

**Fiche préparatoire au dépôt d’un projet Lieu de santé sans tabac 2025**

**sur STARS-FIR**

Août 2025

Ce document rassemble l’ensemble des informations requises pour le dépôt d’un projet Lieu de Santé Sans Tabac sur la plateforme STARS-FIR. Il a pour objectif de simplifier et structurer la démarche, en suivant l’ordre exact des rubriques figurant sur la plateforme afin de vous guider pas à pas.

Le texte en vert correspond à ce qui doit être saisi tel quel sur STARS-FIR. Le texte en vert surligné en jaune signale les éléments que vous devez compléter vous-même.

**CREATION D’UN PROJET**

**Gestionnaire**

 **Région** : PACA

 **Service** : DSPE- Département prévention promotion de la santé

**Projet**

 **Campagne budgétaire\*** : 2025

 **Enveloppe budgétaire\*** : FIR

 **Centre de responsabilité budgétaire (CRB)\*** : DSPE

**Intitulé du projet\*** : *[CA ADDICTION] – NOM ETABLISSEMENT SANTE - Mise en œuvre de la démarche Lieu de santé sans tabac – objectif label argent.*

 **Type de projet\*** : Simple

 **Section de financement\*** : Intervention

 **Nature juridique de l’engagement\*** : Convention FIR

 **Date de début de réalisation du projet\*** : 01 / 11 /2025

**Date de fin de réalisation du projet\*** : 31 / 01 / 2027

**Date de début de conventionnement\*** : 01 / 11 / 2025

**Date de fin de conventionnement\*** : 31 / 01 / 2027

 **S’agit-il d’un renouvellement ? \*** non

 **Le projet relève-t-il de la politique de la ville ? \*** non

**Porteur du projet**

 **Cet organisme dispose de \*** : un numéro de SIRET

 **SIRET\*** : XXXXXXXXXXXXXX



Cliquer sur

**IDENTIFICATION**

/!\ *vous êtes limité à 8000 caractères par champ. Si vous utilisez un logiciel de traitement de texte (type microsoft word), il est conseillé de copier/coller votre texte dans un bloc-note ou note-pad pour effacer toute mise en forme invisible qui utilise des caractères.*

**IDENTIFICATION – Descriptif du projet**

**Contexte** : *8000 caractères max*

*Le projet présenté vise à mettre en place la démarche Lieu de santé sans tabac, conformément aux objectifs fixés par l’instruction interministérielle n° DGS/SP3/DSS/CNAM/DPPS/2023/93 du 23 juin 2023, et réaffirmés dans l’instruction n° DGS/SP3/DSS/CNAM/2025/61 du 17 juin 2025 relative au soutien par le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) aux actions régionales prioritaires.*

*Dans un contexte de prévalence élevée du tabagisme en région Provence-Alpes-Côte d’Azur, ce projet a pour ambition de faire de l’établissement un environnement exemplaire en matière de prévention du tabac, en assurant la protection des patients, des professionnels et des visiteurs contre l’exposition au tabagisme passif, tout en renforçant les actions d’accompagnement au sevrage tabagique. Il vise à structurer une politique pérenne et cohérente autour du dispositif Lieu de santé sans tabac.*

*Si votre établissement fait partie des établissements ciblés par les objectifs nationaux, précisez-le(s)quel(s) parmi cette liste :*

* *Etablissements publics/privés de santé mentale ;*
* *Etablissements ayant une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », notamment les établissements autorisés à l’activité de soins de gynécologie obstétrique ;*
* *Etablissements de soins autorisés à traiter les patients atteints d’un cancer ;*
* *Centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires ;*
* *Les lieux de formation des étudiants en filière santé.*

**Objectif(s)** : *8000 caractères max*

*Un Lieu de santé sans tabac est un établissement de santé ayant une stratégie de progression dans l’aide aux fumeurs et dans la disparition du tabagisme et au sein duquel on s’abstient de fumer au-delà du simple respect de la législation en vigueur. On y met en œuvre une politique active qui inscrit la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours des patients et qui prévoit des mesures spécifiques pour les personnels.*

***Cette stratégie s’articule autour de trois axes :***

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

***Et recommande la mise en place d’actions autours de huit normes :***

* *La gouvernance et l'engagement,*
* *La communication,*
* *La formation initiale et continue,*
* *L’identification, le diagnostic et le soutien au sevrage tabagique,*
* *L’environnement sans tabac,*
* *Le lieu de travail sain,*
* *L’engagement dans la communauté,*
* *La surveillance et l'évaluation*

**Objectif(s) opérationnel(s)** : *8000 caractères max*

*Mettre en place le cahier des charges du RESPADD afin d’obtenir le label argent (obtenir une note finale supérieure ou égale à 70/100, ainsi qu’une note supérieure ou égale à 5/10 pour chaque critère de l’audit).*

