

Appel à Manifestation d'Intérêt Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA)

Cahier des charges 2023

Addictions concernées

- Actions de prévention portant sur **les produits psychoactifs** et les **addictions dites « sans substances »** notamment les addictions aux jeux d'argent et de hasard (JAH) et aux jeux vidéo ainsi que la prévention des usages problématiques des écrans

Publics prioritaires cibles

- Jeunes (et les parents)
- Femmes, notamment les femmes enceintes et leur entourage
- Publics avec un statut socio économiquement modeste
- Publics en situation de précarité sociale
- Personnes présentant des maladies chroniques
- Personnes vivant avec des troubles psychiques, dont les personnes victimes de psycho-traumatismes
- Personnes en situation de handicap
- Personnes placées sous-main de justice et prises en charge par la protection judiciaire de la jeunesse
- Personnes dans les secteurs professionnels à forte prévalence tabagique et le milieu sportif
- Tout autre public vivant avec une problématique addictive

Particularité

- Les établissements de santé souhaitant s'engager dans une démarche Lieu de Santé Sans Tabac (LSST)
- Les collectivités ou institutions souhaitant mettre en place des lieux de vie sans tabac
- Dans le contexte de grands événements sportifs (coupe du monde de rugby fin 2023 et Jeux Olympiques et Paralympiques en 2024), des actions d'opportunités en lien avec ces événements notamment sur alcool et tabac peuvent être soutenues.

Annexes

- Épidémiologie en fonction des publics
- Critères d'éligibilité des projets

Sommaire

1. Contexte.....	3
Contexte national.....	3
Contexte régional	3
Stratégies nationales et régionales	4
2. Objectifs de l'appel à manifestation d'intérêt.....	5
3. Recevabilité des projets.....	7
Structures éligibles	7
4. Durée du projet et évaluation.....	7
5. Financement des projets.....	8
6. Accompagnement des porteurs de projets	8
7. Procédure de dépôt des projets	9
Modalités de dépôt des projets	9
Contenu du dossier de candidature	9
Calendrier	9
Annexe 1 – Focus sur des publics spécifiques.....	10
Jeunes	10
Femmes.....	10
Personnes défavorisées	11
Personnes vivant avec un trouble psychique	11
Personnes placées sous-main de justice	11
Annexe 2 – Critères d'éligibilité des projets.....	12

1. Contexte

Contexte national

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 45 000 décès par cancer), l'alcool de 41 000 (dont 15 000 par cancer) et les drogues de 1 600 décès chaque année.

En effet, malgré quelques améliorations, les niveaux de consommations restent parmi les plus élevés recensés dans les pays occidentaux et dans le monde pour certaines tranches d'âge.

Ainsi, en France métropolitaine, un quart des personnes de 18-75 ans déclare fumer quotidiennement (25,3%, selon le baromètre santé de 2021¹). Le nombre de consommateurs quotidiens d'alcool est estimé à 5 millions, tandis que les usagers quotidiens de cannabis sont estimés à 900 000.

Concernant la consommation d'alcool, selon le Baromètre Santé 2017, 40 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, et la consommation quotidienne concerne 10 % des personnes interrogées en France.

Si la consommation des produits psychoactifs (notamment le cannabis) est relativement stable, la consommation de cocaïne est un sujet de préoccupation grandissant. Depuis les années 2000, on constate une banalisation de l'usage de ce produit. La cocaïne bénéficie d'une image positive liée à la fête, à la sociabilité et à la performance au travail, et ce désormais dans tous les milieux sociaux. Les 18-64 ans (notamment la tranche 18-34 ans) sont de plus en plus nombreux à expérimenter la substance (1,2 % en 1995 contre 5,6 % en 2014).

