

d'un nombre limité de plans nationaux constitue un réel progrès, même s'ils ne suppriment pas tous les chevauchements.

Pour les acteurs régionaux chargés de la construction et de l'animation de la politique de santé, la traduction en actions de priorités nationales, d'initiatives locales et de celles des différents organismes nationaux et régionaux reste un exercice difficile [8]. Il se complexifie d'autant plus qu'apparaissent régulièrement de nouvelles orientations nationales. Entre déclinaison et intégration, la distinction n'est pas que sémantique. Dans un cas, il s'agit de traduire ces orientations en actions, avec le risque d'un programme supplémentaire et d'un éparpillement des ressources. Dans l'autre, il s'agit de s'assurer de la pertinence des choix au regard de la situation nationale et de procéder à des ajustements.

### Trois pistes pour accroître la qualité des programmes nationaux de santé

#### Adopter une stratégie globale

La construction d'une stratégie nationale globale, ce que l'addition de l'ensemble des programmes et des plans ne saurait constituer, émerge comme une condition centrale pour la réussite de la programmation nationale d'actions de santé. Elle permettrait de restaurer une cohérence d'ensemble conférant une meilleure lisibilité pour l'ensemble des partenaires et une meilleure utilisation des

ressources. Le cadre dessiné par la loi d'août 2004 esquisse une réponse à ce besoin de structuration.

#### Améliorer la gestion des programmes

Renforcer les compétences des responsables des programmes sur les aspects méthodologiques et la gestion de projet par des actions de formation [8] ne résout que partiellement les faiblesses relevées. L'organisation des relations transversales (coordination entre programmes nationaux de santé) et verticales reste l'exercice le plus difficile, car il repose sur un processus de négociation continu entre les secteurs impliqués et les échelons territoriaux pour lequel il requiert la volonté de l'ensemble des partenaires et un accord sur leurs rôles respectifs.

#### Clarifier dans chaque programme les responsabilités des différents niveaux

La clarification des responsabilités des différents niveaux devrait permettre à chacun de se recentrer plus efficacement sur ses missions : au niveau national, la production d'orientations, de références, l'organisation de la cohérence, l'attribution de ressources en veillant au respect du principe d'équité entre les régions ; au niveau local, la responsabilité de la nature, du contenu et de la stratégie des actions adaptées au plus près du contexte ; au niveau régional, le soin de garantir le bon équilibre entre les différents enjeux. 🌿

## Le Programme national nutrition santé

La France s'est dotée, en 2001, d'une véritable politique nutritionnelle de santé publique, en mettant en place, sous l'égide du ministère de la Santé, le « Programme national nutrition santé » (PNNS). Programmé sur une durée de cinq ans, il constitue un des plans de santé publique les plus ambitieux dans le domaine de la nutrition jamais développés en Europe.

La base conceptuelle et les stratégies mises en place dans le PNNS s'appuient sur les conclusions du rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP) *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et proposition* publié en septembre 2000. Ce rapport prolongeait le travail des experts du Comité nutrition de la DGS (1998-1999), qui avait fixé les objectifs nutritionnels de santé publique à atteindre en France.

### Pourquoi a été mise en place une politique nutritionnelle de santé publique en France ?

Plusieurs raisons et circonstances peuvent expliquer la mise en place, en 2001, du PNNS.

D'abord, les grands enjeux de santé publique représentés par les pathologies dans lesquelles les facteurs

nutritionnels sont impliqués : les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète... ont des conséquences majeures sur le plan humain, social et économique.

Il a été réalisé de grands progrès des connaissances scientifiques sur les relations entre l'alimentation et la santé. Au cours des trente dernières années, de très nombreux travaux scientifiques sur modèles cellulaires, organes, animaux, chez l'homme sain et le malade ainsi qu'au niveau de populations ont mis en évidence, avec des degrés de certitude différents, le rôle de facteurs nutritionnels (excès ou insuffisance) dans le déterminisme des maladies. Si dans de nombreux cas, les arguments disponibles ne permettent pas (encore) d'affirmer la réalité du lien entre le facteur nutritionnel suspecté et certaines maladies, dans d'autres cas au contraire, la convergence des arguments est telle qu'elle fait l'objet d'un consensus international, et permet d'être traduite en termes de recommandations de santé publique.

