



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Instruction n° DGS/SP3/DGOS/P3/FIP3/2026/104 du 28 juillet 2026 relative au lancement
de la phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention »**

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département
Mesdames et Messieurs les chefs de projet de la Mission interministérielle
de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

Référence	NOR : SFHP2618979J (numéro interne : 2026/104)
Date de signature	28/07/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de la santé (DGS) Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Lancement de la phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention ».
Actions à réaliser	Le ministère chargé de la santé a décidé du déploiement d'une phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention » à destination des établissements de santé volontaires, portant dans un premier temps sur trois déterminants majeurs : tabac, alcool, cannabis. Cette démarche représente un levier structurant pour inscrire durablement la prévention dans les pratiques de chaque professionnel des établissements de santé. La phase pilote constitue une première étape structurante dans la perspective d'une potentielle généralisation nationale. Les ARS assureront l'information des établissements de santé et des parties prenantes, sélectionneront les établissements participant à la phase pilote à travers un appel à manifestation d'intérêt, et participeront à la remontée des données de suivi de la démarche.
Résultat attendu	L'objectif est d'atteindre 250 établissements de santé entrés dans cette phase pilote au niveau national.

Echéances	Le calendrier de l'appel à manifestation d'intérêt est précisé dans le cahier des charges en annexe 1 de la présente instruction. En cohérence avec ce calendrier, il est demandé aux ARS de renseigner d'ici au 30 septembre 2026 le tableau en annexe 3 et de le déposer sur l'espace collaboratif Resana qui sera créé à cet effet. Les actions portées par les établissements de santé peuvent débuter en 2026 et être pluriannuelles.
Contacts utiles	Direction générale de la santé Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau Prévention des addictions (SP3) Simone ALEXE Mél. : simone.alexe@sante.gouv.fr Fadia DIB Mél. : fadia.dib@sante.gouv.fr Emma LOUVEAU Mél. : emma.louveau@sante.gouv.fr Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Virginie HOAREAU Mél. : virginie.hoareau@sante.gouv.fr Bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables (P3) Léonie REYNAUD Mél. : leonie.reynaud@sante.gouv.fr Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de l'efficacité des établissements de santé (FIP3) Céline FAYE Mél. : celine.faye@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages + 3 annexes (12 pages) Annexe 1 - Cahier des charges national - Phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention » Annexe 2 - Répartition indicative du nombre d'établissements de santé à retenir dans chaque région, reposant sur un critère démographique Annexe 3 - Tableau à compléter présentant le nombre d'établissements de santé retenus au titre de l'appel à manifestation d'intérêt et les caractéristiques du panel
Résumé	La présente instruction définit les modalités de lancement de la phase pilote de « Réflexe Prévention », inspirée de la démarche Making Every Contact Count (MECC), dans des établissements de santé volontaires, sous la coordination des agences régionales de santé (ARS).
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.
Mots-clés	Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) ; agence régionale de santé (ARS) ; prévention.
Classement thématique	Santé publique / Santé des populations et prévention

Textes de référence	- Arrêté du 29 mai 2026 fixant la liste des bénéficiaires et des montants alloués par le Fonds de lutte contre les addictions au titre de l'année 2026 ; - Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) n° 2023-084R, octobre 2024 - Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé ; - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte de la Haute Autorité de santé (HAS) - Recommandation de bonne pratique, mise à jour en janvier 2021
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements de santé publics et privés, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maisons de santé pluriprofessionnelles, réseaux d'addictologie, équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).
Validée par le CNP le 10 juillet 2026 - Visa CNP 2026-45	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Dans le prolongement des orientations politiques fixées par le ministère chargé de la santé en matière de prévention primaire, la présente instruction définit les modalités de lancement de la phase pilote de « Réflexe Prévention », inspirée de la démarche Making Every Contact Count (MECC), dans des établissements de santé volontaires, sous la coordination des agences régionales de santé (ARS).

