

FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

Evaluation du programme Mois Sans Tabac

Avril 2022

Le présent document a été réalisé à partir des travaux menés par les cabinets Planète Publique et Cemka.

Avertissements

Le présent document constitue le rapport d'évaluation du programme « Mois sans tabac » menée par Planète Publique et Cemka pour le compte du Fonds de lutte contre les addictions.

Il présente les conclusions de l'équipe d'évaluation sur le programme ainsi que des recommandations en vue de la suite à donner à Mois Sans Tabac. Son contenu relève de la seule responsabilité des consultants de Planète Publique et Cemka et ne saurait engager ni la Cnam, ni ses partenaires du Fonds de lutte contre les addictions.

Sommaire

INTRODUCTION	3
1. DEMARCHE D'EVALUATION	5
1.1 Objectifs de l'évaluation	5
1.2 Méthodologie d'évaluation.....	5
1.3 Limites méthodologiques	9
2. DESCRIPTION DE L'OPERATION	11
<i>Le descriptif de cette partie a été réalisé à partir d'un travail d'analyse bibliographique et des premiers entretiens exploratoires qui a été ajusté et complété avec les éléments issus des entretiens et de l'analyse documentaire des phases suivantes de la démarche.</i>	
2.1 Déroulement de l'opération	11
2.2 Composantes de l'opération	12
2.3 Suivi et évaluation de l'opération	16
2.4 Impacts de l'opération sur les comportements	18
3. AXE 1 – ANIMATION, PILOTAGE, GOUVERNANCE.....	20
3.1 Des modalités de gouvernance ad hoc dans chaque région	20
3.2 Les ambassadeurs, au cœur de la mise en œuvre opérationnelle de l'opération	24
3.3 Une place installée de l'opération, mais un travail de complémentarité à renforcer	27
3.4 Une articulation satisfaisante entre les échelles de l'opération, mais qui pourrait être clarifiée	33
3.5 En conclusion, vis-à-vis de la cohérence de l'opération, son animation, sa gouvernance et son pilotage	35
4. AXE 2 – MOBILISATION, DYNAMIQUE ET APPROPRIATION	37
4.1 Une mobilisation globalement satisfaisante, mais inégale et relativement dispersée	37
4.2 Une dynamique régionale en essoufflement	40
4.3 En conclusion vis-à-vis de la mobilisation, de la dynamique régionale et de l'appropriation	42
5. CONCLUSION D'ENSEMBLE	43
6. RECOMMANDATIONS.....	47

Introduction

Face à la prévalence importante du tabagisme et ses conséquences majeures sur la mortalité évitable, plusieurs programmes nationaux se sont succédé depuis les années 2010 pour décliner les orientations des différents plans cancer et de la stratégie nationale de santé. Ainsi, le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 fixe l'objectif d'abaisser à moins de 22% de la population la part des fumeurs quotidiens (elle s'élevait à 24% pour les 18-75 ans en France métropolitaine en 2019¹ et à 25,5% de la même tranche d'âge en 2020), et moins de 20% pour les jeunes de 17 ans.

Le PNLTL s'appuie pour cela sur la mise en place de différentes actions. Il dispose par ailleurs d'un instrument financier à travers le Fonds de Lutte Contre le Tabagisme (FLCT) devenu Fonds de Lutte contre les Addictions (FLCA) en 2018² et dédié au financement de diverses actions de prévention pour la lutte contre les addictions. Par ailleurs, le PNLTL se décline à l'échelle régionale à travers les plans régionaux de lutte contre le tabagisme – PRLT (ou plans régionaux de réduction du tabagisme - P2RT - selon les territoires). Ces plans régionaux permettent de croiser les orientations nationales avec les enjeux spécifiques du territoire notamment à travers les priorités identifiées dans le Projet Régional de Santé (PRS). Les ARS disposent en outre d'une enveloppe dédiée au sein du FLCA pour financer des projets régionaux, ciblés sur la prévention du tabagisme en 2018 et ouverts plus largement aux addictions depuis 2019. Cette ligne budgétaire leur ouvre également la possibilité de financer des « missions d'appui » pour les accompagner dans la mise en œuvre de l'appel à projets et plus généralement de leur politique régionale.

L'opération Mois Sans Tabac contribue au panel d'interventions de prévention du tabagisme prévues par le PNLTL. Elle y trouve sa place au titre de l'action 11 « Intensifier le dispositif de marketing social contre le tabac », au sein de l'axe 2 (« Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage ») et le levier 2.1 (« Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge »).

Déployé en France depuis 2016 à partir d'une démarche anglaise (*Stoptober*), le Mois Sans Tabac (Moist) vise à engager et accompagner des fumeurs dans une démarche d'arrêt. Elle s'appuie sur le constat que la majorité des fumeurs souhaitent arrêter de fumer (c'est le cas de 60% d'entre eux), mais que seulement 5% y parviennent. L'opération cherche à combler ce différentiel.

L'opération repose sur deux axes d'intervention complémentaires : créer une émulation collective autour de l'arrêt du tabac dans le cadre d'un « défi collectif national » d'une part et porter cette démarche dans une temporalité suffisante pour favoriser un changement durable (30 jours) d'autre part³. De manière plus indirecte, l'opération cherche à débanaliser l'usage du tabac et ainsi à prévenir l'entrée dans le tabagisme des personnes et en particulier les plus jeunes.

Concrètement, l'opération Moist repose sur des actions de communication inscrites dans une approche de marketing social, qui visent principalement à inciter les fumeurs à s'engager dans le défi (faire connaître, faire

¹ Données Santé publique France

² Le fonds permet donc également de soutenir les actions issues du plan national de lutte contre les addictions (2018-2022).

³ « S'arrêter un mois multiplie par cinq les chances d'arrêter de fumer définitivement. Après 30 jours d'abstinence, la dépendance s'avère bien moins forte et les symptômes de manque (nervosité, irritabilité) sont moins présents » (Santé publique France)

adhérer, recruter des participants) et des actions d'accompagnement qui visent à faciliter la transformation des comportements durant la période du défi et à les inscrire dans la durée.

Si le défi est bien une opération nationale, il est relayé par des actions régionales et locales qui permettent de le faire vivre dans les territoires, d'impliquer des acteurs et de toucher les publics directement dans leurs lieux de vie. Depuis 2018, l'ensemble de l'opération est financé par le FLCT puis FLCA, pour un montant total s'élevant à 10,5 millions d'euros pour l'année 2021.

1. Démarche d'évaluation

1.1. Objectifs de l'évaluation

Cinq ans après la première édition, les pilotes du Fonds de lutte contre les addictions ont souhaité procéder à l'évaluation de « Mois sans Tabac ». Celle-ci visait à porter un regard d'ensemble sur l'architecture de l'opération, ainsi que sur son organisation et les processus qu'elle mobilise. Il s'agissait en particulier d'analyser la cohérence d'ensemble de la démarche et l'articulation entre les différentes composantes au niveau national, régional et départemental (voir la description des composantes au chapitre **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Par ailleurs, l'évaluation devait également porter un regard sur les effets de l'opération en termes de mobilisation dans les territoires, de capacité à faire émerger des projets et une dynamique collective autour de l'opération. Là-encore, les processus mis en œuvre au niveau régional pour déployer la démarche, l'adapter aux priorités et aux contextes locaux faisaient l'objet d'une analyse spécifique.

L'évaluation de l'efficacité des campagnes de communication et des impacts sur le comportement des participants, leur consommation de tabac et les tentatives d'arrêt fait l'objet de travaux menés directement par Santé publique France. Ces aspects n'étaient donc pas inclus dans le périmètre de l'évaluation qui devait compléter l'approche réalisée en propre par les travaux menés chaque année pour améliorer les outils et la mise en œuvre de l'opération.

Ces enjeux généraux ont été traduits en 17 questionnements évaluatifs détaillés dans la note de cadrage de l'évaluation et disponibles en annexe au rapport. Ils étaient structurés autour de 2 axes :

- Q1 : Dans quelle mesure **l'animation, le pilotage et la gouvernance** de Mois sans tabac, aux niveaux national, régional et local, permettent-ils **d'assurer la cohérence et la complémentarité** entre les différentes composantes de l'opération ?
- Q2 : Dans quelle mesure l'opération Mois sans tabac permet-elle **d'initier des dynamiques** aux niveaux national, régional et local, **d'impliquer les acteurs et de favoriser l'adhésion / appropriation** autour des enjeux ?

Les enjeux abordés pour les deux axes sont présentés ci-contre.

Q1 : Capacité des fonctions d'animation, de pilotage et gouvernance multi-niveaux à assurer la cohérence et la complémentarité des composantes de l'opération

- Gouvernance et pilotage (national, régional)
- Rôle des ambassadeurs
- Cohérence interne à l'opération
- Effet sur la pertinence des actions

Q2 : Capacité à initier des dynamiques entre les différents niveaux mais aussi à favoriser l'implication des acteurs en facilitant leur adhésion et leur appropriation

- Mobilisation et appropriation
- Décloisonnement
- Effets

1.2. Méthodologie d'évaluation

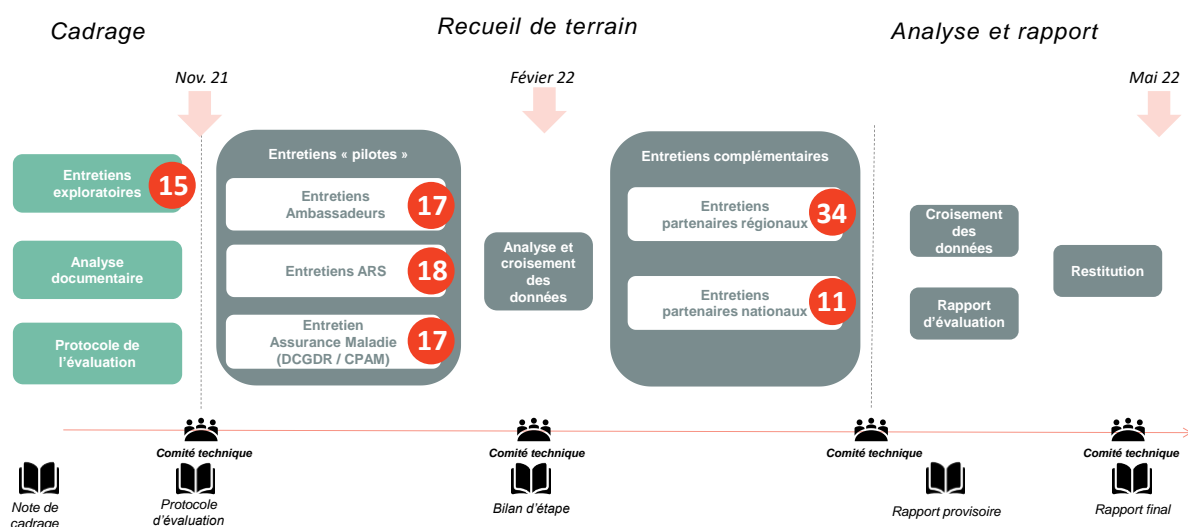
Vision d'ensemble

L'évaluation s'inscrivait dans une démarche résolument qualitative et s'appuyait principalement sur la réalisation d'entretiens avec les acteurs clés de l'opération, au niveau national, comme au niveau régional. Ce recueil des points de vue a été complété par l'analyse des documents produits par les acteurs dans le cadre de l'opération, et en particulier les rapports de bilan et d'évaluation.

Au-delà de l'approche qualitative, l'évaluation s'appuyait sur deux principes d'intervention.

- Assurer le bon équilibre entre une **approche exhaustive dans toutes les régions** et une approche **approfondie ciblée** dans certains territoires.
 - Concrètement, il s'est agi de rencontrer dans toutes les régions, les représentants des trois pilotes de la démarche et de ses composantes : ARS + Ambassadeur + Assurance maladie (CPAM, CGSS ou DCGDR).
 - L'approche approfondie a permis de sélectionner des territoires dans lesquels aller à la rencontre des partenaires, de manière à recueillir le point de vue d'un panel plus large d'acteurs associés à la démarche, en assurant un nombre d'entretiens suffisant par territoire pour disposer d'une vision plus robuste de la dynamique locale.
- Assurer la robustesse de l'analyse ciblée par un **travail en deux étapes**, permettant d'articuler le choix des régions dans lesquelles des travaux d'approfondissement devaient être menés à partir d'une vision complète de la situation dans toutes les régions.
 - La liste des partenaires à rencontrer pour chaque territoire dans ce temps d'approfondissement visait à illustrer la dynamique locale dans le territoire et a donc été définie de manière ad hoc. De la même manière, une sélection de partenaires nationaux ont été interrogés, de manière à illustrer les enjeux de déclinaison entre le niveau national / régional / local.

L'évaluation s'est déroulée sur une période de 7 mois, organisée selon le schéma général suivant. Le déroulement de chacun des modules est détaillé ci-après.



Entretiens exploratoires

Les entretiens exploratoires⁴ ont permis d'échanger avec les représentants de l'Assurance maladie (Direction Déléguée à la Gestion et l'Organisation des Soins – Département de la Prévention et de la Promotion de la Santé), du Ministère des Solidarités et de la Santé (Direction générale de la santé – Bureau de la prévention des addictions), de Santé publique France, ainsi qu'avec un représentant de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et un ambassadeur régional (Hauts-de-France).

Ils visaient à identifier les grands enjeux autour de l'opération Mois sans tabac et son évaluation, les évolutions au fil des éditions, les points clés de son déploiement, les ambitions. Les acteurs rencontrés ont également pu faire part de leurs attentes vis-à-vis de l'évaluation et alimenter le travail sur le protocole d'évaluation.

Analyse documentaire

L'analyse documentaire a permis de dessiner de manière plus précise les contours de l'opération « Mois sans Tabac » et d'approfondir la compréhension du contexte d'élaboration et de déploiement de l'opération. Elle a permis de porter un regard sur la qualité et la complétude du suivi et du reporting assuré dans le cadre de l'opération, notamment pour donner à voir les résultats de l'opération à l'échelle des territoires.

Plusieurs types de documents ont ainsi été transmis par les commanditaires et ont été consultés dans le cadre d'une analyse transversale (voir la liste détaillée en annexe 2)

- Documents relatifs à la conception et au déploiement de l'opération Mois sans Tabac ;
- Outils et supports élaborés et mis à disposition pour le déploiement de l'opération ;
- Bilans d'activités et données quantitatives sur le déploiement de l'opération ;
- Les résultats des enquêtes relatives à l'efficacité de l'opération ;
- Documents mis à disposition sur les sites internet de l'opération.

Entretiens individuels

Outre les données mobilisées dans le cadre de l'analyse documentaire, l'évaluation a reposé principalement sur la réalisation d'entretiens réalisés avec les acteurs clés de la conception, de la mise en œuvre et du suivi de l'opération Mois sans tabac. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, guidés par une trame de questions structurant l'échange, composée essentiellement de questions ouvertes⁵. Ceci permet de laisser les répondants libres des contenus de leur réponse. Pour cette raison, certains sujets évoqués spontanément par certains acteurs en entretien n'ont pas été évoqués par d'autres, puisque les sujets ne sont pas prévus par la grille d'entretien. Ceci rend caduque la comptabilisation des réponses (un sujet non évoqué par un répondant ne signifie pas que la personne ne serait pas d'accord avec l'assertion).

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence.

L'analyse est appuyée sur le croisement des informations issues des différentes sources (entretiens) qui permet d'identifier les principaux points d'analyse, les convergences dans les éléments de réponse aux questions évaluatives, les points plus anecdotiques mais à enjeu. L'analyse tient compte des « jeux d'acteurs », des postures de chacun et du contexte de son expression. Les discours et les expressions ne sont donc pas pris pour

⁴ Voir la liste détaillée des personnes rencontrées en annexe 2 et la grille d'entretien en annexe 5

⁵ Voir la grille d'entretien en annexe 6.

argent comptant, mais mis en perspective avec d'autres points de vue pour constituer un faisceau d'indices assurant la fiabilité des conclusions (principe de triangulation).

Pour l'analyse, un travail a été mené pour identifier si des convergences dans les discours pouvaient émerger par catégorie d'acteurs (ex : ARS / CPAM / Ambassadeur / porteurs d'action...). Cette ligne d'analyse s'est avérée peu probante. Les acteurs d'une même région ont eu tendance à exprimer des points de vue convergents, mais qui ne sont pas nécessairement les mêmes que les acteurs d'une autre région. Pour le dire autrement, dans la région 1, les représentants de l'ARS, de l'Assurance maladie et l'ambassadeur ont très souvent exprimé le même point de vue. En revanche, ce point de vue peut être différent pour l'ARS de la région 2... Pour cette raison, les restitutions en annexe sont organisées par région. Pour les entretiens avec les autres partenaires, la restitution en annexe a été organisée par type d'acteur, considérant qu'elle reflétait une certaine réalité.

A noter que le travail d'évaluation n'est pas un travail de recherche scientifique, même s'il s'appuie sur les techniques des sciences humaines et sociales. La rigueur de la méthode d'analyse tient à la transparence du processus et des sources ayant permis d'aboutir à la conclusion. Les éléments sur lesquels s'appuie l'analyse sont fournis dans les annexes au rapport final.

Les entretiens étaient répartis de la manière suivante (voir la liste détaillée des personnes rencontrées en annexe 2) :

- 52 entretiens de longue durée (1h30 à 2h) menés auprès des pilotes en région (approche exhaustive)
 - 18 entretiens avec les représentants des ARS
 - 17 entretiens avec les ambassadeurs régionaux
 - 17 entretiens avec les représentants de l'Assurance maladie

Ces entretiens ont donné lieu à la rédaction de fiches de synthèse par région (annexe 3).

- 11 entretiens menés auprès des pilotes et des partenaires de la démarche au niveau national
 - 3 entretiens menés avec les acteurs du comité de pilotage de la démarche : MILDECA, Alliance contre le tabac, Société Francophone de tabacologie.
 - 8 entretiens menés avec quelques partenaires nationaux, ayant une action structurante pour l'opération. L'avis de Santé publique France a été sollicité pour la sélection des partenaires à rencontrer.

Ces entretiens ont donné lieu à la rédaction d'une analyse croisée (annexe 4).

- 34 entretiens menés auprès de partenaires répartis dans 5 régions (6 à 7 entretiens par territoire)
 - Il a été décidé de concentrer la réalisation des entretiens de 2^{ème} phase dans quelques régions, de manière à éviter de disperser le recueil d'information en disposant d'une vision relativement approfondie de la situation dans le territoire.
 - Considérant les particularités du déploiement de l'opération dans les territoires ultra-marins, ils n'ont pas été inclus dans l'analyse approfondie de la phase 3.

Les 5 régions retenues étaient : Bourgogne-Franche-Comté (BFC), Bretagne (BRE), Hauts-de-France (HDF), Ile-de-France (IDF), Provence-Alpes-Côte d’Azur (PACA).

Le choix des régions a été opéré à partir du croisement entre la compréhension des dynamiques territoriales issue des entretiens de phase 2 et des notes moyennes obtenues aux questions fermées (notant de 0 à 10), au cours des entretiens individuels, la perception des acteurs vis-à-vis de la démarche⁶. Puis, la discussion avec le comité technique a permis d’identifier des régions présentant des situations plus ou moins favorables au regard du point de vue des acteurs (notes moyennes plus ou moins élevées), en croisant :

- Les perceptions sur les « processus » : notes portant sur les modalités de l’opération (complémentarité et synergie, visibilité, intégration dans une politique d’ensemble) ;
- Les perceptions sur les « contenus » : notes portant sur les cibles et objectifs de l’opération (pertinence public, pertinence actions, intensité mobilisation).

Les régions suivantes ont été sélectionnées

- Une région avec une note peu élevée sur les deux items « processus » et « contenu » (Bourgogne-Franche-Comté) ;
- Une région avec une note élevée sur les items « processus » et « contenu » (Hauts-de-France) ;
- Une région avec une note moyenne sur ces 2 items (Île-de-France) ;
- Une région avec une bonne notation de l’item « processus » alors que l’opération s’appuie sur un appel à projets dédié ARS (PACA) ;
- Une région qui apparaît comme un « bon élève » afin d’aller investiguer de plus près les dynamiques de cette région (Bretagne).

1.3. Limites méthodologiques

L’évaluation portait sur la période 2018-2020. Or, les entretiens avec les acteurs se déroulant dans la foulée de l’édition 2021, leur perception a été fortement marquée par l’édition en cours, et ce d’autant que l’édition précédente s’était déjà déroulée dans un contexte très particulier (période de confinement). Face à cette situation, les évaluateurs ont cherché à retracer les principales évolutions connues sur la période (2016 / 2018 / 2021), pour identifier les facteurs favorables à un processus optimisé, les freins à la cohérence et à la dynamique régionale et la manière dont les acteurs régionaux sont parvenus à les dépasser. Pour autant, les perceptions des acteurs restaient très attachées à leur vision et leurs attentes vis-à-vis de l’opération en 2021, pour laquelle les souvenirs étaient plus précis, a fortiori quand les personnes référentes ont changé.

Par ailleurs, il convient de garder en mémoire que le **retour des acteurs par région reste partiel**. La démarche retenue a permis de croiser les regards des trois parties prenantes au cœur de l’opération pour toutes les régions et de disposer d’une vision relativement fiable des processus à l’œuvre. En revanche, cette vision reste nécessairement partielle et « située » :

⁶ 6 items questionnés : complémentarité et synergie entre les composantes de l’opération, degré de visibilité sur l’ensemble de l’opération, satisfaction vis-à-vis de la dynamique régionale, compréhension de l’opération, satisfaction vis-à-vis de la mobilisation pour toucher les publics et les territoires pertinents, intégration de l’opération dans une politique régionale de lutte contre le tabagisme

- Pour le référent « Assurance maladie », l’interlocuteur étant soit la DCGDR, soit une CPAM soit la CGSS, l’approche était soit très opérationnelle sur l’appel à projets, soit très globale et régionale ;
- Pour l’ambassadeur, la vision exprimée par le pilote ne reflète pas nécessairement toutes les perceptions de tous les partenaires, surtout en cas de consortium ;
- Pour l’ARS, la vision du référent MoiST n’était pas nécessairement la même que celle du Directeur de la Santé Publique (DSP) ou du référent addictions.

Les entretiens menés avec les partenaires du territoire dans la dernière phase de l’évaluation ont permis de conforter ou de nuancer ces perceptions, mais ces acteurs avaient souvent une vision plus limitée des processus à l’œuvre dans le déploiement et le pilotage de l’opération.

Par ailleurs, la perception de ces acteurs sur la dynamique régionale et la mobilisation des acteurs n’a pas toujours pu être confortée par le recueil de la perception des porteurs de projets eux-mêmes. Les entretiens de la phase 3 ont cherché à approfondir cette vision, pour croiser les regards, mais elle reste partielle (une sélection d’acteurs, dans quelques régions).

Enfin, la démarche s’inscrit dans une **approche qualitative uniquement**, et repose donc sur les dires et les perceptions des acteurs. Le croisement de regards entre les différents entretiens et avec l’analyse documentaire permet de constituer un « faisceau d’indices » sur la situation dans la région, et l’analyse doit être considérée comme telle. Ainsi, quelques questions fermées de « notation » ont pu être posées dans certains entretiens pour disposer d’une donnée comparable entre région. Cette note constitue la traduction chiffrée d’une vision subjective et personnelle de chaque acteur sur l’opération et la manière dont elle se déroule.

De plus, les données quantitatives disponibles, notamment à travers le reporting assuré dans Oscars, ne traduisent qu’une partie de la dynamique autour de l’opération.

Plus généralement, la méthode cherche à tracer et à structurer un retour d’information systématique dans le cadre des fiches régions et des synthèses par acteur. Ces documents permettent d’assurer la transparence de l’élaboration des conclusions du présent rapport.

2. Description de l'opération

Le descriptif de cette partie a été réalisé à partir d'un travail d'analyse bibliographique et des premiers entretiens exploratoires qui a été ajusté et complété avec les éléments issus des entretiens et de l'analyse documentaire des phases suivantes de la démarche.

2.1. Déroulement de l'opération

Le déploiement de Mois Sans Tabac se déroule autour de plusieurs temporalités, dont deux sont au cœur de toutes les éditions depuis 2016 :

- **Pendant le mois d'octobre**, des actions de communication sont organisées, pour recruter des participants : journées d'information (pour les salariés des entreprises, les étudiants, les élèves, les personnels et patients d'établissements de santé, les femmes enceintes...), spots télé et radio, évaluation du statut tabagique, consultations tabacologiques, ...
- **Pendant le mois de novembre**, le mois du défi à proprement parler, avec la mise en place des actions régionales de soutien pour accompagner l'arrêt du tabac : ateliers d'aide au sevrage, remise de substituts nicotiniques, animations, défis sportifs, flashmob, ... Des outils sont également mis à disposition des participants et des promoteurs.

Les entretiens et l'analyse documentaire⁷ menés en phase exploratoire ont mis en évidence que le déroulement initial a pu évoluer au fil des années. En effet, certaines éditions ont donné lieu à une phase d'information des professionnels de santé durant le mois de septembre pour préparer le lancement de l'opération⁸. A partir de l'édition 2019, ces actions ont été concentrées au mois d'octobre, selon une même temporalité que la communication générale auprès du grand public.

En fonction des régions, le calendrier de préparation de l'opération peut varier, mais il démarre généralement avant l'été (notification des ambassadeurs par SpF au mois de juin), avec la définition des orientations de l'opération et du programme de travail. Ceci permet d'enclencher le travail de mobilisation des relais d'information autour des formations qui se dérouleront généralement au mois de septembre et du montage de projets pour le mois de novembre à proprement parler.

L'édition 2019 et surtout 2020 ont institué la mise en place d'un troisième temps, à l'issue du mois de novembre, pour féliciter les participants et assurer la continuité et le relai avec les outils disponibles en continu à l'issue du mois du défi⁹. Enfin, à l'issue du MoisST, des travaux de capitalisation, bilan et évaluation viennent

⁷ instruction n°DGS/MC2/INPES/2016/81 du 17 mars 2016 relative à la mise en œuvre du dispositif « Moi(s) sans tabac » du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, comptes rendus des comités de pilotage, bilan de l'actions par Santé publique France

⁸ Pour l'édition 2021, l'opération ne donne plus lieu à des actions de communication dédiées auprès des professionnels de santé. En effet, les travaux menés par SpF dans le cadre de l'évaluation des outils mis en place ont mis en évidence que les professionnels de santé éprouvaient des difficultés à trouver leur place dans un dispositif ponctuel, par rapport à leur mission de prévention tout au long de l'année (bilan de Santé publique France)

⁹ Support de comité de pilotage et bilan de Santé publique France

clôturer l'ensemble de l'opération. Le bilan de l'action est attendu au mois de février suivant l'édition concernée.

2.2. Composantes de l'opération

Concrètement, l'opération repose sur trois composantes décrites ci-après.

Marketing social et communication nationale par Santé publique France

Mois Sans Tabac relève d'une approche de marketing social, qui consiste à reprendre et à appliquer les principes d'intervention du marketing commercial pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé (voir encadré ci-après). Le dispositif est complété par la mise à disposition gratuite d'outils pour les participants (kit d'aide à l'arrêt du tabac, Tabac info service) et cherche à impliquer l'ensemble des parties prenantes pour toucher de manière personnalisée le plus grand nombre de personnes possible¹⁰.

Au niveau national, Santé publique France (SpF) assure la création des outils de communication, met en œuvre les actions média et hors média et pilote le volet « marketing social ». Le volet de communication s'appuie sur des campagnes médias (TV, radio, réseaux sociaux), sur la mise à disposition de supports de communication (affiches, brochures, dépliants, vidéos), les *goodies* (autocollants, balle anti-stress, mugs, oriflammes, sacs promotionnels, ...) et la charte graphique de l'opération (logos, bannières, signatures de mail, ...). SpF valide également les messages et l'ensemble du plaidoyer, de manière à garantir l'uniformité de la démarche pour l'ensemble du territoire national.

L'accompagnement des fumeurs est assuré par les outils existants en continu toute l'année, à travers Tabac info service (TIS) : le site internet, l'application smartphone, le numéro de téléphone et la possibilité d'accéder à un suivi par un tabacologue. Il est complété par les kits d'aide à l'arrêt (le programme « Mois sans tabac »).

Les principes du marketing social

L'approche « marketing », qu'il soit « commercial » ou « social », repose dans un premier temps sur un travail fin pour connaître et comprendre les publics ciblés par l'opération, à l'échelle des individus (besoins, attentes, perceptions, freins, coûts...) mais également dans les interactions qu'ils entretiennent avec leur environnement (réseaux, culture, habitudes et milieu de vie...).

Ce travail permet de construire des messages et des contenus adaptés pour faciliter l'adhésion des publics visés et l'engagement dans le comportement attendu (ici l'arrêt du tabac) et d'identifier les vecteurs de transmission pertinents de l'information (pour transmettre l'information, pour engager la discussion, pour apporter des informations complémentaires, pour convaincre...). Le marketing social repose traditionnellement sur les « 5C », pour :

- Comportement (le comportement favorable à la santé à renforcer → ici l'arrêt du tabac)
- Communication (les modalités / vecteurs d'information du public ciblé sur le comportement recherché → ici

¹⁰ Site internet de l'opération, support de présentation de l'opération

les réseaux sociaux, les médias grand public, ...)

- **Coût** (le changement de comportement introduit des coûts, notamment mais pas uniquement financiers qu'il s'agit de lever ou de minimiser → ici la mise à disposition des aides à l'arrêt, mais également l'émulation collective, la communauté, ...)
- **Capacité d'accès** (le changement de comportement doit être facilité par la mise à disposition de « ressources » - au sens large - pour faciliter son adoption → ici le suivi / coaching, l'accompagnement par les professionnels, la diffusion des messages, le soutien de la communauté engagée, ...)
- **Collaborateurs** (qui relaient et diffusent le comportement et les actions auprès des publics → ici les professionnels de santé mobilisés, mais aussi tous les porteurs d'actions de proximité).

On adjoint parfois un 6^{ème} « C » pour « concurrence », qui doit permettre de tenir compte de la particularité de l'offre de prévention proposée et la positionner au mieux dans un contexte plus large. Ceci doit permettre de mettre en valeur la spécificité et la plus-value de l'offre et du comportement recherché, par rapport à d'autres démarches (qui pourraient s'inscrire en faux ou en opposition par rapport au message promu).

Animation régionale par les ambassadeurs, copilotés par SpF et l'ARS concernée

La déclinaison régionale de l'opération est assurée par les ambassadeurs régionaux Mois Sans Tabac. Ils ont la charge d'animer la démarche dans le territoire, à travers :

- la diffusion des outils mis à disposition par SpF ;
- la mobilisation d'acteurs et de partenaires susceptibles de mettre en œuvre des actions (en particulier les organisations permettant de toucher les publics prioritaires) en lien avec le pilotage par l'ARS ;
- l'accompagnement méthodologique des acteurs souhaitant devenir des partenaires (aide au montage de projet, formation).

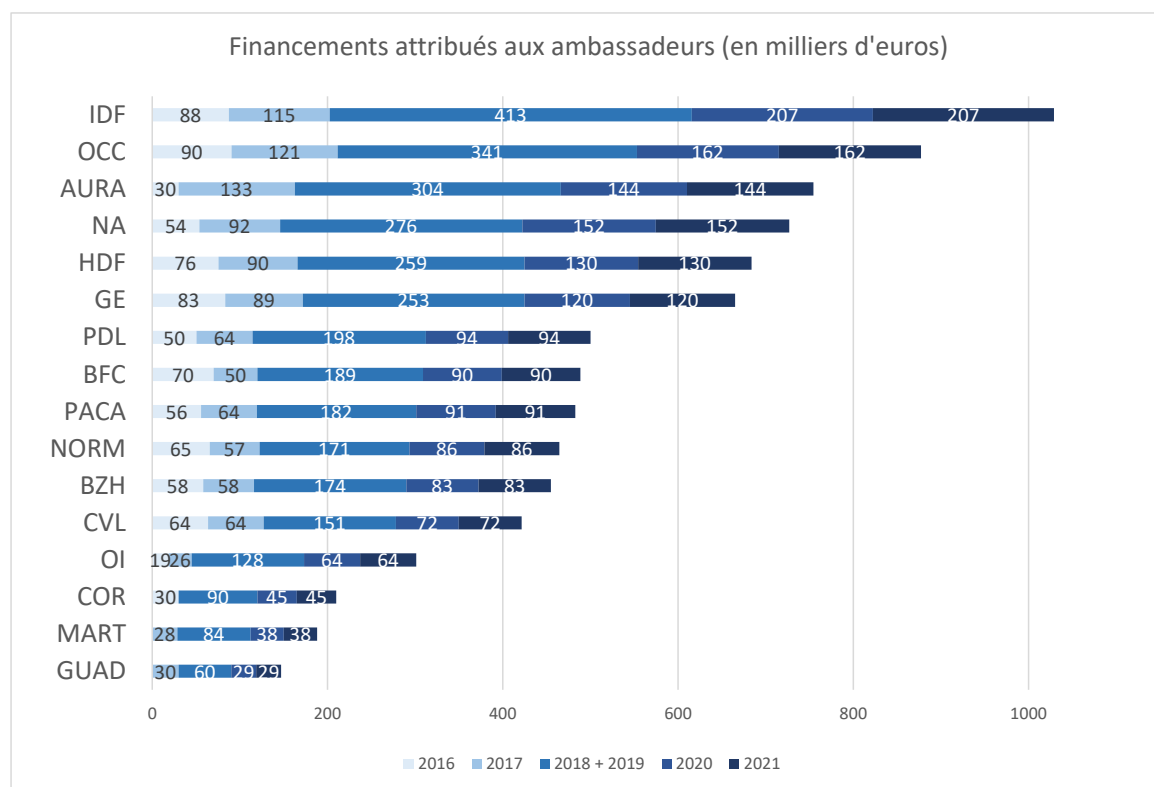
Les ambassadeurs déploient également des actions en direction des publics à travers l'animation d'une communauté numérique (groupe Facebook régional d'entraide) ou encore la tenue de « villages Mois sans tabac » (logique événementielle)¹¹. L'édition 2020 se déroulant dans un contexte de confinement a par ailleurs donné lieu à la création d'un certain nombre de supports numériques pour accompagner l'opération (vidéos par exemple). Ces formats ont généralement été maintenus en 2021, édition pour laquelle les événements grands publics étaient également contraints.

Un appel à projets national, lancé par Santé publique France et relayé par les ARS, permet de sélectionner l'ambassadeur Mois Sans Tabac pour chaque région. Annuel en 2016 et 2017, l'appel à projets est devenu biannuel pour 2018 et 2019. La crise sanitaire a mené à reconduire les ambassadeurs en 2020 et en 2021 sans relancer d'appel à projets. L'action de l'ambassadeur est financée et encadrée par SpF, et copilotée avec l'ARS dans le cadre d'une convention tripartite : Santé publique France a la charge de la mise à disposition des messages et des outils (ou validation des outils adaptés par les ambassadeurs), ainsi que de l'animation du réseau des ambassadeurs, tandis que l'ARS définit la stratégie pertinente pour le déploiement de l'opération à

¹¹ Bilan des ambassadeurs

l'échelle régionale (publics, territoires). Le budget accordé par SpF aux ambassadeurs est défini à partir du projet déposé par lui-même, dans le respect d'une certaine cohérence au regard de la taille de la région¹².

Figure 1 - Financements attribués aux ambassadeurs par année



Source : Planète Publique, Cemka, à partir des données SpF

Figure 2 - Financement total et annuel moyen accordé aux ambassadeurs par SpF

	Montant total attribué	Moyenne annuelle
Ile de France	1 029 060 €	171 510 €
Occitanie	877 334 €	146 222 €
Auvergne-Rhône-Alpes	754 479 €	125 747 €
Nouvelle-Aquitaine	726 961 €	121 160 €
Hauts-de-France	683 988 €	113 998 €
Grand-Est	665 092 €	110 849 €
Pays de la Loire	499 996 €	83 333 €

¹² Donnée Santé publique France (budget accordé aux ambassadeurs régionaux)

	Montant total attribué	Moyenne annuelle
Bourgogne-Franche-Comté	488 550 €	81 425 €
PACA	482 803 €	80 467 €
Normandie	464 440 €	92 888 €
Bretagne	454 979 €	75 830 €
Centre Val de Loire	421 438 €	70 240 €
La Réunion / Mayotte	301 261 €	50 210 €
Corse*	210 000 €	42 000 €
Martinique*	188 057 €	37 611 €
Guadeloupe*	147 000 €	29 400 €
TOTAL	8 395 438 €	1 399 240 €

* Financement accordé sur 5 années (pas d'ambassadeur en 2016 pour Martinique et Guadeloupe, pas d'ambassadeur en 2017 pour Corse)

Source : Planète Publique, Cemka à partir des données SpF

L'animation du réseau des ambassadeurs par SpF repose, au-delà des contacts quotidiens, sur trois réunions avec les ambassadeurs, la DGS, les ARS et le SGMAS : une avant l'été pour tracer les grandes lignes de l'opération, une avant le lancement pour ajuster le dispositif, et une à la fin de l'opération pour en dresser un premier bilan. En plus de ces réunions, une session mensuelle est organisée entre les ambassadeurs et SpF durant la phase la plus active de l'opération (juillet / novembre).

Au niveau régional, le pilotage du déploiement de l'opération est assuré par les ARS, en lien avec les ambassadeurs et les partenaires de la politique régionale de lutte contre le tabagisme (dont représentants de l'Assurance maladie, CPAM et / ou DCGDR). Certaines régions intègrent le suivi de l'opération Mois sans tabac dans les instances de pilotage du PRLT (voir le paragraphe **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** page **Erreur ! Signet non défini.**).

En fonction des régions et des années, le type de structure assurant la fonction d'ambassadeur est variable¹³ : il peut s'agir de l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) ou assimilés¹⁴ (6 régions/16 en 2021), de la représentation régionale d'Addictions France¹⁵ (4 régions/16 en 2021) ou d'autres associations ou acteurs organisés en réseau national ou spécifiquement locaux (ex : Ligue contre le cancer, Mutualité Française, Santé Addictions Outre-Mer...). Par ailleurs, au-delà du portage juridique de la fonction et de la convention, les acteurs de certaines régions se sont organisés en consortium afin d'inciter plusieurs structures à travailler conjointement à la mobilisation et l'accompagnement des partenaires. L'appel à projets de SpF incite d'ailleurs à ce regroupement.

¹³ Liste des ambassadeurs

¹⁴ Ex : en PACA, il s'agit du Comité Régional d'Education pour la Santé

¹⁵ Anciennement ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)

Appel à projets Moi(s) sans tabac piloté par l'Assurance maladie à l'échelle départementale

Au niveau départemental, l'appel à projets lancé par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et porté par les caisses d'assurance maladie (CPAM ou CGSS), permet de soutenir des actions de proximité s'adressant directement aux publics visés (appel à projets « Moi(s) sans tabac »)¹⁶. Il peut s'agir d'actions de mise en visibilité, de sensibilisation et de recrutement des fumeurs¹⁷ accompagnées obligatoirement d'actions concrètes d'aide à l'arrêt¹⁸, sous réserve que ces actions se déploient sur les périodes concernées par le Mois sans tabac (octobre / novembre pour la sensibilisation et le recrutement, novembre pour l'accompagnement).

Ces actions doivent par ailleurs rechercher la réduction des inégalités sociales en santé et cibler les publics prioritaires dans la lutte contre le tabagisme : femmes enceintes et leur entourage ; jeunes, notamment en formation professionnelle et en insertion ; étudiants ; personnes atteintes de maladies chroniques, notamment dans le champ de la santé mentale ; personnes en situation de handicap ; publics en vulnérabilité sociale¹⁹ ; personnes placées sous-main de justice²⁰. Le cahier des charges de l'appel à projets, établi, établi au niveau national pour l'ensemble des caisses du réseau de l'Assurance maladie, précise que ces actions peuvent se dérouler dans différents types d'espaces permettant de toucher ces publics.

Le pilotage de l'appel à projets est assuré par les caisses, en lien avec la DCGDR qui coordonne et valide les instructions des dossiers, selon une organisation qui peut varier en fonction des régions : revue des dossiers par la DCGDR, comité régional des caisses ou pilotage de l'action par une caisse au nom du réseau. Selon les organisations régionales, les ARS peuvent être informées, voire impliquées, dans le processus d'instruction. L'enjeu est notamment de s'assurer qu'il n'y a pas de double financement d'un même projet.

Les projets retenus au niveau local font l'objet d'une remontée au niveau national qui permet de déterminer le financement à transmettre à la CPAM / CGSS pour le financement des projets (via une ligne de financement dédiée du FLCA). Cette dernière étape peut donner lieu à un dernier ajustement des projets et des montants accordés²¹.

2.3. Suivi et évaluation de l'opération

Le suivi et le reporting des actions mises en place dans le cadre du Mois Sans Tabac sont assurés par les ambassadeurs et trouvent leur aboutissement dans la rédaction du bilan régional de l'opération incluant l'analyse des données disponibles dans Oscars et la description des actions menées auprès des partenaires régionaux (formation, sensibilisation...)²².

¹⁶ Cahier des charges de l'Assurance maladie, notes de bilans de l'opération

¹⁷ Stands d'informations dans les structures participantes ou lors d'événements collectifs, ateliers collectifs d'information et de sensibilisation, journées d'information, forum santé...

¹⁸ Consultations individuelles d'aide au sevrage tabagique dans ou hors les murs, ateliers collectifs d'aide au sevrage tabagique et/ou des groupes d'auto-support et dans le cadre d'une de ces actions : remise de substituts nicotiniques, remise d'une prescription de traitement (par un professionnel de santé habilité)

¹⁹ Personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire, personnes en insertion, personnes en recherche d'emploi, personnes ayant un faible niveau d'études, personnes ayant un faible niveau de revenu, etc...

²⁰ Actions en milieu pénitentiaire ou dans les établissements et services de la PJJ.

²¹ Données de financement des projets

²² Bilan régionaux des ambassadeurs de 2018 à 2020

Les porteurs d'actions, financées ou non dans le cadre de l'opération, sont invités à rédiger une fiche action dans l'outil de capitalisation / reporting (Oscars). Ces fiches sont ensuite validées par les ambassadeurs. Les porteurs financés dans le cadre de l'appel à projets porté par les CPAM / CGSS sont également invités à assurer le reporting dans le cadre de l'outil.

Les entretiens ont mis en évidence un certain nombre de difficultés liées à l'outil et laissent à penser que le recensement des actions n'est pas exhaustif. Le remplissage peut en effet s'avérer fastidieux du point de vue des acteurs, expliquant une certaine réticence à l'assurer, à fortiori quand les porteurs de projet ne disposent pas de temps dédié / financé pour Mois sans tabac. De plus, la nécessité de remplir une fiche pour chaque lieu de réalisation de l'action, sans possibilité de dupliquer les informations du projet global ajoute au temps nécessaire, pour une valeur ajoutée minimale. Enfin, les fiches incomplètes ne peuvent par ailleurs pas être publiées. Les entretiens réalisés à l'autonomie 2021 ont permis de recueillir une perception a priori positive des acteurs vis-à-vis des simplifications prévues dans l'outil pour l'édition en cours, mais n'avaient pas encore pu expérimenter son utilisation.

De manière générale, les porteurs de projets réalisant une action sur fonds propres rapportent qu'ils disposent de peu de temps dédié pour l'opération et a fortiori pour assurer un reporting aussi fin. Le raisonnement est toutefois similaire pour les porteurs dont l'action est financée dans le cadre de l'appel à projets porté par les CPAM / CGSS. Les acteurs tendent à considérer que les montants sont peu incitatifs dans l'absolu, sans compter qu'ils ne couvrent pas ce type de tâches (pas de financement du temps de gestion de projet).

L'outil doit permettre de répondre à plusieurs objectifs : bilan de l'opération, saisie d'indicateurs en vue du suivi / évaluation, valorisation des interventions et capitalisation des actions menées d'un point de vue des territoires et des publics. Cependant, l'évaluation n'a pas clairement mis en évidence la manière dont ces données étaient utilisées par les acteurs pour assurer les différentes fonctions assignées à l'outil (capitalisation, suivi / évaluation). De manière très marginale, quelques acteurs ont indiqué parfois consulter l'outil pour identifier des idées d'actions à mettre en œuvre auprès de leur public ou des actions menées à proximité de leur territoire.

Enfin, l'analyse des bilans rédigés par les ambassadeurs a montré qu'ils sont de formes et de contenus variés en fonction des régions et des années et ce malgré la mise à disposition d'un cadre commun.

L'évaluation générale de l'opération est assurée chaque année par Santé publique France et permet l'adaptation du programme²³. Elle s'appuie sur deux types de démarches :

- **L'évaluation des campagnes de communication et des outils proposés, à travers des études pré et post tests quantitatifs et des études qualitatives auprès du grand public et auprès des professionnels de santé.** Elles permettent de tester l'adhésion et la perception sur les outils proposés, mais également de mesurer la visibilité (notoriété, reconnaissance des éléments médias), la perception (compréhension, légitimité...), et l'efficacité perçue (utilité et incitation liée à la campagne).

Ces travaux donnent lieu à une note de bilan adressée annuellement à la DGS, la Mildeca et la Cnam, qui intègre également les indicateurs quantitatifs portant sur le nombre d'inscrits, le recours aux différents outils par le grand public (appels téléphoniques, connexion) et par les partenaires (commandes réalisées).

- **Des évaluations d'impact sur les comportements vis-à-vis du tabac.** Cette analyse s'appuie sur les données du baromètre de la santé (volet tabac) et en particulier les questions portant sur les tentatives d'arrêt du tabac

²³ Support des comités de pilotage Mois sans tabac, synthèse des études et enquêtes relatives à l'efficacité de l'opération

(période et durée de la tentative) et le lien avec la campagne Mois sans tabac (« La tentative d'arrêt que vous avez faite au dernier trimestre 2019 était-elle liée à la campagne « Moi(s) Sans Tabac » ?). Ces évaluations ont donné lieu à plusieurs publications et articles par SpF.

A noter que le baromètre permet également de mesurer le degré de connaissance de la campagne Mois Sans Tabac auprès de la population générale et la part des fumeurs inscrits et permet donc de mesurer des impacts plus globaux auprès de la population générale.

Un bilan de l'appel à projets piloté par les caisses est également assuré par la Cnam à partir des remontées d'informations assurées par les caisses (intégrées dans OSCARS depuis 2019²⁴).

2.4. Impacts de l'opération sur les comportements

Un article de Santé publique France agréant les résultats des opérations du #MoisSansTabac de 2016 à 2019 dresse un bilan positif de l'opération quant à sa capacité à susciter des tentatives d'arrêt du tabac²⁵.

Alors que 909 000 personnes se sont inscrites pour participer au défi national depuis 2016, le nombre d'inscriptions a varié de 2016 à 2019 entre 150 000 et 250 000 personnes. On note une diminution en 2020 avec 126 568 personnes inscrites, ce que Santé publique France attribue au contexte sanitaire et à la période de confinement mise en place au mois de novembre 2020.

L'article relève une hausse constante des tentatives d'arrêt pendant et autour du Mois sans tabac, ces tentatives passant de 2 à 2,9 millions entre 2016 et 2019. De plus, le nombre de tentatives d'arrêt liées à l'opération a augmenté de 73% entre 2016 et 2019, passant de 380 000 à 520 000.

Enfin, l'article note que le nombre de tentatives liées à l'opération est globalement deux fois supérieur au nombre d'inscrits en ligne pour le Mois Sans Tabac. Santé publique France relève ainsi que l'impact de l'opération ne se résume pas au nombre de personnes inscrites en ligne mais que celle-ci a une portée plus large. Par ailleurs, l'article fait le lien entre la hausse constante du nombre de tentatives d'arrêt et l'augmentation du budget pour l'achat d'espaces publicitaires pour l'opération entre 2017 et 2018 et la refonte de la communication réalisée entre ces deux campagnes.

L'article relatif aux tentatives d'arrêt suscitées par l'opération corrobore une étude de Santé publique France réalisée à partir des résultats du baromètre de 2017 pour évaluer l'efficacité de la première édition du Mois Sans Tabac²⁶. Cette étude estime que la première édition de l'opération avait généré une hausse de 20% à 25% des tentatives d'arrêt (TA) au mois de novembre 2016 par rapport au mois de novembre 2015. Elle révèle également qu'un an après cette opération, 6 à 10% des fumeurs ayant fait une TA à l'occasion du Mois Sans Tabac n'avaient pas repris la cigarette, alors que les taux d'abstinence au-delà de 6 mois sont estimés entre 3 et 5% pour les personnes faisant une tentative sans accompagnement. L'étude de Santé publique France relève

²⁴ Jusqu'en 2018, un questionnaire adressé aux caisses permettait d'assurer la remontée d'information sur les actions financées.

²⁵ Guignard. R, Gautier. A, Andler. R, Soullier. N, Nguyen-Thanh. V, 2021, *Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois Sans Tabac (2016-2019) : résultats des baromètres Santé publique France*, Santé publique France

²⁶ 2019, *Efficacité de Mois sans tabac 2016 et suivi à 1 an des individus ayant fait une tentative d'arrêt, à partir du baromètre de Santé publique France 2017*, Santé publique France

également que le recours des participants au Mois Sans Tabac 2016 à une aide extérieure était fréquent et a concerné plus d'un participant sur deux.

Du point de vue des actions menées localement, la plateforme de recensement OSCARS permet de comptabiliser 16 608 actions menées dans l'ensemble du territoire national entre 2016 et 2020, dont près de 30% sont financées par des Caisses d'assurance maladie (régime général principalement) et 16% par des ARS. Les autres financeurs sont Santé publique France, l'Etat (Mildeca, fonds politiques de la ville), la Caf, les collectivités territoriales, ou d'autres financeurs. On compte également une part importante de projets financés sur fonds propres (21% des actions). A noter que les projets peuvent cumuler des financements de la part des différents acteurs²⁷.

²⁷ Données Oscars

3. Axe 1 – Animation, pilotage, gouvernance

QE1 : Dans quelle mesure l'animation, le pilotage et la gouvernance de Mois sans tabac, aux niveaux national, régional et local, permettent-ils d'assurer la cohérence et la complémentarité entre les différentes composantes de l'opération ?

3.1. Des modalités de gouvernance ad hoc dans chaque région

Des dénominations et compositions variables

L'analyse transversale des entretiens réalisés et des fiches-régions constituées mettent en évidence que plusieurs cas de figures sont observés dans la comitologie régionale, avec des instances aux **dénominations variables selon les acteurs et les régions**. Ces instances aux noms variables peuvent rendre difficile la comparaison des organisations et de la gouvernance, ainsi que la visibilité globale de l'organisation. On parle : de COPIL dédié avec la MSA et l'Assurance maladie, de COPIL trilatéral restreint avec groupes projets, de COTECH, de COMOP dédiés mensuels toute l'année et COPIL Tabac, COPIL Tabac Régional...

La composition de ces instances est également variable intégrant un grand nombre de partenaires pour certains (45 partenaires invités dans une région, ou « très élargis » par exemple), ou limitées aux partenaires « incontournables » ou encore pouvant être très restreintes dans d'autres régions.

Un degré variable d'intégration avec les autres instances régionales

La description des organisations de la gouvernance de MoIST montre que dans certaines régions, les acteurs ont fait le choix de **déployer une gouvernance dédiée**, tandis que dans d'autres territoires, le pilotage est inclus dans une **gouvernance plus large** (PRLT/P2RT). Dans ce deuxième cas de figure, le pilotage de MoIST peut être greffé aux instances des programmes régionaux (intégrées à l'instance de gouvernance du PRLT, P2RT, FLCA), ou donner lieu à un comité de pilotage MoIST rattaché à la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) pour articuler toutes les politiques publiques et les acteurs de la région. Les éléments recueillis ne permettent pas de se prononcer sur la pertinence et/ ou l'efficacité d'une organisation par rapport à une autre.

Des instances formelles complétées d'échanges informels ou en bilatéral

Dans tous les cas, on observe en complément de ces instances formelles, des échanges au quotidien ou réguliers, principalement dans les phases actives, sur des aspects plus technico-opérationnels entre les différents opérateurs. Les relations semblent plus distantes et moins fréquentes avec l'Assurance Maladie (en lien avec l'information sur l'appel à projets principalement). Ceci pourrait s'expliquer par l'asymétrie entre le niveau régional (ARS / Ambassadeur) et départemental / territorial (CPAM).

Dans quelques régions, une animation avec les délégations ARS à l'échelle départementale est notée (principalement dans les grandes régions et selon l'organisation de l'ambassadeur). Dans une région, on note l'intervention de Pôles de Prévention Compétents en Addictologie (PPCA) qui animent et coordonnent les acteurs de chaque territoire (pôles labellisés ARS).

Enfin, on peut également parfois observer une absence d'instance de gouvernance ad hoc mais des comités techniques internes (Ambassadeur – Référents ARS).

Dans la plupart des régions, une gouvernance concentrée en phase « active » de MoiST

Les instances se réunissent à des rythmes variés à l'initiative de l'ARS ou de l'ambassadeur en fonction de l'implication des ARS dans l'opération. On note généralement 3 réunions calées sur le planning de l'opération nationale : en début de période, pour préparer l'opération (généralement au mois de juin ou avant la période estivale, au moment de la sélection de l'ambassadeur), en début d'opération pour l'organisation immédiate (septembre ou octobre) et en fin d'opération pour le bilan (décembre ou janvier).

Une seule région a fait le choix d'**une gouvernance étalée sur l'année qui permet en outre de réunir les acteurs mensuellement.**

Dans quelques régions, des instances de pilotage très élargies

Différents acteurs et partenaires peuvent être conviés aux instances de gouvernance de l'opération MoiST ou des instances régionales. Parmi les partenaires cités, on note l'Etat, la MSA, d'autres partenaires relais, des opérateurs, le/les Rectorats, des établissements sanitaires (services d'addictologie), ou médico-sociaux (selon tissu local en matière de lutte contre les addictions).

Une gouvernance / un fonctionnement globalement satisfaisant pour les acteurs

Les entretiens mettent en évidence une organisation de la gouvernance relativement stable depuis 2016 avec des améliorations au fil de l'eau.

Une relation de confiance et une routinisation garantissent une bonne qualité d'échanges, ainsi que la fluidification et stabilisation de la place de chacun.

Toutefois, les changements de référents aux niveaux des différents opérateurs de l'ARS, de la DCGDR (voire de la caisse lorsqu'une en particulier porte l'opération/la thématique) et de l'ambassadeur peuvent fragiliser la fluidité de la gouvernance.

Par ailleurs, suite à l'analyse des entretiens réalisés, les éléments suivants ont été identifiés comme forces ou atouts pour un bon pilotage et déploiement de l'opération en région par les évaluateurs :

- Le **rayonnement départemental** des ambassadeurs et le lien avec les DT ARS :
 - Un état des lieux fait par les acteurs de terrain (référents Ambassadeur départementaux).
 - Relais départementaux de l'ambassadeur et leur lien avec les DT
- **La bonne articulation** entre les acteurs : permettant un maillage cohérent et d'éviter les doublons d'actions et de financement
- **Les liens étroits ARS-Ambassadeur**
- Le **copilotage** à 3 « voix » lorsqu'il fonctionne : ARS, Ambassadeur, Assurance maladie
- La **connaissance réciproque des acteurs** qui augmente au fil de années
- Des COMOP (ou réunions) mensuels **sur toute l'année**
- **L'engagement** des institutions comme un levier
- **Le partenariat fort et ancré** : « *MoiST oblige les services de l'Etat et de l'Assurance maladie à travailler ensemble* »
- **L'identification de référents MoiST des différents partenaires** (ARS, DTARS notamment).

Le dispositif Ambassadeur lui-même condition sine qua none d'une vraie réussite « *L'ARS n'aurait pas les moyens de porter l'opération sans ce dispositif* » Pour autant quelques difficultés ou faiblesses dans le dispositif ont été identifiées par les acteurs :

- **Les changements de référents réguliers (en particulier aux niveaux de l'ambassadeur et de l'ARS), engendrant une perte d'historique** et des difficultés de continuité.
- **Le fait que certains fonctionnements soient personne-dépendant** (un départ à la retraite pouvant par exemple entraîner une remise en question du fonctionnement de la gouvernance ou du pilotage).
- **Des problèmes de calendrier** (SpF et Assurance maladie) :
 - Le calendrier national de SpF qui a des conséquences sur le calendrier de fonctionnement des instances et de l'organisation des COPIL et sur les actions : Reconduction des ambassadeurs trop tardive (en juin) ayant des conséquences sur le reste de l'opération (en lien avec l'appel à projets notamment).
 - Le calendrier interne de l'Assurance Maladie (trop tardif).
 - Des difficultés pour remplir le dossier de l'appel à projets pour les nouveaux porteurs d'action (3 semaines): trop lourd et trop tardif, ne laissant pas le temps aux petites structures de répondre
 - Difficultés à stimuler les réponses aux appels à projets car arrivée trop tardive
- **Le problème global du / des AAP et de leur articulation :**
 - Pas de cofinancement AAP ARS et AAP Assurance maladie : « la multiplicité de AAP sur l'addiction entraîne la confusion et un problème de visibilité pour les acteurs »
 - Le cadre juridique de l'AAP Assurance maladie (ex : « Pas de financement d'une action car le psychologue n'avait pas le diplôme en tabacologie : l'action n'a pas eu lieu du tout »)
 - Les réunions de concertation pour l'analyse conjointe des AAP ne sont pas systématiques.
 - Par ailleurs, 2 ARS proposent un AAP spécifiquement sur MoIST, *via* le FIR
 - Le FLCA a démultiplié les acteurs, les porteurs, les cahiers des charges, les périmètres...
- **La coordination interne à l'Assurance maladie, entre les différents échelons :**
 - Le manque de cohérence dans les actions financées par l'Assurance maladie entre les différents départements est parfois évoqué par les acteurs (différences de règles dans l'éligibilité des actions d'une caisse à l'autre)
 - La DCGDR ne reçoit pas les résultats des AAP qui sont envoyés directement de la CNAM aux caisses. Celles-ci renvoient les résultats à la DCGDR dans un second temps
- **Une problématique « structurelle » de la gouvernance et de la place des différents opérateurs :**
 - Problème de la gouvernance décrite comme « parallèle » de SpF avec une transmission d'information de la part des ambassadeurs vers les ARS dépendante de la qualité des relations ARS-Ambassadeur
 - Manque de transmission et d'échange d'information global
 - L'Assurance maladie pas assez impliquée dans le pilotage, observée souvent comme étant un peu une « organisation » parallèle, centrée principalement sur l'AAP.
 - Difficultés liées aux contextes régionaux : 3 rectorats dans la région (démultiplication des partenaires invités aux instances de gouvernance).

- Une gouvernance limitée par **des divergences d’approches entre les différents acteurs** de culture professionnelle et de manière de voir la prévention différentes : « l’ARS soutiendrait des actions de fond, sur le long terme, l’Assurance maladie valorisant le financement d’actions plus ponctuelles, très visibles mais moins impactantes »
- **La base OSCARS toujours qualifiée de « chronophage » et non opérationnelle dans le recensement des actions :**
 - OSCARS serait à supprimer notamment pour les petits projets (moins de 1000€) ou à simplifier.
 - Embolisation du temps de l’ambassadeur par le remplissage d’OSCARS
 - Certaines actions sont réalisées sans financement et ne sont donc pas visibles
 - Des difficultés de recensement de toutes les actions non financées
- **La communication et la transmission d’information à tous les niveaux :**
 - Manque de fluidité des communications de SpF vers les ARS
 - Limite de l’information qui passe par les ambassadeurs
 - Chaîne de transmission d’information lourde : elle serait à simplifier pour diminuer les délais de réception des informations
 - Manque d’interaction lors de certaines réunions SpF, ARS, Ambassadeur. Manque de lien SpF-ARS.
 - Manque de dialogue ARS-AM.
 - Suppression du COPIL Tabac au profit d’un COPIL FLCA engendrant moins de temps d’échange sur MoiST et un manque de définition reconnu d’une stratégie commune sur MoiST.

Enfin plusieurs bonnes pratiques ou suggestions d’amélioration ont été relevées par les acteurs interrogés.

- **Association de l’ARS aux réunions de SpF – Ambassadeurs** (parfois réalisée, souvent souhaitée).
- **Articulation nécessaire, souhaitée des différentes sources de financement** : Souhait d’un rapprochement des financeurs (point de vue convergent entre ARS et les acteurs de l’Assurance maladie, dans une même région) pour simplifier les démarches et mieux coordonner le MoiST dans une politique au niveau régional.
 - Il existe un AAP ARS jugé moins contraignant par les porteurs de projets que l’AAP Assurance maladie et plus tardif (à visée de complémentarité)
 - Mettre en place un AAP commun ARS-CGSS (avec notamment un même calendrier) pour aider à la fluidification du pilotage, de la coordination, du déploiement
 - Développer un pilotage régional sur la sélection des projets financés par l’AAP AM pour une meilleure visibilité et le développement d’une coordination des financements
- **Communication / Transmission d’information :**
 - Constitution de réseaux de diffusion d’information via les antennes départementales de l’ambassadeur qui permet également la remontée des besoins de terrain
 - Information régulière via 5 newsletters par an de l’Ambassadeur à tous les acteurs et institutions
 - Une journée annuelle sur le FLCA avec tous les opérateurs avec présentation des actions financées
 - L’ambassadeur a connaissance des projets financés par le FNPEIS : cela permet le recrutement d’opérateurs pour le MoiST

- Ambassadeurs dans les locaux de l'ARS : très facilitant pour la coordination et la transmission d'information.
- **Besoin d'une plus grande formalisation de la gouvernance**
 - Besoin d'une inclusion de la gouvernance MoIST dans la gouvernance du P2RT pour trouver la légitimité dans l'écosystème d'ensemble
 - Importance d'une gouvernance annuelle (COMOP mensuels toute l'année), très satisfaisante pour tout le monde.
 - Besoin d'un référent MoIST à l'ARS et à la CGSS et de clarification du rôle de chaque partie prenante
 - Une animation territoriale en lien avec les CPAM/CGSS.
- **Relais territoriaux efficaces pour le maillage, le relais et la connaissance des besoins et des acteurs :**
 - Un référent MoIST dans chaque DT ARS.
 - Existence de PPCA (Pôles Prévention de Compétences en Addictologie) sur tous les territoires et qui coordonnent les acteurs et les accompagnent (labellisés ARS) : « *cela permet un meilleur maillage, une diffusion de l'information et la connaissance des acteurs et des territoires* ».

3.2. Les ambassadeurs, au cœur de la mise en œuvre opérationnelle de l'opération

Un rôle des ambassadeurs plutôt clair pour les acteurs

Le rôle et les missions de l'ambassadeur sont globalement clairs pour les acteurs interrogés, en particulier pour les ARS. Les ARS, les ambassadeurs et les acteurs de l'Assurance maladie citent 5 missions principales (cf. ci-dessous) par importance du temps accordé et importance perçue.

Les ambassadeurs jouent d'abord un **rôle d'animation du réseau des acteurs**. Ils relaient sur leurs sites internet, sur leurs réseaux sociaux et auprès de leurs listes de contacts, enrichies chaque année, les informations autour de l'opération, l'appel à projets de l'Assurance Maladie et les ressources de Santé publique France. Cette mission de relai d'information est principalement assurée pendant la phase active de l'opération à savoir à partir de juin. Certaines structures ambassadrices ont mis en place une *newsletter* largement distribuée, à fréquence établie. Cette animation dynamique permet à l'ambassadeur de maintenir un contact toute l'année et contribue à la fidélisation des acteurs locaux.

Les ambassadeurs proposent généralement des **formations** à destination des structures et professionnels porteurs de projets (fondamentaux de la tabacologie, repérage précoce et intervention brève et/ou à l'accompagnement du sevrage tabagique, prescription de substituts nicotiniques, animation de réunions collectives, animation de stand...). Depuis 2020, certains ambassadeurs s'appuient sur des modules de formation en e-learning et sur les outils numériques. Ces formations en distanciel permettent notamment un accès plus large et/ou garantissent un socle de compétences avant des sessions de formation en présentiel.

Un **accompagnement méthodologique** des porteurs de projet est assuré par les ambassadeurs (soutien à la conception et au portage d'actions). Cependant, l'opération étant renouvelée chaque année, ces derniers constatent une logique de gain en autonomie des opérateurs qui solliciteraient de moins en moins l'ambassadeur. Cela s'inscrit dans une logique de montée en compétence qui va dans le sens du changement

d'échelle du portage de l'opération dans les territoires. Paradoxalement, cela conduit toutefois à une plus faible visibilité des actions menées en région : les ambassadeurs ne sont pas toujours informés des actions menées si elles ne donnent pas lieu à une intervention de leur part ou à un financement par l'appel à projets CPAM / CGSS.

La mission d'**animation des actions** est globalement moins citée par les personnes interrogées, qu'il s'agisse des ARS, des acteurs de l'Assurance maladie ou des ambassadeurs. En effet, ce type d'actions est plutôt en recul depuis deux ans et les ambassadeurs ont plutôt tendance à privilégier l'accompagnement. L'ARS et l'ambassadeur d'une même région ont un point de vue convergent sur cet aspect. Le point de vue peut en revanche être différent d'une région à l'autre. Certains acteurs indiquent que le travail de plaidoyer pour mobiliser / accompagner de nouveaux acteurs nécessite des compétences spécifiques (plaidoyer), qui n'ont pas toujours été anticipées dans les dossiers de candidature des ambassadeurs. Il en va d'ailleurs de même des compétences nécessaires pour l'animation des actions sur les réseaux sociaux. Pour 2021, les ambassadeurs ont pu travailler à renforcer ces compétences, dans le contexte d'une 2^{ème} édition marquée par la crise sanitaire et le besoin de trouver des alternatives aux événements grand public et présentiel.

Enfin, l'ambassadeur assure une mission de **suivi des actions sous OSCARS** (reporting). En aval de l'opération, l'ambassadeur valide les informations des porteurs dans la base de données OSCARS après pré-validation de l'Assurance Maladie. Tous s'accordent sur le caractère chronophage de cette mission. Générant de nombreuses difficultés, le reporting est estimé peu exhaustif (manques et inexactitudes), malgré l'aide au remplissage apportée par certaines caisses d'Assurance maladie et/ou certaines structures ambassadeurs.

Au total, les entretiens menés montrent que les missions des ambassadeurs sont globalement connues et que celles-ci sont de valoriser et communiquer autour du dispositif, d'assurer la formation et la montée en compétence des acteurs, d'apporter un appui méthodologique et d'effectuer le suivi des actions sur OSCARS. Les ARS et CPAM/CGSS/DCGDR interrogées se montrent globalement satisfaites du rôle joué par l'ambassadeur.

Un rôle dans la définition de la stratégie qui laisse une place grandissante aux ARS

Dans certaines régions, l'ambassadeur semble être à **l'initiative de la définition de la stratégie régionale de déploiement de l'opération Mois sans Tabac** (4 régions). Ces 4 territoires se répartissent en 2 situations opposées : dans 2 régions, l'ARS est moins impliquée dans le pilotage des missions de l'ambassadeur et dans les deux autres régions, l'ambassadeur est également mission d'appui pour le FLCA²⁸.

En effet quelques ARS ne se positionnent pas en pilote des missions de l'ambassadeur, mais en **appui au déploiement de l'opération**. Les acteurs considèrent alors que l'ambassadeur décline Mois sans Tabac sous le pilotage de Santé publique France, en tenant compte des particularités régionales et des priorités exposées par l'ARS. Dans ce cas de figure, les ARS sont généralement demandeuses d'être mieux et plus directement informées sur les orientations de l'opération, notamment pour assurer une cohérence avec la politique régionale.

Au contraire, dans d'autres régions, les ARS s'impliquent dans le pilotage des missions de l'ambassadeur. L'ARS pilote, valide et oriente alors l'opération à l'échelle régionale. L'ambassadeur assure la coordination terrain et l'Assurance Maladie, par l'appel à projets des CPAM / CGSS, finance des actions. **Certaines ARS ont décidé de**

²⁸ On note toutefois que certaines régions dans lesquelles l'ambassadeur est également Mission d'appui ne se retrouvent pas dans un pilotage plus distant de l'ARS.

compléter le financement de Santé publique France pour l'ambassadeur ce qui leur permet de légitimer un rôle plus directif au même titre que SpF.

Dans une région, l'opération semble se mettre en place sans trop de lien ni de coordination entre les acteurs et notamment entre l'ARS et l'ambassadeur. L'ARS remet en cause le choix de l'ambassadeur, le pilotage de l'ARS est questionné par l'ambassadeur et celui de Santé publique France par l'ARS. Ces liens distendus impliquent un **pilotage non clair et non partagé de l'opération**.

Un positionnement des ambassadeurs vis-à-vis des actions qui interroge les référents Assurance maladie

Du point de vue de l'Assurance maladie, la perception sur le rôle de l'ambassadeur apparaît plus mitigée. Il a un rôle d'information vis-à-vis de l'appel à projets et transmet effectivement les informations quant à l'ouverture de l'appel à projets de l'Assurance maladie. Il appuie également les partenaires dans le remplissage de la base OSCARS (décembre à février) en lien avec l'Assurance maladie. Pour autant, les ambassadeurs restent relativement peu **proactifs pour accompagner le déploiement de l'appel à projets**. Du point de vue de plusieurs caisses, l'intégration de l'appel à projets dans la politique d'ensemble et dans l'action de l'ambassadeur serait « insuffisante ». Ce dernier n'interviendrait pas suffisamment pour mobiliser et former les acteurs pouvant répondre à l'appel à projets. Des attentes vis-à-vis de l'accompagnement des acteurs sont en ce sens identifiées dans certaines régions, au moins par le niveau régional (DCGDR), notamment pour assurer des réponses de qualité qui correspondent aux critères du cahier des charges.

De plus, certaines structures occupant le **rôle d'ambassadeur, sollicitent dans le même temps des financements en tant que porteur d'actions** Mois Sans Tabac (dépôt de projets). Ce procédé soulève la question des possibilités et des risques de doublon des financements.

De la même manière, il est arrivé qu'un ambassadeur porte juridiquement le dépôt du dossier pour la structure dans laquelle se déroule l'action. La raison évoquée par l'ambassadeur fait référence aux conditions d'éligibilité de l'appel à projets des CPAM/ CGSS qui rendraient difficile l'accès effectif aux subventions. Il semble que ce fonctionnement ne soit plus autorisé dans certains territoires, mais les pratiques apparaissent variables entre les régions.

Une stabilité du portage du rôle de l'ambassadeur facilitante

La **continuité dans la fonction d'ambassadeur** représente un atout pour construire et mobiliser le réseau d'acteurs et de partenaires autour de l'opération, pour être identifié et repéré, pour conforter les dynamiques d'une année à l'autre et pour construire une cohérence dans le temps. Aussi, cette stabilité permettrait de répondre au niveau d'exigence de la part des Agences qui soulignent l'intérêt d'une approche « cumulative » et d'enrichissement progressif, en construisant chaque année de nouveaux axes de travail.

Mais, cette capitalisation reste relativement « personne dépendante » et s'avère fragilisée en cas de changement d'interlocuteur.

Quelques suggestions d'évolution dans les missions de l'ambassadeur

Une partie des acteurs interrogés estiment qu'il conviendrait de **repenser les missions de l'ambassadeur**, en lien avec l'évolution de l'opération (gain en visibilité, routinisation des actions, « besoin d'envisager une nouvelle étape dans le déploiement », « leçons tirées de deux années de gestion de crise sanitaire »). La première piste explorée est la **fusion possible vers un ambassadeur « addictions » en cas d'évolution du rôle des missions d'appui**. Effectivement, certains ambassadeurs sont aussi mission d'appui et estiment que la combinaison de ces deux missions (ambassadeur « addictions ») permettrait d'assurer une certaine continuité dans la politique de

lutte contre les addictions. L'évolution de l'opération est telle que les besoins d'accompagnement des porteurs et acteurs de terrain semblent plus importants que les besoins de communication. L'ambassadeur se placerait alors davantage dans une posture de « facilitateur ».

Des organisations intéressantes pour toucher plus largement les territoires et les publics

Enfin, certains ambassadeurs disposent d'**antennes départementales** et investissent le pilotage des actions à cette échelle. Les référents locaux des structures ambassadeuses travaillent parfois en lien avec les délégations départementales de l'ARS pour affiner les actions en fonction des priorités locales et des besoins territoriaux identifiés. Ce fonctionnement s'avère être un **levier intéressant a priori pour adapter l'opération au plus près des territoires et son déploiement**. Globalement, l'implantation départementale de l'ambassadeur permet de bénéficier d'une connaissance fine des territoires, d'un maillage des actions et d'un pilotage opérationnel de proximité avec les délégations départementales de l'ARS. Pour autant, les entretiens d'approfondissement menés auprès des acteurs de terrain et des porteurs de projets tendent à nuancer la réalité de ce portage local de l'opération : les référents départementaux ne sont pas toujours bien identifiés par les porteurs de projets et le travail d'« aller vers » apparaît relativement limité.

Pour certaines régions, la **fonction d'ambassadeur est assurée par un consortium d'acteurs**, qui prend des formes variées en fonction des territoires. Ce fonctionnement recueille souvent l'approbation de l'ARS et de l'Assurance Maladie (il est d'ailleurs encouragé par le cahier des charges de SpF). Il permettrait de **démultiplier la force de frappe**, de faciliter le **maillage territorial** et de tirer parti des **compétences complémentaires** de chacun, tout en étant jugé bénéfique pour tous par les opérateurs. Pour éviter toute forme de concurrence et tirer partie de leur complémentarité, plusieurs opérateurs se sont organisés pour former un « collectif Ambassadeur ». Les membres de ce collectif constituent des branches/composantes diversifiées selon les publics ou les compétences (prévention, promotion de la santé, formation, aide au montage des actions), qui peuvent relayer l'information dans leurs réseaux propres et mettre en œuvre des actions mais également construire des passerelles avec d'autres actions (lieux de santé sans tabac, actions menées en milieu scolaire, relai dans les CSAPA et les CJC...). Toutefois, cette organisation implique un risque « d'éparpillement des financements » et certains acteurs se montrent alors vigilants vis-à-vis de la démultiplication des parties-prenantes.

3.3. Une place installée de l'opération, mais un travail de complémentarité à renforcer

Une opération qui a trouvé une place, relativement routinisée

A l'issue de l'édition 2021, les échanges avec les acteurs mettent en évidence que le Mois Sans Tabac a **trouvé une place dans le paysage régional** et fait l'objet d'un **déploiement relativement routinisé**.

Globalement, l'opération s'avère **plutôt satisfaisante pour les acteurs** qui l'identifient comme un moment phare de l'année autour de la prévention du tabagisme. Locomotive, elle offre des **perspectives concrètes pour mobiliser** des acteurs autour d'actions de prévention à monter (logique « événement »). Par ailleurs, l'opération semble se **consolider chaque année** de plusieurs manières :

- plus grande anticipation et réflexion sur la manière de dépasser les difficultés rencontrées ;
- capitalisation sur les réussites et les bonnes pratiques ;
- renforcement de certaines compétences qui sont apparues nécessaires ;
- développement de nouveaux axes (nouveaux territoires, nouveaux publics, nouvelles actions).

Le déploiement de l'opération apparaît **relativement stabilisé** au moment de la 6^{ème} édition. Pour autant, les échanges avec les parties prenantes ont mis en évidence un besoin de réinventer ou de remettre en question ce positionnement dans la politique d'ensemble en matière de prévention du tabagisme d'une part, et dans l'articulation entre les différentes composantes d'autre part.

Un besoin de rapprochement de l'appel à projets Assurance maladie dans la politique régionale

Alors que l'appel à projets de l'Assurance maladie constitue l'une des trois composantes de l'opération, l'évaluation montre qu'il semble ne pas s'articuler **complètement ou explicitement avec les actions menées par les autres acteurs** au titre de MoiST et plus généralement avec la politique régionale de prévention du tabagisme.

Ceci tient en premier lieu au fait que les caisses et les DCGDR rencontrées estiment n'avoir **aucune marge de manœuvre sur le cahier des charges** (source entretiens avec les caisses). Elles indiquent ne pas pouvoir adapter (ou resserrer) les orientations posées par le niveau national, en fonction de certaines priorités qui seraient définies localement (elles ne peuvent pas modifier le document). Pour autant, les entretiens n'ont pas fait émerger de **recherche d'impulsion d'une stratégie spécifique ou adaptée** aux enjeux de la région pour l'appel à projets du point de vue de l'Assurance maladie.

Ainsi, les référents des CPAM/CGSS sont **peu proactifs** pour mobiliser certains **porteurs pertinents**, pour susciter des projets auprès de certains **publics prioritaires** ou dans des **territoires spécifiques**. Certaines caisses déploient des efforts plus importants que d'autres pour mobiliser les porteurs de projets. Cependant cela n'apparaît **pas clairement connecté à une stratégie régionale** définie avec l'ARS, l'ambassadeur ou même avec les autres caisses et la DCGDR.

A l'inverse, les acteurs ont plutôt pointé la **difficulté à organiser la coordination entre les caisses** à l'échelle régionale (du point de vue de certaines DCGDR, ou de certaines caisses, source entretiens). Enfin, la validation définitive des projets par le niveau national ne contribue pas à asseoir la légitimité des acteurs locaux dans la définition d'une stratégie spécifique. Elle peut également être **source d'incompréhension** pour les caisses comme pour les partenaires lorsqu'un projet sélectionné est finalement rejeté ou se voit accorder un financement plus faible que prévu.

L'ambassadeur joue également un rôle **relativement passif** autour de l'appel à projets des caisses (voir le paragraphe 3.2 page 24). En effet, il assure principalement le relai d'information autour de l'ouverture des candidatures. Les échanges avec les caisses et l'ambassadeur ont mis en évidence que les relations entre ces acteurs sont relativement distantes et que l'ambassadeur n'est **pas suffisamment** mobilisé dans une **optique de démultiplication ou dynamisation de l'appel à projets**. L'articulation entre le travail de mobilisation des acteurs sur le territoire (ambassadeur) et le financement ouvert par l'Assurance maladie (appel à projets) n'est pas explicite et pas systématique. Les ambassadeurs mentionnent également que les critères restrictifs de l'appel à projets sont une difficulté pour mobiliser des porteurs, qui tendent à se décourager. Le rapport entre la lourdeur administrative et les montants accordés joue en défaveur de l'appel à projets.

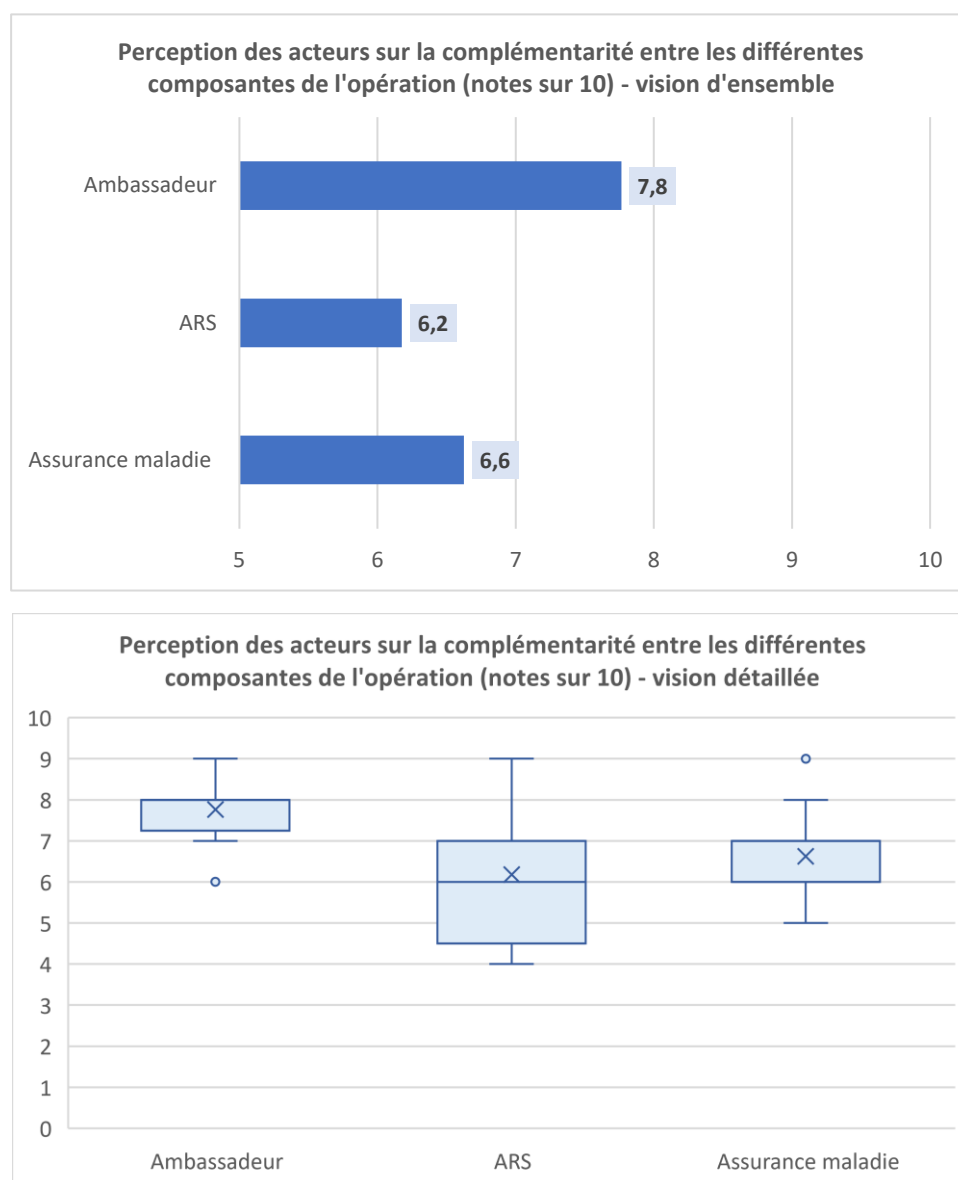
Pour autant, l'Assurance maladie **partage les informations** relatives à l'appel à projets au fil de l'eau, avec les acteurs (ARS, ambassadeur). Les ARS, les ambassadeurs et les caisses sont d'accord sur ce point et expriment toujours un point de vue convergent sur cet aspect dans les régions. Dans toutes les régions, la liste des projets sélectionnés est transmise aux partenaires pour information. Quelques régions (Centre Val de Loire, Martinique, PACA, Bretagne) font état d'une **relation plus approfondie, avec une analyse commune** des projets candidats (Assurance maladie / ARS). Cette analyse doit principalement permettre d'éviter les financements en doublon pour un même projet. Cette analyse conjointe se retrouve également dans certains territoires autour de l'appel

à projets des ARS (FLCA), qui peuvent convier les CPAM/CGSS et / ou la DCGDR aux réunions d’instruction des dossiers.

Dans quelques régions, l’articulation entre l’Assurance maladie et l’ARS se traduit par la mise en place, par l’ARS, d’un appel à projets complémentaire à celui des caisses, qui permet de financer des projets jugés intéressants mais non éligibles à l’appel à projets de l’Assurance maladie.

Quelques acteurs rencontrés (ARS et / ou caisse, les avis sont convergents sur ce point dans une même région) ont indiqué spontanément qu’un **rapprochement entre l’Assurance maladie et les ARS serait souhaitable**, pour renforcer l’articulation, la complémentarité et la cohérence entre les différentes actions (renforcement des liens). Cela est cohérent avec la notation sur la complémentarité perçue entre les différentes composantes de l’opération. En moyenne, l’item recueille une notation légèrement inférieure à 7/10, ce qui est tout juste satisfaisant. La note est par ailleurs tirée vers le haut par la perception des ambassadeurs. La position « Assurance maladie » et « ARS » est en moyenne plus en retrait.

Figure 3- Perception des acteurs sur la complémentarité entre les composantes de l'opération



Source : Planète Publique, Cemka

Les acteurs conviennent que le **besoin de rapprochement dépasse largement MoïST** et peut concerner les actions de prévention en général. Une région a mentionné qu'il pourrait être intéressant d'évoquer le MoïST dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques dédiée à la prévention. Quelques régions disposant d'un comité de pilotage large, ou d'une gouvernance MoïST intégrée dans un pilotage plus large (PRLT, FLCA, PRS...) se rapprochent de cette logique (voir paragraphe 3.1 page 20).

On note que les régions ayant mis en place une **gouvernance intégrée de MoïST obtiennent des notes légèrement plus élevées** pour ce qui concerne la **perception de complémentarité** (7/10 vs 6,7/10). La faiblesse de l'écart et les modalités de recueil de ces données invitent toutefois à la prudence dans l'interprétation de cette information. On note enfin que les régions dans lesquelles un appel à projets dédié est mis en place par l'ARS

expriment en moyenne une note plus élevée vis-à-vis de la complémentarité entre les composantes de l'opération (7,5/10 vs 6,6/10).

Une place de l'opération dans la politique d'ensemble de prévention du tabagisme à conforter, voire à réinventer

Au moment de l'évaluation, l'installation en routine de Mois sans tabac, conduit également les acteurs à identifier le **besoin de donner un second souffle** à l'opération et envisager une nouvelle étape de son déploiement.

Ceci passe en premier lieu par le **besoin d'aller plus fortement viser et toucher certains publics** plus difficiles à mobiliser dans l'arrêt du tabac. Cette orientation a été plus fortement portée à l'occasion des dernières éditions (2021 en particulier, avec un ciblage plus marqué sur les publics en situation de précarité) et rencontre l'adhésion des acteurs. Ces derniers indiquent ainsi que le déploiement « tout public » est aujourd'hui bien installé (cf. supra), mais qu'il ne permet pas de réellement mobiliser les publics les plus fragiles ou vulnérables. Cela tient au fait que ces publics sont plus difficiles à rejoindre d'une part et / ou que leurs habitudes vis-à-vis du tabagisme sont les plus difficiles à modifier. Les acteurs indiquent dès lors avoir le sentiment d'être arrivés « **au bout de la logique** » des actions « **grand public** » et « **évènementielles** » (fan zone / villages / réseaux sociaux). Si ces démarches restent intéressantes, elles sont considérées aujourd'hui comme insuffisantes et les acteurs identifient un besoin de travailler de nouveaux leviers pour que l'opération puisse changer d'échelle à trois niveaux (le point de vue n'est pas différencié par catégorie d'acteurs et peut être exprimé par des ARS, des acteurs de l'Assurance maladie comme par des ambassadeurs) :

- aller vers de nouveaux publics plus difficiles à rejoindre ;
- investir des territoires plus excentrés ou moins bien maillés par l'offre de santé / de prévention ;
- réinventer les leviers d'intervention pour s'appuyer plus fortement sur des actions probantes et produire des effets plus marqués sur les comportements.

In fine, ces orientations pour une nouvelle étape du déploiement de MoiST, s'inscrivent dans une **volonté de travailler plus fortement sur un ciblage plus fin des publics avec une action plus spécifique pour ces catégories** (ce qui revient à renforcer la logique d'universalisme proportionné, même si cela n'a pas été mentionné explicitement en entretien), qui implique la mise en œuvre d'actions de prévention auprès de l'ensemble de la population, tout en proposant des modalités ou une intensité variable selon les besoins.

Des pistes d'actions sont identifiées pour mieux travailler le ciblage au sein de MoiST. Toutefois, l'opération est, par nature, limitée pour travailler cette nouvelle approche. En effet, si la logique « d'aller vers » doit être renforcée, elle trouve sa limite dans la durée de l'opération qui ne permet pas de proposer l'accompagnement adapté pour ces publics qui requièrent une **inscription dans la durée**. Or, l'appel à projets dédié par les CPAM CGSS ne couvre ni la construction des actions, ni leur inscription dans la durée.

Du point de vue des acteurs, un travail reste à faire pour **construire les outils de l'opération** qui permettraient réellement la mise en place de l'opération auprès des publics les plus éloignés.

Enfin, l'opération concentrée sur une durée courte implique une concentration des efforts d'information et d'accompagnement à l'arrêt sur le mois de novembre, et génère donc une certaine **tension sur les ressources en capacité d'offrir cet accompagnement**. Cela implique une limite de fait sur le nombre de personnes qui peuvent être accompagnées et une difficulté à déployer des efforts importants sur les publics les plus difficiles à rejoindre.

Ces limites évoquées par les acteurs apparaissent **liées à la nature même de l'opération**. Elles mettent en évidence que le rôle de MoiST au sein de la politique régionale vis-à-vis de la sortie du tabagisme est

insuffisamment pensé ou construit à l'issue de la 6^{ème} édition. En effet, au regard des entretiens, les acteurs ne mobilisent pas clairement ou explicitement les autres financements disponibles (appels à projets FLCA, politique « addiction » du PRS, autres actions du PRLT, CPOM avec les opérateurs...) pour construire cette continuité autour de MoIST. Au contraire, les actions financées dans le cadre de l'appel à projets FLCA tendent plutôt à organiser une distinction nette avec les financements attribués dans le cadre du MoIST (évitements des doublons avec les financements Assurance maladie).

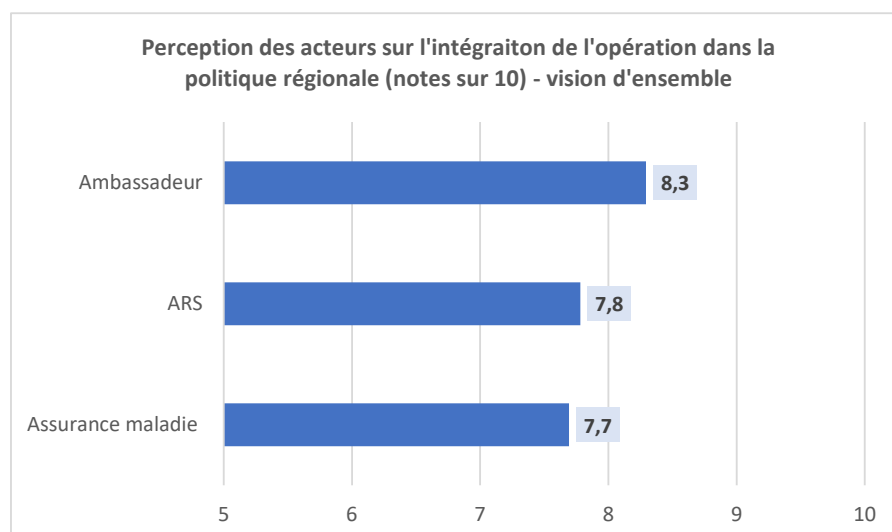
On note que certaines régions ont **lissé le travail de l'ambassadeur sur l'année complète** pour le volet « mobilisation » (voir paragraphe 3.2 page 24). Ce n'est **pas le cas pour le volet « accompagnement »** des publics. Les financements issus de l'appel à projets des CPAM / CGSS ne permettent d'ailleurs pas de proposer des actions d'accompagnement à l'arrêt après le mois de novembre.

Au total, les acteurs ont une vision plutôt positive du **potentiel de MoIST pour intégrer une stratégie** d'ensemble en matière de prévention du tabagisme (7,9/10). Ce potentiel reste cependant pour partie à exploiter, notamment à travers une nouvelle étape pour Mois Sans Tabac.

Ceci doit être par ailleurs mis en relation avec la place grandissante que prennent les ARS dans le pilotage de l'action des ambassadeurs (voir paragraphe 3.1 page 20).

On note enfin que le fait de disposer d'une gouvernance « Mois Sans Tabac » intégrée à une gouvernance plus large (PRLT, parcours addiction, PRS, CCCP) ne modifie pas la note moyenne attribuée à la perception de l'intégration de l'opération dans la politique régionale (8/10 vs 7,9/10²⁹).

Figure 4- Perception des acteurs sur l'intégration de l'opération dans la politique régionale de prévention du tabagisme



Source : Planète Publique, Cemka

²⁹ La différence entre les deux notes moyennes, bien que très légèrement supérieure pour les régions disposant d'une gouvernance intégrée (8/10) n'est pas suffisante pour constituer un élément probant sur ce point.

3.4. Une articulation satisfaisante entre les échelles de l'opération, mais qui pourrait être clarifiée

Une articulation globalement satisfaisante... pour les territoires de l'hexagone

Les acteurs interrogés sont **globalement satisfaits et jugent cohérente l'articulation** entre les actions menées au niveau national par SpF et les actions menées au niveau régional par les ARS, ambassadeurs et les CPAM / CGSS / DCGDR. Ils indiquent ainsi que les actions développées au niveau national sont à la fois très **généralistes et très larges**. Il n'existe dès lors **pas de difficulté de compatibilité** avec les actions menées au niveau régional qui permettent de décliner l'opération plus finement, en fonction des publics et des territoires, et au regard des priorités régionales. Les acteurs régionaux mentionnent en particulier que les orientations posées au niveau national sont suffisamment larges pour que chaque région puisse resserrer son action sur des priorités plus spécifiques le cas échéant.

Cette perception exprimée par les acteurs de l'hexagone est toutefois **remise en question par les acteurs ultra-marins**, qui indiquent rencontrer des **difficultés pour déployer** l'opération. Le déploiement de MoiST en Outre-mer est confronté à un problème de pertinence, à plusieurs niveaux. Selon les professionnels, les messages, tant dans leur forme que sur le fond, sont peu adaptés aux publics et aux pratiques (prévalence du tabagisme plus faible dans les territoires, mais problématique liée à d'autres produits fumés par exemple, traductions).

Les professionnels interrogés indiquent en outre que le calendrier du mois de novembre n'est pas toujours bien adapté (ils évoquent d'autres calendriers locaux qui auraient plus de sens, comme le mois du carnaval, ou le mois du ramadan). De manière plus pragmatique encore, pour la zone Antilles-Guyane, les horaires d'ouverture de la plateforme Tabac-info-service ne sont pas adaptés au décalage horaire. Enfin, le recours à l'inscription sur l'application ne correspond pas aux pratiques des publics, peu « connectés ».

Une place questionnée par les ARS sur leur rôle dans la déclinaison de l'opération

Au sein de cette satisfaction d'ensemble, les ARS interrogent régulièrement la **répartition des rôles et la marge de manœuvre des ARS vis-à-vis de SpF** concernant les ambassadeurs (voir en ce sens le paragraphe 3.2 page 24). Certaines ARS sont en demande d'être plus officiellement en charge du pilotage de l'action des ambassadeurs. Elles mentionnent d'ailleurs que les actions menées par l'ambassadeur peuvent doubler les actions prévues dans le cadre du PRLT (formation des acteurs en particulier).

Les ARS apprécient particulièrement d'être **associées aux réunions entre SpF et les ambassadeurs**, depuis 2020. Cela permet d'assurer une circulation d'information plus fluide sur les orientations et les outils de l'opération. Plus généralement, les ARS sont demandeuses d'une information plus directe et régulière de la part de Santé publique France³⁰. Au-delà des enjeux de calendrier, les ARS indiquent que certaines consignes passées aux ambassadeurs sur les messages à transmettre mériteraient de « transiter » par leurs services de manière à assurer la cohérence des messages autour de la prévention des addictions.

Le positionnement des ARS par rapport à Santé publique France résulte d'un arbitrage effectué en 2016 dans le contexte du lancement de Mois sans tabac. L'enjeu était alors de ne pas imposer la mise en œuvre par les ARS d'une opération nationale : leur implication devait être volontaire. Le déploiement de l'opération apparaît

³⁰ Santé publique France n'est pas autorisé à communiquer directement avec les référents des ARS.

suffisamment mature en 2021 pour que les ARS s'en saisissent plus directement au service d'une politique régionale en matière de prévention du tabagisme. Certaines ont d'ailleurs fait le choix de cofinancer l'ambassadeur, ce qui leur permet de clarifier / légitimer leur rôle de pilote aux côtés de SpF et d'asseoir un rôle de chef de file en la matière.

Des difficultés de calendrier marquant un déficit d'anticipation autour de l'opération

Par ailleurs, les acteurs mentionnent également une **difficulté dans la gestion du calendrier** de l'opération, perçue comme tardive et ne permettant pas totalement d'anticiper les différentes échéances. Cette perception est toutefois probablement marquée par les contraintes des éditions 2020 et 2021, dont la tenue a été pour le moins perturbée par le contexte de pandémie.

Le calendrier de l'opération détaillé par les acteurs interrogés met en évidence que le lancement de l'opération démarre généralement à l'été (juin), mais qu'il ne permet pas d'anticiper le déploiement des **formations**, qui sont de fait **concentrées en septembre et octobre**. Dans ces conditions, le nombre de sessions est nécessairement limité (le déploiement de webinaires et de formation en distanciel a toutefois pu permettre d'accroître le nombre de personnes touchées).

Par ailleurs, les acteurs indiquent que la **définition de cibles spécifiques est également tardive**, ce qui rend difficile la construction d'actions pour de nouveaux publics : nécessité d'identifier les bons partenaires pour toucher les publics, de construire une action pertinente, de travailler le projet... pour une mise en œuvre en novembre.

Cette difficulté autour du calendrier tend toutefois à démontrer que les ARS et les ambassadeurs ne se **saisissent pas tout à fait pleinement de l'opération** avant de disposer des orientations nationales, alors même qu'elles sont **relativement stables d'une année à l'autre**. Certains acteurs indiquent par exemple avoir le sentiment que l'opération pourrait s'arrêter d'une année à l'autre. Il convient de noter que cette impression est probablement liée aux perturbations liées aux deux dernières éditions, durant lesquelles la tenue de l'opération a effectivement pu être questionnée. La **mobilisation des ambassadeurs pour 2 ans** constitue à l'inverse un facteur facilitant pour anticiper le déploiement de l'opération et l'inscrire dans la durée³¹.

Des pistes de travail pour maximiser l'articulation entre le niveau national et régional

Enfin, sur un plan plus opérationnel, quelques pistes d'ajustements ont été évoquées par les acteurs pour fluidifier les relations entre les actions menées au niveau national (SpF) et régional (ambassadeur). Les acteurs indiquent qu'il serait pertinent que les ambassadeurs puissent **accéder à la liste des parties prenantes ayant effectué des commandes d'outils**, afin de mieux les intégrer dans les actions régionales (lettre d'information, mais aussi reporting, voire accompagnement). Plus généralement, le **travail de mobilisation des acteurs nationaux par SpF est relativement invisible** pour les acteurs régionaux et n'est pas intégré dans le pilotage local de l'opération (exception faite de l'Île-de-France).

Par ailleurs, quelques ambassadeurs se sont interrogés sur la **plus-value de l'animation des réseaux sociaux de manière spécifique à chaque région**. S'ils reconnaissent l'intérêt d'une approche spécifique pour les professionnels, les acteurs indiquent que le groupe Facebook, le fil Instagram ou le compte TikTok pourraient tout à fait être pilotés à l'échelle nationale, au regard de sa dimension « communicationnelle » et grand public.

³¹ Au regard des entretiens, il semble que les acteurs rencontrés ne se souviennent plus clairement de cette procédure biannuelle, mise en place avant la crise sanitaire.

Ceci permettrait d'éviter une démultiplication des groupes et de rationaliser le temps passé sur la communication en la matière.

3.5. En conclusion, vis-à-vis de la cohérence de l'opération, son animation, sa gouvernance et son pilotage

A la lumière des résultats et constats évaluatifs dressés pour l'axe 1, le tableau ci-après propose une synthèse des forces et des points de vigilance. Des bonnes pratiques sont également identifiées et permettent d'orienter les recommandations générales formalisées en fin de document.

Points forts et réussites	Limites, points de vigilance et d'amélioration
Gouvernance	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une adaptabilité des modalités de gouvernance permettant une bonne appropriation de l'opération via une adaptation aux spécificités régionales ▪ Des échanges réguliers ARS-Ambassadeurs ▪ Association relativement élargie des différents partenaires ▪ Des relais départementaux (via les DT ARS ou les antennes des ambassadeurs) qui permettent une meilleure connaissance des territoires, des besoins, des ressources disponibles ▪ Un fonctionnement globalement satisfaisant à travers notamment des relations de confiance qui s'installent ▪ L'identification d'un référent MoiST pour tous les partenaires permet une optimisation des échanges 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une lisibilité globale compliquée de la gouvernance (appellations différentes des instances, intégrations variables dans les instances politiques régionales...) ▪ Echanges moindres avec l'Assurance maladie par rapport aux échanges avec l'ARS ▪ Les changements de référents freinent le fonctionnement de la gouvernance ou de l'opération ▪ Des problèmes de calendrier sont notés et peuvent freiner le déploiement, ainsi que l'articulation des appels à projets ▪ L'outil OSCARS est globalement qualifié de très chronophage (et peut décourager certains partenaires). ▪ Les délais de transmissions d'information notamment de SpF vers les ARS sont regrettés.
Ambassadeurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un rôle plutôt clair pour les acteurs, avec des missions connues ▪ Le cofinancement de l'ambassadeur par l'ARS renforce les liens ARS-Ambassadeur et la place de l'ARS dans le pilotage. ▪ La stabilité du portage du rôle d'ambassadeur est un gage de confiance, de montée en compétences, de connaissances des acteurs locaux... Cela permet une certaine capitalisation. ▪ Les relais départementaux (antennes) de l'ambassadeur sont des atouts dans l'adaptation de l'opération aux besoins des territoires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'implication différente des ambassadeurs dans la stratégie régionale du déploiement de l'opération (lié au positionnement par rapport à l'ARS) ▪ Les changements de personnes, de référents engendrent des pertes d'historiques. ▪ La réalité du pilotage en proximité par les antennes départementales de l'ambassadeur de la mise en œuvre de l'opération est à nuancer
Articulation entre les composantes	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une opération routinisée, qui a trouvé sa place (« Moment phare ») ▪ Une logique de consolidation chaque année, pour optimiser le déploiement et le fonctionnement ▪ Une articulation nationale / régionale globalement cohérente sur le fond ▪ Un cadrage national large (publics prioritaires) qui permet des ciblage locaux en fonction des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des ARS investies, qui souhaitent que leur rôle soit clarifié, voire officialisé dans le pilotage de l'opération ▪ Un positionnement de l'Assurance maladie qui mérite d'être réaffirmé dans la politique d'ensemble ▪ Des espaces de concertation qui pourraient être plus fortement investis (commission de coordination des politiques publiques, comité de pilotage PRLT...) ▪ Des acteurs locaux demandeurs de marges de manœuvre plus importantes pour déployer localement ▪ Une opération grand public et sur un temps court qui s'adapte mal aux publics les plus vulnérables ▪ Un besoin de continuité avec des actions inscrites dans le temps long identifié par les acteurs mais non intégré dans les pratiques à ce stade

Points forts et réussites	Limites, points de vigilance et d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelques territoires une déclinaison départementale de l'opération qui constitue une opportunité pour une gestion de proximité adaptée au plus près des besoins (en particulier grandes régions) ▪ Dans quelques territoires, un appui sur les CLS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une déclinaison territoriale qui nécessite un effort plus fourni pour toucher les territoires moins bien dotés en offre de soins / de prévention. ▪ Une seule région ayant explicitement posé une réflexion de priorisation territoriale

Bonnes pratiques identifiées

Volets	Bonnes pratiques
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institutionnalisation des réunions de suivi de l'opération à travers une rencontre mensuelle lissée sur l'année ▪ Instance de pilotage associant largement les partenaires ▪ Rapprochement du pilotage de MoiST dans des instances existantes sur la politique « tabac » (PRLT / FLCA) ou prévention (CCPP) ▪ Copilotage opérationnel « à trois » (ARS, Assurance maladie, Ambassadeur) ▪ Systématisation de la diffusion d'information entre les différents opérateurs (via des newsletters, des journées annuelles, la mise en commun d'annuaires...) ▪ Recours à des relais territoriaux, sous réserve de faire réellement vivre ce pilotage local
Ambassadeur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonctionnement en consortium/collectif (avec branches spécifiques par public, ou compétences (prévention, formation, accompagnement...), en lien avec l'activité dans la région (et / ou sa taille, population...)) ▪ Appui sur des antennes territoriales pour s'appuyer sur une connaissance fine des besoins, et des acteurs présents dans les territoires ▪ Lissage du travail de l'ambassadeur sur l'année pour la mobilisation des acteurs
Articulation entre les opérateurs et les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association des ARS aux réunions SpF-Ambassadeurs ▪ Communication : transmission de la liste des actions/porteurs financés par les appels à projets aux différents partenaires et des acteurs ayant commandé des outils sur le site SpF. ▪ Analyse commune des projets candidats aux appels à projets (CPAM/ CGSS / FLCA)

4. Axe 2 – Mobilisation, dynamique et appropriation

QE2 : Dans quelle mesure l'opération Mois sans tabac permet-elle d'initier des dynamiques aux niveaux national, régional et local, d'impliquer les acteurs et de favoriser l'adhésion / appropriation autour des enjeux ?

4.1. Une mobilisation globalement satisfaisante, mais inégale et relativement dispersée

Des dynamiques initiées dans les régions et des premiers paliers atteints

L'ensemble des acteurs interrogés s'accordent sur le fait que la **mobilisation des professionnels de santé est bien engagée et satisfaisante**. De manière générale, les acteurs, sans lien avec leur fonction, estiment que l'implication et la participation des URPS constituent un levier à la mobilisation des PS, mais que les unions sont toutefois inégalement impliquées selon les professions et les territoires. Il resterait **difficile de mobiliser les nouveaux prescripteurs de substituts nicotiniques** tels que les masseurs kinésithérapeutes, les sage-femmes, les chirurgiens-dentistes et les médecins du travail. Il arrive également que certains professionnels de santé enclins à se mobiliser, ne se sentent pas toujours outillés et formés pour intervenir sur la thématique tabac.

Au contraire, la **mobilisation des infirmiers Asalée, des infirmiers scolaires, des CSAPA et des établissements hospitaliers** serait très bonne pour quelques régions. De la même manière, la mobilisation et le dynamisme des **acteurs et relais de proximité** (contrats locaux de santé, maisons de santé pluriprofessionnelle, communautés professionnelles territoriales de santé, ...) apparaissent très satisfaisants dans certains territoires et constituent un levier de mise en œuvre dans le sens où ils permettent, notamment, d'identifier les besoins de ces derniers. Des **coordinateurs de maisons de santé pluriprofessionnelles et des IDE Asalée** s'imposent parfois comme des relais pertinents pour mobiliser les professionnels d'une maison de santé autour de l'opération par exemple.

Si les **professionnels de terrain ne s'appuient pas toujours sur l'appel à projets pour mener des actions**, c'est le caractère contraignant et chronophage de son remplissage ainsi que le *reporting* qui sont décriés par les porteurs de projets. Certains professionnels de santé évoquent même ressentir une défiance de la part de l'Assurance maladie à leur égard en raison de la quantité de documents à remplir et de justificatifs à produire. Il apparaît finalement que de nombreux professionnels de santé prennent sur leur temps personnel et leurs fonds propres pour mener des actions, sans être nécessairement accompagnés par l'ambassadeur ni bénéficier d'un co-financement de l'Assurance maladie. Dans ce contexte, des professionnels peuvent préférer un conventionnement avec l'ARS leur permettant de travailler sur la thématique tabac tout au long de l'année.

Des difficultés récurrentes pour toucher certains publics

La mobilisation des **relais auprès des publics ciblés est jugée globalement faible et relativement difficile** pour certains volets, selon les personnes interrogées (institutionnels et ambassadeurs).

Les **entreprises apparaissent inégalement mobilisées** selon les territoires puisqu'une mobilisation plus forte est avérée en zone urbaine centrale. L'un des freins existants concerne la légitimité des entreprises à s'inscrire dans le cadre de l'opération (certains employeurs questionnent leur légitimité à porter un projet de sevrage tabagique auprès des salariés). L'implication des entreprises apparaît souvent dépendante d'une personne motrice et d'une direction demandeuse. Un coût d'entrée important pour la première année de mise en œuvre d'actions est d'ailleurs rapporté mais l'implication d'une année sur l'autre serait ensuite plus simple.

Globalement, les professionnels de la santé au travail seraient de plus en plus mobilisés sur l'ensemble des territoires pour relayer l'opération et distribuer le matériel. Les **services de santé au travail** sont, dans ce cas, identifiés comme un **levier à la mobilisation des entreprises** même si un ralentissement de la mobilisation du monde du travail est constaté. Les acteurs interrogés indiquent que la tendance favorable d'implication des entreprises, a été cassée en 2020 et n'est pas encore totalement rétablie. Un besoin de réinventer les leviers de mobilisation de ces dernières leur apparaît alors essentiel.

L'enjeu de travailler à la **mobilisation des publics placés sous-main de justice** (PPSMJ) est globalement partagé (par les acteurs interrogés, priorité nationale du FLCA et axe de la stratégie / feuille de route santé des PPSMJ). Dans ce contexte, l'administration pénitentiaire affiche une volonté de continuer à s'engager sur la prévention du tabagisme dont MoïST n'est qu'un volet. En effet, l'administration pénitentiaire affiche un objectif de 100% d'établissements engagés dans l'opération (objectif non atteint à ce stade, variable en fonction des années, entre 1/3 et 1/2 établissements environ). Du point de vue des ambassadeurs et des acteurs de prévention, la difficulté à toucher le milieu carcéral et les PPSMJ a régulièrement été mentionnée. Plus généralement, les ambassadeurs indiquent qu'il est difficile d'établir des liens avec les établissements pénitentiaires et posent un certain nombre de questions sur le type d'actions à mener et l'adaptabilité des outils Mois sans Tabac. Pour y répondre, l'administration pénitentiaire a déployé un guide sur la manière de déployer MoïST dans les établissements, en lien avec SpF, la DGS et la Mildeca, mis à jour chaque année en fonction des retours d'expérience de l'édition précédente.

Ce **décalage des perceptions** entre une Administration pénitentiaire se disant très engagée et des ambassadeurs soulignant leur difficulté à atteindre les interlocuteurs du milieu carcéral témoigne d'une **difficulté à créer les liens au niveau local pour croiser, renforcer et relayer l'impulsion donnée par le niveau national**.

Bien que les **publics en situation de grande précarité** constituent une des cibles prioritaires de l'action, ils restent **relativement difficiles à toucher et ce malgré l'existence de partenaires engagés** (bonne mobilisation relevée sur certains territoires des foyers d'accueil, des centres sociaux ou des centres d'hébergement en 2021). Ces publics sont souvent plus difficiles à toucher et à accompagner de **manière pérenne** du fait de leur situation. La problématique du tabac est rarement identifiée comme telle par ces publics pour lesquels la santé en général n'est pas une priorité. Les outils ne semblent **pas toujours adaptés** aux publics précaires, notamment étrangers ou illettrés, pour qui des supports imagés sont nécessaires. Aussi, les structures relais n'ont pas forcément le temps ou les moyens de créer ou d'adapter de tels supports.

Dès lors que les actions s'inscrivent dans le cadre d'un suivi de santé personnalisé ou, *a minima*, qu'elles suivent une logique d'aller-vers, l'opération parviendrait davantage à toucher ces publics. Les personnes suivies par des structures de réinsertion apparaissent plus réceptives lorsque les encadrants participent également au sevrage tabagique, créant alors une émulation de groupe autour de la diminution de la consommation de tabac. Elles semblent également plus en confiance lorsque les intervenants extérieurs sont identifiés et ne changent pas d'une action sur l'autre, ce qui permet de personnaliser le lien. Globalement, **l'opération MoïST apparaît trop ponctuelle pour susciter une réelle volonté d'arrêt chez les publics précaires**. Une des nécessités est de construire un accompagnement dans la durée mais le format de l'opération et les financements ne le permettent pas.

En outre, l'appel à projets MoïST est jugé contraignant par les relais pour les publics fragiles ce qui rendrait difficile le financement d'actions auprès des publics précaires (temps de construction de l'action avec les relais dans les structures non financées, pas de possibilité d'intervenir dans la durée, type d'actions possibles parfois contraintes à la distribution de TSN et jugée non adaptée pour ces publics par certaines des personnes interrogées). Les structures relais n'identifient pas nécessairement l'appel à projets et financent les actions sur fonds propres ou sont accompagnés par un partenaire dont l'action est financée par ailleurs. Ces structures relais auprès des publics cibles peuvent alors avoir conclu des partenariats avec des acteurs œuvrant sur la thématique des addictions (associations, centres de soins) en dehors du MoïST. Dans ce cadre, ils mettent en

œuvre des actions MoiST accompagnées par leurs partenaires et ne nécessitent que peu ou pas d'accompagnement de la part de l'ambassadeur (les partenaires de ces relais devenant de facto des substituts de l'ambassadeur).

Selon les régions, une réflexion est engagée et vise à orienter les actions vers les publics en situation de précarité dans une approche globale visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Toutefois, les inégalités territoriales sont très dépendantes de la démographie médicale et du portage local.

Enfin, les jeunes en milieu scolaire, notamment en filière professionnelle ou agricole, sont très exposés au risque de tabagisme. Les infirmiers scolaires débordés et **peu soutenus par le Rectorat**, ne parviennent pas à mettre en œuvre des actions lorsqu'ils ne disposent pas du soutien de la direction de l'établissement. Les équipes déplorent le **manque de mise en réseau des initiatives** entre établissements et l'inexistence de temps d'échanges entre professionnels. L'investissement pour les publics scolaires est jugé faible ou inexistant dans le MoiST et est imputé à la **place réduite de la promotion de la santé en milieu scolaire**.

Souvent, une approche un peu dispersée pour mobiliser

Les acteurs interrogés (Ambassadeurs, Assurance maladie) ne font pas toujours état de stratégie visible ou systématique quant à la mobilisation des **têtes de réseaux** ou des corps intermédiaires. Il s'agit finalement d'une mobilisation « au cas par cas », qui ne facilite pas l'appui sur des relais et donc la démultiplication.

Pour autant quelques exceptions intéressantes et notables, mais non généralisées permettent de mobiliser des relais auprès des publics ciblés. Dans certains territoires, l'opération Mois Sans Tabac est inclus dans les contrats locaux de santé ce qui constitue un levier de mobilisation des collectivités (appui sur les coordonnateurs qui exercent le rôle de relais territoriaux). De la même manière, la mobilisation des associations gestionnaires favorise celle des CSAPA et l'appui sur les CPTS permet de toucher les professionnels de santé libéraux.

Par ailleurs, certaines opportunités ne sont pas toujours exploitées : la fédération régionale (ou départementale) des centres sociaux, l'association régionale des MSP, les URPS (en dehors du rôle de relais d'information), les délégués de l'Assurance maladie, ...

Parfois, les acteurs ont choisi de définir des priorités chaque année, en termes de publics et/ou de territoires, et consolident progressivement la dynamique régionale. Ils soulignent **l'intérêt d'une approche « cumulative », en construisant chaque année de nouveaux axes de travail**. La continuité dans la fonction d'ambassadeur est, par ailleurs, facilitante pour cela (voir paragraphe 3.2 page 24).

Une visibilité incomplète sur les actions menées en région, y compris pour l'ambassadeur

De manière générale, les acteurs interrogés disposent d'une **visibilité partielle des actions** déployées sur leur territoire. Plusieurs facteurs expliquent cela :

- De nombreuses actions sont menées par les acteurs du territoire, sans que cela ne soit nécessairement visible. Un certain nombre d'acteurs sont autonomes dans le montage de leur action (pas d'accompagnement ni de formation) et ne la reportent pas nécessairement dans OSCARS quand elle est financée sur fonds propres.
- Santé publique France n'informe pas systématiquement l'ambassadeur des acteurs ayant effectué des commandes d'outils Mois Sans Tabac.
- Les acteurs régionaux n'ont pas de visibilité sur les actions nationales déclinées en région (ex : actions menées par l'Administration pénitentiaire ou via des partenariats constitués au niveau national avec les entreprises par exemple, commandes d'outils passées auprès de Santé publique France).

4.2. Une dynamique régionale en essoufflement

Au global, une satisfaction plus mitigée des institutionnels sur la dynamique régionale autour du MoiST que celle des ambassadeurs

In fine, le **nombre d'actions déployées est en baisse** depuis 2018 : 3 711 actions en 2017, 4 551 actions en 2018, 3 847 actions en 2019, 2 220 actions en 2020 et 3 038 actions en 2021³².

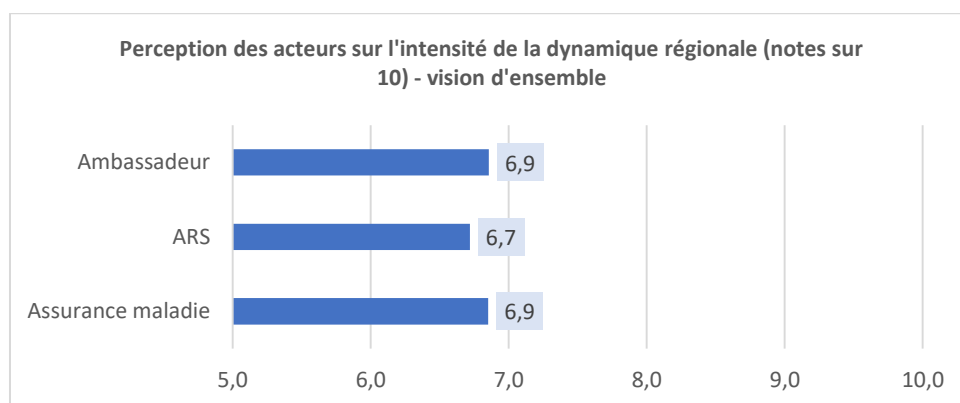
Bien que la période de crise sanitaire ait engendré une perte de dynamique de l'opération, les acteurs (notamment institutionnels) soulignent un **essoufflement global du dispositif** (pré-COVID, depuis 2018) : un nombre de projets et de porteurs relativement limité et en recul depuis 2018 et une mise en application du travail de formation et de mobilisation qui ne semble pas s'incarner massivement dans des actions concrètes auprès des publics.

Face à l'essoufflement de la dynamique de fond du Mois Sans Tabac et la difficulté à toucher de nouveaux participants, une partie des acteurs partagent **l'idée d'un besoin de renouvellement** : réinventer les actions (au-delà du stand) pour développer des actions plus directement opérationnelles. L'organisation d'actions qui favorisent les démarches « d'aller-vers » ou l'utilisation d'outils numériques (réseaux sociaux, visioconférence...) sont, par exemple, jugées comme étant plus efficaces pour toucher les publics prioritaires et en particulier les jeunes, les publics fragiles socialement et les publics qui résident dans des territoires isolés.

Ce sentiment d'essoufflement de l'opération est cohérent avec la notation sur l'intensité de la dynamique régionale. En moyenne, l'item recueille une notation légèrement inférieure à 7/10, ce qui est tout juste satisfaisant.

Figure 5. Perception des acteurs sur l'intensité de la dynamique régionale (notes sur 10) – vision d'ensemble

³² Source : <https://www.oscarsante.org/moisanstabac/national>

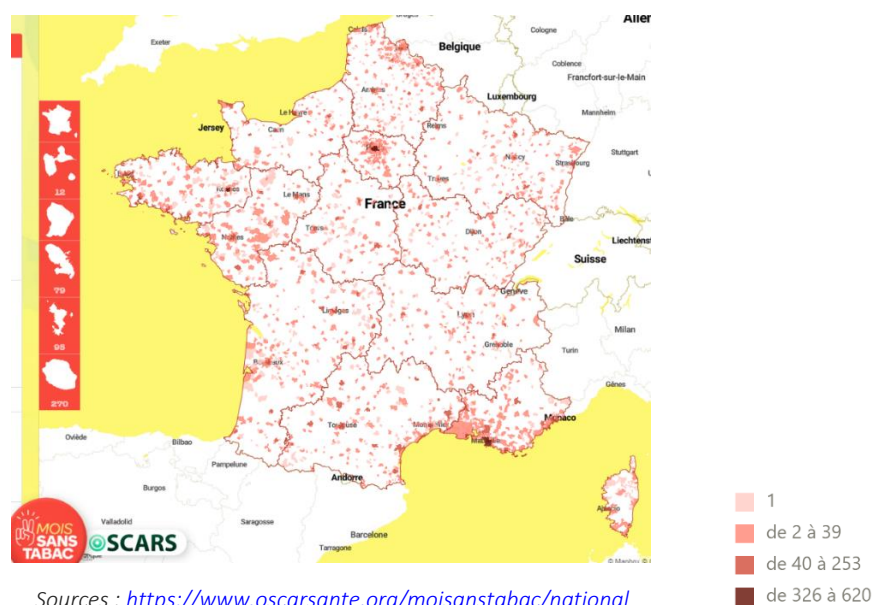


Source : Planète Publique, Cemka

Des acteurs qui déplorent des vides dans l'action mise en œuvre

Par ailleurs, les acteurs interrogés indiquent que l'opération tend surtout à **toucher les zones urbaines et périurbaines**, et en particulier Paris (très couvert), **au détriment des territoires ruraux** ou dans lesquels les opérateurs ne sont pas directement implantés. Certains territoires sont alors plus difficiles à toucher (ruraux, excentrés), tandis que les actions sont souvent plus nombreuses à Paris (cf. cartographie ci-après). Il s'agit également de **territoires moins dotés** dans lesquels les acteurs de terrain, les relais, les associations pouvant porter des actions sont moins nombreux ou manquent de moyens. Toutes les parties prenantes insistent alors sur les **disparités territoriales** en matière de mobilisation et de qualité des actions. Aussi, la qualité de la mobilisation serait largement influencée par l'engagement des caisses, les choix stratégiques des partenaires, la qualité de la relation entre les référents territoriaux (DD ARS, CPAM / CGSS, ambassadeur), le *turn-over*...

Figure 6. Cartographie des actions MoïST recensées dans OSCARS de 2016 à 2021

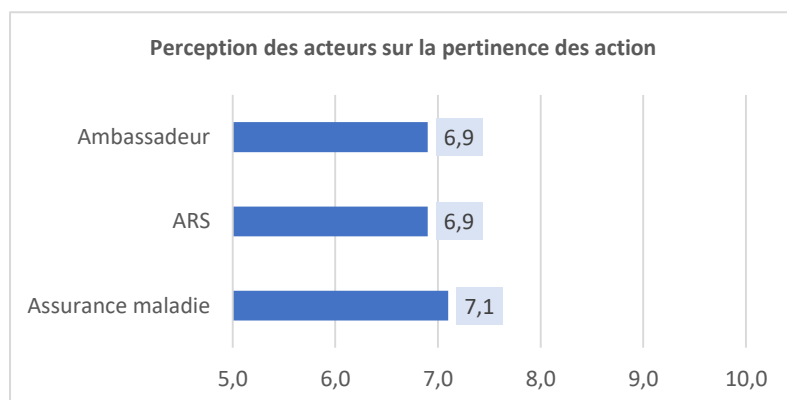


Une partie des acteurs (notamment institutionnels) estiment que **des efforts restent à faire pour toucher effectivement les publics prioritaires ou ciblés, élargir les publics et sortir de la « zone de confort » des publics et**

partenariats déjà constitués. Parmi les publics plus difficiles à toucher et à mobiliser figurent notamment les publics avec troubles de santé mentale et comorbidités psychiatriques, les publics concernés par des co-addictions, les patients atteints de cancer, les femmes enceintes, les publics du milieu carcéral et les publics précaires. La pertinence d'une action ponctuelle est d'ailleurs questionnée pour ces cibles.

Ces éléments sont cohérents avec la notation sur la pertinence des actions. En moyenne, l'item recueille une notation de 7/10, ce qui est tout juste satisfaisant. A noter que cette moyenne globale est biaisée par le souhait de six acteurs (3 ARS et 3 Assurance maladie) de ne pas se positionner sur cet item par manque de visibilité.

Figure 7. Perception des acteurs sur la pertinence des actions (notes sur 10) – vision d'ensemble



Source : Planète Publique, Cemka

4.3. En conclusion vis-à-vis de la mobilisation, de la dynamique régionale et de l'appropriation

Points forts et réussites	Limites, points de vigilance et d'amélioration
Mobilisation / Appropriation	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'envergure nationale de l'opération est un levier pour mobiliser les acteurs : l'opération est bien connue des acteurs et représente un temps fort de l'année. L'opération est un « bruit de fond » qui évite la stigmatisation des fumeurs durs (opportunité de leur en parler grâce à l'évènement). ▪ Les actions en présentiel et de proximité sont jugées comme de bons leviers pour afficher l'opération et engager un dialogue avec les publics. ▪ L'inscription de MoiST dans les CLS constitue un levier de mobilisation des collectivités et des territoires. ▪ L'opération MoiST constitue un levier pour développer des partenariats débouchant sur d'autres actions de prévention et maintenir le contact dans la durée. ▪ La participation des Services de Santé au Travail est considérée comme un levier pour mobiliser les entreprises. ▪ La personnalisation des liens (pour certains publics fragiles) ▪ Une montée en compétences chaque année de tous les porteurs et des partenaires (+continuité de la fonction ambassadeur) qui permet de nouveaux axes travail (nouveaux publics...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dossier de réponse à l'AAP trop complexe, fait pour des projets lourds, alors que les projets MoiST sont d'envergure modeste et ponctuelle. ▪ Un reporting chronophage pouvant démotiver les acteurs de solliciter des financements à l'AAP Assurance maladie ▪ Un manque de visibilité sur les actions menées en raison d'un reporting incomplet des actions sous OSCARS (financées ou sur fonds propres). ▪ Une difficulté à toucher les professionnels pour les têtes de réseau qui s'adressent majoritairement aux directeurs/chefs de service des structures. ▪ Une difficulté à créer les liens avec le milieu carcéral pourtant mobilisé dans l'opération ▪ Absence de consigne du Rectorat ou de l'Education Nationale pour mettre en place ce type d'actions ou agir dans le cadre du MoiST. ▪ Beaucoup d'acteurs souhaitent ou interviennent auprès des publics précaires. Mais les interventions territoriales dépendent des acteurs locaux. Des inégalités se créent sur certains territoires nécessitant des interventions, mais sans acteurs locaux à porter l'action ou/voire sans acteurs locaux du

Points forts et réussites	Limites, points de vigilance et d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> De nombreuses actions réalisées sur fonds propres (sans financements spécifiques) témoignant une motivation importante des acteurs. 	<p>tout.</p> <ul style="list-style-type: none"> La mobilisation des nouveaux prescripteurs (de TSN) reste faible. Les entreprises sont inégalement mobilisées (et moins qu'au démarrage de l'opération) avec parfois des doutes sur leur légitimité à proposer des actions à leurs salariés. Une mobilisation dépendante de la démographie médicale et des porteurs d'actions locaux.
Dynamique régionale	
<ul style="list-style-type: none"> Une envie de renouvellement qui démontre l'adhésion à la démarche Des retours d'expérience déjà positifs vis à vis de nouveaux types d'action, et des envies de continuer à développer plus d'« aller-vers » et d'exploiter l'opportunité du numérique. 	<ul style="list-style-type: none"> Un nombre d'actions en baisse depuis 2018, qui ne peut pas être entièrement expliqué par la crise sanitaire. Un essoufflement ressenti de la dynamique globale. Des territoires non couverts (souvent les plus difficiles à toucher).

Bonnes pratiques sur l'Axe 2 issues du travail d'évaluation

Volets	Bonnes pratiques
Mobilisation / appropriation	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des URPS Appui sur les acteurs locaux / territoriaux tels que les CPTS, les CLS... (les CLS sont une porte d'entrée très large aux publics précaires) Travail de montée en compétence des relais auprès des publics cibles Proposition d'actions Mois sans Tabac « clé en main » à destination des opérateurs du réseau Appui sur les têtes de réseaux pour une démultiplication des actions et un rayonnement plus large (associations gestionnaires de CSAPA, Rectorats, fédération des MSP...)
Dynamique régionale	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies d'aller-vers, les actions concrètes et de proximité Co-construction d'actions Mois sans Tabac avec les relais en contact avec les publics cibles Souhait de pouvoir développer de nouvelles actions (vs reconduction d'actions déjà existantes) : actions de santé communautaire / actions d'aller vers (besoin de financement du temps de construction de l'action avec les publics et les lieux relais) ; souhait de développer des actions plus ludiques, axée sur l'activité physique Souhait d'utiliser davantage les outils numériques (intérêt en partie prouvé par la dématérialisation nécessitée par la crise). Souhait de mieux comprendre les motifs de refus des projets déposés pour un effet d'apprentissage et pouvoir mieux s'inscrire dans les contraintes

5. Conclusion d'ensemble

Une opération qui se déploie de manière satisfaisante

A l'issue de la 6^{ème} édition du Mois Sans Tabac en France, l'opération rencontre un bon succès auprès des acteurs. Elle est déployée dans l'ensemble du territoire (hors Guyane) et a trouvé une place en routine dans les

pratiques à l'échelle régionale et nationale. Pour les acteurs impliqués dans la démarche, l'opération a également forgé sa place dans le paysage français, et est plutôt bien identifiée du point de vue des usagers et des professionnels, en premier lieu les professionnels de santé.

Les acteurs sont globalement satisfaits de l'opération et de la manière dont elle se déploie. Les lignes force de l'opération (ambassadeur et ses missions, format du pilotage et de la gouvernance) ne sont pas remises en cause, quel que soit le format qui a été retenu. Elles ont pu faire l'objet d'aménagements en fonction des retours d'expérience à chaque édition, sans bouleversement majeur. On note ainsi un effet d'apprentissage sur l'opération cumulatif au cours du temps, permettant d'améliorer sa mise en œuvre et de dépasser certaines difficultés rencontrées. Les éditions 2020 et 2021 ont en particulier été l'occasion d'investir de nouvelles approches et outils, pour former les professionnels et toucher les publics (recours au distanciel, appui sur les réseaux sociaux...).

En moyenne, les partenaires (ARS, caisses et DCGDR, ambassadeurs) affichent un niveau de satisfaction humble vis-à-vis de la dynamique engagée en région et de la mobilisation des acteurs et des usagers dans les territoires. En effet, à l'issue de l'édition 2021, ils font le constat de l'atteinte d'un palier autour de Mois Sans Tabac. Les actions plus « grand public », de communication générale ou impliquant les professionnels de santé, si elles sont perfectibles, ne présentent plus d'enjeux majeurs (comme à son démarrage). En revanche, un travail important reste à mener pour décliner l'opération auprès des publics, des territoires et des acteurs moins faciles à mobiliser.

L'importance perçue du « chemin restant à parcourir » peut expliquer des notes de satisfaction « moyennes » du point de vue des acteurs. Ceci tend plutôt à démontrer le besoin d'exploiter plus et mieux le potentiel lié à l'opération ou à un souhait d'aller plus loin pour produire des effets plus marqués sur la consommation tabagique.

Après 6 éditions, un positionnement qui mérite d'être requestionné pour une « deuxième étape »

Tout en reconnaissant l'intérêt d'une opération ponctuelle, proposant un discours positif et constituant un jalon dans l'année pour mettre la lumière sur l'arrêt du tabac, les acteurs pointent un certain nombre de limites vis-à-vis du Mois Sans Tabac. Elles semblent cependant tenir à la nature même de l'opération et paraissent difficilement dépassables sans réfléchir plus globalement sur le contexte dans lequel l'opération se déploie.

Ainsi, l'opération tend à focaliser plus fortement son attention sur les publics les plus éloignés de l'offre de prévention dont la consommation tabagique est la plus importante ou la plus ancrée. Les acteurs adhèrent à ce « tournant », maintenant qu'un premier palier de mobilisation « générale » est atteint. Ils identifient également que la mobilisation de ces publics, des bons relais et des bonnes actions pour les toucher restent à construire pour une approche plus ciblée. Cependant, les besoins pour réussir cette nouvelle étape apparaissent difficilement conciliables avec le principe même de l'opération :

- Besoin d'investir dans la durée, pour construire les partenariats, pour concevoir les actions pertinentes, pour accompagner les publics versus principe d'une durée courte pour engager une réflexion et une tentative réaliste d'arrêt (= 1 mois) ;
- Besoin d'envisager une approche plus complexe des addictions (poly-consommation), besoin d'un message plus adapté (ad hoc) aux particularités des publics versus défi collectif et national pour tirer profit de l'émulation collective autour de l'arrêt (= messages relativement homogènes).

De fait, les acteurs peinent à ce stade à trouver la bonne manière d'investir la logique d'universalisme proportionné dans l'opération. Or, c'est ce qui permettrait de construire le bon équilibre entre l'approche universelle, généraliste et *in fine* très grand public et une approche plus spécifique ou ciblée qui impliquerait de

remettre en question la nature même de l'opération. Des solutions sont à construire dans et hors Mois Sans Tabac pour trouver cette « 3^{ème} voie ». En interne à Mois Sans Tabac, cela peut passer par l'approfondissement de l'approche « marketing social » et l'ajustement de l'opération en fonction des différentes catégories de publics. Des pistes de travail ont été explorées avec l'administration pénitentiaire pour construire une version adaptée de la manière de mettre en œuvre Mois Sans Tabac dans les établissements pénitentiaires. Un travail similaire pourrait être mené pour d'autres types de publics, pour identifier les « bonnes » actions, les « bons » relais et les « bons » contenus.

Pour autant, sauf à dénaturer les ambitions de l'opération, certaines limites ne peuvent trouver de réponse qu'en dehors de Mois Sans Tabac. C'est en particulier le cas du besoin d'inscrire l'accompagnement des publics dans la durée ou de déployer des actions « à impact » c'est-à-dire dont l'effet sur l'arrêt pérenne du tabac est plus marqué. Sauf à remettre en question le principe même du Mois Sans Tabac, ceci doit s'envisager à travers une intégration plus forte et plus explicite de l'opération dans une politique globale de prévention / réduction du tabagisme (et sa gouvernance). L'opération Mois Sans Tabac n'a en effet pas vocation à porter seule l'ensemble des efforts de prévention du tabagisme. Son ambition et son positionnement méritent d'être reclarifiés en ce sens.

Cela pourra constituer l'occasion de donner un nouveau souffle à l'opération, tout en tirant partie des apprentissages des 6 premières éditions et des deux années de crise sanitaire.

Des outils qui ne sont pas remis en question, même si leur utilisation pourrait être optimisée

L'évaluation met en évidence que l'opération dispose des outils pertinents pour assurer ce « tournant ». En effet, le rôle d'expertise et d'outillage national assuré par SpF permet d'assurer l'homogénéité et la rigueur des messages de prévention. Ce portage national des contenus permet d'assurer des économies d'échelle en évitant à chaque territoire de réinventer totalement des ressources. Il permet également de s'appuyer sur les têtes de réseaux en capacité de fédérer les relais pertinents pour les publics ciblés ou prioritaires. Pour autant, au regard des moyens humains limités dont dispose SpF et considérant le niveau d'expertise disponible dans les régions auprès des ambassadeurs, un travail de capitalisation apparaît primordial pour assurer le partage des ressources entre régions. Il implique une forme de regroupement assuré au niveau national, comme c'est le cas actuellement.

Sauf à considérer que l'opération n'a pas vocation à être adaptée localement et auprès de publics spécifiques, à travers la mobilisation de relais ad hoc, l'intérêt du travail des ambassadeurs est confirmé par l'évaluation. La délimitation de leur travail entre ce qui relève spécifiquement de Mois Sans Tabac et ce qui relève d'une approche plus générale de prévention du tabagisme mérite toutefois d'être posée. Certaines régions ont clarifié leur positionnement en accordant un financement ARS des ambassadeurs pour certaines missions dépassant la seule organisation de Mois Sans Tabac (formation des acteurs, aide au montage de projet de prévention sur le tabagisme). Les organisations deviennent dans ces conditions des ambassadeurs « prévention tabagisme » et non seulement les ambassadeurs « Mois Sans Tabac ». Ceci permet également de lisser leur activité sur l'année.

L'appel à projets des CPAM / CGSS, alors qu'il constitue un outil financier de l'opération, ne parvient pas à trouver totalement sa juste place en articulation avec les autres composantes. Les acteurs lui reprochent un cadre trop rigide, qui limite la possibilité de soutenir effectivement des initiatives, au-delà de la mise à disposition de TSN ou de l'organisation de consultations alors même que le mois de novembre génère une tension importante sur les tabacologues. Les montants accordés le rendent par ailleurs peu attractif au regard des contraintes qu'il implique et un certain nombre d'acteurs pourraient être amenés à réaliser leurs actions en dehors de l'appel à projets à l'avenir.

Plus généralement, les liens entre les ambassadeurs et les acteurs de l'Assurance maladie semblent relativement distendus, au-delà d'un relai d'information et du soutien au remplissage d'Oscars. Leur rôle pour

mobiliser des porteurs potentiels et pour les aider à construire leur projet n'apparaît pas totalement explicite ou exploité. L'implication plus difficile des caisses dans la réflexion sur la stratégie régionale autour de Mois Sans Tabac peut expliquer cette situation.

Au total, la 2^{ème} phase à engager pour le déploiement de Mois Sans Tabac implique de repositionner l'opération dans une politique plus globale de prévention du tabagisme, organisée à l'échelle régionale à travers les PRLT. Elle implique également d'officialiser un passage de relai dans le pilotage de l'opération et de l'action des ambassadeurs entre le niveau national (SpF) et régional (ARS).

6. Recommandations

Les conclusions de l'évaluation mettent en lumière les différentes limites atteintes par une opération d'envergure nationale, qui a su, au fil des éditions, mobiliser et fidéliser un grand nombre d'acteurs pour porter un message de débanalisation de la consommation tabagique. Pour les dépasser, **cinq grands enjeux** ont été identifiés afin d'adapter son déploiement futur. Ce renouvellement est fondé sur la structuration d'une troisième voie, entre défi national et actions orientées vers des besoins spécifiques. Celle-ci est l'émanation de pratiques et de modalités d'organisation, déjà mises en place dans les régions, mais de manière partielle et peu formalisée à ce stade.

Dans un premier temps, un **repositionnement du pilotage et de la gouvernance de l'opération au niveau régional** constitue une première réponse au pallier qui semble être atteint par l'opération. En effet, placer la définition de la stratégie de Mois Sans Tabac au niveau régional permettrait de concevoir et déployer l'opération comme un maillon à part entière de la chaîne d'actions menées dans le cadre des PRLT, et de l'inscrire dans la continuité de la stratégie plus générale de prévention du tabagisme dans les territoires.





En parallèle, le second souffle de l'opération pourrait naître **d'un travail de capitalisation réalisé et impulsé au niveau national** par le déploiement d'outils et de ressources partagés entre les différents acteurs régionaux. Ce travail permettrait en effet d'avoir une vision globale de l'opération et de consolider les actions et bonnes pratiques déployées dans les territoires. Ainsi, la capitalisation pourrait favoriser une orientation des travaux menés aux différents niveaux, vers davantage d'innovation et vers les publics, acteurs et territoires plus difficiles à mobiliser.

Ensuite, pour porter ces orientations nouvelles, l'opération devrait s'appuyer sur un **réseau d'ambassadeurs aux missions redéfinies et recentrées sur l'accompagnement et la mobilisation** des acteurs dans les territoires. La stabilisation de leur statut, leur implication dans l'animation du réseau territorial et leur connaissance de la stratégie régionale, sont autant de leviers qui peuvent aider les ambassadeurs à prendre leur place en tant que facilitateurs auprès des porteurs de projets.

Par ailleurs, l'inscription et l'articulation de l'opération dans un schéma d'action plus général de la prévention du tabagisme au niveau régional peut également amener à réviser **l'appel à projets de l'Assurance Maladie**, pour le financement des actions Mois sans Tabac. Ceci a pour objectif de renforcer l'attractivité de l'appel à projets par une simplification des démarches et de favoriser la mise en place d'actions à impact, qui s'inscrivent dans une logique d'accompagnement dans la durée.

Enfin, un **recalibrage des principes d'universalisme proportionné et de marketing social** pourrait constituer un moyen de mobiliser les acteurs et toucher les publics et territoires encore peu impliqués dans l'opération, mais dont les besoins en matière de prévention du tabagisme sont avérés.

Ces enjeux ont ensuite été déclinés en pistes de travail opérationnelles, présentées dans les fiches thématiques ci-dessous. Les pistes sont identifiées par les pictogrammes suivants, qui précisent le levier d'action qu'elles concernent.

Articulation entre les composantes	Financement	Stratégie et objectifs	Appui, accompagnement et outillage
			

Enjeu 1 : Renforcer le pilotage régional de l'opération

L'évaluation a mis en évidence la place de plus en plus prégnante qu'ont prise les ARS dans le pilotage de l'opération Mois Sans Tabac. Cela se manifeste dans certaines régions, par le financement conjoint des structures ambassadrices, en parallèle de Santé publique France, dans la publication d'appels à projets Mois Sans Tabac, distincts de ceux des CPAM / CGSS, mais aussi dans l'établissement de liens de collaboration parfois étroits avec les ambassadeurs dans certains territoires. Au fil des éditions, un basculement progressif semble en effet s'être mis en place, plaçant SpF dans une posture de centre de ressource / expert et animateur du réseau des ambassadeurs, quand les ARS prenaient de plus en plus le rôle de pilote du déploiement de l'opération dans les territoires. Pour autant, le maintien du rôle de SpF pour sélectionner les ambassadeurs et piloter leur action (via la relation contractuelle et financière) introduit un certain flou quant à la répartition des rôles et au référent « chef de file » de l'opération.





A l'issue de la 6^{ème} édition, le niveau régional semble être l'échelon pertinent pour piloter le déploiement opérationnel de MoIST à plusieurs titres :

- Les ARS disposent d'un niveau de maîtrise de l'opération suffisant pour prendre la main sur son pilotage et l'opération s'est déployée dans toutes les régions (sauf Guyane) ;
- Le niveau régional dispose d'une politique et d'une gouvernance pour mener une politique de prévention du tabagisme à travers les PRLT.

De fait, la finalisation du basculement de l'opération vers un pilotage régional permettrait de mieux l'adapter aux particularités et priorités régionales et de l'intégrer dans une stratégie globale et partenariale de prévention du tabagisme, en cohérence avec les autres actions du PRLT. Ceci n'empêche pas le maintien d'orientations, d'outils et de lignes de conduites nationales à respecter par toutes les régions (voir enjeu 2).

Le positionnement régional de la gouvernance et du pilotage de l'opération passerait ainsi par la mise en cohérence de pratiques constatées sur le terrain par la **structuration d'un cadre formel qui placerait l'ARS en tant que chef de file de l'opération** (*recommandation n°1*). Ensuite, afin de donner aux ARS les moyens d'exercer leur fonction de pilote, le **financement des ambassadeurs**, chargés du déploiement opérationnel du Mois Sans Tabac dans les régions serait ainsi transféré depuis Santé publique France aux **ARS qui pourraient assurer pleinement l'ajustement du cahier des charges et la sélection de l'opérateur** (*recommandation n°2*). Ceci devrait s'inscrire en articulation avec la stratégie régionale définie de **manière partenariale dans le cadre du PRLT** et en particulier en lien avec les représentants de l'Assurance Maladie, pour assurer la cohérence avec l'appel à projet (*recommandation n°3*). Cette stratégie pourrait être élaborée sur une base pluriannuelle, permettant d'identifier les publics cibles, les territoires prioritaires, les acteurs pertinents à mobiliser ainsi que les typologies d'action à promouvoir pour répondre aux objectifs.

Enfin, la clarté du partenariat serait renforcée par un positionnement des acteurs à une même échelle (*recommandation n°4*). Cela peut passer par une régionalisation de la stratégie Assurance maladie, en lien avec la régionalisation de l'opération dans le cadre du PRLT. Si les acteurs le jugent pertinent, la stratégie de déploiement pourrait **trouver une déclinaison locale, à l'échelon départemental**, avec un appui sur les délégations départementales / CPAM qui assureraient le suivi auprès des partenaires ou des antennes locales des structures ambassadrices. Cela pourrait également s'appuyer sur les antennes départementales de l'ambassadeur quand il est organisé ainsi.

Enjeu 1 : Renforcer le pilotage régional de l'opération	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°1 : Formaliser et conforter le rôle des ARS dans le pilotage stratégique de l'opération au niveau régional 	
<p>⇒ Affirmer le rôle des ARS comme pilotes de l'opération Mois Sans Tabac</p> <p>⇒ Rappeler l'inscription du Mois sans tabac comme une des composantes des PRLT et inciter à la l'intégration dans la gouvernance des PRLT</p> <p>⇒ Laisser les acteurs régionaux définir les bonnes modalités de pilotage de l'action, à travers des GT dédiés ou dans le cadre d'une instance unique PRLT</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°2 : Proposer un financement régional des ambassadeurs 	
<p>⇒ Mettre à disposition des ARS, une enveloppe dédiée au financement de l'ambassadeur</p> <p>⇒ Proposer un cahier des charges commun pour la sélection de l'ambassadeur, en permettant son ajustement par les acteurs régionaux (notamment pour mieux inclure la fonction dans la politique régionale autour du tabagisme et éventuellement des addictions)</p> <p>⇒ Organiser le pilotage et le suivi régional par les ARS des actions menées par les ambassadeurs (en lien avec SpF pour les échanges de pratiques, et actions « nationales », voir enjeu 2).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°3 : Favoriser la construction d'une stratégie en cohérence avec les priorités régionales de lutte contre les addictions et le tabagisme 	
<p>⇒ Favoriser le rapprochement entre Assurance Maladie et ARS dans la définition des stratégies régionales de prévention du tabagisme par des temps de travaux communs</p> <p>⇒ Définir une stratégie pluriannuelle de déploiement de l'opération : publics et territoires prioritaires, acteurs pertinents à mobiliser, typologie d'actions à promouvoir</p> <p>⇒ Donner accès aux acteurs régionaux aux données de consommation tabagique pour définir la stratégie régionale au regard des priorités identifiées sur le territoire</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°4 : Assurer l'homologie entre les échelles d'intervention des partenaires de l'opération 	
<p>⇒ Assoir un niveau régional pour la définition d'une stratégie Assurance maladie autour de Mois sans tabac (via la DCGDR, un groupe de coordination entre CPAM ou via une CPAM référente)</p> <p>⇒ Suggérer un pilotage / suivi de la mise en œuvre au niveau départemental, en fonction de l'organisation des acteurs pour décliner la stratégie localement (à partir d'une collaboration étroite délégation départementale ARS / CPAM / ambassadeur)</p>	

Enjeu 2 : Conforter la dynamique et la capitalisation au niveau national

L'opération Mois Sans Tabac, dans sa dimension actuelle, est perçue comme un temps fort dans l'année, qui permet d'impulser une dynamique collective nationale, donne de la visibilité aux dispositifs de prévention du tabagisme, et sensibilise les publics aux risques liés à la consommation de tabac.





Après plusieurs années de déploiement, les acteurs sont satisfaits de l'opération. Ils ont trouvé une routine de travail et ont développé des habitudes de collaboration adaptées aux besoins de leur pratique. L'articulation entre le niveau national et le déploiement de l'opération en région a ainsi fait émerger une certaine cohérence

sur le fond, grâce au travail mené par Santé publique France. Le renouvellement de l'opération peut ainsi reposer sur un travail de capitalisation fondé sur l'expérience acquise au cours des différentes éditions.

En parallèle d'une régionalisation de l'opération, pour l'ancrer plus fortement dans une stratégie régionale (enjeu 1), il convient de maintenir un niveau national pour l'opération permettant de garantir une certaine homogénéité pour les messages « grand public », pour assoir la communication d'envergure nationale, pour construire l'outillage et les ressources nécessaires à l'opération et pour animer la capitalisation autour de l'opération. Ces différents rôles peuvent être assurés par Santé publique France dont la **fonction de centre ressources et d'expertise** pourrait être réaffirmée (*recommandation n°5*).

Par ailleurs, dans un souci de diffusion des bonnes pratiques, le travail de capitalisation mené par les ambassadeurs (et ARS) pourrait être conforté et valorisé par le maintien des temps d'échanges et de retours d'expérience organisés au niveau national (*recommandation n°6*). Sur un plan purement opérationnel, une simplification des modalités d'échanges entre SpF et les ARS apparaît nécessaire pour une communication plus directe et plus fluide (*recommandation n°7*).

Enfin, un **travail autour de la base OSCARS**, dont le remplissage partiel, chronophage et complexe est relevé par les acteurs, pourrait favoriser le développement d'une vision globale de l'opération (*recommandation n°8*).

Enjeu 2 : Conforter l'expertise, l'outillage et la capitalisation au niveau national	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°5 : Conforter le positionnement de Santé publique France dans une fonction d'expert et de centre de ressource national pour l'opération 	
⇒ Maintenir le rôle de SpF pour la conception, le test et la validation des messages et des contenus ⇒ Maintenir le rôle de SpF pour piloter la communication nationale et grand public ⇒ Maintenir le rôle de SpF dans le développement de partenariats nationaux, en l'articulant avec les relais assurés en région par les ambassadeurs	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n° 6 : Soutenir le travail de capitalisation par une animation nationale 	
⇒ Maintenir des temps de rencontres organisés au niveau national entre ambassadeurs pour partager des bonnes pratiques et réaliser des retours d'expérience ⇒ Favoriser les retours d'expériences et échanges de bonnes pratiques entre ARS (par ex dans le cadre de certaines réunions avec les ambassadeurs ou dans le cadre des échanges avec la DGS) ⇒ Renforcer le travail de capitalisation thématique autour de points de difficulté régulièrement rencontrés en région (ex : public spécifique, milieu d'intervention, type de territoire...) ⇒ Proposer un programme de travail partagé entre SpF et les ambassadeurs pour tester des modalités d'intervention probantes et partager / capitaliser les enseignements	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°7 : Faciliter les modalités d'échanges autour de l'opération 	
⇒ Faciliter les liens directs entre SpF et les ARS autour de l'opération ⇒ En cas d'impossibilité de communication directe par mail, mettre en place une plateforme de partage de ressources / d'information (ex : Trello®, Slack®...)	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°8 : Simplifier l'usage d'OSCARS 	

Enjeu 2 : Conforter l'expertise, l'outillage et la capitalisation au niveau national

- ⇒ Clarifier les objectifs et les usages de la base OSCARS et alléger le reporting en conséquence
- ⇒ Simplifier l'interface et les démarches pour le remplissage de la base : permettre de dupliquer des informations entre projets / actions, rendre possible la publication de fiches incomplètes
- ⇒ Renforcer l'accompagnement et la formation des professionnels à son utilisation
- ⇒ Valoriser les actions inscrites dans la base en les utilisant dans les bilans annuels

Enjeu 3 : Renover le rôle des ambassadeurs

Les structures ambassadrices, sont en charge du déploiement opérationnel dans les territoires régionaux. Au fil des éditions et de la routinisation progressive de l'opération, les missions de ces dernières ont évolué. Dans la plupart des régions, celles-ci identifient de plus en plus le besoin de travailler plus en profondeur dans la mobilisation de certains acteurs / relais / publics prioritaires du point de vue de la consommation tabagique et moins spontanément touchés par des actions grand public. En effet, la routinisation des actions plus « grand public », le déploiement d'autres formes d'animation de l'opération après 2 années de crise sanitaire, l'autonomisation d'une partie des porteurs de projets et la difficulté à en mobiliser de nouveaux, sur de nouveaux territoires, ont contribué à déplacer le centre de gravité de leur action durant le Mois Sans Tabac. Dans la mesure où l'opération semble avoir atteint un palier dans son déploiement, il paraît nécessaire de mener une réflexion quant à la définition du périmètre de leurs missions.




Cette redéfinition pourrait passer dans un premier temps par l'apport **d'un soutien à leurs missions de mobilisation et d'animation des réseaux d'acteurs dans les territoires** (*recommandation n°9*) en appuyant la visibilité des structures ambassadrices, ainsi qu'en favorisant leur appui sur les têtes de réseaux pertinentes, auprès des publics et territoires ciblés par la stratégie régionale de déploiement de l'opération. Dans un second temps, afin de faciliter et **promouvoir l'accompagnement au montage de projets, proposé par les ambassadeurs** (*recommandation n°10*), l'élaboration et la diffusion de kits d'actions « clés en mains » auprès des porteurs potentiels pourront être envisagées. De plus, pour conforter leur **rôle dans l'appui à la réponse à l'appel à projet des CPAM / CGSS**, qui se résume à ce jour à la simple diffusion auprès de leurs réseaux, un **rapprochement entre structures ambassadrices et DCGDR**, voire CPAM (ou tout simplement CGSS dans les territoires concernés), doit être conforté (*recommandation n°11*). Enfin, afin de contribuer à la stabilité dans les structures ambassadrices mais aussi dans le but d'inscrire leur action dans le cadre de Mois sans Tabac officiellement dans l'année entière, **un financement par appel à projet pluriannuel**, pourra être proposé par les ARS, en tant que pilote régional de l'opération (*recommandation n°12*).

Enjeu 3 : Repositionner les fonctions des ambassadeurs

▪ Recommandation n°9 : Soutenir le rôle de mobilisation des acteurs sur le territoire



- ⇒ Inciter les ambassadeurs à travailler avec les têtes de réseaux des porteurs de projet « relais » pour démultiplier les actions auprès des publics (URPS, fédérations, unions / instances régionales)
- ⇒ Mettre en lien les ambassadeurs avec l'ensemble des structures / acteurs engagés dans des actions de prévention pour faire le lien avec l'action de fond et l'implication, même légère, dans Mois sans tabac (LSST, actions en milieu scolaire, CLS, CPTS...)
- ⇒ Favoriser une organisation en consortiums ou bien le déploiement d'antennes locales de l'ambassadeur dans les




Enjeu 3 : Repositionner les fonctions des ambassadeurs	
territoires où cela est pertinent au regard des besoins, des ressources, et des compétences disponibles sur le territoire mais aussi des habitudes de collaborations entre acteurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation n°10 : Renforcer la fonction de facilitation et d'accompagnement au montage de projet 	
⇒ Proposer la formalisation et la diffusion de kits d'actions « clés en main » sur la base de la capitalisation et des retours d'expériences réalisés par les ambassadeurs avec Santé publique France (voir enjeu 2 notamment recommandation 6) ⇒ Faciliter et anticiper l'accès à la formation des professionnels dans le calendrier de déploiement de l'opération	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation n° 11 : Conforter le rôle des ambassadeurs dans la diffusion et l'appui à la réponse à l'appel à projet CPAM/CGSS 	
⇒ Mobiliser le réseau Assurance maladie dans la définition d'une stratégie pour l'appel à projets, qui puisse constituer des orientations claires pour l'ambassadeur ⇒ Inscrire formellement le rôle de l'ambassadeur dans le déploiement de l'appel à projets (au service aussi de l'Assurance maladie) ⇒ Renforcer les liens entre structures ambassadrices et réseau Assurance maladie (DCGDR et / ou CPAM /CGSS)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation n°12 : Proposer un appel à projets pluriannuel pour la sélection des structures ambassadrices 	
⇒ Favoriser la stabilité dans le portage des missions d'ambassadeurs MoiST en formalisant un appel à projet régional sur plusieurs années (minimum 2 ans) – <i>retour au fonctionnement pré-Covid</i> . ⇒ Octroyer des financements régionaux qui permettent de lisser le travail des ambassadeurs sur l'année entière et d'assurer une continuité d'accompagnement auprès des porteurs de projets	

Enjeu 4 : Repenser l'appel à projet Assurance Maladie pour favoriser des actions à impact inscrites dans la continuité de la stratégie régionale

L'appel à projet porté par les CPAM / CGSS et dont les candidatures sont validées au niveau national, semble en perte de vitesse. Les actions financées s'inscrivent peu dans la continuité avec une prise en charge plus globale d'arrêt du tabac et les acteurs regrettent un cadre formel peu attractif et contraignant qui est, dans la plupart des cas, mal adapté à leur activité et qui ne leur permet pas de réaliser des actions pertinentes au regard des besoins des publics auprès desquels ils interviennent. Ces derniers peuvent être amenés à réaliser des actions sur leurs fonds propres. Afin de conforter la mobilisation des acteurs et le portage d'actions sur leurs territoires, certaines ARS ont pris l'initiative de proposer un appel à projet complémentaire, suivant un cahier des charges aux critères plus souples pour les porteurs.

Afin d'inscrire pleinement l'opération dans une articulation avec la politique régionale de prévention du tabagisme, et de redynamiser son déploiement, une modification de l'appel à projet porté par l'Assurance Maladie apparaît souhaitable. Tout d'abord, une **harmonisation dans les pratiques des CPAM / CGSS (recommandation n°13)**, dans la diffusion et le portage des appels à projet favoriserait une meilleure lisibilité du dispositif pour les porteurs. Celle-ci pourrait être facilitée par exemple par une identification des ressources allouées au Mois Sans Tabac au sein des services des caisses ou bien par une meilleure intégration des CPAM (et CGSS, même si la problématique est un peu différente) dans l'élaboration de la stratégie régionale de

déploiement de l'opération. Ceci pourrait s'accompagner de la **mise en place d'une instruction régionalisée de l'appel à projet** (*recommandation n° 14*) apportant ainsi une garantie de cohérence entre les projets retenus et les priorités définies dans la stratégie régionale de déploiement de l'opération. Enfin, un **assouplissement du cahier des charges de l'appel à projet** (*recommandation 15*), par la simplification du dossier ou bien par l'adaptation des critères de financement permettrait de renforcer l'attractivité de ce dernier pour les porteurs de projets.




Enjeu 4 : Repenser l'appel à projets Assurance Maladie pour favoriser des actions à impact, inscrites dans la continuité de la stratégie régionale	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°13 : Harmoniser les pratiques et remobiliser les CPAM/ CGSS dans le portage et la diffusion de l'appel à projet 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Réaliser un état des lieux préalable des ressources et compétences allouées au Mois Sans Tabac au sein de chaque caisse ⇒ Définir des objectifs régionaux pour l'appel à projets, en terme de publics et de structures relai à mobiliser, de territoires prioritaires et formaliser des pistes de travail pour l'ambassadeur (en amont du lancement de l'appel à projets) et mieux communiquer dessus ⇒ Favoriser une participation des caisses dans la définition de la stratégie de déploiement de l'opération et/ou leur diffuser les orientations stratégiques régionales précocement ⇒ Rappeler le degré de latitude dont disposent les territoires autour de l'appel à projets à l'occasion des réunions de partage national et les consignes d'octroi de financement ⇒ Assurer une capitalisation nationale sur les actions financées par l'Assurance maladie et les pratiques facilitant la mobilisation des acteurs 	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°14 : Régionaliser l'instruction des appels à projets des CPAM 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Structurer une instance régionale pour l'instruction commune des projets, soit via la DCGDR, soit par un comité régional des CPAM, soit par l'attribution de la compétence à une CPAM référente ⇒ Associer l'ARS et éventuellement les autres partenaires à la sélection des projets 	
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation n°15 : Assouplir le cahier des charges de l'appel à projets 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Proposer un dossier simplifié de l'appel à projets pour les petits montants (<1 000€ par exemple). ⇒ Adapter les critères de financement pour permettre le financement du temps de travail (selon des conditions particulières le cas échéant). ⇒ Distinguer dans le dossier les appels à projets portés par des établissements et structures et les autres acteurs. ⇒ Intégrer dans l'appel à projets la réflexion des porteurs, la manière dont ils vont inscrire l'accompagnement dans la durée dans une logique plus globale de prévention du tabagisme. 	

Enjeu 5 : Recalibrer l'universalisme proportionné et le ciblage de l'opération

Enfin, le repositionnement de l'opération au niveau régional et son ancrage dans la stratégie menée dans le cadre du PRLT, doit permettre de travailler de manière plus ciblée auprès de certains publics spécifiques, en ajustant les modalités d'intervention et l'appui sur les vecteurs et les relais pertinents au cas par cas. En effet,

bien que le cadre défini de manière nationale soit considéré comme suffisamment large pour être affiné et adapté en adéquation avec des priorités plus spécifiques, l'opération rencontre cependant des difficultés à toucher des publics et des territoires considérés comme prioritaires par les acteurs. Il s'agit en particulier des publics fragiles et des territoires peu maillés en offre de soin et de prévention.

Afin de renforcer l'impact des actions menées dans le cadre de l'opération, et les inscrire dans une véritable continuité d'accompagnement, plusieurs pistes opérationnelles peuvent être envisagées. Dans un premier temps un **effort de mobilisation des acteurs pertinents** (*recommandation n°16*), au regard des priorités fixées dans la stratégie régionale devra être mené. Cet effort sera particulièrement porté par la structure ambassadrice, qui pourra s'appuyer par exemple sur les têtes de réseaux pour relayer l'opération (voir enjeu 3). **L'angle de déploiement de l'opération auprès des publics fragiles devra également être redéfini** (*recommandation n°17*). Cette adaptation devra être initiée par l'identification des relais pertinents auprès des publics et concrétisée par une mobilisation et un accompagnement renforcé de ces acteurs. Les actions mettant en avant des démarches d'aller-vers devront également être promues dans le cadre de la stratégie régionale. Enfin, l'adaptation de l'opération demande un **renouvellement de la démarche de marketing social** (*recommandation n°18*) qui pourra passer une segmentation plus forte des publics. Celle-ci sera appuyée par exemple par la mise à disposition d'outils dédiés tels que des guides à destination des porteurs, formalisés selon les différentes typologies de publics cibles, définis dans la stratégie régionale.

Enjeu 5 : Recalibrer l'universalisme proportionné et le ciblage de l'opération via l'ensemble des composantes de l'opération	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation n°16 : Elargir la base des acteurs mobilisés dans le cadre de l'opération 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Favoriser un appui sur les têtes de réseaux (URPS, Fédérations des structures d'exercice coordonné, fédération des centres sociaux, Rectorats) pour relayer l'opération auprès des porteurs (ambassadeur) ⇒ Favoriser la mise en place de partenariats de l'ambassadeur avec les lieux de formation des professionnels de santé pour sensibiliser les professionnels à l'opération ⇒ S'appuyer sur les instances de coordination locale autour de la santé (CLS, MSP, CPTS), en particulier dans les territoires plus excentrés et /ou moins bien dotés en offre de santé (ambassadeur, appel à projets Assurance maladie, en lien avec les partenaires ARS) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation n°17 : Redéfinir l'angle de déploiement de l'opération auprès des publics fragiles 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Identifier la liste des acteurs relais auprès des publics prioritaires définis dans la stratégie régionale pluriannuelle (ambassadeur) ⇒ Assurer un travail de mobilisation et d'accompagnement renforcé auprès de ces acteurs (ambassadeur / appel à projets Assurance maladie) ⇒ Favoriser l'ancrage des actions menées dans le cadre de l'opération dans une démarche d'aller-vers et d'accompagnement dans la durée pour les publics fragiles : inscrire Mois sans tabac pour ces publics dans une stratégie régionale globale de prévention du tabagisme 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation n° 18 : Renouveler la démarche de marketing social en segmentant les publics pour adapter le message de l'opération 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Formaliser des guides par typologie de publics cibles à destination des porteurs d'action (SpF avec les ambassadeurs) 	

Enjeu 5 : Recalibrer l'universalisme proportionné et le ciblage de l'opération via l'ensemble des composantes de l'opération

- ⇒ Proposer une charte graphique et un guide rédactionnel aux porteurs de projets pour permettre une adaptation facilitée des contenus diffusés auprès de publics aux besoins spécifiques (SpF)
- ⇒ Procéder à une mise à jour annuelle des méthodes, formations, outils et supports (SpF avec les ambassadeurs)
- ⇒ Utiliser OSCARS pour assurer la capitalisation sur les expériences intéressantes auprès de certains publics (SpF avec les ambassadeurs)