTE PUBLIQUE FRANCE ET L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNES

A La Réunion, le diabète gestationnel est fréquent puisqu'il concerne 2 femmes enceintes sur 10. Le diabète gestationnel peut entraîner des complications à court et long terme pour la mère et l'enfant.

Des indicateurs sont déjà disponibles au niveau régional. Il est nécessaire de renforcer la surveillance sur le diabète gestationnel.

- Poursuivre l'actualisation des indicateurs
- Identifier des indicateurs spécifiques complémentaires et voir la faisabilité des indicateurs régionaux

Prédiabrun

Pilote(s) : CHU

Contributeurs : ARS, REGION, UNION EUROPEENNE, CIC-EC, CGEOI, URML0I, INSERM, UNIVERSITE ASSURANCE MALADIE

Les prédiabétiques présentent un surrisque de développer un diabète à un an multiplié par 5 à 10 par comparaison à des sujets normo glycémiques et, en absence d'intervention 70% des sujets prédiabétiques deviendront diabétiques. PREDIABRUN est une étude qui permet de mieux connaître le profil des prédiabétiques, et l'évolution de leurs statuts glycémiques.

500 patients diabétiques ont été inclus dans l'étude en 2025, et l'analyse des données a fournis les premiers résultats.

- Poursuivre l'analyse des données de l'étude
- Valoriser les résultats
- Réaliser l'analyse du suivi à deux ans

Prédiab_coach

Pilote(s) : ARS, CHU

Contributeurs : ORS, CPTS, MSS

Prédiab_coach est un programme de recherche visant à étudier l'impact de la relance SMS sur la perte de poids, dans le cadre d'un parcours de santé hygiéno-diététique (Runprédiabète) chez les patients atteints de prédiabète. (Essai contrôlé randomisé). Initié dans la cadre du PRND, cette recherche action présente un intérêt majeur au service du déploiement à l'échelle régionale du parcours Runprédiabète.

- Poursuivre la recherche-action

PREVADIABRUN

Pilote(s) : CHU

Contributeurs : ARS, MEMBRE DU COTECH OBSERVATION

Les données de prévalence du diabète (connu et dépisté) datent de plus de 20 ans. L'étude de mesure de prévalence du diabète (Enquête REDIA) a été réalisée en 1999-2000. Une enquête REDIA 2 de suivi des sujets de REDIA a été réalisée en 2006-2007 (enquête REDIA 2).

- Poursuivre l'enquête (recueil et analyse des données)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6

ANIMER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DE L'OBSERVATION ET DE LA RECHERCHE SUR LES THÉMATIQUES DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

FICHE OPÉRATIONNELLE
VALORISATION DES
DONNÉES

OBJECTIF GÉNÉRAL 6.3

PARTAGER ET DIFFUSER LES DONNÉES DE L'OBSERVATION ET DE LA RECHERCHE

ACTIONS	OBJECTIFS
<p>Le tableau de bord Pilote(s) : ORS, ARS Contributeurs : MEMBRES DU COTECH OBSERVATION ET RECHERCHE L'ORS élabore et diffuse un tableau de bord sur le diabète. Depuis 2022, le périmètre du tableau de bord s'est élargi à la thématique nutrition-obésité-diabète. Depuis la mise œuvre du PRND, le recueil de données se fait annuellement avec des fiches thématiques et un tableau de bord complet tous les 3 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Publier un tableau de bord• Publier des fiches thématiques
<p>La newsletter du PRNDO (rubrique observation) Pilote(s) : ORS, ARS Contributeurs : MEMBRES DU COTECH OBSERVATION ET RECHERCHE La Lettre du PRND est un outil de communication qui a été mis en place afin de mieux partager les informations relatives à la thématique nutrition-diabète-obésité auprès des acteurs du territoire. Il est envisagé de maintenir ce dispositif de communication dans le cadre du PRNDO. Il s'agit de poursuivre la diffusion des données de l'observation et de la recherche au travers de cet outil.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Elaborer les contenus de la rubrique « Observation & recherche » de la newsletter
<p>Rubrique « Observation et recherches » des webinaires du PRNDO Pilote(s) : ARS, ORS, MASANTE.RE Contributeurs : MEMBRES DU COTECH OBSERVATION ET RECHERCHE La diffusion et le partage des données, des analyses et des travaux scientifiques constituent un levier essentiel pour renforcer l'appropriation collective des enjeux nutritionnels. En complément de la newsletter, des publications et des tableaux de bord, l'intégration d'une rubrique dédiée dans les webinaires PRNDO permettra de valoriser les connaissances produites, de favoriser leur mise en débat, et de nourrir les pratiques des acteurs du territoire. Cette action représente une opportunité de renforcer la culture commune autour des données et de soutenir une dynamique territoriale fondée sur la preuve.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Préparer avec le COTECH communication la rubrique dédiée dans les webinaires (choix des sujets, supports, ...)
<p>Valorisation des données et des études lors d'événements Pilote(s) : ARS, ORS Contributeurs : MEMBRES DU COTECH, UNIVERSITE Chaque année sont organisés des congrès, des séminaires, Ces événements sont des lieux importants pour valoriser et porter à connaissance des acteurs, les résultats des études exploitées et valorisées dans le cadre du COTECH observation-recherche.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Présenter les travaux réalisés dans le cadre du COTECH oralement, par poster, ...• Participer aux différents événements locaux et nationaux

