



Journée Régionale des Contrats Locaux de Santé d'Île-de-France

Paris, 5 février 2020

Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la sante : une étude du dispositif « Contrat Local de Santé » en France

Eric Breton PhD

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

Yann Le Bodo PhD

Ingénieur d'étude à l'EHESP



Remerciements

A l'ARS Île de France pour l'organisation de cette journée

Au consortium de recherche du projet CLoterreS, plus particulièrement à Dieinaba DIALLO, ingénieure d'étude, pour les analyses de données

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)

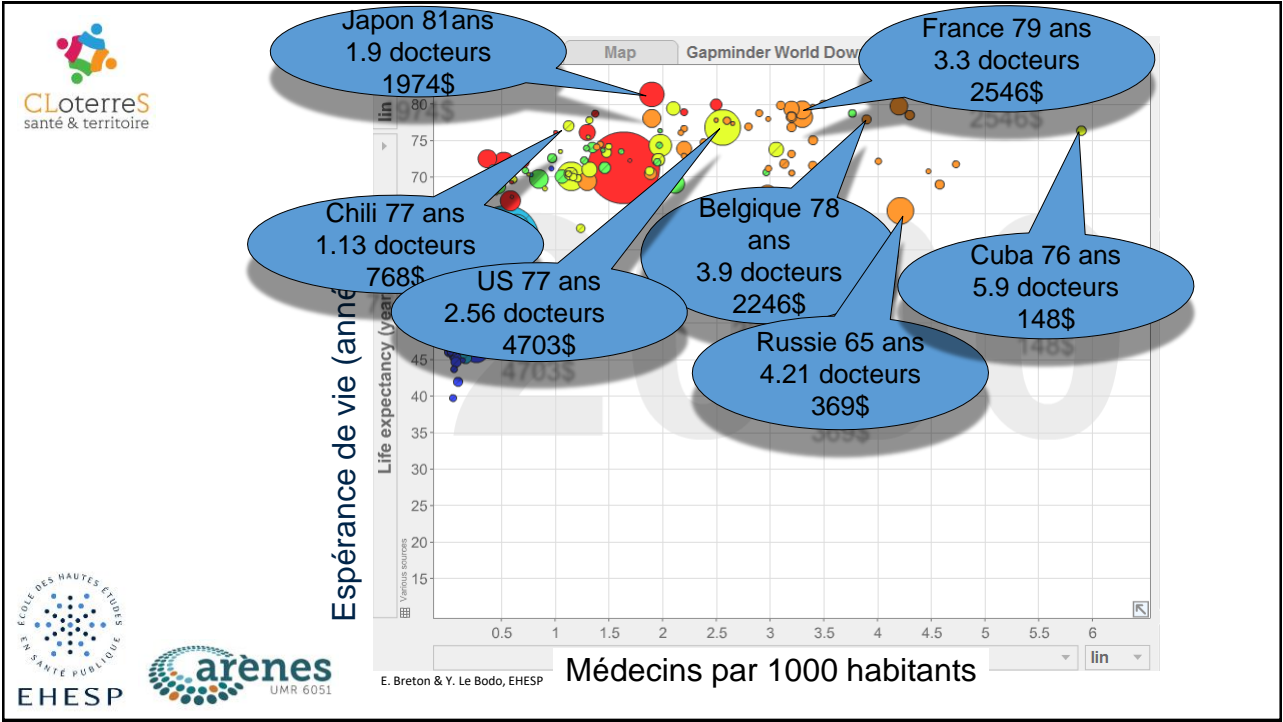


E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

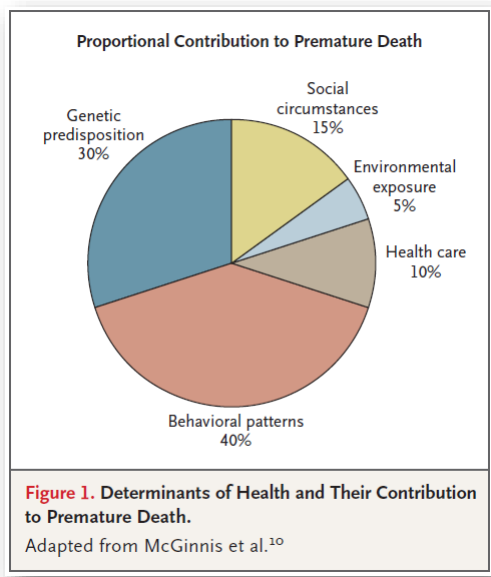
Sommaire

- Les déterminants de la santé des populations
- L'importance d'une capacité d'action sur ces déterminants à l'échelon local
- Le CLS comme dispositif de renforcement de ces capacités d'action
- Ce que l'on observe à travers le projet CLoterreS

Les déterminants de la santé des populations



Les soins médicaux jouent un rôle relativement modeste dans la réduction de la mortalité prématurée

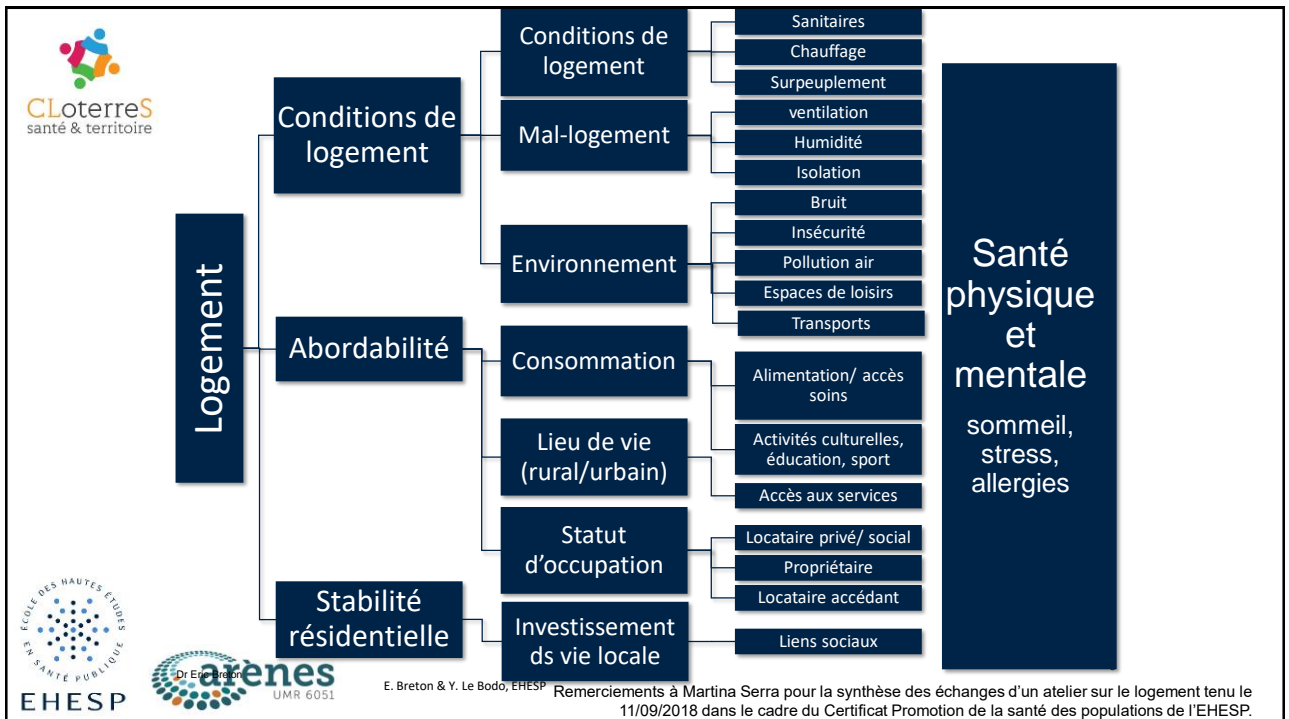


Tiré de : Schroeder, S. A. (2007). We Can Do Better — Improving the Health of the American People. *New England Journal of Medicine*, 357(12), 1221–1228.