I. Contexte

Le développement de la prévention primaire dans les établissements de santé constitue une priorité politique rappelée à plusieurs reprises par le ministère chargé de la santé et plus récemment réaffirmée dans le cadre de la stratégie de lutte contre les narcotrafics. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans un récent rapport¹, a recommandé l'adaptation française de la démarche MECC, mise en œuvre au Royaume-Uni. Si cette démarche a vocation à soutenir le développement de la prévention primaire sur l'ensemble des déterminants de santé, notamment l'alimentation et l'activité physique, la présente phase pilote cible prioritairement les déterminants liés aux addictions (tabac, alcool, stupéfiants), en cohérence avec son financement par le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA). Cette démarche, rebaptisée « Réflexe Prévention », représente un levier structurant pour inscrire durablement la prévention dans les pratiques de chaque professionnel des établissements de santé. Elle propose un changement de paradigme : transformer chaque interaction entre un patient et un professionnel en une opportunité de prévention primaire.

Dans ce contexte, le ministère chargé de la santé a décidé du déploiement d'une phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention » à destination des établissements de santé volontaires, portant dans un premier temps sur trois déterminants majeurs : tabac, alcool, cannabis, faisant déjà l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)². Les autres stupéfiants, et notamment la cocaïne, seront intégrés au dispositif dès que les outils idoines seront disponibles.

¹ [Le financement des actions de prévention primaire des établissements de santé](#), rapport publié le 15 novembre 2024.

² [Fiche outil](#).

Cette phase pilote constitue une première étape structurante dans la perspective d'une potentielle généralisation nationale. Elle a pour objectif d'identifier les prérequis nécessaires au sein des établissements, les modalités d'accompagnement financier, d'organisation et de suivi les plus efficaces pour intégrer durablement la prévention primaire dans les pratiques de soins. Elle constitue ainsi une étape indispensable pour assurer un déploiement national maîtrisé, équitable et efficace de la démarche de prévention primaire³. Cette phase pilote mobilisera ainsi toutes les régions et un panel d'établissements représentatifs. L'objectif est d'atteindre 250 établissements de santé entrés dans cette phase pilote de deux ans.

II. Une phase pilote sous la coordination des ARS

Les ARS assureront l'information des établissements de santé et des parties prenantes, sélectionneront les établissements participant à la phase pilote à travers un appel à manifestation d'intérêt, et participeront à la remontée des données de suivi de la démarche.

Dès le mois de juillet, il est demandé à chaque ARS de lancer un appel à manifestation d'intérêt afin de sélectionner les établissements de santé participant à la phase pilote dans sa région, en s'appuyant sur le cahier des charges national figurant en annexe 1. Un tableau indicatif présentant un objectif de nombre d'établissements de santé à retenir dans chaque région, reposant sur un critère démographique, est présenté en annexe 2.

Afin de favoriser la représentativité de la phase pilote, il est souhaité que la sélection des établissements, dans chaque région, tende à couvrir une diversité de profils, en tenant compte notamment de leur statut (public ou privé), de leur taille, de leur champ d'activité et de leur contexte territorial (rural ou urbain).

Afin de veiller à la capacité de recueil des informations des établissements de santé sélectionnés, vous veillerez à ce qu'ils disposent du dossier patient informatisé.

Les dotations allouées aux établissements de santé au titre de la phase pilote devront être calculées sur la base d'une moyenne de 40 000 € par établissement retenu, pour soutenir des projets d'une durée allant de 12 à 24 mois sur la période 2026-2028. Elles pourront être modulées, à la hausse ou à la baisse, par les ARS en fonction des caractéristiques des établissements, sous réserve du respect de cette moyenne à l'échelle régionale. Ces dotations ont vocation à être orientées en priorité vers l'animation de la démarche.

III. Calendrier

Le lancement de la phase pilote s'inscrit dans le calendrier suivant :

Étapes	Calendrier
Date de lancement de l'appel à manifestation d'intérêt	Juillet 2026
Dépôt des dossiers de candidature	Jusqu'à mi-septembre 2026
Instruction des candidatures	D'ici le 30 septembre 2026
Conventionnement avec les établissements retenus	D'ici fin 2026
Début de mise en œuvre de la phase pilote	1 ^{er} trimestre 2027
Évaluation de la montée en charge de la phase pilote	En continu
Fin de la phase pilote	2028

³ Elle doit ainsi permettre de (1) Garantir une formation pertinente des professionnels de santé - voire des personnels administratifs - accessible et développée nationalement ; (2) Valider une organisation fluide mêlant interventions brèves, orientation et ressources spécialisées ; (3) Outiller les professionnels et renforcer les liens avec les structures d'aval ; (4) Tester la pertinence et les modalités d'un modèle de financement incitatif.

