



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

CLOTERRES EN UN COUP D'ŒIL

**Objectif :** étude du dispositif des Contrats Locaux de Santé (CLS) pour éclairer les pratiques et les capacités locales d'action en prévention et promotion de la santé

**Durée :** 2017-2020

**Parties-prenantes :** consortium de chercheurs de l'EHESP, l'Université de Bretagne Occidentale, l'Université de Montréal et le Comité stratégique multi-partenarial Cloterres

**Soutien financier :** Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP, AAP Général 2016-Prévention), Santé Publique France, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

*Avec ses différents chantiers, l'étude Cloterres jette un éclairage nouveau sur les programmes d'actions des Contrats Locaux de Santé (CLS) et sur les conditions de leur développement et déploiement. Alors que nous ne disposions que de peu d'études sur les CLS et que celles-ci sont généralement exploratoires, Cloterres confirme, chiffres à l'appui, que ce dispositif intervient sur un large spectre de déterminants de la santé des populations. Les premiers résultats présentés dans ce bulletin ne sont qu'un avant-goût du portrait que nous préparons sur un plus large échantillon de CLS.*

*Rappelons que ces travaux reposent sur une recension des écrits sur les CLS et sur la grille Cloterres d'analyse des actions locales. Ces réalisations ont permis de mieux cerner ce que l'on pouvait attendre des CLS et par conséquent d'affiner nos hypothèses de recherche. La grille permet de lire les programmes d'actions à partir des consensus internationaux.*

*La diversité des programmes d'actions des CLS est remarquable. Cela n'est pas pour surprendre considérant la latitude laissée aux acteurs locaux. C'est une distinction fondamentale avec les autres dispositifs présents sur les territoires tels que les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) qui se centrent sur des missions précises ou des corps professionnels. Le CLS n'étant pas contraint de la sorte, il est susceptible de mobiliser une plus grande hétérogénéité d'acteurs locaux et aussi de répondre davantage aux besoins et aspirations de la population.*

*La contribution des CLS à la santé et à l'équité en santé est encore peu connue. Cette situation est toutefois appelée à changer alors qu'on observe un intérêt croissant des ARS et équipes de recherche pour ce dispositif. Il nous est permis d'être optimistes pour l'avenir des CLS. Le nouveau Programme national nutrition santé (PNNS4) dévoilé en septembre fait d'ailleurs plusieurs fois référence aux CLS. Une chose est sûre, nous avons encore beaucoup à apprendre pour tirer tout le potentiel de ce dispositif. Bonne lecture !*

*Eric Breton, PhD, Directeur de l'étude Cloterres*

Une 3<sup>ème</sup> année axée sur les résultats

Le Comité stratégique du projet Cloterres s'est réuni pour la 2<sup>ème</sup> fois, le 9 juillet 2019, à l'EHESP à Paris (photo ci-contre). Aux côtés des chercheurs de l'EHESP et de l'Université de Bretagne Occidentale étaient présents des représentants de l'ARS Bretagne, l'ARS Ile-de-France, l'ARS Centre-Val de Loire, du PETR du Pays Ruffécois, de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (FNES), de la Fabrique territoires santé et de la Mission RESPIRE (EHESP-CNAMTS-IRDES). Alors que le projet entre dans sa 3<sup>ème</sup> année, cette rencontre fut l'occasion d'échanger sur ses avancées. De premiers éléments de portrait des CLS ont été présentés (cf. p.2), les résultats de l'étude sur l'articulation entre soins primaires et actions de prévention-promotion de la santé dans les CLS ont été exposés (cf. p.3), et l'avancement de la collecte de données à l'échelle des ARS et des collectivités a été discuté (cf. p.4).



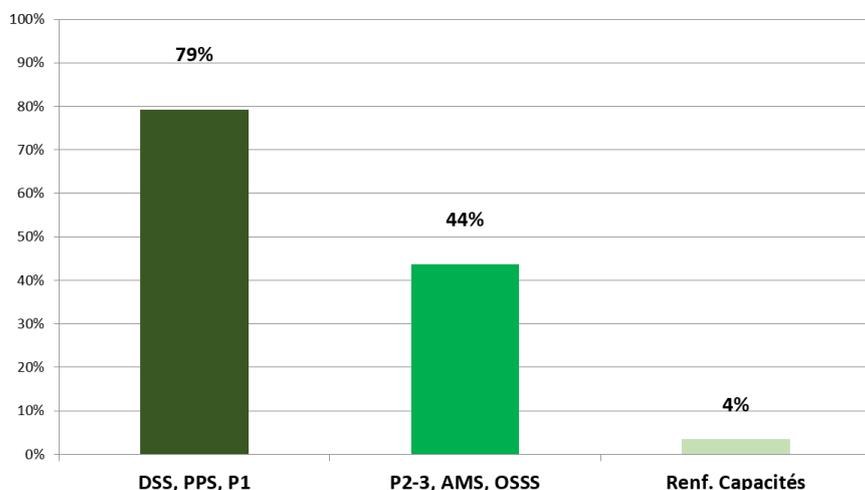
De gauche à droite: Candan Kendir, Deinaba Diallo, William Sherlaw, Clément Duville, Yann Bourgueil, Séverine Lafitte, Clémentine Motard, Nathalie Le Formal, Faouzia Perrin, Guillaume Queneau, Françoise Jabot, Hervé Hudebine, Françoise Dumay, Yann Le Bodo, Cyrille Harpet et Eric Breton.

