



epode  
european  
network



---

# Rapport intermédiaire sur le rôle des pouvoirs publics locaux dans la prévention de l'obésité

---

Recherche bibliographique dans le cadre  
du réseau EPODE et du Comité pour  
l'Engagement des Représentants Politiques



---

Département de la Santé Publique, Centre  
des Politiques Locales (CLP), Centre Pour le  
Développement Durable (CSD)  
Université de Gand

Juin 2010

Jo Van Assche  
Stefaan De Henauw  
Herwig Reynaert

---

Etude mandatée par La Direction générale  
de la Santé et des Consommateurs

*« Le facteur le plus probant est peut-être le changement de la distribution de l'obésité dans les couches sociales. Pendant des siècles, les riches étaient gros et les pauvres étaient maigres. Un changement épidémiologique est apparu qui démontre la tendance inverse. De nos jours les pauvres sont plus gros que les riches. »*

Traduction de la citation de Wilkinson sur la transition épidémiologique dans: Wilkinson, R., *The impact of inequality, How to Make Sick Societies Healthier*, New York, London: The New Press, 2005, p11

## 1. Situation et synthèse

Ce rapport intermédiaire s'inscrit dans la recherche en cours lancée par EEN sur la mise en oeuvre de « *programmes d'intervention au sein des communautés* » pour la prévention de l'obésité de l'enfant. EEN est l'acronyme de Epoque European Network (Réseau Européen Epoque). Les interventions au sein des communautés sont des projets ou des programmes de prévention qui impliquent systématiquement l'environnement et les communautés des personnes obèses. EPODE est l'abréviation de « Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants » un projet équivalent aux programmes CBI mis en oeuvre en France et décliné dans d'autres pays Européens : en Belgique (Viasano), en Espagne (Thao) et en Grèce (Paideiatrofi).

Quatre universités (Gand, Amsterdam, Lille et Saragosse) ont commencé des recherches sur *plusieurs aspects de la mise en oeuvre* de ces projets ou programmes de prévention systématique de l'obésité de l'enfant. Protéines, une entreprise spécialisée en communication pour la santé, coordonne ce projet international de recherche. Il est évident que ces universités peuvent effectuer leurs recherches scientifiques en totale indépendance. Pour plus d'informations, consultez le site: <http://www.epode-european-network.com/>

Dans le cadre du projet EEN, le Département de la Santé publique de l'Université de Gand se consacre à l'étude du rôle des pouvoirs publics locaux. Selon ces chercheurs, les autorités locales doivent s'engager à jouer un rôle déterminant dans les réseaux pour la promotion des régimes alimentaires, de l'exercice physique, et de modes de vie plus équilibrés dans le but d'atteindre efficacement le public ciblé et de modifier les comportements durablement. Cette hypothèse, fondée sur la recherche bibliographique, sera développée ultérieurement par l'étude de cas du rôle des pouvoirs publics locaux flamands dans la promotion des régimes alimentaires, de l'exercice physique et de modes de vie plus équilibrés.

Cette recherche bibliographique a démontré que l'intervention des pouvoirs publics est nécessaire pour lutter contre le surpoids et l'obésité de l'enfant et que dans ce domaine l'administration locale constitue le dernier échelon de toute intervention publique. Le rôle le plus important des pouvoirs publics (locaux) dans la prévention de l'obésité consiste à prendre en charge le groupe cible (enfants, adolescents, etc..) ainsi que les acteurs du premier niveau (parents, écoles, organisations sportives, associations pour une alimentation saine, etc.) pour que le groupe concerné ait une alimentation plus équilibrée et fasse davantage d'exercices physiques. Dans cette optique, nous avons aussi mis en évidence 1) que les pouvoirs publics (locaux) doivent intervenir dans quatre domaines importants pour montrer leur réel leadership; et 2) que de nombreux autres facteurs institutionnels déterminent les résultats sur le terrain de la prévention de l'obésité de l'enfant.

Les pouvoirs publics (locaux) doivent s'affirmer comme dirigeants politiques en assumant quatre rôles importants, en particulier:

- 1) en assurant la direction de programmes de prévention, en tant qu' « acteur » visible et en démontrant une réelle volonté d'agir,
- 2) en prenant la direction du réseau de programmes de prévention multi-niveaux, multisectorielle multi-acteurs et en soutenant les actions de prévention des partenaires,
- 3) en trouvant les financements,
- 4) et en assumant le rôle de soutien politique, comme stimulateur du processus politique.

D'après les recherches bibliographiques, l'engagement des pouvoirs publics (locaux) dans les quatre rôles est déterminant pour le succès de la prévention ou de la lutte contre l'obésité de l'enfant.

En outre, la recherche bibliographique montre qu'un certain nombre de facteurs institutionnels peuvent être déterminants dans le succès des programmes de prévention de l'obésité des enfants. Dans cette optique, il faut souligner quatre points importants, à savoir les facteurs internes aux pouvoirs publics, le soutien sociétal et managérial, le contexte direct et les facteurs externes en arrière plan des pouvoirs publics locaux. Les **facteurs internes des pouvoirs publics** sont:

- la relation entre les élus politiques et les hauts fonctionnaires,
- les capacités internes des départements impliqués;
- l'expertise des fonctionnaires directeurs et de la gestion des projets,
- les compétences des gestionnaires des changements et des acteurs sur le terrain.

**Le soutien sociétal et managérial** fait référence aux formes de collaboration déjà existantes entre les acteurs du réseau de santé publique pour la promotion des régimes alimentaires équilibrés et des exercices physiques. Ce sorte de soutien peut, pour une large part, être déterminant par l'attitude et le comportement ces parties prenantes:

- l'attitude peut se caractériser par des valeurs telles que la franchise, la volonté de coopérer, l'implication, la confiance, etc.
- leur comportement constitue aussi un élément important, dans la consultation, la communication externe, la volonté de collaborer pour élaborer un consensus sur la priorité dans les questions de santé publique, le suivi des engagements, la répartition des tâches, la faculté à résoudre les conflits, etc.
- la relation des acteurs prépondérants (le plus influents) dans le réseau de prévention avec le reste des acteurs du réseau.

Dans le **contexte immédiat** des pouvoirs publics locaux, les facteurs institutionnels les plus importants susceptibles d'être déterminants dans la promotion d'une alimentation plus équilibrée et de la pratique d'exercices physiques peuvent être:

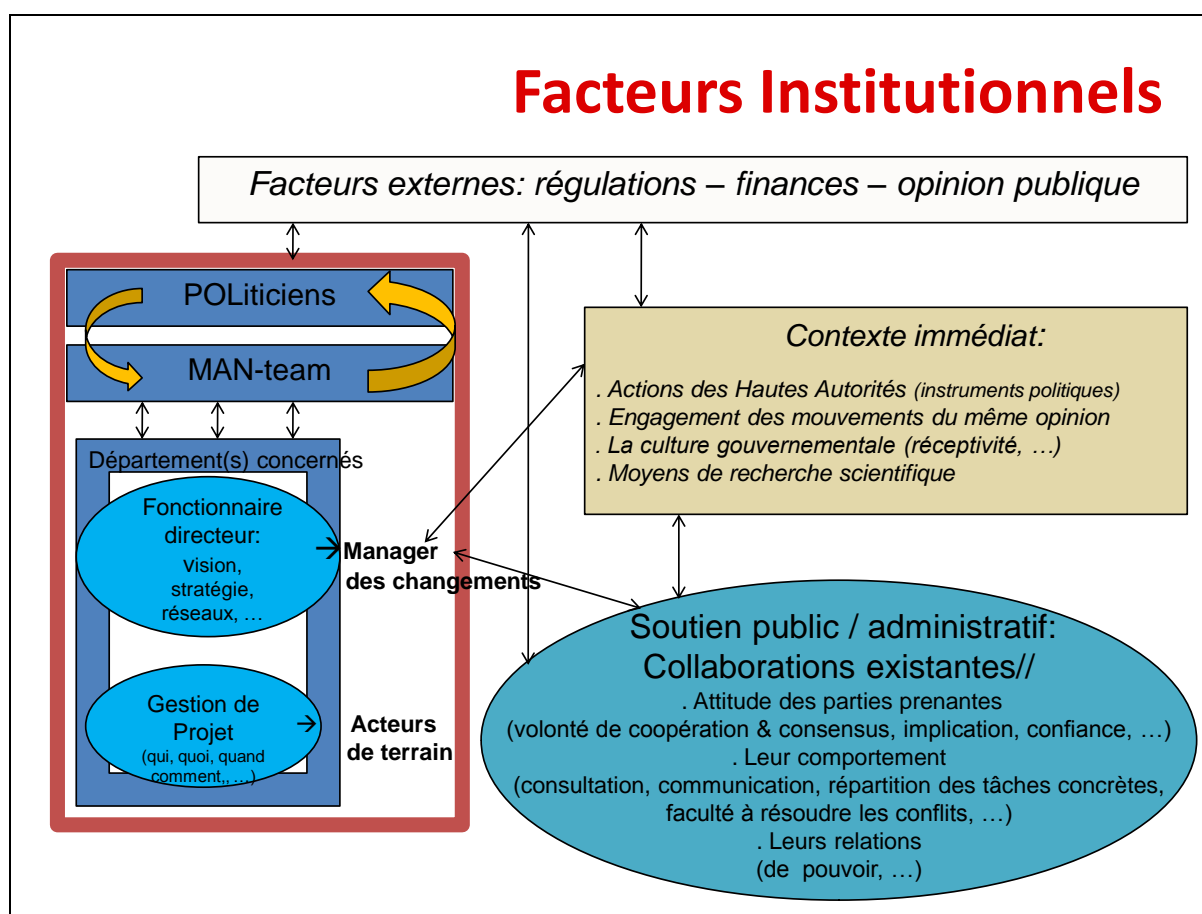
- l'investissement des autorités à d'autres niveaux (exemple consultation régionale sur la santé, organisations pour la promotion du sport, etc.),
- un ensemble des instruments politiques, dans lequel des mesures sévères constituent la base de mesures plus indulgentes,
- la mobilisation des mouvements qui partagent les mêmes valeurs (par exemple changements climatiques, mobilité, alimentation saine, fitness, sports, etc.),
- culture d'entreprise globale au sein des pouvoirs publics locaux,
- les ressources de la recherche (base scientifique).

Des **facteurs externes** (en arrière plan des pouvoirs publics locaux) peuvent aussi intervenir sur la mise en oeuvre des programmes de prévention pour lutter contre l'obésité des enfants.

- la nature et la qualité des lois et des normes des politiques publiques nationales ou régionales,
- l'attitude (ou approche) de la population vis à vis du poids et des problèmes de surpoids et d'obésité.

Le schéma suivant présente une vue d'ensemble systémique de tous les facteurs institutionnels majeurs pour le rôle des pouvoirs publics locaux qui veulent augmenter les chances de succès des CBI pour la prévention de l'obésité de l'enfant.

*Schéma: Vue d'ensemble des facteurs institutionnels importants pour le rôle des pouvoirs publics locaux dans la prévention de l'obésité de l'enfant.*



Source: DPH-CLP-CSD, 2010

## 2. Qui veut en savoir plus au sujet ...

La recherche bibliographique a fourni trois types de rapports. Premièrement, les plans et les chartes sur la politique à mener sont sources de beaucoup d'informations sur la manière dont les autorités doivent traiter les phénomènes tels que le surpoids et l'obésité. Il faut noter en particulier que ces documents à tous les niveaux administratifs supralocaux montrent le rôle prépondérant que les autorités locales doivent jouer en la matière. Deuxièmement, la recherche bibliographique donne une approche théorique et des conseils normatives sur ce que devrait être la politique, les modalités, les stratégies et les actions susceptibles de produire les meilleurs résultats en matière de diminution de l'obésité pour les groupes cibles respectifs. Troisièmement, il s'agit de rapports sur la recherche effectuée pour mettre en oeuvre de nouvelles dispositions dans la santé publique au niveau administratif local. Ces documents apportent des éléments importants utiles à l'élaboration d'une vue d'ensemble plus proche de la réalité de la politique poursuivie en matière de prévention de santé (en ce qui concerne le surpoids par exemple). Pour préparer les entretiens dans le cadre des études de cas, il est important de vérifier la nature des facteurs prépondérants pour l'intervention des autorités (locales) dans le cas d'une intervention «au niveau communautaire» pour la prévention sanitaire et surtout «pour la prévention de l'obésité de l'enfant».

