



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



APPEL A PROJETS REGIONAL 2025

dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions

CAHIER DES CHARGES

Autorité responsable de l'appel à projets :

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
13 rue du Landy
93200 SAINT-DENIS

Date de publication de l'appel à projets 16 avril 2025

Date limite de dépôt des candidatures :28 mai à 23h59

Dans le cadre du présent appel à projets, le secrétariat est assuré par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Pour toute question :

ARS-IDF-ADDICTOLOGIE@ars.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
www.ars.iledefrance.sante.fr

1 Table des matières

1.CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL	3
Le fonds de lutte contre les addictions	5
2. PRINCIPES DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL	6
2.1 Les priorités en 2025	6
2.2 Les principes attendus	6
3. CHAMP DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL.....	9
3.1 Axe 1 : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance,	9
Priorité régionale pour le déploiement les programmes de développement des CPS	9
3.2 Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance,....	11
3.2.1 Aider les fumeurs à s'arrêter de fumer.....	12
3.2.2 Réduire les risques et les dommages liés aux consommations de substances psychoactives.....	12
3.3 Axe 3 : Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires, et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé	14
3.4 Axe 4 : Déployer et renforcer le dispositif « Lieux de Santé Sans Tabac » (LSST)	15
4. RECEVABILITE DES PROJETS.....	15
4.1 Caractéristiques attendues des projets.....	15
4.2 Les structures concernées et bénéficiaires de la subvention.....	16
4.2.1 Les critères d'exclusion.....	17
4.2.2 Les critères d'éligibilité.....	18
5. DISPOSITIONS GENERALES	19
5.1 Financement	19
5.2 Communication	19
6. CALENDRIER DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL	20
7. PROCEDURE DE DEPOT ET DE SELECTION DES PROJETS.....	20
7.1 Procédure de dépôt des dossiers de candidature.....	20
7.2 Procédure de sélection des dossiers de candidature	20
Les principales étapes de la procédure de sélection des dossiers de candidature sont les suivantes :	20
8. CONTACTS, PRECISIONS COMPLEMENTAIRES.....	21
ANNEXES.....	21

Le présent cahier des charges vise à préciser le cadre et les modalités de l'appel à projets régional 2025 permettant le financement et la déclinaison d'actions locales de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives et sans substance en région Ile-de-France.

1.CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL

Les addictions, un enjeu de santé publique

Les conduites addictives demeurent un problème majeur de société et de santé publique, en raison des dommages sanitaires et sociaux qu'elles induisent, de leurs conséquences en termes d'insécurité, du fait du trafic et de la délinquance, et de leur coût pour les finances publiques.

Les conduites addictives sont les premières causes de mortalité évitable en France : la consommation de **tabac** est responsable de 75 000 décès par an (dont 46 000 décès par cancer)¹, l'alcool de 41 000 (dont 16 000 par cancer) et les drogues de plus de 500 décès chaque année.

En 2023, en France hexagonale, plus de trois personnes de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (31,1 %). Moins d'un quart déclaraient fumer quotidiennement (23,1 %)². Le nombre de consommateurs quotidiens d'alcool est estimé à 5 millions, tandis que les usagers quotidiens de cannabis sont estimés à 850 000.

Ces conduites addictives pèsent sur les comptes de la Nation, en particulier sur les dépenses de santé, et engendrent des coûts sociaux conséquents : respectivement 156 et 102 milliards d'euros pour le tabac et l'alcool et 7,7 milliards d'euros pour les drogues illicites³.

La consommation de substances psychoactives est particulièrement préoccupante chez les jeunes. En effet, en 2022, 16% des jeunes de 17 ans consomment quotidiennement du tabac et **un tiers d'entre eux a déclaré une alcoolisation ponctuelle importante dans le mois**⁴. Concernant le cannabis, **environ 30% des jeunes de 17 ans ont déjà fumé du cannabis à 17 ans et 60 000 d'entre eux ont un risque d'usage problématique ou de dépendance.**

Par ailleurs, la consommation de **cocaïne** est un sujet de préoccupation grandissant.

En France, en 2022, 600 000 personnes déclaraient avoir consommé de la cocaïne dans l'année. L'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 18-25 ans (2,8 %) et les 26-34 ans (3,4 %). La part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies (de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2017).

Les données récentes montrent que le temps d'exposition aux **écrans** ne fait que progresser. Les adultes et les jeunes de 11 à 17 ans passent respectivement deux et une heure de plus par jour devant un écran comparativement à il y a 10 ans. 17,4% des adolescents de 17 ans déclarent avoir joué à un jeu d'argent et de hasard sur Internet en 2017 (pourtant interdit aux mineurs)⁵. Par ailleurs, **l'usage des jeux vidéo est jugé problématique pour 1 adolescent sur 8**⁶.

De plus, les paris sportifs ont vu une importante progression depuis le début de la crise sanitaire. Sur les trois premiers mois de 2021, le nombre de joueurs a progressé de 19% par rapport à 2020. On observe également une forte augmentation de 60% des paris hippiques entre 2020 et 2021, tout comme le nombre de joueurs de poker en ligne qui a augmenté de 9%.

¹ Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2019;(15):278-84

² SPF, « Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans », ,

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/prevalence-du-tabagisme-en-france-hexagonale-en-2023-parmi-les-18-75-ans>.

³ <https://www.ofdt.fr/publications/collections/methode/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019/>

⁴ <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2022-tendances-155-mars-2022/>

⁵ Enquête ENJEU-Mineurs - SEDAP - 2021

⁶ Ibid

Les conduites addictives, une priorité du Projet Régional de Santé (PRS) Ile-de-France 2023-2027

L'ARS Ile-de-France a défini et organisé la mise en œuvre des priorités de santé ainsi que les évolutions de l'offre régionale de santé dans le cadre de son Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2027, établi en concertation avec l'ensemble des parties prenantes sur la base d'un diagnostic territorial.

En outre, une feuille de route régionale, définie par le chef de projet régional MILDECA en lien avec l'ARS et les services déconcentrés et partenaires concernés, précise localement les priorités de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

Par ailleurs, le Plan Seine-Seine-Saint-Denis intègre parmi ses priorités la lutte contre les addictions et prévoit la mise en œuvre et le renforcement d'actions de prévention, de réduction des risques et de soins.

Etat des lieux des consommations en Ile-de-France

➤ Concernant les usages **en population adulte**, la prévalence du **tabagisme quotidien** est moins élevée en Ile-de-France que dans le reste de la France (en 2021, 22,4 % contre 25,4 % hors Île-de-France). Il est néanmoins observé de fortes inégalités départementales au sein de la région francilienne sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac.

En 2021, la consommation d'**alcool** quotidienne déclarée en Ile-de-France était significativement plus faible que la moyenne nationale (5,4% en Ile-de-France contre 8,0% en France hexagonale).

En Île-de-France, comme dans les autres régions, les hommes déclaraient plus fréquemment une consommation quotidienne d'alcool que les femmes (8,3% des Franciliens contre 2,7% des Franciliennes)⁷.

Concernant les **drogues illicites**, la région Ile-de-France se caractérise par des expérimentations inquiétantes et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis (37% en Ile-de-France versus 31,3% hors Ile-de-France), le poppers (6,6% versus 5%), la cocaïne (4,7% versus 3,4%).

Bien qu'il soit difficile d'estimer sa consommation en population générale de façon localisée, le sujet du protoxyde d'azote est prédominant dans les échanges entre acteurs franciliens, avec un public jeune (15-29 ans) largement identifié.

➤ **Chez les jeunes**, les données comparant la région Ile-de-France au reste de la France montrent des consommations moindres des franciliens. Néanmoins, l'Ile-de-France est un territoire très hétérogène et les comportements sont susceptibles d'évoluer rapidement avec notamment la diffusion d'autres modes de consommation. L'enquête ESCAPAD, qui vient mesurer à l'échelle régionale les *usages de substances psychoactives des jeunes de 17 ans*, démontre que les jeunes franciliens consomment moins de substances, tous produits confondus, hormis le protoxyde d'azote.

Les niveaux d'usages de substances psychoactives à 17 ans en 2022 en Ile-de-France (en %) :

Produits	Usages	Ile-de-France	France métropolitaine
Alcool	Expérimentation	66,7	80,6
	Récent	44,5	58,6
	Régulier	4,1	7,2
	API* répétée (au moins 3 fois dans le mois)	8,3	13,6
Tabac	Expérimentation	38,2	46,5

⁷ SPF, [Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire](#), La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme

	Quotidien (au moins 1 cigarette /jour)	11,6	15,6
	Intensif (plus de 10 cigarettes/jour)	1,9	3,7
Cannabis	Expérimentation	26,1	29,9
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	3,2	3,8
Protoxyde d'azote	Expérimentation**	3,2	2,3

* API : Alcoolisation ponctuelle importante

** Au moins une expérimentation d'une des drogues illicites suivantes : champignons hallucinogènes, MDMA/ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne, héroïne.

Le fonds de lutte contre les addictions

En 2025, le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives financera des **actions de prévention portant sur l'ensemble des produits psychoactifs ainsi qu'aux addictions sans substance** :

- **Le tabac** dans une logique de poursuite et d'amplification de la dynamique lancée en 2018 avec le déploiement du Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) et la création du fonds de lutte contre le tabac, auquel a succédé en 2019 le fonds de lutte contre les conduites addictives (FLCA), l'objectif étant de maintenir un haut niveau d'engagement sur cette thématique de santé publique ;
- **L'alcool**, notamment pour les objectifs de réduction du nombre de personnes au-dessus des seuils de consommation⁸ à moindre risque, et de réduction des risques et des dommages liés à la consommation chez les personnes concernées ;
- **Les substances psychoactives autres que le tabac et l'alcool, avec une priorité accordée au cannabis, à la cocaïne ainsi qu'au protoxyde d'azote ;**
- **Les addictions sans substance** (écrans, jeux vidéo).

