

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL PHASE PILOTE DE LA DÉMARCHE « RÉFLEXE PRÉVENTION »



1. CONTEXTE ET ENJEUX	2
1.1 Nationaux	2
1.2 Régionaux	3
1.2.1. Point épidémiologie en région	3
1.2.2. La prévention des addictions en région	3
2. DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE « RÉFLEXE PREVENTION »	4
3. LES OBJECTIFS DE LA PHASE PILOTE	4
4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PROJETS SOUTENUS	4
5. CRITÈRES DE RECEVABILITÉ ET ENGAGEMENTS DES ETABLISSEMENTS CANDIDATS	5
6. SUIVI ET EVALUATION DE LA PHASE PILOTE	6
7. FINANCEMENTS ET RESSOURCES DISPONIBLES	7
8. PROCÉDURE DE DÉPÔT ET D'INSTRUCTION DES CANDIDATURES	7
ANNEXE 1 - CADRE DE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF « RÉFLEXE PRÉVENTION » PROPOSÉ À TITRE INDICATIF	8

1. CONTEXTE ET ENJEUX

1.1 Nationaux

Le virage préventif constitue une transformation indispensable de notre système de santé. Face à la progression des maladies chroniques, au vieillissement de la population et à la persistance d'importantes inégalités sociales et territoriales de santé, une organisation principalement centrée sur la prise en charge curative ne peut, à elle seule, répondre durablement aux besoins de la population. La réduction de la morbidité et de la mortalité évitables suppose ainsi de renforcer les interventions précoces sur les principaux déterminants modifiables de la santé et de déployer, à plus grande échelle, des actions de prévention primaire dont l'efficacité est étayée par les données scientifiques.

Les établissements de santé ont un rôle déterminant à jouer dans cette évolution. Par le nombre et la diversité des personnes qu'ils accueillent, ainsi que par la multiplicité des interactions entre patients et professionnels, ils constituent des lieux privilégiés pour intégrer la prévention aux pratiques courantes. Chaque contact avec le système hospitalier peut devenir une occasion d'aborder les habitudes de vie, de délivrer un conseil ou une intervention brève, de repérer un besoin d'accompagnement et, le cas échéant, de démarrer une prise en charge et d'orienter la personne vers les ressources adaptées sur son territoire.

La réforme du financement des établissements de santé engagée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a permis la mise en place de nouveaux compartiments de financement des établissements de santé MCO/HAD qui peuvent désormais être financés au titre d'objectifs de santé publique ou pour des missions spécifiques. Dans ce contexte, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ¹ relatif au financement de la prévention primaire dans les établissements de santé d'octobre 2024 recommande le déploiement de la démarche « **Making Every Contact Count** » (**MECC**). Mise en œuvre au Royaume-Uni depuis une dizaine d'années, elle y est désormais intégrée aux soins en routine. De plus, les réformes de financement récentes des activités de psychiatrie et de soins médicaux et de réadaptation constituent également un cadre permettant de reconnaître financièrement la contribution des établissements de santé aux besoins de santé de la population, au-delà de la seule production de séjours hospitaliers. Ces réformes concernent tous les établissements, quel que soit leur statut public ou privé.

C'est dans ce contexte, que, fin 2025, la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, a annoncé le lancement d'une phase pilote visant à déployer la démarche MECC dans des établissements de santé. Cette démarche, rebaptisée « **Réflexe Prévention** » dans le contexte français, vise à faire de la prévention non plus une activité périphérique ou ponctuelle, mais une composante à part entière de la qualité et de la pertinence des prises en charge. Son déploiement doit permettre aux professionnels de santé de saisir, de manière simple, proportionnée et adaptée à la situation de chaque patient, chaque occasion d'aborder les principaux déterminants de santé et de favoriser l'adoption de comportements plus favorables à la santé.

Si cette démarche a vocation à soutenir le développement de la prévention primaire sur l'ensemble des principaux déterminants de santé, notamment l'alimentation et l'activité physique, la présente phase pilote cible prioritairement ceux liés aux addictions (**tabac, alcool, cannabis**), en cohérence avec son financement par le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) et les recommandations HAS de 2021 « Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte »².