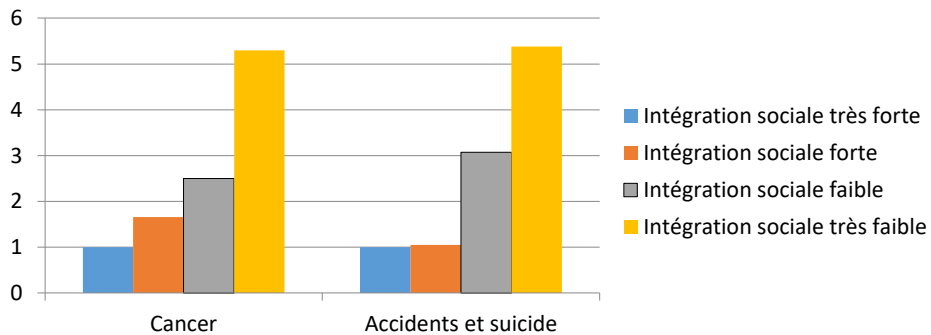
E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

Les conditions de logement



Le soutien social

Niveau d'intégration sociale et risque de mortalité par cancer, et par suicide et accidents, ajusté avec l'âge, chez les hommes de la cohorte GAZEL (1993 à 1999)



Niveau de référence étant de 1 et celui des employés très fortement intégré socialement.

Source: Berkman et al. (2004). Social Integration and Mortality: A Prospective Study of French Employees of Electricity of France-Gas of France. *American Journal of Epidemiology*, 159(2), 167-174.

Adapté par la Chaire Santé publique France « Promotion de la santé » à l'EHESP

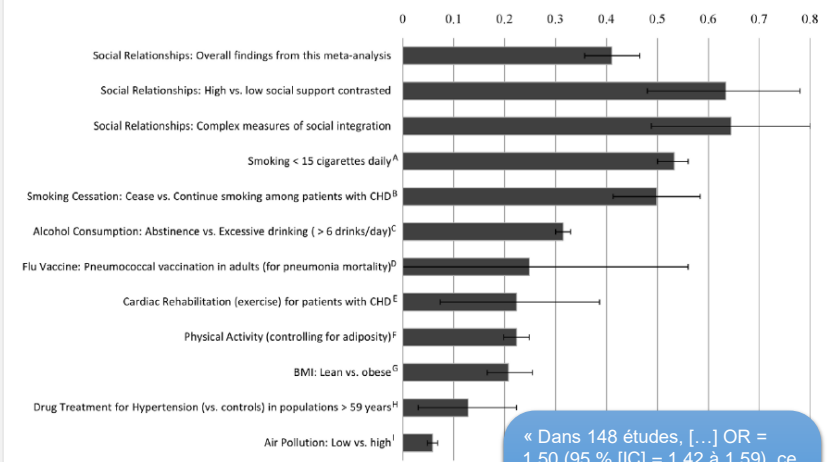


Figure 6. Comparison of odds (lnOR) of decreased mortality across several co
 zero indicates no effect. The effect sizes were estimated from meta analyses ; A = Shavel
 Capewell, 2003 [206]; C = Holman, English, Milne, and Winter, 1996 [207]; D = Fine, Smith,
 [208]; E = Taylor, Brown, Ebrahim, Jolliffe, Noorani, Rees et al., 2004 [209]; F, G = Katzmarzyk
 Reitman, Pagano, and Chalmers, 1994 [211]; I = Schwartz, 1994 [212].
 doi:10.1371/journal.pmed.1000316.g006

« Dans 148 études, [...] OR = 1,50 (95 % [IC] = 1,42 à 1,59), ce qui indique une probabilité de survie accrue de 50 % en raison de relations sociales plus fortes. » (Traduction de E. Breton)

Source: p. 14 de Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Déterminants commerciaux de la santé

Source: Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, 4(12), e895–e896. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)

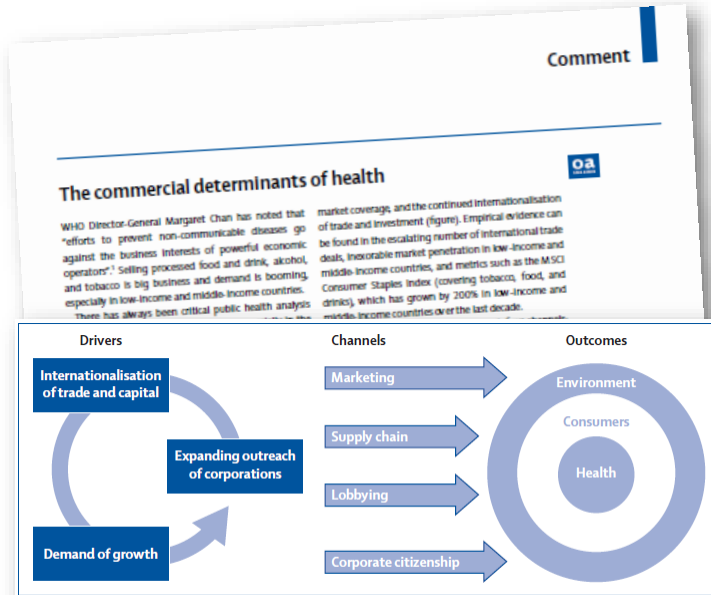


Figure: Dynamics that constitute the commercial determinants of health

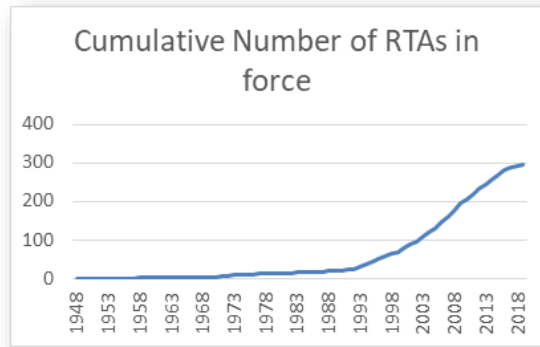
les multinationales de l'alimentaire sont le "principal moteur des maladies non transmissibles liées à l'alimentation". (Buse, Tanaka, & Hawkes, 2017)

Accords commerciaux régionaux

Souvent signés sans les règles d'exception habituelles de l'OMC

« qui permettent aux États membres d'introduire des mesures politiques liées à la santé à condition qu'elles soient jugées nécessaires pour protéger la santé et la sécurité humaines ou environnementales et qu'elles ne soient pas introduites pour faire obstacle au commerce »

(Friel et al., 2015, p. 327, traduction de E. Breton avec Deepl.com).