Le développement d'actions visant à rendre les environnements plus favorables à la santé est largement recommandé pour promouvoir la santé de la population et prévenir les maladies chroniques. A cet égard, les collectivités locales et leurs partenaires disposent du mandat et de compétences pour agir sur de nombreux déterminants de santé sur leur territoire (ex. en matière de petite enfance, de logement, d'aménagement du territoire, de transport, de bien-être social, de loisirs, d'offre alimentaire, etc.).

Initiés par la Loi Hôpital Patients Santé Territoires en 2009 et confirmés dans la Loi de modernisation de notre système de santé en 2016, les CLS réunissent les Agences régionales de santé, les collectivités territoriales et divers acteurs dans une démarche conjointe d'élaboration et de mise en œuvre d'actions de proximité dans 4 domaines-clés : promotion de la santé, prévention, soins, accompagnement médico-social. A l'heure où vient d'être lancée pour la première fois une Politique gouvernementale de prévention, on peut se demander quelle place occupent la prévention et la promotion de la santé dans les CLS ? Pour contribuer à répondre à la question, le 1<sup>er</sup> chantier de l'étude CLoterreS vise à caractériser le profil et le programme d'actions planifiées dans le contexte des CLS. Nous évoquons ici les résultats d'une analyse exploratoire réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de 17 CLS (cf. repères méthodologiques ci-contre).

La plupart de ces CLS ont été signés en 2015. La collectivité signataire est une commune dans près de la moitié des cas et un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) dans près d'1/4 des cas. Seules un peu plus d'1/4 des collectivités signataires sont un Pays, un Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) ou un Parc Naturel dans notre échantillon. Comme le prévoit le dispositif, l'ARS et la collectivité porteuse sont les partenaires incontournables du contrat. Le préfet est fréquemment signataire (13 cas) suivi par des acteurs de la protection sociale (7 cas). Plus rarement, d'autres partenaires figurent à la table de signature (ex. Etablissements de santé, Conseil Départemental, Conseil Régional). Trois CLS sur quatre sont dits de « 1ère génération ». Bien que la participation de la population au diagnostic local de santé soit généralement recommandée, il n'en est fait mention que dans un cas sur 2. Fait notable, près de 1 CLS sur 2 de l'échantillon a été signé dans un territoire sur lequel un Atelier Santé Ville (ASV) était préexistant. Ces 17 CLS totalisent 443 fiches action, soit une moyenne de 26 fiches action par contrat (min : 5; max : 56).

**Figure : proportion moyenne de fiches action abordant l'un des thèmes relevant de chacune de 3 grandes catégories d'action (17 CLS)**



**Catégories d'action :** 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 :**  $\kappa$  global = 0.87 ;  $\rho$  global = 0.99; Attention : certaines fiches action peuvent donner lieu au codage de multiples thématiques.

### Repères méthodologiques

*Le chantier 1 de l'étude CLoterreS a permis de développer une grille de codage caractérisant les conditions d'élaboration des CLS ainsi que les thématiques abordées dans leurs fiches action. Outre la littérature spécifique aux CLS, cette grille s'appuie sur des cadres de référence en santé publique de l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>1,2</sup>. Après plusieurs pré-tests, la grille a été utilisée indépendamment par deux codeurs sur un échantillon aléatoire de 17 CLS (1 par région) parmi les 165 CLS signés entre 01/15 et 03/18 (cf. bulletin précédent). Conduisant à une concordance inter-juge satisfaisante, les résultats ici présentés donnent un aperçu du profil des CLS et de leurs actions avant que l'analyse ne se précise sur un échantillon plus large.*

<sup>1</sup> World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health : Debates, policy & practice, case studies. [Lien](#).

<sup>2</sup> WHO Regional Office for Europe. (2015). Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. [Lien](#).

