CLoterreS
santé & territoire

Grand Rendez-vous de l'IReSP sur les inégalités sociales de santé

1er juillet 2021

Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé: les contrats locaux de santé comme dispositifs de territorialisation des politiques régionales

Eric Breton PhD

Enseignant-chercheur à l'EHESP et chercheur au Laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Yann Le Bodo PhD

Ingénieur de recherche, Laboratoire Arènes, EHESP

EHESP

arènes UMR 6051

Remerciements

A l’IReSP pour cette invitation.

Tout particulièrement à Mmes Marielle LE RUMEUR et Rébecca ROTSEN pour leur accompagnement dans la préparation de notre intervention.

Remerciements aux personnes interviewées dans le cadre de nos travaux, aux membres de notre comité stratégique et à tous nos collègues du consortium.

Le projet de recherche CLoterreS a bénéficié de l’aide des partenaires financeurs de l'IReSP (CNAMTS, DGS, Inserm, MILDECA) dans le cadre de l’appel à projets Général 2016 - Volet Prévention (BRETON-AAP16-PREV-16)

Le Consortium CLoterreS

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique : **E. Breton, C. Harpet, F. Jabot, J-B. Combes, W. Sherlaw, Y. Le Bodo, D. Diallo**

Laboratoire d'Études et de Recherche en Sociologie (LABERS) : **H. Hudebine**

Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CASIS) : **L. Potvin**

Mission RESPIRE (EHESP – CNAMTS – IRDES): **Y. Bourgueil**, **C. Kendir**

Coordonnateur : Yann Le Bodo

www.cloterres.fr

CLoterreS
santé & territoire

L’action locale en santé et les ISS

E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

Sur les principaux facteurs de risque : tabac, alcool, sédentarité, nutrition

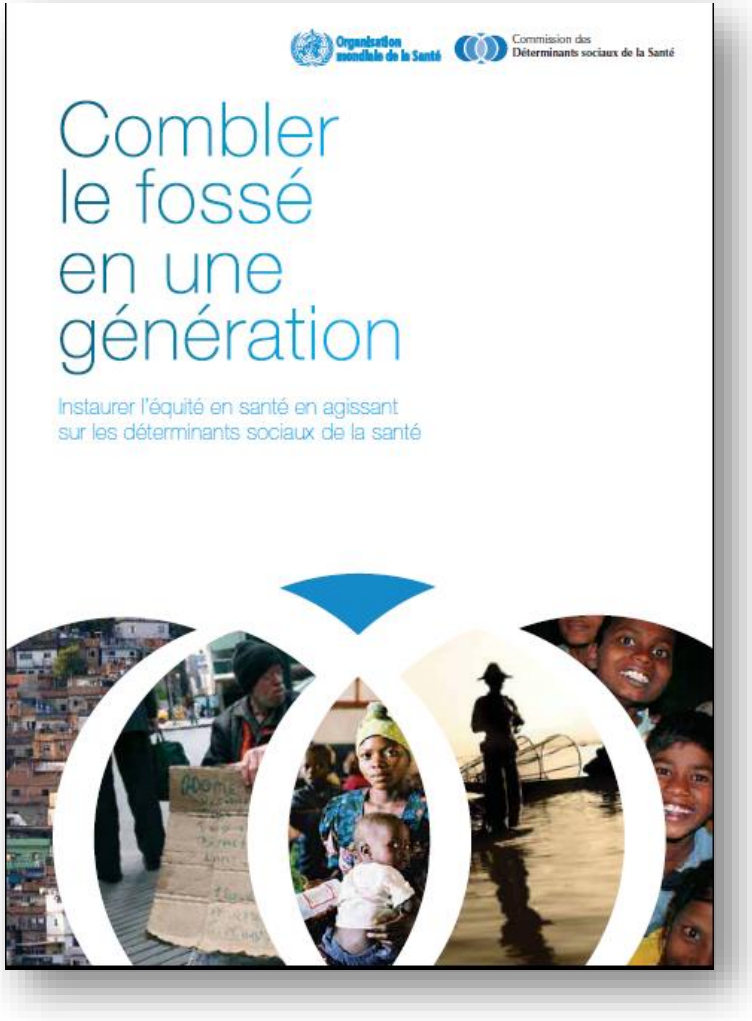
Les consensus sur l'action reconnaissent:

- L'avantage d'associer des mesures visant les leviers individuels et environnementaux
- L'intérêt de décliner, en les adaptant, les mesures à différentes échelles de territoire (ex. Marketing social)
- L'intérêt des dispositifs intersectoriels → réponse aux problèmes complexes → stratégie de santé dans toutes les politiques

Commission des Déterminants sociaux de la santé (OMS, 2009)

Pour réduire les inégalités sociales de santé :

Il est impératif d'améliorer les conditions de vie quotidiennes



CLoterreS
santé & territoire

Le CLS comme dispositif local de renforcement des capacités d'action sur les déterminants sociaux de la santé

E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

EHESP

arènes UMR 6051

Les champs d'action des Contrat locaux de santé

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats locaux de santé conclus par l'agence [ARS], notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »

(Article L. 1434-17, loi HPST de 2009)

Les CLS

Des dispositifs susceptibles d'être :

- Multithématiques ➔ nombreuses missions/ problématiques de santé publique
- Intersectoriaux ➔ capacité d'action sur problèmes complexes (innovation)
- Adaptation des actions aux réalités/ besoins des populations

Mis au devant de la scène avec 4ème Plan national nutrition santé (PNNS 4)

CLoterreS
santé & territoire

L’étude CLoterreS

E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

Questions de recherche

- Les actions planifiées au niveau local intègrent-elles des principes et approches des consensus internationaux en matière de PPS ?
- Quelles stratégies les porteurs de CLS ont-ils mis en place pour favoriser ces actions et améliorer la capacité d'action des acteurs locaux ?
- Quelles sont les stratégies portées par les ARS pour appuyer le développement de CLS promoteurs de santé ?