### 3. Liste des définitions et des abréviations

Les concepts importants de la bibliographie sont définis dans la liste ci-contre:

- «Intervention au niveau communautaire»: projets de politique de santé publique, qui visent à impliquer le public cible. Il s'agit d'identifier les environnements et les communautés concernées en vue d'obtenir des changements de comportements durables.
- Surpoids: Indice de Masse Corporelle chez les adultes (hommes et femmes) est situé entre 25 et 30. Chez l'enfant, il y a des limites selon les âges (appelées 'tranches').
- Obésité: Indice de Masse Corporelle chez les adultes (hommes et femmes) supérieur à 30. Chez l'enfant, il y a des limites selon les âges (appelés 'tranches').
- Politique de prévention en matière de santé publique: il s'agit de trois types de préventions différents, à savoir: promotion de la santé, protection de la santé et prévention des maladies. Cette politique s'applique pour une part au domaine de la santé publique (appelée politique de prévention en matière de santé publique) mais aussi en dehors du domaine de la santé publique (auquel cas le concept « politique multisectorielle » est utilisé).
- La politique de promotion de la santé vise à changer le cadre et le mode de vie pour améliorer la santé (ou au moins pour rester en bonne santé).
- La protection de la santé a pour objectif de limiter les impacts de facteurs susceptibles d'être dangereux tels que les biens de consommation ainsi que les installations en contact avec les personnes.
- La politique de prévention des maladies comprend des mesures pour éviter certaines maladies spécifiques ou pour les dépister et les traiter.
- La politique multi-niveaux: action des pouvoirs publics à différents niveaux ou échelons gouvernementaux, comme par exemple, aux niveaux international, national régional, départemental et local.
- La politique multi-acteurs: collaboration des gouvernements avec différents acteurs, du secteur public ou privé. La politique multi-acteurs peut faire référence à une collaboration entre les secteurs publics (entre plusieurs organisations gouvernementales) entre secteurs publics et privés (entre les autorités publiques et plusieurs organisations privées). Le concept «organisations privées» fait référence aux acteurs «dans le marché» (entreprises, syndicats, etc.) ainsi qu'aux organisations non gouvernementales (ou ONG). Il se peut que les politiques multi-acteurs et multisectorielles interfèrent car les acteurs peuvent agir à différents niveaux gouvernementaux.
- La politique multisectorielle: collaboration des pouvoirs publics dans différents secteurs de la société. Dans le cadre d'une politique de santé pour la promotion d'une alimentation saine et des exercices physiques, les autorités doivent coopérer avec les autres secteurs concernés tels que l'agriculture, la nutrition, la finance, le commerce, les affaires, la consommation, l'éducation, la recherche, la circulation, l'aménagement du territoire, la politique sociale, l'emploi, le sport, la culture et le tourisme, les médias, etc.
- Approche intégrale de la politique de santé publique: il s'agit d'une politique de santé publique où la santé est considérée comme base de la qualité de vie. Dans ce sens, la promotion de la santé va au delà du mode de vie sain et tend au bien-être général.
- Politique de santé publique intégrée: il s'agit d'une politique de santé publique qui réunit tous les objectifs des différents domaines politiques et pour lesquels les autorités publiques (du

- secteur de la santé publique ou non) coopèrent à la mise en oeuvre des dispositions permettant d'atteindre ces objectifs.
- Coordination dans le secteur de la santé publique: dans l'exécution de cette politique, les autorités publiques (du secteur de la santé publique ou non) collaborent les unes avec les autres.
- Mesures sévères: lois applicables avec des instructions et des interdictions ainsi que des pénalités fiscales, etc.
- Mesures indulgentes: marketing social, promotion, éducation, communication, etc.
- Mise en oeuvre: mise en pratique des objectifs de la politique, élaboration du concept, du principe, ou design, exécution d'un plan ou concrétisation d'une idée abstraite, etc. La mise en oeuvre de la politique est une phase du processus politique.
- Engagement des pouvoirs publics: au niveau des pouvoirs publics au sein d'une organisation, mise en oeuvre de moyens pour atteindre un objectif (exemple: innovation dans la politique locale de santé publique).
- Les acteurs sur le terrain: les personnes représentant les autorités publiques qui ont la responsabilité dans leur travail quotidien de fournir un service public et d'impliquer les communautés concernées. Voir aussi: 'every day maker' (Bang & Sorensen, 1999) of 'street level bureaucrat' (Lipsky, 1971).
- Connaissance locale de la politique de santé publique: étude locale de la situation sanitaire des communautés spécifiques, dans une perspective sociale, qui peut affecter les approches plus spécifiques des autorités sanitaires plus élevées hiérarchiquement.
- Réseau de la politique: collaboration entre les autorités publiques autonomes mais interdépendantes. La dépendance mutuelle souligne le fait que les autorités publiques doivent collaborer pour atteindre leurs objectifs sans tenir compte de la hiérarchie.
- Pouvoir: il s'agit de la possession ou de l'utilisation des ressources du pouvoir, telles que l'argent, les relations, les connaissances, les droits, l'idéologie, les décrets, les lois, les directives, etc.
- Institution: il s'agit de comportements collectifs qui se sont développés au cours du temps, et qui font référence (dans le sens large du terme) aux différents phénomènes comme les coutumes locales et l'étiquette, et aux comportements plus complexes tels que les mariages ou les comportement codifiés dans des sociétés démocratiques.

Les abréviations de ce rapport sont listées ci-après:

- IMC: Indice de Masse Corporelle = rapport entre le poids du corps (en kg) et la taille au carré (en m)
- EEN: Réseau Européen Epode
- EPODE: Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
- OMS = « Organisation Mondiale de la Santé »
- HOPE = Abréviations du titre d'un projet Européen de recherche «Health Promotion through Obesity Prevention across Europe»
- UE = Union Européenne
- CE = Commission Européenne
- OCMW = Abréviations néerlandaise de «Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn», un centre public d'assistance sociale (CPAS)
- ONG = Organisation non gouvernementale
- RIVM = Abréviations néerlandaise d'un institut pour la santé publique et l'environnement des Pays-Bas appelé « RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieubeheer »
- IoM = Institut de Médecine (USA)
- AL21 = Agenda local pour le 21<sup>ème</sup> siècle

IMGZ = Abréviation néerlandaise d'un institut universitaire sur la santé publique aux Pays-Bas, appelé «Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg » (Erasmus Universiteit Rotterdam)

GGD = Abréviation néerlandaise d'une service pour la santé publique aux Pays-Bas appelé «Gemeenschappelijke GezondheidsDienst»

VNG = Abréviation néerlandaise d'une association de municipalités aux Pays-Bas, appelé «Vereniging van Nederlandse Gemeenten»

WIZ = Abréviation néerlandaise d'un groupe de travail académique sur les soins intégrales aux Pays-Bas, appelé «Werkgroep Integrale Zorg» (Universiteit Maastricht)

GVO = Abréviation néerlandaise d'un institut public sur l'éducation de santé aux Pays-Bas pour l'information et l'éducation en matière de santé appelé «gezondheidsvoorlichting en – opvoeding»

LOGO = Abréviation néerlandaise d'un institut public sur la concertation locale sur la santé publique de la région Flandres appelé «Lokaal GezondheidsOverleg»

#### 4. Plans et chartes sur la politique à mener

Ces documents sur la politique à mener à différents niveaux administratifs s'attachent aux phénomènes de surpoids et d'obésité, leurs développements et évolutions selon les couches sociales et les âges, etc. Les mesures à prendre doivent modifier les tendances actuelles. Les documents sur la politique à mener regroupent souvent le même type d'informations: textes sur les points de vue, les analyses de situation et les descriptions des phénomènes en la matière, les objectifs des leaders politiques, les stratégies ou plans d'actions, et l'ensemble des mesures destinées à atteindre les objectifs fixés.

Les documents sur la politique à mener mettent en avant l'importance de **l'approche multi-niveaux**. A cette fin, les autorités doivent contribuer à tous les niveaux administratifs à mettre en oeuvre une approche cohérente de la promotion de la santé par l'alimentation équilibrée et l'exercice physique<sup>1</sup>. Dans cette optique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les institutions Européennes préconisent que chaque pays traduise les plans, les stratégies et les chartes pour promouvoir une politique de santé équilibrée au niveau de l'alimentation et de l'exercice physique, adaptée à la culture populaire et aux modes de vie des populations concernées. Les autorités au niveau supralocal **attribuent plusieurs rôles aux administrations locales** pour mettre en oeuvre une politique de proximité afin de présenter des travaux sur mesure aux groupes cibles de la société, pour une plus grande implication des citoyens, etc. L'OMS souhaite que les administrations locales soient étroitement impliquées dans la stratégie globale adoptée pour le régime alimentaire, les exercices physiques et la santé<sup>2</sup>. Dans cet objectif, le département Européen de l'OMS a publié un livre qui regroupe les meilleurs exemples du rôle des administrations locales dans la création d'espaces urbains favorisant les exercices physiques et un mode de vie plus actif<sup>3</sup>. Dans le Livret Blanc de la stratégie européenne concernant les questions d'alimentation, de surpoids, d'obésité et de

<sup>1</sup> Une étude intéressante menée sur des plans politiques européens et internationaux peut être consultée dans le « Vlaams Actieplan voor Voeding en Beweging », Extrait 112 (2009)- nr.1 présentée à la commission du parlement Flamand chargée de cette question le 31 Juillet 2009, voir pp 30-35. La Belgique et Les Flandres font partie du domaine de cette étude.

<sup>2</sup> World Health Assembly (2004), Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Resolution WHA 57.17, WHO, Geneva, ISBN 92 4 159222 2, 21p

<sup>3</sup> Edwards P, Tsouros A, (2006), Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local governments, World Health Assembly Europe, Copenhagen, 54p..



santé, la Commission Européenne préconise de renforcer les réseaux d'actions locaux<sup>4</sup>. Le gouvernement central flamand développe un plan d'action stratégique sur l'alimentation et l'exercice physique au niveau local et supralocal pour atteindre cinq objectifs pour la santé. Le décret de 2004 sur la politique sociale locale attribuée à l'administration publique locale (municipalité ainsi que le service d'assistance sociale) le rôle moteur pour renforcer les liens de coopération entre les différents acteurs afin de préserver et garantir les droits sociaux fondamentaux dont la santé pour tous les citoyens<sup>5</sup>. La politique urbaine flamande encourage les villes à réduire les disparités au niveau de la santé vis à vis des personnes défavorisées. A cette fin, le gouvernement flamand veut étendre le rôle des centres de santé de proximité dans les zones défavorisées pour qu'ils mettent en oeuvre des activités de prévention sanitaire<sup>6</sup>. Au Royaume-Uni, les administrations locales ont classé le traitement de l'obésité parmi les 99 priorités sur les 150 accords de coopération passés avec les hautes autorités (appelés «accords pour les zones locales»)<sup>7</sup>. A cette fin, le Ministère de la Santé et le Ministère de la petite enfance, les écoles, les familles ont travaillé ensemble pour élaborer une stratégie de santé pour les enfants en général, afin que le pourcentage d'enfants obèses diminue et ne dépasse pas en 2020 celui des années 2000. L'agence IDeA (Agence pour le Développement et l'Amélioration) a été sollicitée pour soutenir les administrations locales par ses connaissances et sa longue expérience.

Les documents sur les politiques à mener préconisent aussi une approche **multi-acteurs**. Les autorités à tous les niveaux administratifs doivent donc travailler ensemble avec toutes les parties prenantes sur les questions concernant l'alimentation déséquilibrée et le manque d'exercices physiques. L'OMS souhaite que les autorités à tous les niveaux administratifs reconnaissent la nécessité de travailler en partenariat avec la société civile, le marché et les médias pour que leur stratégie globale sur le régime alimentaire et l'exercice physique soit efficace. L'OMS est elle-même un bon exemple car elle a consulté plusieurs ONG, le secteur privé ainsi que les institutions intergouvernementales pour développer cette stratégie globale. Depuis 2003, un réseau qui travaille sur la nutrition et l'exercice physique rapporte régulièrement à la Commission Européenne l'évolution de la politique concernant le régime alimentaire et l'exercice physique. Ce réseau se compose d'experts de l'OMS, des Etats Membres de l'UE et des ONG tous acteurs de la promotion de la santé. En outre, en 2005 la plateforme Européenne pour l'Action sur le régime alimentaire, l'exercice physique et la santé a été mise en oeuvre pour la promotion d'actions volontaires des entreprises, des ONG et du secteur public. En Flandres, le ministre concerné a proposé une conférence en 2008. Cette dernière a été préparée de manière approfondie par la consultation et la contribution de centaines d'experts sur le terrain dans plusieurs secteurs. Cette consultation s'est traduite par une liste de priorités présentée au ministre au cours de cette conférence sur la santé.

Les documents sur la politique à mener mentionnent aussi une **approche multisectorielle**. Les autorités à tous les niveaux administratifs doivent donc travailler ensemble avec tous les secteurs «clés» dans le cadre de mesures sanitaires préventives. La stratégie globale de l'OMS soutient une approche multisectorielle pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice

---

Commission of the European Communities (2007), White Paper on a EU strategy for nutrition, overweight and obesity-related health issues. COM (2007) 279, 13p., consultable sur [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/keydocs\\_nutrition\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm)

<sup>5</sup> Op.Cit.(2009),pp 35 et 50

<sup>6</sup> Van den Bossche, F. (2009), Beleidsnota voor Steden [Policy Paper for Towns], Flemish Minister of Energy, Housing, Towns and Social Economy, piece 213 (2009-2010) - nr. 1, présentée au parlement Flamand le 27 Octobre 2009.

