

Appel à manifestation d'intérêt

Addictions et établissements et services des secteurs de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné

Le présent cahier des charges a pour objet de présenter l'appel à manifestation d'intérêt visant le financement d'actions de prévention et de prise en charge des conduites addictives portées par des acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des personnes vulnérables.

Cet appel à manifestation d'intérêt est co-porté par le Fonds national de lutte contre les addictions et la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL).

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le fonds national de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives concourt à la mise en œuvre du plan national de lutte contre le tabagisme 2018-2022 et du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Il finance des actions nationales et locales de lutte contre le tabagisme, de prévention des consommations à risque d'alcool et de prévention des consommations des autres substances psychoactives. Sa gouvernance associe l'assurance maladie, le ministère des solidarités et de la santé et la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Créée en 2010, la Dihal, placée auprès du Premier ministre, est chargée, en lien direct avec le ministère chargé du Logement, de coordonner, piloter, accompagner, mettre en œuvre et soutenir activement les politiques publiques de lutte contre le mal-logement. Le plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, lancé en 2017, fait de l'accès direct au logement une priorité pour la réinsertion des personnes sans domicile. La Dihal en a coordonné l'élaboration et suit sa mise en œuvre à l'échelle nationale en s'appuyant notamment sur 46 territoires de mise en œuvre accélérée¹. Depuis le 1^{er} janvier 2021, la Dihal est en charge du pilotage du service public de la Rue au Logement.

¹ Lien vers le dossier de presse et la liste des territoires : <https://www.gouvernement.fr/le-service-public-de-la-rue-au-logement-un-nouveau-cadre-d-action-pour-aller-plus-loin-dans-le>

1. Contexte

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 autres drogues de 1 600 décès chaque année.

Parmi les 18-75 ans, 25,4% (soit 1 adulte sur 4) fument encore quotidiennement en France (baromètre santé 2018), ce qui représente plus de 12 millions de fumeurs quotidiens. Le nombre de consommateurs d'alcool au-dessus des repères de consommation à moindre risque² est estimé à 5 millions, tandis que les usagers quotidiens de cannabis sont estimés à 700 000.

Ainsi, malgré une baisse de la prévalence du tabagisme, de l'alcoolisme et de la consommation de cannabis chez les jeunes observée ces dernières années, les niveaux de consommations enregistrés en France restent, parmi les plus élevés dans des pays occidentaux.

Les conduites addictives concernent de façon inégale les différents groupes sociaux.

D'après les données issues du Baromètre santé, entre 2014 et 2019, le tabagisme a diminué de 3,9 points et le tabagisme quotidien de 4,5 points dans l'ensemble de la population. Si les inégalités sociales ne s'accroissent plus depuis 2016, elles restent néanmoins très marquées. On observe notamment, en ce qui concerne la prévalence du tabagisme quotidien, un écart de 12 points entre les plus bas et les plus hauts revenus, et un écart de 17 points entre personnes au chômage et actifs occupés.

Les conduites addictives sont également responsables de ruptures dans le parcours de vie : les résultats du suivi de la cohorte Constances, mené par l'Inserm, ont montré que le risque de perte d'emploi dans l'année est au moins doublé pour ceux qui consomment du cannabis au moins une fois par mois versus ceux qui n'en consomment pas.

La part des usagers fréquentant les CAARUD qui affichent des niveaux de précarité sociale très importants demeure élevée. Les résultats de [l'enquête nationale sur les profils des usagers des CAARUD en 2019, récemment publiés par l'OFDT](#), font état de leur grande vulnérabilité et d'une augmentation de la précarité en termes de logement, de ressources et de l'accès à la protection sociale.

Par ailleurs, selon les études, il apparaît que la mortalité globale des personnes sans domicile accueillies dans les dispositifs AHI (accueil, hébergement et insertion), est 2 à 5 fois plus élevée que dans la population générale et ceci pour les hommes comme pour les femmes.

En ce qui concerne les jeunes, les causes de décès sont des causes violentes (accident, agression, surdose, parfois suicide) ; les risques sur la santé sont liés aux maladies infectieuses, aux blessures mais aussi à l'usage de stupéfiants ou d'alcool.