4 chantiers

Chantier 1

- Portrait global des CLS
- Etude descriptive de contrats signés entre 2015 et 2018

Chantier 2

- Etude de cas multiples

Chantier 3

- Caractérisation des stratégies des ARS

Chantier 4

- Transfert de connaissances
- Comité stratégique

CLoterreS
santé & territoire

Résultats sur le chantier 1

E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

Inventaire des CLS

Sélection CLoterreS:

CLS signés entre le 01/01/15 et le 31/03/18

➔ Recueil des contrats et fiches actions pour

165 contrats

Tableau : inventaire des CLS signés au 31/03/2018

Régions*	Nombre total de CLS** signés au 31/03/18	Nombre de CLS** signés de 01/15 à 03/18
Auvergne-Rhône-Alpes	28	12
Bourgogne-Franche-Comté	34	15
Bretagne	18	10
Centre-Val de Loire	28	17
Corse	10	3
Grand Est	22	12
Guadeloupe	9	4
Guyane	3	2
Hauts-de-France	26	7
Île-de-France	96	30
Martinique	3	2
Normandie	15	5
Nouvelle-Aquitaine	40	15
Occitanie	32	16
Océan Indien	8	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6	2
Pays de la Loire	19	10
TOTAL	397	165

* Intitulés correspondant aux 17 Agences Régionales de Santé françaises en 2018
* * Inclusion de s CLS de préfiguration, de 1ère et de 2ème générations
NB: les CLS pris en compte dans les analyses dépendront, selon le cas, de l'information disponible pour chaque contrat

Outils de codage

DEVELOPPEMENT D'UNE GRILLE

- Indicateurs les plus pertinents, précis et discriminants possibles
- Masque de codage sur Excel®

DEVELOPPEMENT D'UN GUIDE

- Détaillant les assises conceptuelles de chaque variable ainsi que des balises de codage

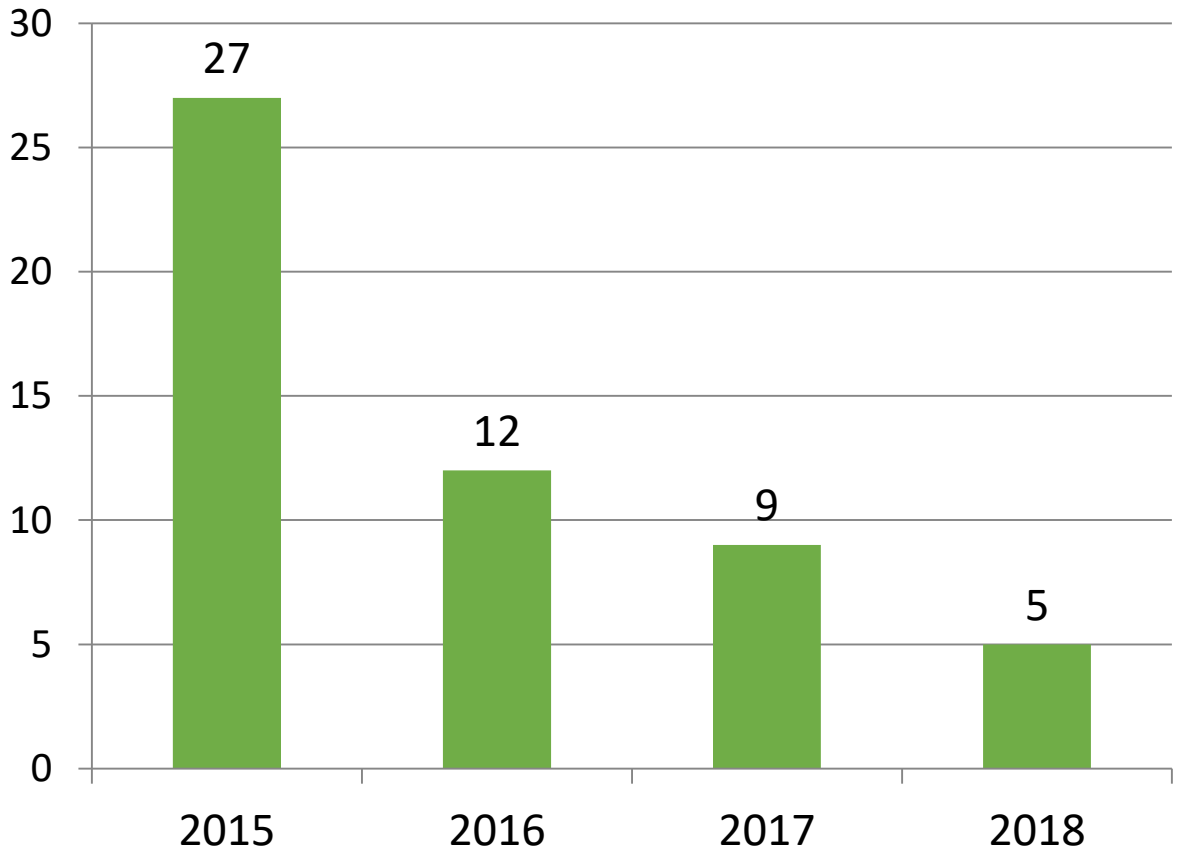
AJUSTEMENTS ET VALIDATION

- Pré-test avec une dizaine de CLS
- Test d'accord inter-juge (κ de Cohen) sur 17 CLS
- Codage complet sur un échantillon aléatoire stratifié de 53 CLS (min. 2/région)

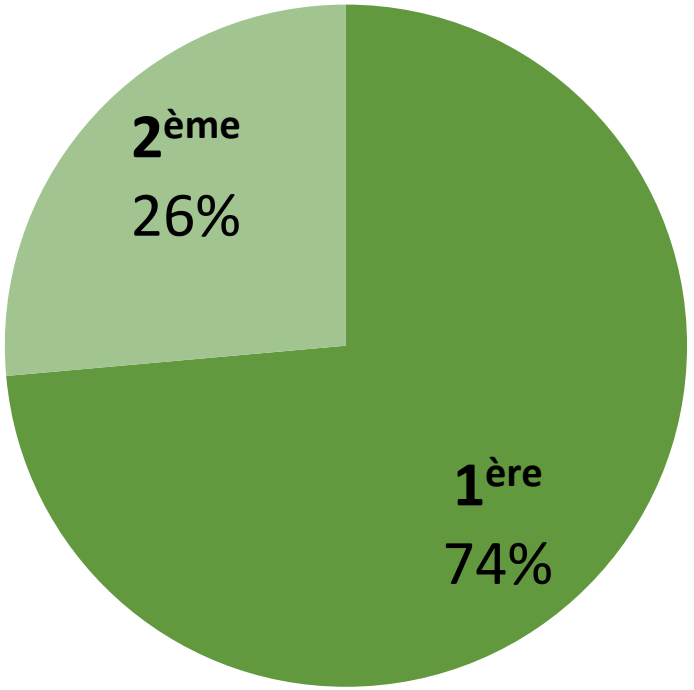
Le Bodo, Y., Fonteneau, R., Harpet, C., Hudebine, H., Jabot, F., Sherlaw, W., Kendir, C., Bourgueil, Y., Breton, E. Analysing disease prevention and health promotion action plans at the local level: development of the CLoterreS instrument. (***Soumis pour publication à la Revue d'épidémiologie et de santé publique***).