Concernant les Jeux d'argent et de hasard², en 2019, 6 % des joueurs ont une pratique problématique : selon les estimations fondées sur l'indice canadien de jeu excessif (ICJE), 4,4 % des personnes ayant joué à un jeu d'argent et de hasard dans l'année peuvent être classées comme joueurs à risque modéré et 1,6 % comme joueurs excessifs (respectivement 3,8% et 0,8 %, en 2014). Rapportées à la population âgée de 18-75 ans, ces données donnent une prévalence de 2,1 % de joueurs à risque modéré et 0,8 % de joueurs excessifs soit respectivement, environ un million de Français d'une part et 370 000 d'autre.

Ces conduites addictives pèsent sur les comptes de la Nation, en particulier sur les dépenses de santé, et engendrent des coûts sociaux conséquents : respectivement 120 milliards d'euros pour le tabac et l'alcool et 10 milliards d'euros pour les drogues.

Contexte régional

Selon le Baromètre Santé 2021, en France, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué de 26,9% en 2017 à 25,3% en 2021, et celle-ci reste encore, en Pays de la Loire, inférieure au niveau national (22,4% des 18-75 ans vs 25,3% en France).

En Pays de la Loire, les niveaux de consommation d'alcool restent élevés. En effet, 44% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, contre 40% au niveau national. La consommation d'alcool à l'âge de 17 ans est une des plus défavorables de France avec 22% d'alcoolisation ponctuelles importantes répétées notamment (contre 16,4% en France).

Concernant le cannabis : 41% des Ligériens de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Après avoir fortement augmenté entre 2010 et 2014 et s'être rapprochés des moyennes nationales, les usages de cannabis suivent une tendance à la baisse dans les Pays de la Loire entre 2014 et 2017. La fréquence de l'usage dans l'année est ainsi passée de 9,9% en 2014 à 8,4% en 2017, et celle de l'usage régulier de 3,5% à 2,2%. Cette évolution régionale contraste avec l'augmentation de l'usage qui se poursuit au plan national. En 2017, les niveaux d'usage du cannabis deviennent ainsi, comme c'était le cas en 2010, plus faibles dans la région qu'en France (8,4% vs 11,0 % pour l'usage dans l'année ; 2,2% vs 3,6% pour l'usage régulier).

¹ http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/pdf/2022_26_1.pdf

² OFDT, Tendances 138, « Les Français et les jeux d'argent et de hasard, Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 », Juin 2020

Chez les personnes en situation de grande précarité, une enquête qualitative menée dans trois communautés d'agglomérations implantées au sein de territoires ruraux (les agglomérations mancelle, angevine et lavalloise) des Pays de la Loire³ montre :

- Une place de plus en plus importante occupée par la cocaïne, principalement basée et dans une moindre mesure en injection ;
- L'importance de la consommation, hors protocole médical, de benzodiazépines et de médicaments de substitution aux opioïdes : méthadone (sous forme de gélule et de sirop) et Subutex®, ingérés ou injectés, que ce soit seul ou pour atténuer une montée ou amortir la redescende de la cocaïne ou d'un autre stimulant. Ces consommations s'accompagnent le plus souvent de consommations d'alcool et de résine de cannabis

Stratégies nationales et régionales

Pour répondre à cette situation, le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) lancé par le gouvernement pour la période 2018-2022 s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS).

Après un premier bilan encourageant, et 1,6 million de fumeurs quotidiens de moins en deux ans, le PNLТ poursuit les objectifs ambitieux de réduction du tabagisme en France, en particulier chez les jeunes, afin de créer la « première génération d'adultes sans tabac » dès 2032.

De même, la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives, lancée par le gouvernement pour la période 2023-2027, s'inscrit en cohérence avec la SNS et vient compléter le PNLТ en ciblant notamment l'alcool et les drogues illicites au regard des prévalences des consommations à risque. Ce plan indique les priorités et principales mesures à mettre en œuvre pour lutter efficacement contre les addictions au niveau national mais également au cœur des territoires pour agir au plus près des publics concernés en tenant compte, des spécificités et priorités régionales. Le cadre de référence pour la prévention du jeu excessif ou pathologique et la protection des mineurs, le plan d'actions pour un usage raisonné des écrans par les jeunes et les enfants ainsi que la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes viennent compléter ces stratégies et plans.