Ensuite, la demande sociétale est d'autant plus forte que les crises sanitaires, la médiatisation de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, ainsi que les

#### Serge Herberg

Directeur, unité 557 Inserm (UMR Inserm/Inra/Cnam), Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), InVS/Cnam, vice-président du Comité stratégique du PNNS, président du comité de pilotage



### Quelques actions mises en œuvre dans le cadre du PNNS depuis sa mise en place en 2001

**D**es campagnes médiatiques d'information (fruits et légumes, activité physique...); élaboration et diffusion auprès du grand public de 3 millions d'exemplaires du guide « La santé vient en mangeant »; diffusion de guides destinés à des publics particuliers (parents, adolescents...); large diffusion d'outils destinés aux professionnels de santé (guides nutritionnels spécifiques, outil de dépistage de l'obésité, modules de formation); mise en œuvre progressive d'actions impliquant les professionnels de santé (réseaux ville-hôpital sur l'obésité, comité de liaison alimentation nutrition dans les établissements de soins...); élaboration de réglementations (circulaires sur la restauration scolaire, la collation à l'école...); développement dans toutes les régions françaises d'actions locales impliquant des professionnels de la santé, du domaine social, de l'éducation, de l'alimentation... orientées vers des publics très divers (personnes âgées, écoliers, populations défavorisées et en situation de précarité...).

arguments santé mis en avant par certains industriels de l'agro-alimentaire, ont sensibilisé les consommateurs sur l'impact des aliments sur la santé.

Enfin, la volonté politique, sous l'impulsion du directeur général de la Santé de l'époque (Joël Ménard), qui a fait adopter la nutrition, comme thème marquant dans le champ de la santé de la présidence européenne de la France en 2000.

#### Objectifs, principes et stratégies du PNNS

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et l'hygiène de vie en rapport avec l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, aux niveaux des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires chiffrés (sur l'alimentation, l'activité physique et le statut nutritionnel) ont été retenus pour la période 2001-2005 prolongée à 2008 pour cadrer avec la loi du 9 août 2004. Résolument pragmatique, le PNNS ne vise en aucun cas à être exhaustif sur le plan nutritionnel. Bien qu'ambitieux, ces objectifs ne visent pas à couvrir de façon optimale l'ensemble des problèmes nutritionnels de la population française. Il s'agit de propositions « raisonnables » et ciblées, suffisantes pour permettre d'améliorer significativement la situation nutritionnelle en France. Dans l'esprit des concepteurs du programme, le fait d'atteindre ces objectifs chiffrés ne constitue pas une fin en soi, mais le niveau de réduction des facteurs de risque ou de promotion des facteurs de protection, tels qu'ils ont été retenus paraît raisonnable et surtout atteignable sur la période de temps considérée, tout en permettant un impact réel significatif à plus long terme sur la morbidité et la mortalité. À côté de ceux-ci, qui visent l'ensemble de la population, neuf objectifs nutritionnels spécifiques ont également été définis visant des populations particulières.

Sur un plan opérationnel, pour atteindre les objectifs définis, le PNNS développe un ensemble d'actions,

mesures, voire des réglementations. Ses différents axes stratégiques sont orientés vers la communication, l'information, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire. Il associe la formation, la recherche, la surveillance et l'évaluation.

Multisectoriel, il associe tous les acteurs concernés : l'ensemble des ministères (santé, agriculture, consommation, éducation nationale, jeunesse et sports, lutte contre l'exclusion et la précarité, sujets âgés, intérieur, recherche), les agences sanitaires (Inpes, InVS, Afssa), la Caisse nationale d'assurance maladie, la Mutualité française, le Conseil national de l'alimentation, l'Inserm, l'Inra, l'Association nationale des industries alimentaires, les associations de consommateurs, les associations des maires de France et des départements de France et divers experts scientifiques.

Il s'articule entre le niveau national et le niveau loco-régional. Le niveau national conçoit les outils validés et offre un cadre de référence pour le développement essentiel des actions de terrain.

Les actions mises en place sont orientées vers différentes cibles : population générale, groupes à risque, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, le monde associatif et les acteurs économiques.

Il repose sur un ensemble de grands principes : le respect du plaisir, de la convivialité, et de la gastronomie ; une approche positive, fortement orientée vers la promotion des facteurs de protection, ne se situant jamais dans le champ de l'interdit ; le développement de messages toujours adaptés avec les modes de vie ; la synergie, la complémentarité et la cohérence des messages et de l'ensemble des actions développées.