¹ <https://www.igas.gouv.fr/le-financement-des-actions-de-prevention-primaire-des-etablissements-de-sante-0>

² https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoc-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

1.2 Régionaux

1.2.1. Point épidémiologie en région

Les données épidémiologiques régionales sur les 3 déterminants de démarche « Reflexe Prévention » doivent être prises en compte dans les projets qui seront présentés :

■ TABAC

En 2024, en Pays de la Loire, la proportion de fumeurs quotidiens est de 17,4% pour l'ensemble des adultes de 18-79 ans, une proportion exactement égale à la moyenne nationale. Cela représente environ 500 000 personnes. Un écart marqué entre les hommes et les femmes est observé, avec 13,7% de fumeurs quotidiens chez les femmes et 21,2% chez les hommes. Comme partout en France, les écarts sociaux demeurent importants. La proportion de fumeurs quotidiens est nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible : 12,4% parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au bac contre 19,4% chez les personnes sans diplôme et inférieur au bac. La proportion de fumeurs quotidiens est également particulièrement élevée chez les ouvriers (28,2%) et les personnes au chômage (près de 30 %), soit plus de 10 points supérieurs aux autres catégories (+20 points par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures).

Pour autant, plus de la moitié (52,6%) des fumeurs quotidiens ligériens déclare avoir envie d'arrêter de fumer.

■ ALCOOL

En Pays de la Loire, plus d'un adulte sur quatre (27,6%) dépasse les repères de consommation d'alcool à moindre risque au cours (*maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours*) des sept derniers jours : 40,5% des hommes et 15,2% des femmes. Les Pays de la Loire se caractérisent par des niveaux particulièrement élevés chez les hommes, supérieurs de 10 points à la moyenne nationale. Le dépassement des repères lors des sept derniers jours diffère selon le niveau de diplôme (31% des adultes diplômés du supérieur, 30,5% des adultes avec un diplôme équivalent au baccalauréat, 22,5% des adultes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ou sans aucun diplôme).

Parmi les adultes dépassant les repères, 25,6% déclarent avoir envie de réduire leur consommation.

■ CANNABIS

En 2023, la consommation de cannabis des adultes de la région Pays-de-la-Loire se situe dans la moyenne nationale, peu importe le type d'usage. Ainsi, un ligérien sur deux (51,3%) âgé de 18 à 64 ans déclare avoir déjà consommé ou goûté du cannabis, une proportion proche de la moyenne nationale (50,4%). Un ligérien sur dix (11,5%) déclare avoir consommé du cannabis au moins une fois dans le mois (10,8% en France) et 4,2% déclarent une consommation régulière de cannabis (3,4% en France).

1.2.2. La prévention des addictions en région

La systématisation du repérage des comportements à risque chez les patients, à chaque étape de leur parcours de soins au sein des hôpitaux, constitue un axe majeur de notre Programme Régional de Prévention des Addictions. La démarche « Réflexe Prévention » s'inscrit pleinement dans cette dynamique. De plus, en visant une réduction de la consommation d'alcool en deçà des repères de consommation à moindre risque, et pas uniquement la prise en charge des addictions, cette démarche contribue également à l'enjeu de la dénormalisation de la consommation d'alcool.

De nombreux établissements de notre région s'impliquent déjà dans la prévention des addictions. Par exemple, 40 établissements de santé sont engagés dans la démarche Lieux de Santé Sans Tabac (LSST). Dès 2024, le CHU d'Angers s'est engagé dans la démarche MECC. La phase pilote « Reflexe Prévention » s'inscrit donc en continuité des actions déjà menées en région.

2. DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE « RÉFLEXE PREVENTION »

La démarche « Réflexe Prévention », inspirée de la démarche MECC présentée dans le rapport IGAS précité, repose sur l'exploitation de la multiplicité de contacts et d'interactions entre les professionnels de santé et les patients au sein des établissements de santé pour engager des conversations sur leurs habitudes de vie et leurs comportements liés à la santé. Des interventions très brèves (moins de 2 minutes), brèves (jusqu'à 10 minutes) ou une orientation (vers des spécialistes au sein ou à l'extérieur de l'établissement) peuvent être proposées par les professionnels.

Elle s'appuie sur l'efficacité démontrée des interventions brèves notamment sur l'arrêt du tabagisme chez les fumeurs et sur la diminution de la consommation d'alcool chez les personnes présentant un usage excessif sans dépendance, ou présentant un usage supérieur aux repères de consommation à moindre risque. Elle peut également s'appuyer sur des outils de repérage validés en France³ comme l'AUDIT-C et le FACE pour l'évaluation de la consommation d'alcool, le test de Fagerström pour le tabac et le CAST pour le cannabis.

Cela suppose que les intervenants soient formés en ce sens. Certaines études ont montré un impact positif de cette démarche sur les compétences et la confiance des professionnels de santé formés dans leur capacité à aider les individus à modifier leur comportement. Il est également nécessaire que cette dynamique soit déployée en mode projet. Un guide d'implémentation⁴ a été développé par le National Health Service (NHS). La démarche « Réflexe Prévention » vise ainsi à intégrer systématiquement des messages de prévention dans les interactions avec les patients, afin de faire de la prévention une composante ordinaire de la prise en charge.