Dans un CLS, la proportion moyenne de fiches action abordant les déterminants sociaux de la santé, les conditions de vie ou d'autres déterminants ciblés par les interventions de protection, de promotion ou de prévention primaire des maladies (DSS-PPS-P1) était de 79 % tandis que 44 % des fiches action abordaient la prévention secondaire/ tertiaire, l'accompagnement médico-social ou les soins et services de santé (P2-3, AMS, OSSS) (cf. figure ci-contre).

Parmi les thèmes DSS-PPS-P1 (double codage permis) : les circonstances de vie psychosociales ont été abordées dans les 17 CLS et l'étaient, en moyenne, dans 31 % de leurs fiches action; les conditions de vie matérielles ont été abordées dans une moindre mesure (16 CLS, 13%) ; les autres thèmes-clés incluent la santé environnementale (12, 14%), la santé mentale (16, 12%), la consommation d'alcool (15, 11%), la consommation de drogues (14, 11%), le tabac (13, 9%), l'activité physique (13, 12%), l'alimentation (12, 12%).

Ces travaux ont permis de vérifier que la grille d'analyse CLoterreS est utile pour contribuer à décrire le profil et les multiples thèmes des actions planifiées dans les CLS. Ces résultats exploratoires indiquent que les CLS sont des instruments très mobilisés pour agir en prévention et promotion de la santé. Les analyses réalisées à l'échelle d'un échantillon plus large permettront de préciser ces premiers résultats.

# Etude sur les actions relatives à l'accès aux soins et l'implication des acteurs de soins primaires en santé publique dans les CLS

La diminution du nombre de médecins généralistes, l'évolution de leurs attentes en termes d'exercice et de conditions de travail comme la dynamique générale d'évolution des territoires modifient en profondeur la distribution de l'offre de soins primaires sur le territoire Français. L'accès géographique est une préoccupation importante pour les acteurs locaux dans les débats publics comme sur les territoires. Les CLS visent conjointement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la construction d'une offre de santé de proximité dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social. Ils peuvent dès lors être mobilisés pour maintenir l'offre de soins et ce d'autant plus que l'interprétation et la mobilisation qui en a été faite sur le terrain ont été diverses selon les contextes et les acteurs (élus, professionnels, population et administration) en présence. Par ailleurs, le développement des formes d'exercice pluri-professionnelles en maisons de santé et centres de santé facilite l'approche populationnelle et permet d'envisager le développement d'actions de prévention et une meilleure coordination des soins, ce qui peut également rencontrer les objectifs des CLS.

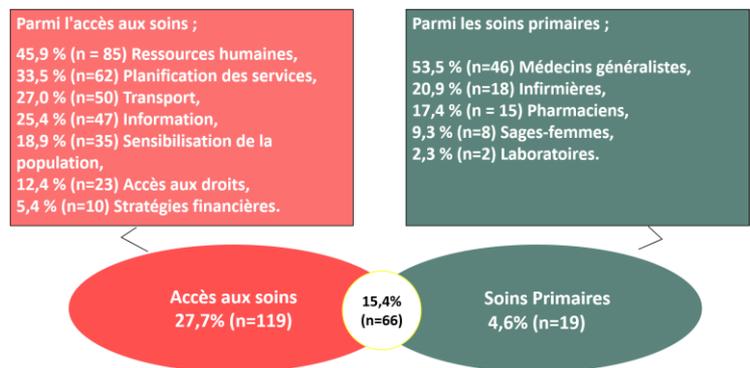
## Un sujet d'actualité : Quelles interfaces entre soins primaires et promotion de la santé ?

Les débats menés à l'occasion de la célébration des 40 ans de la déclaration d'Alma Ata ont permis de clarifier les fonctions respectives des services de soins préventifs, curatifs et palliatifs et des actions visant à promouvoir la santé et agir sur les déterminants sociaux. Il y a actuellement un enjeu important à travailler sur les interactions entre la mise en œuvre des soins délivrés à une personne et les actions visant à intervenir sur son environnement local<sup>1</sup>. En effet, les systèmes de soins primaires « forts » comme au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas sont faiblement articulés et intégrés avec le secteur social et peu engagés auprès de la population locale. Au-delà des principes généraux, quelles sont les actions et pratiques qui facilitent les connexions entre services de soins primaires et actions locales visant à promouvoir la santé et agir sur ses déterminants ?

<sup>1</sup> Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*, 392(10156), 1461-1472. [Lien](#).