Sur le plan régional, l'ARS Pays de la Loire a décliné ces priorités via :

- Un programme régional de lutte contre le tabac (PRLT), déclinaison du PNLТ adapté aux spécificités régionales ;
- Un Programme Régional de Prévention des Addictions (PRPA) 2019-2022, élaboré en concertation avec tous les acteurs de la région, avec les objectifs suivants :
 - Renforcer la prévention dès le plus jeune âge en agissant auprès des jeunes et des parents
 - Améliorer le repérage et l'orientation précoces, ainsi que le lien avec le soin, en s'appuyant sur les acteurs ressources ;
 - Améliorer la synergie et le maillage territorial des dispositifs et des réseaux de prévention des addictions, en privilégiant une entrée par territoire/bassins de vie, et en veillant à réduire les inégalités d'accès.

Début 2022, le Comité de Direction de l'ARS a décidé de prolonger le PRPA jusqu'à fin 2023.

³ [OFDT, Usages de produits psychotropes et prise en charge socio-sanitaire des personnes en situation de grande précarité en Pays de la Loire, 2023](#)

2. Objectifs de l'appel à manifestation d'intérêt

Cet appel à manifestation d'intérêt permettra de soutenir au niveau local des actions qui contribuent à la déclinaison du programme régional de prévention des addictions.

Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA) a vocation à financer des actions de prévention portant sur l'ensemble des produits psychoactifs et les addictions dites « sans substance » notamment les addictions aux jeux d'argent et de hasard et aux jeux vidéo ainsi que la prévention des usages problématiques des écrans.

Toutefois, compte tenu de leur impact sur la santé des Français, le FLCA continuera à soutenir en priorités les actions permettant de réduire :

- **La consommation de tabac**, dans une logique d'amplification des mesures de lutte et de prévention, en s'appuyant sur le prochain programme national de lutte contre le tabac (2023-2027). L'objectif est de maintenir un haut niveau d'engagement sur cette priorité de santé publique afin d'atteindre les objectifs de réduction du tabagisme fixés pour 2027 et d'aboutir à la première génération sans tabac en 2032 ;
- **Les usages nocifs d'alcool**, avec comme objectifs, la réduction du nombre de personnes ayant des usages dépassant les seuils de consommation à moindre risque et la réduction des risques et des dommages liés à cette consommation ;
- **Les usages nocifs des substances illicites**, avec un focus concernant le cannabis et la cocaïne, en cohérence avec la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027.
- **Les usages détournés de produits licites** (par exemple : protoxyde d'azote).

Dans la mesure du possible, et en fonction de la pertinence des interventions, les projets peuvent prévoir des approches autour des Poly consommations

Les actions soutenues au niveau régional devront s'inscrire dans l'un des trois axes ci-dessous :

Axe 1 : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance, 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, en prévenant les consommations de substances psychoactives pendant la période pré-conceptionnelle et la transmission intergénérationnelle des conduites addictives et en prenant en compte de la situation de vulnérabilité des enfants d'usagers de substances psychoactives ;
- Dans le domaine de la parentalité, en déployant des actions de soutien à cette dernière (exemple : le Programme de Soutien à la Famille et à la Parentalité, PSFP), pour prévenir les comportements à risque liés aux substances psychoactives ;
- En poursuivant le déploiement de programmes probants et interventions fondés sur des données probantes, visant en particulier le renforcement des compétences psycho-sociales (CPS) (cf. référentiel élaboré par Santé Publique France¹), en ciblant prioritairement les territoires les plus en besoin et les enfants et jeunes les plus vulnérables. L'enjeu est de permettre à tous les enfants de développer leurs compétences psychosociales dès le plus jeune âge, pendant toute leur croissance et dans tous les milieux ;
- En poursuivant des actions / programmes de soutien par les pairs.