**IDENTIFICATION – Moyens**

**Moyens matériels**: *8000 caractères max*

*Non concerné*

**Moyens humains** : *à remplir pour chaque fonction/qualification*

 **Fonction et qualification (diplôme)** : *profil paramédical recommandé*

 **ETP dans la structure** : *XX*

 **Masse salariale annuelle charges comprises** : *XXXX*

 **ETP affecté(s) au projet** : *1*

**Masse salariale annuelle affectée au projet** : *XXXX*

**Statut (salarié, bénévole, mise à disposition)** : *XXXX*

**Coût imputable à l’ARS** : *XXXX*

**IDENTIFICATION – Localisation**

**Type** : *Département ou commune*

**Désignation** : *XXXX*

Ou

**Autres zones géographiques** : *XXXX*

**IDENTIFICATION – Axes Stratégiques**

**Type d’axe\*** :  *PRS*

**Axe\*** *: PRS – E01 – Comment protéger la santé de la population ?*

**IDENTIFICATION – CONTACT**

**Représentants légaux de l’organisme** : *Civilité, nom, prénom, fonction, téléphone, courriel*

**Contacts du projet** : *Civilité, nom, prénom, fonction, téléphone, courriel*

**ACTIONS**

**LISTE DES ACTIONS :** *pour ajouter une action à votre projet cliquez sur* ******

***!! N’inscrire QU’UNE SEULE ACTION pour l’ensemble de la démarche Lieu de santé sans tabac !!***

**ACTIONS – IDENTIFICATION**

**Identification de l’action :**

 **Libellé de l’action\*** : *NOM ETABLISSEMENT SANTE - Mise en œuvre de la démarche Lieu de santé sans tabac – objectif label argent.*