Source: WTO. (2019). The Regional Trade Agreements (RTAs) Database. <http://rtais.wto.org/UI/PublicMaintainRTAHome.aspx>



Et bien d'autres déterminants sociaux de la santé tels...

- La répartition des richesses
- La discrimination/ le racisme
- L'environnement bâti
- Les espaces verts
- La qualité de l'air, de l'eau des sols
- L'alimentation
- Etc.



E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP



L'importance de se doter d'une capacité d'action sur ces déterminants à l'échelon local



E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

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

Les consensus sur l'action reconnaissent:

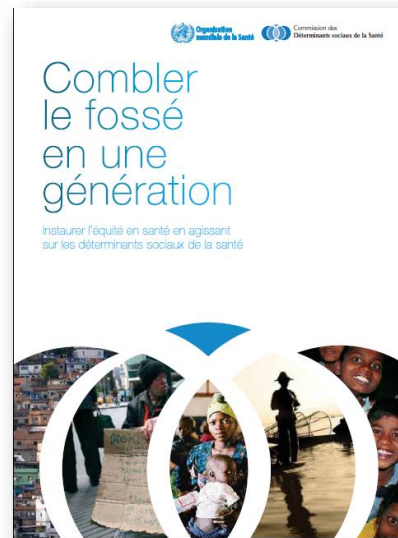
- L'avantage d'associer des mesures visant les leviers individuels et environnementaux
- L'intérêt de décliner, en les adaptant, les mesures à différentes échelles de territoire (ex. Marketing social)
- L'intérêt des dispositifs intersectoriels



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



Et ce qui est propre à l'échelon local

- Diagnostics et réponses aux besoins spécifiques des populations
- En mesure de modifier les environnements de vie
- Une capacité de mobilisation des ressources locales

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

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)



Le projet CLoterreS

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

www.cloterres.fr



E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP



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

Site web : www.cloterres.fr



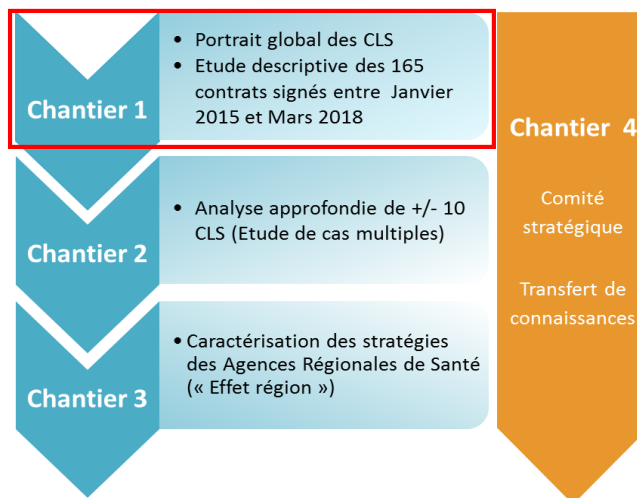
E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

Grandes « questions de départ »

- Près de 10 ans après le lancement des CLS, **quelle est l'ampleur de ce dispositif** sur le territoire français ?
- **Quelle place occupe la prévention et la promotion de la santé (PPS)** dans leurs actions ? Et l'accès aux soins ?
- **Qu'est ce qui influence cet investissement** aux niveaux local et régional ?



4 chantiers (2017-2020)



Carte : inventaire CLoterres des CLS signés entre Janvier 2015 et Mars 2018 (n=165)



- Remarques**
- Localisation du siège des collectivités signataires d'un CLS sans prise en compte de la couverture territoriale du contrat
 - Inclusion de CLS de préfiguration, de 1ère et de 2ème générations
 - Les CLS pris en compte dans les analyses dépendront, selon le cas, de l'information disponible pour chaque contrat

Inventaire des CLS

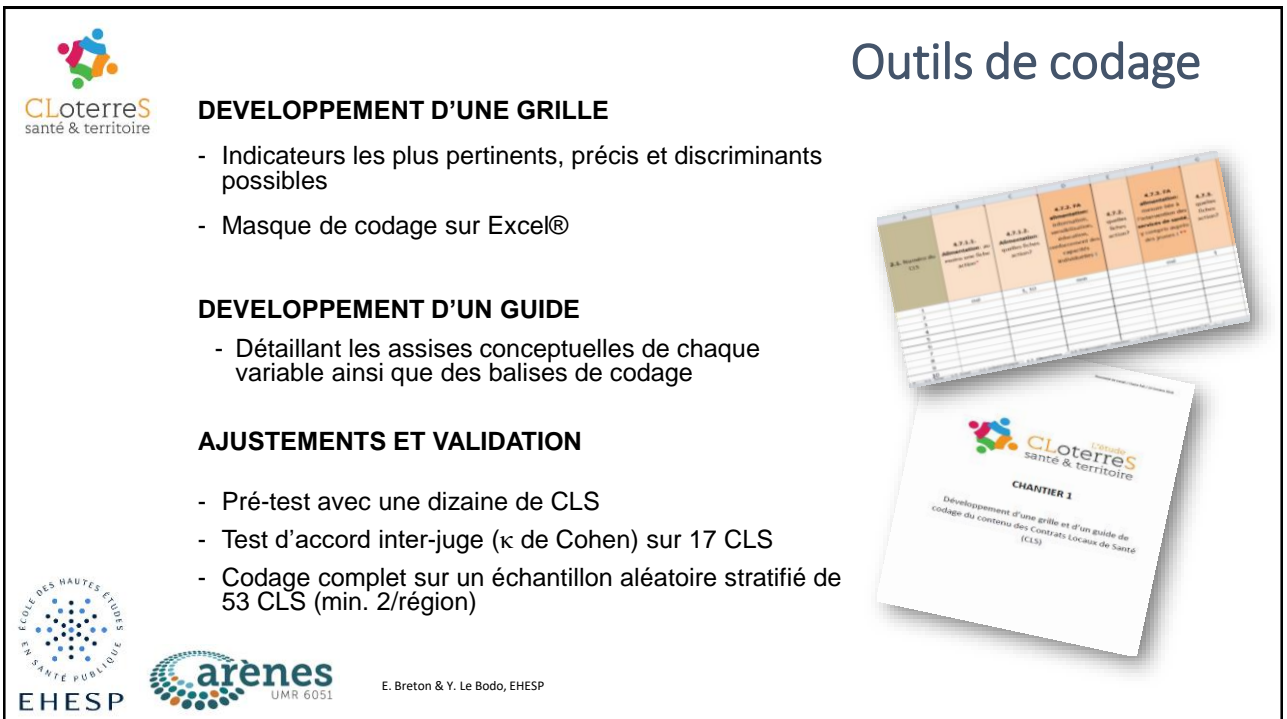
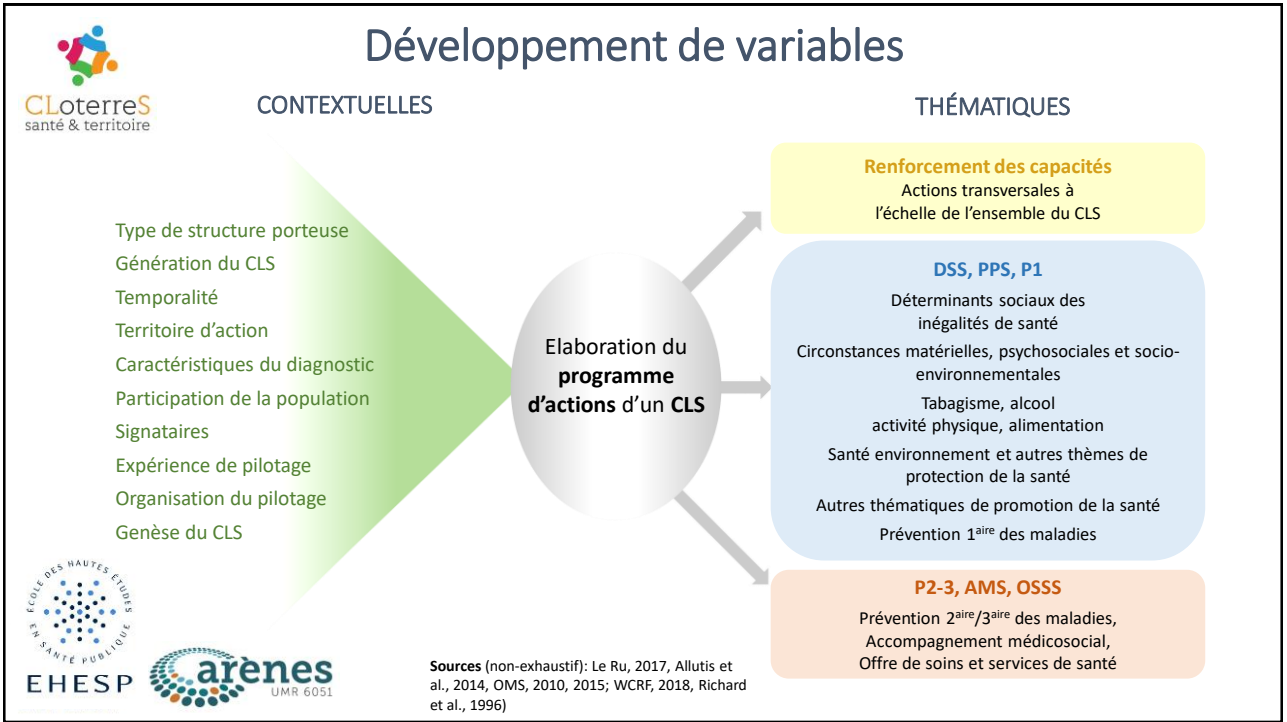
Sélection CLoterres
CLS signés entre le 01/01/15 et le 31/03/18