L'appel à projets régional Île-de-France viendra aussi appuyer le déploiement d'actions prioritaires entrant dans le périmètre d'intervention du fonds en vue **d'amplifier et d'accompagner financièrement des actions innovantes et efficaces pour prévenir les conduites addictives et protéger toutes les catégories de population, notamment celles appartenant aux groupes les plus vulnérables.**

Le présent cahier des charges a pour objectif de :

- **Préciser les modalités de soutien aux actions locales et régionales de lutte contre les addictions (liées aux substances psychoactives et addictions sans substance) par le fonds de lutte contre les addictions,**
- **Définir les conditions de mise en œuvre des actions de prévention et de réduction des risques et des dommages des addictions liées aux substances psychoactives et sans substance**
- **Définir les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat doit répondre.**

⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/de-nouveaux-reperes-de-consommation-d-alcool-pour-limiter-les-risques-sur-sa-sante#:~:text=Les%20nouveaux%20rep%C3%A8res%20de%20consommation,sans%20consommation%20dans%20une%20semaine.>

2. PRINCIPES DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL

2.1 Les priorités en 2025

Cet appel à projets permettra de soutenir au niveau régional et local des actions qui accompagnent la déclinaison du PRS, du PNL 2023-2027 et du plan national de mobilisation contre les addictions mis en œuvre en région via la feuille de route régionale élaborée sous l'égide du chef de projet MILDECA.

Les actions financées par le fonds de lutte contre les addictions devront s'inscrire dans au moins l'un des axes retenus ci-après :

Axe 1 : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance

Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance

Axe 3 : Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Axe 4 : Déployer et renforcer le dispositif « Lieux de santé sans tabac », l'objectif étant d'amener d'ici 2027 au moins 50 % des établissements de santé publics et privés à adopter cette démarche, et 100% des centres hospitaliers régionaux, des maternités, des centres de lutte contre le cancer

Compte tenu des besoins nouveaux ou aggravés sur la santé mentale des français, et plus spécifiquement des franciliens, ainsi que sur les inégalités sociales de santé, une attention particulière sera apportée aux projets innovants ou expérimentations permettant de corriger ses conséquences ou de répondre à ces besoins nouveaux.

2.2 Les principes attendus

Pour 2025, les actions ou programmes d'actions qui seront financés devront reposer sur les principes suivants :

- Répondre à des besoins identifiés, en cohérence avec ceux identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux du PRS ;
- Permettre le développement d'une offre de prévention de proximité, adaptée et cohérente (logique de complémentarités d'intervention) sur un territoire donné ;
- S'appuyer sur une analyse de la situation devant notamment permettre de tenir compte des inégalités sociales de santé afin d'identifier plus spécifiquement les publics prioritaires et leurs besoins ;
- Permettre le développement d'interventions validées au niveau national ou international, en veillant à la qualité du processus de leur déploiement pour en garantir l'efficacité ;
- Permettre l'émergence de nouvelles actions probantes en développant des actions innovantes qui devront être accompagnées d'une évaluation ;
- Mobiliser des collaborations et des partenariats avec des acteurs œuvrant en intersectorialité ;
- Tenir compte et s'appuyer sur les ressources existantes sur la thématique du tabac et des conduites addictives (associatives, professionnels de santé, etc.) ;
- Permettre la participation des usagers du système de santé ;
- Renforcer la capacité d'agir des personnes et la participation citoyenne ;
- S'inscrire dans une approche intégrant la nécessité de faire évoluer favorablement les environnements de vie au regard de leur influence sur le développement des conduites addictives (par exemple interdits protecteurs, propositions d'activités, etc.).

Un volet d'évaluation sera systématiquement intégré au projet sur la base d'indicateurs pertinents tenant compte de la spécificité de chacun des projets et des données de la littérature en la matière.

Si l'intervention proposée est innovante et prometteuse, l'évaluation devra porter notamment sur :

- L'impact de l'action sur les publics bénéficiaires ;
- L'impact sur les déterminants de santé et les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- L'identification des fonctions clés permettant la réplication de l'intervention et sa généralisation sur le territoire.

D'autres éléments seront aussi appréciés comme l'efficacité de l'intervention, l'évaluation de la mise en place, le processus et l'acceptabilité de l'intervention, l'évaluation coût-efficacité et l'impact budgétaire de la généralisation de l'intervention et l'évaluation des enjeux juridiques liés à la généralisation de l'intervention. Les porteurs de projets pourront s'inspirer de modèles d'évaluation proposés par Santé Publique France.

Pour ce faire, le projet fera apparaître une collaboration universitaire ou l'appui d'un organisme de recherche ou d'évaluation à même de concourir à la qualité de l'évaluation, notamment pour les projets de développement des compétences psychosociales.

Quel que soit le type de programme, probant ou prometteur, l'analyse de la transférabilité doit être réalisée dès la conception du programme afin d'identifier les fonctions clés de réussite du programme dans un contexte donné qui peuvent être observées dans un autre contexte.

Tout projet venant expérimenter des interventions relevant de dispositions du droit commun (consultations, télésanté, hospitalisation etc.) doit intégrer les relais de financement de l'Assurance Maladie par la suite.

En pratique, cela signifie que ces projets doivent préciser comment ils s'intègrent dans des financements d'activité par l'Assurance Maladie.

Enfin, un seul projet peut proposer une combinaison de plusieurs programmes probants et/ou prometteurs simultanément sur un même territoire dans une logique systémique territoriale et/ou de parcours de santé. Un projet de déploiement de programme(s) peut aussi concerner plusieurs territoires ou milieux de vie aux caractéristiques socioéconomiques, rural/urbain différentes en vue de mesurer l'impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

En Ile-de-France, des groupes sociaux prioritaires ont été identifiés.

- **Jeunes** = sont concernés tous les enfants et jeunes dès l'âge des premières expérimentations, mais aussi les parents et plus largement l'entourage direct des jeunes (professeurs, éducateurs, etc.).
- **Femmes / Périnatalité** = sont concernées toutes les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les jeunes parents, mais aussi l'ensemble de l'entourage direct de l'enfant né ou à naître (conjoint, grands-parents, assistantes maternelles, etc.), notamment dans l'idée de protéger les enfants, dès les premiers âges de la vie.
- **Populations vulnérables** = sont notamment concernés les publics en situation de précarité socio-économique, les personnes sous-main de justice, les patients atteints d'une maladie chronique personnes en situation de handicap, les personnes vivant avec un trouble psychique
- **Professionnels** = sont concernés tous les professionnels de santé et tous les professionnels accompagnant ou intervenant auprès des **groupes sociaux prioritaires** (enseignants, travailleurs sociaux, éducateurs, milieu carcéral, etc.).

Certains lieux d'intervention sont préconisés :

- Etablissements d'enseignement général et plus particulièrement les établissements membres de cités éducatives ou labellisés REP/REP+ ceux situés en zone REP et REP + et établissements technologiques et professionnels, centres de formation d'apprentis,
- Etablissements de Santé,
- Les établissements et services médico-sociaux, spécialisés ou non en addictologie,
- Lieux d'activités et de vie des jeunes,
- Missions locales, Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ),
- Centres d'accueil et foyers d'hébergement relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (en articulation avec le conseil départemental), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse,
- Milieux étudiants du supérieur, services de santé universitaires
- Milieux festifs, sportifs, de loisirs,
- Lieux publics (parcs, jardins publics, plages, aires de jeux pour enfants, etc.) si des modalités spécifiques sont explicitées
- Entreprises de secteurs à risques : des partenariats avec les services de santé au travail ou les institutions représentatives des salariés sont attendus ;
 - Structures agissant en lien avec les Consultations de pathologies professionnelles,
 - Etablissements et structures d'accueil des personnes à risques.

Les actions partenariales avec d'autres instances seront également prioritaires. Parmi les types de partenariats permettant de constituer un projet méthodologiquement robuste :

- Centres de PMI, de planification et d'éducation familiale, crèches, lieux de vie et d'activités des jeunes enfants,
 - Maternités,
 - Centres de santé, structures d'exercice collectif,
 - Structures en lien avec les ELSA, CSAPA, CAARUD,
 - Structures sociales et d'animation sociale
- Dispositifs de prévention et d'accompagnement :
 - Consultations Jeunes Consommateurs, CSAPA, CAARUD, ELSA,
 - Maison des adolescents (MDA),
- Institutions : Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale, MILDECA,
- Collectivités territoriales,
- Dispositifs d'insertion : Mission locale, Maison des jeunes, PAEJ, etc

Dans le cadre d'une politique ambitieuse en région Ile-de-France, la priorité sera donnée à des projets d'envergure et/ou innovants mis en œuvre sur plusieurs années (dans la limite de trois ans), avec une capacité de déploiement à terme régional ou multi départemental en privilégiant les territoires non ou insuffisamment couverts avec des besoins identifiés (indicateurs de santé défavorables, une offre en prévention insuffisante voire inexistante).

L'ARS Ile-de-France soutiendra de façon prioritaire **des projets matures** débutant en 2025.

3. CHAMP DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL

Cet appel à projets a pour objectif de financer des projets régionaux et départementaux. Les projets d'envergure nationale sont donc exclus du champ de cet appel à projets.

En 2025, les actions qui seront retenues dans l'appel à projets régional devront obligatoirement répondre à au moins l'un des axes ci-dessous priorisés par le comité d'orientation stratégique du fonds de lutte contre les addictions, et en cohérence avec le PNLT 2023-2027, ainsi qu'avec les axes et priorités du Projet Régional de Santé 2023-2027.

3.1 Axe 1 : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance

L'une des priorités de l'ARS Ile-de-France tient au développement des compétences psychosociales.

Priorité régionale pour le déploiement les programmes de développement des CPS,

Les projets retenus devront suivre les éléments d'expertise de Santé Publique France, dont une synthèse figure en annexe 1.

A noter pour les programmes de développement des CPS en milieu scolaire, les rectorats devront être étroitement associés à la conception d'une stratégie régionale et à sa mise en œuvre. Ils participeront au choix des établissements scolaires. Les rectorats devront prendre part aux comités de suivi du déploiement des programmes afin de faciliter l'intégration des apports de ces programmes dans les pratiques pédagogiques et éducatives.