<sup>7</sup> Jones, N., Rogers, R., Tackling childhood obesity, in: Firstonline, weekly magazine Local Government Association, 03 Juin 2009, consultable sur <http://www.lga.gov.uk/lga/core/page.do?pageId=1959470>

physique au niveau des groupes cibles. Avec ce type d'approche, les autres sections du secteur sanitaire ainsi que l'agriculture, l'éducation, l'aménagement du territoire, la circulation et le secteur de la communication ont leur rôle à jouer. Selon la Charte Européenne, tous les secteurs publics concernés doivent s'impliquer dans la lutte contre l'obésité<sup>8</sup>. Cette charte attribue explicitement aux départements de la santé un rôle moteur pour développer une approche multisectorielle de ce problème. Elle mentionne aussi tous les domaines politiques qui doivent encourager la promotion de la santé: agriculture, alimentation, finance, commerce, affaires, consommation, circulation, aménagement du territoire, éducation, recherche, politique sociale, sport, culture et tourisme. Dans le cadre du projet HOPE des plans au niveau de la politique nationale de prévention de l'obésité ont été examinés dans 31 pays européens. Ces plans permettent d'atteindre les groupes cibles à travers différents secteurs, tels que l'éducation et les écoles, l'emploi et l'environnement du travail, etc<sup>9</sup>. Dans les Flandres, le décret sur la politique de prévention de la santé (2003) constitue la base d'une approche multisectorielle, qui est qualifiée dans ce décret de «politique des aspects». La mise en oeuvre du plan d'action Flamand pour l'alimentation et pour l'exercice physique implique une «politique des aspects» où les différents secteurs doivent engager leur responsabilité dans l'objectif d'influencer l'environnement proche et de promouvoir systématiquement l'alimentation saine et l'exercice physique. Le plan d'action Flamand nécessite la participation des domaines politiques suivants: emploi, éducation, politique intérieure, (villes et municipalités), jeunesse, sport, culture, aménagement du territoire, transport et média.

En conclusion, les rapports sur les politiques à mener montrent qu'il y a un large consensus sur la nécessité d'une **approche globale** avec la mise en oeuvre de mesures qui se renforcent mutuellement. La Charte de Ottawa de 1986 démontrait déjà cette unanimité. Cette charte vise à inscrire la promotion efficace de la santé à l'agenda politique (à tous les niveaux administratifs). *«La santé est (...), une ressource pour la vie quotidienne et non pas un objectif. Par conséquent, la promotion de la santé ne relève pas seulement de la responsabilité du secteur de la santé et va au delà des modes de vie bénéfiques pour la santé jusqu'au bien-être total»*<sup>10</sup>. Cependant, la Charte d'Ottawa requiert une approche globale, selon laquelle les institutions et organisations du secteur de la santé doivent travailler en collaboration avec les organisations des autres secteurs. Elle préconise d'orienter les institutions de la santé vers une approche préventive au lieu d'une approche curative. Un environnement propice à la santé doit favoriser un mode de vie sain (alimentation et exercices physiques). Les autorités ont en effet un rôle à jouer comme défenseur d'une politique de promotion de la santé qui implique autant que possible la société civile. Elaborer une stratégie efficace peut conduire à de bons résultats pour l'amélioration de la qualité de vie<sup>11</sup>. Les initiatives internationales qui encouragent l'alimentation équilibrée et l'exercice physique ont la même approche globale. A un degré différent, elles combinent des approches multisectorielles, multi-niveaux, multi-acteurs.

Dans certains pays, les analyses des documents de planification de l'autorité compétente sont complétées par des **prévisions à long terme** sur la tendance à la hausse prévue pour

<sup>8</sup> World Health Organization Europe (2006), European Charter on counteracting obesity, WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Novembre 2006, Istanbul

<sup>9</sup> Yngve A, Stockley L, Lynch C, Kugelberg S, National and multinational obesity prevention policies in Europe, Rapport dans le cadre du projet Hope, consultable sur: [http://www.hopeproject.eu/index.php?nav\\_id=8&subnav\\_id=14](http://www.hopeproject.eu/index.php?nav_id=8&subnav_id=14)

<sup>10</sup> World Health Organization (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, First international conference on Health Promotion, The move towards a new public health, Ottawa, November 1986,

<sup>11</sup> Barr, V.J., Pedersen, S., Rootman, I. (2006), Evidence review: Healthy communities. Population Health and Wellness, BC Ministry of Health..

l'évolution du surpoids et de l'obésité. Attention : ces prévisions politiques doivent permettre de contrecarrer ce phénomène. Les prévisions à long terme sont primordiales car elles donnent une vue d'ensemble. Les prévisions à long terme les plus récentes du gouvernement néerlandais prévoient la persistance de comportements à risque. *«Ce phénomène s'explique par le fait que les comportements à risque ne sont pas des faits isolés mais dépendent de l'environnement physique et social dans lequel évoluent les personnes depuis leur naissance»*<sup>12</sup>. Par conséquent le RIVM préconise aussi une approche intégrale avec l'utilisation des instruments politiques nécessaires. De plus, cette approche ne peut s'adresser uniquement à l'individu mais aussi à l'environnement dans lequel il évolue. Par ailleurs, ce rapport souligne les possibilités non utilisées pour l'amélioration de la santé dans d'autres domaines tels que les conditions de travail, l'environnement, l'éducation, la politique socio-économique, l'aménagement du territoire et le logement. A partir d'une étude pilote, l'inspection pour la santé publique a observé que les administrations locales portent une attention particulière aux conséquences des décisions prises dans d'autres domaines comme l'environnement, la politique industrielle et l'assistance sociale. L'inspection dénonce aussi le peu de mesures mises en œuvre par les municipalités néerlandaises dans d'autres domaines concernés par certains problèmes de santé (comme l'obésité). Par conséquent, le RIVM met en avant que le gouvernement central doit apporter son appui aux municipalités dans la mise en œuvre d'une politique globale de santé au niveau local.

De même, le département Britannique pour la Science affirme que des prévisions de santé publique à long terme permettent d'avoir une vue d'ensemble et mettent à jour le contexte de l'analyse des comportements à risque<sup>13</sup>. Selon le «Projet prévisions» l'épidémie d'obésité ne pourra être enrayerée seulement par des initiatives individuelles mais nécessite une approche sociale. Dans ce contexte, les mots clés sont encore une fois mentionnés: «approche multiple» (acteurs, niveaux et secteurs). Par exemple, le «Projet prévisions» montre les similitudes qu'il existe entre la prévention de l'obésité et la politique climatique. *«La plupart des objectifs de la prévention du changement climatique auraient pu être utiles dans la prévention de l'obésité comme les mesures de réduction de la circulation au profit du transport en bicyclette ou la mise en œuvre de systèmes durables. La collaboration pour lutter contre l'ensemble des problèmes augmentera l'efficacité des actions»*. Les documents prévisionnels relèvent cinq facteurs clés dans l'évolution de l'obésité : les tendances sociales, technologiques, économiques, environnementales et politiques. Ces facteurs permettront une meilleure description et compréhension de «l'évolution de l'alimentation»<sup>14</sup>. Il est intéressant d'ajouter huit types de déterminants dans le modèle systémique ShiftN: la production alimentaire, la consommation alimentaire, la physiologie, la physiologie individuelle, l'exercice physique, l'environnement, la psychologie individuelle et la psychologie sociale<sup>15</sup>. De ce point de vue, pour le problème de l'obésité, les prévisions à long terme jouent un rôle d'intermédiaire entre les différentes disciplines pour conduire à un débat sur une approche efficace du phénomène. Les prévisions de santé publique à long terme confirment la nécessité

<sup>12</sup> De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM (eds), Polder JJ (2006), *Gezondheid op koers?*, Zorg voor gezondheid – Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, RIVM rapport, Houten: Bohn Stafleu, Van Loghum, Nederland, 348p.

<sup>13</sup> Government Office for Science (2007), *Foresight on Tackling Obesities: Future Choices – Summary of Key Messages*, Department of Innovation Universities and Skills Octobre 2007, consultable sur <http://www.dius.gov.uk>

<sup>14</sup> X, (?), Trends and drivers of obesity: a literature review for the Foresight project on obesity, text sent by email from Science Department envoyé par courrier électronique par le Département des Sciences, consultable sur [http://www.foresight.gov.uk/Obesity/Literature\\_Review.pdf](http://www.foresight.gov.uk/Obesity/Literature_Review.pdf)

<sup>15</sup> X, (2008), Obesity system influence diagram, ShiftN cbva, Clarity in Complexity, consultable sur: <http://www.shiftn.com/obesity/Full-Map.html>

d'une approche globale (à plusieurs niveaux, avec différents acteurs dans différents secteurs). Elles confirment le rôle prépondérant des administrations locales dans le succès de la prévention de l'obésité. Elles seront amenées à jouer un rôle aux niveaux administratifs de proximité.

## 5. Théorie sur les actions des pouvoirs publics (locaux) au niveau de la prévention d'obésité

Selon Swinburn *«l'obésité pourrait être un signe de succès commercial - les consommateurs achètent plus de nourriture, plus de voitures et plus de biens de consommation»*<sup>16</sup>. De ce point de vue, il est difficile d'envisager des changements suffisants du pouvoir économique pour répondre aux exigences du consommateur à savoir la diminution de la consommation alimentaire et la pratique d'exercices physiques et des entreprises qui doivent se responsabiliser un peu plus. Lorsque le mécanisme du marché est néfaste pour la population et pour sa santé, **les pouvoirs publics doivent intervenir** pour protéger et promouvoir la santé publique.

Cependant, de plus en plus de gouvernements prennent conscience de l'ampleur du phénomène de l'obésité et des risques pour la santé publique. Cette prise de conscience a conduit à un consensus sur la nécessité d'une approche multisectorielle, dans laquelle les pouvoirs publics, le milieu des affaires et la société civile travaillent ensemble. Swinburn s'interroge sur le rôle joué par les pouvoirs publics dans cette approche de type «gouvernance». Il pense que les pouvoirs publics (à tous les niveaux administratifs) doivent intervenir sur **quatre points importants** pour limiter l'épidémie d'obésité: le leadership (visibilité et volonté de mettre en oeuvre des actions), le soutien d'une approche multisectorielle, la recherche de financements et le suivi de cette politique (stimulation du processus politique avec une attention particulière pour les objectifs, les moyens, la mise en oeuvre et le contrôle).

Selon l'OMS, il y a deux facteurs importants qui peuvent améliorer la prévention de l'obésité: en particulier la force du leadership et la combinaison de mesures «sévères» et «indulgentes»<sup>17</sup>. Ces mesures politiques relèvent d'une part du paternalisme «indulgent» tel que le marketing social, la promotion de la santé, la prise de conscience des changements de comportements, et d'autre part du paternalisme «sévère» avec application des lois, des obligations, des interdictions et des moyens de pression fiscale. Selon Swinburn, la lutte contre l'obésité et autres types de menaces sur la santé publique est efficace lorsque les mesures sévères constituent **la base** des mesures plus indulgentes afin d'en augmenter l'efficacité. Voici plusieurs exemples: les obligations et les interdictions ainsi que les taxes sont à la base des campagnes contre le tabagisme et sont accompagnées de campagnes de sensibilisation, de marketing social, de communication, etc. La prévention routière se base sur les mêmes critères (régulation de la vitesse, alcool au volant, ceinture de sécurité, sécurité du véhicule, etc.) accompagnée de campagnes d'éducation et de communication.

<sup>16</sup> Swinburn, B.A., Obesity prevention: the role of politics, laws and regulations, in: Australia and New Zealand Health Policy 2008, 5:12

<sup>17</sup> World Health Organization (2004), Global strategy on diet, physical activity and health, WHO Library, Geneva, Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 92 4 159222 2

Pour résumer, la base générale de la politique de prévention de l'obésité repose sur tous les niveaux administratifs, toutes les acteurs du marché, de la société civile et des pouvoirs publics. Selon Swinburn, il ne faut pas se voiler la face: les autorités publiques devront toujours prendre les initiatives. On retrouve facilement la ligne de conduite préconisée par Swinburn dans la bibliographie politique et administrative. Elle est décrite en termes de «gouvernance à plusieurs niveaux avec différents acteurs» où les pouvoirs publics jouent un rôle déterminant à la direction de l'ensemble<sup>18</sup>. Dans un article d'accompagnement, deux tableaux récapitulent les domaines politiques dans lesquels les actions doivent être mises en oeuvre à différents niveaux administratifs (depuis le niveau local jusqu'au niveau international) dans différents secteurs<sup>19</sup>. Le premier tableau sur la politique alimentaire récapitule les niveaux administratifs en fonction des secteurs alimentaires, tels que la production primaire (agriculture, élevage, etc.) l'industrie alimentaire, la distribution, le marketing, le commerce au détail, la restauration et les services alimentaires. Le second tableau sur la politique en matière d'exercice physique, récapitule les niveaux administratifs en fonction de l'aménagement du territoire, des ouvrages publics, de l'éducation, de l'emploi, du transport, du sport et des loisirs. L'intersection des lignes et des colonnes permet d'identifier les domaines politiques et les niveaux administratifs ainsi que les secteurs correspondants. Ces tableaux permettent de voir rapidement les limites de cette politique ou d'en déterminer les incohérences.

Les tableaux multisectoriels à plusieurs niveaux sont intéressants pour déterminer si la **chaîne politique** de la prévention de l'obésité fonctionne. Le remplissage des cases (à l'intersection des lignes et des colonnes) permet de déterminer s'il y a des maillons manquants où des interférences auquel cas on ne peut plus parler de chaîne. Lorsque les lois et règlements sont bien établis pour toutes les zones du tableau, il est possible de trouver le point faible. Selon un dicton populaire, la solidité d'une chaîne repose sur la solidité de son maillon le plus faible. La solidité de la chaîne politique de la prévention de l'obésité peut donc être améliorée. L'année dernière l'Australie s'est prêtée à cet exercice et à donner l'exemple pour amener d'autres pays à effectuer l'exercice.