En cohérence avec ce calendrier, il est demandé aux ARS de renseigner d'ici au 30 septembre 2026 le tableau figurant en annexe 3, présentant le nombre d'établissements de santé retenus au titre de leur appel à manifestation d'intérêt et le caractère représentatif du panel, et de le déposer sur l'espace collaboratif Resana qui sera créé à cet effet.

La délégation de crédits FLCA aux ARS interviendra via un arrêté du Fonds d'intervention régional à venir, d'ici fin 2026.

IV. Les aspects « formation » et « évaluation » coordonnés au niveau national

La réussite de la phase pilote repose sur un dispositif de formation propre à l'établissement et adapté aux professionnels, précisé dans le cahier des charges. Pour accompagner le déploiement de « Réflexe Prévention », une formation nationale adaptée de la démarche MECC devrait être disponible à la fin du 1^{er} trimestre 2027, développée au niveau national et mise à la disposition des établissements.

Vous veillerez à l'information des partenaires régionaux, notamment les établissements de santé, le premier recours (communautés professionnelles territoriales de santé -CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles...), les réseaux et les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Enfin, une évaluation des modalités et des conditions de réussite de la mise en œuvre de la phase pilote sera mise en place au niveau national, dans des conditions qui seront précisées dans les prochaines semaines.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe,



Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale adjointe de la santé,



Sarah SAUNERON

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,



Hugo GILARDI

Cahier des charges national – Phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention »

Le présent cahier des charges constitue le cadre national mis à la disposition des agences régionales de santé pour le lancement d'appels à manifestation d'intérêt destinés à sélectionner les établissements de santé participant à la phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention », inspirée de la démarche britannique « Making Every Contact Count » (MECC).

Peuvent présenter leur candidature tous les établissements de santé, quels que soient leur statut, leur taille et leur champ d'activité, sous réserve du respect des conditions de recevabilité définies dans le présent cahier des charges.

Le document précise les objectifs de la phase pilote, les conditions de recevabilité et les critères de sélection des candidatures, ainsi que les modalités de financement et d'accompagnement.

SOMMAIRE

1	LE CONTEXTE ET L'OBJET DE L'APPEL À MANIFESTATION D'INTÉRÊT.....	2
2	DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE « RÉFLEXE PRÉVENTION ».....	3
3	LES OBJECTIFS DE LA PHASE PILOTE	4
4	NATURE ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PROJETS SOUTENUS	5
5	CRITÈRES DE RECEVABILITÉ ET ENGAGEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS CANDIDATS	6
6	SUIVI ET ÉVALUATION DE LA PHASE PILOTE.....	7
7	RESSOURCES MISES À DISPOSITION DES ÉTABLISSEMENTS.....	8
8	PROCÉDURE DE DÉPÔT ET D'INSTRUCTION DES CANDIDATURES.....	9
9	LES CONTACTS ET INFORMATIONS UTILES.....	10

1 LE CONTEXTE ET L'OBJET DE L'APPEL À MANIFESTATION D'INTÉRÊT

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. Cette approche permet notamment de mieux atteindre les personnes qui accèdent peu aux dispositifs traditionnels de prévention et de contribuer ainsi à la réduction des inégalités de santé.

La réforme du financement des établissements de santé engagée par la Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a permis la mise en place de nouveaux compartiments de financement des établissements de santé MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) /HAD (hospitalisation à domicile) 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) 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) déployée au Royaume-Uni. 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, le ministère chargé de la santé 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 de la Haute Autorité de santé (HAS)¹ de 2021 « Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte ».

Dans ce contexte, le présent cahier des charges vise à :

- Décrire la démarche « Réflexe Prévention », directement inspirée de la démarche MECC britannique, qui vise à déployer des actions de prévention primaire dans les établissements de santé ;
- Présenter les modalités de déploiement dans un établissement de santé, notamment s'agissant des modalités de formation des professionnels de santé ;
- Définir les critères de recevabilité des porteurs de projets ;
- Présenter les modalités de financement et d'évaluation, au niveau national et local.

2 DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE « RÉFLEXE PRÉVENTION »

La réduction des inégalités de santé constitue une priorité de santé publique et le principe d'universalisme proportionné défini par Sir Michael MARMOT² permet de guider la mise en place d'actions efficaces pour y parvenir. Les actions déployées s'adresseront ainsi à l'ensemble des patients accueillis dans l'établissement, avec une intensité particulière en direction des publics les plus vulnérables.