Recueil des contrats et fiches action pour 165 contrats

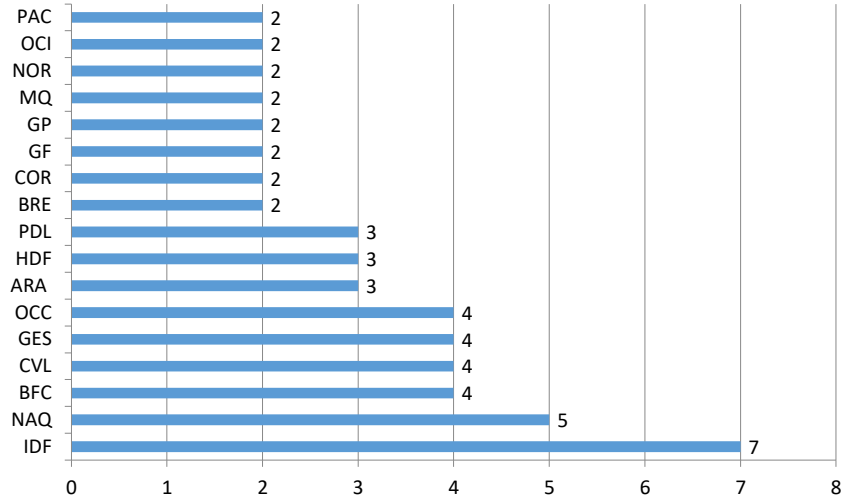
Tableau : inventaire des CLS signés au 31/03/2018

| 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



Echantillonnage par région de CLS signés entre jan. 2015 et mars 2018 (n=53)

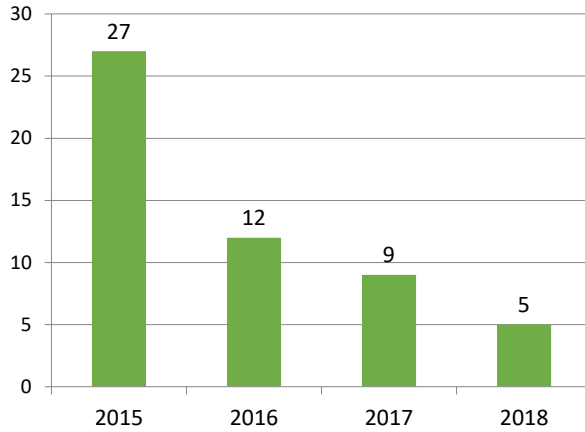


E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

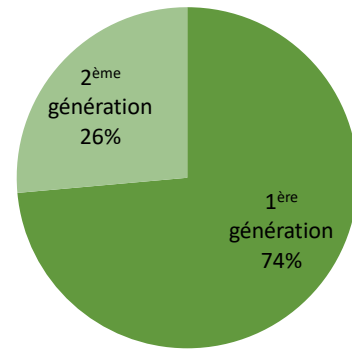
Premiers résultats

E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

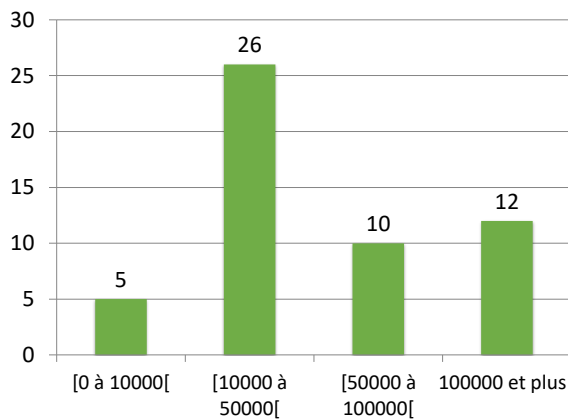
Année de signature (n=53)



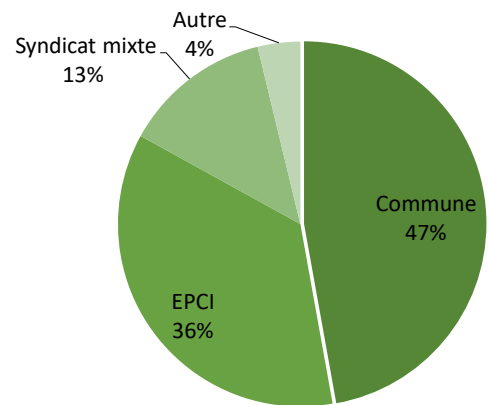
Génération (en %, n=53)