Dans le cadre du projet EEN, l'étude se portera sur le rôle des pouvoirs publics locaux dans la prévention de l'obésité de l'enfant. Les réglementations existantes constituant la base, l'attention est portée sur la part assumée par les pouvoirs publics. Selon Swinburn, les pouvoirs publics (à tous les niveaux administratifs) doivent intervenir dans quatre domaines importants. Pour compléter l'étude menée par l'EEN, les quatre domaines importants seront systématiquement pris en compte: le leadership (visibilité et volonté de mettre en oeuvre des actions), le soutien à une approche globale, la recherche de financements et le suivi de cette politique (stimulation du processus politique avec une attention particulière pour les objectifs, les moyens, la mise en oeuvre et le contrôle). Avant de tirer les conclusions, il faut compléter la recherche bibliographique.

Swinburn attire l'attention sur l'association de la politique de prévention de l'obésité à d'autres domaines politiques. La problématique de cette politique de prévention de l'obésité présente l'inconvénient de stigmatiser des populations cibles. La pression exercée par le secteur

<sup>18</sup> Block, T., (2009), Besluitvormingsprocessen en beslissingsmacht bij stadsontwikkelingsprojecten, Doctoraal proefschrift Politiek wetenschappen, Université de Gand , pp 9-12.

<sup>19</sup> Sacks, G., Swinburn, B.A., Lawrence M.A., (2008), A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity, in: Australia and New Zealand Health Policy 2008, 5:13

professionnel pour la mise en oeuvre d'une politique de prévention est plus importante que celle des personnes touchées par cette épidémie. Il est donc important pour les défenseurs de la prévention de l'obésité de **combiner leur approche avec des mouvements « du même esprit »**. Swinburn fait référence à trois mouvements sociaux, en particulier le mouvement écologique qui travaille sur les changements climatiques, le mouvement sur la mobilité qui s'attache aux aménagements des villes pour les rendre plus vivables et le mouvement pour une alimentation saine ainsi que la «nouvelle science alimentaire» qui intègre les critères écologiques dans les politiques d'approvisionnement et de sécurité alimentaire. *"Il y a de nombreux points communs entre les solutions à apporter à l'obésité et celles à apporter aux problèmes écologiques, à la réduction du trafic et à la problématique des villes. En effet, ces « petits changements » semblent être de véritables points forts pour réduire l'obésité.* (Swinburn, 2008).

Il faut donc tenir compte de l'assertion de Swinburn dans l'étude menée par l'EEN sur le rôle des pouvoirs publics locaux. Il faut être ouvert aux possibilités de collaboration avec d'autres domaines politiques pour la mise en œuvre de la politique de prévention de l'obésité. Autrement dit, l'approche préventive repose sur ce point stratégique. Dans quelle mesure les objectifs des autres politiques peuvent-ils être associés à la politique de prévention de l'obésité ? Ce point mérite une attention particulière pour la suite de l'étude menée par l'EEN. Avant de répondre à cette question, il faut souligner que Swinburn met des jalons pour identifier le rôle des autorités publiques. Il mentionne à bon escient la chaîne politique qui imbrique les domaines politiques les uns dans les autres à différents niveaux administratifs dans les différents secteurs qui relèvent du domaine de l'alimentation saine ou de l'exercice physique. Le tableau élaboré à partir de ces données montre que les autorités publiques, le marché privé et la société civile doivent collaborer pour des actions de coopération entre les différents domaines politiques. Pour compléter cette vue d'ensemble (et pour compliquer ce tableau) il faut avoir une approche stratégique de tous les domaines politiques et rechercher les associations possibles avec des thèmes «voisins» tels que le changement climatique, la mobilité et la viabilité des villes. Le succès de la stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant repose sur ces **points stratégiques**.

L'Institut de Médecine américain (IoM) a publié récemment une étude sur le rôle des pouvoirs publics dans les stratégies et les actions de prévention de l'obésité de l'enfant les plus prometteuses<sup>20</sup>. Dans cette étude, le «Comité d'actions de prévention de l'obésité de l'enfant au niveau des pouvoirs publics locaux» montre que les pouvoirs publics locaux sont les mieux placés pour modifier les comportements des enfants et des adolescents afin qu'ils préservent une corpulence dans les normes. Cette étude montre aussi le pouvoir des administrations locales pour la promotion de la santé des enfants: par exemple à travers des campagnes de vaccination ou pour le port du casque en vélo. Le IoM souligne aussi le rôle fondamental des parents et des professionnels de la santé dans l'éducation pour encourager les comportements alimentaires plus sains. Le rôle des administrations locales est de **soutenir** les efforts de ces **acteurs** de premier niveau ou du moins de mettre à leurs dispositions les structures appropriées. A cet effet, le IoM donne l'exemple (spécifique au USA ou non?) de nombreuses zones où il n'y a pas d'épiceries ni de supermarchés où il est possible d'acheter des produits nécessaires à une alimentation quotidienne saine ou l'exemple de zones où il est dangereux pour les enfants de faire du vélo, de marcher ou de jouer dans la rue. Selon l'IoM,

---

<sup>20</sup> Parker, L., Burns, A. C., Sanchez, E. (ed.) (2009), Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity, Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments, Institute of Medicine, National Research Council, ISBN 0-309-13928-7, 120p

dans ces zones, il est difficile même pour les enfants ou les jeunes les plus motivés d'avoir une alimentation saine et de pratiquer des activités physiques.

Dans cette étude, le «Comité pour les actions de prévention de l'obésité de l'enfant des pouvoirs publics locaux» déclare que les services municipaux doivent s'impliquer et qu'ils doivent être soutenus par les élus politiques tels que les maires, les conseillers municipaux et les autres membres des autorités locales concernées. Autrement dit, la promotion systématique (éducation, communication, marketing) d'une alimentation saine n'est pas seulement du ressort du seul service de la prévention de la santé. Différents services **doivent collaborer** pour obtenir le changement d'attitude. Dans cette étude, les services des travaux publics, de la circulation, de la gestion des parcs, de la sécurité des loisirs, de l'aménagement du territoire ainsi que du développement du secteur du logement et du secteur économique sont encouragés à travailler ensemble avec le service de santé à la mise en oeuvre des campagnes destinées à modifier les comportements. Pour conclure, «le Comité» préconise aussi que la population civile soit impliquée dans la définition des besoins et des priorités locales. La participation de la population civile contribuera à définir les points forts au niveau local grâce à une analyse des ressources et des capacités en vue d'améliorer l'exécution de cette politique.

Dans cette étude, le «Comité pour les actions de prévention de l'obésité de l'enfant des pouvoirs publics locaux» a émis des recommandations sur neuf stratégies à adopter concernant une alimentation saine et sur six stratégies concernant les exercices physiques.<sup>21</sup> Ces stratégies s'adressent aux autorités locales: elles devront s'en servir pour l'élaboration de leur politique de planification et d'exécution. Avec pour base les **quinze stratégies**, le «Comité» a recherché des exemples d'actions susceptibles d'avoir les meilleures chances de réussite. A partir de 600 articles tirés de publications à dans des journaux officiels et de rapports, le «Comité» a établi les critères de stratégies d'actions à mener avec le plus de chance de réussite<sup>22</sup>.

- elles relèvent de la compétence des administrations locales,
- elles s'adressent directement aux enfants,
- elles sont fondées sur l'expérience des autorités locales ou des organisations partenaires,
- elles ont lieu en dehors du cadre scolaire,
- elles impliquent la possibilité d'une alimentation saine et la pratique d'exercices physiques adaptés.

---

<sup>21</sup> Cette étude est une référence pour les personnes sur le terrain. Elles peuvent consulter le site web de "National Academies Press", <http://www.nap.edu/catalog/12674.html>. Les différentes stratégies ainsi que les actions plus concrètes sont récapitulées dans le résumé de cette étude dans un article séparé.

<sup>22</sup> Les 600 articles sur lesquels sont fondées les recommandations sur les chances de réussite des stratégies de prévention et d'actions sont tirés de banques de données en ligne, (comme Scopus (15.000 articles de références de 4000 éditeurs) TRIS (la plus grande ressource bibliographique au monde sur le transport et la mobilité), EMBASE (Banque de données biomédicales et pharmaceutiques qui contient plus de 9 million de dossiers) extrait de 4000 magazines), PsycINFO (Documents sur la psychologie avec plus de 1,9 millions de dossiers), Medline (banque de données bibliographiques sur la médecine et sur le système de santé extrait de plus de 46000 magazines biomédicaux de 70 pays). On trouve aussi des articles de recherches bibliographiques réalisées par des organisations qui ont travaillé avec les administrations locales pour lutter contre l'obésité durant les dix dernières années. En dernier lieu, des experts ont été invités à donner leurs points de vue sur le pouvoir des stratégies et des actions préventives.

Ce livre est une référence pour les administrations locales aux Etats-Unis comme base de travail sur le surpoids et l'obésité de l'enfant<sup>23</sup>. Il s'agit du troisième livre de la série «prévention de l'obésité de l'enfant» qui complète la liste des recommandations. Dans les deux ouvrages précédents, le comité en appelle déjà au leadership public à tous les niveaux administratifs, à la prise en compte des caractéristiques du contexte local, à l'évaluation systémique des programmes de prévention ainsi qu'à la communication. Le troisième ouvrage réunit des informations importantes qui visent à convaincre le lecteur de s'impliquer. Voici par exemple une citation de l'ancien délégué Tip O'Neill: «**Toutes les politiques sont locales**». Ce à quoi, le «Comité» répond que toutes les questions de santé relèvent aussi de la politique locale. «*La santé est en premier lieu un problème individuel qui s'étend à la famille, aux proches et à la communauté. Bien que la santé soit largement influencée par les tendances et les actions aux niveaux étatique, régional, national et international, la plupart des stratégies pour lutter contre l'obésité de l'enfant doivent être menées au niveau local pour être efficaces*». L'administration locale constitue la base de la politique de prévention de l'obésité. Dans les Flandres et en Belgique, ce livre pourrait être une source d'inspiration importante pour la mise en oeuvre de politiques préventives plus efficaces.

L'un des chapitres expose les facteurs institutionnels utiles pour le rôle des administrations locales dans la prévention de l'obésité de l'enfant. Dans un premier temps l'attention est attirée sur l'importance du rôle de leadership des administrations locales. Le leadership local nécessite un engagement politique ferme, une politique de développement, des financements et la coordination de tous les programmes concernés. Le leadership local pourra permettre la création d'**un réseau d'information** très utile aux **coalitions locales** et aux acteurs de la santé<sup>24</sup>. Les administrations locales jouent un rôle déterminant dans l'harmonisation de ces programmes, tout en respectant les différences entre les administrations locales en zones rurales, périurbaines et urbaines. Elles ont toutes leur propres problèmes à résoudre.

Récemment des politologues Américains ont travaillé sur le domaine de la prévention de l'obésité des enfants. Jusqu'à ce moment la recherche sur ce domaine était principalement le travail des experts au niveau des scientifiques diététiques, les psychologues et les médecins.<sup>25</sup> Un survey des experts Américaines de politiques diététiques et de la santé a démontré qu'ils considèrent les mesures 'sévères' étant impossible à atteindre.<sup>26</sup> Au contraire, ils regardent les mesures 'indulgentes' comme politiquement réalisable. Une autre recherche dans la relation entre les caractéristiques de la context sociétale et le poids des enfants on plaide pour des interventions au niveau d'un groupe à risques des femmes à revenu bas et en surpoids.<sup>27</sup> Dans cette édition on affirme qu'il y a besoin de beaucoup de changements politiques dans différents domaines politiques à combattre les surpoids des enfants.<sup>28</sup> Dans un projet récent des législateur dans 11 Etats des Etats Unies ont été interviewés sur les barrières et des

<sup>23</sup> Les deux ouvrages précédents sont: IoM, (2005) 'Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance', Washington, DC: The National Academies Press; and IoM, (2007) 'Progress in Preventing Childhood Obesity: How Do We Measure Up?' Washington, DC: The National Academies Press.

<sup>24</sup> Baker E L, Porter J, (2005), Practicing management and leadership: Creating the information network for public health officials, in: *Journal of Public Health Management and Practice* 11(5):469-473.

<sup>25</sup> Dans une édition supplémentaire du journal 'The Annals of the American Academy of Political and Social Science' (Vol. 615) des politologues Américaines ont publié différents articles sur la politique de prévention d'obésité des enfants.

<sup>26</sup> Brescoll V L, Kersh R, Brownell, K D, (2008) Assessing the feasibility and impact of federal childhood obesity policies, in: *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 615, pp 178-194

<sup>27</sup> Demattia L, Denney S L (2008), Childhood obesity prevention: successful community-based efforts, in: *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 615, pp 83-99

<sup>28</sup> Dietz W, Robinson T N (2008), What can we do to control childhood obesity?, in: *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 615, pp 222-224



facteurs favorables pour l'établissement d'une législation sur la prévention d'obésité des enfants.<sup>29</sup> Les experts signalent l'importance des médias et la base auprès des partis prenantes comme il y a des parents, docteurs et écoles. Surtout Vooral la pression des industries alimentaires serait une barrière selon ces personnes clés.