Notre étude avait deux objectifs : 1 - Quantifier et analyser comment les CLS se saisissent de la question de l'accès aux soins ; 2 - Caractériser les modalités d'articulation des actions de santé publique avec les acteurs de soins primaires. Une recherche a été menée à partir du contenu de l'échantillon de 17 CLS (un par région française) issus de la base CLoterres. L'ensemble des 429 fiches action des 17 CLS ont été classées et codées selon qu'elles abordent ou non l'accès aux soins (et si oui, ses modalités), selon que des acteurs de soins primaires sont impliqués ou non dans la fiche (et si oui, le type d'acteur) et selon la nature de l'action (coordination, sur un déterminant de santé...). Une analyse quantitative descriptive de ce codage a été effectuée. Ensuite, une analyse qualitative thématique a permis de préciser les modalités d'implication des professionnels de soins primaires dans les actions de santé publique selon leur position (leader, partenaire ou cible de l'action).

Figure : Proportion des fiches actions (n=429) concernant l'accès aux soins et/ou les soins primaires (17 CLS)



Parmi les fiches action, 43,2% (n=185) visent à améliorer l'accès aux soins. La population générale ou des publics ciblés font l'objet de la majeure partie des actions pour améliorer l'accès aux soins. 35,7% (n=66) d'entre elles concernent les professionnels de soins primaires et portent principalement sur les ressources humaines (recrutement de nouveaux professionnels ou formation continue) et la planification des services (création de maisons de santé pluri-professionnelles, télé-médecine, guichet pour faciliter l'accès aux droits dans un centre de santé, organisation d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)).

Près de 5% des fiches action impliquent les professionnels des soins primaires dans une action de santé publique. Elles portent sur le développement de l'usage d'outils numériques, la coordination des soins au domicile et avec les autres secteurs (secondaire et social), la prévention (vaccination et dépistage), la promotion de la santé (activité physique) et l'Education Thérapeutique des Patients (ETP). Les professionnels des soins primaires étaient le plus souvent mentionnés comme cibles de l'action plutôt que leaders (à l'origine de l'action) ou partenaires (impliqués dans la construction et la gestion de l'action).

## Conclusion

Les résultats montrent que l'accès aux soins est une préoccupation principale dans les CLS. Les acteurs de soins primaires sont impliqués dans une action sur 5 mais principalement pour améliorer l'accès aux soins. Ils sont très rarement leaders ou partenaires dans les actions de prévention et de promotion de la santé. Ces résultats sont à prendre avec précaution étant donnée la petite taille de l'échantillon. L'analyse des fiches action a montré une grande hétérogénéité des terminologies utilisées pour identifier et nommer les acteurs de soins primaires (libéral, ville, médecin traitant, médecin généraliste, acteurs de proximité...). Une clarification des termes et des missions des acteurs paraît nécessaire. Le développement annoncé des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) principalement centrées sur l'accès aux soins peut favoriser l'émergence d'un partenaire pour les acteurs locaux de la promotion de la santé.

Candan Kendir, MD, MPH, Ingénieure d'étude, Mission RESPIRE  
Yann Bourgueil, MD, MPH, Directeur recherche, Mission RESPIRE

## Chantiers 2-3 : à la rencontre des professionnels des ARS et des collectivités

Le **chantier 2** de l'étude CloterreS pose la question des conditions locales associées à l'investissement des CLS dans le champ de la prévention-Promotion de la santé. L'expérience du MIP de l'EHESP en mai 2019 a permis d'aller à la rencontre d'acteurs de 3 collectivités porteuses de CLS (voir ci-contre). Le travail exploratoire des élèves indique que le CLS est perçu comme un outil souple qui suscite de l'intérêt chez les acteurs locaux car il permet d'ancrer l'intervention dans le long terme et de fédérer plusieurs acteurs. Il peut s'appuyer sur les dispositifs préexistants (ex. Centre local d'information et de coordination [CLIC], Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie [MAIA]). Le diagnostic peut s'avérer utile pour élargir la réflexion au-delà de l'offre de soins (préoccupation politique initiale fréquente). Il ressort toutefois qu'en pratique, la mise en œuvre des CLS présente des limites, par exemple dans son articulation parfois difficile avec d'autres outils/cadres existants. La question de sa contribution à la réduction des inégalités sociales de santé sur les territoires reste en suspens. L'absence de financement spécifique pour les actions des CLS ainsi qu'un manque de visibilité et d'évaluation des actions ont également été soulignés. Ce travail « pilote » sera approfondi dans les prochains mois.

Par ailleurs, le **chantier 3** consiste à mieux comprendre la politique de déploiement des CLS établie par les ARS, les ressources qui leur sont consacrées, l'accompagnement et le soutien offerts aux porteurs. Dans ce cadre, l'équipe CloterreS s'est déjà entretenue avec des professionnels de 13 ARS. Les entretiens seront finalisés cet automne.

