



LIVRE BLANC

Edition 2016



Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique.



SOMMAIRE

Logo	Page 4
I – INTRODUCTION	Page 5
Historique des mouvements d'entraide	Page 5
CAMERUP	Page 8
Les associations affiliées	Page 11
Evolution des modes de consommation	Page 14
II – LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE	Page 19
Les compétences	Page 19
Les moyens	Page 23
III – LES AXES D'INTERVENTIONS	Page 26
Réduction des risques	Page 26
Formation	Page 30
Prévention	Page 31
Aide et accompagnement	Page 34
Renforcement du rôle des associations	Page 39
Communication et actions publiques	Page 43
IV – PARTENAIRES	Page 46
Organismes de tutelles	Page 46
Associations et fondations du milieu addictologique	Page 48
Associations et organismes du milieu associatif général	Page 49
V – PERSPECTIVES POUR L'AVENIR	Page 52
Le renforcement du rôle des mouvements d'entraide	Page 53
L'aide et l'accompagnement	Page 56
La prévention et la réduction des risques	Page 59
La communication et l'action publique	Page 61
La recherche	Page 62
Les partenariats	Page 63
Le recrutement et l'attractivité de l'engagement associatif	Page 65
Annexes	Page 68
Lexique des sigles et acronymes	Page 76
VI - REMERCIEMENTS	Page 89



Commission de rédaction :

Madame Christiane BOCHATAY - *Fédération Nationale Alcool Ecoute Joie et Santé.*

Madame Christiane BERTALOT - *Fédération Nationale des Amis de la Santé.*

Monsieur Auguste CHARRIER - *Fédération Nationale Alcool Assistance.*

Madame Guilaine MIRANDA - *Mouvement Croix Bleue.*

Monsieur Marcel RATZEL - *Mouvement Addictions-alcool Vie Libre.*

Monsieur Jean-Claude TOMCZAK - *CAMERUP (Rapporteur).*

Version mise à jour le 30 août 2016.

Le logo



Il représente les cinq Fédérations et Mouvements affiliés en pétales de couleur, côte à côte, montées sur la symbolisation de la force du bénévolat.

Avec le slogan : « **l'entraide puissance cinq CAMERUP** » *.

*Marque déposée : n°4193241, enregistrée, sans modification, le 23 octobre 2015, dans le BOPI (Bulletin Officiel de la Propriété Industrielle n°2015-43).

Chaque pétale est à la couleur d'une association affiliée :

Alcool Assistance

Alcool Ecoute Joie et Santé

Amis de la Santé

Croix Bleue

Addictions-alcool Vie Libre

I - INTRODUCTION

HISTORIQUE DES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE :

Les mouvements « d'anciens buveurs », car c'est ainsi qu'ils étaient appelés, ont vraiment pris de l'importance vers les années 1950.

Un article retraçant l'évolution du Comité National de Défense contre l'Alcoolisme est très explicite sur ce point : « le Comité entretient des rapports très étroits avec les mouvements d'anciens buveurs, auxiliaires de notre action ».

C'est également dans les années 1950 que se sont développés ces Mouvements dont l'œuvre sociale s'impose comme une nécessité, car ce n'est plus seulement d'information qu'ont besoin ceux que l'alcool a déjà marqués : seul un soutien fraternel peut les déterminer à se faire soigner, les aider à remonter la pente. Les anciens buveurs sont un des maillons, et non des moindres, de la chaîne de solidarité qui doit désormais entourer l'alcoolique, considéré comme un malade à tous les stades de son relèvement.¹

Parmi les mouvements auxquels l'article fait référence figurent la Croix Bleue, la Croix d'Or, Vie Libre, La Santé de la Famille des Chemins de fer Français, les Amis de la Santé, les Bons Templiers français, etc.

Comme le montre J. Adès dans sa classification², les premiers appartiennent aux « mouvements non médicalisés », structurés soit « autour d'une idéologie spiritualiste » comme la Croix Bleue, protestante et la Croix d'Or, catholique datant de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle) ou « plus inspirés d'idéologies socio-économiques ou politiques » (comme Vie Libre ou les mouvements corporatifs des Chemins de fer ou de la Poste, datant des années 1950).

Notons que les associations, comme la Croix Bleue et la Croix d'Or, prônant l'*abstinence* et destinées à toutes les classes sociales, ont été précédées de sociétés de *tempérance* composées de savants, d'intellectuels et de médecins, comme l'était en 1872 « l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques », devenue en 1873 la « Société française de tempérance » qui, regroupait des personnalités telles Louis Pasteur, les docteurs Lunier et Magnan, aliénistes, et le baron Hausmann. Pour s'opposer à son caractère élitiste (c'est ce qui motiva également la création des Bourses du travail), L. Legrain fonda en 1884 la « Société contre l'usage des boissons spiritueuses »³, devenue en 1896 « l'Union française antialcoolique » car elle regroupait plusieurs petits groupements épars dans le pays. Elle n'exigeait que de faibles cotisations, et visait les milieux pauvres, précise J.C. Sournia⁴. En 1905, la Société française de tempérance » et « l'Union française antialcoolique » mettent leurs ressources en commun pour créer la « Ligue nationale contre l'alcoolisme » qui donna naissance au Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (C.N.D.C.A.) en 1949.

Les mouvements comme les Amis de la Santé ou les Bons Templiers font partie des « mouvements médicalisés », dont l'idéologie se fonde plus particulièrement sur les conceptions médicales de l'alcoolisme.

¹ Circulaire DGS/ 1252/ MS 1 du 23 novembre 1970 sur le renforcement des moyens de traitement des malades alcooliques.

² *Ibid.*, page 2 (*Ibid* = Abréviation du mot latin *ibidem* qui signifie *au même endroit*).

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*, page 3.

Il semble que les groupes constitués plus tardivement, dans les années 1950, ont adopté une vision médicalisée de l'alcoolisme coïncidant avec l'acceptation du concept d'alcoolisme-maladie dans l'opinion publique. Quant aux mouvements dits non médicalisés, il n'est pas curieux de constater à cette même époque, une transformation dans leur idéologie laissant deviner la pénétration d'idées nouvelles, comme le montre fort bien JC Stoloff : « Ce n'est pas un hasard que les premiers parmi les groupes furent des organisations confessionnelles. Ce qui s'y joue est bien en effet de l'ordre du péché, de la faute et du repentir », explique l'auteur⁵. En effet, ces groupes fonctionnaient selon l'ancien modèle, celui du « bon exemple ». La guérison s'obtient par l'abstinence et nécessite un effort de volonté. Il existe dans ces groupes toute une hiérarchie de la guérison avec, dans certains d'entre eux, des signes distinctifs. [...] Un culte du chef y a cours. Le chef incarne plutôt une image paternelle sévère, juste et bienveillante. Dans ces groupes, le médecin n'est qu'un auxiliaire présent dans toute première phase du traitement. Il permet l'organisation de la désintoxication (hospitalisation, distribution de comprimés). Ensuite le relais est pris par les militants ; les choses deviennent extra-médicales. [...] Une sorte de contrat, qui va structurer le traitement, est scellé au départ entre l'individu et le groupe. Cependant, les associations comptent aussi des membres devenus abstinents sans passer par une cure, mais en fréquentant assidument les réunions de ces associations.

Avec la pénétration des nouvelles idées médicales, une transformation va également s'opérer au niveau de ces institutions. Ce qui est expliqué maintenant, c'est que l'alcoolisme est une maladie et ceci non seulement au niveau des effets que le médecin peut repérer sur le corps (cirrhose, polynévrite, dépendance), mais aussi au niveau psychique avant même l'apparition de manifestations cliniques.

« L'alcoolique est celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire » (P. Fouquet). Il lui manque quelque chose. Mais ce manque est rapporté à un concept médical et non comme auparavant à une notion morale. Le changement est important puisque, comme on le voit, le terme expulsé est celui de volonté. »⁶ Nous pouvons dire que l'ancienne idéologie fondée sur la tradition religieuse se trouve dorénavant enrichie d'une vision médicale – et sans pour autant être réduite uniquement à cela –, car il s'agit bien à notre sens d'une coexistence de deux logiques. Aussi ne partageons-nous pas l'avis de JC Stoloff lorsqu'il écrit que « l'ancienne éthique basée sur la tradition religieuse est remplacée par une nouvelle, reposant sur le rationalisme et le positivisme d'un A. Comte »⁷ Nous voulons pour preuve de la persistance d'une vision religieuse, l'engagement que signe le buveur adhérent à la Croix Bleue ainsi formulé : « Nombreux sont ceux qui vivent la confiance en Dieu comme une force essentielle ».

« Nombreux sont ceux qui vivent la confiance en Dieu comme une force essentielle ».

La plupart des groupes d'anciens buveurs (tout comme les médecins du travail d'ailleurs) adhérents plus ou moins à la conception médicalisée de l'alcoolisme mais tenant compte des autres composantes que sont l'individu et le milieu, se sont donc faits les vecteurs du renversement opéré par la création de l'alcoologie. C'est dans la complémentarité de ces approches que la personne peut être considérée dans sa globalité.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid* page 4

⁷ P. MECHINAUD, Le service d'alcoologie, O.C.H.S. Service d'alcoologie, Nantes, 1983, page 1.

Il n'est donc pas surprenant de voir les groupes néphalistes prendre de plus en plus d'importance dans la lutte contre l'alcoolisme des années 1950. Comme l'exprime P. Fouquet : « Jusqu'en 1950, leur influence avait été fort modeste dans notre pays. Mais depuis, leur multiplication est un témoin de leur efficacité grandissante. Sans séjour hospitalier, sans chimiothérapie, un nombre croissant de malades bénéficient suffisamment du pouvoir thérapeutique de ces groupes pour se stabiliser à de très bons niveaux ». Cela n'a pas été sans produire de réaction du côté des médecins qui, s'interrogeant sur l'articulation de ces mouvements avec leur pratique, ont alors « ressenti comme insupportable cette prétention des alcooliques à se guérir d'une maladie par eux-mêmes »⁸. Ajoutons cependant, pour nuancer les propos de P. Fouquet qu'avant 1950, les filières thérapeutiques étant limitées, l'action des groupes d'anciens buveurs devait déjà sans doute trouver un écho favorable auprès de bon nombre d'alcooliques.

Dès lors, ces associations se mirent à fonctionner en prenant une vitesse de croisière avec néanmoins quelques points forts, et non des moindres, au fil des années.

Dans les années 1962 à 1967, la Croix Bleue ouvrait deux centres de postcure, à FREYGUIERES dans les Bouches du Rhône et à LORIENT, ainsi qu'une maison familiale à VERNOUX en Ardèche. En 1964 les associations « Amis de la Santé » et « Joie et Santé » se mirent à travailler en commun pour, créer, en 1975, la « Fédération Nationale des Amis de la Santé- Joie et Santé ».

Union qui, comme certain mariage, ne dura pas puisqu'il y a eu scission dès 1976 pour se séparer en deux fédérations distinctes « la Fédération Nationale des Amis de la Santé- Joie et Santé » et la « Fédération Nationale Santé - Abstinence » qui rajouta « Amitié » à sa dénomination en 1978. En 1985, la « Fédération Nationale des Amis de la Santé - Joie et Santé » devient « Fédération Nationale Joie et Santé » dite FNJS ce qui permet à la « Fédération Nationale Santé – Abstinence » de prendre le nom de Fédération Nationale des Amis de la Santé » enfin, en 2001 la FNJS devient la « Fédération Nationale Alcool Ecoute Joie et Santé ».

L'assemblée générale de la Croix d'or décide, en 1972 de déconfessionnaliser l'association. En 1998 « La Croix d'or » devient « Alcool Assistance La Croix d'Or » et, en 2009 « Alcool Assistance ». Dans les années 2000 les associations d'entraide commencent à être reconsidérées comme acteurs à part entière dans le cadre de la santé publique et notamment dans le cadre de l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives. Deux d'entre elles (le président d'Alcool Assistance et un responsable des Amis de la Santé) sont nommées à la Commission Nationale Addiction pour l'Amélioration de la prise en charge des Personnes ayant des Pratiques Addictives (CNAPPA)⁹. Commission dans laquelle elles siègent aux côtés des professionnels de santé.

⁸ Projet d'établissement du service d'alcoologie de Loire-Atlantique, septembre 1993, page 3.

⁹ Arrêté du 26 octobre 2006 relatif à la création et à la composition de la « commission addictions ».



Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique

Siège Social : 10, rue des Messageries
75010 PARIS

Site : www.camerup.fr

Téléphone : 01 45 65 19 28

Messagerie : camerup@orange.fr

Président : Jean-Claude TOMCZAK

C'est d'ailleurs à cette période que furent envisagées les bases de ce qu'allait devenir la CAMERUP. L'acronyme CAMERUP (Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique) date de cette époque tout en restant encore officieux et ne concernait alors que quatre des entités affiliées (Alcool Assistance, Les Amis de la Santé, La Croix Bleue et Addictions-alcool Vie Libre).

Constatant qu'il y avait plus de points communs que de discordance au sein de ses associations, une réflexion s'engagea entre les protagonistes pour avoir un langage commun et surtout présenter un choix plus large aux malades en soins en proposant d'autres contacts là où une association était absente.

La Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique regroupe des associations, fédérations et mouvements ayant tous la reconnaissance d'utilité publique et ayant pour organisme de tutelle la Direction Générale de la Santé. Bien que ces associations soient rassemblées, elles fonctionnent chacune de façon indépendante selon leurs spécificités respectives.

Les statuts de la Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique désignée sous le sigle de CAMERUP ont été déposés en date du 15 février 2012 en préfecture de police de Paris. Son siège social est également le siège national d'Alcool Assistance : 10, rue des messageries 75010 PARIS¹⁰.

La Direction Générale de la Santé (DGS) est initiatrice du concept de notre coordination. Un focus sur chacune des cinq entités associées est présenté dans les pages suivantes.

¹⁰ J.O. du 03/03/2012 N° d'annonce 1317 Identification R.N.A. W751213726 N° de parution : 20120009

Cette coordination est dans la droite ligne de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) dans laquelle Madame la Ministre de la Santé demande : « *Au niveau national, la création d'une instance nationale représentative des associations d'usagers du système de santé proposée dans le rapport du comité des sages est à examiner et à discuter avec les représentants d'usagers.* »

Plusieurs orientations sont préconisées dans ce même plan comme : « *mieux articuler l'expertise, les compétences et les capacités d'intervention des associations avec celles des professionnels.* »

Pour ce faire, plusieurs axes de travail ont été élaborés au sein de la CAMERUP comme la mise en place de permanences « Paris » au siège. Ces permanences sont actuellement définies de manière dynamique et seront à affiner selon les besoins. Une demande de contact a été formulée auprès des CCAS (*Centres Communaux d'Action Sociale*) des mairies d'arrondissement de la ville de Paris. Un numéro de téléphone mis en place pour des contacts quotidiens est diffusé par voie d'affiches ainsi que par le biais du site internet www.camerup.fr, il a été communiqué aux CCAS précités. Cette permanence téléphonique ayant pour vocation de communiquer les coordonnées éventuelles de correspondants de proximité dans la France entière de l'une ou l'autre des cinq associations aux interlocuteurs le sollicitant.

L'objet de cette coordination est une mutualisation des compétences, des connaissances et des stratégies d'action comme les formations génériques communes à toutes les entités dans le domaine de l'accompagnement des personnes ayant fait le choix d'une démarche de soin ou de maintien dans un concept de vie hors alcool.

Les associations affiliées sont actives dans les secteurs :

- De l'information
- De la prévention
- De l'éducation
- De la formation (interne et/ou externe)
- De l'accompagnement
- De l'entraide
- De l'assistance

L'action des associations regroupées se fonde sur :

- Leur volonté d'informer un large public sur les risques de surconsommation des boissons alcoolisées.
- Leur volonté de prévenir la population la plus vulnérable que sont les jeunes face au produit et cela dans tous les milieux.
- La conscience que la dépendance, notamment dans le domaine de l'alcoologie, engendre une souffrance chez l'être humain et souvent des dégâts au niveau médical, familial, social et professionnel.
- Leur conviction que tout individu est capable de changer, d'évoluer, à tout moment de sa vie et d'influer sur son environnement.

Pour cela, elles accompagnent la personne en souffrance, en difficulté, pour lui permettre de faire des choix et de devenir actrice consciente et responsable de sa vie dans un contexte familial, social et professionnel qui peut être perturbé.

Cet accompagnement implique les valeurs de respect, reconnaissance, confidentialité, tolérance, engagement, et des compétences pour lesquelles ses membres se forment.

Dans la perspective d'une meilleure qualité de l'accompagnement, les associations de la coordination :

- Sont déterminées à s'investir dans l'ensemble des réseaux d'addictologie, en reconnaissant la compétence des partenaires.
- S'obligent à adapter leurs outils à leur public en fonction de l'évolution des besoins, tant singuliers que collectifs (groupes de paroles spécifiques : malades, femmes, entourage, etc.).
- Veillent à participer à des structures interactives où s'échangent des points de vue inscrits dans l'évolution des connaissances de professionnels et bénévoles œuvrant dans le champ de l'addictologie et de l'accompagnement.
- Développent les relations privilégiées qu'elles entretiennent historiquement entre elles, avec les autres associations d'entraide et les professionnels de santé en addictologie.

La coordination se donnera les moyens pour participer aux politiques de santé de lutte contre l'alcoolisme tant dans leurs élaborations, en étant force de propositions, que dans leurs mises en œuvre.

Cette volonté n'exclut pas un positionnement critique. Pour cela elle revendiquera les moyens nécessaires, orientera ces moyens dans un objectif de résultats.

La coordination diffusera ses valeurs et ses pratiques en direction :

- ✓ Des pouvoirs publics.
- ✓ De ses partenaires.
- ✓ Du « grand public ».
- ✓ Des militants des associations fédérées.
- ✓ À toute personne intéressée par son action.
- ✓ Aux organismes, partenaires et instances tant nationales qu'européennes, voire mondiales.

La coordination organise annuellement des sessions de formation « *formateurs* » dispensées par des organismes de formations agréés afin de préparer des membres des différentes associations affiliées à faire de la formation diffuse à leurs militants d'une part et à redescendre les connaissances acquises en sessions régionales « mixtes » pour faciliter la rencontre des stagiaires des différentes associations. Pour ce faire, une commission formation commune est mise en place pour définir les stratégies à installer tant sur la thématique que la logistique.

Un site internet www.camerup.fr a été mis sur la toile avec des ponts vers les différents sites des associations affiliées, un lien direct permettant d'accéder à leur site commun.

Ce site donne la possibilité de situer dans toute la métropole les coordonnées d'une ou plusieurs des cinq associations par département. Il permet également de mettre en ligne non seulement les événements communs, mais aussi les événements nationaux de chacune des entités.

LES ASSOCIATIONS AFFILIEES



Fédération Alcool Assistance

Siège social : 10, rue des Messageries
75010 PARIS

Site : www.alcoolassistance.net

Téléphone : 01 47 70 34 18

Messagerie : alcool.assist@wanadoo.fr

Président : Auguste CHARRIER

- Reconnue comme établissement d'utilité publique (arrêté du 06/05/1966)
- Agrément national de Jeunesse et éducation populaire (arrêté du 27/01/2005).
- Agrément national de représentant des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (renouvelé le 02/12/2011).
- Prestataire de formation enregistré sous le numéro DRTEFP n°11 73 3965 75 du 12/09/2000).



Fédération Nationale Alcool Ecoute Joie et Santé

Siège social : 3, impasse des alouettes
86190 AYRON

Site : www.alcoolecoutejoieetsante.com

Téléphone : 09.71.53.36.14

Messagerie : ALCOOL-ECOUTE-FNJS@wanadoo.fr

Présidente : Marie-Josée CORREGE

- Reconnaissance utilité publique (arrêté du 26/07/1979).
- Agrément national de Jeunesse et éducation populaire (arrêté du 06/03/2001).
- Agrément national de représentant des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (arrêté du 07/07/2010 n°N2009AG0042) renouvelé le 06/11/2015.



Fédération Nationale des Amis de la Santé (F.N.A.S.)

Siège social : 18, rue du parc
67205 OBERHAUSBERGEN

Site : www.f-n-a-s.com

Téléphone : 03 88 56 09 65

Messagerie : secfnas@wanadoo.fr

Président : Jean-Claude TOMCZAK

- Mission reconnue d'utilité publique (arrêté du 17/01/1991) (*Loi 1908 droit local Alsace – Moselle*).
- Agrément national de Jeunesse et éducation populaire (arrêté du 04/02/2008).
- Agrément national de représentant des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (arrêté du 10/12/2014 n° N2014AG0040).
- Prestataire de formation enregistré sous le numéro 42 67 05539 67 du 12/06/2015. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État.



Société Française de la Croix Bleue (SFCB)

Siège social : 189, rue Belliard
75018 PARIS

Site : www.croixbleue.fr

Téléphone : 01 42 28 37 37

Messagerie : cbleue@club-internet.fr

Présidente : Guilaïne MIRANDA

- Reconnue comme établissement d'utilité publique (arrêté du 31/03/1922).
- Agrément national de représentant des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (renouvelé le 14/09/2012 n° N2012RN0194).



Mouvement Addictions-alcool Vie Libre

Siège social : 8, rue René Cassin
51430 BEZANNES

Site : www.vielibre.org

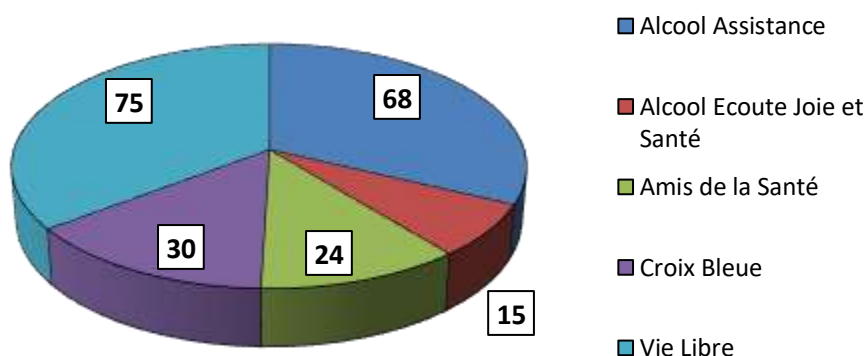
Téléphone : 03 26 87 31 78

Messagerie : vielibrenational@vielibre.org

Président : Félix LE MOAN

- Reconnue comme établissement d'utilité publique (arrêté du 27/03/1963).
- Agrément national de Jeunesse et éducation populaire (arrêté du 12/04/1984).
- Agrément national de représentant des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (renouvelé le 23/11/2011).
- Prestataire de formation enregistré sous le numéro 11 9205 501 92.

Présence des associations affiliées dans les départements français



La CAMERUP c'est environ 20 000 cotisants

100 000 bénéficiaires

1200 lieux d'accueil en France

La CAMERUP et les cinq associations ou mouvements affiliés ont validé officiellement la Charte des Associations d'entraide à la SFA (*Société Française d'Alcoologie*) le 18 mars 2016.

EVOLUTION DES MODES DE CONSOMMATION

« **Alcoolisme** » : un médecin suédois, Magnus Huss, réunit sous ce terme, en 1849 « les manifestations pathologiques de l'intoxication alcoolique » après avoir découvert que des lésions viscérales (affections hépatiques, cardiaques ou neurologiques) et des troubles du comportement de la population hospitalière de Stockholm étaient liés à une surconsommation d'alcool.

Si des traces d'ivresse alcoolique existent depuis l'antiquité, l'alcoolisme, même s'il n'était pas nommé ainsi commence réellement avec diverses avancées technologiques telles que :

- L'essor commercial de la distillation qui débute véritablement au 17^{ème} siècle. Si ce procédé est connu dès le 15^{ème} siècle les alcools distillés à cette époque étaient plutôt réservés à la médecine et à la cuisine. A la cour du Vatican au 15^{ème} siècle, les livres de comptes du pontificat de Paul II (1464-1467) prouvent l'emploi de l'eau-de-vie en cuisine à l'occasion des repas de fête.
- La pasteurisation : Louis Pasteur s'intéressa à cette technique et déposa le 11 avril 1865 un brevet pour un procédé de conservation du vin par chauffage qui fut immédiatement appliqué au traitement de la bière. C'est de son nom que vient le terme pasteurisation. La pasteurisation du vin fut abandonnée à l'époque de la crise du phylloxéra, vers la fin du 19^{ème} siècle.
- Auparavant, les vins et les bières n'étaient pas des produits de garde, ils avaient une durée de conservation extrêmement limitée et étaient des produits de consommation saisonnière avec des taux d'alcool variables à tendance plutôt faible en raison de la méconnaissance des techniques de viticulture. Les boissons alcooliques étant donc rares, elles étaient finalement plus accessibles aux classes privilégiées qu'au peuple.

La **révolution industrielle** a bousculé un ordre plus que millénaire, le monde ouvrier, population jusqu'alors inconnue, en grande souffrance physique, surexploité, totalement désorganisé sans aucune structure, utilisant l'alcool pour « échapper » à la misère. L'alcoolisme apparaît alors dans tous les pays en voie d'industrialisation suivi de près par un mouvement naturel de pensée « l'antialcoolisme ». Mais, dès lors, les boissons alcooliques et leurs consommations s'ancrent solidement dans les coutumes et les pratiques. Dans les discours, au moins pour la classe ouvrière, des termes comme « fléau », « tare », vice » firent leur apparition.

Jusqu'à la **première guerre mondiale**, le vin ne fait pas partie de l'ordinaire du soldat. La donne change dès le premier mois du conflit. Les viticulteurs offrent tant par patriotisme que pour écouler leurs stocks, plusieurs centaines de milliers d'hectolitres de vin à l'armée. Très vite, l'Etat et l'armée voient le parti qu'ils pourront tirer du vin dans la guerre qui va s'enliser et virer au carnage. Il va être présenté comme un « fortifiant » parfait pour soutenir l'ardeur des poilus aux combats. Ses effets grisants et anesthésiants deviendront vite indispensables pour supporter les horreurs des tranchées. Le vin devient le Père Pinard, réconfort du soldat, ou le saint Pinard, patron des poilus qui l'invoquent par peur d'en manquer.

Après le conflit, les stocks étant toujours aussi importants, on a joué sur deux tableaux :

1 - écouler le vin en lui conférant le titre de « *vin de la victoire* ».

2 - l'utiliser pour maintenir les poilus dépendants dans leur état car il n'y avait à l'époque pas suffisamment de structures pour les soigner sachant qu'au sortir de la guerre, la situation est si préoccupante que des campagnes antialcoolisme vont voir le jour qui mettent à contribution femmes, épouses et mères de famille pour informer et dissuader les hommes revenus du front.

Lors des **années 1920 à 1929** appelées les « *années folles* », les boissons n'étaient plus le vin sous forme de « *pinard* » mais plutôt Champagne et Vermouth et, étaient consommés dans un esprit plutôt festif pour oublier les affres de la dernière guerre. Des campagnes pour relancer la consommation du vin sont organisées.



Figure1 : En 1933, Leonetto Cappiello (1875+1942) conçoit une superbe lithographie éditée par le ministère de l'agriculture dans le cadre d'une campagne publicitaire pour les vins de France « Buvez du vin et vivez joyeux ». Dans cette image, un couple débordant de bonheur sort d'une France débordante de raisin !

Après la seconde guerre mondiale, la disette fit attendre **les années 1950** pour retrouver de très fortes consommations de vins de table de basse qualité, mélanges des vins d'Algérie et des terroirs français en cours de relance. Il y eut également, une « *américanisation* » des consommations sous l'influence des films d'outre-Atlantique.

« *Cigarettes, whisky et petites pépées* » était lié à l'image du héros par excellence dans les films d'action type Eddy Constantine et consorts, et la jeunesse de l'époque s'identifiait à ce cliché.

On consommait donc des **boissons made in USA** comme whisky-coca, Gin tonic, mais aussi à la mode des « *cocktails* » maison comme des mélanges à base de rhum, limonade et citron, etc.

A partir des **années 1970** le type de consommation était induit par la publicité et bien qu'existant déjà les apéritifs anisés, les amers bières et autres boissons de ce type prenaient leur essor, encore très usités aujourd'hui.

On vît apparaître les boissons destinées à un type de population précis comme les « *prémix* ». Ce terme regroupe les boissons issues du mélange d'une boisson alcoolisée et d'une boisson non-alcoolisée. Aux États-Unis et dans d'autres pays, les prémix sont parfois considérés comme des *alcopops* (*alco-* pour alcool et *-pop* pour soda en anglais), même si cette dernière désignation est plus large que celles des prémix. En Allemagne on parle aussi de *biermischgetränk* (« boisson mélangée à la bière ») destinée aux jeunes.

La loi Évin, du nom de son auteur Claude Évin (ou loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme), lutte contre le tabagisme en établissant le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, ainsi que dans les lieux collectifs

de transport. Concernant l'alcool, elle limite fortement le droit de faire de la publicité pour les boissons alcoolisées afin de protéger les jeunes des opérations de marketing.

Heureusement, en France, où l'on parle aussi de « *malternative* », la législation restrictive depuis 1996 les soumet à une taxation spécifique s'appliquant aux boissons dont le titre alcoométrique excède le volume de 1,2 % (telles que les mistelles). En deçà on rentre alors dans la catégorie des panachés.

Les femmes :

Une autre population plus vulnérable est également la cible des alcooliers : les femmes. Pour elles également la création de toute une gamme de boissons spécifiques est mise sur le marché à force de promotions par la couleur et la forme des contenants. La libéralisation de la femme a amené au grand jour une consommation plutôt cachée par le passé. La sensibilité de la femme aux



boissons alcooliques est plus grande que celle de l'homme. Elle est donc bien plus vulnérable au produit.

Pendant la grossesse, la consommation d'alcool est totalement prohibée et, la recrudescence de cas d'alcoolisation fœtale, qui est la première cause évitable de retard mental et de crétinisme non génétique dans le monde¹¹, a nécessité l'obligation, en France de faire figurer un logigramme d'information sur tous les contenants de boissons alcoolisées.

A ce titre un exemple de la considération portée à la femme enceinte dans le message d'information obligatoire sur les contenants de boissons alcoolisées.

Ces femmes porteuses d'avenir et d'espoir sont reléguées sur l'étiquette arrière des flacons, coincées sous la poubelle, le bac de récupération de verre et le recyclage et ceci dans une couleur unique et d'un format de 5mm² rendant le logigramme presque invisible. Alors qu'il devrait se trouver bien en évidence sur l'étiquette principale dans un format au minimum d'1 centimètre² dans les couleurs rouge et noire sur fond blanc d'origine.

Dans le récapitulatif des recommandations issues du rapport de la cour des comptes sur « **les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool** » nous retiendrons tout particulièrement, ici, la n°4 qui concerne les paragraphes ci-dessus et ci-dessous.

« Développer les actions de prévention et de communication vers les publics les plus fragiles (jeunes, femmes enceintes en vue de prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtal, personnes en difficulté) ; dans ce cadre, accorder une attention particulière à la prévention des violences faites aux femmes ; »¹²

¹¹ Source : OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

¹² Source : « Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool » du rapport public thématique de la Cour des comptes.

Les jeunes :

Aujourd'hui c'est plus le mode de consommation que la nature des boissons qui est de mise chez les jeunes, il est plus axé sur la façon de boire que sur le type de boisson (bien que la Vodka soit la boisson à la mode) les débitants utilisent des actions telles les « **open hours** » ou « **open bars** » qui proposent des boissons à tarifs extrêmement préférentiels pendant une durée limitée. Ces pratiques obligent à une consommation rapide de boissons, souvent fortes, par une population aux moyens limités, les jeunes.

Le « **binge drinking** » ou « biture expresse », mode de consommation inventé par les jeunes : chercher à obtenir l'ivresse dans le plus court délai possible. Il

peut alors avoir pour conséquence extrême des accidents graves, des comas éthyliques, des violences, voire des décès.

Ce phénomène continue à prendre de l'ampleur en Europe où 28% de la population étudiante et 33% des 15-24 ans s'adonnent au « binge drinking » une fois par semaine¹³.

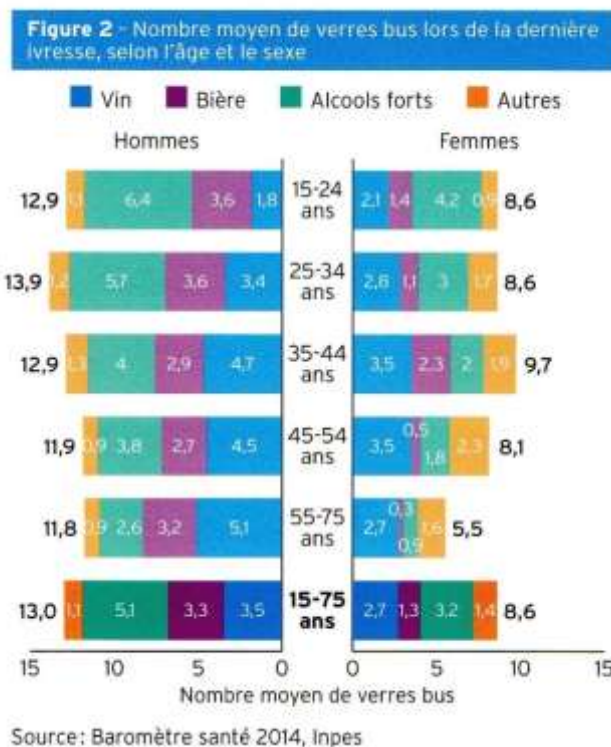
Des chercheurs franco-anglais se sont penchés sur les effets d'une telle pratique au niveau du cerveau.

Cette étude révèle que la consommation excessive de boissons alcoolisées sur une courte période endommage durablement le cerveau des jeunes.

Parmi les participants à cette étude, il y avait dix hommes et dix femmes qui ne pratiquaient pas le binge drinking et dix hommes et dix femmes étaient des binge drinkers.

Questionnaires, IRM et tests cognitifs deux fois à un an d'intervalle révélèrent de graves répercussions anatomiques chez les hommes et une altération de la matière grise chez les filles générant chez les deux sexes des difficultés d'apprentissage, de raisonnement, de compréhension, de lecture, etc.

La « **neknomination** » est un phénomène apparu sous la forme d'un défi lancé par un internaute à ses contacts sur les réseaux sociaux pour les inciter à boire d'un trait un verre d'alcool. Une fois le défi relevé, les internautes concernés se tournent vers leurs propres contacts et les invitent à en faire de même. Il n'y a pas de réglementation de la publicité pour tabac et alcool sur les réseaux sociaux ou les sites dédiés aux jeunes, à la culture et aux sports. En Europe, seule la Finlande a pris des mesures pour bloquer ce type d'intrusions sur la toile.



¹³ Source : Département de la communication de l'Union Européenne.

Une nouvelle pratique commence doucement à faire son chemin : l'**inhalation** d'alcool. Des appareils facilitant la pratique sont commercialisés aux Etats-Unis et sur Internet, laissant présager d'un possible développement, notamment chez les plus jeunes.

Les dommages sur le cerveau suite à un apport excessif d'alcool sont nombreux, surtout quand ce cerveau est encore en plein développement (il atteint sa maturation à l'âge de 20-25 ans).

De plus, selon une étude réalisée sur des rats au Centre National de Recherche sur l'Alcool de Californie le risque de dépendance (addiction) est plus élevé via l'inhalation d'alcool que via l'ingestion. Reste les effets sur les poumons qu'on ne connaît pas encore mais qui existent certainement... Pour toutes ces raisons, l'inhalation d'alcool est plus dangereuse que l'ingestion...

Le lobby des alcooliers passe par le développement de produits spécifiques pour inciter les jeunes à la consommation. La taxe sur les prémix ne concernait que les boissons à base de spiritueux, on a donc vu fleurir des nouveaux prémix à base de vin « *Rosé pamplemousse, Rosé sucette (!), Fruit and wine* » ou à base de cidre.

Le lobby pour attirer les jeunes (et les femmes) passe par le « packaging », le prix et surtout la publicité.

Le **détricotage de la loi Evin** par nos élus ne va qu'amplifier le problème de la dépendance alcoolique pour le futur. Nous sommes dans une ère de fabrication du crétinisme et d'autres tares en tous genres chez nos jeunes.

La CAMERUP est intervenue à plusieurs reprises auprès des élus (Députés et Sénateurs) en les interpellant directement par courrier¹⁴ sur l'article 4^{ter} dans le cadre du PLMSS (*Projet de Loi de Modernisation de notre Système de Santé*) durant le second semestre 2015.

L'article reprend le texte de l'article 62^{ter} introduit dans la loi « Macron » et qui avait été censuré par la Conseil Constitutionnel : « *Ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande au sens du présent chapitre les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime* ».

Cet amendement ouvre donc un grand nombre d'exceptions à la loi Evin en ce qui concerne la publicité sur les alcools. La plupart des boissons alcooliques peuvent exciper une référence à une indication géographique ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager. Elles pourront ainsi échapper à l'encadrement de la publicité prévu par la loi Evin et à l'obligation d'un avertissement sanitaire, leur promotion devenant totalement libre¹⁵.

¹⁴ Un modèle de courrier sera joint en annexe au présent document (*annexe 1*).

¹⁵ Fascicule : Publicité sur les boissons alcooliques : les véritables objectifs du lobby de l'alcool (ANPAA 2015).

II – LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

LES COMPETENCES :

Concernant les compétences, nous ne faisons ici que reprendre le texte proposé par Messieurs les professeurs REYNAUD et PAILLE dans le cadre du projet de document intitulé « **l'intérêt des patients experts dans les addictions** ».

Intérêts des mouvements d'entraide

Selon une enquête effectuée auprès des mouvements d'entraide¹⁶, ils agissent selon une méthode commune à tous :

- lieu d'intégration sociale de lutte contre l'exclusion ;
- valorisation de la personne dans l'écoute, le non-jugement de son ressenti de son expérience, de la souffrance, de la maladie ;
- lieu d'apprentissage d'une nouvelle gestion de soi au quotidien ;
- lieu d'expression du CARE comme technique de soin complémentaire aux systèmes plus classiques de soins du CURE (CARE est une expression anglo-saxonne signifiant : bienveillance, s'occuper de, prendre soin, porter attention, technique complémentaire indispensable aux systèmes de soins médicaux classiques, le CURE englobant les soins médicaux).
- lieu d'informations variées et approfondies ;
- forme de contre-pouvoir et de revendications ;
- lieu de grande disponibilité et de grande souplesse de fonctionnement ;
- place pour les échanges, la convivialité, l'amitié ;
- existence d'une solidarité proximale pour éviter une plus grande détresse psychique ;
- lieu de réel intérêt pour la personne : l'aider à s'en sortir, sauver sa vie en lui permettant de vivre mieux et longtemps.

Il s'agit d'abord de combler un manque auquel les soignants ne peuvent répondre y compris en termes de disponibilité alors que les mouvements d'entraide peuvent rencontrer des patients hors des structures de soins et à des horaires plus larges... En plus de ses témoignages la rencontre avec les mouvements d'entraide est motivante car elle incarne la possibilité d'un bon résultat.

Complémentarité avec les professionnels

Si le savoir « expérientiel » ou « profane » des mouvements d'entraide a longtemps été opposé au savoir « expert » des médecins, les années 1990 avec l'apparition des premiers réseaux ont permis de faire changer les représentations¹⁷. La prise en charge d'un patient alcoolodépendant est complexe et nécessite une offre de soins globale et pluridisciplinaire, dans laquelle les mouvements d'entraide sont des partenaires à part entière. Les groupes d'entraide offrent, par « leurs valeurs, l'accueil inconditionnel, la confiance, l'engagement et la puissance du témoignage »¹⁸ (), un lieu privilégié d'information de soutien, d'écoute et d'empathie, complémentaires à la prise en charge des autres intervenants.

¹⁶ Pain K, 2009

¹⁷ Paille F, 2012

¹⁸ Claudon M, 2012

Leur rôle commence dès avant le soin en offrant à l'utilisateur un accueil sans jugement qui lui permet de s'engager dans une réflexion puis dans un projet thérapeutique. Pendant les soins, le soutien des mouvements d'entraide permet à l'utilisateur de poursuivre sa réflexion, de maintenir ou de retrouver des liens sociaux, de bénéficier de l'expérience des autres membres. Et enfin, après les soins, alors que la mission des professionnels est souvent limitée dans le temps (séjour, consultation...) et sur le terrain d'action (hôpital, cabinet, ...), les mouvements d'entraide poursuivent l'accompagnement de l'utilisateur dans l'apprentissage d'une vie nouvelle, aidé par des personnes auxquelles il peut s'identifier.

Cette entraide apportée par les mouvements produit de nombreux effets : elle réduit les sentiments d'isolement, améliore le sens de l'identité, favorise l'appartenance à un groupe. Elle est aussi une source d'information et d'apprentissage de santé, et une source de « modèles » (témoignage d'un ami abstinent) pour l'acceptation et l'adaptation à un nouveau mode de vie. Ainsi, pour toutes ces raisons, les modes d'intervention des groupes d'entraide sont à accepter et respecter parce qu'ils sont complémentaires des interventions des professionnels. « Il y a donc naturellement une place, dans le processus thérapeutique, pour des personnes ayant une expérience subjective, les patients, tout aussi importante que l'expérience objectivée des personnels de soins »¹⁹.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques

Ces travaux ont permis aux Recommandations de Bonnes Pratiques élaborées au niveau national, de situer les mouvements d'entraide comme des partenaires à part entière et de souligner l'intérêt de leur action :

« Les associations d'entraide interviennent à toutes les étapes de la prise en charge du sujet alcoolodépendant. En France, la plupart sont orientées vers l'aide au maintien de l'abstinence à l'exception des associations qui militent en faveur de l'utilisation du baclofène. Cela ne les empêche nullement d'accueillir les personnes quelle que soit leur situation vis-à-vis de l'alcool.

De nombreuses études suggèrent que la participation à une association d'entraide améliore le maintien de l'abstinence au long cours chez les patients volontaires ».

Il existe un fort consensus d'experts, rappelé à l'occasion des conférences de consensus de la Société Française d'Alcoologie mettant en évidence le rôle et l'efficacité des mouvements d'entraide dans l'accompagnement et le suivi des patients alcoolodépendants et soulignant l'intérêt de leur action dans le réseau de la filière addictologique en partenariat avec les professionnels du soin.

Les orientations stratégiques de la CAMERUP sont encadrées par un projet associatif basé sur quatre axes :

Axe1 : L'optimisation de l'accompagnement

Axe2 : La qualité du service rendu.

Axe3 : La pertinence de la prise en charge.

Axe4 : La communication.

Nos associations de base fonctionnent selon le principe de **l'auberge espagnole** où tout le monde est le bienvenu apportant ses compétences, ses connaissances, son savoir pour ce qui est des militants et sa présence, sa confiance, son écoute et ses moyens d'expression pour le membre arrivant.

¹⁹Deccache A, 2003

Si nos associations fonctionnent sur un mode tribal où chacun se sent en lien avec les autres, reconnues et sécurisées, elles se gardent d'un fonctionnement clanique en se voulant ouvertes sur le monde et la société. Certains restent à vie dans l'association, mais d'autres, de plus en plus, sont de passage dans cette société devenue individualiste avec les nouveaux moyens de communication. Le pourcentage de personnes suivies qui poursuivent la fréquentation des groupes après sevrage ou cure est relativement faible, et pourtant une enquête de l'INSERM (*Institut National de Santé et de Recherche Médicale*) démontre que la fréquentation des associations d'entraide possède le meilleur taux de réussite surtout dans la première année d'abstinence²⁰.

Actions thérapeutiques et perspectives

La place des mouvements d'entraide dans les soins est de l'ordre de :

- Approche individuelle.
- Approche groupale.
- Principe du « *self-help* » : être le moteur de son changement.
- Apprentissage « *vicariant* » : faire l'expérience des conséquences de ses actions.

Dans le contexte de l'efficiencia : « *le groupe peut-il s'auto-suffire* ».

Pour certaines situations l'association « **abstinente** » est la seule thérapie efficace, elle réussit là où les autres soins ont semblé inopérants.

Le mouvement peut permettre d'éviter les autres structures de soins, il maintient le patient dans son milieu familial et socioprofessionnel.

Il est « **rentable** » : pas de coût de soins (hormis subventions) / résultat positif.

Actuellement, il y a une complémentarité fréquente sans coordination formelle avec les acteurs de soins.

En amont et aval **les interventions de groupes font parties du programme** à certaines étapes du soin, l'accueil et l'inclusion dans et par le groupe nécessite une démarche personnelle les soignants ont une **injonction vague ou insuffisante** en la matière : « *ce serait utile d'aller dans une association* ».

Le patient trouve dans les réunions le modèle du « *semblable* », de la résonance avec le Moi mais aussi une confrontation à l'exemplarité (« eux ont réussi à être abstinents », l'association comme Sur Moi ou comme idéal du Moi, d'où une fréquente ambivalence voire un rejet du nouvel arrivant : « ça parle toujours alcool », « ils se disent abstinents et ils continuent de boire », « ça me redonne envie de boire », « c'est une secte ».

Il y a une collaboration informelle sans liaison précise entre soignants et associations d'entraide : pas d'objectifs précisés, peu de transmissions d'informations (secret professionnel).

Parfois peu de connaissances mutuelles... au patient de se présenter et de s'insérer (ou pas) dans le groupe. Quel projet à long terme dans le groupe ? Se construire une nouvelle identité, être reconnu, s'automatiser.

²⁰ Enquête INSERM « *Evolution des valeurs interpersonnelles et maintien de l'abstinence au cours du temps au sein des mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool* » Boulze I. 2015

Le problème de la répétition : « *c'est toujours le même discours* », l'évolution se fait en devenant responsable du groupe (réparation, réinvestissement narcissique) ou consommateur à la demande (le groupe comme automédication, comme ressource ponctuelle ou régulière (« *j'en ai besoin* »)).

La rechute ne doit surtout pas être considérée comme un retour impossible dans le groupe.

Au niveau des évolutions par rapport aux nouveaux médias et aux nouvelles populations : nous devons nous adapter aux forums internet, aux techniques de coaching.

On a une image parfois stéréotypée des associations d'entraide contrastant parfois avec le développement de nouvelles structures (centre de jour), de nouveaux produits, de nouvelles populations (addictions sans produits), également l'apparition de groupe de self-help au sein de certaines structures.

Perspectives :

Nos perspectives doivent s'ajuster en précisant notre place dans le réseau addictologie :

Valoriser notre spécificité du terrain.

Développer des projets en direction de chaque « usager », en utilisant de nouveaux modes de communication, y compris lors des soins.

Relativiser la notion de témoignage et d'exemplarité (ou position d'expert) pour une recherche centrée sur les besoins du nouvel arrivant mais aussi du militant ou du soignant qui s'essouffle dans son engagement.

Se former et former.

Comprendre les freins à l'entrée dans un processus thérapeutique (stades de changements, analyse des résistances, techniques motivationnelles...).

Expliquer que les associations et les structures fonctionnent comme des « **Auberges espagnoles** », on y trouve ce que chacun apporte...

Participer aux études scientifiques sur les compétences psychosociales : résolution des problèmes et prises de décisions, pensée créative et pensée critique, relations interpersonnelles, conscience de soi et empathie pour les autres, gestion du stress et des émotions.

Mener une réflexion sur le manque, l'estime de soi, le Moi individuel et le Moi groupal, l'apprentissage de nouvelles compétences sociales et relationnelles.

Maintenir un dialogue constructif entre mouvements et structures de soins (soins aigus et soins de suite).

Etablir de nouveaux partenariats avec des structures et des organismes menant à une nouvelle approche et un nouveau public.

Collaborer avec les associations tant françaises qu'européennes œuvrant dans les mêmes optiques pour construire une stratégie commune d'action.

LES MOYENS :

A – HUMAINS :

« *C'est n'être bon à rien que n'être bon qu'à soi* » VOLTAIRE

« Ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. ».

Cette citation d'Albert Einstein illustre bien l'importance du bénévolat et de la difficulté à le chiffrer.

Le premier moyen, et non des moindres, est le bénévolat de nos militants. Ce bénévolat qui est une **force** pour l'exécution de toutes les tâches de notre mission.

Mais, et c'est là un point à prendre en considération : **bénévole ne doit en aucun cas être synonyme d'« exploité »**.

Si le bénévole associatif est une personne qui donne de son temps il ne doit en aucun cas y être de sa cagnotte personnelle et encore moins familiale. Les frais inhérents à ses activités doivent bien évidemment lui être ristournés voire mieux, dans la mesure du possible, lui être avancés.

Ces heures de bénévolat ont une valeur puisqu'elles rapportent beaucoup à la société en rapport du coût pour l'exécution du même travail pratiqué par un professionnel.

Ces personnes nanties de bonne volonté et d'expériences personnelles doivent néanmoins être formées aux techniques d'entretien, d'animation, d'approche systémique, etc., ce qui sera du ressort de leurs fédérations ou de la CAMERUP.

Chaque militant a son rôle au sein de son association, de sa section et/ou antenne, et son activité est non seulement un travail utile aux autres mais également une thérapie de réinsertion, une reconnaissance et valorisation pour lui-même.

Dans nos associations, les militants ne sont pas que des anciens malades mais également bon nombre de conjoints, de personnes de l'entourage ou des personnes simplement convaincues du bien-fondé de nos objectifs.

Certaines personnes toujours en activité professionnelle, cependant motivées et compétentes, ne peuvent militer que de façon occasionnelle par manque de disponibilité.

Pour ces personnes, **il serait peut-être judicieux de revoir les conditions et les règles de mise à disposition des congés de représentations** (*de les étendre aux associations reconnues d'utilité publique par exemple à raison de quelques jours par an pour les congrès, assemblées générales et autres manifestations nationales, etc.*).

Le travail accompli par nos militants est bien cerné dans le paragraphe sur les compétences des associations d'entraide.

Tous nos membres ne militent pas, loin de là. Bon nombre sont encore dans des phases diverses de travail sur eux même.

La proportion de militants (*animateurs, accompagnants, préventeurs, formateurs, etc.*) par rapport au nombre d'adhérents peut être estimée à 1 sur 20.

Certaines de nos entités ont du personnel salarié pour la bonne gestion et l'administration de leurs structures.

B – FINANCIERS :

Nos associations comme toutes les associations ont besoin de moyens financiers pour pouvoir fonctionner, c'est le nerf de la guerre.

Ces ressources proviennent de rentrées propres comme les cotisations des associations affiliées, les quotes-parts sur cartes de membres, les abonnements aux journaux et la vente de documentations. Une précision importante, tous les membres ne règlent pas leur cotisation, bon nombre sont encore dans des situations de précarité telles qu'ils ne sont pas en mesure de le faire.

Autre précision à apporter, c'est que les bénéficiaires, qui participent à certaines activités, sont les proches du malade et ne payent pas de cotisation spécifique. Nous pouvons considérer que le ratio est de quatre (4) bénéficiaires par adhésion.

Bon nombre de militants offrent leurs frais de déplacement à leur association d'affiliation. Ces dons restent bien évidemment pour le fonctionnement des structures locales dont dépendent les donateurs.

En plus des ressources propres, il y a les subventions sur projets, sur actions, très peu le sont pour fonctionnement.

Elles proviennent d'organismes de tutelles comme :

La **DGS** (*Direction Générale de la Santé*),

La **CNAMTS** (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*).

Egalement d'organismes comme la **MSA** (*Mutualité Sociale Agricole*) qui est la sécurité sociale agricole qui gère la santé, famille, retraite, accidents du travail des exploitants et salariés agricoles.

Le **FNDVA** (*Fonds National pour le Développement de la Vie Associative*) dont les crédits doivent servir à des actions de formations des responsables bénévoles et assurer le financement d'études, de recherches et d'expérimentations relatives à la vie associative.

Certaines associations affiliées peuvent bénéficier de subventions venant d'organismes tels que : mutuelles ou structures plus locales comme les conseils départementaux, régionaux ou encore les communes. Ces subventions servent au fonctionnement local et ne reviennent pas au national. Quoi qu'il en soit, **ces moyens financiers sont en restriction** et bien évidemment **insuffisants** pour permettre un fonctionnement optimum de nos structures qui pourraient être encore bien plus performantes.

Autre point à signaler, **la diversité et la complexité des dossiers de demandes** ainsi que les délais de versement des subventions mobilisant l'énergie de nos administrateurs à chercher des moyens de fonctionnement durant les premiers mois de l'année. Ceci en attendant **des versements tardifs** qui n'arrivent qu'au second semestre, ce qui oblige l'organisation des formations, forums et autres actions de manière concentrée et très souvent dans l'urgence au courant du dernier trimestre. La qualité de ces manifestations s'en ressentant bien évidemment.

C – OUTILS :

Dans le but de se faire connaître d'une part et d'appuyer les actions et interventions faites par les associations de terrain mais également pour informer les membres des activités nationales ou locales, les diverses fédérations et mouvements mettent à leur disposition du matériel sous formes diverses.

L'édition régulière de journaux ou bulletins apportent information et liaison entre les diverses structures locales.

Certaines associations ont fait le choix, **pour des raisons économiques** de remplacer le support papier par un support informatique « e-letter ».

Pour se faire connaître, les structures nationales mettent à disposition des affiches, des flyers expliquant leur vocation basique : l'aide et l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et leur entourage. Ce matériel devrait trouver une place dans les lieux de passage ou de rencontre comme les cabinets médicaux, les dispensaires ou maisons de la santé, les structures hospitalières, en fait tout endroit susceptible d'intéresser un public pouvant être, directement ou indirectement concerné par la problématique alcool, ou plus généralement addiction.

Pour les actions de terrain, prévention, information tout public, un matériel spécifique est édité sous forme de flyers, de fascicules, de dépliants pour les personnes rencontrées (jeunes en milieu scolaire, festif, moins jeunes dans les forums).

Pour les intervenants des supports informatiques (PowerPoint, ...) sont confectionnés pour étayer les interventions faites par des personnes formées.

Pour le grand public, chaque mouvement ou fédération a un site internet présentant leur caractère social, ceci pouvant d'ailleurs être le cas pour certaines associations à structures régionales ou départementales.

Pour la CAMERUP, des affiches et des dépliants ont été diffusés aux acteurs locaux pour diffusion et affichage afin de faire connaître de manière plus large les différentes possibilités de contact (entraide puissance cinq) sur l'ensemble du territoire métropolitain. Le site internet www.camerup.fr permet de contacter d'un simple clic, une des cinq entités affiliées.

Ce lien étant par ailleurs réversible du site d'une association vers CAMERUP.

Une « *lettre de la CAMERUP* » devrait trouver une diffusion régulière pour informer l'ensemble des militants des actions et travaux des administrateurs dans le cadre de la défense de leurs intérêts, du travail de reconnaissance de leurs structures par les instances et partenaires, administrations tant françaises qu'internationales.

La confection et la gestion de ces outils ont un coup de plus en plus important et un complément de financement extérieur serait le bienvenu.

III – LES AXES D'INTERVENTION

La vocation basique de nos associations est l'accompagnement des malades alcoolodépendants et l'entourage mais, ce n'est pas le seul axe que nous nous donnons puisque nous pensons de notre devoir de mener conjointement des actions de prévention.

Ainsi, nous formons des membres pour animer des séances d'information/prévention dans différents lieux.

Notre projet associatif prévoit l'encadrement de l'accompagnement sous trois axes :

Axe 1 : *Optimisation de l'accompagnement :*

- ✓ *Proposer au malade **une offre de soins adaptée à son projet** en conformité avec les recommandations de bonne pratique.*
- ✓ ***Personnaliser avec le patient** l'élaboration de **son projet** thérapeutique.*
- ✓ *Permettre un accompagnement cohérent en lien avec les partenaires en amont et en aval de la prise en charge, ce qui suppose de **développer des partenariats efficaces et de qualité.***
- ✓ *Informar et accompagner l'**entourage** du malade sur le long terme.*

Nous accompagnons le malade, mais il reste maître et acteur de son projet, même s'il fait le choix de la réduction de consommation.

LA REDUCTION DES RISQUES :

Les **cinq associations** appartenant à la CAMERUP sont unanimes sur ce sujet.

La réduction de la consommation est une réduction des risques bénéfique aux buveurs excessifs.

Quand il y a dépendance réelle, la consommation contrôlée n'est cependant pas tenable sur la durée. Dans ce cas de figure, la consommation contrôlée peut être un moyen à un certain stade du parcours de la personne en difficulté de faire le point, d'expérimenter les limites de cet outil et d'envisager dans un second temps l'abstinence comme objectif.

Cette prise de position issue de notre expérience sur le terrain est loin de faire l'unanimité y compris chez les professionnels de santé qui ne proposent parfois même pas l'abstinence.

L'abstinence choisie permet de retrouver une qualité de vie tant sur le plan personnel, familial, que professionnel ou autre. Pour les anciens malades alcooliques, l'expérience démontre qu'il n'y a pas d'alternative à l'abstinence librement consentie, totale et définitive. **L'action des associations s'inscrit dans la promotion d'un mode de vie hors alcool même si elle n'est pas prohibitionniste**

Néanmoins si un malade souhaite tout d'abord tenter la **consommation contrôlée** il sera accompagné et encouragé à faire pratiquer un bilan pathologique complet, un accompagnement par des professionnels en addictologie (CSAPA) ²¹ par exemple. Ceci tout en maintenant l'accompagnement avec groupes de parole, réunion, entretiens motivationnels, etc... tant pour lui que pour ses proches. Ceci pour réduire des risques auxquels ils sont, le malade et son entourage, exposés par les conséquences sanitaires, sociales et professionnelles connues depuis bien longtemps déjà de la pathologie alcoolique.

²¹ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Réduction de la consommation :

La CAMERUP promeut une culture hors alcool et la réduction des risques dans tous ses aspects y compris la réduction de consommation si la finalité est l'abstinence.

Cette politique est loin de faire l'unanimité y compris chez les professionnels de santé si l'objectif final n'est pas le hors alcool, qui très souvent proposent une complémentarité des stratégies pour atteindre le but.

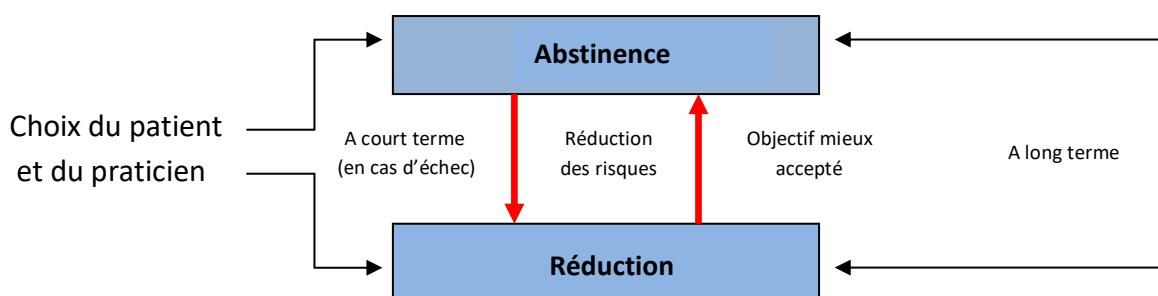


Figure 3 : Complémentarité des stratégies « d'abstinence » et de « réduction des risques » en alcoologie.

Source : Courrier des addictions n° 2 vol 16 2014.

Trop peu de patients acceptent à ce jour les soins qui leur sont proposés. Il est donc indispensable d'associer les nouvelles stratégies thérapeutiques à celle de l'abstinence. Les patients réticents à celle-ci pourraient donc être réceptifs à un programme fondé sur la réduction des consommations, plus proche de leurs attentes, qui devrait leur faciliter l'accès aux soins. Et on peut **leur présenter l'objectif d'abstinence** dans un deuxième temps de la prise en charge. Dans tous les cas la réduction avec un contrôle partiel des consommations, permettra de réduire les dommages liés à l'alcool. En fin de compte, il existe suffisamment d'arguments pour clore le débat opposant l'abstinence à la consommation contrôlée et ainsi développer leur complémentarité. ²²

Réduction du risque de surconsommation :

Les buveurs excessifs, encore en dehors de la dépendance, qui consultent les mouvements et qui sans s'astreindre à l'abstinence, sont en mesure d'accepter une réduction de leur consommation, représentent un succès et le premier pas vers le changement.

Réduction des risques de réduction de l'espérance de vie :

Plusieurs études ont en effet montré que toutes les formes de réduction de la consommation d'alcool favorisaient une diminution de la mortalité des alcoolodépendants avec un gain d'espérance de vie moyen de 8 ans. Plus la réduction de consommation était importante, plus l'espérance de vie augmentait. **L'abstinence était associée avec le taux de mortalité le plus faible.** ²³

²² Benefits of alcohol reduction strategies B. Trojak, V. Meille, B. Bonin.

²³ Roerecke M Rehm J. Alcohol use disorders and mortality : a systematic review and meta-analysis. Addiction 2013.

Réduction des risques d'isolement :

Les réunions de groupes de paroles, activités de loisirs proposés par les associations aux personnes qui se sont retrouvées mises à l'écart voire au banc de la société et qui ressentent douloureusement cette solitude, permettent de retisser du lien social dans le groupe et hors du groupe.

Réduction des risques de précarité et de désocialisation :

La parole retrouvée, l'écoute sans jugement, la valorisation dans le groupe permet de redonner dans la durée la stabilité et de reconquérir une place dans la société.

Réduction du risque de perte de confiance en soi et de démotivation :

En lui redonnant de la valeur, du courage, de l'assurance, en lui faisant confiance, en la responsabilisant dans certaines des activités au sein des associations, la personne peut à nouveau se sentir utile, donner du sens à sa vie, être écoutée sans jugement : être **reconnue** et élaborer un projet de vie sans frustration.

Réduction du risque de réalcoolisation :

La fréquentation régulière du groupe permet de trouver à tout moment un interlocuteur à son écoute, faisant abstraction de tout jugement.

Réduction des risques d'accidents et de maladies :

L'abstinence et son maintien dans la durée permet de reconstituer un capital santé physique et psychologique.

Réduction des risques futurs auprès des jeunes :

Elle se fait dans le cadre des actions de prévention en milieux scolaires de tous niveaux, en accord et en collaboration avec les instances de l'Education Nationale, également sur les lieux festifs et autres lieux de rencontre avec les jeunes.

Réduction des risques chez les femmes en âge de procréer (SAF) :

Un travail en collaboration avec des associations comme « *SAF France* » et « *Vivre avec le SAF* » nous permet de transmettre un message sincère, authentique et conforme.

Charte du parcours de santé²⁴ : usagers et professionnels s'inscrivent dans une relation partenariale. La relation entre l'utilisateur et les professionnels respecte le principe selon lequel **la décision finale appartient à l'utilisateur**.

Il va de soi que nos associations adoptent ce même principe dans le cadre de l'accompagnement du malade dans sa démarche de soins.

²⁴ Charte du parcours de santé en annexe (*annexe2*).

Toutes ces mesures de réduction du risque participent à confirmer la nécessité du travail de terrain des bénévoles au sein des mouvements d'entraide dans le domaine de la santé et plus précisément concernant la problématique alcool. Toute personne est accueillie, considérée et écoutée, là où elle en est de son parcours et quelle que soit sa décision d'arrêter sa consommation ou de la réduire.

Le troisième item de l'axe 1 du projet associatif fait référence au **partenariat** en amont et en aval de la prise en charge.

Bien que le partenariat fasse l'objet d'un paragraphe spécifique dans le présent livre, il nous faut néanmoins, d'ores et déjà attirer l'attention sur un rapport de 2015 de la Conférence Nationale de Santé sur les droits des usagers qui rejoint nos préoccupations en la matière. Ce document intitulé « *Droits des usagers, relation partenariale et formation des professionnels de santé* ». Il y est fait mention entre autres, de l'implication des usagers et des représentants des usagers dans notre système de santé. **Nous aimerions y voir ajouté tous les acteurs concernés** puisque comme l'indique la définition de la santé :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Cette définition est celle du préambule²⁵ de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient **affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée**.

Et, de fait, tous les acteurs œuvrant dans les catégories ci-dessus énumérées devraient, à un moment ou à un autre devenir des partenaires de nos structures et associations affiliées sur le plan national, régional et local.

La position stratégique de la CAMERUP entre les acteurs de terrain et les organismes de tutelles et partenaires fait d'elle un interlocuteur et un partenaire incontournable dans le domaine de la santé publique en France mais également sur le plan Européen où ses compétences sont mises à contribution dans le cadre, par exemple, de l'écriture d'une nouvelle proposition de stratégie européenne alcool avec des ONG ²⁶ comme EURO CARE ²⁷.

²⁵ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948, à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

²⁶ ONG Organisations Non Gouvernementales.

²⁷ Eurocare – European Alcohol Policy Alliance.

Axe 2 : La qualité du service rendu.

Le service rendu de qualité nécessite une adaptation permanente de nos pratiques :

- ✓ Une **formation continue** afin de développer nos connaissances et nos compétences.
- ✓ De la documentation pédagogique adaptée pour étayer nos interventions dans les diverses strasses de la population.
- ✓ Des **moyens** contribuant à la valorisation du bénévolat et au dédommagement des frais investis (déplacements, repas, etc.).
- ✓ Une **reconnaissance des professionnels de santé et du social sans a priori du militant bénévole.**

LA FORMATION :

Par le biais de la formation, la coordination devient une organisation apprenante qui hisse les compétences acquises. Le capital humain des associations est un atout considérable qui nécessite d'être valorisé par le développement des capacités de ses bénévoles. La retranscription des connaissances au sein de nos structures profite tant aux usagers qu'aux bénévoles qui apprennent de nouvelles pratiques et les mettent en œuvre. La coordination, avec le concours des associations affiliées, doit organiser cette transmission des savoirs et évaluer les bénéfices issus de la formation des militants aussi bien à court terme qu'à moyen ou long terme.

En plus du contexte économique actuel qui génère de plus en plus de personnes en situation de désœuvrement, de précarité et de souffrance qui ont recours aux substances psychoactives pour échapper ne serait-ce qu'un instant à leur quotidien, notre ambition de qualité au niveau de nos interventions de prise en charge nécessite de plus en plus de compétences et d'intervenants qualifiés.

Pour ce faire les actions de formation doivent être amplifiées d'une part, pour former des formateurs et d'autre part, former de nouveaux militants sur le terrain.

À ce jour, les financements arrivant en fin d'année calendaire, il n'est pas envisageable d'avoir une efficacité optimum en un laps de temps restreint.

Des sessions de formation sont dispensées sous l'égide de la coordination, qui propose ses thèmes à la Direction Générale de la Santé et les formations sur l'approche systémique, par exemple, ont été retenues dont l'objectif :

« Être mieux à même de contribuer à l'accès à une vie hors alcool et aider les personnes et familles accompagnées à franchir les étapes pour recouvrer leur plein potentiel de vie dans ses différentes dimensions » a été bien compris.

La formation permet :

- ✓ D'acquérir des compétences pour les accompagnateurs.
- ✓ D'acquérir et de mettre à jour des connaissances pour les acteurs de prévention.
- ✓ D'assurer une continuité malgré le renouvellement des acteurs.
- ✓ D'accéder à l'animation des groupes de parole.
- ✓ D'impulser une dynamique à l'action de l'association.

<u>Les associations sont des acteurs essentiels en promotion de la santé :</u>

LA PREVENTION :

Selon la définition la plus classique, la prévention vise à « anticiper un dommage et à faire le nécessaire dans le but de l'éviter ». C'est la prise de conscience d'être vulnérable à un risque ou une maladie redoutés qui conduirait une personne à agir de manière à s'en prémunir.

La prévention est un concept référé à la maladie, dont on distingue habituellement trois niveaux selon l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*).

- La **prévention primaire** qui comprend « tous les actes destinés à **diminuer l'incidence d'une maladie** dans une population, donc à **réduire le risque d'apparition de cas nouveaux** ». Elle se situe en amont de l'apparition des maladies.
- La **prévention secondaire** qui comprend « tous les actes destinés à **diminuer la prévalence** d'une maladie dans la population, donc à **réduire le nombre de malades** en réduisant la durée d'évolution ». Elle se situe à l'extrême début de la maladie et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.
- La **prévention tertiaire** qui comprend « tous les actes destinés à **diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives** dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie ». Cette conception étend la prévention au domaine de la **réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale**.²⁸

Nous parlerons dans ce paragraphe de la prévention primaire et plus précisément de la **prévention comportementale**. Il s'agit des politiques visant à inciter les individus ou les populations à diminuer ou à abandonner leurs comportements à risques pour eux-mêmes ou pour les autres.

Depuis bon nombre d'années déjà, nos associations ont, de manière unilatérale, fait le choix de ne pas uniquement se consacrer au curatif mais également au préventif.

En effet, pourquoi attendre que les personnes tombent dans la dépendance aux produits si l'on peut, en amont, mettre des actions d'information et de prévention pour leurs faire connaître les risques et les dangers non seulement des substances psychoactives mais aussi des différents modes de consommations à court, moyen et long terme. Nos intervenants ont eu, en plus des stages techniques, des formations spécifiques en communication.

L'approche prévention sur le risque « addictions » et plus particulièrement « alcool » s'effectue dans différentes strasses de la population à commencer par les enfants, adolescents, jeunes, adultes et même seniors.

Les milieux d'interventions peuvent être variés comme **scolaire, professionnel, festif et même plus spécifiques comme chantiers d'insertion et établissements pénitentiaires**, très souvent après une analyse de situation faite par les instances demandeuses.

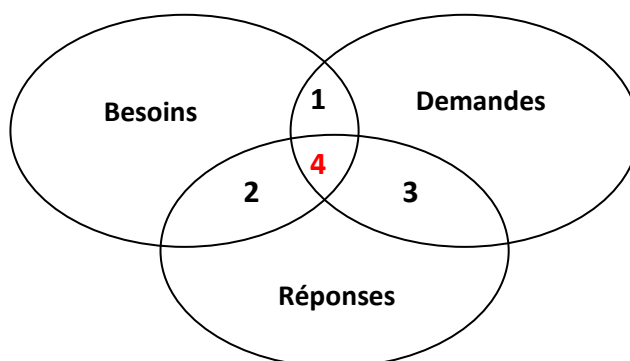
²⁸ Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé *INPES page 32*.

Exemple de procédure d'analyse de situation :

Analyse de situation (Diagnostic (△) de santé communautaire)

Besoins :

Connaissances des
problématiques locales.
Priorités de santé institutives.
Statistiques locales.
Dossiers.
Bibliographie.
Public.
Pathologies.



Demandes :

Questionnaires.
Entretiens informels.

- 1 - Zone de mécontentement.
- 2 - Zone d'inefficacité.
- 3 - Zone de gaspillage.
- 4 - Zone d'efficacité.

De manière unanime la précocité de la consommation est considérée comme un risque majeur pour la santé (*au sens OMS du terme, voir encadré page 26*) et c'est dès le milieu scolaire que nous entamons nos actions dans le cadre d'interventions cadrées ou sur sollicitation de l'infirmière scolaire ou de la direction.

Certaines de nos associations affiliées possèdent un agrément d'association éducative complémentaire de l'enseignement public dispensé par l'inspection académique pour les établissements de leur zone.²⁹

Beaucoup d'actions sont donc menées auprès de la **population des jeunes dans le cadre scolaire, étudiant ou même festif.**

Collèges, lycées, publics ou privés, lycées agricoles, maisons rurales, discothèques et autres lieux de rencontre permettant le contact avec la jeunesse sont mis à profit pour la prévention.

Il est bien évident que l'approche, les supports et les interventions sont adaptées au public récepteur et nos actions peuvent se décliner seules ou en partenariats ce qui permet d'affiner les interventions par thématiques dans le cadre, par exemple, de semaine de santé dans un établissement scolaire ou dans le cadre de forum organisés dans le cadre des CESC (*Comités d'Education à la Santé et Citoyenneté*).

²⁹ En annexe : un modèle d'arrêté rectoral donnant agrément d'association éducative complémentaire de l'enseignement public (*annexe3*).

Les **actions dans le milieu professionnel** déclinent en plus des risques santé, des thèmes comme : « *Quels sont les acteurs au sein des entreprises ?* » de la direction aux collègues de travail en passant par le médecin du travail, le CHSCT (*Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail*). Egalement abordé, « *le comportement de l'encadrement* » ou encore les outils à disposition comme « *la législation* », « *le code du travail* », « *le règlement intérieur* » ou « *le document unique d'évaluation des risques* ».

Les associations peuvent intervenir sur appel pour **former** l'encadrement, **assurer la prise en charge de personnes à risques** dans le cadre de l'accompagnement aux soins, voire même **l'animation de groupe de parole** au sein même de certaines entreprises tout comme elles peuvent **organiser la mise en place d'un groupe de recherche et d'action** et d'en assurer l'animation avec une méthodologie rigoureuse et éprouvée.

Des **interventions en milieu carcéral** sont également de mise mais encore de manière insuffisante. Ces interventions se font principalement auprès des personnes en délits sous emprise de l'alcool en collaboration avec le SPIP (*Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation*) ou le médecin de l'unité sanitaire. Elles peuvent se faire en amont (injonctions ou obligations de soins – bracelet) ou en centre de détention et maison d'arrêt avec le conseiller d'insertion (visite individuelle en maison d'arrêt et groupe de parole en centre de détention).

Ces actions devraient se voir amplifiées suite à un entretien avec des représentants de l'administration pénitentiaire. Une convention nationale devrait être établie avec le bureau des politiques sociales d'insertion et d'accès aux droits.

Un appel aux **volontaires** se fera courant 2016 à toutes les associations affiliées à la CAMERUP pour recruter des personnes qui auront une formation.

De plus en plus de demandes d'information et de prévention se font dans le contexte privilégié des **chantiers d'insertion** ou de la **formation professionnelle** pour adultes et ce, dans tous les domaines.

Des **actions spécifiques**, comme pour le SAF (*Syndrome d'alcoolisation Fœtale*) font également l'objet en certains endroits d'actions spécifiques ou occasionnelles (en particulier le 9 septembre, journée mondiale du SAF).

Des outils pédagogiques propres à chaque association comme des flyers, des livrets, et des films ou des diaporamas type « PowerPoint » sont utilisés dans tous ces lieux pour animer ces sessions d'information de prévention et d'éducation des stagiaires.

L'AIDE ET L'ACCOMPAGNEMENT :

L'AIDE :

L'aide et l'accompagnement sont la vocation basique, historique, de nos associations. Ces activités s'articulent autour du malade et de son entourage.

Les techniques d'approche et d'accompagnement sont variables selon les situations, et selon les « *déontologies* » spécifiques à chaque association cela même jusqu'au niveau local.

L'accompagnement s'effectue sur la durée.

Une étude de 2009 de Karine Pain³⁰ démontre en 10 points, l'utilité des mouvements d'entraide et leur manière commune d'action.

1 – Lieu d'intégration sociale de lutte contre l'exclusion. (*Voir page 27 paragraphe réduction des risques d'isolement et réduction des risques de précarité et de désocialisation*).

2 – Valorisation de la personne dans l'écoute, le non-jugement de son ressenti, de son expérience, de la souffrance, de la maladie. (*Page 27 paragraphe : réduction du risque de perte de confiance en soi et de démotivation*).

3 – Lieu d'apprentissage d'une nouvelle gestion de soi au quotidien. (*Accompagnement non seulement dans la gestion de la maladie mais également être « acteur » de sa santé :*

5 points à aborder :

- *la nutrition,*
- *l'activité physique,*
- *la dimension plaisir,*
- *le lien social,*
- *la gestion du stress.*

(Il est important d'aborder également le sommeil et la santé mentale).

4 – Lieu d'expression du CARE comme technique de soin complémentaire aux systèmes plus classiques de soins du CURE (*CARE est une expression anglo-saxonne signifiant : bienveillance, s'occuper de, prendre soin, porter attention, technique complémentaire indispensable aux systèmes de soins médicaux classiques*).

5 – Lieu d'informations variées et approfondies.

6 – Forme de contre-pouvoir et de revendication.

7 – Lieu de grande disponibilité et de grande souplesse de fonctionnement.

³⁰ Thèse de doctorat : les associations d'entraide et le rétablissement post alcoolique par Madame Karine PAIN, docteure en psychologie de la santé Université de Rennes 2.

8 – Place pour les échanges, la convivialité, l'amitié. (*Rappel de la page 19 : Nos associations de base fonctionnent selon le principe de l'auberge espagnole où tout le monde est le bienvenu apportant ses **compétences**, ses **connaissances**, son **savoir** pour ce qui est des militants et sa **présence**, sa **confiance**, son **écoute** et ses **moyens d'expression** pour le membre arrivant*).

9 – Existence d'une solidarité proximale pour éviter une plus grande détresse psychique.

10 – Lieu de réel intérêt pour la personne : l'aider à s'en sortir, sauver sa vie en lui permettant de vivre mieux et longtemps. (*Page 27 paragraphe : réduction des risques de réduction de l'espérance de vie*).

Les contacts :

Se font de multiples façons :

- Appels téléphoniques.
- Liens sociaux (internet).
- Lors de permanences en milieu hospitalier.
- Lors de permanences dans les locaux de l'association.
- Visites à domicile sur appels (malade ou conjoint).
- ⚠ **Toujours un minimum de deux (2) personnes lors des visites à domicile et toujours avec accord du malade.**
- En centres de soins.
- Sur conseils de proches, de médecins, d'anciens malades.
- Grâce aux affiches ou documentations.
- Grâce aux sites internet.
- Dans les associations caritatives (*Resto du cœur, secours populaire, etc.*).
- Par les CCAS (*Centre Communal d'Action Sociale*).

La liste et les coordonnées des associations d'entraide devraient obligatoirement figurer sur les notices d'utilisation de tous les médicaments ayant un rapport évident avec la maladie alcoolique. (Au moins les références de la CAMERUP : téléphone et site internet).

L'accompagnement :

Lors des premiers contacts des liens se créent avec le ou l'un des « visiteurs » et il se peut que ce dernier devienne le référent du patient pour construire avec lui un parcours de soins et l'élaboration d'un projet avec ses objectifs, ce peut être un autre militant qui joue ce rôle, sur proposition de l'association ou sur affinité lors d'une réunion ou groupe de parole. *(Il est évident que le facteur disponibilité est très important surtout au début de la prise en charge, le malade ayant besoin d'être écouté et entendu).*

Les membres accompagnants ont une formation à la relation d'aide pour mieux gérer les difficultés et ne pas se perdre dans la souffrance de l'autre.

La démarche de soins, selon les souhaits du patient, ne pourra se faire qu'avec des acteurs du milieu de prise en charge de la problématique addictologie.

L'engagement :

Certaines associations pratiquent l'engagement. Il s'agit d'un engagement écrit de rupture avec l'alcool pour une durée déterminée et renouvelable qui est proposé (non obligatoire) et cosigné par le membre actif accompagnant. Il est un soutien qui permet au malade de formuler ses motivations. L'écoute et le dialogue lui permettent de retrouver la confiance perdue et de reconstruire son identité.

Un regret, la quasi obligation pour les associations de passer par un médecin généraliste pour une prise en charge de sevrage dans une structure hospitalière. Pour ce motif il est à noter que sur la fiche de suivi du malade ne figure jamais l'accompagnement par une association, elle démarre par le médecin généraliste dans le meilleur des cas (même si l'association est le premier acteur vu par le patient) **ce qui ne permet pas de recenser officiellement le travail en amont des associations d'entraide.**

Rappel de l'axe 1 du projet associatif de la CAMERUP :

Optimisation de l'accompagnement :

- ✓ Proposer au malade **une offre de soins adaptée à son projet** en conformité avec les recommandations de bonne pratique.
- ✓ **Personnaliser avec le patient** l'élaboration de **son projet** thérapeutique.
- ✓ Permettre un accompagnement cohérent en lien avec les partenaires en amont et en aval de la prise en charge, ce qui suppose de **développer des partenariats efficaces et de qualité.**
- ✓ Informer et accompagner l'**entourage** du malade sur le long terme.

Pour une efficacité de la prise en charge certaines règles et connaissances sont obligatoires d'où le troisième axe du projet associatif CAMERUP.

Axe 3 : La pertinence de la prise en charge.

La pertinence de la prise en charge des patients, de leurs familles représente un enjeu majeur et constitue une priorité stratégique de notre association. Cette démarche privilégiera les axes suivants :

- ✓ *Connaître les structures d'accueil et les centres d'hébergement d'urgence.*
- ✓ *Être reconnu par ces structures comme des partenaires à part entière.*
- ✓ *Pouvoir faire appel aux instances sécuritaires en étant considérés comme des interlocuteurs reconnus.*
- ✓ *Connaître et collaborer avec les structures sanitaires et sociales de quartier, de ville, de communautés de communes ou d'agglomération.*
- ✓ *Reconnaître officiellement notre devoir de réserve au même niveau que le secret professionnel pour permettre avec tous nos partenaires un travail sans réticence pour non seulement une question sécuritaire, mais également qualitative.*

Cet axe sera en grande partie repris dans le paragraphe « **Partenaires** ».

Le dernier item de l'énumération ci-dessus doit faire l'objet d'un développement tout à fait spécifique car cette notion de « **secret professionnel** » est, plus qu'un frein, mais carrément un barrage dans certaines démarches d'approches ou de collaboration dans le contexte de la prise en charge des malades et de l'entourage. Certaines « *structures* » ne permettent même pas un simple travail d'écoute mésestimant les compétences des bénévoles, elles annoncent systématiquement une fin de non-recevoir à une collaboration d'aide à la personne.

Lorsque nous entamons une démarche par un simple message demandant à l'interlocuteur de ces structures de demander aux patients s'ils « **souhaitent rencontrer une personne du milieu associatif** » pour les aider et les accompagner dans une démarche de soins, il y a bien souvent un refus.

A noter que ce type de réaction est bien plus rare auprès des interlocuteurs équivalents dans le monde des entreprises ou de l'éducation nationale où il est même possible d'envisager un travail sous le sceau du « **secret partagé** ».

Le **statut du bénévole associatif en accompagnement dans la thématique alcool** est à définir exactement, avec une charte et une convention, hors même le statut de patient expert, dans le cadre du « **secret partagé** », notre demande n'étant pas de dévoiler le dossier du malade.

La connaissance des structures d'accueil est d'ordre local et se fait selon les possibilités, les affinités, sans réelle organisation, sauf quelques cas de travail en réseaux, là où ceux-ci existent. Un travail bilatéral de reconnaissance entre associations et professionnels est à faire et à entretenir dans les deux sens. Des conventions de partenariat sont en projet avec certains organismes ou associations pour améliorer les démarches de prise en charge dans le parcours de soin des malades.

Des réunions « **d'acteurs en addictologie** » à fréquences régulières, devraient se tenir dans tous les territoires de santé, ceci entre professionnels du sanitaire et social et les associations. Cela est une pratique encore trop peu établie. Ces rencontres permettant entre autres de **se tenir au courant** de toutes évolutions dans les diverses structures de prise en charge.

Lors de certaines démarches, à domicile par exemple, il doit pouvoir être fait appel aux instances sécuritaires locales pour protéger non seulement les bénévoles mais surtout l'entourage lorsque des dérives de violence (physique ou verbale) sont constatées.

Au niveau local encore, une **connaissance de toutes les structures impliquées** doit être établie comme les CCAS (*Centre Communal d'Action Sociale*), les assistantes sociales de secteur, les infirmières des établissements scolaires, les praticiens de tous niveaux, les éducateurs de rue, enfin tous les acteurs concernés. Là également, **des réunions régulières de tout ce monde doivent être encouragées**.

L'intérêt du malade et de son entourage doit être la priorité et seule une action commune avec une connaissance et reconnaissance parfaite des différents acteurs permettra une efficience de la qualité de la prise en charge.



LE RENFORCEMENT DU ROLE DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE :

Il existe une forte unanimité d'experts, à l'occasion des conférences de consensus de la Société Française d'Alcoologie, mettant en évidence le rôle et l'efficacité des mouvements d'entraide dans l'accompagnement et le suivi des patients alcoolodépendants et soulignant l'intérêt de leur action dans le réseau de la filière addictologique en partenariat avec les professionnels du soin.

La place en tant que représentant des usagers dans les différentes instances du dispositif de soin est de mieux en mieux acceptée, reconnue et officialisée, tant dans les différents textes réglementaires que par les partenaires professionnels de la thématique. Leur présence est d'ailleurs obligatoire dans les commissions des structures de soins comme les CRUQ (*Commissions des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge*).

Le regroupement au sein de la CAMERUP permet une meilleure visibilité, une plus grande force (l'entraide puissance 5) et une véritable représentativité au plan national et même international. CAMERUP, de par sa position dans l'organigramme entre les instances et la base, a une place de choix dans le domaine de la communication et l'expression des doléances de toutes les personnes (malades et militants) avec les organismes de tutelles, les partenaires, les structures soignantes, etc.

Néanmoins, force est de constater qu'il y a encore des « **oublis** » ou des comportements d'« **exclusion** » de nos acteurs.

Instances officielles.

Il serait de bon aloi que les structures nationales officielles reconnaissent elles aussi le rôle des mouvements et en fassent référence dans leurs documents à grande diffusion. (INPES : *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*).

De la même manière, une meilleure reconnaissance par les ARS (*Agences Régionales de Santé*) serait souhaitable. On constate en certains lieux peu de considération pour le travail associatif.

Médias :

Là, il y a une ignorance totale de nos structures, lobbying oblige (sauf quelques revues spécialisées qui d'ailleurs ne citent pas toutes les associations d'où l'intérêt de la CAMERUP qui sous, sous une seule appellation regroupe cinq associations ou mouvements d'importance nationale). Il pourrait y avoir des règles sur le droit d'expression plus contrôlées ou contrôlables en la matière.

Médecine généraliste.

Si ces partenariats sont réels avec les professionnels spécialisés en addictologie, il n'y en a que **très peu avec la médecine généraliste** qui semble ignorer les groupes d'entraide tout en se plaignant d'une part de la méconnaissance des structures et filières existantes, et d'autre part de leur surcharge de travail ne permettant pas l'écoute des malades, pourtant primordiale.

Une **reconnaissance des bénévoles par les omnipraticiens** serait un premier pas.

(Propos d'un généraliste à la mère d'un patient : « *Parce que vous croyez que ces clowns des associations vont pouvoir vous aider ?* ». Ces propos datent de 2015).

Assistants sociaux de secteur.

L'accompagnement comprend, nous l'avons déjà évoqué, la prise en charge de l'entourage, la resocialisation de toute la cellule familiale, l'aide contre la précarité générée par la situation, le suivi de la scolarité et le bien-être des enfants et bien d'autres choses encore où **l'assistance des services sociaux** est primordiale. Or très souvent, le **secret professionnel justifie un manque de coopération avec les associations.**

Information d'ordre pathologique.

La liste et les coordonnées des associations d'entraide devraient **obligatoirement** figurer sur les notices d'utilisation de **tous les médicaments ayant un rapport évident** avec la maladie alcoolique. (Au moins les références de la CAMERUP : téléphone et site internet).

Financement.

L'action des mouvements d'entraide, bien que menée par des bénévoles, entraîne un **coût de fonctionnement** mais le bénévolat a ses limites et des frais de déplacements, d'hébergement, de repas ne doivent pas provenir de la bourse familiale.

Le **bénévolat est un investissement économique des plus rentables** pour la société et **il doit être entretenu et soutenu.**

Cette action de santé publique doit être **soutenue financièrement** par les pouvoirs publics.

N'oublions pas les économies réalisées par l'état du fait de l'accompagnement associatif.

Il y a une disproportion flagrante entre l'économie réalisée et les subventions perçues.

Un réajustement du financement de fonctionnement de nos structures devrait être revu à sa juste valeur.

Quelle perte d'énergie et de temps consacré à la recherche de subsides pour permettre un fonctionnement de qualité de nos associations !

Les associations et mouvements :

Il existe également des perspectives communes au niveau de nos associations déjà évoquées plus haut comme **garder la spécificité du terrain**.

Les visites à domicile, les permanences dans des lieux de proximité, des hôpitaux, des maisons de quartier ou de la santé, les réunions et animations de groupes de parole. La prise en charge de l'entourage fait partie intégrante de ce travail de terrain au quotidien.

Développer des projets en direction de chaque « *usager* », en utilisant de nouveaux modes de communication, y compris lors des soins.

Se rapprocher des personnes en sevrage ou en cure afin de les aider dans la reconquête d'un mode de vie hors alcool et au retour à une vie sociale normale.

Relativiser la notion de témoignage et d'exemplarité (ou position d'expert) pour une recherche centrée sur les besoins du nouvel arrivant mais aussi du militant ou du soignant qui s'essouffle dans son engagement.

Se former et former.

Comprendre les freins à l'entrée dans un processus thérapeutique (stades de changements, analyse des résistances, techniques motivationnelles...).

Expliquer que les associations et les structures fonctionnent comme des « **Auberges espagnoles** », on y trouve ce que chacun apporte...

Mener une réflexion sur le manque, l'estime de soi, le « **Moi** » individuel et le « **Moi** » groupal, l'apprentissage de nouvelles compétences sociales et relationnelles.

Maintenir un dialogue constructif entre mouvements et structures de soins (soins aigus et soins de suite).

Etablir de nouveaux partenariats avec des structures et des organismes menant à une nouvelle approche et un nouveau public.

Collaborer avec les associations tant françaises qu'européennes œuvrant dans les mêmes optiques pour construire une stratégie commune d'action.

S'approprier des techniques de communication comme l'entretien motivationnel et la systémie familiale, entre autres.

Recherche

Devenir des acteurs dans le domaine de la recherche en alcoologie. Les mouvements d'entraide sont anciens et ont participé à la création de l'alcoologie en France³¹, leur place dans le recherche n'est pas encore reconnue.³²

Il faut arrêter de faire de la recherche sans y intégrer les principaux intéressés, ceux qui ont vécu les situations en « versions originales ».

Les associations d'entraide sont un réel apport scientifique pour les chercheurs dans la manière de concevoir un dispositif de recherche, un nouveau relais dans la connaissance des problèmes rencontrés par les usagers.³³

Orientation

Ouverture des associations d'entraide vers les autres substances psychoactives pour pouvoir aborder avec certaines connaissances les cas de polyconsommation d'une part et surtout de connaître et travailler avec des structures compétentes dans les différents territoires de santé principalement pour l'orientation en connaissance de cause des patients dépendants aux produits stupéfiants ou aux médicaments.

Pour satisfaire tous ces objectifs ou projets il est bien évident que le besoin de formation et de **réorganisation de nos instances et de nos structures** est indispensable. L'adaptation aux nouvelles technologies et techniques de communication, le maintien et la maintenance des sites internet, etc.

Ceci a un coût qu'avec les moyens actuels nous ne saurions assumer.

La spécificité de la (ou des) pathologie(s) si elle touche les personnes directement concernées et les instances de santé publique, rencontre souvent un certain « *rejet* » ou une « *gêne* » de la part du grand public d'où la nécessité **de mettre en place des stratégies de communication, de lobbying et de renforcement des législations tant nationales qu'européennes** en la matière.

Dans notre domaine trouver des financements extérieurs n'a rien d'aisé. **Le grand public n'est pas prêt** à soutenir un « *alcooton* » ; d'ailleurs ni les politiques, ni les médias ne sont prêts à relayer ce type d'opération. La manne de la publicité et du lobbying prime sur la santé. Une étude et une révision des taxations de ces produits (licites) seraient à envisager et à imposer.

³¹ Fouquet P. Eloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie. Alcool ou santé. 1967 ; 82 (2) : 3-11.

³² Boulze I., Launay M., Nalpas B., Les groupes d'entraide : une force de recherche. Communication orale. In : renforcement de l'entraide dans le domaine des addictions lors de la présentation du projet de recherche « *Evaluation des valeurs impersonnelles et maintien de l'abstinence des personnes en difficulté avec l'alcool* ».

³³ Dans la conclusion de l'étude « Les usagers et la recherche en alcoologie » I. Boulze, M. Launay, B. Nalpas publié dans « alcoologie et addictologie tome 38 n°1 de mars 2016 de la SFA (Société Française d'alcoologie).

LA COMMUNICATION ET L'ACTION PUBLIQUE.

Jusqu'à la création de la CAMERUP, les associations et mouvements d'entraide n'avaient pas vocation d'intervenir dans les débats politiques, publics ou institutionnels et ne le faisaient que de manière très occasionnelle et individuellement. Elles ne transmettaient, plutôt discrètement, que des informations grand public sur cette pathologie tout en se plaignant du regard de la société sur les malades.

L'un des freins majeurs à cette non-communication est le **lobbying** pratiqué par les alcooliers auprès des médias qui, par l'insertion de publicité, sont soumis à un « *chantage* » financier leur faisant préférer ce créneau à la défense de la santé d'une part et surtout à la diffusion des communiqués de presse des associations. C'est encore le cas aujourd'hui !

Néanmoins le poids de la coordination devrait, à plus ou moins longue échéance, s'affirmer dans les prises de décision et la transmission de messages de santé publique auprès de l'ensemble de la population, des décideurs et des soignants.

Un autre frein, les **préjugés et stéréotypes** ancestraux, sur l'alcool et l'alcoolisme, sont toujours présents dans la mémoire collective des français avec des notions obsolètes qui permettent de justifier sa consommation personnelle ou porter un jugement sur autrui comme :

L'alcool réchauffe.

L'alcool donne des forces.

La bière et le vin ne sont pas de l'alcool.

L'alcool n'est pas une drogue puisqu'autorisé.

Alcool et tabac sont la porte d'entrée du monde des adultes.

Qui a bu boira !

Lui boit plus que moi !

La mauvaise foi, le manque de volonté, il n'a qu'à boire de l'eau, pas de parole...

Apologie :

« Quiconque a eu un remords à apaiser, un souvenir à évoquer, une douleur à noyer, un château en Espagne à bâtir, tous enfin vous ont invoqué, dieu mystérieux caché dans les fibres de la vigne. Qu'ils sont grands les spectacles du vin, illuminés par le soleil intérieur ! Qu'elle est vraie et brûlante cette seconde jeunesse que l'homme puise en lui » !

Charles BEAUDELAIRE

Récupération et déformation :

L'UNESCO a inscrit à son patrimoine mondiale les **vignobles** de Champagne et de Bourgogne qui devient, dans le langage des viticulteurs d'au moins l'un de ces terroirs, « *Le Champagne a été classé au patrimoine mondial de l'UNESCO* » ; sous-entendu le vin.

Réduction :

Il y a ainsi toute une tradition hygiéniste dont Pasteur, précisément, a été l'un des chantres avec notamment la publication, en 1866, de ses *Etudes sur le vin* : "le vin de France aliment, c'est-à-

dire le vin naturel [...] peut être, à bon droit, considéré comme la plus saine, la plus hygiénique des boissons ". Voilà qui est dit. La formule tant de fois reprises, qui fait du vin un aliment bon pour la santé, justifie la place du vin dans notre civilisation.

Il n'est nulle part fait mention du contexte qui a généré cette formulation. En effet, en 1866 sévissait en France, voire en Europe une épidémie de choléra.

La propagation du choléra est des plus ordinaire puisqu'il se transmet par voie digestive, qu'il s'agisse de l'eau, des aliments souillés par des déjections des malades ou par simple contact. Or, les manifestations de l'infection sont propices à cette transmission, qu'il s'agisse des vomissements ou des diarrhées aqueuses, abondantes et indolores, qui entraînent une déshydratation rapide du malade. Le choléra est une maladie quarantenaire - par définition dangereuse – pour laquelle les médecins n'ont pas nécessairement les moyens de répondre en 1866. A cette époque, il n'y avait pas encore de centrale de traitement des eaux ce qui fait que les personnes se procuraient l'eau directement dans les puits, les rivières et les fleuves qui servaient aussi de « poubelles flottantes ». L'on n'avait pas non plus la notion de santé publique et la réaction de faire, au minimum, bouillir l'eau avant de l'utiliser ou de la boire.

Dans ce contexte, il semblait évident de dire que la consommation du vin est la plus hygiénique des boissons compte tenu des risques épidémiologiques engendrés par la consommation d'eau. Ce concept de « *le vin est la plus saine, la plus hygiénique des boissons* » est encore utilisé de nos jours à des fins purement commerciales par le milieu de la viticulture.

Et puis, l'alcoolisme, ses méfaits tant individuels que sociétaux sont entrés dans une **banalisation** ! Les accidents de la circulation (voitures, camionnettes, camions mais aussi motos, vélos, piétons) sont relégués au rang des faits divers, afin de ne pas perturber les traditionnels apéritifs et autres déjeuners arrosés. Il en est de même pour les accidents domestiques, du travail, les violences familiales ou autres...

Anciens malades, nous connaissons le produit et ses effets destructeurs. Nous nous sommes conformés au rituel de la société française, en testant ce produit licite et tant bien mis en valeur. Puis le produit a noué des liens différents avec nous : de festif, de bénéfique, il est devenu destructeur. C'est pourquoi nous nous devons, aujourd'hui de mettre notre expérience au service d'autrui pour prévenir des risques tant sanitaires que sociaux de cette liaison insidieuse entre deux items : l'homme et l'alcool. (*Le terme homme est à prendre ici comme être humain homme ou femme bien sûr*).

La CAMERUP devra engager, avec ses partenaires tant Français qu'Européen, des travaux de réajustement et de recadrage des risques en santé publique pour toutes les strasses de la population en rebondissant entre autres sur l'expérience de la relation (malheureuse) de ses membres et du produit et, face aux pouvoirs publics, faire en sorte que la législation ne soit pas seulement écrite mais aussi appliquée.

Elle interviendra lorsque nécessaire en interpellant les élus, les organismes tel que le CSA (*Conseil Supérieur de l'Audiovisuel*) sur les situations à risques et les déviations constatées dans les médias, sur la scène politique ou même sanitaire et sociale.

En 2016 plusieurs interventions auprès du Premier Ministre, des Ministres des Affaires Sociales et de la Santé, de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer, du Secrétaire d'Etat aux Sports, des Présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat, de tous les députés et sénateurs ainsi que de députés européens de la Cour des Comptes, du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, ont été effectué.

Toutes ces démarches de communications sont retenues dans le cadre d'un nouvel axe du projet associatif de la CAMERUP l'**Axe 4**.



IV – LES PARTENAIRES

Bien qu'étant une coordination de cinq associations, la CAMERUP est loin de fonctionner en autarcie et s'ouvre à des partenariats non seulement avec des organisations françaises mais aussi européennes.

Tous ces partenaires que nous remercions pour leur confiance, leur soutien et leur aide.

Des collaborations et des actions sur des axes divers et variés sont mis en œuvre afin de relancer et renforcer le rôle des mouvements d'entraide dans le contexte non seulement de l'accompagnement mais aussi de la santé publique en générale, ainsi que permettre et faciliter leur fonctionnement.

Ces partenariats peuvent se décliner en trois grandes familles :

A – Les organismes de tutelles (ou financeurs).

B – Les associations ou fondations du milieu de l'addictologie (partenaires ou formateurs).

C – Les associations ou organismes du milieu associatif en général (aides et services).

A – LES ORGANISMES DIT DE TUTELLE :

La D.G.S. (Direction Générale de la Santé) :



Organisme dépendant du ministère des Affaires Sociales et de la Santé qui apporte (en 2016) des financements sur objectifs à la CAMERUP ainsi qu'aux cinq associations affiliées. Subventionnement sur convention pour la CAMERUP, Alcool Assistance, Vie Libre et Croix Bleue, et sur arrêté pour Alcool

Ecoute Joie et Santé et les Amis de la Santé.

La C.N. A.M.T.S. (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) :



La CNAMTS est un établissement public national à caractère administratif jouissant d'une personnalité juridique et d'une autonomie financière. Elle agit sous la double tutelle du ministère s'occupant de la Sécurité sociale et du ministère de l'économie et des finances. Elle attribue des financements

de fonctionnement et sur objectifs aux cinq associations affiliées dans le cadre d'une convention pluriannuelle.

En 2016 elle ne finance pas encore la CAMERUP.

La MSA (Mutualité Sociale Agricole):



La MSA, deuxième régime de protection sociale en France, protège l'ensemble de la profession agricole. Elle s'appuie sur les valeurs du mutualisme que sont la solidarité, la responsabilité et la démocratie, pour faire vivre les territoires ruraux. Depuis 2016 la MSA ne verse sa subvention qu'à la CAMERUP, charge à cette dernière de procéder à la répartition aux cinq associations affiliées.

Ministère de la Ville de la Jeunesse et des Sports et le FDVA (Fonds pour le Développement de la Vie Associative) :

Hormis la Croix Bleue, les quatre autres associations affiliées ont l'agrément national de Jeunesse et éducation populaire.



Le Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA) est un dispositif financier de soutien au développement de la vie associative avec des priorités de financement. Il dépend du Ministère de la Ville de la Jeunesse et des Sports.

Chaque année un ou plusieurs appels à projets nationaux et des notes d'orientation régionales sont publiés.

Ces fonds ne sont actuellement que sollicités par les cinq associations affiliées.

Deux des associations, Vie Libre et Alcool Assistance ont des financements de Jeunesse et Sport.

D'autres financements peuvent individuellement être obtenus par l'une ou l'autre des Associations affiliées ou même par une ou plusieurs de leurs « antennes » à caractère régional ou départemental par des régimes spéciaux (Marine, mines, etc.), A.R.S. (Agences Régionales de Santé), chefs de projets MILD&CA (*Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives*) ou des mutuelles, banques, assurances ou communes etc.

Ces fonds sont en majorité destinés aux entités régionales ou départementales pour leurs actions sur le terrain.

B – LES ASSOCIATIONS OU FONDATIONS DU MILIEU DE L'ADDICTOLOGIE :

Le Fonds Actions Addictions :



Créé en 2014 Actions Addictions est un fonds de dotation qui a pour objectif de réunir toutes les parties prenantes pour informer et progresser ensemble dans la lutte contre les addictions. Le portail « Addict'Aide » est une de ses réalisations.

La **CAMERUP** est partenaire du fonds et dans le cadre du portail a deux personnes qui entretiennent la maison des associations d'entraide du village.

La **CAMERUP** cofinance avec la fondation « Actions Addictions » la formation de plusieurs de ses militants issus des associations affiliées à une formation de patients experts.

L'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie Addictologie).



L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire, implantée sur l'ensemble du territoire national avec 100 Comités territoriaux et 22 Comités régionaux

coordonnés par son siège national, et animée par de nombreux bénévoles et 1500 professionnels. Le domaine d'action de l'ANPAA couvre aujourd'hui l'ensemble des addictions : usage, usage détourné et mésusage d'alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes, pratiques de jeu excessif et autres addictions sans produit. Les risques liés à ces comportements pour l'individu, son entourage et la société sont abordés dans une perspective globale, psychologique, biomédicale, et sociale.

L'intervention de l'ANPAA s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement.

Un partenariat en cours de réalisation, une collaboration informelle entre la **CAMERUP** et l'ANPAA, sont de mise. Une première rencontre entre les deux associations s'est tenue en mars 2016.

SFA (Société Française d'Alcoologie).



L'association dite "Société Française d'Alcoologie", fondée en 1978, a pour but le développement de l'alcoologie, discipline visant, au sein de l'addictologie, toutes les connaissances concernant l'alcool, depuis les conditions de sa production jusqu'aux conséquences de

sa consommation,

- en organisant toutes activités de nature à instituer et développer des contacts entre les membres des différentes disciplines scientifiques et professions intéressées,
- en contribuant au développement de l'information, de l'enseignement et de la recherche dans ce domaine.
- en contribuant à la formation médicale continue et en participant à l'évaluation des pratiques

professionnelles dans le domaine avec l'organisation de séances d'EPP,

- en établissant des relations avec tous les organismes concernés, publics ou privés, nationaux ou internationaux.

La **CAMERUP**, comme les **cinq associations** affiliées fait partie du groupe de travail « Associations d'entraide » de la SFA qui réunit régulièrement en session de travail.

FFA (Fédération Française d'Addictologie).



La Fédération Française d'Addictologie réunit la plupart des associations professionnelles intervenant dans les champs des addictions (alcoologie, tabacologie, interventions en toxicomanie).

La **CAMERUP**, par le biais d'**Alcool Assistance** est représentée au sein de la Fédération Française d'Alcoologie. Le Vice-président de la CAMERUP et Président National délégué d'Alcool Assistance siège au sein du Conseil d'Administration de la FFA.

Ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire).



Dans le cadre d'une convention pluriannuelle avec la direction de l'Administration Pénitentiaire, la **CAMERUP** se charge de former des intervenants, dans le milieu carcéral.

L'association Vie Libre qui intervient déjà dans ce milieu et qui forme ses intervenants sera chargée de former les volontaires issus des autres associations affiliées.

Plus d'une cinquantaine de personnes se sont portées volontaires et les sessions de formation d'une durée de quatre jours se feront en trois ou quatre stages répartis sur 2016 et 2017.

INSERM (Institut National de la Santé et la Recherche Médicale).



Créé en 1964, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale est un **établissement public à caractère scientifique et technologique**, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche.

L'Inserm, **seul organisme public de recherche français entièrement dédié à la santé humaine**, s'est vu confier, en 2008, la responsabilité d'assurer la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale. Ce rôle central de coordinateur lui revient naturellement par la qualité scientifique de ses équipes mais également par sa capacité à assurer une recherche translationnelle, du laboratoire au lit du patient.

Les cinq associations affiliées à la **CAMERUP** œuvrent à l'institut dans le groupe de recherche sur les usagers. Une journée (le 2^{ème} ou 3^{ème} jeudi de décembre), est consacrée à la présentation des travaux de l'année écoulée.

L'EMNA (Européan-Mutual help Network for Alcohol- Related Problems).



L'EMNA « réseau européen d'aide mutuelle pour les problèmes liés à l'alcool » regroupe 17 associations d'entraide originaires de 10 pays européens dont 6 associations françaises puisque **CAMERUP** et les cinq associations affiliées en sont membres depuis cette année.

Le siège est à Bruxelles et EMNA fait partie intégrante d'Eurocare.

La CAMERUP accueillera l'Assemblée Générale d'EMNA dans ses locaux en novembre 2016.

EUROCARE (Européan Alcohol Policy Alliance).



C'est une alliance d'organisations non gouvernementales des champs de la santé publique et du social travaillant sur la prévention et la réduction des dommages liés à l'alcool en Europe.

La **CAMERUP** en fait partie par son adhésion à EMNA.

CAARFE (Confederación de Alcohólicos, Adictos en Rehabilitación y Familiares de España).



La Confédération des Alcooliques, Addicts Rehabilitation and Family of Spain (CAARFE) est une organisation composée de plus d'une centaine d'associations accro-patients et leurs familles sur tout le territoire espagnol et sans but lucratif.

CAARFE est basée sur le soutien mutuel et croit en la réhabilitation des alcooliques et des toxicomanes par une intervention de biopsychosociale. La base de l'organisation est composée de trois piliers fondamentaux : les patients, leurs familles et les professionnels.

Chacun d'eux joue un travail vital. Les patients réhabilités, avec leur expérience, sont impliqués dans la motivation de la personne qui vient à l'association en reflétant l'image de quelqu'un qui est déjà passé par le processus de dépendance et de récupération ultérieure.

CAARFE organise tous les 15 novembre une journée nationale sans alcool à laquelle la **CAMERUP** devrait s'associer dès 2016. Un partenariat entre les deux associations pourrait être envisagé à terme.

C – LES ASSOCIATIONS OU ORGANISMES DU MILIEU ASSOCIATIF EN GENERAL :

CISS (COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE).



Le CISS regroupe des associations intervenant dans le champ de la santé, à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de personnes âgées et retraitées, de consommateurs et de famille. Son rôle est de défendre les usagers du système de santé en les informant de leurs droits et en apportant appui et conseil à leurs représentants dans les instances de santé.

La **CAMERUP**, après un audit de son président, vient de voir sa demande d'adhésion retenue.



V – LES PERSPECTIVES D’AVENIR

Dans ce paragraphe nous abordons les perspectives de la CAMERUP pour les prochaines années.

Mutualiser et regrouper cinq associations et surtout l’ensemble de leurs membres, n’est, de prime abord, pas une chose aisée. Charge au Conseil d’Administration de mettre en place des actions en aval et en amont de valorisation et de reconnaissance de la structure.

La position stratégique de la CAMERUP dans l’organigramme de la santé publique et plus précisément de l’addictologie lui ouvre la possibilité d’être un interlocuteur privilégié auprès de tous les acteurs concernés, tant sur le plan vertical (organismes de tutelles, ministères, élus, administrations et les associations avec leurs militants bénévoles de base) qu’horizontal (partenaires du sanitaire et social, du fonctionnement associatif, des associations suivant le même objectif ou complémentaire de la CAMERUP).

Il est possible que dans ce chapitre seront repris certains sujets déjà évoqués précédemment, dont les objectifs et les moyens de mise en œuvre pour les atteindre font partie des perspectives futuristes de nos associations.

Bien évidemment cette liste n’est pas exhaustive et figée, puisque nous constatons tous les jours des compléments, des modifications, des suppressions.

LES OBJECTIFS ET MOYENS

A – LE RENFORCEMENT DU ROLE DES MOUVEMENTS D’ENTRAIDE.

La reconnaissance des associations d’entraide comme des acteurs à part entière de la santé publique :
--

Un travail de communication a déjà été entamé sur plusieurs points auprès des élus locaux, nationaux (députés, sénateurs) européens (parlementaires) et administrations (Conseil Supérieur de l’Audiovisuel, Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé, Ministère de la Culture et de la Communication, Ministère de l’Environnement, de l’Energie et de la Mer³⁴, Secrétariat d’Etat aux sports, Douanes et services des contributions indirectes, etc.).

Ce droit à la parole sera reconduit chaque fois que nécessaire soit par voie directe, par voie médiatique ou tout autre moyen possible.

Cette communication est devenue possible par la force de la coordination qui par sa position stratégique devient un groupe pouvant communiquer s’exprimer ce qui n’était pas possible individuellement, chacune des entités étant mobilisée à son travail d’accompagnant et surtout à perdre une énergie folle à rechercher et monter des dossiers de financement leur permettant d’être efficaces.

Ce travail peut aujourd’hui être centralisé par une structure commune qui peut se développer en mutualisant ses forces, énergies et moyens.

Avec sa participation à des manifestations, avec ses groupes de travail et ses diverses actions, la CAMERUP se veut le porte-parole des usagers avant des prises de décision concernant la thématique addictologique et plus précisément l’alcoolologie.

- **Développement de la CAMERUP :**

Délai : Mise en œuvre dans les meilleurs délais.

Moyens : Organisation appropriée.

Développer la CAMERUP afin de mettre en place une organisation d’administration et de gestion structurée, en utilisant les compétences internes.

³⁴ Courrier à Madame la ministre de l’Environnement, de l’Energie et de la Mer (annexe 5).

- **Efficacité et performances :**

Délai : Mise en œuvre dans les meilleurs délais.

Moyens : Moyens financiers pour structurer la coordination.

En plus d'utiliser les compétences internes et bénévoles, intégrer du personnel salarié pour réaliser toutes les tâches quotidiennes de secrétariat, comptabilité et travaux nécessaires non seulement à la structure maîtresse elle-même mais aussi à la mutualisation des cinq associations et mouvements hors de leurs actions spécifiques et historiques.

- **Adaptation de la structure CAMERUP aux Besoins :**

Délai : Débuté en 2016 : à adapter selon évolution et besoins.

Moyens : A définir selon besoins.

Autres outils indispensables au fonctionnement comme une ligne téléphonique spécifique qui basculera sur un correspondant en dehors des heures de bureau et jour non œuvrés.

 **01 45 65 19 28** depuis août 2016.

Une adresse mail directe sera également opérationnelle très prochainement ; un calendrier de permanences administratives devra être élaboré à cette fin.

Embauche de salariés pour le travail administratif.

- **Aide au fonctionnement des structures de base :**

Délai : Engagée depuis 2016 et à perpétuer.

Moyens : Formations internes et mise à dispositions d'outils.

Passer une information commune afin de centraliser le suivi des activités d'une part et fournir des outils communs pour réaliser le travail. Il s'agit de recenser et diffuser, de manière totalement transparente, l'intégralité des actions effectuées.

CAMERUP a actuellement un fichier en test dans l'une des entités afin de recenser non seulement les réunions, permanences, groupes de parole, entretiens, mais toutes les activités comme les appels téléphoniques donnés et reçus pendant et surtout en dehors des heures et des jours ouvrés, également le suivi des malades en file active pour revenir sur les même bases de comptabilisation que les structures professionnelles, pour avoir une cohérence dans les chiffres qui étaient, jusqu'alors toujours à décharge des associations.

- **Portail des Acteurs de premier recours :**

Délai : 2016-2017.

Moyens : Gestionnaire de sites et structures de gestion et MILD&CA.

Etablir un lien bilatéral de consultation entre les sites : **intervenir-addictions.fr** et le site **camerup.fr** afin de permettre au public de trouver via ce dernier des interlocuteurs associatifs même en dehors des horaires ouvrés.

D'autres liens avec de tels sites seraient une reconnaissance des compétences et de la qualité d'accompagnant des associations affiliées en offrant via ces sites officiels et professionnels la possibilité de permettre aux personnes en souffrance de trouver un premier interlocuteur.

- **Correspondants CAMERUP en région :**

Délai : A prévoir dès 2017.

Moyens : Volontariat avec reconnaissance des compétences et motivations.

Un point d'importance est en projet : la mise en place de correspondants CAMERUP en régions. Correspondants de proximité ayant la même position en régions que CAMERUP sur le plan national entre les associations en aval et les ARS, la MILD&CA en amont. La recherche de volontaires motivés et compétents est à engager auprès des cinq entités affiliées.

- **Visibilité des groupes d'entraide :**

Délai : 2018

Moyens : Outils d'évaluations et indicateurs

La visibilité des actions et des interventions étant souvent mise en doute en raison d'un manque de moyens de mesures communes et identiques la CAMERUP met en place un fichier³⁵ collectant par départements, régions avec une concentration à l'échelon national toutes les interventions réalisées ; ce fichier recensera aussi bien les réunions, groupes de paroles, que les suivis de malades, appels téléphoniques et mails de jour comme en dehors du temps ouvré, les déplacements d'accompagnement etc.

Ce fichier, après validation, sera mis en ligne sur le terminal du siège afin de pouvoir détenir les informations périodiquement avec fréquence à définir selon les besoins pratiques.

- **Informations d'ordre pathologique :**

Délai : 2020

Moyens : Négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, le Ministère de la santé et tout interlocuteur concerné.

Insertion de la liste et les coordonnées des associations d'entraide sur les notices d'utilisation de **tous les médicaments ayant un rapport évident** avec la maladie alcoolique. (Au moins les références de la CAMERUP : téléphone et site internet qui permettraient une déclinaison vers une association de proximité).

³⁵ Modèle du fichier en annexe 5.

B – L'AIDE ET L'ACCOMPAGNEMENT.

La reconnaissance des acteurs issus du monde associatif par tous les acteurs professionnels du sanitaire et social passant par :

La revalorisation du « métier » de bénévole au sein de nos associations.

A l'expérience du vécu de nos militants nous ajouterons des connaissances techniques en addictologie et animation, des groupes de paroles et réunions.

Expérience + connaissances = compétence.

- **Formations de base aux nouveaux militants :**

Délai : En cours.

Moyens : Organismes de formations avec financements DGS :

Formations d'acteurs pour transmettre les connaissances de base en accompagnement des personnes dépendantes et de leur entourage à un maximum de militants (connaissances communes à tous).

Ces formations ont débuté et un groupe d'animateurs a déjà animé plusieurs sessions décentralisées en approche systémique.

- **Formation exceptionnelle dans le cadre de l'obtention du statut de patient expert :**

Délai : Débuté en 2016.

Moyens : Financement commun d'*Addict'aide* et CAMERUP, négociation avec DGS, Ministère du travail, structures de gestion d'établissements.

Permettre à certains bénévoles d'obtenir un statut **reconnu et officiel** leur permettant une collaboration directe avec les acteurs de santé.

Acquisition du statut de « patient expert » par :

A - L'aide à la validation par le D.U. d'addictologie en milieu universitaire (*en partenariat avec la fondation Addict'aide, la CAMERUP a engagé les premières demandes en 2016*).

B - La possibilité d'obtention de l'équivalence par la validation des acquis (*La CAMERUP devra engager des consultations avec la Formation Professionnelle pour Adultes afin de connaître et de faciliter les modalités administratives en ce domaine*).

C - La possibilité d'effectuer des stages en CSAPA, CAARRUD ou milieu hospitalier (*la CAMERUP a abordé des négociations de partenariats avec l'ANPAA pour des possibilités de stages dans leurs structures*).

D – La possibilité d'effectuer ces formations et ces stages dans le cadre du CIF (*Congé Individuel de Formation*), du DIF (*Droit Individuel de Formation*) ou CPF (*Compte Personnel de Formation*) ou toute autre possibilité pour du bénévolat associatif sans que cela ne porte préjudice à son évolution professionnelle.

- **Accompagnement aux soins :**

Délai 2020.

Moyens à définir : Avec DGS, ARS, CNAM ou CPAM.

Engager les bénévoles dans d'autres actions avec les professionnels par exemple, une expérience en cours dans la Mayenne, le Service d'Accompagnement aux Soins, sous tutelle d'un réseau où des bénévoles associatifs font le transport des malades ayant rendez-vous dans les centres de soins, ce qui permet une mise en condition pré-visite et un débriefing post rendez-vous. Dans ce cas précis, la prise en charge des frais de déplacement est effectuée par le réseau.

Ceci permettant de lutter contre l'isolement lié aux addictions ainsi qu'à la situation géographique de certaines zones, cette offre de service étant préconisée pour un profil déterminé d'usagers : dépendance avec ou sans produits et présentant une difficulté matérielle, physique ou psychique pour accéder aux soins, se maintenir dans le parcours de soin et/ou préparer un projet de réinsertion.

Pourquoi ne pas avoir la possibilité de négocier avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie une convention de prise en charge de ces frais pour les associations ayant l'agrément d'usagers du système hospitalier et de santé publique ? Charge à l'association de restituer au bénévole ayant fait usage de son véhicule et ayant servi de chauffeur les frais engagés.

Ceci pouvant être un axe à approfondir et à étendre sur le plan national.

- **Formations aux comportements induits par d'autres addictions que l'alcool :**

Délai : à débuter en 2017.

Moyens : organismes de formations spécialisés financement DGS, MILD&CA.

Engager des formations spécifiques sur la prise en charge des personnes dépendantes à d'autres addictions (avec ou sans produit) dans le cadre des activités d'accompagnement régulières de nos associations historiquement néphalistes.

Des informations sur les produits (substances psycho-actives illicites) ont déjà débuté mais plus que la connaissance des produits se sont les effets sur le comportement et surtout les conduites à tenir pour la prise en charge (mono ou polyconsommation) que nous devons approfondir.

- **Formation aux intervenants en milieu pénitentiaire :**

Délai : débuté en 2016 et à poursuivre en 2017.

Moyens : financement DGP / MILD&CA

Poursuivre les formations spécifiques sur des activités demandées comme l'accompagnement des personnes en milieu pénitentiaire en partenariat avec la Direction Générale de la Pénitentiaire et la MILD&CA (*Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives*).

Une première convention a été signée pour la formation de 90 personnes sur le territoire issues des cinq associations et mouvements affiliés à la CAMERUP.

Il y a également la possibilité d'actions communes en la matière avec des acteurs intervenant déjà en milieu carcéral comme l'ANPAA ou autres.

Dans ce domaine spécifique nous bénéficions du retour d'expérience de nos collègues de Vie Libre qui interviennent dans ce milieu depuis plusieurs décennies maintenant et ont établi un programme de formation ne demandant qu'à être adapté pour la CAMERUP.

- **Mise à dispositions d'outils de fonctionnement :**

Délai : débuté en 2016 à perpétuer.

Moyens : utilisation des compétences.

D'autres outils sont soit déjà mis en œuvre comme le site internet, ou à paraître le lexique des acronymes remis à jour périodiquement ou encore dans le cadre de certaines campagnes des flyers téléchargeables directement sur le site pour les usagers le souhaitant.

- **Lexique des sigles et acronymes :**

Délai : réalisation 2016

Moyens : utilisation des compétences internes.

Un lexique des acronymes, outil indispensable, a été réalisé et édité en version papier courant second trimestre 2016 et diffusé aux responsables délocalisés des associations affiliées.

Une version informatique est mise en ligne sur le site. La fréquence de remise à jour est à déterminer.

C – LA PREVENTION ET LA REDUCTION DES RISQUES.

La CAMERUP promeut une culture hors alcool et la réduction des risques dans tous ses aspects y compris la réduction de consommation si la finalité est l'abstinence pour les personnes dépendantes avérées.

- **Prévention tous milieux :**

Délai : Déjà en application dans chaque entité.

Moyens : Militants associatifs bénévoles, aide financière pour remboursement des frais engagés (déplacement, documentation, etc.).

Chaque association ou mouvement sur le plan local a, depuis un certain temps déjà, mis des actions de préventions et d'informations en place dans différents milieux comme à l'éducation nationale, en entreprise, dans les centres de formations professionnelles, dans le milieu festif, associatif, etc.

Les intervenants ont reçu des formations et interviennent selon les cahiers des charges en vigueur avec le respect des règles en place dans les diverses structures.

- **Réduction des risques alcool :**

Délai : Déjà en application

Moyens : Les bénévoles accompagnants.

La réduction des risques en tant que telle a toujours été pratiquée par les associations en laissant le choix au malade de suivre ses idées.

La poursuite d'une prise en charge de malades même non sevrés restera de mise tout en suivant l'évolution de la situation et en proposant d'autres alternatives en cas de constat d'échec.

- **Réduction des risques autres substances :**

Délai : A mettre en application dès 2017

Moyens : Structures et associations spécialisées.

La méconnaissance et l'antériorité historique de nos associations de culture alcool ne nous permet pas encore d'être efficaces dans le domaine de la prise en charge de personnes dépendantes à d'autres substances psycho-actives et le recours à des structures spéciales sera de mise à titre de conseil, de soutien et de formateur.

- **Consommation contrôlée :**

Un consensus des cinq associations ne valide pas l'efficacité d'une consommation contrôlée chez les personnes à **dépendance avérée** d'autant plus si des pathologies physiques et psychiques annexes sont déjà constatées.

Le recours à des produits miracles ayant déjà de tout temps été testés en matière alcool, à ce jour aucun d'entre eux ne s'étant avéré efficace, le scepticisme reste de mise.

Pour les consommateurs à risques, le recours aux produits si c'est le choix de la personne sera conseillé **sous contrôle et suivi médical** dans les CSAPA ou structures similaires spécialisées.

- **Auto évaluation :**

Délai : 2017/2018

Moyens : Choix d'un test ou d'un programme d'auto-évaluation/Professionnels

Installer un test d'auto-évaluation des risques des consommations d'alcool pour la santé selon les spécificités des personnes sur le site **camerup.fr** en liaison avec les sites des associations affiliées. Un seul test en liaison permet une évaluation selon des critères identiques. Test ludique de lecture facile, accessible à tous et signalé par diffusion de plaquettes et autres diffusions papier pour le faire connaître.



D – LA COMMUNICATION ET L’ACTION PUBLIQUE.

Le profil d’acteur et d’interlocuteur dans le domaine de la santé publique est relativement nouveau. Avant la CAMERUP les associations et mouvements n’intervenaient que très rarement dans le contexte « politique » et « législatif » de la politique de santé de notre pays et encore moins international. Cela a quelque peu changé depuis 2015, et l’orientation est à la poursuite de ces engagements.

● **Intervention dans la politique de santé publique :**

Délai : Déjà appliquée selon les événements.

Moyens : mail, courrier, médias, et tous moyens à disposition.

Par le passé, les associations et mouvements n’ont pas, et ce n’était pas leur vocation basique, interpellé les décideurs et acteurs sur des points comme la réduction de la loi Evin à peau de chagrin. La coordination de par sa position peut, et se permet d’intervenir auprès des acteurs selon les circonstances ;

Pour 2016 :

- Interventions auprès des sénateurs et députés dans le cadre des amendements sur l’article 4ter du plan de modernisation de notre système de santé.
- Intervention auprès des Ministres et Premier Ministre suite au rapport sur le sport professionnel prônant un retour à la publicité et consommation de boisson alcoolisées dans les stades.
- Intervention auprès du CSA (Conseil Supérieur de l’Audiovisuel) sur des diffusions douteuses dans l’audiovisuel (recettes pompettes, surexpositions de consommation de boissons alcoolisées dans des émissions à heures de grande écoute, etc.).
- Intervention auprès du Ministère de la Mer³³ sur les détaxes de boissons alcoolisées à bord des bateaux de pêches générant des situations à risques chez les marins pêcheurs.

Ce type d’interventions sera de mise à chaque fois que nécessaire par toutes les voies à disposition.

● **Actions dans le cadre européen :**

Délai : En œuvre et poursuivi.

Moyens : Adhésion à des associations européennes comme l’EMNA et Eurocare / consultation parlementaires européens.

La politique européenne étant inégale entre les divers pays un travail de rapprochement est mis en œuvre pour une uniformisation de certaines règles sur les produits : les taxes, l’étiquetage, la publicité, l’offre et la vente, les informations, etc.

La réécriture d’une nouvelle stratégie européenne sur l’alcool est en cours d’élaboration dans le cadre d’Eurocare et sera présentée pour validation aux instances. La CAMERUP

demande une politique claire et cohérente en insistant sur l'importance de la prévention et du soin en visant davantage une politique fondée sur les conduites addictives plutôt que sur les substances.

Cette présence à l'échelon européen s'intègre à la recommandation de la MILD&CA pour « renforcer l'action de la France aux niveaux européen et international ».

- **Participation aux actions d'information :**

Délai : Actions programmées

Moyens : Internet, information lors des journées de rencontre, lettre de la CAMERUP, médias, interventions, etc.

Participation selon les possibilités à des actions nationales comme la journée SAF, la journée nationale sans alcool, le mois sans tabac, par des participations à des événements organisés par des structures nationales ou associatives.

Organisation de journées annuelles de rencontres à destination des responsables et militants des cinq entités réunis en un lieu commun (REIMS en 2015, BOURGES en 2016...).

E – LA RECHERCHE.

Déjà acteurs dans le domaine de la recherche dans le cadre de l'INSERM, la CAMERUP poursuit cette collaboration par une représentation individuelle des associations et mouvements en raison de leurs spécificités. Les cinq associations y sont représentées et participent toutes à la journée nationale annuelle.



Elles ont par le passé collaboré à diverses études et enquêtes et le feront dans le futur.^{36 37}

³⁶ Thèse de doctorat : les associations d'entraide et le rétablissement post alcoolique par Madame Karine PAIN, docteure en psychologie de la santé Université de Rennes 2.

³⁷ Boulze I., Launay M., Nalpas B., Les groupes d'entraide : une force de recherche. Communication orale. In : renforcement de l'entraide dans le domaine des addictions lors de la présentation du projet de recherche « Evaluation des valeurs impersonnelles et maintien de l'abstinence des personnes en difficulté avec l'alcool ».

F – LES PARTENARIATS.

Comme présentés à partir de la page 44 du présent livre blanc, des partenariats sont déjà actifs ou en cours d'élaboration. Ce type de collaboration sera poursuivi selon les besoins unilatéraux des acteurs tant sur un plan national qu'international.

De nouveaux partenariats se mettront certainement en place d'ici à 2020 tant sur le plan thématique qu'administratif, financier ou fonctionnel.

- **Partenariat avec l'ANPAA :**

Délai : en négociation 2017

Moyens : A définir après validation des axes de collaboration.

Plusieurs réunions se sont tenues dans la perspective d'un partenariat entre l'ANPAA et CAMERUP.

Une évaluation des besoins sur le plan régional a été réalisée par l'ANPAA et quatre axes ont été évoqués lors de la réunion du mois de juillet.

Une cartographie des « *implantations territoriales des associations de la CAMERUP et des établissements de l'ANPAA* » a été réalisée et permet une visibilité instantanée de la couverture sur le plan national et des avantages d'un partenariat entre les deux entités.³⁸

- **Partenariat ou collaboration avec la Prévention Routière :**

Délai : 2017 /2018

Moyens : Définition d'axes de travail sur la réduction des victimes sous emprise d'alcool.

Echafauder en commun des axes d'interventions dans le cadre de la prévention des accidents de la route générés par la conduite sous emprise d'alcool ou de cannabis.

Des actions sur les aires de repos d'autoroute lors des départs en vacances sont déjà de mise dans certains départements avec distributions d'alcootests, simulation avec lunettes de mise en condition, etc.

Les premières démarches sur le plan national sont prévues pour le second trimestre 2016.

³⁸ Cartographie en annexe 8.

- **Partenariat avec la LIGUE contre le cancer :**

Délai : 2018 /2020

Moyens : Démarches informatives et préventives pour travailler sur les causes et non seulement les effets.

Suite à certaines démarches (invitations de membres de La Ligue aux formations basiques d'alcoologie) nous avons constaté que les effets des substances sur l'organisme étaient relativement peu connus sur les causes des cancers.

Un rappel, les deux premières causes avérées de cancers en France sont le tabac et l'alcool.

Une collaboration avec les structures de soutien sur un axe préventif afin de réduire les cas ne serait que bénéfique.

- **Partenariat avec la MILD&CA :**

Délai : 2017

Moyens : Intégration au plan d'action 2016 – 2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Intégrer autant que possible en particulier les axes : 1, 2 et 3 du plan d'actions.

- 1 – Prévenir et communiquer.
- 2 – Accompagner et prendre en charge.
- 3 – Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux.



G – LE RECRUTEMENT ET L'ATTRACTIVITE DE L'ENGAGEMENT ASSOCIATIF.

Dans notre société actuelle, l'isolement, le retranchement sur les nouveaux médias qui sont plus attractifs que l'investissement associatif est l'une des raisons de la baisse d'engagement. La position plutôt statique des associations d'entraide dans leur fonctionnement originel doit être revu et modernisé afin de proposer une offre plus attractive.

Faire miroiter les effets de produits miracles permettant (*déformation*) de continuer à consommer en réduisant les risques est également une cause de désaffection de nos structures surtout par les plus jeunes. L'individualisation de notre société dirige les recherches de solutions, par le biais des réseaux sociaux, vers des tentatives individuelles n'allant pas au-delà du sevrage. Cela réduit considérablement le travail sur soi nécessaire, autant dans les groupes de parole que dans les entretiens individuels avant un constat d'inefficacité des actions engagées ce qui recule d'autant le moment des prises en charge.

- **Inclusion dans les associations d'entraide d'étudiants du médical, du sanitaire et du social dans le cadre de stages :**

Délai : 2020 voire au-delà

Moyens : Reconnaissance par les organismes et structures de l'éducation nationale et universitaires de l'importance du travail associatif dans la démarche de soins.

Certaines écoles d'infirmières font appel pendant le cycle d'études à nos militants, trop rarement malheureusement car ce sont surtout des initiatives personnelles, pour aborder la problématique des addictions dont l'alcool.

A ce titre, il est à noter les témoignages de prise en charge de personnes alcoolisées dans les structures hospitalières sans la moindre considération de l'aspect souffrance ou mal-être du patient ayant généré son comportement et méconnu du personnel soignant.

- **Elaboration d'une stratégie de communication revalorisant le travail en milieu associatif dans la prise en charge de la pathologie.**

Délai : 2020 et au-delà.

Moyens : Mise place de réflexions intra et extra-associatives sur les stratégies possibles à mettre en œuvre dans le cadre de la valorisation du rôle et des bénéfices de l'investissement en milieu associatif d'entraide en accompagnement des malades dépendants et de leur entourage.

La mise en place de groupes de réflexion sur le sujet est un axe que la CAMERUP, de par la mutualisation des acteurs issus de structures différentes, peut parfaitement conduire.

L'assistance de stagiaires issus d'écoles de communication (en service civique par exemple) pourrait être envisagée pour ce travail (si reconnaissance de ces stages par les structures enseignantes et formatrices de ce travail).

Une prise en charge du coût de ces stages est à définir avec les instances compétentes.

- **Renforcer l'attractivité du bénévolat associatif :**

Délai : 2020

Moyens : Changer l'image par la communication, l'action, la modernisation et la transformation d'une image de groupe néphaliste où la tristesse serait de rigueur, par une représentation positive.

L'image faussement transmise des associations d'entraide par la filmographie de personnes se réunissant sous des noms d'emprunt pour se cacher d'une pathologie « *honteuse* » est une image difficile à éradiquer dans le conscient des malades qui, avant d'en devenir le dernier recours, l'occultent de leurs possibilités.

Le choix est libre, et la reconnaissance de l'alcoolisme comme maladie ainsi que la promotion de cette évidence sont à conforter et généraliser dans la société.

Diverses actions de promotion de nos associations devraient être engagées et conseillées par les professionnels de santé ; à commencer par les médecins généralistes également appelés médecins de famille.

La liste des objectifs n'est pas exhaustive et ce document sera remis à jour annuellement.

ANNEXES



10, rue des Messageries 75010 PARIS

Monsieur le Président de l'Assemblée Nationale
Mesdames, Messieurs les Députés,

La CAMERUP (*Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique*) qui regroupe les associations Alcool Assistance, Alcool Ecoute Joie et santé, Les Amis de la Santé, La Croix bleue et Vie Libre vous interpelle dans le cadre du Projet de Loi de Modernisation de notre Système de Santé.

Devons-nous vous rappeler que l'alcool est la deuxième cause de mortalité en France, responsable de 10% des décès par cancers soit environ 15000 cas par an (*source : plan cancer 2014-2019*).



Il est la première cause évitable de retard mental et de crétinisme non génétique dans le monde, et bien évidemment en France (*source : OMS*) en partie généré par le syndrome d'alcoolisation fœtal qui devrait prendre de plus en plus d'ampleur dans les années à venir en raison de la modification des modes de consommation chez les femmes qui peuvent être influencés par la publicité.

A ce titre un exemple de la considération portée à la femme enceinte dans le message d'information obligatoire sur les contenants de boissons alcoolisées.

Ces femmes porteuses d'avenir et d'espoir sont reléguées sur l'étiquette arrière des flacons, coincées sous la poubelle, le bac de récupération de verre et le recyclage et ceci dans une couleur unique et d'un format de 5mm² rendant le logigramme presque invisible. Alors qu'il devrait se trouver bien en évidence sur l'étiquette principale dans un format au minimum d'1 centimètre² dans les couleurs rouge et noire sur fond blanc d'origine.

D'autre part, un sondage réalisé par Odoxa pour le Figaro, France Inter et la MNH montre bien que les Français sont conscients que les adolescents sont une population à risque et que, dans l'ordre, **les principaux dangers perçus pour les jeunes sont l'alcool (69 % des réponses**, avec plusieurs choix possibles) et la drogue (58 %). Viennent ensuite, loin derrière, les accidents de la route (21 %), le tabac (16 %), l'alimentation (12 %), le suicide (11 %) et les maladies sexuellement transmissibles (10 %). **Jeunes qui sont très réceptifs aux messages publicitaires de tous ordres.**

Plus de 580 000 hospitalisations annuelles liées à l'alcool sont recensées dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, ainsi que 2 700 000 journées d'hospitalisation en psychiatrie et ce, en France.

On estime à environ 49 000 décès par an imputable à l'alcool toujours dans notre pays (*source : OFDT*) chiffre qui nous semble sous-évalué pour des raisons d'assurances ou de mutuelles. Il y a 31% des buveurs à risque ponctuel et 8% à risque chronique, chiffres à multiplier par 3 ou 4 car non inclus les proches qui subissent de plein fouet les retombées de la situation.

Les événements récents comme ROHAN, ROYE et bien d'autres encore ne doivent pas vous laisser insensibles au point de privilégier les intérêts de quelque uns au détriment de la santé physique, psychologique et sociale de millions de nos concitoyens.

Vous qui êtes des élus du peuple, **vous êtes responsables de la santé des Français**, et je veux le croire, **vous saurez prendre vos responsabilités en ne votant pas l'article 4^{ter}** du Projet de Loi de Modernisation de notre Système de Santé qui réduira à peau de chagrin une loi Evin déjà bien mise à mal et qui nous est encore enviée dans bon nombre de pays (*source : Eurocare*). Car la publicité, même indirecte banalise et encourage les usages d'alcool et elle doit donc être encadrée pour sauver des vies et en particulier celle des plus jeunes.

Nous vous demandons, en connaissance de cause, de ne pas voter cet article, des millions de personnes vous en seront reconnaissants.

Dans l'espoir de votre compréhension recevez, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs les Députés nos plus cordiales salutations.

CHARTRE du PARCOURS de SANTE

Charte de la personne dans son parcours de santé personnalisé et des professionnels l'accompagnant

TROIS PRINCIPES S'APPLIQUANT EN TOUTES CIRCONSTANCES

TOUT AU LONG DU PARCOURS DE SANTE

✧ Usagers et professionnels s'inscrivent dans une relation partenariale.

Cette relation partenariale est faite de respect, de bienveillance, de confiance et d'écoute mutuels ; la relation s'instaure selon des modalités adaptées à la situation personnelle de l'usager, dans le respect de son autonomie ; l'usager est toujours reconnu comme un sujet de droit ou un citoyen et ne fait l'objet d'aucune discrimination ; l'usager agit selon les mêmes principes à l'égard des professionnels.

L'usager a, à sa disposition, les moyens appropriés de formuler son appréciation sur la qualité de la relation avec les professionnels et des prestations reçues (expression de satisfaction, signalement de dysfonctionnement, plainte, réclamation, ...).

✧ La relation entre l'usager et les professionnels respecte le principe selon lequel la décision finale appartient à l'usager.

Elle repose sur le partage d'une information claire et loyale, incluant les aspects financiers, le reste à charge, permettant à l'usager d'exprimer son consentement libre et éclairé.

L'usager est reconnu comme acteur de sa santé ; pour exercer son pouvoir de décision, l'usager est en droit de se faire accompagner par la personne de son choix (personne de confiance ou référent de parcours de santé, notamment).

Toute personne majeure a droit au respect de ses volontés quant à sa fin de vie telles qu'elle les a exprimées dans ses directives anticipées, dans le respect des obligations légales et déontologiques ; elle est en droit également, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer ses volontés, de désigner une personne de confiance ou un mandataire pour faire valoir ses souhaits dans les décisions relatives à sa fin de vie.

✧ Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis des politiques de santé et du système de santé et de solidarité.

Usagers et professionnels, eux-mêmes ou leurs représentants, participent aux décisions relatives aux politiques de santé (conception, mise en œuvre, évaluation) à tous les niveaux territoriaux ; aux décisions d'orientation de l'activité des établissements et services de santé.

Tous les usagers sont destinataires d'une information sur l'existence de représentants des usagers et sur les instances dans lesquelles ils siègent et qu'ils peuvent saisir tout au long de leur parcours de santé.

Usagers et professionnels agissent en étant conscients que les décisions qu'ils prennent, les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur la pérennisation de notre système de santé solidaire.

QUATRE CONTEXTES ESSENTIELS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RELATION PARTENARIALE

✧ Usagers et professionnels partagent l'objectif de promotion de la santé, de prévention et de maintien de la santé tout au long du parcours de santé personnalisé.

Usagers et professionnels sont conscients de la nécessité de mettre en œuvre et d'adhérer à une démarche de prévention tout au long du parcours de santé et de créer, choisir ou maintenir des environnements de vie favorables à la santé. Ils sont attentifs à articuler aux mieux les réponses aux besoins dans le domaine de la santé et du social.

✧ Toute personne dans son parcours de santé personnalisé peut accéder aux établissements et services de santé quelle que soit sa situation (sociale, économique, géographique, pathologique, de dépendance,...).

Les professionnels s'assurent que l'accessibilité aux établissements, structures et services de santé est effective et équitable.

Dans une démarche en responsabilité populationnelle, les professionnels font en sorte d'aller vers les personnes qui sinon, resteraient en marge du système de santé.

✧ Le parcours de santé personnalisé s'élabore dans une démarche de co-construction entre usagers et professionnels.

L'usager exerce en toutes circonstances son libre choix de professionnels de santé ou d'intervenants (dans le respect, le cas échéant, des contraintes de services), de thérapeutiques selon les propositions qui lui sont faites, d'établissements ou de services, de lieux de vie ou de soins.

L'usager bénéficie d'une orientation pertinente lorsque le professionnel ou la structure à laquelle il s'adresse n'est pas en mesure de répondre à ses besoins. L'usager est en droit de modifier ses choix au cours du temps.

L'usager bénéficie d'un droit à l'accompagnement par un référent de parcours de santé tout au long de son parcours de santé personnalisé lorsqu'il est en situation complexe.

✧ Les professionnels mettent tout en œuvre pour garantir qualité, continuité et sécurité de la prise en charge ou de l'accompagnement tout au long du parcours de santé personnalisé de l'usager.

Les professionnels assurent la fluidité du parcours en faisant en sorte de se coordonner et de partager les informations nécessaires à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le respect de la volonté des usagers et des principes relatifs à la protection des données personnelles.

Certaines populations, en situations vulnérables liées en particulier à certains handicaps font l'objet de suivis spécifiques. La douleur est prise en charge tout au long du parcours de santé. Indépendamment de leurs ressources, les usagers bénéficient de l'innovation thérapeutique et technique, disponible, évaluée, validée et présentant un bénéfice pour leur santé ; ils sont informés sur les essais cliniques qui pourraient les concerner et sur l'accès anticipé aux médicaments dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation.



ARRÊTÉ RECTORAL

DASAEI/CAAEECP/MJ/2013-2014/N° 7

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE NANCY-METZ
CHANCELIER DES UNIVERSITÉS DE LORRAINE**

VU les articles D551-1 à D551-6 du Code de l'Éducation Nationale relatifs à l'agrément des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public,

VU les articles D551-10 à D551-11 du Code de l'Éducation relatifs au conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public,

VU l'arrêté du ministre de l'éducation nationale du 24 août 2010 relatif à la composition du dossier de demande d'agrément,

VU l'arrêté rectoral du 15 mai 2014 relatif à la composition du conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public et à son fonctionnement,

VU l'avis émis par le conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public réuni le 03 juin 2014,

VU l'ensemble des pièces du dossier.

Considérant que l'association « Les Amis de la Santé de Moselle » respecte, selon l'article D551-2 susvisé, les principes énoncés ci-dessous :

- caractère général,
- caractère non lucratif,
- compatibilité avec les activités du service public de l'Éducation Nationale,
- complémentarité avec les instructions et leurs programmes d'enseignement,
- respect des principes de laïcité et d'ouverture à tous sans discrimination,
- qualité des intervenants.

ARRÊTE

Article 1er :

L'association « Les Amis de la Santé de Moselle » qui apporte son concours à l'enseignement public, est agréée pour une durée de cinq ans dans l'académie de NANCY-METZ.

Article 2 :

La Secrétaire Générale de l'académie est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Nancy, le 30 JUIN 2014

Gilles PÉCOUT



Madame la Ministre
de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer
92055 PARIS-La Défense-Cedex

Paris le 19 avril 2016

Madame la Ministre

Intervenant dans le milieu maritime en prévention, accompagnement et prise en charge des personnes en difficulté avec le produit alcool, l'une de nos structures nous fait par d'une incohérence notable dans le domaine.

En effet, le régime douanier et fiscale permet de livrer en franchise totale ou partielle de droits de douanes, taxes intérieures certains produits comme les boissons alcooliques, cigarettes et tabacs destinés à être consommés à bord ce qui nous semble totalement incompatible avec le contexte de santé publique inhérent à ces produits.

Il s'agit de provisions de toute nature destinées à être consommées à bord des bateaux par l'équipage entre autre des bateaux affectés à la pêche professionnelle maritime.

Il nous semble opportun de reconsidérer cette législation (article 262-11-6 du code général des impôts) ne pouvant aller qu'à contrario des basiques de santé publique dans le domaine de l'alcoolisme en milieu maritime.

En espérant une prise en compte de nos remarques et une reconsidération des mesures existantes, veuillez croire Madame la Ministre en l'expression de ma haute considération.

Le président de la CAMERUP

E.C. Madame la Ministre de la Santé

Jean-Claude TOMCZAK

COORDINATION DES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE RECONNUS D'UTILITE PUBLIQUE
Alcool Assistance . Alcool Ecoute Joie et Sante . Amis de La Sante . Croix Bleue . Vie Libre
10 rue des messageries 75010 Paris – 01.42.28.88.18 - <http://www.camerup.fr/>

FEUILLE DE SAISIE DES DONNEES MENSUELLES

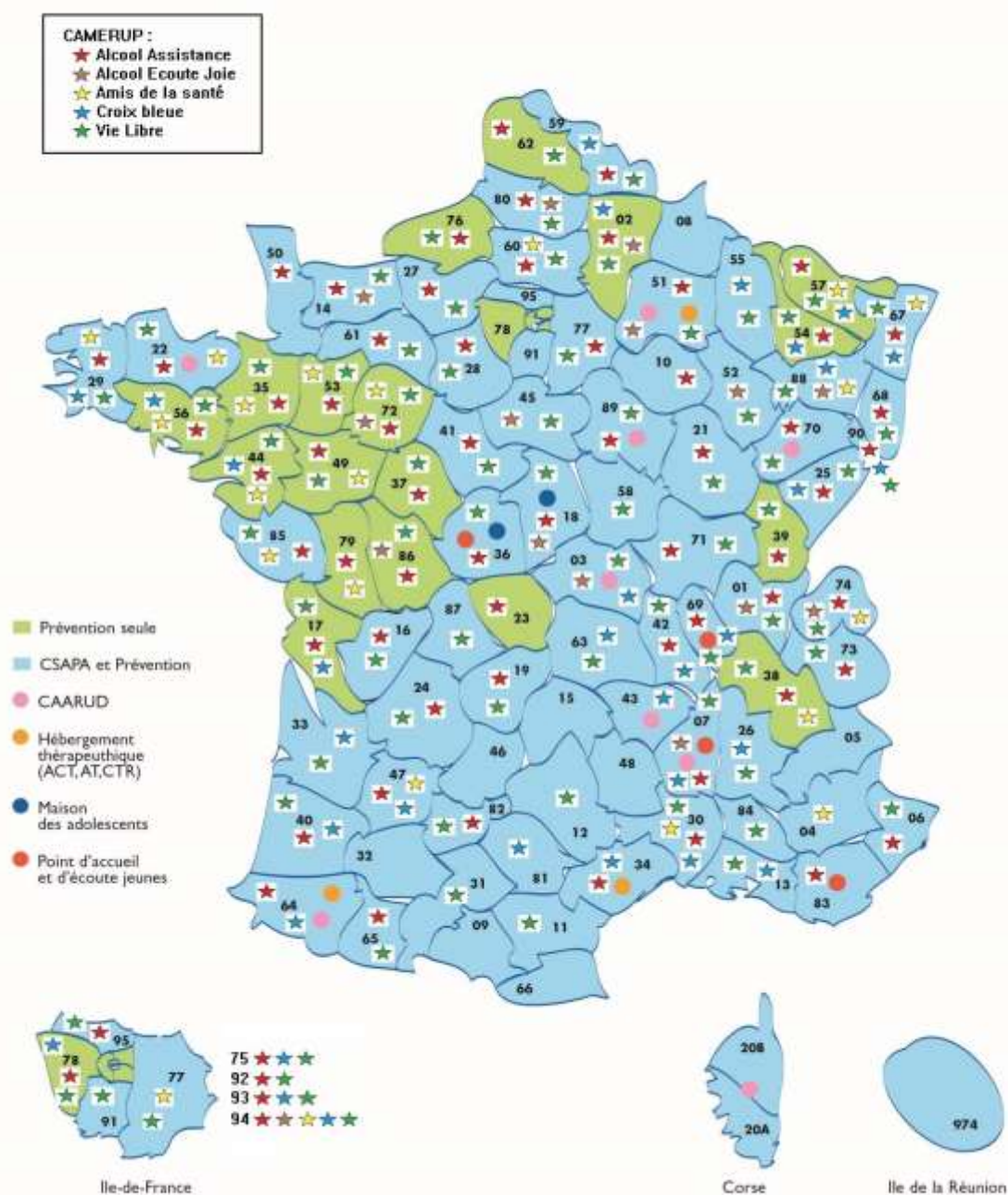
Background and Objectives

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/>

[illegible]

Nombre de bénévoles actifs Ce nombre est le nombre de bénévoles actifs de leur article à l'association et pendant une durée d'un an. Il est compté en l'an actif, ce qui veut dire qu'en le comptabilisant à chaque fois qu'il est en contact avec l'association (en réunion, groupe de travail, entretien individuel et même visites, etc.) à chaque fois que comptabilisé comme tel.

**IMPLANTATIONS TERRITORIALES DES ASSOCIATIONS
DE LA CAMERUP ET DES ETABLISSEMENTS DE L'ANPAA
août 2016**



Source : ANPAA & CAMERUP



LEXIQUE DES SIGLES ET ACRONYMES

UTILISES DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL

Dernière mise à jour : 12 juillet 2016

Liste alphabétique non exhaustive des acronymes à l'usage des personnes membres des structures affiliées à la coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique.

Nota : *Il peut y avoir plusieurs acronymes identiques pour des définitions différentes.*

A

AA	Alcooliques Anonymes.
AAH	Allocation Adulte Handicapé.
ACMO	Agent Chargé de la Mise en Œuvre de l'hygiène et de la sécurité.
ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.
ACSÉ	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances.
ADALIS	Addictions Drogues Alcool Info Service.
ADEME	Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie.
ADSEA	Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence.
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert.
AFEAMA	Aide à la Famille pour l'Emploi d'une Assistante Maternelle Agréée.
AFLD	Agence Française de Lutte contre le Dopage.
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes.
AFPS	Attestation de Formation aux Premiers Secours.
AFSSA	Agence Française Sécurité Sanitaire des Aliments.
AFSSA PS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
AFSSE	Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale.
AG	Assemblée Générale.
AGIRC	Association Générale des Institutions de Retraites des Cadres.
AIPS	Association Intercommunale de Prévention Spécialisée.
AIS	Alcool Info Service.
ALD	Affection de Longue Durée.
ALM	Allocation Mensuelle aide sociale à l'enfance.
ALS	Allocation de Logement Sociale.
AMASA	Association Martiniquaise d'Aide et de Soins aux Alcooliques.
AMDP	Antennes Médicales de Prévention du Dopage.
AME	Aide Médicale de l'Etat.
AMG	Aide Médicale Gratuite.
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché.
AMP	Aide Médico-Psychologique.
ANAES	Agence Nationale Accréditation et Évaluation en Santé.
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.
ANDS	Agence Nationale de Documentation de la Santé.
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.
ANPE	Association Nationale Pour l'Emploi.
ANR	Agence Nationale de la Recherche.
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique.
AP	Auxiliaire de Puériculture.
AP	Accueil Provisoire.
APA	Activités Physiques Adaptées.
APAJE	Allocation Parentale Accueil Jeune Enfant.
APE	Allocation Parentale d'Education.
APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris.
API	Allocation de Parent Isolé.
API	Alcoolisation Ponctuelle Importante.

APJA	Agents de Police Judiciaire Adjoints.
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation.
ARRCO	Association des Régimes de Retraite Complémentaires.
ARS	Agence Régionale de Santé.
AS	Assistante Sociale.
AS	Aide Soignant.
ASE	Aide Sociale à l'Enfance.
ASE	Assistant Socio-Educatif.
ASEMF	Action Socio- Educative en Milieu Familial.
ASMAT	ASsistante MATernelle.
ASSEDIC	ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce.
ASVEA	Association de SauVegarde de l'Enfance et de l'Adolescence.
AT/MP	Accident du Travail/ Maladie Professionnelle.
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
AUD	Allocation Unique Dégressive.

B

BAAC	Bulletins d'Analyse des Accidents Corporels.
BAFA	Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur.
BAFD	Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur.
BAM	Bénéficiaire de l'Assurance Maladie.
BO	Bulletin Officiel.
BPDJ	Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile.

C

CA	Conseil d'Administration.
CAARFE	<i>Confederacion de Alcoholicos, Adictos en Rehabilitacion y familiares de España.</i>
CAARRUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogue.
CACES	Certificat d'Aptitude à la Conduite des Engins en Sécurité.
CD	Conseil Départemental.
CADA	Commission d'Accès aux Documents Administratifs.
CAE	Centre d'Action Éducative.
CAF	Caisse d'Allocations Familiales.
CAMERUP	Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique.
CARMI	Caisse Régionale de Sécurité Sociale dans les MInes.
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la SAnité au Travail.
CASU	Commission Action Sociale d'Urgence.
CCA	Certificat de Capacité d'Ambulancier.
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.
CCAM	Classification commune des actes médicaux.
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale.

C-CLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales.
CCN	Convention Collective Nationale.
CCPD	Commission Consultative Paritaire Départementale.
CD	Code de Déontologie.
CDES	Commission Départementale d'Education Spécialisée.
CDIA	Centre de Documentation et d'Information de l'Assurance.
CDIJ	Centre Départemental d'Information de la Jeunesse.
CDP	Chef De Projet.
CDPA	Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolologie et addictologie.
CEA	Conduite en Etat Alcoolique.
CEDIAS	Centre d'Études, de Documentation, d'Information et d'Action Sociale.
CEDIS	CEntre Départemental de l'Insertion Sociale.
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes de Décès.
CEPS	Comité Économique des Produits de Santé (ex-TIPS).
CES	Centre d'Examen de Santé.
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.
CESF	Conseiller en Economie Sociale et Familiale.
CFA	Centre de Formation pour Apprentis.
CFAS	Code de la Famille et de l'Aide Sociale.
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé.
CG	Conseil Général.
CGET	Commissariat Général à l'Egalité des Territoires.
CH	Centre Hospitalier.
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal.
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé.
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CIF	Congé Individuel de Formation.
CIFAD	Centre Interministériel de Formation Anti-Drogue.
CIM	Classification Internationale des Maladies.
CIM 10	Classification Internationale des Maladies.
CIPCA	Commission Interministérielle de Prévention des Conduites Addictives.
CIPD	Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance.
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer.
CIRE	Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie.
CISMeF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française.
CISR	Comité Interministériel de la Sécurité Routière.
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé.
CJC	Consultation Jeunes Consommateur.
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition.
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer.
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
CLS	Contrat Local de Santé.
CLSPD	Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance.
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur.
CMAF	Caisse Maritime d'Allocations Familiales.
CME	Commission Médicale d'Établissement.
CMP	Consultation Médico-Psychologique.
CMSEA	Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des adultes.

CMU	Couverture Maladie Universelle.
CMUc	Couverture Médicale Universelle complémentaire.
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales.
CNAJEP	Comité National des Associations de Jeunesse et d'Éducation Populaire.
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.
CNANES	Comité National Alimentation Nutrition dans les Etablissements de Santé.
CNAV	Caisse Nationale Assurance Vieillesse.
CNFPT	Centre National de Formation des Personnels Territoriaux.
CNH	Certificat de Non Hospitalisation.
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté.
CNR	Centre National de Référence.
CNRACL	Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales.
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique.
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie.
CNVA	Conseil National de la Vie Associative.
CODAF	Comité Opérationnel Départemental Anti-Fraude.
CODES	COmité Départemental d'Éducation pour la Santé.
COFRAC	COmité FRançais d'Accréditation.
COMEDIM	COmité du MEDICAment.
COPIL	COmité de PIlotage.
COREPEM	COmité RÉgional des Pêches et des Elevages Marin.
CORRUSS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales.
COTOREP	COmission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
COVIRIS	COordination des VigiLances et des Risques.
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CPE	Congé Parental d'Education.
CPF	Compte Personnel de Formation.
CPF	Centre de Prévention et Formation.
CPNEFP	Commission Paritaire Nationale Emploi Formation Professionnelle.
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.
CQP GE	Certificat de Qualification Professionnelle Garde d'Enfants.
CRAV	Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse.
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux.
CREPS	Centre de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportives.
CREX	Comité de Retour d'Expérience.
CRIJ	Centre Régional d'Information de la Jeunesse.
CROS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire.
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.
CROSS	Comité ou Conseil Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.
CRPS	Comité Régional des Politiques de Santé.
CRS	Conférence Régionale de Santé.
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.
CRU	Commission de Relation avec les Usagers.
CRUPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la Prise en Charge.
CSA	Contribution Solidarité Autonomie.
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
CSG	Contribution Sociale Généralisée.
CSGM	Conseil Supérieur des Gens de Mer.
CSP	Code de la Santé Publique.

CSSR	Centre de Soins de Suite et Réadaptation.
CSSRA	Centre de Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie.
CT	Cholestérol Total.
CTE	Comité Technique d'Etablissement.
CTP	Comité Technique Paritaire.
CVA	Contrôle Vitesse Alcoolémie.
CVS	Cadre de Vie et Sécurité.

D

DA	Dépassement Autorisé.
DACG	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces.
DAF	Dotation Annuelle de Fonctionnement.
DAM	Direction des Affaires Maritimes
DAP	Délégation d'Autorité Parentale.
DAS	Direction des Affaires Sociales.
DASEN	Direction Académique des Service de l'Education Nationale.
DCS	Dépense Courante de Santé.
DCSP	Direction Centrale de la Sécurité Publique.
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale.
DDI	Direction Départementale Interministérielle.
DDM	Date de Durabilité Minimale.
DDSP	Direction Départementale de la Sécurité Publique.
DE	Dépassement Exceptionnel.
DESMS	Directeur d'Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux.
DESS	Directeur d'Etablissements Sanitaires et Sociaux.
DGAFP	Direction Générale des Agents de la Fonction Publique.
DGAS	Direction Générale des Affaires Sociales.
DGCL	Direction Générale des Collectivités Locales.
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale.
DGEFP	Direction Générale de l'Enseignement et de la Formation Professionnelle.
DGESCO	Direction Générale de l'Enseignement SCOLAIRE.
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques.
DGH	Direction Générale de l'Hospitalisation.
DGO	Document Général d'Orientation.
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins.
DGPN	Direction Générale de la Police Nationale.
DGS	Direction Générale de la Santé.
DGT	Direction Générale du Travail.
DHOMS	Département de l'Offre Hospitalière et Médico-Sociale.
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
DIF	Droit Individuel de Formation.
DIM	Département d'Information Médicale.
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.
DIREN	Direction Régionale de l'ENVironnement.
DISCR	Délégué Interministériel à la Sécurité Routière.
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires.

DISS	Direction des Interventions Sanitaires et Sociales.
DLC	Date Limite de Conservation.
DLPAJ	Direction des Liberté Publiques et des Affaires Juridiques.
DLUO	Date Limite d'Utilisation Optimale.
DMP	Dossier Médical Personnel.
DMS	Dispositifs Médicaux Stériles.
DNT	Déclaration Nominative Trimestrielle.
DOM	Départements d'Outre-Mer.
DPPR	Direction de la Prévention des Pollutions et des Risques.
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale.
DRESS	Directeur de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
DRFIP	Direction Régionale des Finances Publiques.
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale.
DSCR	Délégation à la Sécurité et à la Circulation Routière.
DSDEN	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale.
DSI	Dossier de Soins Informatisés.
DSI	Direction de la Solidarité et de l'Insertion.
DSM	Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux.
DSQ	Développement Social de Quartier.
DSS	Direction de la Sécurité Sociale.
DTARS	Direction Territoriale de l'Agence Régionale de Santé.
DTPJJ	Direction Territoire Protection Judiciaire de la Jeunesse.
DTS	Dépense Totale de Santé.
DU	Diplôme Universitaire.

E

EAD	Ethylotest Anti-Démarrage.
EDA	Etude Détaillée d'Accidents.
EFG	Établissement Français des Greffes.
EFS	Établissement Français du Sang.
EHES	Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
EHLA	Equipe Hospitalière de Liaison en Alcoologie.
ELSA	Equipe de Liaison en Service Addictologie.
EMNA	<i>Européan Mutual-Help Networkfor Alcohol- Related Problems.</i>
ENIM	Etablissement National des Invalides de la Marine.
ENM	Ecole Nationale de la Magistrature.
ENSP	École Nationale de Santé Publique.
EOHH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière.
EPARS	Établissement Public Autonome de Réinsertion par le Médico-Social.
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles.
EPS	Équipe de Prévention Spécialisée éducation Pour la santé.
EPS	Établissement Public de Santé.
ESPE	Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education.
ESPIC	Etablissements publique et des établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif.
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.
EUROCARE	<i>Européan Alcohol Policy Alliance.</i>

F

FAJ	Fonds d'Aide aux Jeunes.
FAMLA	Fédération des Associations et Mouvements de Lutte contre l'Alcoolisme.
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.
FAS	Fonds d'Action Sociale.
FDAFR	Fédération Départementale des Associations Familiales et Rurales.
FDVA	Fonds Développement de la Vie Associative.
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers & d'Aide à la Personne.
FEPEM	Fédération des Employeurs Particuliers- Employés de Maison.
FER	Formateurs en Education Routière.
FESA	Fédération Française des Assurances Automobiles.
FFA	Fédération Française d'Addictologie.
FFSA	Fédération Française des Société d'Assurances.
FFSU	Forum Français pour la Sécurité Urbaine.
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.
FIPD	Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance.
FIR	Fonds d'Intervention Régional.
FNAS	Fédération Nationale des Amis de la Santé.
FNDVA	Fonds National de Développement de la Vie Associative.
FNESAA	Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie.
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire.
FRAD	Formateurs Relai Anti-Drogue de la gendarmerie nationale.
FSE	Fonds Social Européen.

G

GAPP	Groupement d'Aide Pédagogique.
GEMA	Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance.
GGT	Gamma-Glutamyl Transférase.
GHB	Gamma-Hydroxy Butyrate.
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique.

H

HAS	Haute Autorité de Santé.
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique.
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoire.

I

IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDSR	Intervenant Départemental de Sécurité Routière.
IFSTTAR	Institut Français des Sciences et des Technologies des Transports, de l'Aménagement et des Réseaux.
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales.
IM PRO	Institut Médico Professionnel.
IME	Institut Médico Educatif.
IMP	Institut Médico Pédagogique.
INCa	Institut National du Cancer.
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé.
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Economiques.
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
InVS	Institut de Veille Sanitaire.
IPM	Ivresse Publique Manifeste.
IPP	Incapacité Permanente Partielle.
IRCANTEC	Institut Retraite Complémentaire AgeNTs de l'Etat et des Collectivités.
IRCEM	Institut Retraite Complémentaire des Employés Maison et assistantes maternelles.
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.
IREB	Institut de Recherche Scientifique sur les Boissons.
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé.
IRESP	Institut de Recherche en Santé Publique.
IROSS	Instance Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale.
ISF	Impôt de Solidarité sur la Fortune.
ITT	Incapacité Temporaire Totale.
ITT	Interruption Temporaire de Travail.
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse.
IVS	Institut de Veille Sanitaire.

J

JO	Journal Officiel.
JAF	Juge des Affaires Familiales.
JAP	Juge d'Application des Peines.
JE	Juge des Enfants.

K

L

LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale.
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé.
LOPPSI2	Loi d'Orientation et de Programmation pour le Performance de la Sécurité Intérieure.

M

MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation.
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives.
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique.
MSA	Mutualité Sociale Agricole.

N

NHS	<i>National Health Service.</i>
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse.</i>
NSP	Nouvelles Substances Psychoactives.

O

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique.
OCRTIS	Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants.
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.
OMD	Organisation Mondiale des Douanes.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.
ONDRP	Observatoire National de la Délinquance et la Réponse Pénale.
ONISR	Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière.
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.
OPACIF	Organisme Paritaire Agréé au titre du Congé Individuel de Formation.
OPJ	Officier de Police Judiciaire.
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire.
ORS	Observatoire Régional de la Santé.

P

PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeune.
PAEJEP	Point Accueil Ecoute Jeune Et Parents.
PAIO	Permanence Accueil d'Information et d'Orientation.
PCG	Président du Conseil Général.
PCS	Plan de Cohésion Sociale.
PDASR	Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière.
PDV	Politique de la Ville.
PES	Programme d'Echange de Seringues.
PFAD	Policier Formateur Anti-Drogue.
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse.
PLH	Programme Local d'Habitation.

PME	Protection de la Mère et de l'Enfant.
PMI	Protection Maternelle Infantile.
PRASP	Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention santé- social.
PRSP	Programme Régional de Santé Publique.

Q

R

RDR	Réduction des Risque.
RMI	Revenu Minimum d'Insertion.
RSA	Revenu de Solidarité Active.

S

SACEM	Société des Auteurs, Compositeurs et Editeurs de Musique.
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements.
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtal.
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgence.
SATO	Service d'Aide aux TOxicomanes.
SAU	Service d'Accueil des Urgences.
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé.
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque.
SDSE	Sous-Direction de la Statistique des Etudes et de la documentation au ministère de la justice.
SEAE	Service Européen pour l'Action Extérieure.
SEAGNU	Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies.
SES	Service d'Education Surveillée.
SFA	Société Française d'Alcoologie.
SFSP	Société Française de Santé Publique.
SGAE	Secrétariat Général des Affaires Européennes.
SG-CIPD	Secrétariat Général du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance.
SHALE	Service Hospitalier d'Aide à la Libération des Ethyliques.
SICOM	Service d'Information et COmmunication du Ministère de l'emploi et de la solidarité.
SIG	Service d'Information du Gouvernement.
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional.
SMUR	Service Médical d'Urgence et de Réanimation.
SNASEA	Syndicat National des Associations pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence.
SNIRAM	Système National d'Information Inter Régions d'Assurance Maladie.
SNS	Stratégie Nationale de Santé.
SPA	Substances Psycho-Actives.
SPIP	Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.
SREPS	Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé.
SROASS	Schéma Régional d'Organisation des Activités Sanitaires et Sociales.
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale.

SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire élaboré par les DRASS.
SROSS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale : Besoins soumis au CROSS.
SS	Sécurité Sociale.
SSR	Soins de Suite et Réadaptation.
SUMPPS	Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.
SYNHORCAT	Syndicat National des Hôteliers Restaurateurs CAFetiers Traiteurs.

T

TA	Tribunal Administratif.
TAPAJ	Travail Alternatif Payé à la Journée.
TASS	Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.
TCAF	Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale.
TDS	Transfert des Données Sociales.
TGI	Tribunal de Grande Instance.
TI	Tribunal d'Instance.
TIPS	Tarification Interministérielle des Prestations Sanitaires, remplacé par le CEPS.
TROD	Test Rapide d'
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés.

U

URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.
UCANSS	Union des Caisses Nationales des Sécurité Sociale.
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires.
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales.
UGECAM	Union de Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie.
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
UMIH	Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie.
UNAASS	Union Nationale des Associations Agréées du Système de Santé.
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales.
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale.
UNEDIC	Union Nationale pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce.
UNIRS	Union Nationale des Institutions de Retraite des Salariés.
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux.

V

VAE	Validation des Acquis d'Expérience.
VAP	Validation des Acquis Professionnels.

W-X-Y-Z

	Zone d'Education Prioritaire.
ZEP	Zone de Sécurité Prioritaire.
ZSP	

Merci de nous signaler tout manquement ou nouvel acronyme à insérer au présent document à :
secfnas@wanadoo.fr ou camerup@orange.fr.

VI – REMERCIEMENTS

Remerciements à toutes les personnes, professionnels de santé, du sanitaire, du social, à tous les organismes de tutelle, administrations et partenaires qui croient en notre travail.

Merci à tous ces **bénévoles** sans qui rien ne serait possible, pour leur travail méconnu d'accompagnant des personnes dépendantes et de leur entourage, pour tout ce temps passé à l'écoute, à l'accompagnement, à l'animation et à la gestion dans leurs structures respectives.

Merci aux administrateurs de la CAMERUP et des associations et mouvements affiliés pour leur investissement et leur adhésion à ce qui va sans aucun doute être un tournant dans le monde des associations d'entraide.

Merci aux membres de la commission de rédaction pour leur participation à ce **livre blanc**.

C'est à toutes ces personnes qu'est dédié ce **livre blanc** afin d'éclaircir ce monde, leur monde, quelque peu méconnu de ces acteurs de santé publique et de toutes ces personnes qui, un jour, auront recours à leurs services, hors du temps, pour se sortir des souffrances qui ont généré leur dépendance.

A tous Merci

Jean-Claude TOMCZAK
Président de la CAMERUP

A Paris le 30 août 2016

CONSEIL ADMINISTRATION CAMERUP 2016

FONCTION	NOM Prénom	ASSOC	MAIL	TELEPHONE
PRESIDENT	TOMCZAK Jean-Claude	FNAS*	tomczak.jeanclaudio@neuf.fr	06.11.75.54.46
VICE PRESIDENT et TRESORIER	CHARRIER Auguste	ALCOOL ASSISTANCE	alcool.assistance49@orange.fr	06.73.60.86.71
VICE PRESIDENTE	CORREGE Marie-Josée	FNJS**	alcool-ecoute- fnjs@wanadoo.fr	09.71.53.36.14
VICE PRESIDENTE et SECRETAIRE ADJOINTE	MIRANDA Guilaine	CROIX BLEUE	mirandaguil@hotmail.fr	06.19.27.16.51
VICE PRESIDENT	LE MOAN Félix	VIE LIBRE	felix.lemoan@bbox.fr	06.84.51.15.20
TRESORIER ADJOINT	GROLLEAU Jean-Luc	FNAS*	jeanlucgrolleau@hotmail.fr	06.77.39.52.00
SECRETAIRE	RATZEL Marcel	VIE LIBRE	m.ratzel@free.fr	06.81.54.41.61
ADMINISTRATEUR	PELTIER Patrick	FNAS*	patrick.peltier14@wanadoo.fr	06.63.20.21.79
ADMINISTRATEUR	MOUREAU François	ALCOOL ASSISTANCE	francois.moureau@neuf.fr	06.78.86.52.08
ADMINISTRATEUR	MOREAU Didier	ALCOOL ASSISTANCE	alcoolassistance24@sfr.fr	07.78.11.47.79
ADMINISTRATEUR	BEDIER Christian	ALCOOL ASSISTANCE	christianbedier@gmail.com	06.62.35.93.50
ADMINISTRATEUR	COLIN Bernard	FNJS**	alcoolecoute94@gmail.com	06.09.80.45.08
ADMINISTRATEUR	BOCHATAY Christiane	FNJS**	chris.bochatay@orange.fr	06.83.87.83.86
ADMINISTRATEUR	VINCENT Jean-Gilles	FNJS**	alcoolecoutefin@yahoo.fr	06.17.97.68.51
ADMINISTRATEUR	WINTER Linda	CROIX BLEUE	linda.winter67@orange.fr	06.12.98.85.28
ADMINISTRATEUR	CONSTANCIAS Marie	CROIX BLEUE	constanciasm@aol.com	06.21.88.44.72
ADMINISTRATEUR	LANG Ludovic	CROIX BLEUE	ludoviccharleslang@gmail.com	06.76.28.58.34
ADMINISTRATEUR	HAMARD Alain	VIE LIBRE	alainhamard@bbox.fr	06.75.85.31.39
ADMINISTRATEUR	SOLLIER Michel	VIE LIBRE	sollierm@gmail.com	06.36.98.65.88
ADMINISTRATEUR	HIRT Charles	FNAS*	charles.hirt@wanadoo.fr	06.82.61.77.39

*FNAS : Fédération Nationale des Amis de la Santé

**FNJS : Fédération Nationale Joie et Santé



camerup.fr

Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique

10, rue des messageries - 75010 PARIS

Tél. : +33(0)1 45 65 19 28

Mail : camerup@orange.fr