Les causes de décès chez les personnes sans-domicile plus âgées sont, quant à elles, plus proches des causes de décès de la population générale mais surviennent 10 à 15 ans plus tôt, les décès étant liés aux maladies chroniques et à un vieillissement prématuré. Il est à noter toutefois que le taux de

²<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/alcool-et-sante-ameliorer-les-connaissances-et-reduire-les-risques>

décès par maladies infectieuses est supérieur à la moyenne et que l'hépatite C est la maladie infectieuse générant le plus de décès³.

Par ailleurs, les personnes sans-domicile souffrent fréquemment d'addictions et présentent des problématiques de santé mentale importantes. Plus la rupture d'hébergement a lieu jeune, plus ces phénomènes d'addictions et de troubles mentaux sont présents. Une étude menée en Allemagne montre qu'à Munich, 75% des personnes qui ont reçu des soins dans des dispositifs pour personnes sans-domicile ont des maladies mentales chroniques qui requièrent un traitement⁴. Enfin ces morbidités sont souvent cumulatives : une étude canadienne indique que 58% des personnes sans-domicile ont un double diagnostic d'addictions et de problématiques de santé mentale. Une autre étude évalue à plus de 90% les personnes sans-domicile ayant connu au moins un trouble mental au cours de leur vie, et à 82% les personnes présentant une addiction (dont tabac)⁵. Le tabac est très présent dans la population des personnes sans-domicile (une étude américaine montre que 68 à 80% des personnes sans-domicile sont fumeuses). Cela engendre notamment des problématiques cardiovasculaires importantes.

L'étude Samenta⁶, portant sur un échantillon la population francilienne sans logement personnel et fréquentant les services d'aide, révèle qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles anxieux). La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix. Les prévalences de troubles psychiatriques sévères et d'addictions sont plus élevées dans des dispositifs à bas seuil, qui accueillent un public plus défavorisé.

La comorbidité entre troubles psychiatriques et addictions est aussi plus importante parmi les personnes sans logement personnel que parmi la population générale. Par ailleurs, si les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu, pour plus des deux tiers d'entre elles, recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie, la majorité d'entre elles n'est plus suivie : le maintien dans le soin s'avère donc problématique.

Les premières données disponibles des effets de l'épidémie de Covid-19 sur les consommations de substances psychoactives indiquent une augmentation des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis principalement chez les personnes qui présentaient déjà des usages problématiques.

L'isolement social, le chômage partiel, les incertitudes quant aux perspectives d'avenir ont accentué la précarité économique et sociale d'une partie de la population, et les impacts de cette situation sur

³ Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* (London, England) 2014;384(9953):1529-40. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61132-6)

⁴ Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The Medical Treatment of Homeless People. *Deutsches Arzteblatt international* 2017;114(40):673-9. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0673>

⁵ Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(8):1235-43. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0649-8>

⁶ Laporte A, Le Méner E, Détéz MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, *et al.* La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(36-37):693-7. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_6.html

la santé mentale sont désormais bien établis. L'augmentation de la consommation de produits psychoactifs dans ces périodes de forte anxiété et de souffrance psychique est un phénomène connu autant que redouté, puisqu'il fragilise les dynamiques de diminution des consommations observées en France ces dernières années.

La période de confinement du printemps 2020 a bouleversé les pratiques de l'accompagnement des personnes sans-domicile en mettant au premier plan l'obligation de protection individuelle et collective dans une visée de santé publique. De nombreuses structures d'accueil et d'hébergement d'urgence ou de logement accompagné ont adapté les conditions de mise à l'abri et d'accueil pour tenir compte du mode de vie et des habitudes de sociabilité des personnes, afin de limiter les ruptures de prise en charge, les sevrages forcés, et réduire les difficultés relationnelles et de comportements. Cela a eu de nombreuses conséquences, notamment celle de mettre au premier plan les liens défavorables entre précarité et état de santé ainsi que le rôle protecteur d'un logement de qualité sur la santé. Cette situation a également mis en avant la pertinence d'approches de promotion de la santé alliant santé communautaire, développement du pouvoir d'agir et réduction des risques et la nécessité de co-construire avec les personnes en s'appuyant sur leurs compétences.

Les structures médico-sociales de l'addictologie ont également su proposer de nouvelles formes de prises en charge, en développant les démarches d'aller-vers au sein des structures d'hébergement et en participant à la montée en compétences des professionnels de l'accueil et de l'hébergement en matière de réduction des risques et des dommages.