**Enveloppe budgétaire\*** : *FIR*

**Souhaitez-vous financer cette action en 12ème ?\*** : *non*

**Cette action sera-t-elle renouvelée en N+1 ?** : *non*

**Description détaillée de l’action\* :** *8000 caractères max*

1. *Gouvernance et engagement*
	1. *Recruter un référent Lieu de santé sans tabac*
	2. *Communiquer auprès de l’ensemble de l’établissement de l’inscription dans la démarche*
	3. *Réaliser une première auto-évaluation via l’audit LSST*
	4. *Réaliser l’enquête Tabagisme en Blouse Blanche et communiquer sur les résultats*
	5. *Mettre en place et réunir un COPIL LSST au sein de l’établissement (4 par an)*
		1. *Elaborer un plan d’action pour l’établissement dans le cadre du projet*
	6. *Adapter les documents internes de l’établissement*
		1. *Projet d’établissement*
		2. *Projet médical*
		3. *Contrats de travail des salarié(e)s et des prestataires*
		4. *Règlement intérieur*
		5. *Livret d’accueil*
	7. *Présenter le plan d’action LSST au sein des différentes instances de l’établissement*
2. *Communication*
	1. *Diffuser l’ensemble des supports de communication LSST et de Santé Publique France sur le tabac et veiller à leur disponibilité continue au sein de l’établissement*
	2. *Valoriser et promouvoir l’inscription de l’établissement dans la démarche LSST au sein de l’établissement*
	3. *Créer un espace dédié sur le site de l’établissement, au sein de l’intranet, et communiquer sur les réseaux sociaux, personnaliser les courriers de l’établissement et les signatures de mail*
	4. *Profiter des opportunités comme la journée mondiale sans tabac, le mois sans tabac, pour valoriser la démarche LSST au sein de l’établissement*
		1. *Prendre attache avec l’ambassadrice régionale Moi(s) sans tabac*
		2. *Commander les outils du Moi(s) sans tabac*
		3. *Participer aux réunions régionales*
		4. *Communication et affichage dans l’établissement*
		5. *Mise en place et mise à disposition des outils (guides, flyers, affiches) au sein de l’établissement*
	5. *Communiquer sur les dispositifs d’aide en tabacologie*
3. *Formations initiales et continues*
	1. *Proposer et organiser des sessions de sensibilisation et de formation à l’ensemble des professionnel(le)s de l’établissement (Formation RPIB, en tabacologie, entretien motivationnel, prescription TNS etc.)*
		1. *Identifier les besoins avec l’audit LSST et l’enquête Tabagisme en Blouse Blanche*
		2. *Identifier l’offre de formation et adéquate et ses modalités d’accès*
		3. *Communiquer sur l’offre de formation et ses modalités d’accès pour les professionnel(le)s de l’établissement*
		4. *Organiser de façon régulière les sessions d’information, de sensibilisation et de formation au sein de l’établissement*
		5. *Veiller à la diffusion auprès des nouveaux arrivants : session d’accueil prévention du tabagisme, politique de l’établissement, ressources disponibles etc.*
4. *Identification, diagnostic et soutien au sevrage nicotinique*
	1. *Systématiser le repérage des personnes concernées par le tabagisme*
		1. *Ingénierie et mise en place d’une procédure de repérage et d’enregistrement du statut tabagique de l’ensemble des usagers de l’établissement via le formulaire d’admission. Veiller à ce que l’information puisse être repérable par chaque professionnel de l’établissement afin de pouvoir proposer systématique une prise en charge tabagique*
	2. *Définir un protocole de prise en charge des personnes concernées par le tabagisme avec la mise en place de consultations tabacologiques et de soutien psychologique TCC*
		1. *Ingénierie et mise en place d’une procédure systématique d’orientation (avec la création d’un outil d’orientation) des personnes vers des professionnel(le)s pouvant assurer l’accompagnement*
		2. *Mise en place d'un protocole de suivi des personnes concernées*
		3. *Mise en place d'un protocole pharmaceutique permettant aux personnes accompagnées d'avoir accès aux aides pharmaceutiques (possibilité d’établir un partenariat avec des pharmacies externes)*
	3. *Doter les services en traitements nicotinique de substitution*
	4. *Mettre des traitements nicotiniques de substitution à disposition des professionnel(le)s*
	5. *Mettre en place un outil de suivi permettant le reporting des repérages, des orientations et des suivis*
5. *Environnement sans tabac*
	1. *Systématiser les espaces sans tabac*
		1. *Cartographier les espaces fumeurs existants, intérieurs, extérieurs, officiels et non officiels*
		2. *Elaborer un plan d’action d’aménagement par rapport à cette cartographie*
	2. *Organiser des zones de tolérance*
		1. *Mise en place d’un nouveau plan d’aménagement*
	3. *Mettre en place une signalétique adaptée*
	4. *Définir un protocole de gestion des manquements*
6. *Lieu de travail sain*
	1. *Accompagner les professionnel(le)s concerné(e)s par le tabagisme à opérer à des changements dans leurs consommations des produits du tabac*
		1. *Construire un outil interne permettant aux professionnel(le)s de manifester leurs besoins d’accompagnement*
	2. *Intégrer dans les procédures disciplinaires, les manquements opérés par les professionnel(le)s de l’établissement*
7. *Engagement de la communauté*
	1. *Signer la charte du RESPADD*
	2. *Engager un travail de coopération avec d’autres organisations afin de promouvoir les stratégie e prévention du tabagisme*
		1. *Identifier ressources du territoire*
		2. *Mettre en place des collaborations*
	3. *Collaborer avec d’autres acteurs dans le cadre des accompagnements de publics spécifiques*
		1. *Identifier les acteurs ayant une expertise spécifique*
		2. *Mettre en place la collaboration*
		3. *Travailler à des processus clairement définis pour mieux accompagner les publics spécifiques*
	4. *Collaborer avec les associations de professionnel(le)s de santé et les représentant(e)s des usagers pour encourager et soutenir les fumeurs et fumeuses à engager une démarche d’accompagnement*
	5. *Communication et valorisation de la démarche*
		1. *Communiquer via tous les canaux de communication à disposition de l’établissement pour valoriser la démarche*
		2. *Participation et intervention aux différents évènements organisés par le RESPADD, les institutions, et les partenaires, dont ceux de la mission d’appui ARCA SUD.*

1. *Surveillance et évaluation*
	1. *Mettre en place une procédure interne (et externe) pour contrôler la mise en œuvre du projet*
		1. *Construire une grille d’indicateurs de suivi*
		2. *Construire des questionnaires à destination des professionnel(le)s*
		3. *Intégrer des questions sur la démarche LSST dans les questionnaires de satisfaction à destination des personnes usagères de l’établissement*
	2. *Remplir l’audit LSST*
	3. *Mise en place de l’audit LSST externe dans la perspective de la labélisation argent*

