

alcool assistance

mouvement d'entraide et d'action sociale, informations sur les addictions et formation des bénévoles

NEWSletter #9

mars 2017



MIX & REMIX

Au sommaire :

Le mot du Président	p2
Définitions	p3
Risques et dommages.....	p4
Principes et objectifs.....	p5
Recommandations SFA.....	p6
Stratégies et outils.....	p7
Point de vue FFA.....	p9
Abstinence et RdRD	p11
Mises à l'honneur	p14
Agenda.....	p15
Contacts départements	p16

La réduction des risques et des dommages

**Newsletter n°9
mars 2017**

Trimestriel gratuit

CPPAP n° 1010G79598
n° ISSN 0983-1282

Directeur de publication :
Auguste Charrier

Rédacteur en chef :
Auguste Charrier

Comité de rédaction :
Auguste Charrier, Laurent Muraro,
Dominique Leys

Correction : Lisa Cervoni

Crédit photos :
Membres d'alcool assistance

Conception : Laurent Muraro

**Association reconnue
d'utilité publique**

Siège Social :

10 rue des Messageries,
75010 Paris (Métro Poissonnière)
Téléphone : 01 47 70 34 18
Télécopie : 01 42 46 26 09
alcool.assist@wanadoo.fr

Site Internet :

www.alcoolassistance.net

Pour faire un don :

[www.helloasso.com/associations/
alcool-assistance](http://www.helloasso.com/associations/alcool-assistance)

Page Facebook :

[www.facebook.com/
jesoutiensalcoholassistance](https://www.facebook.com/jesoutiensalcoholassistance)

**Soyons acteur de
notre santé**

« Parlons de la réduction des risques et des dommages dans le champ de l'alcool »



Cette nouvelle Newsletter nous parle de la Réduction des risques et des dommages. Si elle concerne toute les addictions, les articles de ce numéro traiteront de manière plus spécifique la RdRD dans le champ de l'alcool. Sujet qui n'a rien d'évident et qui fait beaucoup réagir.

La Réduction des risques ouvre au sein de nos Associations de nombreuses discussions et échanges de points de vue, qui sont tous respectables. Cette nouvelle approche n'a rien de fondamentalement différent de l'existant qui a fait ses preuves, c'est seulement d'accompagner un sujet en difficulté en lui laissant le temps d'expérimenter qu'il est plus simple d'arrêter de consommer plutôt que d'essayer de contrôler.

L'important, voire l'indispensable pour une réussite assurée c'est que ce soit SA décision ; nous savons qu'à partir de là tout est possible.

Autre élément important, c'est que cette démarche est accompagnée. Combien d'entre nous ont essayé de réduire, en solitaire, avec les résultats que l'on sait ?

En y regardant de plus près, que nous dit notre slogan « Soyons acteur de notre Santé » si ce n'est pas cela ? Nous pourrions le définir par « choisis ce qui pourrait être bon pour Toi et mets-le en place » ; ce n'est donc pas une révolution c'est seulement une façon clarifiée de faire les choses.

N'est-ce pas très clairement accepter le cheminement de l'autre et non l'influencer de façon parfois directive selon NOTRE vision des choses ? Si, au cours de ce chemin parcouru ensemble, il s'avère nécessaire chez certains sujets d'être plus précis, rien n'empêche de le faire.

D'autre part, nous remercions celles et ceux qui ont expédié à la Fédération leurs rapports 2016 et invitons les retardataires à le faire rapidement, de façon à valoriser votre travail, et présenter aux organismes de tutelle des dossiers les plus complets possibles.

En terminant, je voudrais vous Remercier pour votre implication au quotidien, là où est le besoin. La Fédération et les Associations qui la composent ne pourraient pas fonctionner sans vous, qui êtes l'oxygène associatif.

Avec toute mon Amitié.
Auguste CHARRIER

**Président de la Fédération
Alcool Assistance**

Définitions

On parle beaucoup de la réduction des risques et des dommages. On s'en inquiète parfois ou l'on s'y oppose. Mais de quoi parle-t-on exactement ?

Réduction des risques et des dommages (RdRD)

Réduire les risques et les dommages, ce n'est pas encourager à la consommation, c'est amener la personne à parler de sa consommation et à demander de l'aide.

C'est une démarche pragmatique qui a pour objet de réduire les dommages, quel que soit le type d'usage et quel que soit le moment de la rencontre avec l'utilisateur.