L'ensemble des parties prenantes a constaté la nécessité de capitaliser et de valoriser les nouvelles dynamiques à l'œuvre dans l'accompagnement des personnes les plus précaires. Pour y répondre, plusieurs initiatives ont été lancées et notamment, d'une part, le développement par la Dihal et la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP), de projets innovants en direction des grands marginalisés, ainsi que d'autre part, le renforcement des démarches d'aller-vers protégées par les mesures relatives à la réduction des inégalités de santé du Ségur de la Santé. Le présent AMI, axé plus particulièrement sur le financement d'actions de prévention et de prise en charge des conduites addictives portées par des acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des personnes vulnérables, s'inscrit également dans ces objectifs.

En matière d'addictions, les enjeux sont en partie spécifiques à chaque produit.

Le programme national de lutte contre le tabac a inscrit dans ses actions prioritaires de faire des établissements sanitaires et médico-sociaux des lieux exemplaires en ce qui concerne la lutte contre le tabac. La consommation de tabac est y souvent banalisée par rapport aux autres difficultés de vie rencontrées. Pourtant, les données sont éloquentes. Les patients atteints de troubles psychiques fument 2 fois plus que la population générale et les deux premières causes de mortalité chez ces patients sont le cancer et les maladies cardio-vasculaires (26 %, 20 %) avec une réduction de leur espérance de vie de 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes.

Privilégier une approche globale de réduction du tabagisme au sein des structures, pour les personnes accueillies mais également pour les professionnels, permet de faire de l'arrêt du tabac un projet collectif autour des objectifs suivants, inspirés de la démarche des lieux de santé sans tabac :

- Améliorer la santé de la personne accueillie en lui proposant systématiquement une démarche de sevrage tabagique et en faisant le lien avec les professionnels de santé de premier recours, les structures médico-sociales CSAPA/CARUD et les consultations de tabacologie ;

- Aider tous les personnels fumeurs des établissements à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac en s'appuyant systématiquement sur les services santé travail ;
- Organiser les espaces des établissements dans une logique de promotion de la santé, afin de favoriser la non-exposition au tabac.

Concernant l'alcool, l'enjeu de santé reste prioritaire tout en étant associé à celui de la tranquillité et de la sécurité au sein des lieux d'accueil et d'hébergement. Permettre les consommations d'alcool dans ces structures implique de poser un cadre clair de fonctionnement, dans une démarche de réduction des risques qui apporte des méthodologies en termes d'organisation collective et d'accompagnement individuel.

La prise en compte des consommations de cannabis au sein des structures d'accueil et d'hébergement relève pour une part des mêmes démarches que pour le tabac (le cannabis étant souvent consommé avec du tabac) et pour une autre part de la même logique de réduction des consommations que pour l'alcool, avec comme dénominateur commun la question du vivre ensemble.

Ce dernier point vaut également pour les autres produits psychoactifs, pour lesquels la dimension d'accès au matériel de réduction des risques, d'accès aux soins avec des relais coordonnés vers la médecine de ville ou vers les structures médico-sociales, revêt une importance particulière.

Le développement de la prévention et de la prise en charge des conduites addictives doit aussi concerner les professionnels de ces établissements, renforçant ainsi la crédibilité et l'efficacité des démarches engagées, pour créer des environnements de vie et de travail protecteurs vis-à-vis des addictions.

2. Objectifs

Le présent appel à manifestation d'intérêt s'inscrit dans un objectif général de réduction des inégalités sociales de santé. Il a pour but de soutenir financièrement les acteurs du secteur de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné qui s'engagent à développer une stratégie d'accompagnement des personnes dans la réduction de leurs consommations de produits psychoactifs, la réduction des risques et dommages liés à ces consommations, tout en intégrant la prévention des conduites addictives des personnes accompagnées et des professionnels de ces structures. Il vise aussi à capitaliser les expériences, à consolider ou à amplifier des évolutions d'intervention intervenues depuis le début de l'épidémie de Covid-19.

Le plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 identifie l'inscription de la lutte contre les conduites addictives dans les projets d'établissements et de services sociaux⁷ comme un levier d'action pour mieux prendre en compte les conduites addictives des personnes accompagnées. En effet, le projet d'établissement et de service social offre un cadre structurant qui permet de traiter la question des conduites addictives dans le fonctionnement de la structure et dans les pratiques des professionnels.