De plus, l'accent est mis sur les programmes précoces à destination des enfants en bas âge (école maternelle et primaire).

Enfin, les structures administratives (Education Nationale, PJJ etc...) souhaitant participer à l'appel à projet et porter un projet CPS devront prévoir dans leur plan de formation l'acquisition pour les agents des compétences nécessaires au déploiement de ces programmes.

Contexte :

La période de l'adolescence est un moment clé du développement du jeune. Selon le baromètre santé des jeunes (2010), la jeunesse est une période d'engagement dans de nouvelles conduites, qui se trouve constituée de transformations, tentations et transgressions de prises d'initiatives et de prises de risques, mais aussi de fragilités et de mal-être. Chez l'adolescent, les compétences psychosociales favorisent le bien-être physique, mental et social et à prévenir d'une large gamme de comportements et d'attitudes ayant une incidence négative sur la santé des individus et des communautés, en particulier dans le champ de la santé mentale, des addictions et plus largement des conduites à risques (violence, etc.).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les compétences individuelles, dans le rapport aux autres, la confiance en soi, la maîtrise des émotions, la mobilisation de ressources personnelles constituent des facteurs de protection permettant de résister à la pression de groupes de pairs et de traverser au mieux les périodes de prise de risques et de transition de l'adolescence.

Les interventions favorisant le développement des compétences psycho-sociales (CPS) ne sont pas nouvelles. Il existe des recommandations internationales et nationales pour développer des programmes de CPS dans tous les milieux de vie. Le renforcement des CPS est par ailleurs, un axe central des programmes repérés dans la littérature comme ayant fait preuve d'efficacité dans le champ de la prévention des conduites à risques chez les jeunes (consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et pensées suicidaires, grossesses à l'adolescence).

Objectifs recherchés :

Dans ce cadre, l'ARS Ile-de-France souhaite soutenir une stratégie de déploiement de programme(s) basé(s) sur les compétences psychosociales, d'actions efficaces, validées à destination des enfants, des adolescents et des jeunes, avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoins particuliers, en situation de handicap, jeunes en insertion ou en apprentissage, placés sous-main de justice.

A noter : Pour les programmes de développement des CPS en milieu scolaire, les programmes proposés devront s'articuler avec le « parcours éducatif de santé » tel que défini par l'Education Nationale).

D'autres projets auront également vocation à être soutenus tels que :

- Des interventions/programmes mettant en place ou maintenant des environnements protecteurs, notamment dans le domaine de la famille, la périnatalité et la petite enfance, en lien avec les travaux gouvernementaux actuels sur les 1000 premiers jours ;
- Des interventions visant à développer l'information et l'éducation à la santé pour empêcher ou retarder la/les première(s) consommation(s) de substance(s) psychoactive(s) licite(s) et illicite(s) ;
- Des interventions/programmes d'appui aux parents, , de renforcement de la coordination des acteurs intervenant auprès des enfants et des jeunes ;
- Des interventions/programmes de soutien par les pairs ;
- Des actions de prévention et de réduction des risques en milieux festifs,
- Des actions visant à prévenir les consommations excessives d'alcool des étudiants et jeunes adultes (« Binge drinking ») ;
- Des interventions favorisant la dénormalisation des produits psychoactifs et la débanalisation du tabac, par exemple par le développement de lieux « de vie » sans tabac, par l'augmentation de lieux sans tabac dans l'espace public (installations sportives, parcs, jardins, espace de jeux, plages...), en étroite collaboration avec les collectivités territoriales, les communes ;
- Des actions de repérage et de prévention des comportements à risques et usages problématiques liés aux addictions sans substances.

Exemples d'actions attendues :

- Interventions de prévention ou de réduction de la consommation de tabac et/ou de substances psychoactives licites ou illicites dont alcool, cannabis, cocaïne, nouveaux produits de synthèse, protoxyde d'azote, etc., actions retenues comme efficaces vis-à-vis des jeunes, des adolescents et jeunes adultes ;
- Actions d'information, de sensibilisation en direction des jeunes et des acteurs impliqués dans le parcours éducatif (parents, enseignants, professionnels intervenants auprès du public jeune, etc.), appuyés sur :

o Des programmes de développement des compétences psychosociales des élèves en milieu scolaire, en milieu extra-scolaire, en milieu d'apprentissage et professionnel, intégrant notamment la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes, l'affirmation et l'estime de soi.

Le développement des compétences doit s'inscrire dans des activités de groupe utilisant des méthodes interactives (ateliers créatifs, mises en situation, jeux de rôle, discussions de groupe...).

o Des interventions proposant des stratégies à composantes multiples, intégrant la mobilisation conjointe/associée des compétences des jeunes, des parents et de l'environnement (implication au niveau local des acteurs qui peuvent intervenir dans la diffusion de messages validés de promotion et de prévention de la santé – milieux associatifs, sportifs, festifs, loisirs, etc... ou encore dans la limitation de l'accès aux produits).

Ces interventions doivent être en adéquation avec le calendrier des entrées dans la consommation du tabac et avec les autres conduites à risques et addictives.

Il conviendra de s'appuyer sur des programmes validés, sans pour autant mettre de côté la possibilité de transférabilité au contexte français d'expériences étrangères validées.

- Interventions de repérage au plus tôt des usages précoces et réguliers et de promotion d'une prise en charge adaptée pour éviter les dommages sanitaires et sociaux (par exemple orientation vers les consultations jeunes consommateurs) ;
- Interventions fondées sur l'entretien motivationnel, utilisé seul ou en complément d'autres interventions ;
- Interventions visant à renforcer la prévention (notamment collective) dans les CSAPA, le rôle et la place des CSAPA dans la prévention et le repérage des conduites addictives ;
- Interventions visant à améliorer le repérage et la prise en charge des enfants exposés, à promouvoir les pratiques de prévention ciblée sur les enfants des personnes présentant des addictions afin de réduire le sur-risque qu'ils présentent de développer eux-mêmes des addictions.

3.2 Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance, notamment en :

- Poursuivant le développement des lieux de vie sans tabac (terrasses, plages, parcs, campus) en lien avec les collectivités territoriales pour favoriser la dénormalisation des produits ;
- Développant des actions ou outils vers les professionnels de santé de premier recours, les étudiants des filières santé ou les professionnels de la petite enfance et de l'éducation (au regard de leur place essentielle pour la mise en œuvre de cette politique publique) afin de renforcer a minima les actions de repérage précoce et d'intervention brève (alcool / tabac / cannabis...) ;
- Améliorant la visibilité des acteurs de la prise en charge spécialisée en addictologie (libérale, hospitalière et médico-sociale).

La poursuite et le développement de la politique de réduction des risques et des dommages constitue un axe de l'action à conduire, intégré dans le PRS et dans le plan national de mobilisation contre les addictions.

3.2.1 Aider les fumeurs à s'arrêter de fumer

L'objectif visé est d'aider les fumeurs à s'arrêter de fumer, encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage.

Exemples d'actions attendues :

- Interventions en matière d'information, de repérage précoce et de sevrage tabagique (conseils, accompagnements, etc.) ;
- Programmes, actions privilégiant les approches psychologiques et/ou comportementales basées sur des techniques validées (au minimum, de grade B c'est-à-dire fondées sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire), comprenant notamment le conseil minimal systématique, l'intervention brève, l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la consultation psychologique, etc.
- Interventions d'aide à distance délivrées par téléphone (soutien, accompagnement), par Internet, SMS (adaptation de techniques motivationnelles, cognitives et comportementales, utilisation de logiciel d'aide à l'arrêt du tabac, etc.).

- Programmes, actions privilégiant les approches psychologiques et/ou comportementales basées sur des techniques validées (au minimum, de grade B c'est-à-dire fondées sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire), comprenant notamment le conseil minimal systématique, l'intervention brève, l'entretien motivationnel, la TCC, la consultation psychologique, etc.
- Interventions visant à la promotion et au développement :
 - d'offres d'accompagnement complémentaire,
 - de soins de support (activité physique adaptée)
 - d'outils d'auto-support (e-prévention,) intégrant les nouveaux outils de communication (réseaux sociaux, Smartphones, etc.)
- Interventions d'aide à distance délivrées par téléphone (soutien, accompagnement), par ordinateur, par Internet, SMS (adaptation de techniques motivationnelles, cognitives et comportementales, utilisation de logiciel d'aide à l'arrêt du tabac, etc.)
- Coordination des consultations de pathologies professionnelles et des consultations d'addictologie
- Sur le repérage du tabagisme :
 - partout et à toutes occasions de contact avec des populations ayant débuté une consommation.
 - détection et orientation en premier lieu vers les professionnels de premiers recours et éventuellement vers les dispositifs spécifiques.