CLoterreS
santé & territoire

Année de signature (n=53)



Génération (en %, n=53)



NB: « Génération » réfère au numéro du CLS qui a été signé dans une même collectivité (CLS 1 ou CLS 2) et non à la période lors de laquelle la signature a eu lieu.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE
EHESP

arènes
UMR 6051

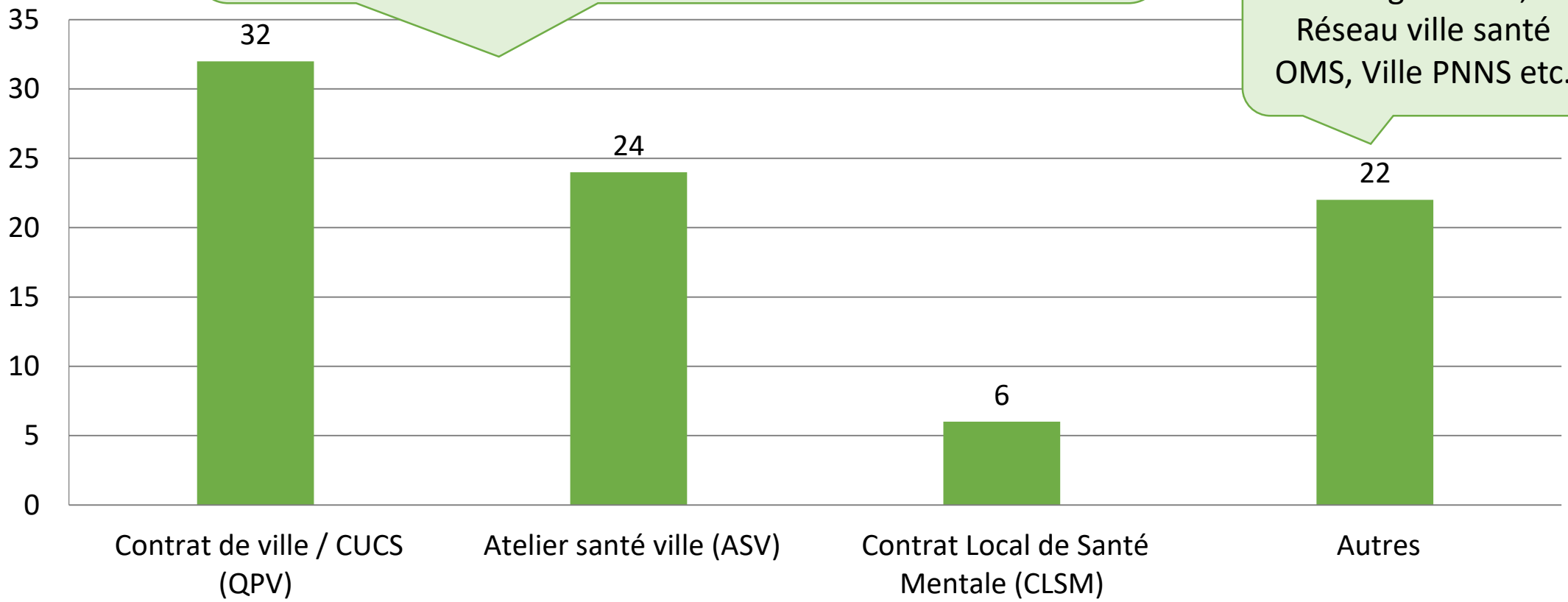
Préexistence d'autres dispositifs d'animation territoriale

(n=53)

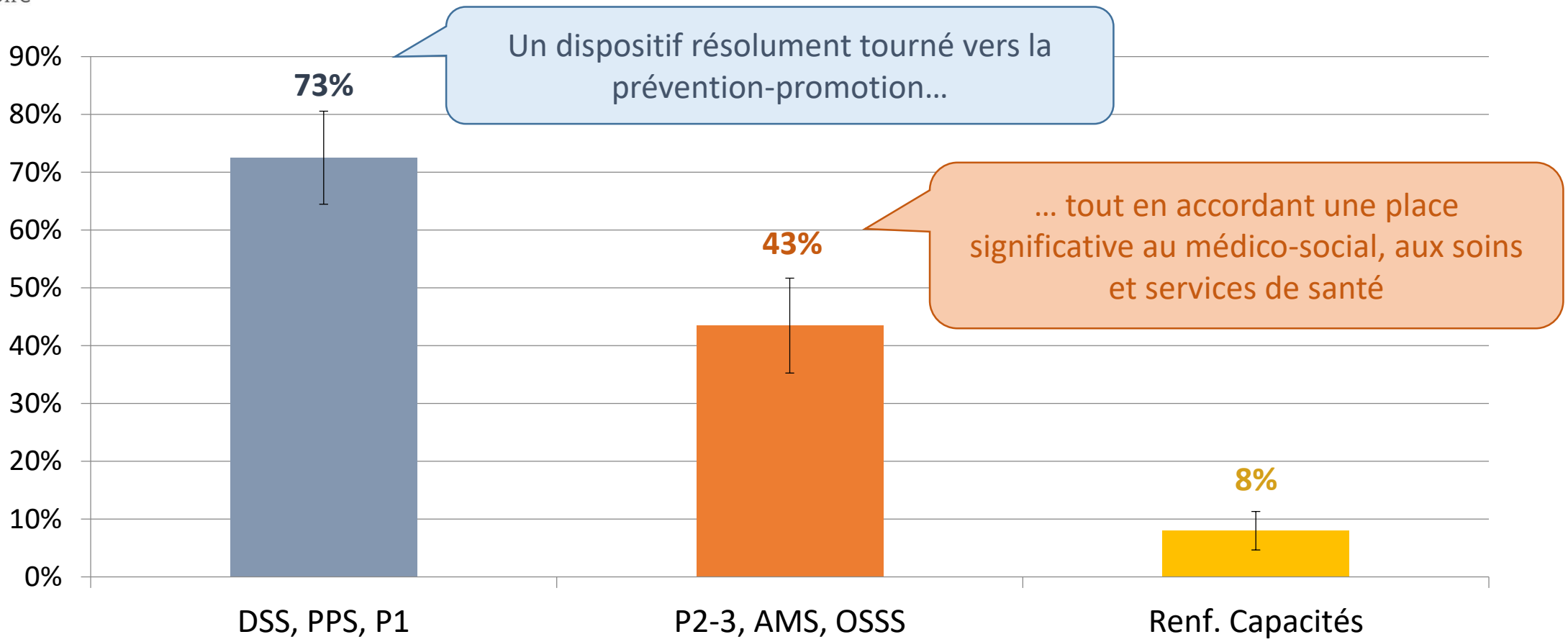
Les **chantiers 2** et **3** montrent des liens variables au niveau régional / local avec la **Politique de la ville**:

- Ciblage territorial des territoires porteurs de CLS et d'actions
- Interfaces stratégiques / opérationnels entre CLS et ASV

Ex. Agenda 21, Réseau ville santé OMS, Ville PNNS etc.

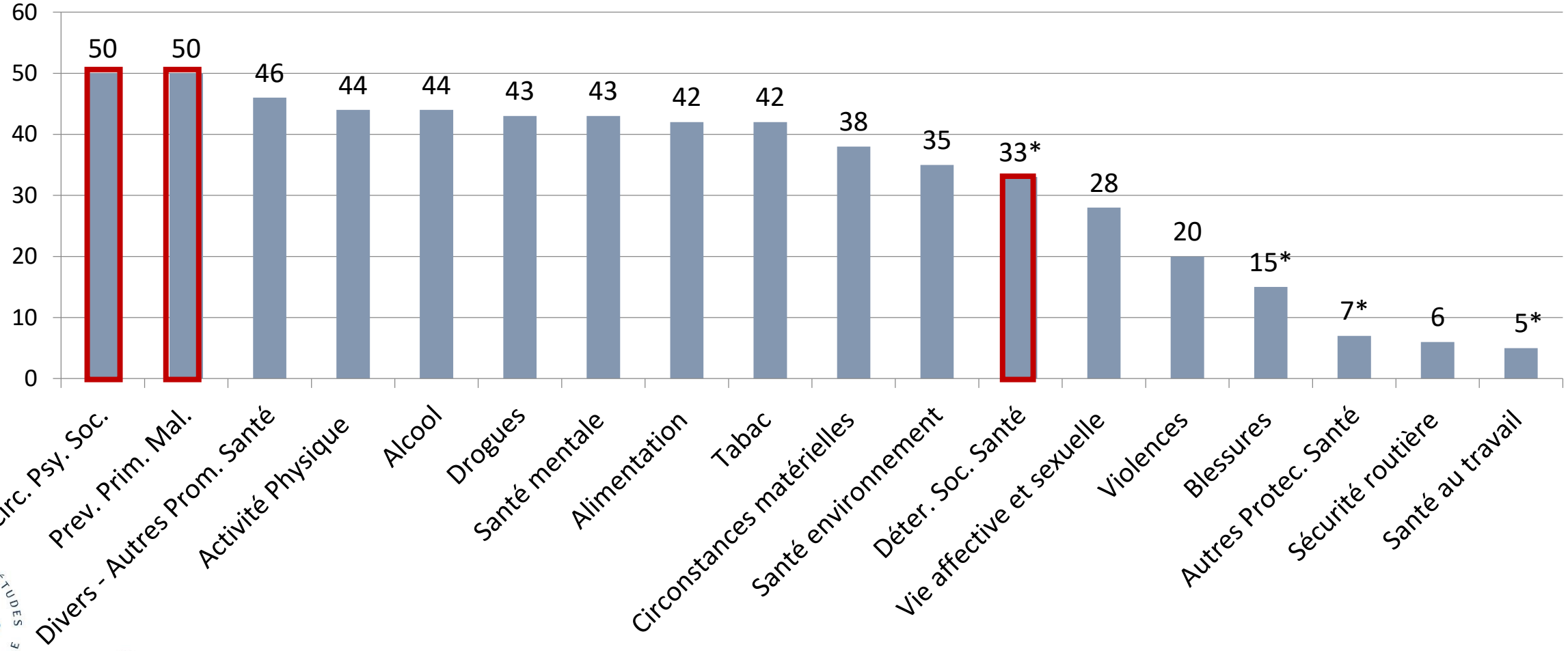


Proportion moyenne de fiches action / CLS abordant l'un des thèmes relevant de chacune des 3 catégories (n=51)