Le plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022) propose une réforme structurelle de l'accès au logement pour les personnes sans domicile stable et vise en particulier à renforcer l'accompagnement social vers et dans le logement en proposant des

⁷ [Haute Autorité de Santé - Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service \(has-sante.fr\)](https://www.haute-sante.fr/)

approches pluridisciplinaires et des coordinations entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Ainsi, les projets annuels ou pluriannuels attendus doivent permettre de répondre aux objectifs suivants :

- 1) Mieux connaître les personnes accueillies, par rapport aux vulnérabilités personnelles, aux consommations, et à la dynamique des parcours ; favoriser leur adhésion aux actions de prévention et de réduction des risques, en tenant compte de leur entourage ;
- 2) Intégrer la réduction des consommations à risque de substances psychoactives parmi les objectifs de l'accompagnement et favoriser les modalités d'organisation des services et les activités qui le permettent (modalités d'admission, modes d'organisation interne y compris des espaces et locaux, activités non incitatives à la consommation...) ;
- 3) Structurer des partenariats permettant de soutenir et d'accompagner la démarche de l'établissement et de faciliter l'accès à la prévention, au conseil et au soin avec les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les professionnels du secteur ambulatoire de premier recours, les services spécialisés dans la prise en charge de personnes souffrant d'addictions, les acteurs de la réduction des risques et des dommages ; s'appuyer sur les ressources locales ;
- 4) Adapter les principes et les modes d'intervention de la structure : développement des interventions de prévention individuelle et collective des addictions, y compris primaire, réflexion sur la notion de réduction des risques, mise en place de modalités de régulation (voire de gestion des conflits) ;
- 5) Renforcer les connaissances et compétences des professionnels et adapter les pratiques et les postures : dynamique de travail d'équipe (transmission d'informations notamment), organisation de l'interdisciplinarité, soutien aux professionnels, animation des partenariats, posture vis-à-vis des usagers, changement des représentations des professionnels sur la consommation de substances psychoactives, appropriation des approches thérapeutiques validées, approches de prévention et de réduction des risques ;
- 6) Sur la base d'un engagement de la direction de l'établissement, mettre en place un environnement protecteur vis-à-vis des conduites à addictives pour les salariés de la structure (les faire bénéficier des services et partenariats ; veiller à limiter les incitations à des consommations à risque). L'inscription du risque lié aux pratiques addictives au document unique d'évaluation des risques professionnels permet d'évaluer et de suivre l'évolution de sa prise en compte.

L'objectif est d'intégrer ainsi durablement la prévention des conduites addictives du public accueilli et des professionnels dans les missions courantes des établissements.

Pour élaborer leur projet, les candidats pourront se référer à plusieurs ressources disponibles et travaux récents :

- Guide élaboré par la Fédération addiction et la FAS « [Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble](#) » ;
- Guide Fédération Addiction « [Repère\(S\) santé et travail : intervenir sur les usages de psychotropes et sur les addictions en milieu professionnel](#) » ;
- Guide de la MMPCR « [Réduction des risques alcool en centre d'hébergement](#) » ;

- La démarche des [lieux de santé sans tabac](#) pilotée par le RESPADD.

Enfin, la HAS mène actuellement un travail sur l'élaboration de recommandations pour la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages dans les établissements sociaux et médico-sociaux, décrit dans une note de cadrage⁸. Les projets des candidats retenus dans le cadre de cet AMI pourront contribuer à alimenter ces travaux.

3. Opérateurs concernés par l'AMI

Peuvent candidater les organismes gestionnaires d'établissements ou de services relevant des secteurs de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné. Leur projet devra concerner un nombre significatif d'établissements, préférentiellement répartis dans plusieurs régions, donnant ainsi une dimension suprarégionale au projet, ou devra porter sur la production d'outils susceptibles d'être déployés sur l'ensemble des structures d'un même gestionnaire. Les agences régionales de santé soutiennent en effet, via les crédits du Fonds national de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives qui leur sont délégués, des actions d'envergure régionale.

Pour répondre à cet objectif, l'AMI sera diffusé aux fédérations nationales, têtes de réseau et opérateurs ayant une envergure plurirégionale du secteur de l'AHI et du logement accompagné. Il leur sera demandé de s'engager sur le déploiement d'un projet commun à plusieurs établissements ou services sur plusieurs territoires.

Dans un second temps et pour chaque projet retenu, le porteur de projet engagera les travaux à l'échelle des territoires retenus, et en fonction de ses ressources internes et de ses compétences propres, il pourra proposer d'associer à son projet des partenaires du champ de la promotion de la santé ou de l'addictologie (ce qui n'est pas un critère de sélection des projets au stade du dépôt de la lettre d'intention). L'objectif visé à terme est que le porteur de projet soit en capacité de s'appuyer sur ses ressources internes et sur les financements attribués au titre de ses missions principales pour assurer la pérennité du projet.