3. LES OBJECTIFS DE LA PHASE PILOTE

L'objectif de cette phase pilote est de permettre aux établissements de santé de mettre en œuvre la démarche « Réflexe Prévention » et de déterminer les conditions de réussite avant une généralisation.

Cette phase pilote vise à sélectionner un panel d'environ 250 établissements de santé à l'échelle nationale. En Pays de la Loire, **12 établissements pourront être sélectionnés**.

4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PROJETS SOUTENUS

Les établissements de santé volontaires devront impulser et mettre en œuvre la démarche, a minima, sur les déterminants de santé retenus pour la phase pilote (Tabac, Alcool, Cannabis). Les modalités de déploiement opérationnelles seront laissées à l'appréciation des établissements volontaires.

Parmi les facteurs clés de succès mis en exergue par les porteurs de démarche de ce type figurent l'implication du corps médical et de la direction de l'établissement au travers d'un binôme chef de projet / médecin, la programmation des actions de type MECC au titre du plan de formation, la constitution d'un réseau de relais en interne et, bien sûr, l'inscription de la prévention primaire dans le projet d'établissement.

Le projet pourra concerner l'ensemble de la structure ou cibler un service ou un pôle, et tout ou une partie du personnel et du public accueilli. Une démarche progressive de déploiement au sein de l'établissement est préconisée, inscrite dans une trajectoire de montée en charge clairement définie.

Le projet devra être soutenu par la gouvernance de l'établissement et piloté par un responsable identifié.

Une attention particulière devra être accordée à l'articulation des démarches de prévention primaire engagées au sein des établissements de santé avec les HAD (hospitalisations à domicile) et les organisations du premier

³ <https://srae-addicto-pdl.fr/boite-a-outils/reperage-et-evaluation-des-addictions/>

⁴ https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c338375e5274a65a5da03d6/MECC_Implementation_guide_v2.pdf

recours, dans le but d'assurer la continuité des interventions pour le patient. Au-delà des interventions très brèves et brèves auprès du patient, certaines situations pourront en effet générer ou nécessiter son orientation. Cela suppose que l'établissement (le coordonnateur) ait repéré les ressources disponibles sur le territoire : autres établissements de santé, médecine de ville, CPTS, solutions proposées par les collectivités, les organismes sociaux et le tissu associatif...

Certains établissements déploient déjà des actions de prévention-promotion de la santé à mettre en perspective avec cette nouvelle démarche. Pour les établissements engagés dans la démarche LSST (Lieu de santé sans tabac), le dispositif « Réflexe Prévention » peut être envisagé comme une extension de cette dynamique. Il est donc attendu que le déploiement de ces deux démarches et leur articulation soient décrits. Toutefois, l'engagement dans la démarche LSST ne constitue pas un prérequis pour intégrer « Réflexe Prévention ». Tous les établissements peuvent s'engager dans cette démarche. Le cas échéant, l'adhésion à la démarche LSST pourra éventuellement être envisagée dans un second temps.

Les établissements ont souvent déjà dans leurs effectifs des personnes formées à l'intervention brèves, notamment via les formations RPIB. D'autres ont déjà mis en place un repérage systématique ou des interventions de promotion de la santé concernant ces déterminants. Ces éléments sont à prendre en compte dans le diagnostic initial.

Les établissements volontaires devront mettre en place un suivi régulier de l'activité et atteindre un seuil significatif d'interventions réalisées.

Les candidats retenus bénéficieront des modules de formation développés au niveau national.

Un cadre de déploiement du dispositif est proposé en annexe 1 et précise les modalités attendues.

5. CRITÈRES DE RECEVABILITÉ ET ENGAGEMENTS DES ETABLISSEMENTS CANDIDATS

Cet appel à manifestation d'intérêt s'adresse à **tous les établissements de santé**.

Néanmoins, compte tenu de la nécessité de tracer le nombre et le type d'interventions réalisées par le personnel de santé auprès des patients seuls les établissements de santé disposant du **dossier patient informatisé** pourront être sélectionnés.