Les actions proposées doivent être conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

3.2.2 Réduire les risques et les dommages liés aux consommations de substances psychoactives

Sont attendus des projets visant au développement :

- des interventions, des actions de prévention, de repérage et de réduction des risques adaptées aux différents produits et usages, inclusives, accessibles à tous, intégrant différentes approches, favorisant la transférabilité des principes et pratiques de la RDRD à toutes les substances licites ou illicites (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, nouveaux produits

de synthèse, protoxyde d'azote, etc.), en élargissant les publics concernés et les domaines d'intervention (milieu professionnel, milieux festifs, structures sociales, milieu carcéral, etc.) ;

- d'actions visant à améliorer la visibilité, l'accessibilité, et la lisibilité de la réduction des risques et des dommages, des informations et des messages sanitaires, à promouvoir un discours clair, validé scientifiquement, objectif et partagé sur les risques et les dommages liés aux consommations ;
- d'actions visant à renforcer la sensibilisation et la mobilisation collective autour du respect des interdits protecteurs ;
- d'actions visant à renforcer la sensibilisation, l'information, la prévention, le repérage, la réduction des risques et des dommages des troubles liés à l'alcoolisation fœtale et l'orientation vers les services et dispositifs spécialisés ;
- des actions de prévention, de repérage et de réduction des risques en milieu professionnel, notamment en direction des secteurs ou catégories professionnelles particulièrement exposés à des conduites addictives et des acteurs de la formation professionnelle des jeunes ;
- des actions visant à prévenir les surdoses ;
- des actions de repérage, de prévention, de lutte contre l'usage détourné du protoxyde d'azote, s'inscrivant dans une démarche globale ;
- des actions visant à mettre en place un parcours de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë des jeunes admis aux urgences. Ces actions devront intégrer le repérage systématique de ces états, un protocole de prise en charge qui permettra de prévenir un nouvel état d'alcoolisation aiguë. Le parcours de prise en charge devra identifier les actions à mener en amont de l'arrivée aux urgences, l'accompagnement et la prise en charge aux urgences ainsi que l'accompagnement à la sortie du jeune.
- des actions associant enjeux de santé et de sécurité/tranquillité publiques, reconnaissant la fonction sociale de la fête par exemple, et proposant des mesures de prévention et de réduction des risques et des dommages pour les consommateurs (notamment les jeunes consommateurs) ;
- des actions favorisant l'implication des usagers ou anciens usagers, notamment dans la réduction des risques, les projets d'arrêt, de plaidoyers, etc. ;
- des actions visant à prévenir le jeu excessif ou pathologique, la pratique abusive et/ou problématique des écrans et jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard tout en protégeant les mineurs ;
- des actions ou des outils vers les professionnels de santé, les étudiants des filières de santé ou socio-éducative ou les professionnelles de la petite enfance et de l'éducation (au regard de leur place essentielle pour la mise en œuvre de cette politique publique) ;
- des actions visant à renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans l'accompagnement des patients présentant des addictions ;

- des actions visant à l'intégration d'outils numériques existants dans les parcours de soins (outils d'auto-évaluation, aide à distance, repérage précoce, etc.).

3.3 Axe 3 : Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires, et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, une priorité du Fonds de Lutte contre les Addictions

L'usage de substances psychoactives reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales ; les groupes les plus exposés aux risques et dommages des conduites addictives devront bénéficier le plus précocement possible d'interventions adaptées aux spécificités de leurs situations.

Il est rappelé que l'ensemble des actions visées dans les axes précédents et dans l'axe 3 doivent explicitement inclure une stratégie de réduction des inégalités de santé au sein des différents groupes concernés, conformément aux orientations du PRS.

Sont attendus des projets visant à amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires :

- Actions en direction de **populations à risques spécifiques**, en particulier LGBTQIA+ et pratiques de chemsex ;
- Actions en direction de **patients atteints d'une maladie chronique** ;
- Actions en direction de **personnes vivant avec un trouble psychique** ;
- Actions en direction de **personnes en situation de grande précarité sociale**, particulièrement de personnes hébergées ou sans logement personnel ;
- Actions en direction de **catégories sociales moins favorisées, autour du cadre professionnel et du milieu de travail** (travailleurs du BTP ou en extérieur, travail à horaires fragmentés, travailleurs pauvres, secteurs professionnels impactés par des conduites addictives problématiques, etc...), en cohérence avec les orientations du Plan Régional Santé au Travail (PRST) ;
- Actions en direction de **personnes placées sous-main de justice** ;
- Actions visant des **interventions globales et intersectorielles dans des territoires particulièrement défavorisés**, interventions qui peuvent mobiliser des associations, des associations d'usagers, des collectivités territoriales, des professionnels de santé ; ces interventions globales pourront par exemple **favoriser des parcours de prise en charge**, ou créer les conditions communautaires d'un refus du tabac (coalitions locales d'acteurs, mobilisations de proximité, etc...).

Les choix des territoires retenus devront être justifiés en présentant un état des lieux et en argumentant sur la pertinence de réaliser une/des actions(s) sur ce périmètre. Une attention particulière sera portée aux territoires non encore couverts et pour lesquels des besoins sont identifiés, les territoires bénéficiant de Contrats Locaux de Santé (CLS), de Quartiers Politique de la Ville (QPV).

3.4 Axe 4 : Déployer et renforcer le dispositif « Lieux de Santé Sans Tabac » (LSST)

Les établissements de santé subventionnés dans le cadre de l'appel à projet pour la mise en place d'une démarche « Lieu de Santé Sans Tabac » inscriront cette activité dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en précisant la légitimité de cette stratégie, les activités et missions mises en place, les moyens octroyés. « Lieux de Santé Sans Tabac » étant une action prioritaire au niveau national depuis 2018 et poursuivie depuis.

Les projets qui s'inscriront dans ce dispositif devront répondre à la description de la démarche « lieux de santé sans tabac ».

L'objectif est d'amener, sur la période 2024-2027, au moins 50% des établissements de santé publics et privés, qu'ils appartiennent ou soient associés ou non à un groupement hospitalier de territoire (GHT), à adopter cette démarche.

Exigences et conditions particulières

Les établissements de santé ayant été déjà subventionnés pour le déploiement de la stratégie « Lieu de Santé Sans Tabac » lors d'un précédent appel à projets Fonds de lutte contre les addictions conduit par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, **ne peuvent pas candidater au présent appel à projet.**

- **L'objectif est qu'à l'issue du financement, l'établissement soit en mesure de pérenniser, au-delà de la durée de la subvention, cette démarche et de l'inscrire dans ses pratiques et son budget propre.** Ainsi, il ne sera pas possible de renouveler la subvention à l'issue de ce premier financement.
- Tout recrutement de poste ne doit pas être rattaché à un service, mais à la direction de l'établissement ou la direction des ressources humaines pour favoriser la dynamique autour du projet au sein de tout l'établissement.

La démarche visera prioritairement :

- **Tous les établissements de santé qui ont une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique ;**
- **Tous les établissements de santé autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer ;**
- **Les établissements de santé qui ont une activité en soins psychiatriques.**

Les principes de la démarches LSST et les éléments de la stratégie nationale et régionale de déclinaison de l'action « Lieux de Santé Sans Tabac » (LSST) sont précisés en annexe 2 du présent cahier des charges.

4. RECEVABILITE DES PROJETS

4.1 Caractéristiques attendues des projets

Durée des projets :

Les projets soumis peuvent porter sur une durée d'une à trois années, le financement pouvant faire l'objet d'une convention annuelle ou pluriannuelle.

Zone géographique :

Les projets concernent un territoire, un département ou des départements ou l'ensemble de la région Ile-de-France.

Cependant, il est attendu des projets pouvant se déployer de façon multi-départementale ou régionale. La notion de transférabilité sera donc étudiée lors de la sélection.

Territoire(s) cible(s) prioritaire(s) pour l'ensemble des objectifs opérationnels décrits :

Le déploiement de l'intervention sur cette thématique concerne les populations des 8 départements d'Ile-de-France, sous réserve d'une approche atteignant effectivement les publics concernés.

Feront l'objet d'une attention particulière, les projets d'action concernant les territoires suivants :

- Territoires des communes ayant formalisé un CLS comportant cette thématique ;
- Territoires dont l'IDH2 est <0.52, soit faible ;
- Quartiers politique de la ville.

De manière générale, une priorisation sera donnée aux territoires cumulant des indicateurs de santé défavorables et de fortes inégalités sociales en santé.

Évaluation :

Une attention particulière sera portée à l'évaluation des projets, notamment pour les projets innovants, et ce sur divers aspects (efficacité, transférabilité, acceptabilité...).

Un volet d'évaluation sera systématiquement intégré au projet sur la base d'indicateurs pertinents tenant compte de la spécificité de chacun des projets et des données de la littérature en la matière.

Le porteur de projet devra donc prévoir et réaliser une évaluation de son projet et fournir en outre des indicateurs annuels quantitatifs et qualitatifs de suivi de l'activité. Ceux-ci seront repris et définis dans la convention de financement.

Une évaluation et un bilan final de l'action seront réalisés en fin de projet par le porteur de projet et transmis à l'ARS.

Si l'intervention proposée est innovante et prometteuse, l'évaluation devra porter notamment sur :

- L'impact de l'action sur les publics bénéficiaires ;
- L'impact sur les déterminants de santé et les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- L'identification des facteurs clés permettant la réplication de l'intervention et sa généralisation sur le territoire.

Pour ce type d'évaluation, le projet devra inclure une collaboration universitaire ou l'appui d'un organisme de recherche ou d'évaluation à même de concourir à la qualité de son évaluation.

4.2 Les structures concernées et bénéficiaires de la subvention

Les porteurs de projet pourront être notamment des associations, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales ou des structures soutenues par elles (notamment des services départementaux de PMI et de planification familiale), des centres de santé, des établissements de santé ou groupement d'établissements, des établissements médico-sociaux et sociaux, des maisons de santé pluridisciplinaires, des unions régionales de professionnels de santé, des communautés professionnelles de territoires, des centres d'exams de santé, des réseaux de santé, notamment en périnatalité, des acteurs du milieu sportif, éducatif, social, des associations d'utilisateurs...

En outre, il est attendu des porteurs de projets les compétences spécifiques suivantes :

- Avoir une expérience dans la conduite de projet ;
- Faire état d'expériences antérieures de portage de projets ;
- Avoir une bonne connaissance des enjeux de santé publique.

Une attention particulière sera apportée aux projets associant plusieurs acteurs dans le cadre d'une coopérative d'acteurs.

4.2.1 Les critères d'exclusion

Ne pourront pas participer au présent appel à projets les personnes morales relevant de l'industrie du tabac. Sont considérées comme relevant de l'industrie du tabac :

- a) Toute entreprise produisant, distribuant ou assurant la promotion des produits du tabac définis à l'article L. 3512-1 du code de la santé publique ou des produits du vapotage définis à l'article L. 3513-1 du code de la santé publique ;
- b) Les personnes morales dont le capital est majoritairement détenu par des entreprises visées au point a) ci-dessus ou, à défaut de capital, dont la majorité des voix de son organe délibérant est détenue par des entreprises visées au point a) ci-dessus (fondation d'un laboratoire, etc.).