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7
DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION
PERMETTANT DE PROMOUVOIR LES REPÈRES DU PNNS
ET LES ACTIONS DU PRNDO

Objectif stratégique 7 – Déployer une stratégie de communication permettant de promouvoir messages et les actions PRNDO

La réussite du PRNDO repose sur l'adhésion des acteurs et de la population aux messages clés et aux actions mises en œuvre. Dans un contexte marqué par des comportements alimentaires à risque, une forte prévalence de l'obésité et du diabète, et des représentations parfois stigmatisantes, la communication devient un levier essentiel pour informer, sensibiliser et mobiliser.

Cet objectif stratégique vise à **renforcer la diffusion de repères validés (PNNS), à promouvoir des comportements favorables à la santé et à valoriser les initiatives territoriales**. Il constitue une opportunité stratégique pour **accroître la visibilité du programme, fédérer les partenaires et engager la population dans une dynamique collective de prévention et de lutte contre l'obésité et le diabète**.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7
DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION
PERMETTANT DE PROMOUVOIR LES REPÈRES DU PNNS
ET LES ACTIONS DU PRNDO

FICHE OPÉRATIONNELLE
OUTILS ET SUPPORTS
DE COMMUNICATION

OBJECTIF GÉNÉRAL 7.1

DÉPLOYER UN DISPOSITIF DE COMMUNICATION
VISANT À ACCROITRE LA VISIBILITÉ DU PRNDO
ET DE SES ACTIONS

ACTIONS

OBJECTIFS

L'identité visuelle du PRNDO

Pilote(s) : ARS

Le PRNDO s'inscrit dans une dynamique territoriale ambitieuse visant à fédérer les acteurs et à mobiliser la population autour de la santé nutritionnelle. Pour garantir son impact et son appropriation, il est essentiel de lui donner une identité visuelle forte et cohérente, facilement reconnaissable et déclinable sur différents supports. L'enjeu est double : renforcer la visibilité et la crédibilité du programme, tout en créant un sentiment d'appartenance chez les partenaires et les publics cibles. Cette action représente une opportunité stratégique pour harmoniser la communication, valoriser les initiatives locales et installer durablement le PRNDO comme référence en matière de santé nutritionnelle à La Réunion.

- Elaborer une charte graphique renouvelée du PRNDO
- Décliner la charte graphique sur les visuels de l'ensemble des actions du programme
- Décliner la charte graphique sur des supports de communication (roll up, stand de terrain) et digitaux

La page Web du PRNDO

Pilote(s) : ARS, MASANTE.RE

Contributeurs : MEMBRES DU COTECH COMMUNICATION

Le PRNDO regroupe un ensemble d'actions et d'outils. Pour garantir leur accessibilité et leur appropriation, il est indispensable de disposer d'un espace centralisé et structuré. La création et l'animation d'une page dédiée sur le site internet de l'ARS répond à cet enjeu en offrant une porte d'entrée unique pour le grand public, tout en mettant à disposition des professionnels les ressources nécessaires (fiches repères, tableaux de bord, documents méthodologiques). Cette action représente une opportunité stratégique pour renforcer la visibilité du programme, faciliter la diffusion des messages clés et soutenir la coordination des acteurs autour d'outils partagés.