Les candidats s'engagent notamment à :

- Mettre en œuvre la méthode « Réflexe Prévention » en s'appuyant sur les recommandations et outils définis par la HAS de 2021 ;
- Débuter l'action dès début 2027
- Déployer le programme dans un ou plusieurs services de l'établissement
- Identifier les personnes ressources mobilisées ;
- Former les personnels concernés à cette méthode ;
- Réaliser un nombre d'interventions significatif et traçable ;
- Présenter et porter la démarche dans le cadre de ses instances de dialogue social et de gouvernance ;
- Rechercher les cofinancements éventuellement pertinents nécessaires à la réussite de l'action ;
- Promouvoir des synergies territoriales et des coopérations avec les prises en charge et solutions d'aval pour les patients ayant fait l'objet d'une orientation ;
- S'assurer de la cohérence et de l'articulation des actions portées avec le projet régional de santé (PRS) et les contrats locaux éventuellement existants ;
- Etablir un bilan intermédiaire de montée en charge et un bilan annuel ;
- Participer aux réunions de suivi ;

- Contribuer activement au dispositif d'évaluation nationale adossé au programme ainsi qu'à l'étude régionale le cas échéant
- Autoriser l'ARS / le Ministère à communiquer sur les actions ainsi portées et leurs résultats ;
- Avoir intégré des actions sur la prévention primaire dans leur projet d'établissement, ou s'engager à les prendre en compte dans leur prochain projet.
- Participer activement aux réflexions du comité de pilotage

L'ARS évaluera les projets selon leur qualité, notamment à partir des critères suivants :

- Projet structuré sur la base d'un diagnostic
- Projet avec différents volets d'actions, ne se limitant pas à la sensibilisation des personnels
- Projet s'inscrivant dans un cadre pérenne
- Gouvernance du projet, moyens humains mobilisés et portage managérial
- Traçabilité et suivi des actions
- Cartographie des ressources locales et des solutions d'aval
- Liens établissement de santé / ville

6. SUIVI ET EVALUATION DE LA PHASE PILOTE

La phase pilote de déploiement de la démarche « Réflexe Prévention » sera mise à profit pour élaborer un cadre d'évaluation partagé et définir des indicateurs de court, moyen et long terme, permettant d'assurer le suivi des actions engagées et d'alimenter une évaluation nationale du programme.

Ces indicateurs, qui seront définis au niveau national, porteront dans un premier temps sur les conditions et le niveau de déploiement des actions de prévention : établissements et professionnels mobilisés, personnes bénéficiaires, nature et volume des interventions réalisées, ainsi que modalités d'orientation proposées. Dans un second temps, des indicateurs de résultats permettront notamment d'apprécier le recours aux ressources proposées, l'évolution des comportements déclarés, la satisfaction des patients et des professionnels et la capacité du programme à atteindre les publics vulnérables.

La phase pilote permettra aux établissements d'identifier les différentes possibilités techniques de traçage des actions menées (en distinguant leurs différents niveaux d'intervention très brève, brève et orientation) et de recueil des résultats, dans l'objectif de mesurer l'impact, d'identifier les éventuelles carences territoriales et d'adapter les modalités de déploiement du programme à grande échelle.

Les attendus en termes d'évaluation des projets (traçabilité dans les dossiers patients, recueil des indicateurs d'évaluation) seront précisés par l'organisme chargé de l'évaluation au niveau national.

En Pays de la Loire, la mise en œuvre de l'expérimentation « Réflexe Prévention » s'appuiera sur un Comité de pilotage. Ce dernier réunira l'ARS Pays de la Loire, la SRAE Addictologie et des structures intégrant l'expérimentation.

Ce COPIL aura pour missions de :

- Définir un langage commun (démarche « Réflexe Prévention », interventions brèves et très brèves, etc.);
- Evaluer l'existant, via le lancement d'un diagnostic partagé (pratiques actuelles de repérage, freins, etc.) ;
- Fixer des objectifs communs et les indicateurs d'évaluation, en complément du cadre national ;
- Coconstruire les outils de formation et les trames d'entretien, sur la base des outils existants et validés scientifiquement ;
- Partager les retours d'expérience de terrain.

En Pays de la Loire, une étude complémentaire pourra être menée. Il est attendu des établissements retenus qu'ils y participent.

7. FINANCEMENTS ET RESSOURCES DISPONIBLES

Chaque établissement dont le dossier sera sélectionné dans cette phase pilote pourra prétendre à un financement de 40 000 euros maximum pour la totalité du projet 2027-2028. Ces dotations ont vocation à financer en priorité le pilotage, la coordination et l'animation de la démarche au sein de l'établissement. Des cofinancements pourront également être mobilisés.