La démarche « Réflexe Prévention » repose sur l'exploitation de la multiplicité de contacts et d'interactions entre les patients et les professionnels de santé au sein des établissements de santé pour faire un point sur la prévention. Pour les patients hospitalisés et volontaires, 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) par les professionnels visent à prévenir des comportements non favorables à la santé. Ce programme est déployé depuis une dizaine d'années au Royaume-Uni et est désormais intégré aux soins en routine, les évaluations successives ayant montré son efficacité. La démarche est également présentée dans le rapport n° 2023-084R de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé », d'octobre 2024 (annexe 1)³.

¹ [HAS - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte.](#)

² « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale » : Marmot, M., « Fair society, healthy lives ». Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review, February 2010.

³ [IGAS - Le financement des actions de prévention primaire des établissements de santé.](#)

La mortalité prématurée et la morbidité liées notamment aux cancers ou aux maladies cardiovasculaires et respiratoires, constitueront des enjeux majeurs de la phase pilote en France. Une politique volontariste en termes de prévention doit permettre de faire régresser ces pathologies évitables, compte tenu de l'impact des facteurs comportementaux dans leur développement. Il s'agit de s'appuyer sur une méthode probante, sur des techniques d'intervention éprouvées ainsi que des messages fiables. Cela suppose que les intervenants soient formés en ce sens et que la dynamique soit déployée en mode projet. 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

Les objectifs généraux sont les suivants :

- Réaliser un appel à manifestation d'intérêt afin, d'une part, de permettre aux établissements de santé de mettre en œuvre la démarche « Réflexion Prévention », avec des actions de prévention primaire telles que décrites dans l'annexe 1 du rapport IGAS précité, en s'appuyant sur les outils d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, proposés par la HAS en 2021⁴, et, d'autre part, de déterminer les conditions de réussite avant une généralisation ;
- Accompagner ces établissements dans le déploiement de la démarche « Réflexe Prévention » adaptée au système français (choix des services et des ressources, formation des personnels, tests de mise en œuvre de la méthode et des outils...) ;
- Dimensionner au mieux les dispositifs de suivi, de pilotage, d'évaluation et de financement ;
- Structurer la démarche « Réflexe Prévention » en France et préparer les modalités de la généralisation France entière sur l'ensemble des établissements concernés à échéance de 3 ans.

Cette phase pilote vise à sélectionner un panel d'environ 250 établissements de santé à l'échelle nationale, objectif décliné par les agences régionales de santé (ARS) selon une clé de répartition populationnelle. Le nombre indicatif d'établissements à sélectionner par ARS figure en annexe 2 de l'instruction n° DGS/SP3/DGOS/P3/FIP3/2026/104 du 28 juillet 2026. Cette répartition pourra être ajustée à la marge par l'administration centrale, en lien avec les ARS, afin de tenir compte de la qualité et de la diversité des candidatures reçues et de garantir la représentativité du panel national.

En phase pilote, les objectifs pour l'établissement de santé volontaire sont de deux ordres :

- Qualitatifs : impulser et mettre en œuvre les conditions favorables au déploiement du programme (présentation en interne, identification des ressources et services concernés, formation des professionnels, formalisation des process et circuits, conditions favorables aux interventions, documents ou autres supports d'orientation du patient, élaboration des outils de suivi...) ;
- Quantitatifs : atteindre un seuil significatif d'interventions réalisées (modulable en fonction de la taille de la structure).

⁴ [HAS - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte.](#)

4 NATURE ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PROJETS SOUTENUS

Sur la base des déterminants de santé retenus pour la phase pilote (tabac, alcool, cannabis) et du cahier des charges national, les modalités de déploiement sont laissées à l'appréciation des établissements de santé volontaires, sous la coordination des ARS. Leur projet pourra ainsi concerner l'ensemble de la structure ou cibler un service ou un pôle, et tout ou partie du personnel et du public accueilli.

Les candidats retenus bénéficieront des modules de formation développés au niveau national, ainsi que d'un financement par l'ARS de tout ou partie du projet présenté, mentionnés au 7 du présent cahier des charges.

Les actions ainsi soutenues permettront à l'ensemble des établissements de santé de la région de disposer d'un retour d'expérience, à valeur d'exemple, et de faciliter la généralisation progressive des actions de prévention primaire sur le territoire national.