4. Critères de sélection

- Le projet porte au moins sur deux produits, dont le tabac ;
- Il devra être déployé préférentiellement sur les territoires de mise en œuvre accélérée du logement d'abord sans que cela soit un critère exclusif ;
- Compétences en prévention des conduites addictives ;
- Capacité à nouer des partenariats au niveau national et local ;
- Capacité du porteur de projet à inscrire les interventions dans les missions courantes de ses établissements et services (compétences, coordination, formation, financement) ;
- Mise en place d'indicateurs de suivi, évaluation des actions.

⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202011/note_de_cadrage_validee_addictions.pdf

5. Composition du dossier

La lettre d'intention doit permettre au candidat d'exposer les grandes lignes du projet, en abordant les points suivants :

- Compréhension des enjeux de l'appel à manifestation d'intérêt ;
- Identification des besoins au sein de la structure, du point de vue des publics accompagnés et des professionnels ;
- Description succincte des actions déjà mises en œuvre, des services et structures concernés par le projet, y compris leur répartition territoriale ;
- Articulation du projet avec d'autres dispositifs, dont celui du logement d'abord ;
- Organisation envisagée pour la gestion de projet, description des compétences et des ressources mobilisables, des partenariats noués ou envisagés ;
- Modalités de suivi et d'évaluation envisagées ;
- Estimation du budget et du calendrier prévisionnel.

Le lettre d'intention ne dépassera pas cinq pages.

Une fois le projet sélectionné sur la base de la lettre d'intention, une phase de dialogue avec le comité de sélection permettra de préciser les objectifs, les étapes et les moyens requis. Elle permettra aussi, le cas échéant, la mise en relation du porteur de projet avec un ou des partenaires de la prévention, de la promotion de la santé, en fonction de la nature et de la localisation du projet.

A l'issue de cette phase de dialogue, le candidat déposera un dossier plus complet, structuré et étayé de façon rigoureuse quant à ses objectifs, ses modalités de mise en œuvre (action et calendrier), son financement, les livrables attendus à chaque étape du projet, les résultats et impacts. Il décrira les modalités et les moyens d'évaluation qui devra comporter des indicateurs d'évaluation de processus et de résultats.

Au stade de la lettre d'intention, les ARS, DDEETS et préfectures des territoires sur lesquels l'intervention est envisagée doivent être informées de la démarche du porteur de projet. Les projets élaborés à l'issue de la phase de dialogue devront recueillir un avis favorable de leur part pour pouvoir être retenus. Les commissaires à la lutte contre la pauvreté devront être informés et associés à la dynamique pour viser à la cohérence de l'ensemble des actions du territoire.

6. Modalités d'organisation de l'AMI

Calendrier :

- Date d'ouverture de l'AMI : 26 avril 2021
- Echéance pour le dépôt de la lettre d'intention : 11 juin 2021
- Résultat de la présélection : 25 juin 2021
- Phase de dialogue avec le FLCA et la Dihal pour la construction du projet : juin – juillet 2021
- Dépôt des dossiers complets : 1er septembre 2021
- Sélection des candidats : fin septembre 2021

Modalités de soumission des dossiers :

La lettre d'intention est soumise sous format électronique (envoi par courriel) et sous format papier.

Envoi électronique à l'adresse mail : fondsaddictions.cnam@assurance-maladie.fr ;

Et envoi papier : par courrier postal à la CNAM en lettre recommandée avec accusé de réception :

**Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Département Prévention et Promotion de la santé
Appel à manifestation d'intérêt 2021
50 avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris Cedex 20**

Modalités d'instruction des dossiers :

L'instruction et la sélection des projets seront réalisées par un comité de sélection associant les membres du comité technique restreint du fonds de lutte contre les addictions (CNAM, Mildeca, DGS, DSS, DGOS) et la Dihal.

Suite au comité de sélection, une notification des résultats sera adressée à chaque candidat.

Modalités de financement :

Le financement des projets retenus sera assuré au titre du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Une convention sera établie à cette fin entre la Caisse nationale d'assurance maladie, gestionnaire du Fonds, et l'organisme porteur du projet.

Les projets d'un **montant inférieur à 200 000€ (sur la totalité de la durée du projet) ne seront pas recevables.**