Les établissements sélectionnés bénéficieront d'un outillage méthodologique destiné à faciliter le déploiement de la démarche « Réflexe Prévention » et son intégration durable dans les organisations et les pratiques professionnelles. La mise à disposition de modules de formation dématérialisés et librement accessibles auprès des établissements chargés du déploiement est envisagée d'ici la fin du premier trimestre 2027. Ceux-ci permettront de garantir un socle commun de connaissances et un niveau homogène de formation entre les établissements participants. Ces modules de formation viseront à diffuser une approche pragmatique et populationnelle des interventions brèves en santé, inspirée de la démarche britannique « Making Every Contact Count » (MECC) et articulée avec le repérage précoce et intervention brève (RPIB) français. Ils ont vocation à cibler l'ensemble des professionnels en contact avec le public, y compris ceux peu formés aux conduites addictives, afin d'intégrer des micro-interventions de prévention dans les interactions quotidiennes.

En Pays de la Loire, la SRAE Addictologie propose des formations de formateurs au RPIB.

Un webinaire de présentation de la démarche et de son évaluation régionale, à destination des établissements qui souhaiteraient s'engager dans la démarche ou disposer de plus d'informations avant de s'y engager aura lieu le **lundi 21 septembre de 12h à 13h**

8. PROCÉDURE DE DÉPÔT ET D'INSTRUCTION DES CANDIDATURES

Le présent appel à manifestation d'intérêt sera ouvert dès le 4 septembre 2026. **La date limite de dépôt est fixée au 15 octobre 2026.**

Le résultat de l'instruction sera communiqué **au plus tard le 6 novembre 2026** de sorte que les structures sélectionnées puissent préparer la mise en œuvre du programme pour début 2027.

Les dossiers de candidature complets doivent être déposés par voie électronique sur la boîte de messagerie ars-dspe-pads-subv@ars.sante.fr

CONTACTS ARS

Direction de la santé publique et environnementale
Département prévention et actions sur les déterminants de santé
ars-pdl-dspe-pads-subv@ars.sante.fr

- Dr Sophie ROBIN, conseillère médicale – Tél. 06 65 61 15 44
- Roseline BONTEMPS, chargée de projets - Tél. 06 99 53 62 79

ANNEXE 1

CADRE DE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF « RÉFLEXE PRÉVENTION » PROPOSÉ À TITRE INDICATIF

Axe 1 : Gouvernance, pilotage et communication :

- S'engager, en tant que direction, à mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la démarche et à assurer le suivi de son déploiement
- Nommer un référent du pilotage du déploiement de l'action Réflexe Prévention. Il peut s'agir d'un binôme associant un chef de projet et un professionnel de santé
- Intégrer la démarche Réflexe Prévention dans le projet d'établissement ;
- Définir une comitologie de suivi
- Présenter la démarche au sein des instances de gouvernance et de dialogue social
- Communiquer autour de la démarche (web, affichage et brochure...).

Axe 2 : Organisation et ressources :

- Identifier les services et pôles concernés et les ressources à mobiliser, notamment RH
- Identifier et mettre en œuvre les conditions favorables au déploiement des interventions
- Formaliser les processus, circuits et modalités organisationnelles ;
- Adapter le système informatique
- Planifier et monitorer l'activité.

Axe 3 : Formation et information :

- Intégrer les actions de formation au plan de formation de l'établissement
- Assurer le relais de l'information en interne
- Former les professionnels via les outils nationaux à venir et en s'appuyant sur l'existant (Cf établissements LSST et autres actions déjà engagées)

Axe 4 : Orientation et coordination territoriale :

- Mettre à disposition des patients et des professionnels des supports d'information et d'orientation
- Recenser et mobiliser les ressources territoriales disponibles pour l'orientation : autres établissements de santé, médecine de ville, CPTS, structures d'addictologie, collectivités, organismes sociaux et associations
- Développer les coopérations avec les acteurs de l'HAD et du premier recours afin de garantir la continuité des parcours.

Axe 5 : Mise en œuvre et traçabilité :

- Déployer les interventions de repérage et d'orientation en utilisant uniquement les outils validés par la HAS
- Assurer la traçabilité des actions dans le dossier patient, incluant les actions engagées, les conseils prodigués et les ressources mobilisées.

Axe 6 : Suivi et évaluation :

- Monitorer les indicateurs de moyens et de résultats définis par l'ARS permettant d'évaluer le suivi et l'impact des actions engagées
- Produire un bilan intermédiaire et un bilan final
- Participer au dispositif d'évaluation nationale adossé à la phase pilote dont les modalités seront précisées ultérieurement.

Axe 7 : Intégration à la communauté :

- Participer aux réunions et temps d'échange organisés par les institutions et organismes en charge du suivi de la phase pilote (ministère, ARS, organisme d'évaluation...).