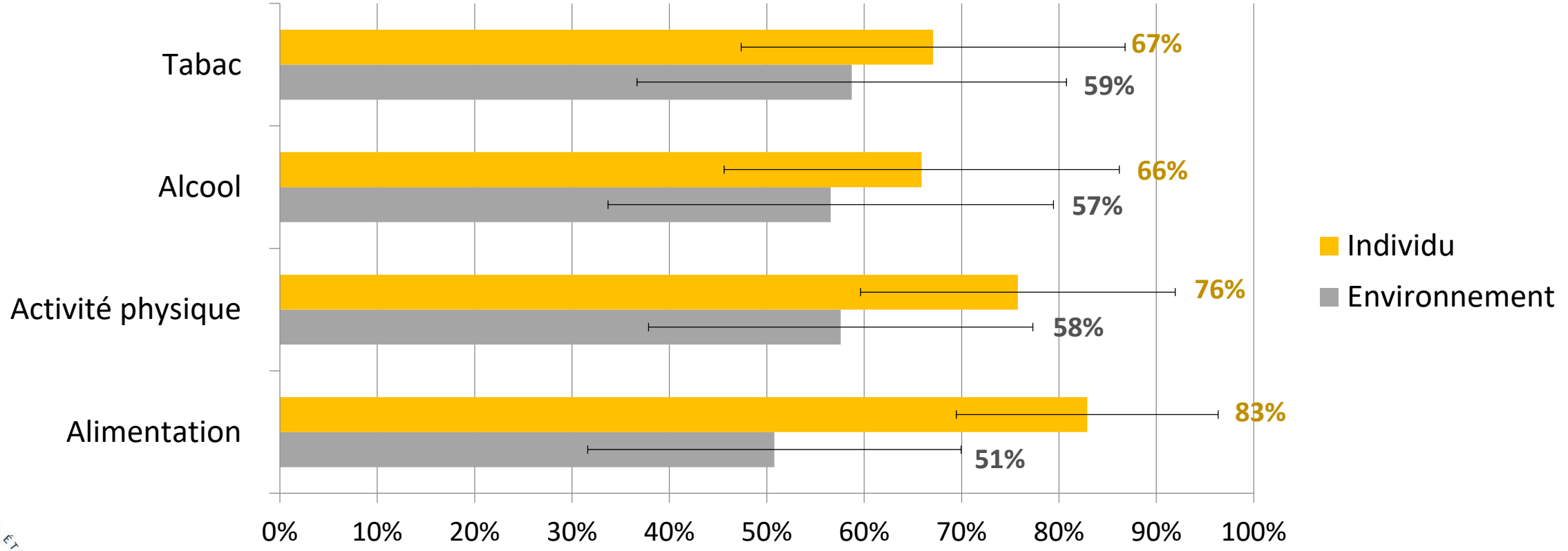
Légende : DSS : déterminants sociaux de la santé et circonstances de vie ; PPS : Protection et promotion de la santé ; P1 : prévention primaire des maladies ; P2-3 : prévention secondaire et tertiaire des maladies ; AMS : accompagnement médico-social ; OSSS : Organisation de l'offre de soins et services de santé ; Renf. Capacités : renforcement des capacités transversales d'action à l'échelle du CLS. Résultat de l'analyse de concordance : κ global = 0.87 ; NB : certaines fiches action peuvent donner lieu au codage de multiples thématiques.

Nombre de CLS abordant au moins 1 fois des thématiques liées aux Déterminants sociaux de la santé, à la Protection et promotion de la santé ou la Prévention primaire des maladies (n=53)



Résultat de l'analyse de concordance (n=17) : κ global = 0.79 ; * : interpréter prudemment, occurrence peu fréquente ou sujet à délibération. NB : certaines fiches action peuvent donner lieu au codage de multiples thématiques.

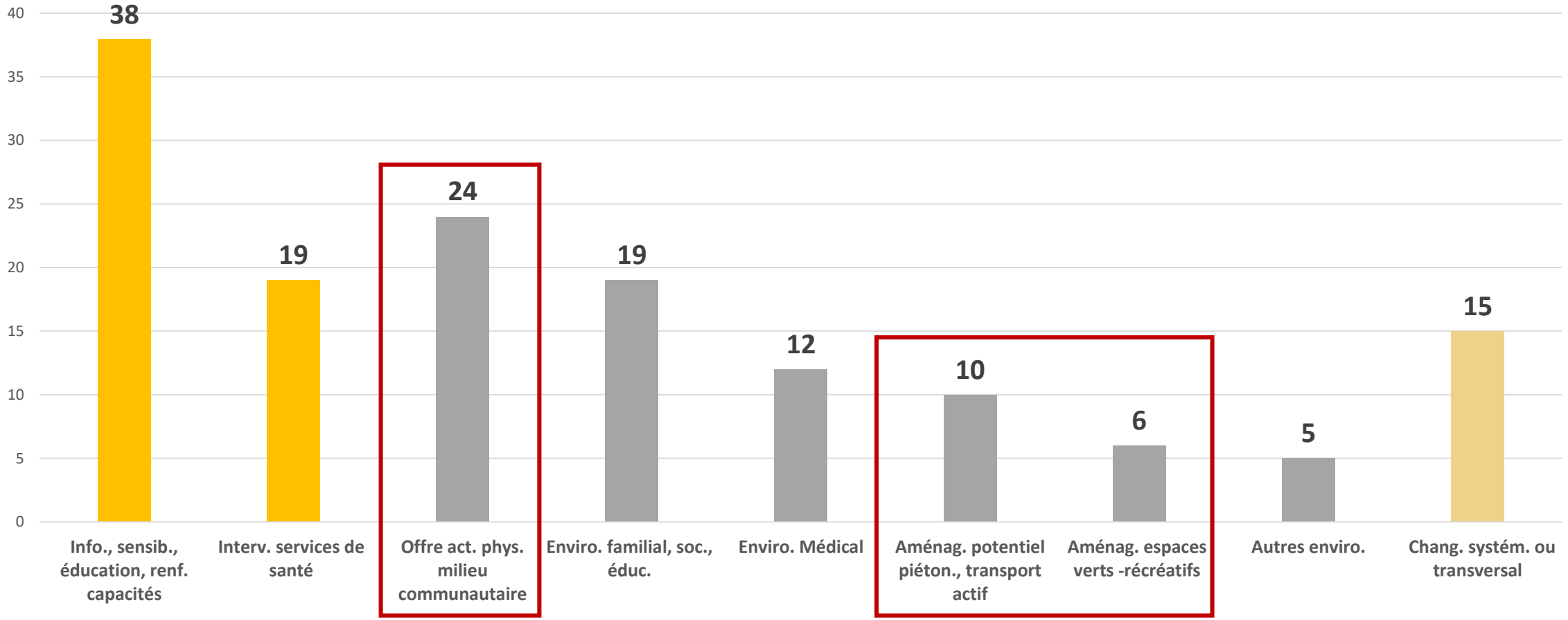
Proportion moyenne de fiches action *alimentation, activité physique, alcool ou tabac* par CLS incluant une mesure visant les bénéficiaires ultimes de l'intervention et/ou leur environnement



Légende : certaines fiches peuvent inclure des mesures visant à la fois les individus et leur environnement, ce qui explique que les catégories ne soient pas mutuellement exclusives et que les pourcentages cumulés dépassent 100%. Sources conceptuelles: OMS, 2010, 2015; WCRF, 2018, Richard et al., 1996.