### CloterreS à la croisée de la recherche, de la pratique et de la formation : l'expérience du « MIP » de l'EHESP - Mai 2019

Le module interprofessionnel de santé publique (MIP) de l'EHESP mobilise chaque année des équipes de 10 élèves issus de différentes filières (ex. attaché d'administration hospitalière, directeur d'hôpital, directeur des soins, ingénieur d'études sanitaires) afin de conduire pendant quelques semaines une mission commune sur une problématique proposée par des enseignants et personnels de l'EHESP.

Cette année, une équipe s'est mobilisée dans le cadre du chantier 2 de l'étude CloterreS. Elle a été orientée sur 3 territoires porteurs de CLS (n=10 entretiens, auprès d'un élu, un directeur de services d'une collectivité, une agence départementale, un professionnel de santé, etc.). L'équipe a suivi un protocole défini par la recherche CloterreS (questions de recherche, trames d'entretien, règles d'éthique) tout en conservant l'esprit d'un exercice pédagogique.

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

Harpet, C., Templon, J., Fonteneau, R., Sherlaw, W., & Breton, E. (2019). Contrats locaux de santé : Quelle place pour la santé-environnement ? *Environnement, Risques & Santé*, 18(2), 135-147.

### Communication associée :

Rencontres territoriales de la santé organisée par le CNFPT, Nancy, 18-19 Septembre 2018. [Lien](#).

Des membres du consortium de l'étude CloterreS (voir ci-contre) ont récemment publié un article portant sur la place de la santé environnement dans les CLS. Diffusé dans la revue *Environnement, Risques & Santé* (Mars-Avril 2019), ce travail repose sur l'analyse d'un échantillon de CLS engagés depuis 2010 et des entretiens réalisés auprès de divers acteurs impliqués dans le dispositif. Il met en lumière l'émergence de la thématique « santé-environnement » dans les programmes d'actions, la diversité de sujets abordés, mais aussi les défis que représente la prise en compte de cette thématique en matière de données disponibles, de complexité perçue par les parties-prenantes, de capacités d'action ou d'intersectorialité.

## Communications récentes ou à venir • à retrouver sur [www.cloterres.fr](http://www.cloterres.fr)



- « Les Territoires agissent en faveur de la santé : échanges de pratiques et d'expériences, articulation avec les contrats locaux de santé », journée d'échanges organisée par l'ARS Grand Est, Epinal, 24 juin 2019
- « Santé et territoire : agir ensemble au plus près des habitants », table ronde à l'occasion de la signature du CLS du Pays de Brest, 26 juin 2019
- Forum régional nutrition, 2<sup>ème</sup> édition, organisé par la SRAE, Nantes, 11 Octobre 2019
- 12<sup>ème</sup> Conférence européenne de santé publique, Marseille, 20-23 Novembre 2019

## Membres du consortium CloterreS

Eric BRETON, Enseignant-Chercheur à l'EHESP et au Laboratoire Arènes  
Cyrille HARPET, Enseignant-Chercheur à l'EHESP et au Laboratoire Arènes  
Françoise JABOT, Enseignante-Chercheuse à l'EHESP et au Laboratoire Arènes  
Jean-Baptiste COMBES, Enseignant-Chercheur à l'EHESP et au Laboratoire Arènes  
Hervé HUDEBINE, Maître de conférences au Laboratoire LABERS à l'Université de Bretagne Occidentale  
William SHERLAW, Enseignant-Chercheur à l'EHESP et au Laboratoire LABERS  
Louise POTVIN, Professeure titulaire, Université de Montréal  
Yann BOURGUEIL, Directeur de recherche à l'IRDES, Responsable de la Mission RESPIRE (EHESP – CNAMTS – IRDES)  
Faouzia PERRIN, Chercheuse associée au laboratoire Pacte, Grenoble  
Dieinaba DIALLO, Ingénieure d'étude à l'EHESP, Etude CloterreS  
Candan KENDIR, Ingénieure d'étude à l'EHESP, Mission RESPIRE  
Yann LE BODO, Ingénieur d'étude à l'EHESP, Etude CloterreS

## Contacts

EHESP, 15, avenue du Pr.  
Léon Bernard, 35043  
Rennes Cedex

Direction: Eric Breton  
[Eric.Breton@ehesp.fr](mailto:Eric.Breton@ehesp.fr)

Coordination: Yann Le Bodo  
[Yann.Lebodo@ehesp.fr](mailto:Yann.Lebodo@ehesp.fr)  
Tel : 02 99 02 26 27