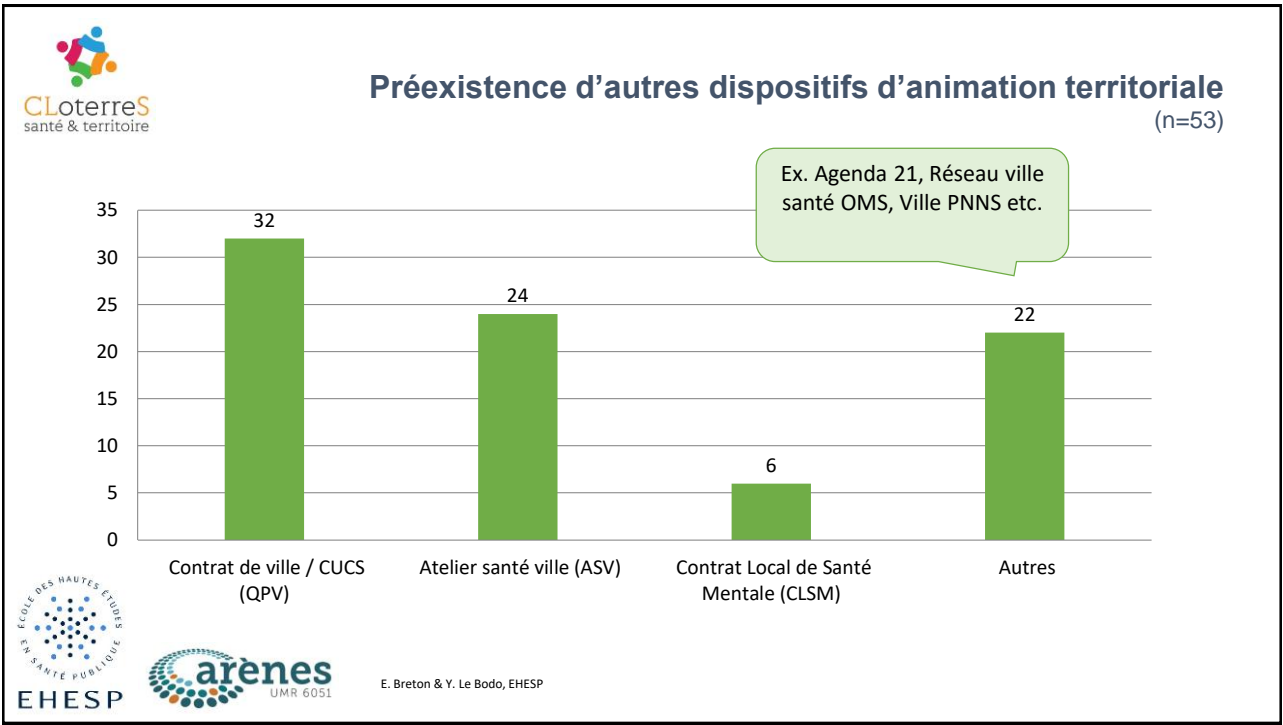
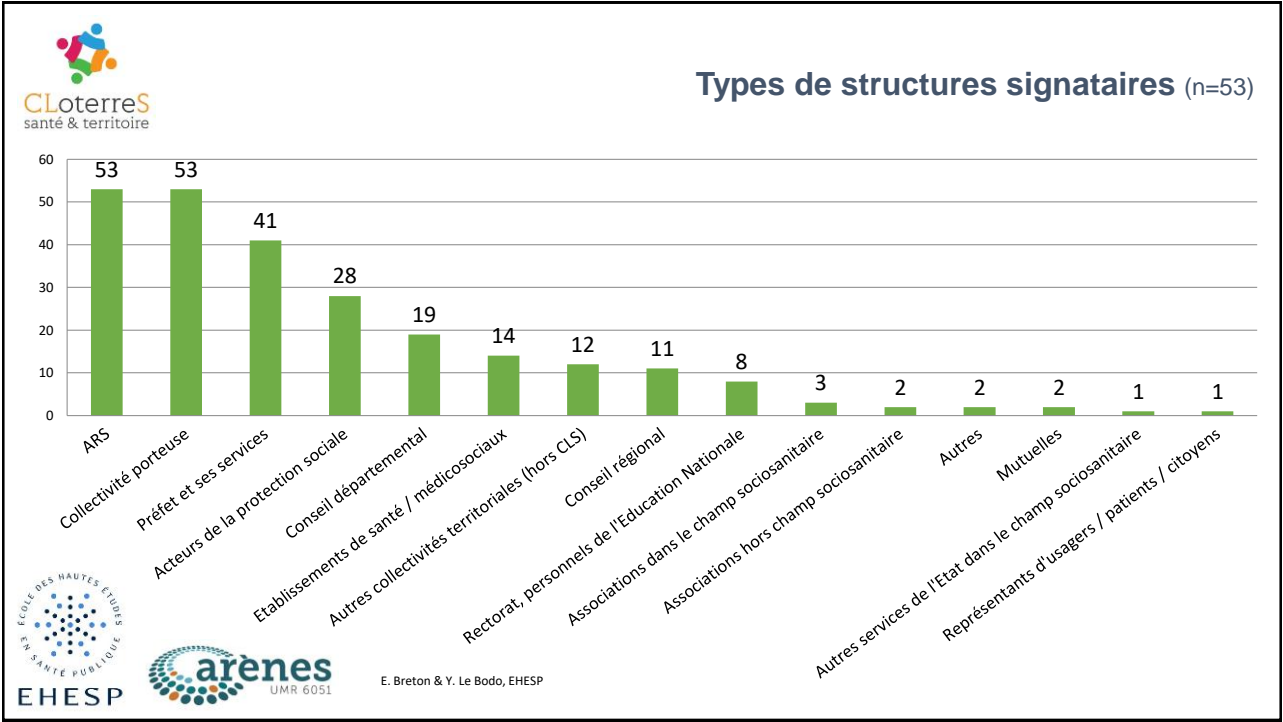
Nombre d'habitants* sur le territoire couvert par le CLS (n=53)