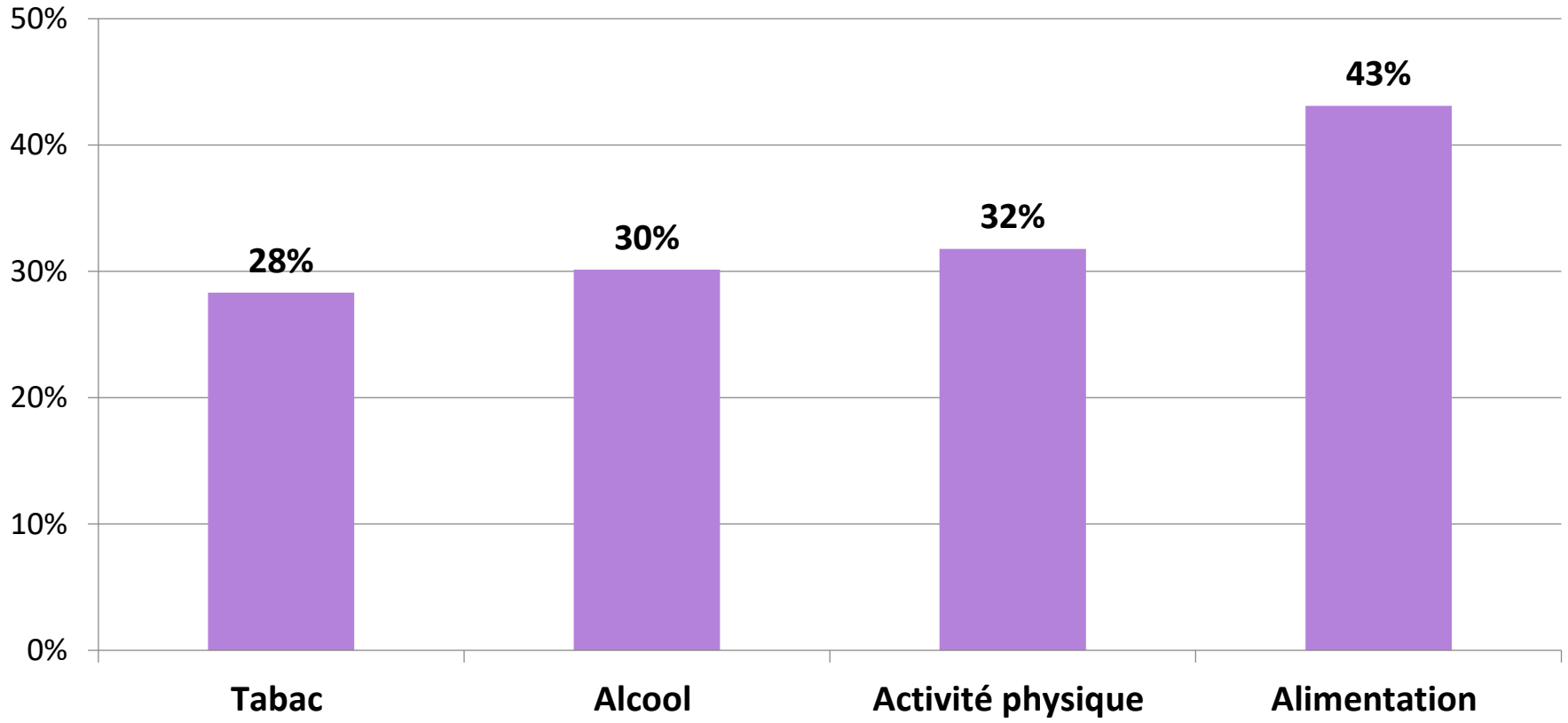
Ex. nombre de CLS (n=53) incluant diverses mesures visant directement les INDIVIDUS et/ou leur ENVIRONNEMENT

Activité physique - sédentarité



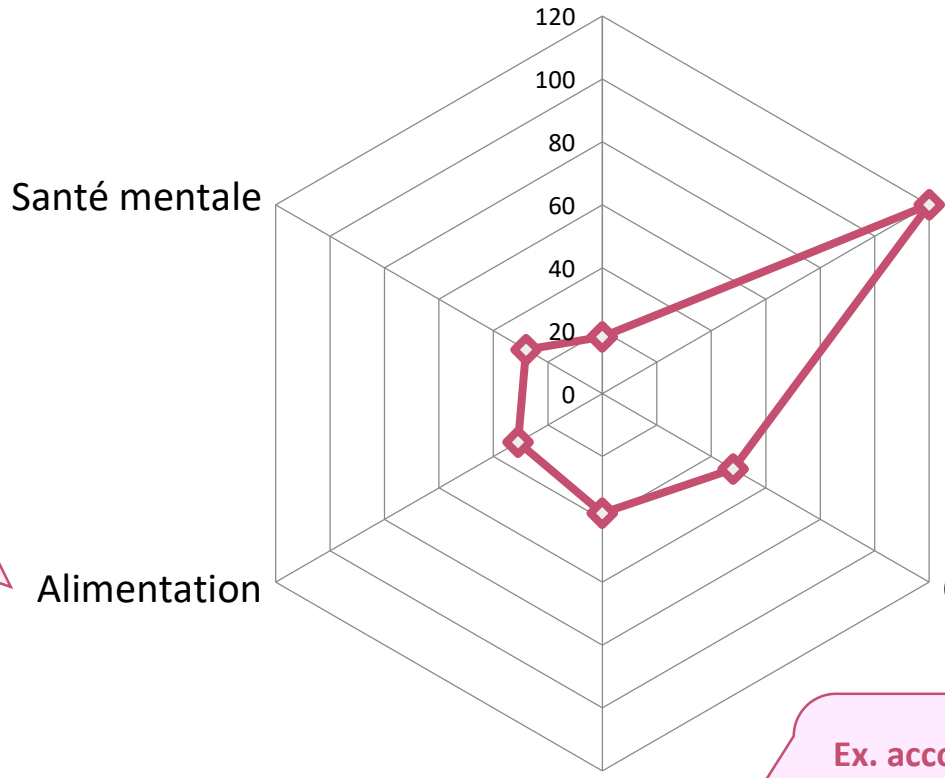
Légende : certaines fiches action peuvent inclure des mesures visant les individus et d'autres leur environnement, ce qui explique que les catégories ne soient pas mutuellement exclusives et que leurs pourcentages cumulés dépassent le n=53. Sources conceptuelles: OMS, 2010, 2015; WCRF, 2018, Richard et al., 1996.