**Codifications de l’action**

**Fiche action** : *Fond de Lutte Contre les Addictions*

**Mission\*** : *1. Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d’autonomie*

**Sous-Mission\*** : *1.2. Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux*

**Code de destination\*** : *MI 1-2-30 : Actions de lutte contre les addictions (fonds de lutte contre les addictions).*

**Informations complémentaires**

 **Etapes** : *Mise en œuvre de la démarche jusqu’au label argent sur quinze mois.*

 *Rétroplanning :*

 *XXXX*

 *XXXX*

 *XXXX*

 **Partenariat** : *XXXX*

 **Modalité de recrutement du public bénéficiaire** : *selon les modalités prévues par le cahier des charges du RESPADD.*

 **Public bénéficiaire** : *Professionnel(e)s, partenaires, patient(e)s et visiteurs.*

 **Spécificités du public bénéficiaire** : *XXXXX*

**ACTIONS – DESCRIPTIF**

**Moyens matériels et humains**: *cf.identification moyen humain.*

**Typologie de l’action** : *choisir dans la liste proposée, Education pour la santé*

**Thématiques de l’action** : *choisir dans la liste proposée, ex : Conduites addictives*

**Populations concernées** : *choisir dans la liste proposée, ex : Tout public*

**ACTIONS – MESURES D’EVALUATION**

**Mesures d'évaluation des moyens**

 **Indicateur de moyen\***: ***réalisation de chaque action prévue par le cahier des charges***

 **Résultats attendus**: *obtenir une note finale supérieure ou égale à 70/100, ainsi qu’une note supérieure ou égale à 5/10 pour chaque critère de l’audit du RESPADD.*

 **Outil d'évaluation\*** : *XXXX (exemple : tableau de reporting, fiches d’émargement, analyse des documents de communication…)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\***: 31/01/2027

**Mesures d'évaluation de l'atteinte de l'objectif général de l'action**

**Indicateur de résultat**: ***le nombre de personnes sensibilisées, par catégorie : professionnels soignants et non soignants, prestataires, partenaires externes, patients, visiteurs, autres ;***

 **Résultats attendus**: *XXXX* (*une valeur prévisionnelle est attendue)*

**Outil d'évaluation\***: *XXXX* (exemple : *questionnaire, focus group, observation, données épidémiologiques)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\*** : *31/01/2027*

**Mesures d'évaluation de l'atteinte de l'objectif général de l'action**

**Indicateur de résultat**: ***le nombre de professionnels soignants formés à chaque module (RPIB, entretien motivationnel, prescription TSN).***

 **Résultats attendus**: *XXXX* (*une valeur prévisionnelle est attendue)*

**Outil d'évaluation\***: *XXXX* (exemple : *questionnaire, focus group, observation, données épidémiologiques)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\*** : *31/01/2027*

**Mesures d'évaluation de l'atteinte de l'objectif général de l'action**

**Indicateur de résultat**: ***le nombre de fumeurs repérés et orientés vers un dispositif de prise en charge interne et externe à l'établissement ;***

 **Résultats attendus**: *XXXX* (*une valeur prévisionnelle est attendue)*

**Outil d'évaluation\***: *XXXX* (exemple : *questionnaire, focus group, observation, données épidémiologiques)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\*** : *31/01/2027*

**Mesures d'évaluation de l'atteinte de l'objectif général de l'action**

**Indicateur de résultat**: ***le nombre de personnes ayant bénéficié de consultation en interne à l’établissement.***

 **Résultats attendus**: *XXXX* (*une valeur prévisionnelle est attendue)*

**Outil d'évaluation\***: *XXXX* (exemple : *questionnaire, focus group, observation, données épidémiologiques)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\*** : *31/01/2027*

**Mesures d'évaluation de l'atteinte de l'objectif général de l'action**

**Indicateur de résultat**: ***le nombre de consultations réalisées en interne à l’établissement.***

 **Résultats attendus**: *XXXX* (*une valeur prévisionnelle est attendue)*

**Outil d'évaluation\***: *XXXX* (exemple : *questionnaire, focus group, observation, données épidémiologiques)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\*** : *31/01/2027*

**Mesures d'évaluation de l'atteinte de l'objectif général de l'action**

**Indicateur de résultat**: ***le nombre de TSN prescrits et/ou délivrés.***

 **Résultats attendus**: *XXXX* (*une valeur prévisionnelle est attendue)*

**Outil d'évaluation\***: *XXXX* (exemple : *questionnaire, focus group, observation, données épidémiologiques)*

**Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées) \*** : *préciser le ou la responsable de l’évaluation*

 **Date à laquelle sera effectuée l'évaluation\*** : *31/01/2027*

**PLAN DE FINANCEMENT**

**Plan de financement - Saisie des montants**

**Financements ARS :** *XXXX (Veuillez saisir la totalité de la demande sur 2025 et rien sur
 2026 et 2027)*

**Cofinancements :** *renseigner les co-financements éventuels par année*

**Plan de financement - Budgets prévisionnels**

*Descriptif des charges et des produits à compléter (Faire 1 seul budget prévisionnel pour la durée totale du projet du 01/11/2025 au 31/01/2027. Pour cela vous devez modifier les dates sur le BP de la ligne 1 et supprimer les 2 lignes BP des périodes 2026 et 2027.)*

**plan de financements - Synthèse financière** : *se génère automatiquement*