CPS en milieu scolaire

Ces programmes devront s'intégrer dans la stratégie régionale pilotée par le rectorat qui devra être associé :

- à la conception des actions ;
- au choix des établissements scolaires ;
- aux comités de suivi du déploiement des programmes afin de faciliter l'intégration des apports de ces programmes dans les pratiques pédagogiques et éducatives.

Les projets devront par ailleurs s'appuyer sur les **critères des programmes efficaces, figurant dans le référentiel élaboré par Santé Publique France¹** et seront assurés en **co-construction** avec les rectorats ou partenaires.

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

- Développant des actions afin de prévenir les consommations excessives d'alcool des étudiants et jeunes adultes (« Binge drinking ») ;
- Développant des actions afin de prévenir les consommations à risque dans le milieu sportif et le milieu du travail ;
- 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 afin de renforcer à minima les actions de repérage et d'intervention brève (alcool / tabac / cannabis) ;
- En ce qui concerne le tabac, 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 ;
- En ce qui concerne l'alcool, en prévenant les usages problématiques en population générale, en mettant l'accent sur les conséquences pour les tiers, liées en particulier aux violences intrafamiliales sous l'emprise de l'alcool (violences conjugales, violences subies dans l'enfance favorisant les usages problématiques et passage à l'acte favorisé par les consommations).

Lieux de Santé Sans Tabac : priorité du Fonds de lutte contre les addictions

Objectif national :

Amener, sur la période 2023-2027, au moins 50% de l'ensemble des établissements de santé publics et privés, à adopter cette démarche.

Cet objectif général suppose d'atteindre :

- Le taux de **50%** pour les **établissements publics/privés de santé mentale** ;
- Le taux de **100%** pour :
 - Les établissements qui ont une **activité « femme, mère, nouveau-né, enfant »**, notamment les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique ;
 - Les établissements de soins **autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer** ;
 - Les centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires ;
 - Les lieux de formation des étudiants en filière santé.

Axe 3 : Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en développant notamment des actions spécifiques vers des publics prioritaires, parmi lesquels :

- Jeunes (et les parents), dont jeunes en situation de vulnérabilité (jeunes relevant de l'ASE, de la PJJ ou en situation de handicap, jeunes en échec scolaire, apprentis et jeunes en insertion), notamment en favorisant les actions des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ;
- Femmes, dont les femmes enceintes et leur entourage et les parents de jeunes enfants ;
- Publics avec un statut socio économiquement modeste ;
- Publics en situation de précarité sociale ;
- Personnes présentant des maladies chroniques ;
- Personnes vivant avec des troubles psychiques, dont les personnes victimes de psycho-traumatismes ;
- Personnes en situation de handicap ;
- Personnes placées sous-main de justice et prises en charge par la protection judiciaire de la jeunesse ;
- Personnes dans les secteurs professionnels à forte prévalence tabagique et le milieu sportif.

3. Recevabilité des projets

Structures éligibles

Les porteurs de projets pourront être **des acteurs du champ de l'addictologie ou des acteurs accompagnant les publics cibles**, notamment des associations, des organismes d'assurance maladie, des structures soutenues par les collectivités territoriales, des centres de santé, des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, des unions régionales des professionnels de santé, des maisons de santé pluri professionnelles ou des communautés professionnelles territoriales de santé....

Comme les années précédentes, les projets devront mobiliser des collaborations et des partenariats avec des acteurs œuvrant en intersectorialité, et prendre en compte les ressources existantes dans le champ de la lutte contre le tabac et la prévention des conduites addictives (associatives, professionnels de santé, etc.) et s'appuyer sur elles, afin de favoriser l'articulation entre les dispositifs d'addictologie et de droit commun (cf. annexe 2).