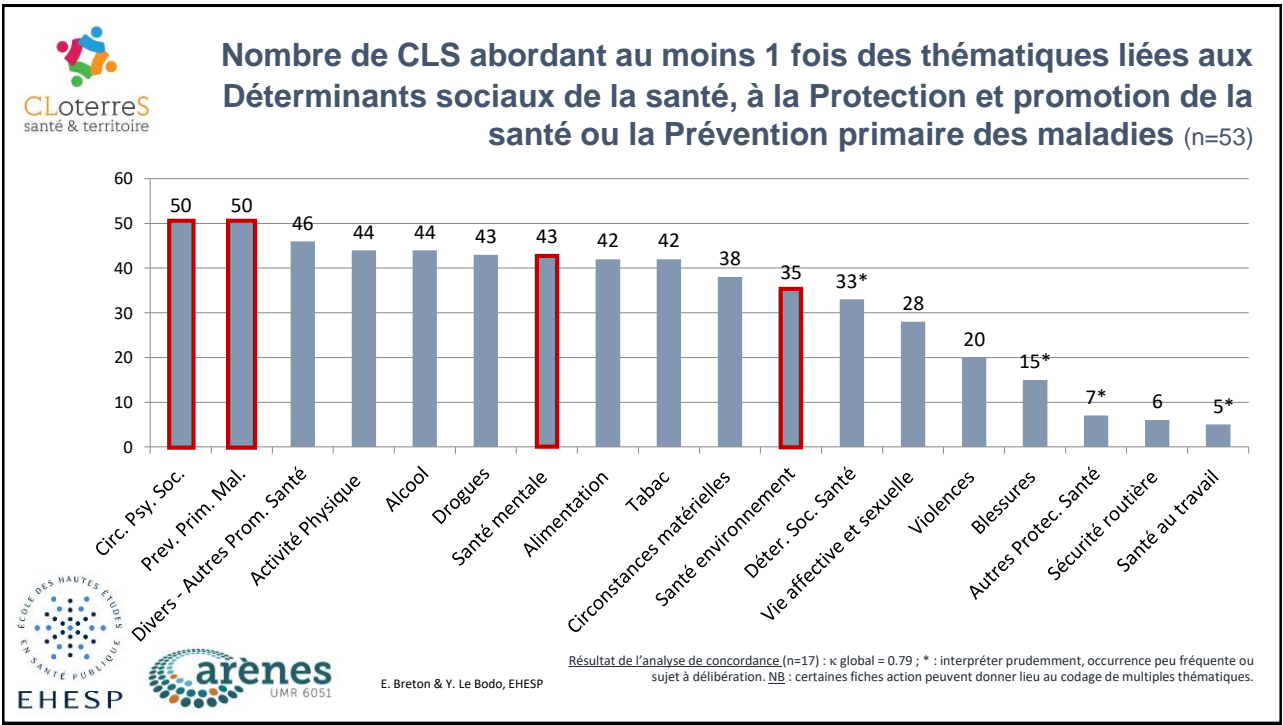
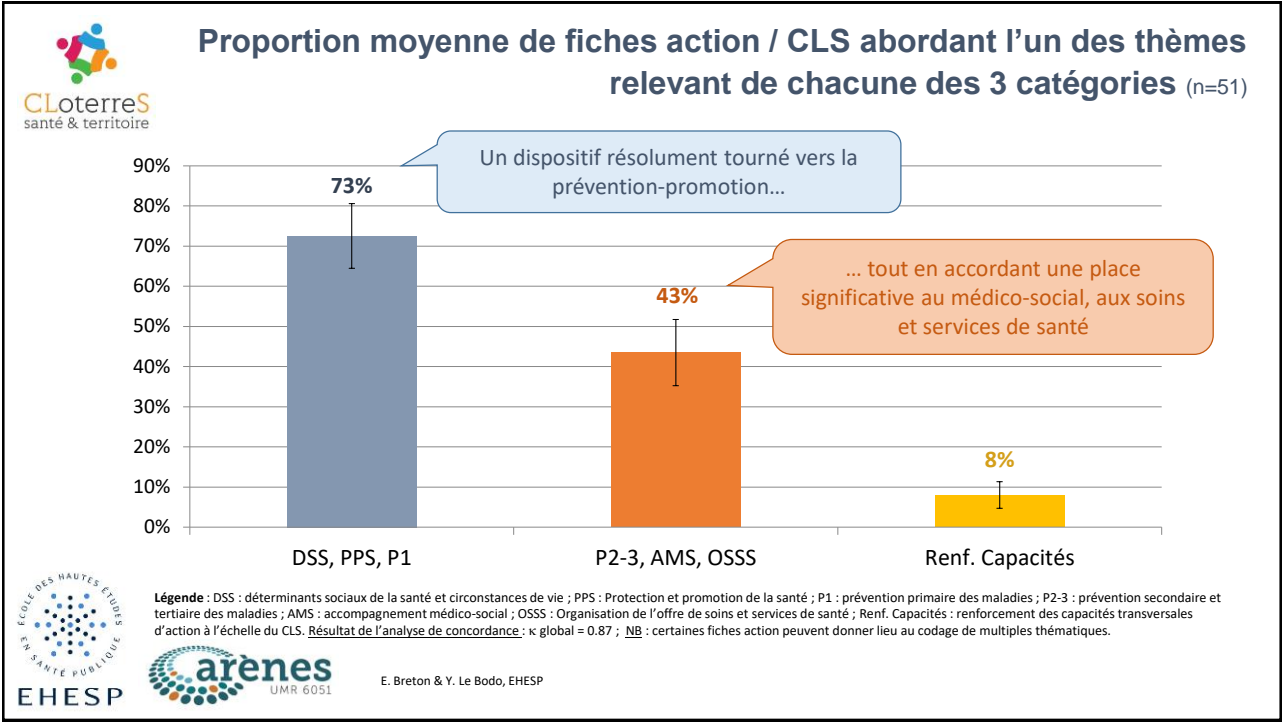


Type de collectivité signataire (n=53, en %)

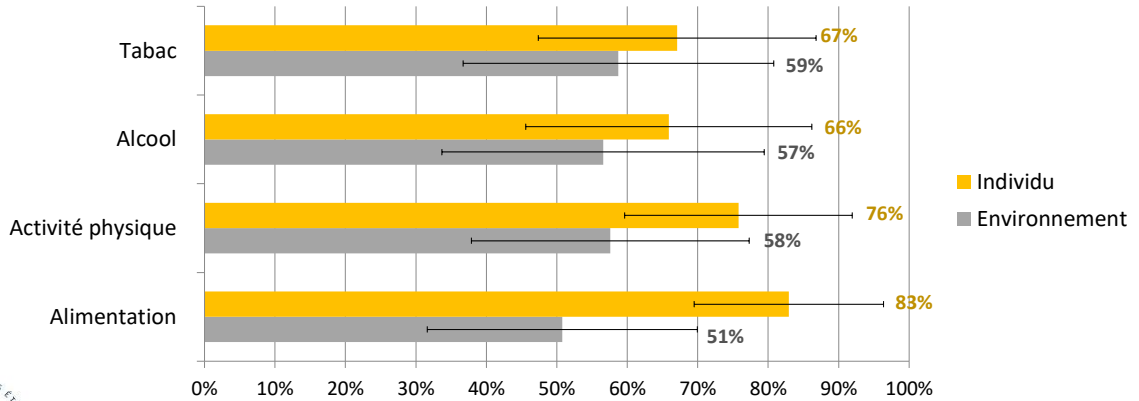


* Selon le recensement de 2016 (INSEE) ou, le cas échéant, selon les chiffres rapportés dans le CLS



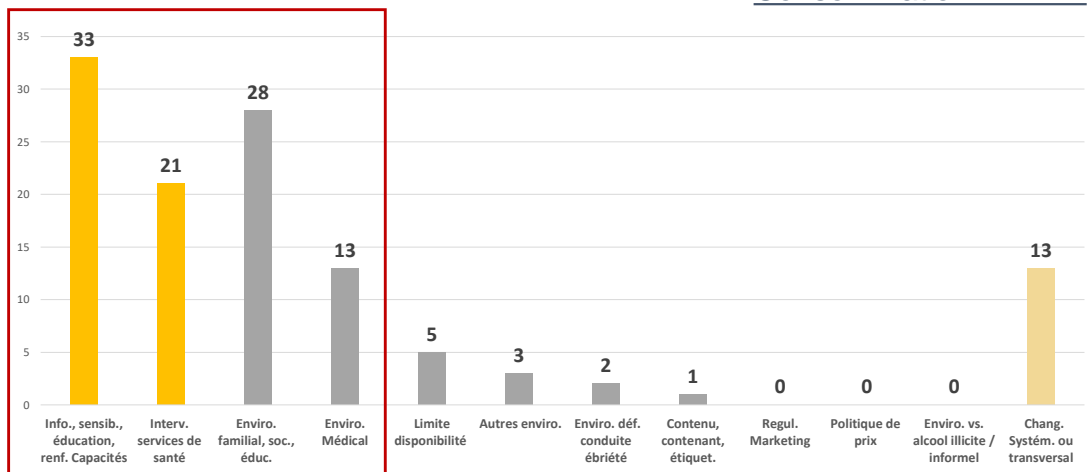


Proportion moyenne de fiches action *alimentation, activité physique, alcool ou tabac* par CLS incluant une mesure visant les **bénéficiaires ultimes** de l'intervention et/ou leur environnement