Actions exclues d'un financement par l'appel à projet régional :

Sont exclus d'un financement par l'appel à projets régional :

- **Les projets portés par des acteurs présentant un lien d'intérêt**, notamment avec l'industrie du tabac, de l'alcool (conformément à l'article 5.3 de la convention-cadre pour la lutte anti-tabac [CCLAT]), du chanvre, des jeux d'argent et de hasard, des jeux vidéo. Les actions soutenues par le FLCA doivent être indépendantes de tout intérêt industriel;
- **Les actions par ailleurs déjà financées par le fonds de lutte contre les addictions, notamment :**
 - **Les actions financées dans le cadre de l'Appel à projets national « Mobilisation de la société civile » soutenu par le FLCA ;**
 - **Les actions en lien avec l'opération « Moi(s) sans tabac »** qui font l'objet d'autres financements, tel que l'appel à projets qui contribue à l'opération « Moi(s) sans tabac » organisé par l'assurance maladie (CNAM, CPAM) pour permettre le financement d'actions locales ;
 - Les actions financées par d'autres appels à projets ou appels à candidatures locaux comme **l'AAP local « Mobilisation des jeunes, pour les jeunes »** ;
 - Les actions permettant de déployer le programme d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents « Tabado » en lycées professionnels et en centres de formation d'apprentissage (CFA) qui sont financées au travers de l'appel à projets national « déploiement de Tabado » porté par l'INCa ;
 - Les actions permettant de déployer le programme porté par la MSA d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents « Déclit Stop tabac » en lycées agricoles et dans les maisons familiales rurales ;
 - **Les actions de recherche, celles-ci étant financées au travers d'un appel à projets national porté conjointement par l'INCA et l'IRESP ;**
- **Les actions de prévention des conduites addictives déjà financées au titre du FIR (mission 1)** sauf amplification d'envergure régionale de telles actions à condition qu'elles répondent aux critères du présent cahier des charges ;
- **Les actions déjà financées en totalité dans le cadre de programmes d'actions portées par d'autres financeurs. Les projets faisant l'objet de cofinancements pourront être**

soutenus, sous réserve que la réalité de ceux-ci puisse être attestée par le porteur au moment du dépôt du projet.

Le fonds de lutte contre les addictions n'a pas vocation à financer :

- Le fonctionnement de structures en soi : le fonds alloue des financements à des projets, à des actions, à des programmes d'actions ;
- Des postes pérennes : les recrutements de personnes doivent être en lien direct avec le projet et sa durée ;
- Des actions de formation initiale et continue susceptible d'émarger sur les fonds de formation : le fonds peut soutenir des actions visant à l'outillage des professionnels pour améliorer les bonnes pratiques ;
- Un même projet à plusieurs échelles (nationale et régionale).

4.2.2 Les critères d'éligibilité

Pour être retenus et financés, les projets devront répondre aux critères suivants :

- Dépôt du dossier de candidature dans le respect de la date limite de soumission ;
- Inscription dans l'un des axes du présent appel à projets :
 - Qualité méthodologique du projet, à savoir :
 - La qualité de l'analyse des besoins ;
 - La cohérence avec les priorités du plan national de mobilisation contre les addictions, celles du PNLTL, avec les objectifs et actions du PRS et du PRLT ;
 - Les bénéficiaires de l'action (public prioritaire et nombre) ;
 - La pertinence des objectifs au regard des priorités définies ;
 - La pertinence des actions envisagées par rapport aux objectifs du projet ;
 - La pertinence et la qualité méthodologique du projet ;
 - L'inscription dans le contexte local ou régional ;
 - La qualité de la démarche partenariale et/ou de proximité ; les partenariats mis en œuvre en intersectorialité ;
 - La précision et la clarté des livrables attendus aux différentes étapes clés du projet ;
 - La faisabilité du projet en termes de :
 - Aptitude du porteur à mener à bien le projet ;
 - Modalités de réalisation ;
 - Calendrier du projet
 - La soutenabilité financière et l'adéquation du budget au regard des objectifs visés et des actions à mener ; la qualité du budget prévisionnel ;
 - La capacité du promoteur à mettre en œuvre le projet, notamment sur le volet juridique dans le cas d'une passation de marché répondant aux respects des règles de la commande publique.
- Ancrage territorial : le projet doit apporter une contribution à l'amélioration du maillage territorial et reposer sur un diagnostic local ; dans le cadre d'un projet multi-départemental, le candidat est invité à proposer une/des actions sur les territoires non couverts (notamment les départements de grande couronne).
- Action contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;

- Durée : les projets inscrits dans la durée seront privilégiés (1 à 3 ans) mais la date de fin de l'action ou du programme d'actions devra être précisée ;

- Partenariats intersectoriels et pluri-professionnels : la mobilisation de réseaux et de ressources « expertes » locales sont à rechercher.

Les porteurs de projets seront sollicités pour rendre compte des activités et de l'évaluation des projets les concernant.

Les projets doivent en outre respecter les principes généraux suivants :

- Le candidat doit préciser s'il a soumis ou s'il entend soumettre son projet dans le cadre d'un autre AAP.

- Les financements de frais de fonctionnement, de matériel et d'investissement doivent être raisonnables et en lien direct avec la réalisation du projet. Le financement attribué n'a pas pour vocation à participer au fonctionnement structurel de l'organisme. Les frais de structure ne seront pas financés.

- Les recrutements de personnels doivent être en lien direct avec la réalisation du projet et porter uniquement sur sa durée.

- La création d'outils promotionnels ainsi que les frais liés à des moments de convivialité doivent être limités et en tout état de cause en lien direct et en cohérence avec le projet. Par ailleurs, les actions devront mobiliser préférentiellement des outils de communication élaborés au niveau national par des opérateurs nationaux et reconnus (Santé publique France, INCa...).

5. DISPOSITIONS GENERALES

5.1 Financement

Le montant versé pour chaque projet sélectionné dépendra du contenu du projet et de son descriptif financier.

Le financement sera attribué au porteur de projet dans le cadre d'une convention conclue entre le bénéficiaire et l'ARS Ile-de-France.

La convention mentionnera :

- L'objet de la convention et les modalités de son exécution ;
- La contribution financière de l'ARS et les modalités de versement ;
- Le suivi de l'activité et l'évaluation de l'action à mettre en place par le porteur de projet ainsi que les informations à transmettre, assorti d'un calendrier ;
- Les conditions relatives à la résiliation de la convention ;
- La nécessité pour le porteur de projets de participer aux réunions organisées par l'ARS pour le suivi et le bilan des actions soutenus dans le cadre de cet appel à projets ;
- La mention des éventuels liens d'intérêts du porteur avec des acteurs économiques.

5.2 Communication

Toute communication écrite ou orale concernant les travaux des projets subventionnés devra obligatoirement mentionner la référence de l'ARS Ile-de-France et du Fonds de lutte contre les Addictions.

6. CALENDRIER DE L'APPEL A PROJETS REGIONAL

- Date de lancement de l'appel à projets régional 2025 : **16 avril 2025**
- Date limite de dépôt des dossiers de candidature : **28 mai 2025 à 23H59**
- Etude et présélection des dossiers : **juin 2025**
- Comité de sélection : **début juillet 2025**
- Communication des résultats aux candidats : **début juillet 2025**
- Signature des conventions et versement des contributions financières : **juillet-août 2025**

7. PROCEDURE DE DEPOT ET DE SELECTION DES PROJETS

7.1 Procédure de dépôt des dossiers de candidature

Le dossier de candidature est un formulaire à renseigner de manière dématérialisée via le site STARS FIR <https://www.stars-fir.fr/starsfir/servlet/login.html> de la manière suivante :

- En créant un compte porteur de projet avec de préférence une adresse mail générique.
- Si un compte existe déjà au titre de votre structure et qu'il s'agit d'un second compte à créer, l'activation de ce dernier doit être réalisé par le porteur maitre (premier compte crée au nom de la structure).

Afin de vous aider à rédiger votre demande, vous pouvez suivre la procédure ainsi que son guide associé que vous trouverez sur le site de l'ARS Ile de France.

Le formulaire de candidature peut être complété via le site <https://www.stars-fir.fr/starsfir/servlet/login.html> jusqu'à la date limite de soumission ou de dépôt des candidatures, soit le 28 mai **à 23h59**.

Dès lors que le candidat clique sur le bouton « à soumettre », le dossier de candidature n'est plus « en remplissage » et devient « visible » pour l'ARS.

Le clic sur ce bouton « à soumettre » génère automatiquement l'envoi d'un courriel « Accusé réception ».

(En cas de non réception du courriel accusant réception, il convient de contacter l'ARS via l'adresse suivante : ARS-IDF-ADDICTOLOGIE@ars.sante.fr)

Seuls les dossiers transmis dans les délais par le site <https://www.stars-fir.fr/starsfir/servlet/login.html> soit avant le 28 mai 23h59 seront déclarés recevables et instruits.

7.2 Procédure de sélection des dossiers de candidature

Les principales étapes de la procédure de sélection des dossiers de candidature sont les suivantes :

- Diffusion de l'appel à projets régional via le site internet de l'ARS Ile-de-France ;
- Réception par voie électronique du dossier ou des dossiers de candidature via STARS- FIR;
- Vérification des critères de recevabilité et d'éligibilité ;
- Etude/ Instruction et pré-sélection des projets par les services concernés de l'ARS
- Evaluation des projets, discussion collégiale de la qualité des projets et proposition par le comité de sélection d'une liste de projets à retenir et à financer ;
- Validation par la Direction Générale de l'ARS.

8. CONTACTS, PRECISIONS COMPLEMENTAIRES

Les candidats peuvent demander à l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France des compléments d'informations, au plus tard le 21 mai 2025 (soit 7 jours avant la date limite de dépôt des dossiers) **exclusivement** par messagerie électronique à l'adresse suivante :

ARS-IDF-ADDICTOLOGIE@ars.sante.fr

en mentionnant, dans l'objet du courriel, la référence de l'appel à projets " **Question AAP Fonds Addiction 2025 IDF**".