4. Durée du projet et évaluation

L'ARS Pays de la Loire privilégie les **projets d'envergure inscrits dans la durée (une à trois années)**.

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 facteurs clés permettant la réplcation de l'intervention et sa généralisation sur le territoire.

Pour ce faire, le projet pourra faire 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.

Le porteur de projet fournira des indicateurs annuels de suivi de l'activité et qualitatifs. Ceux-ci seront 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.

5. Financement des projets

Les projets déposés seront examinés et validés en concertation avec les membres du Comité de Pilotage restreint : MILDECA, Education Nationale, CPAM, MSA, Conseil Régional et DREETS.

Lorsqu'ils seront validés, les projets retenus bénéficieront d'une subvention.

Le montant versé pour chaque projet sélectionné dépendra du contenu du projet et son descriptif financier. Le financement sera attribué au porteur de projet dans le cadre d'une convention conclue entre le bénéficiaire et l'ARS.

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

- *Le fonctionnement des promoteurs : il alloue des financements à des projets ;*
- *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 susceptibles d'émarger sur les fonds de formation : il peut soutenir des actions visant à l'outillage des professionnels pour améliorer les bonnes pratiques ;*
- *La création d'outils promotionnels doit être limitée et en tout état de cause en lien direct et en cohérence avec le projet. Les achats de matériel devront être réduits. Par ailleurs, les actions devront préférentiellement utiliser des outils de communication élaborés par des opérateurs nationaux (Santé publique France, INCa...) ou régionaux (IREPS notamment) ;*
- *Le matériel de vapotage et les substituts nicotiniques ne pourront pas être financés ;*
- *Un même projet à plusieurs échelles (nationale et régionale).*

Sont également exclus d'un financement par l'appel à manifestation d'intérêt régional :

- *Les projets portés par des acteurs présentant un lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'alcool et du cannabis (article 5.3 de la CCLAT), les opérateurs de jeux d'argent et de hasard, l'industrie des jeux vidéo ;*
- *Les actions par ailleurs déjà financées par le fonds de lutte contre les addictions ;*
- *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 autres critères du présent cahier des charges ;*
- *Les actions déjà financées en totalité dans le cadre de programmes d'actions portées par d'autres financeurs. En revanche, les projets faisant l'objet de cofinancements pourront être soutenus.*

6. Accompagnement des porteurs de projets

Afin d'appuyer le déploiement en région d'actions nationales prioritaires et la réalisation d'actions des programmes régionaux de lutte contre les addictions, chaque ARS bénéficie d'un appui technique. Dans notre région, ce dispositif d'appui est porté par la SRAE Addictologie Pays de la Loire.

Coordonnées du dispositif d'appui en Pays de la Loire

Mme Emmanuelle Le Borgne : emmanuelle.leborgne@srae-addicto-pdl.fr – Tél. 06 62 00 32 50

Mme Fabienne You : fabienne.you@srae-addicto-pdl.fr – Tél. 06 61 50 75 02

Ainsi, **le dispositif d'appui soutient les porteurs de projets** pour :

- Un appui méthodologique, notamment sous forme d'outils de suivi et d'évaluation de la réalisation ;
- Un appui à la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires : « Lieux de santé sans tabac (LSST) ».

Les porteurs de projet candidats peuvent solliciter le dispositif d'appui pour toute question portant sur leur projet, tant sur la phase de lettre d'intention que pour la phase de dossier de candidature. Concernant la démarche « Lieux de santé sans tabac », les établissements de santé sélectionnés pourront bénéficier d'un appui du dispositif d'appui pour les accompagner dans la mise en œuvre de cette démarche. Cet appui permettra notamment de structurer la stratégie LSST et d'élaborer des outils adaptés.