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** Consommation d'alcool

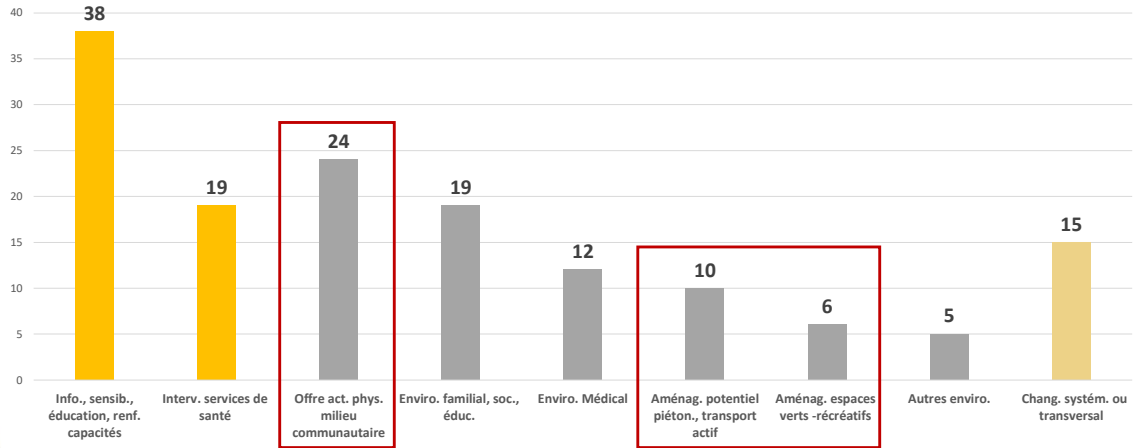


E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP

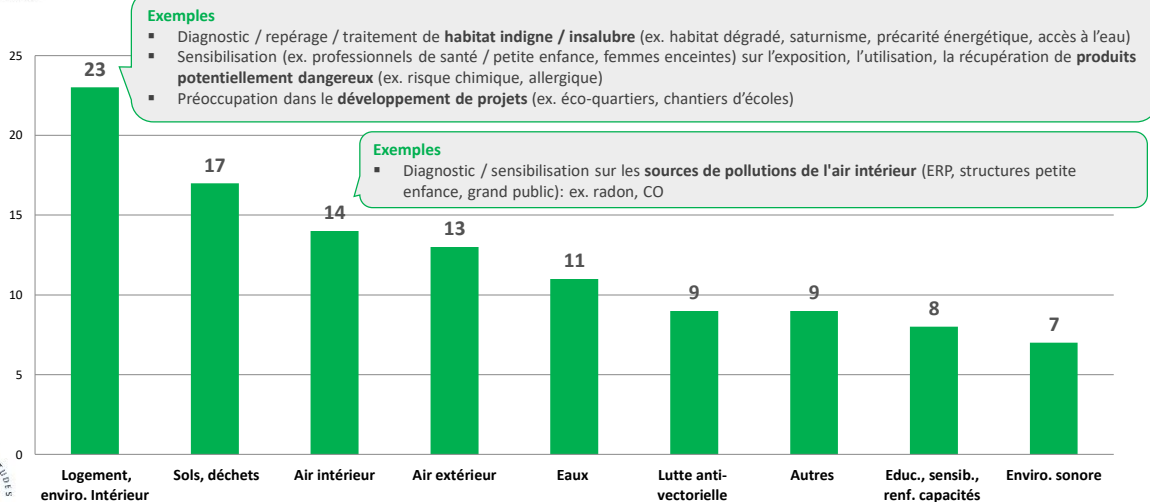
Légende : certaines fiches action peuvent inclure des mesures visant les individus et d'autres leur environnement, ce qui explique que les catégories ne soient pas mutuellement exclusives et que leurs pourcentages cumulés dépassent le n=53. Sources conceptuelles: OMS, 2010, 2015; WCRF, 2018, Richard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

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

Activité physique - sédentarité



Ex. nombre de CLS (n=53) abordant diverses thématiques en **SANTÉ ENVIRONNEMENT**



Exploration : dans les fiches actions abordant la **santé environnement** (n=106), interfaces avec d'autres thématiques

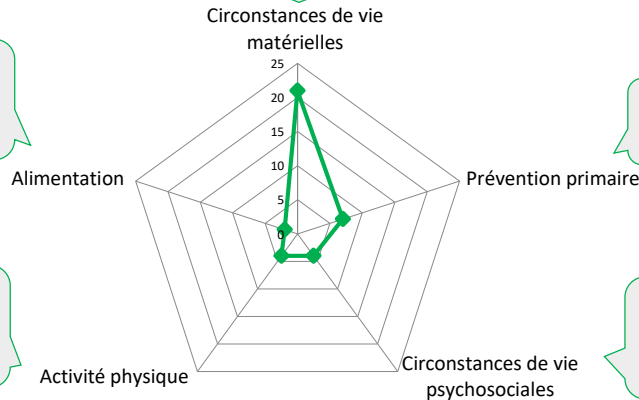
Ex. action scolaire sur l'équilibre alimentaire incluant un volet sur la valorisation des déchets de la cantine

Ex. lutte contre l'habitat indigne: aide aux travaux ou relogement

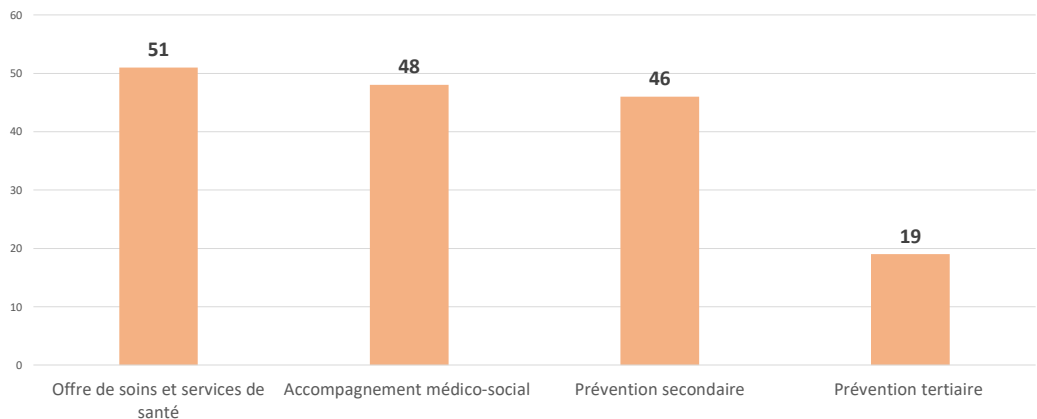
Ex. Sensibilisation des professionnels de la périnatalité