ANNEXES

Annexe 1 : Programmes de développement des compétences psychosociales

Annexe 2 : Lieux de santé sans tabac. La démarche « lieux de santé sans tabac » : priorité et dispositif soutenus par le fonds de lutte contre les addictions

Annexe 3 : Sigles et acronymes

ANNEXE 1 : Programmes de développement des compétences psychosociales

DEFINITION

Les compétences psychosociales sont des outils intellectuels et comportementaux qui permettent aux individus d'interagir de façon satisfaisante avec leurs environnements et d'exercer une influence positive sur eux-mêmes et leur entourage. Elles contribuent en ce sens à favoriser le bien-être physique, mental et social et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes ayant des incidences négatives sur la santé des individus et des communautés, en particulier dans le champ de la santé mentale, des addictions et plus largement des conduites à risques (violences, etc.).

Les compétences psychosociales peuvent être regroupées selon de trois grandes catégories de compétences : sociales, cognitives et émotionnelles.

Les compétences sociales :

- les compétences de communication (communication verbale et non verbale ; écoute active, expression des sentiments, capacité à donner et recevoir des feedbacks) ;
- les capacités à résister à la pression d'autrui, à s'affirmer, à négocier et à gérer les conflits ;
- l'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;
- les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
- les compétences de plaidoyer (advocacy) qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

Les compétences cognitives :

- les compétences de prise de décision et de résolution de problème ;
- la pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience de ses propres valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de connaître les sources d'informations pertinentes.

Les compétences émotionnelles :

- les compétences de régulation émotionnelle (gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, l'abus et les traumatismes) ;
- les compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
- les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation.

Les compétences parentales intègrent l'ensemble des compétences psychosociales précédemment définies dans le sens où elles peuvent être mobilisées dans le cadre des relations et des interactions que les parents entretiennent avec leurs enfants.

Cependant, dans le champ de la parentalité, il est d'usage de distinguer deux grandes dimensions faisant appel à des compétences davantage contextualisées à l'exercice de la parentalité et au développement de l'enfant :

- Le soutien, étayé par les compétences suivantes : attention positive, empathie, écoute, encouragements, valorisations, expression des attentes et des comportements souhaités, résolution de problèmes ;
- Le contrôle : définition des cadres et des limites, supervision, gestion des émotions et des conflits, capacité de négociation.

Les données de littérature consacrées à l'évaluation des dispositifs de prévention confirment l'intérêt des interventions précoces visant le développement des compétences parentales et des compétences psychosociales pour la prévention d'une large gamme de troubles psychologiques et comportementaux chez les enfants et les jeunes (troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, de l'attention,

violences, décrochage scolaire, consommation de substances psychoactives et comportements sexuels à risques).

COMMENT TRAVAILLER LES CPS

Les compétences psychosociales se complètent et s'équilibrent les unes les autres. C'est pourquoi les programmes proposent de travailler à la fois des compétences émotionnelles, cognitives et sociales.

Le développement des compétences psychosociales s'organise le plus souvent dans le cadre d'ateliers en groupe qui visent à exercer et expérimenter ces compétences par le biais de mises en situation, de jeux de rôle et d'exercices pratiques à réaliser dans différentes situations. Ces ateliers sont le plus souvent structurés autour d'un programme de travail qui se déroule sur plusieurs semaines (en général, des ateliers hebdomadaires de 1 à 2 heures sur une durée de 6 à 14 semaines). Les ateliers sont conduits par des animateurs formés (éducateurs, animateurs sociaux, puéricultrices, enseignants) disposant d'un support de formation qui décrit les différentes compétences à travailler tout au long de la progression du programme ainsi que les modalités précises (activités) pour les travailler. En général, une à deux compétences sont travaillées par session. Des supports peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et proposer des exercices à réaliser en dehors des sessions.

Certains programmes sont exclusivement centrés sur le soutien à la parentalité auprès de parents de jeunes enfants et même, dans une logique d'intervention précoce, auprès de femmes enceintes afin de les accompagner durant les premiers mois de leur maternité (ex : programme Panjo). D'autres programmes sont exclusivement centrés sur les compétences psychosociales de l'enfant, notamment en milieu scolaire (ex : GBG, Unplugged). Pour ces programmes en milieu scolaire, les interventions sont généralement proposées à l'ensemble des élèves d'une classe d'âge (approche universelle) afin d'éviter les effets potentiellement négatifs d'un étiquetage précoce et/ou d'une stigmatisation, tout en permettant d'atteindre les enfants qui présenteraient davantage de facteurs de risque. Enfin, certains programmes proposent de travailler conjointement les compétences psychosociales des enfants et des parents (ex : PSFP).

De plus en plus de programmes internationaux, proposent des versions dématérialisées, via des cd-rom ou des plateformes internet, avec des exercices à réaliser chez soi. Cependant peu de programmes à distance sont disponibles en version française ou ont fait l'objet d'adaptations ou d'expérimentation sur notre territoire. Une expérimentation est actuellement en cours dans la région Grand Est pour tester l'acceptabilité par les professionnels et les usagers d'un programme de développement des compétences parentales en ligne (programme Triple P Online).

I - Quelles sont les caractéristiques d'un programme efficace ?

- 1. Les programmes doivent avoir une certaine intensité (entre 6 et 14 séances d'1 à 2 heures), régularité (rythme hebdomadaire) et durée (plusieurs mois).** C'est sans doute une condition importante à l'acquisition et au renforcement des compétences.
- 2. Le plus souvent, les programmes travaillent les trois catégories de compétences (cognitives, émotionnelles et sociales).** Ces dernières sont interdépendantes, inter reliées et s'équilibrent les unes les autres.
A minima les programmes travaillent des compétences émotionnelles et relationnelles. Elles sont des facteurs de protection essentiels dans le parcours de vie.
Les compétences cognitives sont également importantes mais elles bénéficient déjà d'un dispositif d'acquisition universel et structuré (l'école). Par ailleurs, un travail cognitif alimente et/ou découle du travail sur les dimensions émotionnelles et affectives, notamment lors des phases de discussions ou de débriefing des séances. En revanche, il n'existe pas encore de dispositif universel et structuré visant à soutenir le développement des compétences socio-émotionnelles.
- 3. Le travail sur les compétences psychosociales doit être expérientiel.** Il doit s'exercer dans le cadre de mises en situations et de jeux de rôle nécessaires à l'expérimentation des

compétences et des apprentissages qui en résultent. La seule approche didactique, cognitive ou intellectuelle (informations, explications, discussions) n'est pas suffisante pour développer les compétences émotionnelles et sociales.

4. **Les programmes sont structurés et dispose d'un manuel pour les intervenants.** Un ordre de séances est proposé pour travailler les compétences ainsi que leurs modalités de travail. Cette structure sert de cadre pour l'usager (qualité minimale de service pour tous) et pour le professionnel (référentiel de pratique) en particulier dans ses premières années d'exercice. Le déroulé du programme est souvent structuré pour des raisons théoriques et pratiques. A terme, il est donc susceptible d'évoluer.
5. **Les intervenants sont formés.** La mise en œuvre du programme, de par la structuration de l'intervention dans ses contenus et ses modalités de travail, nécessite une formation préalable. Le plus souvent les durées de formation sont au minimum de deux jours. Elles doivent absolument comporter une dimension d'application (animation des jeux de rôle, mise en situation, gestion du groupe ...).

II - Les programmes de développement des CPS dans le champ des addictions

Pour les plus jeunes (primaire, grande section de maternelle), les programmes n'intègrent pas de spécificités liées au champ des addictions. Le développement des CPS renforce des facteurs de protection ayant un large spectre d'action aussi bien pour la promotion et la protection de la santé mentale que pour la prévention des addictions.

A un âge où les jeunes sont plus susceptibles d'être confrontés à des situations de consommation de substances (collège, lycée), les programmes de développement des CPS s'enrichissent d'autres composantes telles que des séances d'information sur les substances ainsi qu'un travail sur les normes de consommations (correction des croyances normatives).

III - Liste des programmes disponibles en France

Il est difficile de proposer aujourd'hui une liste de programmes efficaces du fait que très peu d'évaluations ont été conduites ou que, lorsqu'elles existent, elles ne permettent que rarement de conclure quant à l'impact des programmes.

Les programmes prometteurs, que l'on pourrait définir comme des programmes présentant les caractéristiques d'efficacité (mentionnées précédemment) sont plus nombreux. Cependant, là encore, il est difficile d'en proposer une liste, car il n'existe pas encore sur les territoires, ni à l'échelle nationale, d'états des lieux ou de recensements détaillés de ces programmes. Des travaux sont en cours à l'échelle nationale (exploitation d'une enquête nationale auprès des ARS) ou régionale (ex : état des lieux en cours de réalisation dans la région Île-de-France) pour réaliser un état des lieux des programmes se réclamant du développement des CPS et en possédant a priori les caractéristiques d'efficacité.

Le registre des interventions en cours de développement par Santé Publique France vise à recueillir ces informations et à les mettre à disposition des partenaires. La liste des programmes recensés dans ce registre a vocation à s'enrichir dans les prochaines années.

- **Les programmes efficaces** (programmes ayant montré leur efficacité tels que déployés en France)

- Le programme Unplugged

Une évaluation publiée récemment⁹ a démontré l'efficacité de ce programme sur la prévention des expérimentations et la réduction des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis.

- Il existe peut-être d'autres programmes de développement des CPS ayant montré, en France, un bénéfice sur les consommations de substances psychoactives ou ses déterminants, mais

⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/resultats-de-l-evaluation-du-programme-unplugged-dans-le-loiret>

nous ne disposons pas encore des informations nécessaires pour en dresser la liste et apprécier la qualité méthodologique des évaluations réalisées.

- **Les programmes prometteurs** (programmes adaptés de programme ayant fait la preuve de leur efficacité dans d'autres pays ou programmes présentant les caractéristiques d'efficacité renseignées par la littérature scientifique).