## 6. Mise en oeuvre de la recherche de nouvelles solutions au niveau administratif local

La question du rôle des administrations locales dans la mise en oeuvre de programmes de prévention de l'obésité peut être traitée dans un sens plus général. Il faut étudier les recherches administratives sur le rôle des administrations locales au niveau d'autres plans ou programmes de mesures. D'un point de vue administratif, les processus de mise en oeuvre de projets ou de campagnes innovantes présentent beaucoup de similitudes. L'Agenda Local pour le 21<sup>e</sup> siècle (AL21) est une procédure innovante qui décrit les étapes du plan pour mettre en oeuvre le développement durable au niveau des communautés locales. Suite au sommet de Rio en 1992<sup>30</sup>, toutes les administrations locales ont été invitées à élaborer leur AL21 en collaboration avec la société et le marché. L'élaboration des AL21 a été appuyée par des campagnes aux niveaux internationaux et européens. Les villes et les municipalités intéressées ont reçu les recommandations inscrites dans les plans étape par étape dans lesquels l'importance est donnée à l'analyse des situations domestiques, l'élaboration d'une vision globale, la planification graduelle, l'évaluation et la modification du contrôle systématique. Malgré des directives communes, sur le terrain l'AL21 est utilisé de façon très différente. L'étude SUSCOM menée sur l'AL21 concernant les pratiques administratives des villes et des municipalités dans 12 pays européens montre qu'il existe 5 modèles<sup>31</sup>:

- Le modèle Aalborg est considéré comme le modèle idéal<sup>32</sup>. Les leaders politiques s'impliquent dans la vie des villes et des municipalités qui suivent l'AL21 pour améliorer la cohésion de la politique locale, et assurer une collaboration harmonieuse entre les différents services administratifs de la ville, etc. Il faut noter que ces villes sont habitées par des populations dynamiques, mobilisées par des processus participatifs et sont très impliquées dans le développement durable.
- Dans *le modèle paternaliste* une élite éclairée ou progressiste veut s'impliquer dans le développement durable plus profondément que la majorité de la population. Dans ce cas, le processus participatif est vu comme une entrave aux objectifs du développement durable et pourra ralentir la mise en oeuvre des politiques nécessaires.
- Dans le modèle "un seul thème intégré" l'AL21 comprend un seul thème qui sera pris en compte dans tous les domaines politiques concernés.

<sup>29</sup> Dodson E A, Fleming C, Boehmer T K, Haire-Joshu D, Luke D A, Brownson R C (2009), Preventing childhood obesity through state policy: qualitative assessment of enablers and barriers, in: *Journal of Public Health Policy*, vol. 30, pp S161-S176

<sup>30</sup> Le nom complet de la Conférence de Rio est Conférence des Nations-Unies sur L'Environnement et le Développement, en abrégé CNUED. Agenda 21 est un des textes adoptés à l'issue de la conférence. Il s'agit d'un plan détaillé d'action mondiale dans tous les domaines du développement durable. Action 21 consacre un chapitre aux administrations locales et souligne le rôle décisif dans la mise en oeuvre du développement durable. Les changements sociaux globaux apparaîtront lorsque les responsabilités seront prises au niveau local. Et les administrations locales ont un rôle à jouer à ce niveau. Elles sont plus proches de la population et peuvent jouer un rôle dans les campagnes d'éducation et de prise de conscience de la nécessité de changer de comportements.

<sup>31</sup> Lafferty W., (ed.) (2001) Sustainable Communities in Europe, Earthscan Publications, London.

<sup>32</sup> Aalborg est la ville où très tôt le texte Agenda 21 a été élaboré. Il a servi de base à la Charte Aalborg. Cette dernière a été signée par les villes et les municipalités qui veulent participer à la Campagne pour des Villes Européennes durables qui a débuté à la conférence internationale à Aalborg.

- Selon le modèle «pirate ou forum externe» l'AL21 est utilisé par les activistes locaux et les ONG comme stratégie pour mobiliser la population locale en faveur du développement durable, en particulier contre les administrations locales, la bureaucratie et le pouvoir en place.
- Le modèle «fragmenté externe» se trouve le plus souvent dans les zones où les autorités supérieures financent certaines mesures de l'AL21. Dans ce cas l'AL est un ensemble de projets pilotes concernant par exemple le compostage, la sécurité routière, le recyclage, la protection de l'environnement, etc. Ce sont des projets externes mis en oeuvre aussi longtemps qu'il y a des financements et par conséquent ils ne sont pas intégrés aux politiques concernées.

Cette étude nous montre tout particulièrement qu'un encadrement politique local est crucial, étant donné le rôle que peuvent jouer les administrations locales dans la mise en œuvre d'un développement durable local. Dans cette étude, **l'encadrement politique local a un double sens** : il peut s'agir de 1) mettre en évidence la nécessité d'agir et 2) préconiser la création ou coordonner un réseau d'acteurs impliqués. Des dirigeants politiques forts avec un réseau solide au sein de la société civile : voilà la configuration idéale pour mettre efficacement l'Agenda 21 local en pratique. En effet, si les dirigeants politiques sont progressistes mais qu'il leur manque ce réseau d'acteurs sociaux, la mise en œuvre d'un AL21 ne suffira pas, dans la pratique. Si un homme politique local est intéressé par un thème particulier et dispose d'un bon réseau sur le sujet, il peut alors être possible d'orienter les domaines politiques concernés vers ce thème. Si les dirigeants politiques locaux ne manifestent que peu d'intérêt et ne remplissent pas ou peu leurs fonctions d'encadrement, cela découle sur une approche fragmentée (dans le meilleur des cas). Dans ce cas, des dirigeants de la société civile peuvent surgir, qui utiliseront l'AL21 pour s'impliquer en politique et faire pression sur les hommes politiques au pouvoir.

L'étude sur l'usage d'un moniteur urbain pour des villes flamandes habitables et durables a également révélé un grand nombre de facteurs institutionnels déterminant le rôle des administrations locales dans la mise en œuvre d'un projet ou d'une mesure politique innovante<sup>33</sup>. Ce moniteur urbain a été mis au point pour passer au crible les villes flamandes et montrer l'évolution des phénomènes liés à la viabilité et la durabilité de ces villes<sup>34</sup>. En ce sens, l'étude sur la mise en œuvre du moniteur urbain constitue une plus-value car elle offre un inventaire systématiquement structuré et détaillé des facteurs qui jouent ou peuvent jouer un rôle dans l'utilisation finale de ce moniteur urbain par un conseil municipal. Cette étude a donc défini 41 thèmes liés aux facteurs pouvant influencer sur la vie dans les villes flamandes, afin de mettre en œuvre un instrument innovant d'analyse stratégique au niveau local de la société, depuis une approche systémique. Parmi tous ces thèmes, un certain nombre de thèmes communs sont apparus, révélant certains facteurs institutionnels systématiquement récurrents. L'étude de l'EEN sur le rôle des administrations locales dans la prévention de l'obésité nous pousse à revenir sur les facteurs centraux ayant joué un rôle dans l'usage du moniteur urbain :

- Le moniteur urbain se trouve au centre d'une *organisation urbaine à divers sous-systèmes* (départements, secteurs, projets, etc.). Au quotidien, dans ces villes

<sup>33</sup> Vallet N., De Rynck F., Block T., 'Kijken naar stadsorganisaties in Vlaanderen: kansen, uitdagingen, grenzen en illusies omtrent het gebruik van de stadsmonitor voor Leefbare en Duurzame Vlaamse steden', In: *Praktijkgids Management Lokale Besturen*, Mechelen: Kluwer, Octobre 2005, pp. 273-308

<sup>34</sup> Block T., De Rynck F., Vallet N. en Van Assche J., 'Een omgevingsscanner voor lokale besturen: Stadsmonitor voor leefbare en duurzame Vlaamse steden', In: *Praktijkgids Management Lokale Besturen*, Mechelen: Kluwer, Juin 2005, p201-248

flamandes, les départements / sous-systèmes traditionnels (comme les travaux publics, par ex.) ont souvent un impact plus important en tant qu'ensemble que les départements plus récents (comme le département Mobilité). Les récentes modernisations (par ex. concernant la « nouvelle gestion publique ») ou les obligations imposées par décret (par ex. pour créer des équipes de direction) ont souvent entraîné des changements de l'organisation urbaine, qui à leur tour devraient découler sur plus de cohésion entre les sous-systèmes. Néanmoins, cette diversité entre les départements et les secteurs persiste.

- *Le lien entre le sous-système politique et l'administratif* est également un facteur pouvant déterminer l'usage d'un moniteur urbain dans les villes flamandes. Dès que le monde politique et le monde administratif sont d'accord sur l'orientation sociétale et sur l'importance d'une approche stratégique des problèmes sociaux complexes et récurrents, il est possible d'utiliser le moniteur urbain. Si cette préoccupation envers les problèmes sociaux et le réflexe stratégique l'accompagnant sont peu présents chez les hommes politiques et les hauts fonctionnaires, l'organisation urbaine ne jouera probablement pas un rôle actif dans l'utilisation du moniteur urbain.
- *Le soutien interne et les capacités de l'organisation urbaine et ses sous-systèmes* constituent également un facteur important dans l'usage du moniteur urbain dans certains conseils municipaux flamands. Ce soutien subit la pression de plusieurs développements sociaux également liés à des attentes sociales croissantes. La demande d'utilisation du moniteur urbain peut infliger une pression supplémentaire à cette organisation urbaine et, par conséquent, freiner les administrations locales.
- *La participation de l'autorité supralocale*, dans ce cas le gouvernement flamand, est également un facteur important dans l'usage du moniteur urbain. Dans notre cas, le gouvernement flamand fournit, à sa charge, des données appropriées et interprétables au moniteur urbain, ce qui augmente fortement la convivialité pour les administrations locales. Le moniteur urbain est destiné à appliquer une approche intégrée aux problèmes au niveau local. D'autre part, le fait que le gouvernement flamand lui-même n'arrive pas à gérer des problèmes mutuellement liés (également au niveau flamand) de façon coordonnée et qu'il ne parvienne pas à imposer des cadres politiques de travail aux administrations locales flamandes peut réfréner l'usage du moniteur urbain.

Si l'on compare divers processus administratifs de mise en œuvre d'autres projets innovants, comme les projets EPODE pour la prévention de l'obésité infantile, l'étude susmentionnée nous offre un échantillon de tous les facteurs institutionnels possibles pouvant déterminer la conduite des administrations locales. De nombreux facteurs institutionnels revenant plus systématiquement y sont mis en avant, comme le lien entre l'organisation de l'autorité urbaine entière et ses sous-systèmes, et en particulier le lien entre le niveau politique et administratif au sein de cette organisation, ainsi que la participation de l'autorité supralocale.

Aux Pays-Bas, de nombreux documents administratifs concernent spécifiquement la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé. En 1998, un projet étudiant comment « œuvrer à la promotion de la santé au niveau des quartiers » a été lancé à **Rotterdam**<sup>35</sup>. Le Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg (Institut médico-social) de l'université Erasmus (iMGZ) a évalué ce projet. Début 2000, il a été décidé d'arrêter les recherches. Le lancement de cette intervention en faveur de la promotion de la santé n'avait pas bénéficié de tout le soutien

<sup>35</sup> Haes, W. de, Voorham, A., Mackenbach, J. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam; opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 425-430.

nécessaire. Les administrations municipales, avec les quartiers défavorisés, avaient décidé d'autres priorités. De plus, les présidents de ces administrations municipales pensaient que tous les centres de santé communautaires devaient travailler en se concentrant sur les quartiers. Pour cela, ils devaient fonctionner comme un centre d'assistance qui répondrait aux questions des résidents. Ce rôle ne pouvait pas cadrer avec une coopération plus active et systématique de la population, ce que les centres de santé communautaires eux-mêmes jugeaient nécessaire pour promouvoir efficacement la santé. Enfin, seul un nombre limité de projets de santé à petite échelle, dont certains thèmes liés au mode de vie ont déjà été mentionnés, avait été discuté avec les quartiers. Cependant, les arrondissements de la ville de Rotterdam n'ont pas apporté le soutien administratif nécessaire à la mise en œuvre d'interventions systématiques centrées sur le mode de vie<sup>36</sup>.

L'encadrement et la gestion opérationnelle des services de santé régionaux et le rôle directeur de la municipalité sont les facteurs primordiaux pour déterminer l'établissement administratif de l'innovation dans la coopération régionale dans le domaine de la santé publique aux Pays-Bas. Voici les leçons apprises par Erik Ruland, au cours de l'élaboration de sa thèse de doctorat sur le cas « **Hartslag Limburg** » (« **Le battement de coeur de Limburg** »)<sup>37</sup>. Ce projet a débuté en 1998 dans les cinq municipalités de la région de Maastricht. Il s'est développé à partir d'une réunion d'experts de la Nederlandse Hartstichting (Fondation hollandaise des maladies cardiaques) en 1994. Les experts présents à la réunion ont pensé que le temps était venu d'élaborer un projet de prévention qui combinerait les forces des municipalités, des centres de santé communautaires, des médecins généralistes et des hôpitaux. De plus, la fondation Hartstichting voulait également soutenir le projet financièrement. Toujours cette même année, le maire de l'une des cinq municipalités de la région de Maastricht a organisé une vaste consultation auprès des représentants du centre de santé communautaire de Limburg sud/sud-ouest, le district régional, les médecins généralistes, l'université de Maastricht et l'hôpital universitaire. Un consensus a vite été trouvé sur les grandes lignes de la prévention des maladies cardiovasculaires au niveau régional. C'est ce qui a constitué la base du projet « Hartslag Limburg », qui recoupe également l'étude de l'EEN car les acteurs et les processus au niveau administratif local sont quasiment identiques à ceux d'autres thèmes de prévention.