7. Procédure de dépôt des projets

Contenu du dossier de candidature

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, vous trouverez trois modalités de réponses (dossier joints à l'AMI) :

- Une lettre d'intention succincte ;
- Un dossier de candidature complet ;
- Pour les porteurs de projets « Lieu de Santé Sans Tabac », une présentation particulière du dossier de candidature est proposée

Modalités de dépôt des projets

Vous devez déposer votre dossier par voie électronique sur la boîte de messagerie suivante : ars-pdl-dspe-pads-subv@ars.sante.fr, au fil de l'eau et au plus tard :

- **Lettre d'intention : le 7 juillet 2023 ;**
- **Dossier de candidature : le 30 septembre 2023 ;**

Le porteur recevra un accusé de réception indiquant le numéro d'enregistrement de son dossier.

Calendrier d'analyse des dossiers

Le Comité de sélection statuera **au fil de l'arrivée des projets et au plus tard** :

- **Le 13 juillet 2023 pour les lettres d'intention :**

Le Comité de sélection permettra de définir

- si le projet envisagé n'entre pas dans le cadre du Fonds de lutte contre les Addictions ;
- s'il faut poursuivre la réflexion pour établir un dossier de candidature complet.

Un dialogue ARS/porteur de projet et le dispositif d'appui (porté par la SRAE Addictologie) pourra alors être engagé.

- **Le 21 octobre pour les dossiers de candidature complets (y/c LSST) : Le Comité de sélection permettra de définir**

- si le projet n'entre pas dans le cadre du Fonds de lutte contre les Addictions
- si le projet est retenu et le niveau de financement qui peut être accordé,
- s'il est nécessaire d'ajuster le projet

Un dialogue ARS/porteur de projet pourra alors être engagé.

Annexe 1 – Focus sur des publics spécifiques

Jeunes

Il est à noter une consommation particulièrement préoccupante chez les jeunes.

En effet, selon l'étude ESCAPAD 2017⁴, **25,1 % des jeunes de 17 ans consomment quotidiennement du tabac**. Le territoire des Pays de la Loire ne se démarque cependant pas en ce qui concerne ce niveau de consommation, avec 26,3% de fumeurs quotidiens.

Par ailleurs, **les comportements d'alcoolisation restent, à l'adolescence, structurés autour des consommations intensives telles que les alcoolisations ponctuelles importantes (API) (ou « binge drinking »)**. **Les jeunes des Pays de la Loire présentent un profil de consommation centré sur l'alcool**, dont les niveaux d'usage régulier (au moins dix usages dans le mois) sont les plus élevés du pays (11.9% des jeunes ligériens versus 8,4% des jeunes français) malgré une baisse très nette entre 2014 et 2017. Trois jeunes sur quatre (76%) ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours du dernier mois et 22% avoir connu au moins trois épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante au cours du mois, contre respectivement 66% et 16% au niveau métropolitain.

L'expérimentation de cannabis est, comme entre 2005 et 2011, de nouveau fortement orientée à la baisse (- 9 points par rapport à 2014) : ainsi, 39.1 % des jeunes français de 17 ans ont déjà fumé du cannabis à 17 ans. Le **niveau de consommation régulière de cannabis** (au moins dix usages dans le mois) demeure supérieur à celui de 2011 et **fait toujours partie des plus élevés en Europe**, avec 7,2% usagers réguliers. Ces tendances se confirment en Pays de la Loire.

Toutefois, les récents résultats de l'étude ESCAPAD 2022 montrent une baisse de tous les niveaux d'usage de drogues, en particulier celui du tabagisme, et sont un encouragement fort à poursuivre la prévention de la consommation de substances psychoactives auprès de ce public. Ces baisses générales des prévalences de consommation dissimulent toutefois des situations contrastées : les niveaux d'usage de drogues sont supérieurs parmi les jeunes en apprentissage et parmi les adolescents sortis du système scolaire par rapport aux élèves scolarisés dans le secondaire.

Femmes

L'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes depuis les années 1970 a des répercussions majeures sur la morbi-mortalité des pathologies liées au tabac.