- Structurer une nouvelle page PRNDO sur le site internet de l'ARS La Réunion
- Animer la page pendant toute la mise en œuvre
- Mettre à disposition des acteurs du territoire

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7
DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION
PERMETTANT DE PROMOUVOIR LES REPÈRES DU PNNS
ET LES ACTIONS DU PRNDO

FICHE OPÉRATIONNELLE
OUTILS ET SUPPORTS
DE COMMUNICATION
(SUITE)

OBJECTIF GÉNÉRAL 7.1

DÉPLOYER UN DISPOSITIF DE COMMUNICATION VISANT
À ACCROITRE LA VISIBILITÉ DU PRNDO ET DE SES
ACTIONS

ACTIONS

La newsletter

Pilote(s) : ARS, MASANTE.RE

Contributeurs : **MEMBRES DU COTECH COMMUNICATION**

Dans un environnement où la multiplicité des informations peut nuire à la lisibilité des politiques de santé, la newsletter du PRNDO constitue un canal stratégique pour structurer et diffuser des contenus fiables et attractifs. Elle répond à l'enjeu de fédérer les acteurs autour des huit objectifs stratégiques du programme, tout en restant accessible au grand public. En offrant des rubriques dédiées aux actions, aux données d'observation et de recherche, ainsi qu'à des témoignages, elle favorise la transparence, la valorisation des initiatives et le partage des connaissances, elle renforce la visibilité du PRNDO, crée un lien régulier avec les parties prenantes et installe une culture commune de prévention et de lutte contre l'obésité à La Réunion.

Les webinaires PRNDO

Pilote(s) : ARS, MASANTE.RE

Contributeurs : **MEMBRES DU COTECH COMMUNICATION**

Afin de renforcer la communication sur le PRNDO, l'ARS souhaite organiser des webinaires. Les webinaires offrent un format interactif et vivant, permettant d'aller au-delà de la simple diffusion d'informations en favorisant les échanges, la vulgarisation des messages clés et l'appropriation des actions par les acteurs. L'enjeu est de créer un espace régulier de dialogue et de co-construction, complémentaire à la newsletter, afin de renforcer la compréhension des enjeux de santé publique et la mobilisation collective.

OBJECTIFS

- Développer et diffuser la newsletter du PRNDO tout au long de la mise en œuvre du programme
- Organiser et animer des webinaires PRNDO

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7
DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION
PERMETTANT DE PROMOUVOIR LES REPÈRES DU PNNS
ET LES ACTIONS DU PRNDO

FICHE OPÉRATIONNELLE
DES CAMPAGNES
THÉMATIQUES

OBJECTIF GÉNÉRAL 7.2

DÉPLOYER DES CAMPAGNES COMMUNICATION VISANT
PROMOUVOIR LES MESSAGES CLÉS DU PRNDO

ACTIONS

OBJECTIFS

Les repères du PNNS

Pilote(s) : ARS, MASANTE.RE

Contributeurs : **SPF, DAAF, MEDIAS, ACTEURS DU PRNDO**

Les habitudes alimentaires à La Réunion se caractérisent par une consommation élevée de boissons sucrées et une sous-consommation de fruits et légumes, contribuant à la prévalence de l'obésité et des maladies chroniques. Promouvoir les repères du PNNS adaptés au contexte local est donc essentiel pour orienter les comportements vers des choix plus favorables à la santé. L'enjeu est de rendre ces messages accessibles, compréhensibles et attractifs pour la population, en tenant compte des spécificités culturelles et des pratiques alimentaires.

- Prioriser et concevoir les messages
- Déployer des stratégies de diffusion adaptées aux publics

Le Nutri-score

Pilote(s) : ARS, SPF

Contributeurs : **DAAF, MASANTE.RE, ADIR**

Bien que le Nutri-Score soit largement connu des Réunionnais, une enquête de notoriété révèle qu'il est souvent perçu comme un indicateur associé à des produits plus coûteux, ce qui peut freiner son adoption dans les choix alimentaires. Cette représentation erronée constitue un enjeu majeur, car elle limite l'impact d'un outil conçu pour orienter vers des choix plus favorables à la santé, indépendamment du prix. L'action vise à corriger ces perceptions en valorisant la diversité des produits accessibles avec un bon Nutri-Score et en expliquant son rôle dans la prévention des maladies chroniques

- Prioriser et concevoir les messages
- Déployer des stratégies de diffusion adapté au public

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION
PERMETTANT DE PROMOUVOIR LES REPÈRES DU PNNS
ET LES ACTIONS DU PRNDO

FICHE OPÉRATIONNELLE
DES CAMPAGNES
THÉMATIQUES
(SUITE)