Dans le respect du cahier des charges national et en cohérence avec les priorités du projet régional de santé (PRS), l'ARS s'attachera à la bonne articulation des démarches, dans une optique de massification des interventions et d'un impact significatif à terme sur les indicateurs locaux de santé publique afin de favoriser la continuité du parcours de prévention.

Le cœur des projets financés concerne la prévention primaire auprès des patients. Les projets pourront également concerner l'ensemble des publics fréquentant les établissements de santé dont les personnels, à l'instar de la démarche « Lieu de santé sans tabac », qui intègre trois axes : patients, personnels et environnements.

Les établissements de santé sont aussi des employeurs. La prévention primaire dans le soin renforce aussi l'attrait des métiers exercés par des professionnels de santé qui font régulièrement état d'une perte de sens dans les gestes qu'ils pratiquent. Véritable outil d'attractivité pour des métiers en souffrance, la prévention primaire peut constituer un levier managérial au titre de la qualité de vie au travail et de la responsabilité sociale de l'organisation.

Des facteurs clés de succès existent pour réussir le déploiement des actions inspirées de MECC, faire évoluer les comportements professionnels et délivrer des messages de prévention systématisée et personnalisée.

Une démarche progressive de déploiement au sein de l'établissement est préconisée, inscrite dans une trajectoire de montée en charge clairement définie. Le projet doit être soutenu par la gouvernance de l'établissement et piloté par un responsable identifié.

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.

Par ailleurs, une attention particulière sera accordée à l'articulation des démarches de prévention primaire engagées au sein des établissements de santé avec les hospitalisations à domicile (HAD) et les organisations du premier 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 :

- D'une part que l'établissement (le coordonnateur) ait repéré les ressources disponibles sur le territoire : autres établissements de santé, médecine de ville, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), solutions proposées par les collectivités, les organismes sociaux et le tissu associatif ;
- D'autre part que l'intervention soit tracée dans le dossier du patient : renseignement systématique des actions engagées et conseils prodigués et des ressources mises à disposition.

L'ARS s'appuiera sur le cadrage national et la logique territoriale pour développer les coopérations et synergies locales visant à améliorer le parcours du patient. Ces éléments du dispositif participeront à l'évaluation de la phase pilote.

5 CRITÈRES DE RECEVABILITÉ ET ENGAGEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS CANDIDATS

Cet appel à manifestation d'intérêt s'adresse à toutes les régions et tous les établissements de santé. Afin de favoriser la représentativité de la phase pilote, il est souhaité que le panel d'établissements sélectionnés couvre une diversité de profils, en tenant compte notamment de leur statut (public ou privé), de leur taille, de leur champ d'activité (MCO, psychiatrie...) et de leur contexte territorial (rural ou urbain).

L'ARS retiendra en priorité des projets :

- Structurés avec possiblement différents volets d'actions au sein du même établissement ;
- Répartis géographiquement sur la région, avec une attention particulière portée sur les zones prioritaires (quartiers prioritaires de la politique de la ville -QPV, zones de revitalisation rurale -ZRR...);
- Présentant des propositions et garanties de suivi des actions menées ;
- Mettant en avant une volonté de l'établissement de s'inscrire dans une application pérenne des recommandations ou des actions et à essaimer sur le territoire ;
- Renforçant l'existence d'un lien « ville-hôpital » de nature à favoriser l'orientation du patient et les synergies locales, ou toute action en ce sens (cartographie, formalisation des parcours, partenariats avec les collectivités...).

Compte tenu de la nécessité de tracer le nombre et le type d'interventions réalisées par le personnel de santé auprès des patients à des fins de liaison avec la médecine de ville, seuls les établissements de santé disposant du dossier patient informatisé pourront être sélectionnés.

Les candidats s'engagent notamment à :

- Cibler leurs interventions sur les déterminants de santé définis précédemment, à savoir tabac, alcool et cannabis dans le cadre de cet appel à manifestation d'intérêt ;
- Mettre en œuvre la méthode « Reflexe Prévention » en s'appuyant sur les recommandations et outils définis par la HAS de 2021⁵ ;
- Identifier les personnes ressources mobilisées ;
- Former les personnels concernés à cette méthode, en s'appuyant notamment sur les ressources mises à disposition mentionnées au II du 7 du présent cahier des charges ;
- Déployer le programme dans un ou plusieurs services de l'établissement ;
- Débuter l'action dès début 2027 ;
- 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 PRS et les contrats locaux éventuellement existants ;
- Établir un bilan intermédiaire de montée en charge et un bilan annuel⁶ ;
- Participer aux réunions de suivi ;
- Contribuer activement au dispositif d'évaluation nationale adossé au programme ;
- Autoriser l'ARS / le ministère chargé de la santé 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.