Dans son introduction, Ruland décrit le **contexte défavorable** de la naissance de la coopération autour du projet « Hartslag Limburg ». Les documents politiques (du département de santé publique ainsi que les prévisions à long terme du RIVM) soulignent la nécessité de travailler ensemble (étant donnée la complexité des problèmes de santé publique), le défi que cela représente de combiner les forces, la priorité de travailler avec le niveau administratif local, etc. Cependant, un contrôle du système de santé indique que la mise en œuvre de cette coopération (et direction, et coordination) s'avère insuffisante et même alarmante au niveau municipal. Les municipalités (VNG ou Association des municipalités hollandaises) dénoncent un manque structurel de moyens. De plus, le soutien apporté à la promotion de la santé subit la pression de deux facteurs. Tout d'abord, les tâches clés à répartir entre les municipalités et les centres de santé communautaires ne sont pas clairement définies. Le centre de santé communautaire est un organisme professionnel exécutif décentralisé qui doit être au service des municipalités. Donc, en pratique, le centre de santé communautaire assume souvent le

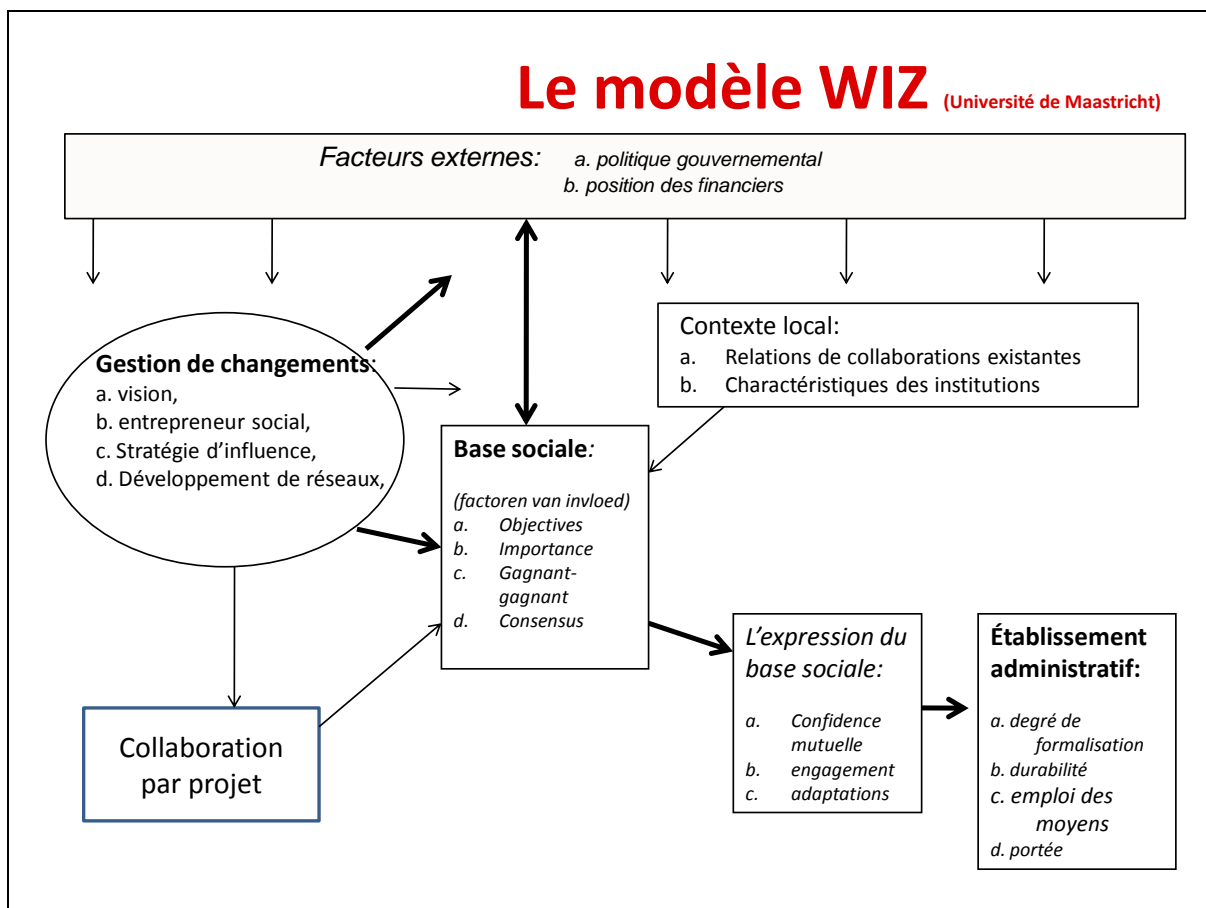
<sup>36</sup> Haes, W. de, Voorham, A., Mackenbach, J. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam; leerpunten uit de praktijk. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 431-435.

<sup>37</sup> Ruland, E., Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg: lessen uit de casus Hartslag Limburg, Doctoraatsproefschrift aan de Universiteit Maastricht, NIGZ, Woerden, 2008

rôle de direction alors qu'il ne dispose pas des compétences légales ni du soutien politique suffisant pour le faire. Quant aux municipalités, si elles disposent bien des compétences légales, leurs administrateurs refusent souvent de s'impliquer dans la promotion de la santé locale. Ensuite, le second facteur de pression, est la portée limitée des preuves scientifiques disponibles pour disposer d'une promotion efficace de la santé au niveau local.<sup>38</sup>

Quoi qu'il en soit, cela n'a pas découragé les intéressés qui, à Limburg, ont entamé le projet « Hartsлаг ». À partir de 1998, une intensive coopération a été instaurée dans le domaine de la promotion de la santé dans la région de Limburg sud / sud-ouest. Douze partenaires locaux, y compris des municipalités, des travailleurs sociaux, le centre de santé communautaire, des généralistes locaux, des spécialistes de l'hôpital universitaire et un assureur santé, ont travaillé ensemble pour lutter contre les maladies cardiovasculaires. C'est sur cette coopération qu'a porté la thèse de doctorat. Cette thèse avait pour but de déterminer à quel degré la gestion par le centre de santé communautaire pourrait contribuer à l'établissement administratif de la coopération régionale en matière de santé publique, en tenant compte du contexte local et du climat externe. Si nous regardons plus en détail la coopération lors du projet « Hartslag Limburg », nous voyons que le modèle WIZ (Werkgroep Integrale Zorg ou Groupe de travail pour les soins intégraux) a été utilisé.

Schéma : le modèle WIZ (Werkgroep Integrale Zorg de l'université de Maastricht)



Source : Ruland, a.o., in: TSG – 2003, p53

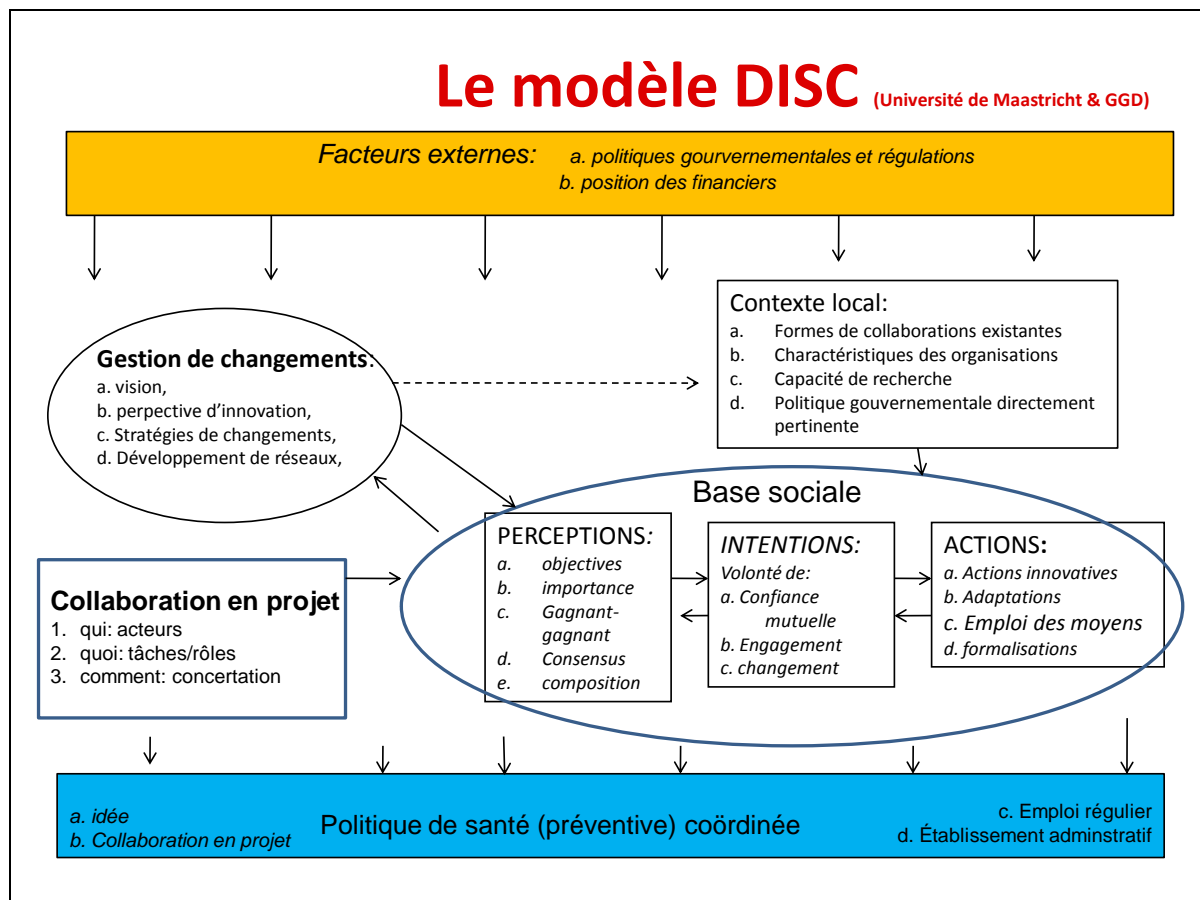
L'utilisation du modèle WIZ a permis de révéler que ce dernier ne tenait pas suffisamment compte de l'effet du processus de coopération (ni des prévisions de croissance, ni des progrès l'accompagnant) sur les résultats, le plus souvent innovants, de cette coopération<sup>39</sup>. Le **modèle DISC** (« Diagnostic de collaboration durable ») a donc été employé. L'objectif et les éléments clés sont restés inchangés. Ces modèles permettent de mieux percevoir les obstacles et les opportunités des processus de coopération dans la santé publique intégrale. Dans les deux modèles, les éléments clés sont toujours liés à des facteurs externes, au contexte immédiat, à la gestion et au soutien. Dans les deux modèles, l'élément « gestion » est également défini comme une « combinaison nécessaire de gestion de projets et de gestion des changements ». « La gestion des projets se rapporte au contenu et à l'encadrement : il s'agit de mettre sur pied une structure organisationnelle et un plan d'action et de créer un encadrement adéquat (qui assumera la direction et la surveillance). La gestion des changements est axée sur le processus nécessaire de changement : comment les gens réagissent au changement, quels sont les éléments nécessaires pour encadrer cela (comment surmonter la résistance, les difficultés de communication, etc.). Ces deux aspects de la gestion sont essentiels pour la coopération et ils sont complémentaires»<sup>40</sup>. Les deux modèles mettent l'accent sur la gestion des changements, en tenant compte du domaine de santé publique intégrale auquel ils doivent être appliqués.

---

<sup>39</sup> Leurs, M., Mur-Veenman, I., Schaalma, H., Vries, N. de. (2003). Integrale samenwerking gaat verder dan de samenwerking tussen professionals: introductie van het DISC-model. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2003;81: 369-73.

<sup>40</sup> Ruland, E., Raak, A. van, Spreeuwenberg, C., Ree, J. van (2003). Managing New Public Health: hoe zijn blijvende preventieve samenwerkingsverbanden te realiseren? Een agenda voor actie en onderzoek. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 52-55.

Schéma : le modèle DISC (élaboré par des chercheurs du centre de santé communautaire et de l'université de Maastricht)



Source : Leurs, a.o., in: TSG – 2003, p370

En fait, le modèle DISC complète parfaitement le modèle WIZ en reconnaissant que le résultat de la coopération peut « changer de couleur » sous l'influence du processus de coopération et au regard des perspectives de progrès (p. 371). Lorsque les innovations des projets pilotes se traduisent par des politiques et que ces dernières sont établies administrativement, il est certain que le résultat peut grandement différer de l'idée originale. Les deux modèles mettent le même lien au centre : le lien entre la « gestion des changements » et le soutien nécessaire à cette dernière. Lorsqu'il s'agit de mettre en pratique l'élément de « gestion des changements », les deux modèles identifient des éléments similaires : vision, perspectives innovantes ou esprit d'entreprise social<sup>41</sup>, stratégies d'influence ou de pouvoir et développement de réseaux. L'application de la gestion des changements exige des informations à jour et informelles émanant des différentes couches de l'organisme concerné. Afin d'organiser ces flux d'informations, il est nécessaire de développer un réseau suffisamment vaste, comprenant les **fonctions de relais** nécessaires pour venir à bout de tous les types de barrières entre les divers organismes. Dans l'exemple du projet « Hartslag » de Limburg, ces fonctions de relais sont assumées par des infirmiers

<sup>41</sup> Dans une politique innovante de la troisième génération, un "entrepreneur social" réunit ceux qui ont des problèmes, ceux qui proposent des solutions et ceux qui prennent des décisions, au bon moment. Voir Larosse, J. (2004), Policy profile: towards a 'third generation' innovation policy in Flanders. Contribution to MONIT-project (TIP-OECD), Work Package 1, Brussels, IWT, 2004.

formés (« conseillers en santé »), des éducateurs sanitaires (du centre de santé communautaire), des travailleurs sociaux et des fonctionnaires municipaux. En **première ligne** du projet « Hartslag », ils recueillent des informations cruciales pour choisir les actions et les interventions, et le moment adéquat pour appliquer ces dernières.