OBJECTIF GÉNÉRAL 1.2

DÉPLOYER DES CAMPAGNES COMMUNICATION VISANT
PROMOUVOIR LES MESSAGES CLÉS DU PRNDO

ACTIONS

OBJECTIFS

Les signes d'alerte du DT1 chez l'enfant

Pilote(s) ARS, ADJ974
 Contributeurs : MASANTE.RE

Le diabète de type 1 chez l'enfant nécessite une prise en charge rapide pour éviter des complications graves, mais les signaux d'alerte restent souvent méconnus par la population. Cette méconnaissance entraîne des retards de diagnostic, augmentant le risque d'hospitalisation en urgence et de complications. L'enjeu est donc de diffuser largement des messages simples et clairs permettant aux parents, enseignants et professionnels en contact avec les enfants de reconnaître les signaux d'alerte.

- Prioriser et concevoir les messages
- Déployer des stratégies de diffusion adaptées au public

Sédentarité et sport-santé

Pilote(s) : ARS, DRAJES, PSR
 Contributeurs : MSS, MASANTE.RE, CLS, CPTS, TIP@SANTE

La sédentarité constitue un facteur de risque majeur pour l'obésité, le diabète et les maladies chroniques. Malgré les recommandations nationales, la pratique régulière d'une activité physique reste insuffisante au sein de la population. L'enjeu est double : sensibiliser sur les risques associés à la sédentarité et promouvoir les bénéfices de l'activité physique, tout en valorisant l'offre de sport-santé qui se développe sur le territoire, notamment dans le cadre du PRNDO.

- Prioriser et concevoir les messages
- Déployer des stratégies de diffusion adaptées aux publics

Veille des besoins en communication

Pilote(s) : ARS, MASANTE.RE
 Contributeurs : MEMBRES DU COTECH COMMUNICATION

La mise en œuvre d'une stratégie de communication efficace nécessite une capacité d'adaptation continue aux besoins des acteurs et aux attentes de la population. Dans le cadre du PRNDO, il est essentiel de disposer d'un dispositif de veille permettant d'identifier les besoins complémentaires en communication, en lien avec l'évolution des pratiques, des retours terrain et des priorités sanitaires.

- Mettre en place un dispositif de remontée des besoins en communication
- Proposer des stratégies de réponses

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7
DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION
PERMETTANT DE PROMOUVOIR LES REPÈRES DU PNNS
ET LES ACTIONS DU PRNDO

FICHE OPÉRATIONNELLE
MOBILISATION DES
MÉDIAS

OBJECTIF GÉNÉRAL 7.3

MOBILISER LES MÉDIAS LOCAUX SUR LES
PROBLÉMATIQUES DU PRNDO

ACTIONS

Collaboration avec les médias locaux

Pilote(s) : ARS, ARCOM

Contributeurs : **MEDIAS LOCAUX**

La mobilisation des médias locaux est un levier essentiel pour amplifier la portée des messages du PRNDO et favoriser une communication responsable autour des enjeux nutritionnels et de lutte contre le diabète et l'obésité. L'ARCOM souhaite collaborer avec l'ARS et ses partenaires dans le cadre du PRNDO. L'enjeu est de sensibiliser les acteurs médiatiques à leur rôle dans la promotion d'informations fiables et non stigmatisantes, tout en créant un cadre partagé pour la diffusion des campagnes et en garantissant des pratiques médiatiques respectueuses, équilibrées et conformes aux recommandations nationales.

OBJECTIFS

- Mobiliser et sensibiliser les médias locaux
- Développer des contenus médiatiques en lien avec les enjeux du PRNDO

OBJECTIF STRATÉGIQUE 8
DÉVELOPPER UNE DÉMARCHE DE SUIVI ET
D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Objectif général 8 - Développer une démarche de suivi et d'évaluation du programme

Organiser le suivi de la mise en oeuvre en lien avec les instances de gouvernance et de suivi

Tableau de bord de suivi et recueil des données

Animation du recueil de données

Bilan annuel et bilan final

Elaborer et mettre en oeuvre des protocoles d'évaluation de l'efficacité de 2 actions phares

Protocole et faisabilité Action 1

Protocole et faisabilité Action 2

Lancement des travaux

Evaluer l'impact du PRNDO sur une population donnée

Co construction d'un cahier des charges

Le protocole d'étude

Lancement des travaux




**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
La Réunion

📍 2 bis Avenue Georges Brassens, 97443, Saint-Denis
☎ 0262 97 90 00
🌐 <https://www.lareunion.ars.sante.fr/>