Comme pour les programmes efficaces, il est à l'heure actuelle difficile de fournir une liste de programmes dans un contexte où (1) nous ne connaissons pas suffisamment ce qui est déployé dans les territoires et (2) nous ne disposons pas des données d'évaluation. Il est par ailleurs délicat de faire la promotion de certains programmes plutôt que d'autres en l'absence d'éléments de comparaison, surtout dans un cadre de financements concurrentiels pour les associations.

Cependant, nous pouvons lister les programmes sur lesquels Santé Publique France travaille dans le cadre de sa programmation et adaptés de programmes ayant montré une efficacité dans d'autres pays (en cours d'évaluation en France)

- o Le programme PSFP (Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité)
- o Le programme GBG (Good Behavior Game)

D'autres programmes adaptés de programmes étrangers sont en cours d'expérimentation ou d'évaluation et seront analysés dans le cadre du registre d'intervention de SPF. Nous ne pouvons à ce stade en faire la promotion.

Les programmes développés par des équipes françaises présentant les caractéristiques d'efficacité précitées.

De nombreux programmes existent qu'il faut analyser sur les territoires pour identifier s'ils sont prometteurs au sens où ils possèdent les caractéristiques d'efficacité mentionnées.

PROGRAMMES PROBANTS, EN COURS DE DEPLOIEMENT ET PROMETTEURS, IMPLANTES EN FRANCE

Liste 1 : Programmes probants ailleurs et implantés en France en cours d'évaluation par Santé publique France (SpF)

Good behavior game (GBG) ou « jeu du bon comportement »

Le programme GBG consiste à implémenter une stratégie de gestion du comportement en classe, directement mise en oeuvre par les enseignants (niveau primaire). Cette stratégie a pour objectif de socialiser les enfants dans leur rôle d'élève sans empiéter sur le temps réservé aux apprentissages. Les enfants sont répartis dans des équipes de 4-7 élèves équilibrées en termes de sexe, de comportements (pro-sociaux vs. perturbateurs) et de capacités d'apprentissage. L'enseignant dispense le cours prévu et observe les comportements. Les enfants doivent respecter les 4 règles du programme (travailler dans le calme, être respectueux envers les autres, ne pas se lever sans permission, suivre les consignes). L'enseignant reporte les infractions sur un tableau de scores et félicite les équipes ayant respecté la règle (distribution des récompenses si moins de 4 infractions). La durée des jeux évolue (de 10 minutes en début d'année à 40 minutes en fin d'année) avec une fréquence de 4 jeux par semaines (3 jeux / semaine + 1 jeu secret / semaine). Les effets attendus sont la réduction des comportements agressifs et perturbateurs, des comportements de rejets des pairs et l'amélioration des comportements de coopération et de respect des règles de la classe.

Les données de faisabilité et d'acceptabilité de la mise en oeuvre du programme (pilotes réalisés dans 3 écoles) sont très favorables. Une convention est en cours entre le GRVS (déployeur) et SpFrance pour tester le programme dans d'autres milieux (REP +) et d'autres classes d'âge (maternelle) et évaluer l'efficacité du dispositif sur la réduction des comportements perturbateurs en classe.

Le programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP)

Le programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) est un programme de développement des compétences des parents et des CPS de leurs enfants âgés entre 6 et 11 ans. Adapté du programme américain SFP et déployé par le CODES 93, le programme est mis en oeuvre par des animateurs de la ville (préalablement formés : 5 j) auprès de groupes de familles (10 à 12 familles par programme). Il vise à prévenir les conduites à risques (violences, consommations de substances psychoactives), les troubles psychologiques et les troubles du comportement et à promouvoir la santé mentale des parents (réduction des troubles anxio-dépressifs, amélioration du bien-être) et de leurs enfants. Le programme se compose de 14 sessions hebdomadaires de 2h fondées sur des outils de travail et d'animation interactifs (mises en situation, jeux de rôle, etc.). Le programme est en cours d'évaluation par SpFrance. Actuellement une vingtaine de villes dont 4 villes normandes (L'Aigle, Rouen, Pont-Audemer et Evreux) sont rentrées dans le protocole d'évaluation qui s'appuie sur un design quasi-expérimental (mesures avant-après dans des familles exposées versus non exposées au programme). Les premiers résultats de l'évaluation de l'impact du programme sur la santé mentale des parents et de leurs enfants (réduction des troubles et amélioration du bien-être) seront disponibles début 2019.

UNPLUGGED

Unplugged est un Programme universel de prévention des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) par le développement des compétences psychosociales (en particulier la capacité à résister à la pression des pairs), l'éducation normative (correction des fausses croyances normatives) et le renforcement des connaissances sur les conséquences immédiates des prises de substances. Le programme est conduit en milieu scolaire en co-animation (enseignant + intervenant de prévention) auprès de collégiens âgés entre 12 et 14 ans. 12 séances d'1H, délivrées par des enseignants (formation préalable de 3j) permettent d'exercer les compétences psychosociales dans le cadre d'atelier de groupes (classes) fondés sur une animation interactive (discussions collectives, jeux de rôle, mise en situation, etc.). Le programme déployé par l'Apléat (association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes) dans le Loiret est en cours d'évaluation par SpF. L'évaluation vise principalement à renseigner les effets de l'intervention sur les consommations (tabac, cannabis et ivresse) et leurs déterminants (CPS, Intention d'arrêt, Auto-efficacité, Attitudes, croyances normatives,

connaissances). L'évaluation utilisant un design quasi-expérimental (mesures avant-après dans des groupes exposés versus non exposés au programme) porte sur un échantillon de 2300 collégiens répartis dans 20 collèges et 105 classes. Les résultats seront disponibles fin 2018.

ASSIST

Programme de prévention du tabagisme, fondé sur l'influence des pairs, à destination des 12-13 ans (élèves de 5ème), dans lequel des élèves influents (des « ambassadeurs ») sont formés et incités à avoir des conversations informelles avec leurs pairs sur les risques du tabagisme et les avantages à ne pas être fumeurs. Assist est un programme en vigueur au Royaume-Uni depuis plusieurs décennies. Il a été évalué et a démontré une certaine efficacité et coût-efficace (1500 £ pour un collégien non-fumeur supplémentaire à 2 ans) pour prévenir le tabagisme des jeunes. Soutenu par le Ministère de l'Education nationale et SpF, le CNCT travaille actuellement à l'expérimentation du programme en France, avec l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines et l'équipe britannique de Decipher-Impact. Dans un premier temps, l'objectif de l'expérimentation nationale est de tester la faisabilité et l'acceptabilité du programme en France, dans différents collèges et sur plusieurs années. Dans un deuxième temps, SpF travaillera sur un monitoring du programme, par exemple un suivi d'indicateurs liés plus directement au comportement tabagique.

Liste 2 : Programmes prometteurs implantés en France (liste non exhaustive)

TINA ET TONI

Tina et Toni est un programme suisse de développement des CPS destiné aux structures qui accueillent des enfants de 4 à 6 ans, dont les élèves de maternelle et CP. Il répond à une logique d'intervention précoce (promouvoir le plus précocement possible les facteurs de protection). Le programme apporte un cadre pédagogique pour aborder la connaissance et la gestion des émotions, l'intégration dans le groupe, l'acceptation des différences, il favorise également le mieux vivre ensemble et contribue au renforcement de l'estime de soi. Une convention est en cours de rédaction avec l'Apléat (association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes) pour réaliser un pilote du programme et préparer les conditions d'une évaluation. La totalité du programme est disponible gratuitement sur le site www.tinatoni.ch.

PRIMAVERA

Programme de prévention des conduites à risques et addictives à l'école et au collège d'une durée de 4 ans. Oppedia-Centre Horizon de l'Aisne et les associations ARPAE et SENSAS, s'inspirant de l'expérience de professionnels et de bénévoles en France et au Québec, ont développé un programme pluriannuel, permettant le suivi d'une cohorte de jeunes sur les 4 années du CM1 à la 5ème, basé sur un langage commun accessible aux jeunes et à ceux qui les entourent, mutualisant les savoirs, les expériences des jeunes, les aptitudes des adultes (parents, enseignants, infirmières scolaires) qui les accompagnent par l'approche expérientielle, permettant de comprendre à travers les différents ateliers ce que sont les conduites à risques et addictives, pourquoi elles sont pratiquées et comment s'en protéger. L'évaluation cas-témoin du programme est en cours sur 40 classes de CM1 à la 5e (20 classes bénéficiant du programme et 20 témoins).

VERANO

Prolongement du Primavera, VERANO est un programme d'une durée de 3 à 4 ans de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce au collège, lycée et université. C'est un programme de prévention et d'intervention précoce auprès de jeunes de 14 à 20 ans, qui a trois caractéristiques essentielles : la diffusion d'une culture commune de l'éducation préventive, un socle pédagogique qui peut être appliqué selon des modalités, avec des outils adaptés, et l'articulation des quatre axes de la stratégie d'intervention précoce. Aucune évaluation scientifique de ce programme n'a été retrouvée.

ANNEXE 2 – LIEUX DE SANTE SANS TABAC

La démarche « lieux de santé sans tabac » : priorité et dispositif soutenus par le fonds de lutte contre les addictions

Cahier des charges détaillé des projets « Lieux de Santé Sans Tabac »

En 2024, le fonds de lutte contre les addictions maintient parmi ses priorités le déploiement de la démarche « Lieux de santé sans tabac », selon les objectifs qui ont été définis en 2018 et poursuivis depuis:

- Amener, sur la période 2024-2027, **au moins 50% des établissements de santé** publics et privés, qu'ils appartiennent ou soient associés ou non à un GHT, à adopter cette démarche ;
- Cet effort vise prioritairement :
 - L'ensemble des **établissements qui ont une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant »**, dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique ;
 - L'ensemble des **établissements de soins autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer**.
 - Les **établissements de santé qui ont une activité en soins psychiatriques**

Depuis 2019, une priorité complémentaire a été définie, et elle est maintenue en 2024 :

- Agir auprès des **lieux de formation des étudiants en filière santé** afin que ceux-ci deviennent des lieux exemplaires « sans tabac ».