En addictologie, le concept de réduction des risques (RDR) s'est développé à partir des années 1980, à partir du constat de nombreuses contaminations par le virus du sida liées aux pratiques d'injection de drogue et de partage de matériel. Reposant au départ sur un certain nombre de militants et d'associations d'utilisateurs, les pratiques de RDR (échanges de seringues, traitements de substitution...) sont actuellement intégrées dans une politique de santé publique qui a officialisé la réduction des risques comme mission d'État dans la loi de 2004.

Avec le décloisonnement des approches en addictologie et des dispositifs, depuis les années 2000, la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool s'est imposée également. Cette approche se décline auprès de tout consommateur d'alcool et concerne aussi bien la prévention que l'accompagnement en soin et la prévention de la reprise du comportement addictif. Elle n'impose pas d'objectif d'abstinence à l'utilisateur qui est seul expert à pouvoir lui donner du sens. Le concept de « réduction des dommages » est de plus en plus associé à celui de « réduction des risques », qui, dans les représentations, se limite encore trop souvent aux risques infectieux chez les usagers de drogues injectables.

Réduction de consommation

Depuis quelques années, on assiste à une modification des concepts et des objectifs thérapeutiques en addictologie. La réduction des risques et des dommages a pris une place centrale au niveau des pratiques thérapeutiques.

Le concept de réduction des consommations d'alcool s'est progressivement imposé dans un contexte de santé publique. De nombreuses études scientifiques ont démontré que le risque de dépendance à l'alcool, les dommages à court et moyen terme, ainsi que la mortalité augmentent en fonction du niveau de consommation d'alcool. **La réduction des consommations paraît apporter un réel bénéfice en termes de réduction des dommages (notamment réduction de 60 % des jours d'hospitalisation, de la mortalité-morbidité, nombreux bénéfices sociaux).**

La réduction de consommation représente un objectif thérapeutique possible chez les personnes présentant un mésusage d'alcool dans la mesure où elle est de nature à réduire les risques et les dommages que la consommation élevée comporte. Elle vise à améliorer la santé et les problèmes familiaux et socioprofessionnels de la personne et, plus globalement, la qualité de vie. Ce faisant, elle peut favoriser ensuite l'émergence de la motivation de la personne pour faire le choix de l'abstinence (qui est également une « consommation contrôlée » en soi).

Si l'abstinence apporte chez les personnes présentant une dépendance à l'alcool sévère les résultats les meilleurs et les plus stables, la réduction de consommation semble être un objectif réaliste chez certaines personnes présentant un trouble lié à l'usage d'alcool moins sévère. Elle paraît également être un objectif pertinent chez les personnes qui ne sont pas prêtes ou ne veulent pas être abstinentes ; elle peut aussi représenter une étape intermédiaire avant l'abstinence.

Source : Extraits du *Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool* – ARS Alsace, décembre 2014 : http://www.cirddalsace.fr/methodologie/guide_alcool.pdf

Risques et dommages induits

Recours aux soins en lien avec l'alcool

En 2010, en France, 133 000 personnes ont été accueillies dans les CSAPA en raison d'un mésusage d'alcool.

En 2012, on compte 581 000 séjours en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) dont 104 000 pour intoxication alcoolique aiguë, 93 000 pour alcoolodépendance et 384 000 pour comorbidités.

On recensait, en 2011, 147 000 séjours en hôpital général au motif de troubles du comportement liés à l'alcool (contre 93 000 en 2002 !) et 48 000 sevrages d'alcool (contre 26 500 en 2002). La prise en compte de l'alcool dans les diagnostics associés conduit à une estimation de 470 000 séjours hospitaliers.

En médecine de ville, 54 000 patients seraient suivis pour sevrage de dépendance à l'alcool.

Mortalité liée à l'alcool

Les dernières données publiées (Hill, 2013 ; OFDT, 2013) rapportent, en 2009, un nombre de 49 000 décès, tous âges confondus, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes. Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 %).

Dommages sociaux

Les personnes en situation de précarité présentent un risque entre 2,4 et 3 fois plus élevé de dépendance à l'alcool, avec une grande variabilité en fonction du degré de précarité. Le lien entre précarité et abus d'alcool est visible dès l'adolescence. Les jeunes sortis du système scolaire ou ayant suivi des filières courtes ont un risque 2 fois plus élevé de consommation régulière d'alcool que ceux des filières classiques.

Les infractions et délits commis sous l'emprise d'alcool sont nombreux.