L'incidence du cancer du poumon a augmenté de 72% chez les femmes entre 2002 et 2012, tandis qu'elle est restée stable chez les hommes. Pour les exacerbations de BPCO, l'incidence des patients hospitalisés a doublé entre 2002 et 2015 chez les femmes et augmenté de 30% chez les hommes. Pour l'infarctus du myocarde avant 65 ans, l'incidence a augmenté de 50% entre 2002 et 2015 chez les femmes et de 16% chez les hommes. De la même manière, la mortalité par cancer du poumon et BPCO a augmenté respectivement de 71% et 3% chez les femmes et diminué de 15% et 21% chez les hommes. Les augmentations les plus importantes de la prévalence du tabagisme et de la morbi-mortalité étaient observées chez les femmes de 45 à 64 ans. Enfin, le nombre estimé de décès attribuables au tabagisme a été multiplié par deux entre 2000 et 2014 chez les femmes.⁵

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, en France, 16,2% des femmes enceintes continuaient de fumer au 3^e trimestre, ce qui reste un des taux les plus élevés d'Europe. Ce taux atteignait 22.3% en Pays de la Loire⁶. Par ailleurs, parmi les femmes enceintes lors de l'enquête Baromètre santé 2017, 10,7 % déclaraient avoir consommé de l'alcool depuis qu'elles avaient eu connaissance de leur grossesse. Parmi les femmes enceintes, 58,9 % ont déclaré que le médecin ou la sage-femme les suivant durant leur grossesse les ont informées de l'impact éventuel de la consommation d'alcool sur la grossesse et sur leur enfant⁷.

⁴ Les drogues à 17 ans : analyse régionale Enquête Escapad 2017, OFDT, Septembre 2018

⁵ Santé Publique France, BEH 35-36, Evolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante, 30 octobre 2018

⁶ Santé Publique France, BEH 35-36, Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016, 30 octobre 2018

⁷ Santé Publique France, Baromètre santé 2017, Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse, 2018

Personnes défavorisées

Selon le Baromètre Santé 2021, les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées. Ainsi, la prévalence du tabagisme quotidien est de 31,8 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat, 32,5% parmi les personnes aux revenus les plus faibles et 45,8% parmi les personnes au chômage (nb : la prévalence moyenne est de 25,3% de la population).

Personnes vivant avec un trouble psychique

Alors qu'en France, la consommation de tabac en population générale connaît une diminution continue, depuis les années 90, les personnes fumeuses atteintes de troubles psychiatriques fument quant à elles toujours autant. A titre d'exemple, on retrouve 2 à 3 fois plus de fumeurs en moyenne chez les patients souffrant de troubles schizophréniques qu'en population générale. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques connaissent ainsi une espérance de vie de 10 ans à 20 ans plus réduite. Le tabagisme y figure parmi les premières causes de mortalité prématurée et constitue un marqueur puissant d'inégalités sociales de santé⁸.

En outre, la dépendance à l'alcool est une pathologie fréquente qui s'associe dans la moitié des cas à une autre comorbidité psychiatrique. Jusqu'à 40% des patients dépendants qui consomment de l'alcool présentent des symptômes dépressifs, mais seuls 4% d'entre eux présentent les critères de dépression majeure après 1 mois d'abstinence. Aussi, la dépendance à l'alcool augmente le risque de passage à l'acte suicidaire, surtout en cas de troubles psychiatriques associés⁹.

Personnes placées sous-main de justice

Les consommations de tabac des personnes incarcérées sont nettement supérieures à celles observées en population générale. Ils constituent une des principales causes de pathologies chroniques et de mortalité en milieu carcéral. En France, plus de 80 % des personnes détenues consomment du tabac, contre 30,4 % en population générale en 2019. Ces usages et ces dommages participent au maintien des inégalités sociales de santé^{10,8}.