Stratégie NATIONALE de déclinaison de l'action « Lieux de Santé Sans Tabac » (LSST)

Depuis le fonds de lutte contre le tabac 2018, le dispositif repose sur :

- **1. Un pilotage national**

Un comité de pilotage sous l'égide de la DGS, la DGOS et l'INCa, et associant le RESPADD, suit le déploiement de la démarche.

- **2. Un promoteur/coordonnateur national « Lieux de santé sans tabac »**

En 2018, dans le cadre de l'appel à projet national « Mobilisation de la société civile », les missions de coordination et de déploiement de la démarche ont été confiées au Respadd (Réseau de prévention des addictions, Réseau Hôpital Sans Tabac, prévenir les pratiques addictives).

Les missions assurées par le RESPADD sont :

- la coordination générale du dispositif,
- la coordination du déploiement sur le territoire en lien avec les ARS,
- la promotion auprès des partenaires,
- l'élaboration de contenus, des outils concernant la démarche LSST et une formation harmonisée,

- le suivi et l'évaluation du dispositif.

- o **3. Un déploiement régional**

En 2025, les projets retenus doivent permettre la poursuite du déploiement de la démarche LSST en régions.

Une feuille de route régionale élaborée par l'ARS déterminera la stratégie de déploiement de la démarche, adaptée au territoire régional, en vue d'atteindre les cibles nationales.

Les ARS bénéficient de l'appui, notamment méthodologique, du RESPADD ainsi que de leurs missions d'appui pour la sensibilisation des partenaires locaux et le déploiement de la démarche sur le territoire.

Stratégie REGIONALE de déclinaison de l'action « Lieux de Santé sans Tabac » (LSST)

L'ARS Ile-de-France mobilise plusieurs « outils », « leviers » notamment pour :

- o Permettre à un maximum d'établissements d'approcher, de « se familiariser » puis s'engager dans le dispositif LSST, notamment via des démarches de plaidoyer et un fonds d'amorçage ;
- o Soutenir les établissements déjà matures aux normes LSST et capables de déployer des projets, répondant au présent cahier des charges Annexe 2 ;
- o Soutenir des actions auprès des lieux de formations des étudiants en filière santé et socio-éducative afin que ceux-ci deviennent des lieux exemplaires « sans tabac ».

Le présent appel à projets vise à soutenir des **projets portés prioritairement par des établissements qui ont une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique d'une part, et par des établissements de soins autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer, ainsi que les établissements de santé qui ont une activité de soins psychiatriques.**

Les types de projets attendus :

Pour des résultats visibles et durables, des projets construits dans la durée (maximum trois ans) sont attendus.

Les établissements déjà avancés dans la démarche font la démonstration de l'intérêt de la démarche pour les autres établissements.

Ce que les projets doivent proposer :

La démarche « Lieux de santé sans tabac » se décline autour de trois axes :

- **améliorer la santé du patient fumeur** en lui proposant systématiquement une démarche de sevrage tabagique avant et pendant son séjour en établissement de santé et en faisant le lien avec son médecin traitant et avec tout professionnel de santé en charge d'accompagner la personne dans l'arrêt du tabac ;
- **aider tous les personnels fumeurs** des établissements à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac en s'appuyant sur les services santé travail ;
- **organiser les espaces** des établissements de santé dans une logique de promotion de la santé, afin de favoriser la non-exposition au tabac, en particulier des mineurs et des anciens fumeurs.

Les projets doivent impérativement intervenir sur chacun de ces trois axes.

Les projets **doivent** accompagner ces interventions **d'actions d'appui à la démarche**, notamment par :

- un engagement durable de l'établissement, se traduisant par des engagements de la Direction, des services, des personnels ressources identifiés, des moyens identifiés ;
- la réalisation de l'audit « Lieu de Santé Sans Tabac » (LSST), outil d'évaluation d'implémentation qui vise essentiellement à mesurer l'état d'avancement des actions mises en place dans chaque établissement, à situer l'établissement dans cette politique et à dégager des axes d'amélioration à apporter pour l'établissement (<https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/audit-lieu-de-sante-sans-tabac/>)
- un dispositif de pilotage marquant l'engagement de l'établissement dans la durée et des responsabilités de pilotage de la démarche ;
- un dispositif de communication interne sur la démarche LSST auprès des publics prioritaires et concernés ;
- un dispositif de suivi du projet, au moins biennuel ;
- des actions à forte visibilité, « marqueurs » de la démarche LSST ;
- une participation à l'animation régionale et nationale du dispositif : réponse à l'audit du RESPADD, aux animations régionales et départementales, aux études et évaluations sur les bénéfices de LSST, etc.;

Les projets peuvent aussi intégrer des actions suivantes :

- suivi renforcé et partagé, évaluation de la démarche ;
- communication externe (cf. paragraphe 5.2 sur la communication) ;
- création d'événements locaux ou régionaux ;
- promotion de la démarche auprès d'autres établissements ;
- extension des projets aux lieux de formation des étudiants en santé.

Condition d'éligibilité du porteur

L'appel à projets est ouvert à tous les établissements de santé franciliens. Les projets concernant un groupe d'établissements (GHT, association, ...) et incluant, le cas échéant, des établissements médico-sociaux sont acceptés et privilégiés.

Une priorité sera donnée :

- aux établissements qui ont une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique ;
- aux établissements de soins autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer ;
- aux établissements de santé qui ont une activité de soins psychiatriques.

En outre, l'ARS Ile-de-France souhaite également étendre la démarche « Lieux de Santé Sans Tabac » ou « Lieux exemplaires sans tabac » :

- aux lieux de formation des étudiants en filière de santé ou socio-éducative ;
- aux maisons de santé pluri-professionnelles afin de renforcer les professionnels de santé de premier recours dans l'accompagnement des patients présentant de conduites addictives, notamment par des projets structurants et à l'échelle régionale ;
- aux établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap ou des personnes confrontées à des difficultés spécifiques ainsi qu'aux établissements du secteur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, aux établissements accueillant des jeunes placés sous-main de justice.

Les projets pourront notamment s'appuyer sur le développement d'actions ou d'outils auprès de ces publics.

Autres conditions

- Les établissements de santé ayant été déjà subventionnés pour le déploiement de la stratégie « Lieu de Santé Sans Tabac » lors d'un précédent appel à projets Fonds de lutte contre les addictions conduit par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, **ne peuvent pas** candidater au présent appel à projet. Cette pérennisation est à envisager dès la conception du projet.
- L'objectif est qu'à l'issue du financement, l'établissement soit en mesure de pérenniser, au-delà de la durée de la subvention, cette démarche et de l'inscrire dans ses pratiques et son budget propre. Ainsi, il ne sera pas possible de renouveler la subvention à l'issue de ce premier financement.
- Les établissements de santé subventionnés dans le cadre de l'appel à projet pour la mise en place d'une démarche « Lieu de Santé Sans Tabac » inscriront cette activité dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en précisant la légitimité de cette stratégie, les activités et missions mises en place, les moyens octroyés.

Dépenses éligibles

Les types de dépenses éligibles sont par exemple :

- Temps/ETP de pilotage et de coordination pour la mise en place de la démarche ;
- Actions de communication interne ; aménagement des locaux (signalétique, affichages, etc.)
- Enquêtes internes (personnels de santé, personnels autres, patients, entourage) ;
- Sensibilisation, information des personnels de santé à la prise en charge tabacologique ;
- Actions de promotion de la démarche (ces dépenses doivent être minoritaires dans le projet).

Certains types de dépenses sont inéligibles à l'appel à projets :

- Financement à l'acte ou en ETP d'équipe de liaison et de soins en addictologie, de consultation de tabacologie/addictologie, etc. ;
- Actions de formation initiale ou continue susceptible d'émerger sur des fonds de formation ;
- Dépenses liées au mobilier ou à l'immobilier ;
- Audit LSST ;
- Adhésion au RESPADD, qui est du ressort de chaque établissement et marqueur de son engagement.

Budget prévisionnel et financement

		Taille de l'établissement cible		
		Moins de 200 lits	Entre 200 et 999 lits	Plus de 1000 lits
Durée du projet	1 an			
	Projet simple : Mise en place de plusieurs actions socles (ex : mise en place d'un COPIL, communication, ouverture de consultations de tabacologie aux patients)	40 000 - 50 000 €	50 000 - 60 000 €	60 000- 70 000 €
	2 ans			
	Projet intermédiaire : Mise en place de toutes les actions socles (prise en charge des patients fumeurs, prise en charge des salariés fumeurs, aménagement des espaces, création d'un COPIL tabac)	60 000 - 70 000 €	70 000 - 90 000 €	90 000 - 110 000 €
	3 ans			
	Projet complexe : Mise en place d'une démarche LSST complète avec proposition d'actions complémentaires (ex. ouverture vers la ville, offre d'accompagnement innovante, etc.)	100 000 - 120 000 €	120 000 - 150 000 €	200 000-250 000 €

ANNEXE 3 – SIGLES ET ACRONYMES

ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAARUD : Centre d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CLS : Contrat Local de Santé
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS : Compétences Psycho-Sociales
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EN : Education Nationale
ETP : Equivalent Temps Plein
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FLCA : Fonds de Lutte contre les Conduites Addictives
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
INCa : Institut National du Cancer
JORF : Journal Officiel de la République Française
LSST : Lieu de Santé Sans Tabac
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac
PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme
PNSP : Plan National de Santé Publique
PRLT : Programme Régional de Lutte contre le Tabac
PRS : Projet Régional de Santé 2023-2027
PRST : Plan Régional Santé au Travail
QPV : Quartier Politique de la Ville
RDRD : Réduction Des Risques et des Dommages
SNS : Stratégie Nationale de Santé 2023-2027
SPF : Santé Publique France