En se basant sur cette étude approfondie, Ruland a conclu que la gestion du centre de santé communautaire pouvait grandement contribuer à **l'établissement administratif** de l'innovation dans la coopération régionale de la santé publique. De plus, il identifie plusieurs facteurs importants pour déterminer le degré auquel l'établissement administratif est effectivement réalisé. Tout d'abord, l'encadrement au sein du centre de santé communautaire (en d'autres termes, la direction) détermine le degré auquel la prévention est maintenue dans le conflit d'intérêts avec d'autres priorités, particulièrement de nature budgétaire. Ensuite, le rôle directeur des municipalités impliquées (comme facteur de contexte local) détermine le degré auquel est établie la coopération régionale. Notamment, le rôle directeur doit mettre le processus municipal de prise de décisions à l'écoute des processus professionnels pour la mise en œuvre d'un système de santé préventive. En résumé, cela signifie que la direction du centre de santé communautaire ne peut, seule, prévoir l'établissement administratif de la coopération régionale de la santé publique; elle dépend de l'encadrement (ou leadership) au sein du centre de santé communautaire et du rôle directeur des municipalités.

Il ressort de l'étude susmentionnée qu'une coopération intégrale axée sur la santé préventive a en fait été adoptée. Les **facteurs les plus bénéfiques** sont le parrainage externe (par la Nederlandse Hartstichting [Fondation hollandaise des maladies cardiaques], la Grote Stedenbeleid [Police métropolitaine], etc.), le soutien administratif (un membre du comité de la Nederlandse Hartstichting était également maire de l'une des municipalités impliquées), une coopération précoce entre les partenaires impliqués (qui ont su bâtir une relation de confiance) et la gestion du réseau des centres de santé communautaires. « La direction de la gestion du réseau des centres de santé communautaires a constitué le ciment liant la pratique, la recherche et la politique »<sup>42</sup>. Dans sa thèse de doctorat, Ruland a également ajouté aux facteurs les plus bénéfiques le rôle d'encadrement et de direction des municipalités impliquées.

L'encadrement (ou le leadership) est un facteur souvent mentionné dans la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé (voir Swinburn, Baker et Porter, Ruland, etc.). Il faut donc examiner en détail la façon dont les responsables gèrent les systèmes administratifs complexes. L'approche intégrale de la prévention de l'obésité et de la promotion de la santé est complexe, car elle concerne généralement un programme impliquant divers acteurs de différents secteurs. Teisman distingue **deux types de direction**<sup>43</sup>. « *Le premier type se concentre sur l'ordre. Ce type de dirigeant souhaite stabiliser les systèmes et éliminer les variations. À tout niveau des établissements publics, les dirigeants sont occupés à organiser et à contrôler leurs systèmes.* » Cela exige du pouvoir et des instruments pour justifier ce pouvoir, comme des organisations et des institutions, des lois, des procédures, etc. Ce type d'encadrement est largement décrit dans la littérature. Le second type de direction accorde plus d'attention au contexte, à la complexité et au chaos correspondant, mais se rencontre moins souvent dans la littérature. Selon Teisman, ce type de dirigeant souhaite laisser évoluer

<sup>42</sup> Ruland, E., Assema, P. van, Ree, J. van, et al. (2006a). Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisartsen en in het ziekenhuis; Deel 1. De opbouw: bundeling van praktijk, onderzoek en beleid. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 84 (2), pp. 83-89.

<sup>43</sup> Teisman, G., (2005), *Publiek Management op de grens van chaos en orde. Over leidinggeven en organiseren in complexiteit*, Den Haag: SDU Uitgevers.



les systèmes, et encouragera les innovations du système administratif. « *Le lien de ce type de dirigeant avec le pouvoir est moins visible. Ces dirigeants savent parfaitement établir des liens. Ils sont présents dans tout le système administratif et, généralement, ils laissent leurs liens fonctionner indépendamment de leur position officielle dans l'organisation impliquée.* »

Les facteurs externes jouant un rôle dans la coopération visée dans le cadre d'une approche intégrale de la santé sociale sont plutôt situés en arrière-plan des interventions prévues ou exécutées. En ce sens, les deux modèles envisagent l'importance des lois et réglementations dans le cadre de la politique nationale correspondante. De plus, l'attitude des financiers joue un rôle non négligeable dans la mise en œuvre d'une politique de santé préventive et coordonnée. « La coopération est améliorée par une attitude de stimulation, de soutien et d'anticipation des financiers et par la promesse d'un financement à long terme, afin d'empêcher la fuite des intéressés<sup>44</sup>. En ce sens, nous souhaitons également mettre l'accent sur **l'attitude de la population envers le problème de surpoids et d'obésité**. Il s'agit d'un facteur externe non mentionné dans ces modèles. Cette étude de l'EEN va peut-être permettre de démontrer que ce facteur joue, en effet, un rôle important dans l'implication des gouvernements (locaux) dans le développement d'une prévention intégrale et coordonnée de l'obésité. Il résulte d'une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif d'adultes belges que 74 % des sondés en surpoids ou obèses pensent avoir un poids normal<sup>45</sup>. Cela signifie que les trois quarts des adultes belges interrogés n'ont aucun problème avec le fait d'être, d'un point de vue objectif, trop gros. La grande majorité de la société belge ne considère donc pas le surpoids et l'obésité comme un problème. Parmi la population américaine en surpoids (et par conséquent obèse), 22 % des personnes trouvent leur poids corporel normal<sup>46</sup>. Dans le cadre de cette étude de l'EEN, nous souhaiterions donc examiner plus en détail l'hypothèse que l'attitude de la population envers le surpoids et l'obésité est un facteur qui détermine l'importance de la politique de prévention intégrale et cohérente appliquée en ce domaine.

Dans une part croissante de la littérature administrative, l'attention est portée sur le rôle des **acteurs de terrain**. Il s'agit du personnel d'État chargé, au quotidien, de prêter des services publics et d'impliquer la communauté dans ces services. Ces personnes, qui émergent dans la littérature, sont également appelées « travailleurs du quotidien » (Bang & Sorensen, 1999) ou « bureaucrates des rues » (Lipsky, 1971). Un article venant de paraître illustre le rôle fondamental de ces acteurs de terrain dans l'innovation de la politique locale de santé sociale. Cependant, ils ne peuvent remplir ce rôle fondamental que dans la mesure où ils ont réussi à concilier les différents objectifs politiques et les discours des organismes de réseau impliqués. Ces acteurs de terrain sont donc censés continuer à prêter les services publics tout en s'impliquant auprès des communautés locales impliquées. Cet article nous donne un aperçu des stratégies de ces acteurs de terrain via les récits de travailleurs sociaux et sanitaires dans des quartiers défavorisés de Salford, près de Manchester<sup>47</sup>. Ces récits illustrent la façon dont les acteurs de terrain procèdent pour concilier les demandes politiques (concernant la santé publique) avec les inquiétudes des communautés locales (concernant la lutte contre l'exclusion financière), en s'efforçant de comprendre le micro-contexte des gens des quartiers

<sup>44</sup> Leurs, M, a.o. (2003), p371

<sup>45</sup> Vandercammen, M., (2009), De gezondheidsinformatie: Studie van Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, Brussels : OIVO, Septembre 2009, 40p.

<sup>46</sup> Chang, V. W., Christakis, N. A., (2003), Self-perception of weight appropriateness in the United States, American Journal of Preventive Medicine, 24(4), 2003, pp332-339

<sup>47</sup> Durose, C., Front-line workers and 'local knowledge': neighbourhood stories in contemporary UK local governance, in: Public Administration Vol. 87, No. 1, 2009 (35-49)

dans lesquels ils travaillent. Un travailleur sanitaire de Salford résume parfaitement cela : « (...) et tant que nous pourrons rien faire pour résoudre ces problèmes (l'exclusion financière et le manque de confiance en soi), nous n'allons pas les sensibiliser à d'autres problèmes encore, comme la nécessité de mieux manger et de faire de l'exercice... ni lancer des programmes sur ce que nous souhaiterions qu'ils fassent pour améliorer leur santé. »

Ces récits illustrent également le fait que leur stratégie est basée sur leurs « connaissances locales » ou leur interprétation locale de la situation. Ils disposent généralement d'une perspective sociale plus large sur la santé des gens des quartiers avec qui ils travaillent. Ils voient les liens entre mauvaise santé et exclusion financière, manque de confiance en soi, etc. Cette perspective plus large sur la santé est ébranlée par les approches plus spécifiques des autorités de santé publique telles que prévues par le programme britannique intitulé "Choosing Health" ("Choisissez la santé"). Le gouvernement central présente des directives et des objectifs sur les indicateurs spécifiques de santé, la nutrition, l'activité physique, le tabac, l'hygiène sexuelle et l'usage de drogues. Or, parfois, ces objectifs centraux entravent le travail dans les quartiers, notamment depuis que les partenaires du réseau sont également guidés par des objectifs sanitaires spécifiques et tiennent, par conséquent, moins compte des facteurs sociaux jouant un rôle dans la santé publique des habitants de ces quartiers. Donc, pour en revenir à l'étude de l'EEN, nous observons que les acteurs de terrain ont un rôle fondamental à jouer dans la prévention de l'obésité infantile. La capacité à rapprocher leurs connaissances locales sur ces groupes cibles d'obèses dans les quartiers et les objectifs sanitaires plus spécifiques des plans politiques supralocaux constitue un facteur important dans la réussite de la prévention de l'obésité.

En termes de réseaux de santé publique, les acteurs de terrain ne sont pas les partenaires les plus puissants. Parfois, des administrateurs locaux ainsi que des représentants du secteur de la santé ou des fonctionnaires des administrations supralocales peuvent disposer de plus de pouvoir. Afin d'avoir un aperçu du phénomène de pouvoir dans les réseaux de prévention de l'obésité, nous pouvons nous appuyer sur les théories de l'interdépendance ou de la dépendance mutuelle au sein des réseaux.<sup>48</sup> Ces théories sur les réseaux découlent des idées que l'on avait sur les processus de prise de décision dans les années 1970. Les recherches de l'époque démontraient clairement que la prise de décision publique se produisait dans le cadre d'une sorte de coopération autonome entre plusieurs acteurs, du gouvernement et du marché et/ou de la société. Généralement, l'interdépendance des dépendances mutuelles est centrale dans cette approche des réseaux. Klijn prétend que « l'analyse des processus politiques du point de vue d'un réseau implique que l'analyse se concentre sur la relation entre les acteurs, leurs interdépendances et la façon dont ces modèles et interdépendances influencent le processus politique ».<sup>49</sup> La hiérarchie se perdrait dans les réseaux, et la politique (par exemple sur la prévention de l'obésité) résulterait alors des actions de nombreux acteurs. D'après un nombre croissant d'auteurs, ce processus de prise de décision est devenu une question complexe car les différents acteurs du réseau veulent l'influencer en fonction de leurs propres objectifs. Les acteurs impliqués agissent depuis différents sous-systèmes et ne sont pas préparés à se conformer simplement à l'un des autres sous-systèmes. Selon Block, la stabilité émanant d'un acteur central (avec ses propres partisans, objectifs, réglementations, logique d'agir, etc.) fait défaut et les décisions sont le résultat de la logique du réseau avec ses divers acteurs.

<sup>48</sup> Block, T., (2009), Besluitvormingsprocessen en beslissingsmacht bij stadsontwikkelingsprojecten, Doctoraal proefschrift Politiek wetenschappen, Universiteit Gent, pp91-95.

<sup>49</sup> Klijn, E.H. (1997), Policy Networks: an overview, in: Kickert, W.J.M, Klijn, E.H., Koppenjan, F.F.M. (eds), Managing Complex Networks, London: Sage, p.30

Les acteurs participant à ces réseaux ont tous leurs propres objectifs mais ils dépendent également des autres pour atteindre ces objectifs. Aucun acteur ne dispose des capacités de direction ou de pouvoir suffisantes pour déterminer les actions des autres acteurs. L'interdépendance et l'absence de hiérarchie stricte ne signifient pas que tous les acteurs impliqués ont le même pouvoir. Le pouvoir est généralement couplé avec la possession ou l'activation de sources de pouvoir. Les sources de pouvoir suivantes peuvent souvent être utilisées par un acteur dans un processus de prise de décision : l'argent, le prestige, les connaissances, la violence, les droits, l'idéologie, etc. La thèse de doctorat de Block étudie les différentes catégories de sources de pouvoir. Généralement, nous remarquons que les moyens financiers représentent plutôt une source de pouvoir pour les acteurs privés, tandis que les compétences et la légitimité constituent avant tout des sources de pouvoir pour les autorités. Certains auteurs attribuent même des sources exclusives de pouvoir à des acteurs du gouvernement (dans ce cas, le pouvoir législatif).<sup>50</sup> En majorité, le mélange des sources de pouvoir est alors spécifiquement lié à un dossier particulier.<sup>51</sup> À cause de la possession inégale des sources de pouvoir, les relations entre les acteurs d'un réseau sont généralement considérées comme asymétriques. La place d'un acteur au sein d'un tel réseau et les relations avec les autres acteurs du réseau déterminent en grande partie les sources de pouvoir dont dispose cet acteur. La variation des positions de pouvoir est un phénomène fréquent et, par conséquent, les coalitions de pouvoir varient également en permanence. Dans la littérature sur les réseaux, les coalitions sont considérées comme des « arrangements semi-permanents entre des acteurs poursuivant des objectifs séparés mais convergents ou compatibles, et utilisant leurs ressources d'actions distinctes dans des stratégies coordonnées »<sup>52</sup>. Les caractéristiques de ces coalitions de pouvoir peuvent présenter d'énormes différences : officielles ou non officielles, orientée sur une seule question ou sur plusieurs, à long terme ou à court terme, fermées ou ouvertes, inter-organisationnelles ou intra-organisationnelles, etc. En pratique, on trouve généralement un mélange de toutes ces caractéristiques.