#### Critères de réussite du PNNS

La réussite d'une politique nutritionnelle de santé publique comme celle développée dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) repose sur un certain nombre de conditions de base :

- des objectifs nutritionnels pertinents et atteignables dans le temps ;

- des référentiels clairs et scientifiquement validés ;
- des stratégies de santé respectant le plaisir et la culture alimentaire française ;
- des messages pragmatiques et compréhensibles partant des situations réelles ;
- une implication forte de l'ensemble des acteurs concernés : institutionnels, scientifiques, professionnels du monde de la santé, de l'éducation, de la production, transformation, distribution, consommateurs...
- des actions multiples orientées vers le grand public et les professions relais ;
- des mesures agissant parallèlement, à la fois, sur l'offre alimentaire, sur la communication, la formation ;
- une parfaite articulation entre le niveau local et le niveau national.

Aucune action, mesure ou aucun outil du programme ne peuvent être considérés seuls, comme d'une réelle efficacité. C'est sur la complémentarité et la synergie de ces actions et sur leur cohérence que l'on peut espérer tendre vers les objectifs nutritionnels fixés.

#### Difficultés de la mise en place du PNNS et défis à venir

Le développement des outils du PNNS a demandé plus de temps que prévu : malgré la bonne volonté des acteurs

scientifiques, la lourdeur des procédures, notamment administratives n'a permis de disposer des repères de consommation, des guides alimentaires, des outils pour les professionnels de santé que tardivement...

Bien que disposant de moyens financiers (directs et indirects) non négligeables, le PNNS souffre de l'insuffisance de création de postes, notamment au niveau des établissements de soins (diététiciennes, praticiens hospitaliers) et des structures déconcentrées.

Si le PNNS est bien reconnu auprès des professionnels, il apparaît qu'il faut beaucoup de temps (et d'énergie) pour faire connaître le PNNS auprès du grand public et imposer les repères de consommation institutionnels comme la référence (notamment par rapport aux multiples autres émetteurs dans ce domaine).

Les premières années du Programme national nutrition santé ont permis de mettre au point les outils et les référentiels. Elles ont permis de donner un cadre de référence. Il apparaît indispensable que les acteurs de terrain s'accaparent ces outils et développent, au niveau local, les actions. La réussite du PNNS repose sur la capacité de voir se développer les actions loco-régionales. L'autre grand pari de ce programme est la capacité de maintenir la cohérence des actions quel que soit le niveau où elles sont développées. C'est seulement à ce prix que l'on peut espérer tendre vers les objectifs initialement prévus. ✨

Pour lire en détail le plan : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), document Nutrition. Pour consulter les outils du PNNS, site de l'INPES : [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)

## Le développement des soins palliatifs en France : impact des programmes en cours

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement », Loi de 1999.

La reconnaissance officielle des soins palliatifs en France ne date que de 1985-1986 : sous l'impulsion du ministre de la Santé Edmond Hervé, paraît le rapport Geneviève Laroque *Soigner et accompagner jusqu'au bout* qui débouche sur la circulaire ministérielle relative à l'organisation des soins et de l'accompagnement des malades en phase terminale. En 1987, s'ouvre la première unité de soins palliatifs (USP) dans sa conception moderne.

Des enquêtes successives vont enregistrer en 1993 puis en 1998 une progression dans l'évolution des structures d'accueil, mais aussi dans l'évolution des esprits chez les soignants en formation et sur le terrain, et aussi dans la population.

Le concept même de soins palliatifs va s'élargir : les soins palliatifs ne sont plus seulement des soins

terminaux, ils concernent aussi « les personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ».

On estime que 150 000 à 200 000 personnes par an relèvent en France des soins palliatifs. Sur ce nombre environ 130 000 meurent à l'hôpital. Si la France disposait de 2 000 lits de soins palliatifs, on pense y arriver bientôt, sachant que la durée moyenne de séjour en USP est de l'ordre de vingt jours, seulement 36 000 personnes pourraient y être admises.

Il faut aller plus loin. Les services hospitaliers et du domicile doivent adapter leur fonctionnement à la prise en charge des malades en fin de vie, mais aussi se préoccuper en amont des soins palliatifs, lors des phases critiques marquant l'évolution des maladies graves potentiellement mortelles.

C'est dans cet esprit qu'ont été élaborés les programmes de développement.

**Jean Kermarec**  
Pneumologue,  
vice-président  
de l'Association pour  
le développement  
des soins palliatifs

1. Programme national de développement des soins palliatifs. 2002-2005, ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Comité de suivi.