Une candidature des établissements à l'intégration de la phase pilote permet à ces derniers de se placer en avance de phase et de contribuer pleinement à une démarche de santé publique à forts enjeux, tant auprès de leur personnel que de la population du territoire.

6 SUIVI ET ÉVALUATION 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.

⁵ [HAS - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte.](#)

⁶ Le calendrier des bilans sera précisé en lien avec l'évaluateur national.

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.

7 RESSOURCES MISES À DISPOSITION DES ÉTABLISSEMENTS

I. Le financement

Le socle national de financement auquel pourra prétendre chaque dossier sélectionné dans cette phase pilote sera en moyenne de 40 000 € par établissement retenu pour la phase pilote, pour une durée allant de 12 à 24 mois sur la période 2026-2028. Ce montant sera financé par le FLCA et délégué aux ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR). Cette enveloppe pourra être modulée, à la hausse ou à la baisse, par les ARS en fonction des caractéristiques des établissements, sous réserve du respect de cette moyenne à l'échelle régionale.

Ces dotations ont vocation à financer en priorité le pilotage, la coordination et l'animation de la démarche au sein de l'établissement. Des actions destinées aux personnels peuvent être prévues pour soutenir la formation des professionnels, l'appropriation de la démarche ou l'évolution de l'organisation interne.

Les établissements pourront continuer de bénéficier de compléments de financements, via le FIR ou d'autres fonds nationaux ou régionaux, des actions en lien avec le déploiement du programme. Ces financements complémentaires pourront notamment porter sur les actions suivantes, cette liste n'étant pas exhaustive :

- Sensibilisation générale des personnels (professionnels de santé, administratifs, intervenants extérieurs...) au sujet de la prévention primaire ;
- Accompagnement d'une réflexion interne sur l'évolution de la politique en ressources humaines (qualité de vie et des conditions de travail - QVCT, responsabilité sociétale des entreprises -RSE...) plus favorable à la prévention primaire envers les personnels de l'établissement ;
- Aménagement et mise à disposition d'un lieu propice aux interventions ;
- Réalisation d'un diagnostic territorial des ressources en lien avec les déterminants de santé visés ;
- Évolution des systèmes d'information (dossier médical partagé ou autres) afin de permettre la traçabilité des interventions d'une part et la pertinence des orientations territoriales sur la base de la cartographie locale d'autre part ;
- Accompagnement d'une réflexion sur les incitatifs à mettre en œuvre.

Des synergies pourront être construites avec la démarche Lieux de santé sans tabac, notamment dans le cadre de la formation au repérage précoce et intervention brève (RPIB).

II. L'accompagnement méthodologique

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 MECC et articulée avec le 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.

Par ailleurs, l'établissement pourra s'appuyer sur les professionnels déjà formés au RPIB, notamment dans le cadre de la démarche « Lieux de santé sans tabac ».

Les établissements pourront aussi s'appuyer sur les ressources régionales pour développer des formations en présentiel afin de fédérer les professionnels autour de mises en situation professionnelle. Des outils opérationnels, notamment des supports d'intervention, des documents d'aide au repérage et à l'orientation peuvent être réalisés par les établissements, en complément des ressources nationales et régionales mises à disposition.

8 PROCÉDURE DE DÉPÔT ET D'INSTRUCTION DES CANDIDATURES

Le présent appel à manifestation d'intérêt est ouvert depuis juillet 2026. Les candidatures seront examinées et sélectionnées par l'ARS.