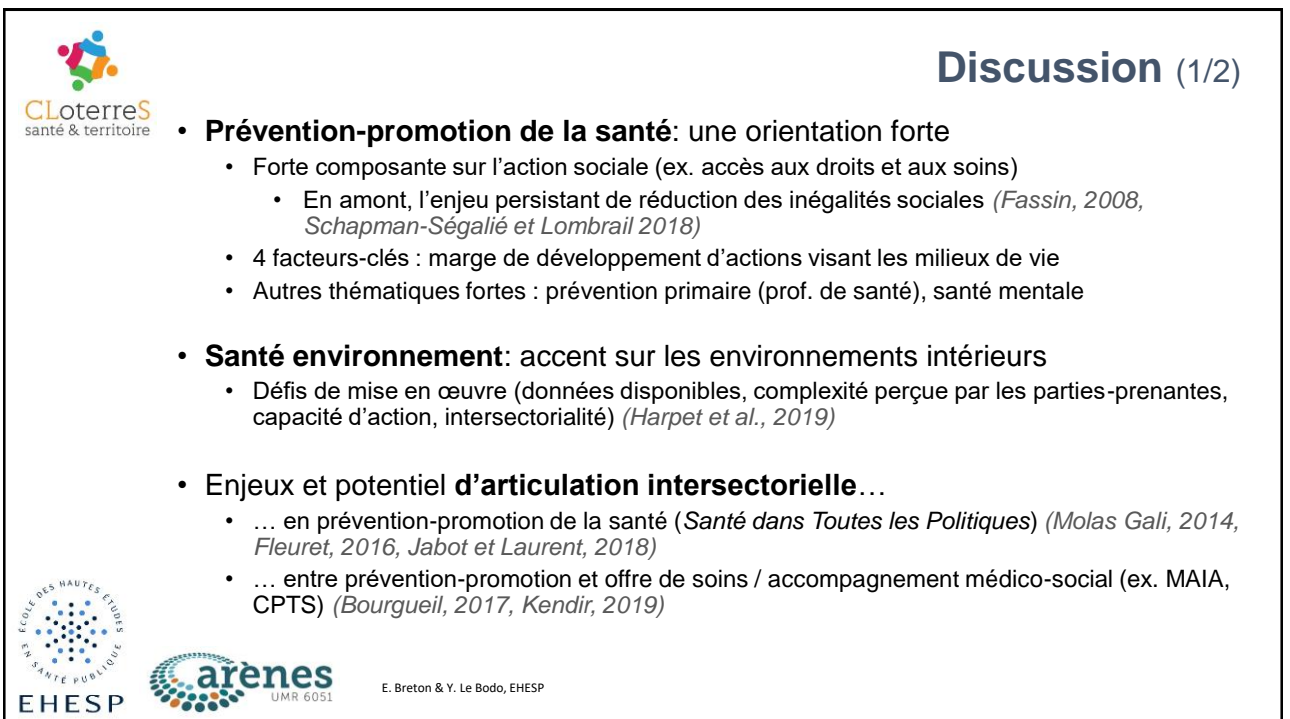
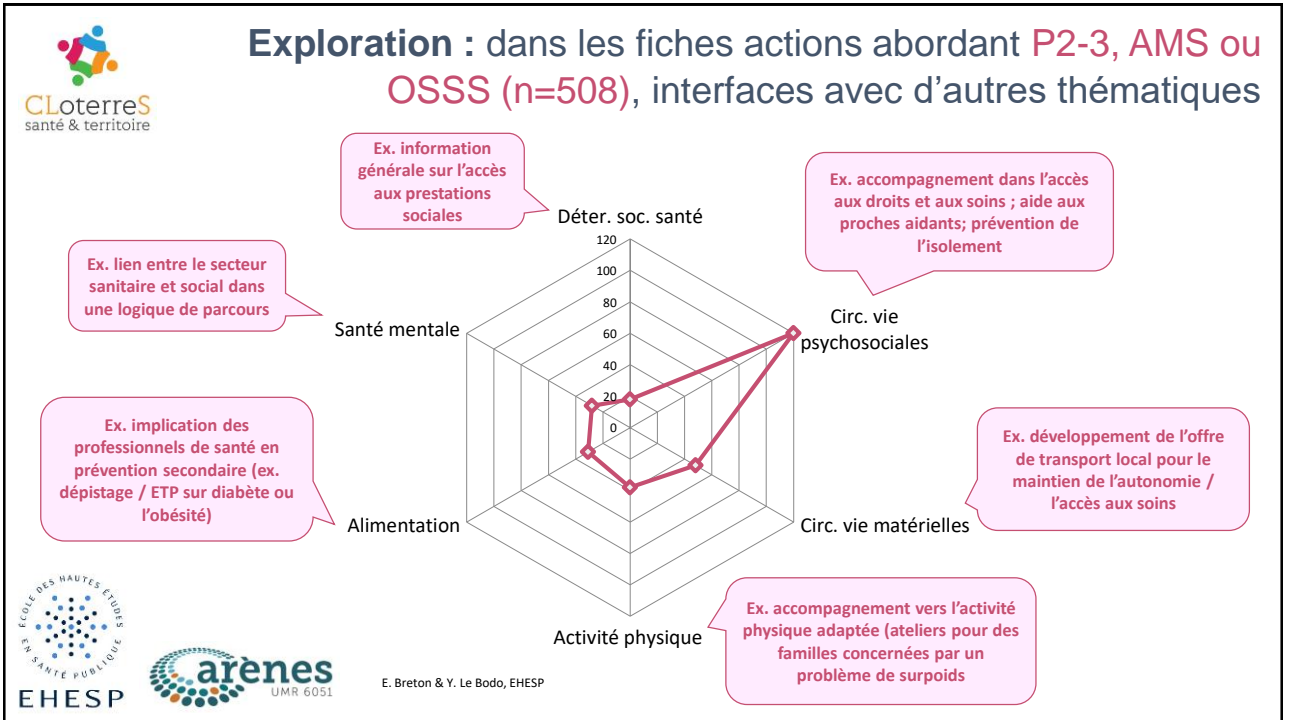
Ex. Promotion de la qualité de l'air extérieur et des sols dans les espaces récréatifs

Ex. contexte de développement des compétences psychosociales des jeunes



Nombre de CLS abordant au moins 1 fois des thématiques liées à la prévention 1aie-2aie des maladies (**P1-2**), l'accompagnement médico-social (**AMS**), l'offre de soins et services de santé (**OSSS**) (n=53)





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

Une question en guise de conclusion...

Qu'est-ce qui permet au local de mieux agir sur les déterminants de la santé des populations ?



Quelques caractéristiques souhaitables d'un dispositif local d'action en promotion de la santé

- Intersectoriels (il ne faut surtout pas qu'il ne soit que sanitaire)
- Légitimité (puissance invitante)
- Adaptatifs
- Participatifs
- Sensibles aux besoins et réalités locales

S'inscrire dans une logique de renforcement des capacités locales d'actions...



E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP



Notre site web !

www.cloterres.fr



E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP





You, C., Joanny, R., Ferron, C., & Breton, E. (2017). *Intervenir localement en promotion de la santé : les enseignements de l'expérience du Pays de Redon-Bretagne Sud*. 188 p. Rennes: Chaire « Promotion de la santé » à l'EHESP et Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.



E. Breton, EHESP



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

Eric.Breton@ehesp.fr

www.ehesp.fr



E. Breton & Y. Le Bodo, EHESP