Proportion moyenne de fiches action *alimentation, activité physique, alcool ou tabac* avec une **composante équité en santé / réduction des ISS**



* mention d'une attention pour des publics vulnérables / défavorisés et/ou action mise en œuvre à l'échelle d'un ou plusieurs QPV

Exploration : dans les fiches actions abordant P2-3, AMS ou OSSS (n=508), interfaces avec d'autres thématiques



Ex. information générale sur l'accès aux prestations sociales

Ex. accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins ; aide aux proches aidants; prévention de l'isolement

Ex. lien entre le secteur sanitaire et social dans une logique de parcours

Ex. implication des professionnels de santé en prévention secondaire (ex. dépistage / ETP sur diabète ou l'obésité)

Ex. développement de l'offre de transport local pour le maintien de l'autonomie / l'accès aux soins

Ex. accompagnement vers l'activité physique adaptée (ateliers pour des familles concernées par un problème de surpoids)

CLoterreS
santé & territoire

Discussion

CLoterreS
santé & territoire

Prévention-promotion de la santé: une orientation forte

- Forte composante sur l'action sociale (ex. accès aux droits et aux soins)
  - En amont, l'enjeu persistant de réduction des inégalités sociales *(Fassin, 2008, Schapman-Ségalié et Lombrail 2018)*
- 4 facteurs de risque : marge de développement d'actions visant les milieux de vie

Enjeux et potentiel **d'articulation intersectorielle**…

- … en prévention-promotion de la santé (*Santé dans Toutes les Politiques*) *(Molas Gali, 2014, Fleuret, 2016, Jabot et Laurent, 2018)*
- … entre prévention-promotion et offre de soins / accompagnement médico-social (ex. MAIA, CPTS) *(Bourgueil, 2017, Kendir, 2019)*

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE
EHESP

arènes
UMR 6051

- Projet n’a **pas** été pensé comme **une évaluation**
- Plutôt une investigation pour confirmer/infirmer la présence/ l’absence de **caractéristique d’un dispositif susceptible de réduire les ISS**

- **Limites**:
  - Matériel hétérogène, actions multithématiques: enjeux de codification
  - Regard illustratif / tendances sur des intentions d’action
  - Contexte très évolutif
  - Approfondissements en finalisation : chantiers 2 et 3 sur l’expérience des collectivités et des ARS

CLoterreS
santé & territoire

Conclusions

E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

Des publications

Articles publiés

Kendir, C., Breton, E., Le Bodo, Y., & Bourgueil, Y. (2020). Collaboration of primary care and public health at the local level : Observational descriptive study of French local health contracts. *Primary Health Care Research & Development*. https://doi.org/10.1017/S1463423620000559

Harpet, C., Templon, J., Fonteneau, R., Sherlaw, W., Breton, E., & les membres de l'équipe CLoterreS. (2019). Contrats locaux de santé : quelle place pour la santé environnement ? *Revue ERS, Environnement Risque et Santé*, *18*(2), 135–147. doi.org/10.1684/ers.2019.1289

Articles soumis…

Perrin, F., Le Bodo, Y., & Breton, E. La gouvernance régionale à l'épreuve des contrats locaux de santé. *Sciences Sociales et Santé*.

Le Bodo, Y., Fonteneau, R., Harpet, C., Hudebine, H., Jabot, F., Sherlaw, W., Kendir, C., Bourgueil, Y., & Breton, E. Analysing disease prevention and health promotion action plans at the local level : Development of the CLoterreS instrument. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.

Des chapitres en chantier

Breton, E., Le Bodo, Y., Diallo, D., Harpet, C., & Hudebine, H. (2021). Shedding light on local capacity building strategies addressing the determinants of population health : Lessons for health promotion research. In *Handbook of Health Promotion Research*. Springer.

Des communications dans des conférences internationales

Primary Health Care Research & Development

cambridge.org/phc

Research

Cite this article: Kendir C, Breton E, Le Bodo Y, Bourgueil Y. (2020) Collaboration of primary care and public health at the local level: observational descriptive study of French local health contracts. *Primary Health Care Research & Development* 00(e00): 1–10. doi: 10.1017/S1463423620000559

Received: 7 June 2020
Revised: 24 August 2020
Accepted: 22 October 2020

Keywords:
community care; primary healthcare; primary care; public health

Author for correspondence:
Candan Kendir,
E-mail: candankendir@hotmail.com

© The Author(s) 2020. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

Collaboration of primary care and public health at the local level: observational descriptive study of French local health contracts

Candan Kendir[1,2], Eric Breton[1,3], Yann Le Bodo[1] and Yann Bourgueil[2,4]

[1]École des hautes études en santé publique, 15 Avenue du Professeur Léon Bernard, 35043 Rennes, France; [2]Mission RESPIRE (EHESP-CNAMTS-IRDES – EA MOS 7348 (EHESP), 20 avenue George Sand, 93210 la Plaine, Saint Denis, France; [3]Laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051), 35700 Rennes, France and [4]École des hautes études en santé publique, 20 avenue George Sand, 93210 la Plaine, Saint Denis, France

Abstract

Aim: In this paper, we report on a study investigating the involvement of primary care providers in French local health contracts. *Background:* Worldwide actions are carried out to improve collaboration between primary care and public health to strengthen primary healthcare and consequently community health. In France, the local health contract is an instrument mobilising local stakeholders from different sectors to join in their actions to improve the health of the population. *Methods:* We developed an instrument to analyse the frequency and nature of involvement of primary care providers in 428 action plans extracted from a sample of 17 contracts (one per French region). The number of primary care actions were counted, and thematic analyses were conducted to identify the nature and level of involvement of the professionals. *Findings:* Primary care providers were involved in 20.1 % (*n* = 86) of the action plans and were mostly described as a target of the action rather than leaders or partners. Within these action plans, 76.7% (*n* = 66) of these action plans aimed to improve access to care for local communities; an issue that appears as the main driver of collaboration between public health and primary care actors.

Introduction

Primary healthcare is considered as one of the most effective ways to promote the highest possible health standards for all by emphasising universal health coverage. The WHO defines primary healthcare as *'a whole-of-society approach to health that aims equitably to maximize the level and distribution of health and well-being [. . .] along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care . . . '* (WHO Regional Office for Europe, 2019).