Selon Knoepfel, les relations entre les différents acteurs du réseau politique gouvernemental prennent la forme d'un triangle<sup>53</sup>. Sur les trois côtés de ce **triangle d'acteurs**, on retrouve toujours les autorités politico-administratives (ou les acteurs publics élaborant et appliquant les politiques publiques), les groupes cibles (les auteurs du problème) et les victimes finales (subissant le problème). Indirectement, d'autres acteurs privés peuvent également être impliqués dans une politique gouvernementale, notamment les bénéficiaires (qui bénéficient de la prise en charge du problème) et les lésés (dont les intérêts sont lésés par l'intervention gouvernementale).

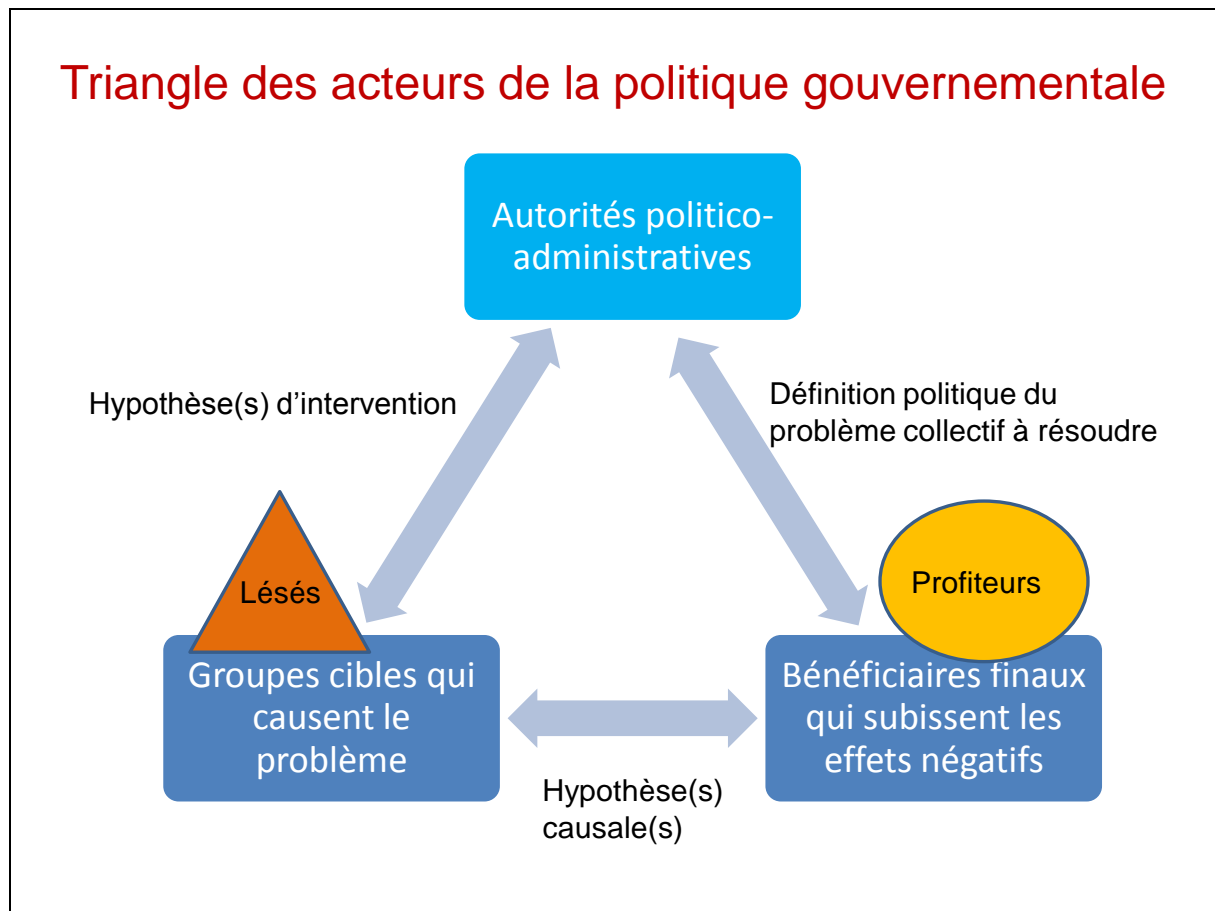
<sup>50</sup> Agranoff, R., McGuire, M. (2003), Inside the Matrix: Integrating the Paradigms of Intergovernmental and Network Management, in: International Journal of Public Administration, 2003, 26, 12, pp.1401-1422.

<sup>51</sup> Voets, J. (2008), Intergovernmental relations in multi-level arrangements: Collaborative public management in Flanders. Doctoraal proefschrift Instituut voor de Overheid, KULeuven

<sup>52</sup> Scharpf, F.W., (1997), Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research. Boulder: Westview Press, p55.

<sup>53</sup> Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F. (2006), Analyse et pilotage des politiques publiques, Zürich: Verlag Rüegger, 384p

Schéma : le triangle des acteurs d'une politique gouvernementale



Source : Knoepfel, a.o., 2006, p63

Dans l'exemple d'une politique locale visant à prévenir l'obésité infantile, voici comment étaient organisées les villes flamandes : les conseils municipaux, les départements des services sociaux, les organismes de santé locaux-régionaux, les services de la politique sociale locale et/ou les centres de santé de quartier sont les acteurs publics. Les acteurs privés à l'origine du problème sont les familles dont les enfants obèses présentent des troubles comportementaux liés à l'obésité. Ces mêmes enfants obèses sont des acteurs privés qui, à un âge avancé, auront plus de chances de souffrir de toutes les formes de maladies liées au mode de vie. Cette organisation peut également être complétée en citant certaines sociétés du secteur alimentaire qui peuvent être favorisées par une politique de prévention en faveur d'une alimentation saine puisqu'elles commercialisent de la nourriture diététique. En résultat de la mise en œuvre d'une politique de prévention, les centres de fitness et/ou les fabricants d'équipements sportifs peuvent également être considérés comme bénéficiaires, puisqu'ils encouragent les gens à faire de l'exercice. Par contre, d'autres sociétés continuent de produire et de distribuer de la nourriture riche en sucre et en graisse. Elles peuvent donc être lésées par ces programmes de prévention. Grâce à la relation triangulaire entre les acteurs publics et privés (les auteurs et les victimes), la notion idyllique de politique locale peut être rapprochée des citoyens et mieux respecter les parties impliquées en adoptant une approche plus critique. De ce point de vue, le niveau administratif local est également une arène dans laquelle la lutte pour le pouvoir est âprement disputée, les acteurs locaux dominants essayant de façonner la politique en fonction de leurs propres intérêts (Knoepfel, 2006, p331).

Par le biais des lois, des décrets, des réglementations et des directives, le gouvernement influe fortement sur notre vie quotidienne et notre état de santé. La recherche sur les maladies et la santé constitue la base des politiques médico-sociales. Néanmoins, la plupart du temps, il y a peu de rapport entre la qualité de la recherche et la **qualité des lois, décrets, réglementations et directives** qui sont déduits de cette recherche. Aux États-Unis notamment, c'est ce qu'avancent en tout cas de nombreux chercheurs<sup>54</sup>. Ils se demandent donc pourquoi les résultats des études scientifiques ne se traduisent pas systématiquement par des réglementations gouvernementales. Nous n'allons pas confirmer ou infirmer cette hypothèse, mais ils indiquent des facteurs intéressants pour améliorer les relations entre les chercheurs et les décideurs. Tout d'abord, ils soulignent la différence de culture et de mentalité entre les scientifiques et les décideurs politiques. Les scientifiques cherchent avant tout à tester des hypothèses spécifiques et, sur cette base, ils développent leurs connaissances spécialisées. Les hommes politiques ont la responsabilité de prendre des décisions dans l'intérêt public de la communauté et, pour cela, ils se basent sur les questions et les suggestions des "parties prenantes" de la société. Dans l'idéal, les décisions rationnelles sont le résultat d'une évaluation de multiples critères, dans laquelle le poids des critères est soumis à un débat social permanent. En ce sens, les hommes politiques, avec le soutien de leurs services techniques et administratifs, doivent parvenir à un consensus le plus large possible afin que leur capital électoral ne soit pas trop affecté, ou même se développe, et que, lors des prochaines élections, ils puissent gagner des voix. De plus, dans cet affrontement entre deux cultures, tous les facteurs plus ponctuels jouent également un rôle, comme un moment mal choisi, l'absence de conclusions claires des études scientifiques, une surcharge d'informations émanant de plusieurs sources ainsi que l'absence simultanée de données pertinentes<sup>55</sup> et, plus particulièrement, l'absence de recherches qualitatives alors que les chercheurs continuent à produire des résultats de recherches de façon quantitative.

Si nous pouvions travailler sur ces facteurs, les relations entre les hommes politiques et les chercheurs pourraient s'améliorer... et les lois, les décrets et toutes les autres réglementations pourraient mieux, et plus, utiliser les connaissances scientifiques pertinentes. Cependant, dans le cadre de cette étude, nous nous concentrons sur les lois et réglementations existantes et nous recherchons les facteurs pouvant pousser les hommes politiques et les fonctionnaires en charge de la mise en œuvre des politiques à développer une politique innovante, dans notre cas dans le domaine de la prévention de l'obésité infantile. En d'autres termes, nous utilisons les lois et les réglementations d'un certain pays ou d'une certaine région comme des données et nous examinons les différences d'implication et l'activité des administrations locales dans le domaine de la prévention de l'obésité infantile. Pour lever toute ambiguïté, nous ajouterons que cette étude de l'EEN n'a pas pour but de comparer les lois et les réglementations nationales afin de voir dans quel pays les résultats des recherches scientifiques sont le mieux traduits par des réglementations de santé préventive et, de préférence, concernant l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agit plutôt d'une proposition pour des recherches ultérieures.

<sup>54</sup> Ross C.B., Royer C., Ewing R., McBride T.D., (2006), Researchers and Policymakers: Travelers in Parallel Universes, in: American Journal of Preventive Medicine, 30(2): 164-172, Elsevier

<sup>55</sup> « Il existe une mer infinie de données mais, en comparaison, un désert d'informations » (May, Mitchell, a.o., 1998). May, A.D., Mitchell, G., Kupiszewska, D., The quantifiable city: the development of a modelling framework for urban sustainability research. In: Schavioni, U. (Ed.), Information systems and processes for civil engineering applications, Luxembourg: European Communities, 1998, p. 124-142.

## 7. À suivre...

Ce passage à la littérature a démontré que l'intervention des pouvoirs publics est nécessaire pour lutter contre la surcharge pondérale et l'obésité de l'enfant et que, dans ce domaine, les administrations locales constituent le dernier échelon de toute intervention publique. La tâche fondamentale des pouvoirs publics (locaux) dans la prévention de l'obésité consiste à prendre en charge les groupes cibles (enfants, adolescents, etc..) ainsi que les acteurs de terrain (parents, écoles, organisations sportives, associations de promotion de la santé par l'alimentation, etc.) pour que les groupes concernés aient une alimentation plus équilibrée et fassent plus d'activité physique. Dans cette optique, nous avons également mis à jour 1) que les pouvoirs publics (locaux) doivent jouer quatre rôles importants pour montrer leur réelle capacité d'action; et 2) que de nombreux autres facteurs institutionnels déterminent les résultats sur le terrain de la prévention de l'obésité infantile. Un résumé des résultats de cette exploration de la littérature est donné au premier point de ce rapport intermédiaire.

Dans la prochaine phase du projet de l'EEN, nous évaluerons ces résultats, tirés de la littérature, afin de parvenir à des conclusions plus solides. Nous prévoyons une *évaluation à deux voies*. Dans quelques villes flamandes, nous souhaitons étudier les facteurs institutionnels qui sont censés influencer le rôle des autorités municipales dans la mise en œuvre de projets promouvant une alimentation saine et l'activité physique. D'autre part, nous prévoyons d'élaborer des groupes cibles constitués de représentants des autorités locales dans plusieurs villes européennes, afin d'étudier l'impact de certains facteurs institutionnels fondamentaux dans la mise en œuvre de projets de prévention de l'obésité infantile. Enfin, nous envisageons une validation des résultats par des experts sur les politiques locales, la gestion publique et la théorie de mise en œuvre de ces politiques... au sujet desquelles nous ne manquerons pas de dresser un compte-rendu.