Par ailleurs, les personnes incarcérées présentent des usages plus importants qu'en population générale. Par exemple, selon l'enquête COSMOS (2019), réalisée à l'échelle de la région Pays de la Loire, dans les 12 mois précédant l'incarcération, 49% des entrants et détenus consommaient du cannabis, 73% de l'alcool, 16,5% de la cocaïne/crack, 8,9% de l'héroïne et 3,5% des médicaments détournés. Durant l'incarcération, 37% des entrants et détenus consommaient du cannabis, 2,1% de l'alcool, 1,9% de la cocaïne/crack, 1,1% de l'héroïne seule et 10,4% des médicaments détournés¹¹.

⁸ Respadd, *Tabagisme et santé mentale*, 2020

⁹ *Le courrier des addictions*, Vol.15, *Comorbidités psychiatriques dans l'alcoolodépendance*, 2013

¹⁰ OFDT, *Tendances 140, Initiation et consommation de tabac chez les personnes détenues*, Novembre 2020

¹¹ OFDT, *Théma, Les usages de drogues en prison*, Décembre 2019

Annexe 2 – Critères d'éligibilité des projets

Les projets devront répondre aux critères de qualité suivants :

Cohérence :

- Cohérence avec les actions du PNLT, du plan national de mobilisation contre les addictions, ainsi que les plans régionaux : PRS 2, le PRLT et le programme régional de prévention des addictions 2019-2023 ;
- Inscription dans l'un des axes de l'appel à manifestation d'intérêt.

Pertinence :

- Qualité de l'analyse des besoins : et reposant sur un diagnostic local (données, besoins de la communauté, etc.), complémentarité avec l'offre existante ;
- Pertinence des objectifs : objectifs réalistes, ayant un lien logique entre eux et se basant sur les besoins identifiés
- Pertinence des actions décrites en regard des objectifs

Bénéficiaires du projet (public cible et nombre) : adéquation avec les publics cibles prioritaires cités dans l'AMI, approche d'universalisme proportionné¹², afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; interventions visant à renforcer la capacité/le pouvoir d'agir (empowerment) des bénéficiaires ;

Ancrage territorial apportant une contribution à l'amélioration du maillage territorial : les projets proposant une stratégie territoriale globale, et visant une extension régionale à moyen-long terme, seront privilégiés ;

Contenu des actions : actions, calendrier et cadre de mise en œuvre réalistes et en correspondance avec les ressources disponibles. Durée adéquate et en cohérence avec les objectifs du programme : les projets inscrits dans la durée seront privilégiés ;

Qualité de la démarche d'évaluation et engagement à obtenir des résultats précis : définition d'indicateurs pertinents et réalistes sur le processus du projet (mécanisme), sur les activités et sur les résultats (changements opérés parmi les destinataires du programme) et description du mode de recueil des données ;

Mobilisation adéquate des ressources :

- Mobilisation des **moyens humains** nécessaires à la mise en œuvre du projet (ex. : effectifs, temps, compétences professionnelles), capacité du promoteur à mettre en œuvre le projet ;
- **Moyens matériels** nécessaires à la mise en œuvre du projet ;

Mobilisation des partenaires et définition du rôle de chacun : partenariats intersectoriels et pluri professionnels, partenariats avec les collectivités territoriales (CLS par exemple), mobilisation des réseaux et des ressources expertes locales : SRAE Addictologie Pays de la Loire, Pôle régional de compétences, experts en addictologie (associations et CSAPA, CJC, etc.). **La confirmation de ce partenariat devra être concrétisée par une lettre d'engagement du/des partenaires cités ou par un devis dans le cas d'appel à un organisme de formation.**

Soutenabilité financière et adéquation du budget au regard des objectifs visés et des actions à mener : la mobilisation de cofinancements sera examinée comme une plus-value.

¹² L'universalisme proportionné consiste à combiner l'approche universelle et l'approche ciblée : offrir une intervention à tous mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins