



2009 – 2010 : une année de crise avec renforcement des difficultés sociales, des souffrances physiques et psychiques, des problèmes d'emploi, des obstacles à l'accès aux soins et à la prévention, des situations de précarité et d'exclusion, dans un contexte de problèmes financiers pour les usagers et de budgets contraints pour les structures, autant de déterminants menaçant la santé, physique, psychique et sociale de nos concitoyens. Elle s'est révélée être une année charnière particulièrement importante, tant pour notre association et l'addictologie, que pour l'ensemble des champs de la santé et du social.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

L'A.N.P.A.A., attentive aux évolutions sociétales, législatives, administratives et organisationnelles, comme à celle des consommations, des pratiques et des conduites addictives, intègre les nouvelles dispositions nationales, régionales et territoriales, comme les réalités des usagers, et s'adapte pour répondre au mieux à toutes les spécificités et toutes les transversalités de l'addictologie. L'A.N.P.A.A. contribue par son action aux politiques publiques de santé, particulièrement dans le champ de l'addictologie, qui constitue un déterminant majeur de santé publique.

Association loi 1901, reconnue d'utilité publique et d'éducation populaire : Le monde associatif, particulièrement dans le champ de la prévention, est en difficulté, menacé dans son existence même dans certaines régions. Les incertitudes comme les délais de mise en place des nouvelles politiques publiques de santé aggravent cette situation délicate, et mettent en péril ce dispositif d'une richesse incomparable. Ces incertitudes sont autant d'inquiétudes pour l'existence des structures, pour le maintien des ressources humaines, la sauvegarde des emplois et des compétences professionnelles accumulées et développées, c'est aussi le risque de démobilisation des acteurs bénévoles. Le tissu associatif, ses acteurs bénévoles et salariés, ne doivent pas être la variable d'ajustement des politiques publiques en mal d'équilibre budgétaire. La reconnaissance de l'ampleur et de la qualité du travail accompli par les associations oeuvrant en addictologie s'impose. En interne, la réorganisation, le développement et la valorisation de la vie associative de ces acteurs doivent être des objectifs sans cesse renouvelés.

Nationale : notre organisation unitaire et déconcentrée permet de contribuer à la cohésion et à la pertinence du dispositif addictologique. Cette organisation favorise la coordination et la mutualisation des acteurs comme des moyens, gages d'efficacité et d'efficience. La réorganisation de notre échelon régional, concomitamment à la mise en place des agences régionales de santé instituant la régionalisation des politiques publiques dans ce domaine, s'impose. Cette réorganisation est un enjeu majeur pour notre association. L'organisation unitaire et déconcentrée permet tout à la fois le continuum de l'action du national, à la région, aux territoires de santé et à la proximité des usagers, comme l'adaptation et la pertinence des réponses à toutes les spécificités des problématiques, à tous les niveaux territoriaux. La dimension nationale, des axes stratégiques clairement définis, la participation à toutes les réflexions et à tous les travaux en matière d'addictologie, sont garants d'une politique associative réfléchie et pertinente, d'activités de qualité à tous les niveaux et pour toutes les populations. La mutualisation, le partage d'expériences, la mise à disposition de toute l'information nécessaire, la mise en œuvre accompagnée de toutes les procédures et

réglementations favorisent la démarche qualité et la mise à disposition de tous, d'actions adaptées et pertinentes. La vie associative doit se développer et suivre cette réorganisation ; la mobilisation à chaque niveau territorial est nécessaire. Du quartier, ou du village, à la région et au niveau national ; militantisme, capacités gestionnaires, réflexions et responsabilités politiques en matière d'addictologie, et plus largement de santé, doivent s'exprimer.

Une association nationale, c'est aussi une vie sociale active, une direction de ressources humaines efficaces, un comité d'entreprise mobilisé et responsable.

Prévention : bien que souvent évoquée, d'efficacité largement démontrée, et malgré des états généraux, des recommandations de la Conférence Nationale de Santé, des discours prometteurs... la prévention reste désespérément sous-dotée, non valorisée, insuffisamment reconnue. La mise en place de « Directions de la Santé Publique », avec un pôle « Prévention et Promotion de la Santé », dans nombre d'A. R. S. est une source d'espoir pour tous les acteurs de ce champ ; car aujourd'hui acteurs et structures sont précaires, et des compétences professionnelles sont régulièrement gâchées par l'absence de continuité des budgets. Les campagnes nationales de prévention de l'INPES doivent être relayées, complétées et adaptées pour répondre aux besoins de tous les territoires et de chacun des usagers. La prévention collective de proximité doit avoir toute sa place si l'on veut une prévention efficace et digne de ce nom. C'est un enjeu majeur de santé publique. La prévention est indissociable de l'activité de soins ; elle est intégrée dans le continuum « prévention, réduction des risques, intervention précoce, soins, action sociale, accompagnement » qui nous est cher. Des programmes pluriannuels de prévention doivent être mis en place.

Alcoologie : inscrite dans notre histoire, pierre angulaire de notre expertise, construite sur l'approche globale, médico-psycho-sociale, elle est maintenant parfaitement intégrée dans l'addictologie. La démarche addictologique centrée sur le patient et son environnement permet d'élargir et de compléter « l'approche maladie » classique en intégrant les notions de comportements et de conduites. La pertinence de cette démarche ne doit cependant pas occulter la prévalence majeure et persistante des consommations d'alcool, et de tabac, qui restent de loin les produits les plus consommés, comme la morbidité et la mortalité engendrées. Alcool et tabac sont très régulièrement associés à chacune des autres conduites addictives, encore plus aujourd'hui, à l'heure des poly consommations et des poly-addictions. L'alcool est omniprésent en matière de complications sociales.

Addictologie : ce champ et toutes ses dimensions sont désormais notre quotidien. Nos équipes sont inscrites délibérément dans la démarche addictologique, conscientes de l'évolution des pratiques, de la multiplication des poly consommations, des transferts possibles d'une substance psycho active, comme d'une conduite addictive, à une autre. L'évolution des politiques publiques à travers le Plan Addictions et notamment la mise en place des CSAPA nous conforte dans nos orientations. L'approche globale, pluridisciplinaire, centrée sur la personne ne se discute plus mais nous restons vigilants à préserver notre capacité à répondre à la diversité des problématiques, en préservant et en mobilisant la multiplicité des pratiques cliniques et l'expérience acquise. Les partenariats, le travail en réseau, les échanges de pratiques, les partages de savoir, les formations sont régulièrement suscités ou mis en place par nos équipes. Le dispositif médico-social, interface du sanitaire et du social, authentique outil de décroisement, assure le continuum de la prévention aux soins et à l'accompagnement, dans la proximité, dans la durée, pour tous et pour toutes les conduites addictives, à tous les âges de la vie. La dynamique associative et ses capacités

d'adaptation permettent d'apporter une réponse de qualité aux besoins constatés et aux nécessités de santé publique dont les conduites addictives sont un déterminant majeur.

Notre organisation en réseau participe largement au maillage du territoire national, à la diffusion, à la mise en oeuvre et à la cohérence des politiques publiques de prévention et de soins des conduites addictives. L'A.N.P.A.A. est une association organisée et structurée, composée de professionnels formés et efficaces, de bénévoles motivés ; c'est aussi, et surtout, un esprit et une culture que nous devons entretenir, développer et partager.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, c'est :

- Près de 1 500 adhérents, des établissements départementaux ou locaux, 21 comités régionaux, 4 unités spécifiques et un siège national, garants ensemble du caractère national, unitaire et déconcentré de notre association et de la coordination de tous nos établissements autour de nos axes stratégiques.
- Près de 1 400 salariés qui représentent plus de 970 équivalents temps plein ; un comité d'entreprise actif.
- Des équipes de prévention sur tout le territoire.
- Des centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie, des Centres de soins spécialisés aux Toxicomanes évoluant au cours de l'année vers des Centres d'Accueil, de Soins et de Prévention en Addictologie, CSAPA, implantés sur 71 départements et animant plus de 300 lieux d'accueil. À la date de notre assemblée générale c'est 78 CSAPA qui ont reçu leur autorisation. Ils se répartissent en trois types :
 - ✓ 38 CSAPA spécialisés (37 spécialisés « alcool » et 1 spécialisé « toxicomanie »).
 - ✓ 38 CSAPA généralistes, dont, notamment :
 - 2 CSAPA gérés par des groupements de coopération médico-social ; mode de gestion pour lequel nous émettons les plus vives réserves, en particulier pour les difficultés prévisibles en matière de ressources humaines et les risques d'implication et de responsabilité de notre niveau national résultant de décision locale échappant à notre maîtrise et à notre contrôle ;
 - 1 CSAPA régional, qui peut, peut-être, préfigurer une orientation de notre organisation régionale en matière de gestion de nos structures médico-sociales ;
 - 2 CSAPA mixtes (CSAPA spécialisés sur certains sites et généralistes sur d'autres).
- C'est encore 1 centre de postcure, des centres méthadone, des centres de consultation pour jeunes consommateurs et pour leur entourage, 5 CAARUD ...

Nos établissements reçoivent chaque année près de 32 000 nouveaux consultants au sein d'une file active dépassant 72 000 patients en 2009 (base de données GISPAC).

Notre dynamisme est clairement démontré ; nous assurons la gestion de près de 16 % des budgets médico-sociaux en addictologie, soit près du tiers des budgets dédiés aux associations.

Notre rôle d'acteur structuré et structurant du dispositif national spécialisé est confirmé. Nous contribuons efficacement à l'organisation, à la cohésion et à la lisibilité du dispositif addictologique.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) porte notamment sur : la mise en place des agences régionales de santé ; le nouveau régime des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; le nouveau calendrier des évaluations internes et externes ; le renforcement des limitations d'accès à l'alcool (interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, interdiction de la vente d'alcool au forfait, limitation de la vente dans les stations-service, interdiction de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile) et au tabac (interdiction de la vente de cigarettes aromatisées).

Nous nous félicitons globalement de ces mesures visant à limiter l'accès de l'alcool, en particulier aux mineurs, mais nous déplorons leur insuffisance (absence d'interdiction de l'alcool dans les stations-service en complète incohérence avec la répression croissante en matière de sécurité routière...).

Nous nous élevons vigoureusement contre l'autorisation de la publicité pour l'alcool sur Internet, désormais inscrite dans la loi. Cette mesure affaiblit considérablement la portée des dispositions précédentes et perturbe gravement la lisibilité de la politique de prévention du risque alcool auprès des jeunes, grands utilisateurs d'Internet. En outre l'autorisation de la publicité sur Internet enlève tout caractère pédagogique à la loi.

La politique de santé de notre pays ne doit plus être déterminée par l'influence des intérêts économiques et par l'activité sans cesse croissante du lobby alcoolier ; la santé publique doit être notre première préoccupation !

L'arrêté de janvier 2010, dans le cadre du titre 4 de la loi HPST, précise les modèles et les lieux où les affiches concernant la vente de la consommation d'alcool doivent figurer (débits de boissons à consommer sur place, magasins et points de vente de carburant).

Ces affiches mettent l'accent sur les conditions de la vente d'alcool aux mineurs et sur l'état d'ivresse sur la voie publique.

La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS)

Les décrets d'application ont précisé le mode de mise en place des Agences Régionales de Santé inscrites dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». Au-delà des dispositions de santé publique, ces textes, réorganisant le dispositif de santé, concernent toutes les activités de notre association. A plusieurs reprises, nous avons exprimé le souhait que l'addictologie puisse avoir une place et une reconnaissance spécifique au sein des instances de l'ARS, cette demande, reprise notamment par la Conférence Nationale de Santé dans son avis, n'a pas été retenue. Nous le regrettons ! Bien loin d'une demande de représentation corporatiste, il nous faut constater que les acteurs en charge de l'un des déterminants majeurs de la santé publique dans notre pays ne sont pas nommément représentés dans ces institutions.

Cette non reconnaissance est fortement dommageable. Nous avons déjà évoqué l'espoir que soulève pour notre champ d'activité la mise en place de Directions de la Santé Publique au sein des A. R. S., Directions de la Santé Publique où seront identifiés des Pôles de Prévention et de Promotion de la Santé. Nous avons activement participé aux différents groupes de travail mis en place par le Ministère de la Santé, qui ont élaboré des recueils de recommandations mis à la disposition des Directeurs Généraux des agences régionales de santé, de leurs collaborateurs, et de l'ensemble des acteurs de terrain. L'INPES a assuré la publication et la diffusion de ces documents. L'addictologie interpelle l'un des enjeux majeurs

des A. R. S., leur capacité à la transversalité. La nomination d'un référent « Addiction » responsable de cette transversalité au sein de chaque A. R. S. serait une excellente mesure.

Le décret de décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des **Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)** : nombre de leurs missions sont transversales avec les pratiques de consommation de substances psycho actives et les problématiques de conduites addictives. Outre les A. R. S., ces directions constituent des interlocuteurs et des partenaires privilégiés pour la prévention, le soin, et l'accompagnement en addictologie.

La loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne : la politique de l'État a pour objectif de limiter et d'encadrer l'offre des jeux en ligne et d'en contrôler l'exploitation afin de prévenir le jeu excessif ou pathologique et protéger les mineurs. Malgré les procédures d'encadrement et les mesures en faveur de la prévention inscrites dans la loi et les décrets d'application, nous devons exercer une vigilance particulière sur ces pratiques qui se développent et sur les risques de conduites addictives induites, avec leur cortège de dommages sociaux et familiaux. L'importance des financements mobilisés pour faire la publicité et la promotion du jeu en ligne confirme l'ampleur des bénéfices et de la participation escomptée par les opérateurs, comme celle des conséquences que nous redoutons. La prévention, le repérage précoce et la prise en charge du jeu pathologique font partie de nos objectifs, nous devons être vigilants et réactifs.

La loi pénitentiaire de novembre 2009 prévoit qu'un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac soit proposé à la personne, lors de son incarcération. Cette loi prend en compte l'importante prévalence des conduites addictives en milieu pénitentiaire et la nécessité d'y renforcer les interventions. Nous serons tout particulièrement vigilants pour nous assurer du respect des droits de la personne, de l'éthique, de la confidentialité et du secret professionnel.

La révision quinquennale de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 n'a pas encore eu lieu mais il nous paraît important de souligner, comme le fait le rapport du Haut Conseil de Santé Publique, les insuffisances de sa mise en application et la non atteinte des objectifs en matière d'addictologie.

Les deux objectifs relatifs à l'usage de drogues illicites sont partiellement atteints. La réduction de l'incidence se poursuit en ce qui concerne le VIH, nous nous en félicitons. L'interprétation des données en ce qui concerne le VHC doit être plus prudente (données de l'enquête « Coquelicot ») et nous devons renforcer notre mobilisation.

Pour l'objectif de prise en charge des usagers drogues, si l'augmentation du nombre de personnes en substitution laisse présager un meilleur accès aux soins, les données sont insuffisantes pour une évaluation correcte.

Les deux objectifs relatifs au tabagisme sont partiellement atteints ; celui concernant le tabagisme passif semble en partie atteint (enquête INPES) ; la prévalence du tabagisme suit une tendance favorable mais le nombre de cigarettes fumées reste stable ; ce sont les petits fumeurs qui arrêtent ! Pour ce qui est des catégories sociales les plus à risque, la différence de prévalence du tabagisme n'a pas été modifiée ; cet objectif n'est pas atteint.

Les deux objectifs relatifs à la consommation d'alcool n'ont pas été atteints !

La diminution de 20 % de la consommation annuelle d'alcool, espérée, n'est pas atteinte. Bien au contraire, pour la 1ère fois depuis la Deuxième Guerre mondiale, la France connaît

une interruption de la diminution régulière de la consommation d'alcool observée jusqu'en 2004. On peut noter la tendance à la stabilisation, voire à la hausse, de la proportion des consommateurs adultes à risque ponctuel et à risque chronique (enquête sur la santé et la protection sociale). Si l'usage régulier de l'alcool chez les garçons et filles diminue, les ivresses répétées sont en hausse constante.

Nous soutenons sans réserve l'ensemble des propositions du Haut Conseil de Santé Publique. Nous nous mobilisons pour qu'elles soient prises en compte lors de la réécriture de la loi ; **il y va de la santé publique !**

Cette importante liste, non exhaustive, de textes législatifs et réglementaires, montre l'ampleur des évolutions dans notre champ et les capacités d'adaptation que nous avons dû mobiliser. Il nous faut aussi **maintenir et renforcer notre vigilance législative** vis-à-vis des alcooliers et des producteurs. La récente proposition de loi pour la création d'une nouvelle chaîne de télévision, censée améliorer l'information sur la vigne et le vin, confirme s'il en était besoin cette nécessité !

Certaines mesures du second **Plan Cancer 2009-2013** concernent plus spécifiquement notre secteur. Nous souscrivons pleinement aux axes et aux mesures retenus ; tout particulièrement aux mesures visant à réduire les inégalités en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins. Nous nous réjouissons de l'effort annoncé pour la formation des médecins et du renforcement des moyens des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Nous regrettons vivement que l'alcool et le tabac, déterminants majeurs de santé, responsables ensemble de 100 000 décès par an et d'un coût représentant 2,5 % du pays PIB, ne soient pas abordés avec la même détermination. Le rôle de l'alcool dans le cancer est quasiment passé sous silence. Il est à peine évoqué, banalisé et ne bénéficie pas des mesures qui s'imposeraient : « le risque alcool est toujours tabou » ! Rappelons ici que l'Académie Nationale de Médecine, dans son rapport « Les causes du cancer en France » (2007), attribue au tabac et à l'alcool l'origine de 28 % des décès par cancer dont 80 % sont des cas de cancers évitables. Quand accepterons-nous de regarder la réalité de la problématique alcool, de ses risques et de ses dommages ? Quand accepterons-nous de prendre les mesures qui s'imposent ? Quand seront-nous capables de ne plus céder à la pression du lobby alcoolier ? Quand la santé publique, et celle de nos concitoyens, prendra-t-elle plus d'importance que les intérêts économiques ? Ce silence est d'autant plus criant que l'INCa a publié en février 2009 un rapport qui a fait couler beaucoup d'encre en affirmant que le risque de cancer lié à l'alcool apparaît avec une consommation régulière d'un verre par jour.

Nous nous félicitons de la création du **Comité de suivi et de prospective du plan Hépatites B et C** ; des insuffisances ont été relevées par les acteurs de terrain concernant le Plan Hépatites ; nous solliciterons le comité de suivi pour favoriser leur prise en compte.

Le Conseil de modération et de prévention a été renouvelé ; forte de ses succès lors du débat de la loi « Hôpital – Patient – Santé et Territoire », la filière viticole a annoncé son intention de poursuivre sa mobilisation pour défendre ses intérêts ; des articles de presse annoncent le renforcement des moyens financiers de « Vin et société ». Nous nous devons de dénoncer encore ici le lobbying politique de la filière viticole dont le résultat est d'abord, et surtout, le développement de l'industrie alcoolière, sans bénéfice pour la viticulture et avec tous les risques pour nos concitoyens et la santé publique.

Notre association et sa vie associative

Nous rappelons sans cesse **notre choix d'une structure associative et la pertinence dans notre champ d'activité de ce mode d'organisation et de fonctionnement**. Les conduites addictives s'inscrivent délibérément dans le champ sociétal ; la réponse doit être, certes professionnelle, mais doit aussi être celle des usagers, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens, concernés à un moment ou à un autre de leur vie par les conduites addictives et leurs conséquences. Notre Commission de la Vie Associative a tenu sept séances de travail. Son chargé de mission a participé à plusieurs assemblées plénières de comités régionaux, notamment dans le cadre d'une formation régionale des bénévoles ; assisté dans cette mission par le président de la commission. Son activité a porté plus particulièrement sur : la campagne d'adhésion à l'A.N.P.A.A. qui, si elle n'a pas obtenu tous les bénéficiaires escomptés a permis de mieux identifier les besoins et d'orienter positivement cette démarche pour l'avenir ; le suivi des comités en gestion directe avec l'analyse des déficits d'investissements associatifs qui les caractérisent ; l'existence et la pertinence du vade-mecum de la vie associative, produit et diffusé en 2008, ont été largement rappelées ; un dossier de candidature du bénévole a été élaboré ; la formation, souhaitée et nécessaire, des bénévoles a été précisée ; la Commission Vie Associative s'est mobilisée pour participer à de nombreuses manifestations autour de la question de vie associative ; elle y a assuré la représentation de notre association et a saisi ces espaces de communication. Trois grandes questions traversent la réflexion avec les pouvoirs publics : la place des associations dans le dialogue civil ; la clarification du partenariat contractuel entre les pouvoirs publics et les associations ; la promotion de l'engagement et la reconnaissance du bénévolat.

En matière de perspectives nous retiendrons la réflexion autour des modalités de recherche, de formation et de mobilisation de nouveaux bénévoles, apportant de nouvelles compétences à notre association et permettant de dynamiser nos activités en les élargissant ; la mise en place et le financement de formations adaptées, organisées au plan local ; la reconstitution de la vie associative, dans les départements ou régions où elle fait défaut, est un objectif prioritaire et constant. Cette réflexion sera menée à l'aune de la réorganisation de notre association et de la montée en puissance de l'échelon régional.

Le dispositif de la vie associative pourrait comporter: une dimension régionale de représentation politique, d'organisation, de communication et de gestion ; et une dimension territoriale, au plus près des usagers, de leur lieu de vie et dans leur quotidien avec une fonction de repérage précis des besoins et des attentes, et une mobilisation militante pour y répondre au mieux et permettre la mise en adéquation des actions. C'est sur les problèmes qui touchent les personnes dans leur proximité et dans leur quotidien qu'une mobilisation militante peut s'exprimer au mieux. Les évolutions sociétales, les enjeux économiques, les tergiversations politiques, la non prise en compte de besoins fondamentaux, la nécessité de mettre en place des réponses adaptées aux problématiques sont autant d'arguments pour la mobilisation associative. Notre association reposant solidement sur ces deux piliers, les bénévoles, volontaires et dévoués, et les salariés, professionnels, formés et compétents, doit être un acteur exemplaire et incontournable dans ce champ.

À tous les niveaux le binôme bénévole / salarié doit fonctionner en harmonie, la complémentarité des compétences optimisant la qualité et l'efficacité des interventions. La réflexion autour de notre message identitaire doit être poursuivie et finalisée ; clarté,

précision, pertinence et concision doivent en faire un support de communication, de promotion et de développement efficace. Il doit traduire le travail de refondation de notre vie associative.

Notre association et ses missions

La réforme des CSAPA : comme nous l'avons vu en préambule, ce sont maintenant 78 CSAPA qui sont gérés par notre association. Il nous faut souligner combien cette réforme des CSAPA, qui, sur certains territoires, a fait émerger des enjeux de pouvoir, a constitué pour les équipes, et notamment pour leurs directeurs, des situations d'incertitudes, d'inquiétude et de stress. Nous rappellerons l'intense mobilisation de l'équipe de la direction nationale des activités durant toute l'année pour assurer le soutien, le conseil et l'assistance technique nécessaires aux équipes. Globalement, les craintes relatives au devenir de nos établissements n'ont heureusement pas eu de suites concrètes pour cette première phase d'autorisation. Toute l'équipe du siège, les directeurs départementaux, les équipes, toutes et tous doivent être remerciés de leur mobilisation sur ce dossier, de leur capacité d'adaptation, indispensable pour répondre à la diversité des situations, des points de vue, des demandes et des exigences des autorités administratives et des réalités locales.

Le résultat globalement positif de cette première phase ne doit pas occulter son caractère probatoire et limité à trois ans. Dans ce délai devront survenir des évaluations en vue du renouvellement de la demande d'autorisation. Toute l'attention doit être accordée aux risques évolutifs que cela sous-tend. La montée en puissance de l'organisation régionale des politiques de santé, l'optimisation du fonctionnement des A. R. S., peut susciter des modifications significatives ; nous devons chaque fois que possible être en mesure de les anticiper. Nous devons encore développer l'extension de nos activités dans la dimension addictologique. Notre histoire et notre expertise alcoologique, notre volonté de répondre mieux aux attentes de nos patients comme aux nécessités de santé publique doivent nous permettre d'évoluer vers l'approche globale des problématiques, en centrant notre intervention sur la personne, le sujet, et son environnement, son entourage, tout en intégrant toutes les spécificités liées à la diversité des produits comme à celle des conduites addictives comportementales. Le développement de nos activités addictologiques repose sur la pluridisciplinarité, le travail dans la durée, le partage des connaissances et de toutes les subtilités sémiologiques et cliniques, la mise en commun, l'appropriation et la mise en œuvre de la multiplicité des sensibilités et des pratiques.

C'est ainsi que nous répondrons à l'évolutivité des modes de consommation, à toute la variété des conduites addictives, aux poly consommations comme aux poly addictions, désormais réalité du quotidien de nos patients et leurs proches. L'accompagnement pluridisciplinaire de proximité, dans la durée, le suivi médico-psycho-social, l'intervention et le repérage précoce, dans les structures mais aussi en amont dans les lieux de vie, quels qu'ils soient, la réduction des risques, les soins, le suivi ambulatoire, l'hébergement, l'accompagnement, sont inscrits dans nos axes stratégiques, avec le souci constant du continuum. De l'état des lieux à l'inventaire des besoins, de l'élaboration du projet d'établissement à sa déclinaison, de la création à la diffusion d'outils spécifiques, du projet thérapeutique à sa mise en œuvre, du développement des modalités et des lieux d'accueil, aux stratégies de réinsertion, de la démarche qualité à l'évaluation, l'adaptation permanente de nos interventions s'efforcera de répondre aux besoins des usagers et de leurs proches.

Notre volonté de partenariats, notre connaissance du dispositif médico-social, outil de décloisonnement, de réduction des inégalités d'accès aux soins et d'accès à la prévention, pivot de la filière addictologique autorise toutes les transversalités pour assurer un maillage territorial pertinent et participer à la cohésion et la cohérence du dispositif addictologique.

Le concept de réduction des risques nécessite, pour nous, une approche globale centrée sur la personne, pour tous les usagers, dans tous les milieux, tout au long de la vie, pour tous les produits et tous les comportements, dans un continuum avec la prévention, les soins et l'accompagnement social. Il s'inscrit dans une logique de santé publique et doit bénéficier d'un cadre législatif adapté. Nous sommes positionnés en faveur de **l'expérimentation de salles de consommation de drogues illicites à moindre risque** en posant, en préalable à leur mise en place, l'adaptation du décret d'avril 2005 et en demandant, une nouvelle fois, la révision de la loi de décembre 1970. Résolument investies dans la dimension addictologique et dans la réduction des risques, ces salles de consommation devront s'adresser à l'ensemble des substances psycho actives et à l'ensemble des pratiques. Nous sommes signataires de la pétition lancée par ASUD.

Concernant les insuffisances actuelles de financement de certains CAARUD permettant tout au plus d'initier partiellement leur activité, il nous paraît fondamental de nous investir dans cette voie malgré le financement congru de certains projets. Le respect des conditions de sécurité pour les usagers comme pour les personnels imposera alors parfois une ouverture partielle. Ils feront l'objet de demandes de mesures nouvelles pour lever cette contrainte et répondre complètement aux besoins des patients. Un groupe de réflexion sur les conditions minimales d'ouverture d'un CAARUD sera mis en place et nous permettra d'argumenter auprès du ministère de la santé.

La prévention : nous rappellerons notre attachement à cette dimension essentielle de nos activités en insistant sur la notion fondamentale de continuum, de la promotion de la santé sur la thématique addictologique, à la prévention, à l'intervention précoce, à la réduction des risques, aux soins, à l'éducation thérapeutique et à l'accompagnement médico psycho social dans la durée et la proximité.

Pour nous la prévention ne peut être qu'une **démarche globale** dans le respect des objectifs de santé telle que définie par l'OMS et la charte d'Ottawa. Rappelons les termes de notre charte de prévention (2004) : *« la prévention en santé est la construction d'un espace de réflexion et d'action pour renforcer la protection des citoyens face aux facteurs de risques collectifs et individuels de morbidité et pour les inviter à faire des choix responsables et favorables à la santé, dans le respect de leurs libertés et de la loi ».*

La prévention s'applique à des sujets, avec leur accord et leur adhésion, dans le respect de leurs valeurs, de leurs sensibilités, de leur autonomie, dans le souci permanent de leur bien-être et de leur santé, comme ceux de leurs proches, et bien évidemment en dehors de toute manoeuvre ou tentative de manipulation. Éthique et déontologie ne peuvent être discutées ! Obligation, injonction, culpabilisation, stigmatisation n'ont pas de place dans le champ de la prévention. Ces rappels sur notre conception de la prévention nous paraissent s'imposer. Si, comme nous l'avons souligné en préambule, la mise en place de « Direction de la Santé Publique », avec un pôle « Prévention et Promotion de la Santé », dans nombre d'A. R. S. est une source d'espoir, dans le même temps nous constatons des publications, des prises de position, des remises en question, ..., le rapport du centre d'action stratégique est de ceux-là, qui nous interpellent et ne sont pas sans inquiéter les acteurs.

La mise en pratique des neurosciences, la communication, le marketing social, ne peuvent résumer la démarche prévention qui requiert, outre des connaissances théoriques validées et actualisées, l'intégration de données épidémiologiques, d'expériences et d'expertises clinique, biologique, sociologique... dans le cadre d'une réflexion globale individuelle et collective sur les plans culturels, économiques, juridiques et sociaux. Il est de la

responsabilité de chacun, et de l'intérêt de tous, de faire des choix favorables à sa santé, en toute liberté.

La pluridisciplinarité est un facteur d'amélioration de l'analyse, comme de la réponse à une problématique ; sous cet angle les neurosciences peuvent apporter un éclairage utile. Mais réduire l'approche à celles-ci constituerait une erreur dramatique. Les stratégies préventives basées sur l'information doivent persister, la promotion de la santé doit être prise en compte et la démarche pédagogique ne peut être remise en cause. Les « savants » ou pseudo, comme l'Etat, ne peuvent prétendre penser le bien-être des individus à leur place ! Nous serons vigilants à tout risque de dérive et de manipulation, toute pseudo démarche préventive, tout leurre préventif, et autres fallacieux alibis.

La régionalisation des politiques de santé nous mobilise naturellement à ce niveau mais nous devons garder à l'esprit la nécessité d'interventions spécifiques aux problématiques locales, infra territoriales, comme d'une mobilisation et d'activités concertées avec le niveau national, le niveau européen et mondial. Les industries du tabac et du jeu comme les lobbies alcooliers sont multinationaux, les conduites addictives sont transculturelles et transgénérationnelles. Les mesures préventives doivent s'adapter à ces réalités.

Dans le contexte de **la mise en place des A. R. S.**, de la phase de transition, d'instabilité, que cela impose, des réflexions sur l'organisation du réseau de la promotion de la santé, du caractère contraint des budgets de santé, et, comme toujours des difficultés financières de la prévention, de notre propre réforme de l'échelon régional, des travaux en cours quant au contenu de la nouvelle loi quinquennale de santé publique, ... notre attention, nos capacités de réaction et d'adaptation doivent être exacerbées. Malgré la professionnalisation de la prévention, les démonstrations répétées de son efficacité, la mise en place d'une démarche régulière de l'évaluation, nous avons participé à l'élaboration du guide d'auto évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé, ce champ reste désespérément sous doté, son activité mal valorisée, ses acteurs insuffisamment reconnus.

Nous avons vigoureusement alerté la Direction Générale de la Santé sur la mise en danger de la prévention et de ses acteurs du fait de **l'annonce de la réduction des financements**. Nous avons particulièrement insisté sur le caractère néfaste, tant sur le plan humain que sur le plan du gâchis des compétences, de la précarisation des équipes de prévention. Le risque, à court terme, de conséquence en termes d'emplois a été démontré. Nous avons rappelé qu'un minimum de sérénité du secteur passe par la mise en place de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens. La prévention s'inscrit dans la durée ; il doit en être de même de ses financements.

Nous avons à nouveau soulevé toutes les ambiguïtés et les incertitudes générées autour du « **P** » de **CSAPA** et de son non financement. Le mode de répartition des crédits est propre à chaque région et relève des choix de chaque ARS. Tous ces éléments de réflexion doivent être repris et développés par nos équipes auprès de leurs interlocuteurs de l'ARS. Nos équipes doivent se rapprocher des responsables de chaque champ de l'ARS, participer aux travaux des différentes commissions, et s'approprier le PRSP et ses déclinaisons.

Il nous appartient de dénoncer les difficultés croissantes des équipes de prévention, soumises à une formation et à une professionnalisation croissante, s'inscrivant dans une démarche qualité, dans des procédures d'évaluation, devant répondre à des appels à projets chronophages, dans un système concurrentiel et précaire, tout cela avec des budgets de plus en plus contraints. Nous devons susciter de nos ARS, tout à la fois la signature de conventions pluri annuelles de financement, et des possibilités de financements ponctuels visant à exploiter ou mieux les capacités innovantes et créatives de nos équipes.

La notion d'appel d'offres, passage d'une logique de partenariat à une logique de prestation de services, peut être source de difficultés dans la relation entre les associations et les pouvoirs publics. Elle induit une mise en concurrence entre les porteurs de projets ; acteurs auxquels l'on demande dans le même temps, coordination, travail en commun et mutualisation. En outre il faut considérer le risque de mettre en péril le rôle d'innovateur social et médico-social que joue depuis toujours le secteur non lucratif, en anticipant sur la capacité des pouvoirs publics à répondre aux nouveaux besoins de la population. La créativité, l'agitation des idées, la mise à l'épreuve des concepts, les capacités d'initiation, de promotion, de rénovation et d'adaptation risquent d'être stérilisées, les équipes démobilisées, les compétences inexploitées.

Les pôles de compétence régionaux en promotion de la santé : le pôle de compétence régional a pour objet de fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé ou promotion de la santé dans une région afin de venir en appui aux actions de proximité. Nos équipes doivent se rapprocher de ces structures, régulièrement portées par les comités, ou instituts régionaux d'éducation pour la santé, (CRES/IREPS) pour faire valoir et reconnaître leur expertise sur la thématique addictologique, de la promotion de la santé spécifique à la prévention ciblée, à l'éducation thérapeutique.... L'expertise et la compétence de nos équipes sont renforcées par le continuum d'activité qu'elles exercent de la prévention, à l'intervention précoce, à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement.

Les **centres d'information et de recherche sur les drogues et dépendances** ont été remis en cause ; le dispositif d'appui régional a été modifié.

La Commission des pratiques professionnelles remplacera la Commission Médicale Consultative dès septembre. Cette commission a pour objet la production de recommandations de bonnes pratiques et référentiels A.N.P.A.A. en matière de prévention, d'accompagnement et de soins, dans le respect des législations et réglementations en vigueur, en s'appuyant sur les recommandations et toutes les données validées. Sa composition pluri professionnelle correspond à la réalité des équipes de notre association et de la dimension pluridisciplinaire des pratiques professionnelles en prévention, accompagnement et soins.

Notre association et la régionalisation des politiques de santé

La rencontre des présidents et des directeurs : l'objectif de cette journée de rencontre était de réfléchir au positionnement de notre association vis-à-vis des Agences régionales de santé (ARS) en cohérence avec nos axes stratégiques. Deux communications ont été proposées: l'une sur « la démarche qualité pour les associations menant des actions en promotion de la santé » (INPES), l'autre sur « la place de la promotion de la santé au sein des Agences régionales de santé » par le Président de la Société Française de Santé Publique. A la suite de ces communications en séance plénière, les participants ont travaillé en ateliers « mixtes » réunissant élus et salariés. Communication et échanges ont été de qualité.

Nos établissements régionaux, conformément à l'évolution de l'organisation des politiques de santé, assurent le lien et la cohérence entre les orientations politiques et scientifiques de la tête de réseau national et la déclinaison des activités, adaptée aux problématiques locales, au niveau des territoires de santé. Notre dimension nationale est la garantie d'un accompagnement de qualité pour nos équipes sur les plans clinique, technique, humain, réglementaire et juridique...**Le développement, et l'organisation, de notre échelon régional** inscrit dans nos statuts s'imposent pour répondre de manière adaptée

au renforcement de l'autonomie des régions (ARS) en matière de pilotage et de financement des politiques de santé. L'enjeu est la modernisation de notre association dans le cadre d'exigences nouvelles. La réflexion est en cours. Plusieurs concertations ont eu lieu et font émerger des points forts. Le renforcement de l'échelon régional est incontournable. La mise en place d'une commission exécutive régionale fonctionnelle est indispensable dans chaque région. L'identification d'un responsable régional s'impose. La volonté réaffirmée de s'appuyer sur l'existant, sur les comités départementaux, leurs équipes et leur vie associative, dans le respect des personnes et des fonctionnalités en place, commandent une évolution progressive et mesurée. L'évolution régionale reposera sur des adaptations pratiques et opérationnelles, sur la dynamisation et la restructuration de la vie associative. La mobilisation de la vie associative au niveau territorial constitue l'un des enjeux de cette réforme.

Nous exprimons clairement notre choix politique d'une région forte, organisée et opérationnelle. Les réalités du terrain, et la diversité des situations locales exigent une période transitoire de mise en place. L'évolutivité nécessaire à la mise en place de l'échelon régional doit, partout, reposer sur l'existant et sur la faisabilité propres à chaque région. Nous devons interpellier tout à la fois : les aspects politique et technique de la réforme de l'échelon régional ; les ressources clinique et scientifique ; la réalité et l'organisation de la vie associative, ses capacités de développement ; les ressources humaines (effectif, statut, formation, compétences générales et spécifiques...); les moyens financiers nécessaires, existants ou potentiels, les besoins et les contraintes identifiés.

Notre réflexion intégrera aussi les spécificités populationnelle et géographique, les dispositifs A.N.P.A.A., ou autres, existant localement, les possibilités évolutives internes, les partenariats potentiels...

L'organisation, comme la gouvernance, de chaque région seront fondées sur l'analyse de ces paramètres. Globalement, on retiendra un niveau régional politique, gestionnaire, stratégique et un niveau infra départemental, opérationnel, dans la proximité, en capacité de mobiliser une vie associative locale, militante sur des problématiques ciblées.

Une instance nationale de conseil méthodologique, recherche et développement pourrait être mise en place pour assurer des évolutions cohérentes, concertées, coordonnées et complémentaires ; partager et mutualiser les expériences, valoriser et diffuser les organisations opérationnelles et pertinentes ; favoriser le développement unitaire dans le cadre de nos axes stratégiques ; améliorer la lisibilité et la visibilité de notre dispositif ; renforcer la culture A.N.P.A.A. en région ; dynamiser notre présence et l'activité sur tout le territoire. Cette instance s'appuiera sur la Commission Vie Associative pour le réaménagement et le développement de notre vie associative.

Le caractère intangible de nos principes énoncés dans nos statuts, nos choix et nos orientations exprimés dans nos axes stratégiques seront constamment réaffirmés.

Notre association, employeur et gestionnaire

L'un des axes stratégiques de développement 2009-2013, arrêté par le Conseil d'Administration, porte sur la mutualisation et l'optimisation de l'organisation interne de notre association. **La centralisation des paies** est une déclinaison opérationnelle de cette politique. La Direction des Ressources Humaines a assuré la mise en œuvre de cette réforme, grâce à la mobilisation des secrétariats départementaux et du Cabinet Philippe Dromer ; elle est entrée en application au 1^{er} janvier 2010, avec le concours d'un prestataire extérieur.

Nous suivons attentivement les travaux engagés avec le Conseil de l'Ordre des Médecins et l'Université pour trouver une solution quant à une **meilleure reconnaissance de l'addictologie** : validation des diplômes, validation des acquis de l'expérience... une évolution susceptible de répondre aux attentes des professionnels, et de permettre une **revalorisation du statut de nos praticiens**. Un dossier en vue d'obtenir un agrément portant sur l'application de l'accord de transfert intégral de la grille indiciaire aux médecins spécialistes de notre association est en cours d'instruction.

La Direction des Ressources Humaines assure **un dialogue permanent avec les représentants du personnel** avec le souci et la volonté de trouver les points d'équilibre possibles entre les contraintes d'une gestion de fonds publics et les attentes des salariés. Il arrive parfois que les positions nées d'interprétation différentes des dispositions de la convention collective nécessitent que les tribunaux tranchent les divergences d'appréciations. C'est le cas avec le dossier des congés dits trimestriels. L'annexe aux comptes ainsi que le rapport de gestion décrivent avec la technicité qu'il convient et le sens de la pédagogie, ce contentieux aux multiples facettes (et décisions contraires !) ainsi que la situation qui en découle telle que nous devons y faire face financièrement aujourd'hui. **Les aspects humain, organisationnel et financier sont donc au centre de nos préoccupations**. La concertation, la recherche de solutions et la prise de positions raisonnables et acceptables par toutes et tous, salariés et bénévoles de l'A.N.P.A.A. bien sûr, mais aussi autorités de tutelle, sont indispensables à la sauvegarde notre association, de notre outil de travail, à la poursuite de nos missions et, du service rendu à nos patients et à la communauté, dans le souci de la qualité et de l'expertise qui nous sont chers, dans le maintien de la qualité de vie au travail et de son organisation. La résolution équitable, de la difficulté importante liée aux congés trimestriels, passe incontestablement par le sens des responsabilités de chacun, par la capacité à gérer conjointement la situation et par une solidarité sans faille.

Les partenariats, la communication la poursuite de nos actions et de nos travaux.

Nous sommes l'un des membres fondateurs de « **L'Alliance – Prévention – Alcool** ». Constitué en association, ce collectif national rassemble des associations, des fédérations, des mutuelles, des personnalités, et toutes structures ou organisations, qui veulent agir et communiquer sous cette dénomination commune, dans le domaine de la prévention du risque alcool. L'Alliance Prévention Alcool a pour objectif de mettre en place et développer des actions de communication et de lobbying. L'« Alliance – Prévention – Alcool » entend s'appuyer sur les actions de ses membres pour nourrir sa propre réflexion et développer des actions de lobbying et de communication. L'A.N.P.A.A. a pris l'engagement de poursuivre ses actions en justice en vue de faire respecter les dispositions de la publicité pour l'alcool sur Internet. La volonté de développer des liens de partenariat renforcés est commune et partagée.

Nous participons activement au groupe de travail « **Chiffres et Tendances de l'Alcool** », mis en place par l'alliance. Les objectifs de ce groupe sont de prendre connaissance dès leur parution de toutes les données statistiques pouvant concerner la consommation d'alcool, d'analyser leur validité et leur intérêt. Ce groupe répond ainsi au principe d'action que s'est fixé « Alliance – Prévention – Alcool » ; à savoir qu'elle entend « s'appuyer pour mener ses actions sur des données scientifiques validées, et entend développer entre ses membres des

échanges sur les données scientifiques disponibles ». La conférence de presse annonçant la création de cette association s'est tenue il y a quelques jours.

Au niveau international, nous nous félicitons de l'adoption par **l'Organisation Mondiale de la Santé** d'une « Stratégie Globale Alcool » visant à réduire les dommages liés à sa consommation. L'OMS a acté le fait que l'alcool est un déterminant majeur de santé publique. Notre association et les organisations de prévention internationales dont nous sommes membres, Eurocare, GAPA, ont salué l'adoption de cette stratégie qui fait appel à l'efficacité des mesures en matière de politique des prix, de disponibilité et de marketing. Cette avancée historique couronne les multiples travaux auxquels nous avons très largement participé et durant lesquels nous avons fait valoir sans relâche la nécessité d'encadrer les pratiques commerciales par une législation, de garantir l'indépendance et de se prémunir de tout conflit d'intérêts dans l'élaboration des politiques de réduction des dommages ; d'affecter enfin, à la prévention, des budgets appropriés.

Notre participation à de nombreuses instances : Commission Nationale Addictions, Conférence Nationale de Santé, CNOSMS, ... notre contribution au fonctionnement institutionnel de nombre de nos partenaires : Société Française de santé publique ; F3A ; ... notre collaboration aux travaux de l'URIOPS, de l'INSERM (expertise collective « réduction des risques »)... traduisent la diversité et la qualité de nos partenariats.

Notre partenariat avec la Mutualité Française se poursuit et se consolide.

Notre participation à de nombreuses manifestations témoigne de notre mobilisation et de notre volonté de partenariat ; nous citerons notamment : le congrès de la SFSP, dont nous sommes administrateur ; le colloque de l'école des parents et des éducateurs « Adolescence et dépendances : consommations ou rituels » ; la « Journée nationale de présentation du guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé » organisée par l'INPES ; le congrès de l'Uniopss « Les solidarités à l'épreuve de la crise : intérêt général ou compétition ? » ; le colloque de l'association SAF France, dont nous sommes administrateur, et toutes les perspectives ouvertes à notre association pour développer des actions nouvelles sur cette thématique ; les travaux l'Uniopss ; les journées nationales de l'Anitéa : « Médecine, drogues et addictions : les liaisons dangereuses » ; le symposium de l'URSA (Unité pour la recherche et les soins en addictologie) : « Exactitude et vérités en alcoologie » ; la journée inter-associative de la Fédération Française d'Addictologie, dont nous sommes membres fondateurs : « Addiction : la loi à sa place »...

Le **Conseil National de l'Ordre des Médecins**, à travers sa commission d'entraide, nous a sollicité pour favoriser l'accompagnement des médecins présentant des conduites addictives par ses Conseils Départementaux. Une **convention de partenariat** avec le CNOM a été signée. Elle propose aux conseils départementaux d'adresser les médecins en difficulté vers nos équipes pour l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement, ou l'orientation vers d'autres dispositifs.

Les Carrefours de l'addictologie 2010, co-organisés par les équipes de liaison en addictologie (ELSA), la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A), et notre association ont réuni comme tous les ans les « médico-psycho-sociaux » du champ des pratiques addictives. La question de l'addiction au féminin a été au cœur d'échanges de qualité. L'évolution du paysage et des pratiques addictologiques, la fusion annoncée F3A/ANITÉA, l'opportunité d'intégrer de nouveaux acteurs... sont autant de facteurs invitant à réfléchir à l'adaptation du mode d'organisation de ces journées.

Eu égard au développement actuel des réseaux sociaux sur Internet, de leur importante audience, notamment auprès des jeunes, il nous est apparu nécessaire de figurer sur **Facebook**, en particulier pour utiliser l'outil et le réseau de communication qu'il représente.

Notre revue « Addictions » confirme régulièrement ses qualités et assoit sa reconnaissance par notre champ. Toutes les facettes de notre publication, illustrant la diversité de nos missions et de nos préoccupations, soulignent tout à la fois la complexité des problématiques qui sont les nôtres, les dimensions tant sociétales que biologiques, cliniques, psychologiques, sociales de nos activités, bien relayées par la multidisciplinarité des auteurs. La prise de position politique, voir le « coup de gueule », quand décidément trop c'est trop ! (et c'est malheureusement trop souvent !). L'information pratique, du grand public au scientifique, la reprise et la diffusion de recommandations, la place laissée aux témoignages, aux enquêtes, les commentaires, l'espace de parole offert aux partenaires, comme à nos équipes et à nos bénévoles traduisent tout à la fois l'étendue de nos compétences, l'esprit d'ouverture caractérisant notre fonctionnement et notre volonté de valoriser les partenaires. Notre souhait d'apporter à tous une information de qualité, développant toutes les nuances et toutes les spécificités du champ addictologique est réalisé par « Addictions ».

Toute l'équipe, qui permet à notre revue d'exister à ce niveau de qualité, et qui valorise notre association, doit être remerciée. Diffuser « Addictions » c'est permettre la transmission des connaissances autour du concept d'addiction ; c'est faire la promotion de nos équipes et de nos activités.

Les travaux de la Délégation à l'Evaluation et à la Recherche (DER) se poursuivent et démontrent la capacité de notre association à s'investir sur la recherche clinique en addictologie. Nous sommes en passe de devenir un partenaire reconnu pour les structures spécialisées dans la recherche. L'enquête sur la prévalence des conduites de jeu pathologique parmi les usagers des structures médico-sociales en addictologie permet de mieux appréhender l'importance de ce problème. La prévalence retrouvée, de l'ordre de 6 à 7 %, et plus du double chez les poly consommateurs, invite à un questionnement systématique sur la problématique du jeu pathologique pour tous nos consultants. La prise en charge des personnes présentant des conduites additives comportementales fait partie des missions, facultatives, des CSAPA. La sensibilisation, la formation de nos équipes sont inscrites comme des objectifs prioritaires. L'analyse détaillée des résultats de cette étude sera publiée. L'étude « Descripal », « Description de l'offre de services et les caractéristiques des sujets usagers d'alcool venant consulter pour une aide dans des structures de soins en alcoologie », se poursuit. Nous devons remercier ici toutes les équipes participant aux travaux de DER, à ces enquêtes et à ces études, qui permettent de préciser les connaissances sur les différents aspects de notre champ d'activité et qui valorisent notre association.

La rénovation, l'adaptation et la transformation de GISPAC en mode web permettront de centraliser les données (hébergement sécurisé) et les traitements sur un site unique accessible de manière sécurisée par tous les utilisateurs. Le Ministère de la Santé a accepté de nous apporter son appui financier. Cette évolution va nous permettre d'améliorer l'exploitation des données recueillies grâce à GISPAC et de conforter ainsi notre rôle en termes de recueil épidémiologique et de veille sur l'évolution des pratiques additives et des publics concernés.

Notre activité de veille juridique s'est révélée cette année encore efficace. Plusieurs actions en justice ont été menées, et gagnées, pour obtenir le respect des dispositions de la loi Evin. Cette activité s'est étendue aux publicités apparaissant sur les sites Internet,

notamment des alcooliers. Si, malgré notre désapprobation, et à notre grand désappointement, la publicité pour l'alcool est désormais autorisée sur Internet, nous continuerons à veiller au respect du cadre de la loi.

Perspectives et orientations

L'année à venir permettra : la généralisation de l'utilisation d'outils d'auto évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé ; l'animation de travaux nationaux, ayant pour objet d'apporter des appuis techniques pour la validation des outils de prévention par la MILDT ; le développement de la mutualisation et l'élaboration d'indicateurs d'activités ; l'intégration dans le logiciel GISPAC d'un module spécifique prévention...

Mais aussi la poursuite de la mise en application du cahier des charges des CSAPA, le développement de l'intégration et de la participation des usagers dans nos établissements ; l'extension de nos activités d'intervention précoce et de réduction des risques ; la poursuite de la réflexion sur l'hébergement médico-social, voire l'hébergement social ; la diffusion et l'appropriation du référentiel d'évaluation des établissements médico-sociaux; la mise en place et l'animation d'un groupe de travail sur les CAARUD ; la diffusion de la nouvelle version de notre logiciel GISPAC ; la mise en place de notre commission nationale des pratiques professionnelles ; la rénovation de notre site Internet...

Plus généralement nous retiendrons : le développement de nos actions de communication, notamment au sein de l'Alliance - Prévention - Alcool ; la multiplication des partenariats nationaux, de nature à favoriser nos projets et relayer nos prises de position ; la poursuite de notre veille juridique en particulier sur Internet ; la consolidation de notre présence dans les instances européennes influentes en matière de santé.

Nous insisterons particulièrement sur :

La poursuite du dialogue social notamment en ce qui concerne la gestion de la convention collective et des congés trimestriels ; questions sur lesquelles il nous faut trouver des solutions, acceptables pour tous, sans mise en péril de notre association. La réorganisation du temps de travail dans le souci de la préservation de l'emploi et de l'amélioration de la qualité de vie au travail est d'actualité ; une convention pour l'emploi des seniors a été signée avec les organisations syndicales.

Le développement, l'étayage et l'animation de la vie associative, fondement de notre fonctionnement institutionnel, comme la redéfinition de notre message identitaire sont des priorités réitérées.

La finalisation de la réorganisation de notre niveau régional, dans le respect de toutes et de tous, et des valeurs qui nous sont chères, fera l'objet de toute notre attention ; Nous renforcerons nos implications dans les instances politiques et administratives des ARS ; nos investissements dans les commissions régionales addictions, les conférences régionales de santé et de l'autonomie, les conférences de territoire... Nous nous rapprocherons des Directions Régionales de la Jeunesse, du Sport, et de la Cohésion Sociale.

Notre **association, nationale et unitaire**, s'est donné, à travers ses statuts, son projet associatif et ses axes stratégiques, des buts, des missions et des activités importants, nombreux et diversifiés. Nous poursuivrons et assumerons tout à la fois :

- Notre action sur le plan **politique**, qui entend peser sur la définition des politiques publiques en santé, et plus particulièrement en addictologie, en matière de prévention, de soins et d'accompagnement des personnes en difficulté avec les substances psycho actives ou leur conduites addictives, et leur entourage
- Nos activités, tant comme **opérateur** de prévention que, comme **gestionnaire** de structures médico-sociales en addictologie.
- Nos responsabilités comme **employeur**, dans le cadre de la législation, des réglementations, de la convention collective de 1966 et des décisions de justice y afférant.

Ces trois dimensions de notre activité soulignent la place que nous devons occuper dans le dispositif national, les responsabilités qui nous incombent et la nécessité d'un investissement sans réserve, des bénévoles comme des professionnels.

Il nous faut rappeler que ces responsabilités s'exercent dans un contexte sociétal, politique, administratif et addictologique, particulièrement évolutif, incertain, et contraint sur le plan budgétaire. Il nous faut participer, accompagner, et autant que faire se peut infléchir ces évolutions dans l'intérêt de la population, de nos patients et de leurs proches, de la santé publique. La pertinence, l'efficacité et l'efficience de notre activité, passent par le renforcement de notre identité, et de notre lisibilité, d'acteurs en addictologie, de l'extrême proximité à la dimension nationale, voire européenne.

L'intérêt de notre dimension nationale, avec la cohésion qu'elle procure au dispositif addictologique national, et la cohérence des activités en région qu'elle favorise, doit être rappelé et valorisé.

La poursuite et la **généralisation de la notre implication dans le champ de l'addictologie** ; notre action et notre mobilisation doivent porter sur l'ensemble des consommations de substances psycho actives, sur l'ensemble des conduites addictives y compris comportementales, pour toutes et pour tous, tout au long du parcours de vie, du parcours de soins, en toutes situations et en tous lieux. Formation professionnelle, développement des connaissances, partenariats multipliés, souci de la démarche qualité et d'une constante politique d'évaluation, permettront à nos équipes de conforter leur niveau d'expertise et d'améliorer encore la qualité de leurs prestations.

Nous nous efforcerons sans relâche **d'obtenir les moyens** humains, techniques et financiers, mais aussi le cadre législatif et réglementaire, nécessaires pour mener à bien l'ensemble de nos missions dans l'intérêt de nos patients, de leurs proches, de tous les citoyens et de la santé publique de notre pays ; gestionnaires, nous devons pouvoir animer notre réseau, et le développer, en lien avec les politiques publiques.

Notre action s'appuiera sur le professionnalisme et la pluridisciplinarité, une vie associative dynamisée, une démarche citoyenne et une mobilisation militante, dans le respect de l'éthique et avec tout l'humanisme qui caractérise nos choix et nos interventions.

Dr Patrick Daimé

Secrétaire Général A.N.P.A.A.