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

L'ensemble des critères d'analyse des candidatures est repris dans le tableau ci-dessous :

Items	Critères
Représentativité de l'établissement dans le cadre du panel régional	Population concernée Localisation géographique dans la région Localisation rurale ou urbaine Taille de l'établissement Établissement public, privé Activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soins médicaux et de réadaptation (SMR), santé mentale en établissement public (EPSM) Actions déjà mises en œuvre sur ce sujet ou non Variété des déterminants de santé pris en compte et de la nature des services concernés

Projet présenté	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 Participation à la remontée de données de suivi et d'évaluation
Ouverture vers l'extérieur	Cartographie des ressources locales et des solutions d'aval Liens établissement de santé / ville Parcours patient

9 LES CONTACTS ET INFORMATIONS UTILES

Pour toute question, les candidats peuvent contacter l'ARS compétente à l'adresse électronique correspondante, dont le format est le suivant : ars-xxx@ars.sante.fr.

Le calendrier récapitulatif :

Étapes	Calendrier
Date de lancement de l'appel à manifestation d'intérêt	Juillet 2026
Dépôt des dossiers de candidature	Jusqu'à mi-septembre 2026
Instruction des candidatures	D'ici le 30 septembre 2026
Conventionnement avec les établissements retenus	D'ici fin 2026
Début de mise en œuvre de la phase pilote	1 ^{er} trimestre 2027
Évaluation de la montée en charge de la phase pilote	En continu
Fin de la phase pilote	2028

Répartition indicative du nombre d'établissements de santé à retenir dans chaque région, reposant sur un critère démographique

Le tableau ci-dessous propose un objectif d'établissements de santé à retenir par région dans le cadre de la phase pilote de la démarche « Réflexion Prévention », calculé sur la base du critère démographique habituellement retenu pour la répartition des crédits régionaux du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA). Ces objectifs régionaux n'ont pas été ajustés en fonction des capacités de l'offre de soins dans les régions d'Outre-mer et pourront être ajustés après la phase de concertation si nécessaire.

	Pour information, modalités de calcul retenues pour la proposition d'objectifs			Objectifs proposés pour la phase pilote de la démarche "Réflexion Prévention"	
ARS	Crédits FIR/FLCA socle 2026	Clé de répartition classique des crédits FLCA (voir légende)	Application de la clé de répartition démographique sur 10 000 000 €	Objectif d'établissements de santé à retenir dans le cadre de la phase pilote	Dotations qui seraient allouées en conséquence Calcul : nombre d'ES x 40 000 €
Auvergne-Rhône-Alpes	2 871 000 €	8,44%	844 412 €	21	840 000 €
Bourgogne Franche-Comté	1 599 000 €	4,70%	470 294 €	12	480 000 €
Bretagne	1 599 000 €	4,70%	470 294 €	12	480 000 €
Centre-Val de Loire	1 599 000 €	4,70%	470 294 €	12	480 000 €
Corse	545 000 €	1,60%	160 294 €	4	160 000 €
Grand Est	2 871 000 €	8,44%	844 412 €	21	840 000 €
Guadeloupe	545 000 €	1,60%	160 294 €	4	160 000 €
Guyane	545 000 €	1,60%	160 294 €	4	160 000 €
Hauts-de-France	2 871 000 €	8,44%	844 412 €	21	840 000 €
Île-de-France	5 008 000 €	14,73%	1 472 941 €	37	1 480 000 €
La Réunion	1 046 000 €	3,08%	307 647 €	8	320 000 €
Martinique	545 000 €	1,60%	160 294 €	4	160 000 €
Mayotte	545 000 €	1,60%	160 294 €	4	160 000 €
Normandie	1 599 000 €	4,70%	470 294 €	12	480 000 €
Nouvelle-Aquitaine	2 871 000 €	8,44%	844 412 €	21	840 000 €
Occitanie	2 871 000 €	8,44%	844 412 €	21	840 000 €
Pays de la Loire	1 599 000 €	4,70%	470 294 €	12	480 000 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 871 000 €	8,44%	844 412 €	21	840 000 €
	34 000 000 €	100,00%	10 000 000 €	251*	10 040 000 €

Pour mémoire, le critère démographique utilisé pour la répartition des crédits « socle » FLCA entre les ARS est le suivant :

Cinq catégories :

- régions <500000 habitants ;
- régions entre 500000 et 1000000 habitants ;
- régions entre 1000000 et 5000000 habitants ;
- régions entre 5000000 et 10000000 habitants ;
- régions >10000000 habitants.

* avec les arrondis à l'entier supérieur, on tombe sur 251

**Tableau à compléter présentant le nombre d'établissements de santé retenus
au titre de l'appel à manifestation d'intérêt et les caractéristiques du panel**

Phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention »

[illegible]