Collaboration of primary care and essential public health functions is considered to be one of the building blocks of the primary health care approach together with people's and communities' empowerment and multisector action (WHO, 2018). Primary care services are clinical care services delivered on an individual basis that are accessible for everyone, dealing with the largest share of health complaints by a comprehensive approach in a continuous manner, and coordinated between levels of care (Starfield *et al.*, 2005). Public health for its part is often defined as 'the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society' (Winslow, 1920). Public health intervention is carried out at the population level. Notwithstanding the important differences between the two fields of practice, a collaboration between public health actors and primary care providers is often impeded by organisational or communication issues between professionals, such as problems in sharing data or developing a common vision for the community (Lebeau *et al.*, 2012; Pratt *et al.*, 2018).

In recent years, some countries (Committee on Integrating Primary Care and Public Health; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine, 2012; Booth *et al.*, 2016; Gosling *et al.*, 2016; Lionis *et al.*, 2018) moved forward and created new local networks to integrate primary care and public health. However, accounts of these experiences are still sparse, evidence on health impacts is limited and there is a lack of literature on how to foster the development of these collaborations (Allen *et al.*, 2018). In countries with a strong primary care system, such as the Netherlands and England, linkages and articulation between primary care and public health are limited (Hone *et al.*, 2018), and hamper the efficacy of primary healthcare.

The French primary care system is a 'medium level strength' system with a long history of professional non-hierarchic primary care model (Kringos *et al.*, 2013). Since 2005, different reforms have been implemented to support the development of teamwork, skill mix and case management in primary care (Bourgueil *et al.*, 2009, 2018). Contiguously, public health policies

Article original

Contrats locaux de santé : quelle place pour la santé-environnement ?

Cyrille Harpet[1,2], Jérôme Templon[2], Rose Fonteneau[2], William Sherlaw[2], Eric Breton[1,2]

[1] Université de Rennes École des hautes études en santé publique (EHESP) Avenue du professeur Léon Bernard CS 74312 35043 Rennes cedex France <cyrille.harpet@ehesp.fr> <jerome.templon@hotmail.fr> <clonteneau.rose@gmail.com> <william.sherlaw@ehesp.fr> <eric.breton@ehesp.fr>

[2] UMR 6051 Arènes

Tirés à part : C. Harpet

Résumé. *Contexte :* Parmi les outils de territorialisation des politiques publiques de santé existants, les acteurs publics (agences régionales de santé [ARS], collectivités locales) peuvent décliner un contrat local de santé (CLS). La loi HPST (hôpital patients santé territoires) présente un cadre d'action concerté entre ARS et collectivités en réponse aux besoins des publics pour la prévention et promotion en santé. L'environnement, déterminant de santé contribuant aux risques de maladies chroniques, peut mobiliser des territoires sur des actions de prévention. La recherche CLoterreS consiste à observer les actions qu'intègrent les CLS en matière de prévention et promotion de santé. Dans ce cadre de recherche, la place qu'occupe le champ spécifique de la santé-environnement dans ces contrats a fait l'objet d'un focus particulier.
Problématique : Dans quelle mesure les CLS intègrent-ils les déterminants environnementaux de la santé ? Quelles sont les problématiques sanitaires prioritaires ? *Objectif :* Mesurer la place de la santé-environnement dans les actions engagées sur les territoires dans le cadre des CLS.
Méthode : Une revue de la littérature scientifique sur les CLS permet d'estimer l'intérêt de ces démarches par la communauté des chercheurs et des professionnels de la santé ou des politiques publiques. Une collecte des documents officiels relatifs aux CLS (diagnostics préalables, contrats signés depuis 2010), suivie d'entretiens conduits avec des acteurs, servent à mesurer le degré de prise en compte de la santé-environnement dans les actions inscrites dans le cadre des CLS.
Résultats : Un échantillonnage significatif (75 CLS comparés sur 305 CLS à l'échelle nationale, puis 7 CLS comparés à l'échelon de la Bretagne) présente un bilan très contrasté depuis 2010 des actions en santé-environnement et des thématiques prioritaires retenues.
Discussion : L'évolution des CLS entre 2010 et 2017 fait valoir des thématiques notables (qualité de l'air intérieur, qualité de l'habitat) dans les actions engagées, mais il manque des diagnostics des territoires en matière de santé ainsi que des connaissances ou données probantes utiles à la compréhension des enjeux, préalables à des actions. À cela s'ajoutent un manque de moyens et un cloisonnement des organisations qui freinent l'émergence et/ou engendrent un manque d'efficience de ces projets transversaux.

Mots clés : politique de santé publique ; prévention sanitaire ; promotion de la santé ; environnement et santé publique.

Abstract

The importance of environmental health in local health contracts

Context: Among the mechanisms of public health territorialization, regional health authorities and local authorities can draw up Local Health Contracts (CLS). The French statute governing hospitals, patients, health, and territories presents a framework of concerted actions between ARS (regional health authorities) and communities in response to the publics needs for prevention and health promotion. The environment, with its effects on the risk of chronic diseases, can incite territories to work on prevention. Objective: To examine how CLS integrate the environmental determinants of health and determine the priority health issues. The CLoterreS research project provides a first insight into the place of environmental health in the actions undertaken in the territories within the CLS framework.

Article reçu le 17 juillet 2018, accepté le 10 décembre 2018

Pour citer cet article : Harpet C, Templon J, Fonteneau R, Sherlaw W, Breton E. Contrats locaux de santé : quelle place pour la santé-environnement ? *Environ Risque Sante* 2019 ; 18 : 135-147. doi : 10.1684/ers.2019.1289

CLoterreS
santé & territoire

Prochainement:

www.cloterres.fr

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE
EHESP

arènes
UMR 6051

Retombées de CLoterreS

- Les CLS comme objet de recherche
- Amélioration de l'offre de Formations à l'EHESP
- Formation de stagiaires
- Amélioration des pratiques et politiques (nombreuses communications auprès des ARS)
- Réplication d'une partie des travaux pour les ARS Bretagne et Pays de la Loire.

Pour de plus amples informations…

Eric Breton PhD

Enseignant-chercheur à l'EHESP et chercheur au Laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Membre de la Commission spécialisée "Système de santé et sécurité des patients" du Haut conseil de la santé publique (HCSP)

Associated Editor de la revue Health Education & Behavior

Professeur associé à la Chaire UNESCO EducationS & Santé

Département SHS et Laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Tél: +33 (0)2 99 02 25 06 / +33 (0) 6 71 55 10 21

@breton_e

/bretoneric

Eric.Breton@ehesp.fr

Yann Le Bodo PhD

Ingénieur de recherche, EHESP

Yann.lebodo@ehesp.fr