Par exemple, en France en 2011, les condamnations pour conduites en état alcoolique se chiffrent à 150 000.

L'alcool est impliqué dans 1/3 des violences conjugales et 30 à 40 % des agressions (données OFDT, *Synthèse thématique alcool*).

Les risques et dommages liés au mésusage de l'alcool

La dangerosité de l'alcool peut se définir selon trois axes : un potentiel de dangerosité toxique, de modification psychique et de risque addictogène.

Les risques liés à la consommation d'alcool sont variables tant au niveau de leurs types que de leur sévérité. On peut distinguer **les risques immédiats** (survenant pendant ou au décours de la consommation d'alcool) pouvant entraîner des dommages aigus et **les risques différés** liés à des consommations régulières d'alcool pouvant entraîner des dommages survenant des mois, voire des années plus tard.

Les risques et dommages liés à la consommation d'alcool peuvent être multiples :

- **risques somatiques** (troubles de la conscience, voire coma éthylique, liés à l'hypoglycémie et/ou à l'hypothermie associée et aux risques d'inhalation intrabronchique ; décès par overdose ; hépatite alcoolique aiguë ; cirrhose hépatique ; pancréatite ; gastrite ; cancers ; hypertension artérielle ; troubles du rythme cardiaque ; épilepsie ; encéphalopathie ; syndrome d'alcoolisation foetale...);

- **risques psychologiques et psychiatriques** (troubles anxieux, troubles de l'humeur, suicides, troubles psychotiques, altérations relationnelles, troubles cognitifs...);

- **troubles du comportement** pouvant survenir aux détours d'une consommation excessive (ivresse ; agressivité ; violences : relations sexuelles non protégées, non consenties, voire imposées...);

- **risques de dépendance** ;

- **risques sociaux** (accidents – de circulation, du travail, domestiques – pouvant entraîner des traumatismes sévères pour soi ou pour autrui ; conduites délictueuses, situations d'échec ; perte d'emploi ; désinsertion sociale, scolaire ; perte des liens sociaux ; marginalisation...);

- **conséquences familiales** (souffrance de l'entourage ; difficultés de communication ; altérations relationnelles ; disputes ; conflits voire violences ; épuisement de l'entourage ; ruptures ; dysfonctionnements conjugaux, familiaux...);

- **risques professionnels** (absentéisme ; accidents du travail ; baisse de vigilance ; baisse de la productivité ; problèmes de sécurité ; risques de blessures à soi-même et aux autres ; problèmes relationnels).

Principes et objectifs

L'objectif principal de la réduction des risques et des dommages est de permettre à l'usager de mettre en œuvre des stratégies ayant pour objectif de limiter le maximum de dommages, avec ou sans poursuite de la conduite addictive.

En donnant aux usagers des éléments de réflexion et des informations adaptées à chacun, cela leur apporte une aide pour leur permettre d'évaluer leurs prises de risques et pour renforcer leur capacité à prendre des décisions concernant leur santé et modifier progressivement leurs comportements. Ainsi, la perception des dommages par le consommateur est susceptible de devenir un déclencheur de motivation et d'être à l'origine d'une prise de conscience lui permettant d'entrer dans une dynamique de changement.

Les déterminants à prendre en compte sont de trois groupes :

- le contexte de vie ;
- les modalités de consommation (quantité, fréquence, rythmes, type de produit, consommations associées, durée d'exposition aux substances) ;
- les facteurs personnels de vulnérabilité et de protection (somatiques, psychologiques, sociaux...).

La réduction des risques s'inscrit à la fois dans un concept global de promotion de la santé et dans une politique de santé publique qui met en place un certain nombre de mesures sanitaires, sociales, éducatives et préventives visant à limiter les conséquences et le coût des pratiques addictives pour les individus et pour la société.

Selon Morel, Chappart et Couteron, « *l'esprit de la RDR fait aujourd'hui profondément évoluer les définitions du soin, longtemps conçu comme un trajet unique et contraint vers l'abstinence, ou de la prévention, imposant des normes de santé et "luttant contre" telle ou telle drogue* ». Toujours selon eux, « *soins, prévention et réduction des risques sont à présent reliés dans des interactions réciproques influençant puissamment l'ensemble des actions. Quittant une position idéaliste et morale promouvant le seul non-usage, ces nouvelles pratiques plus réalistes et humanistes ont la commune volonté de développer, soutenir et encourager le pouvoir d'agir de chacun. Elles font place à des notions comme l'usage contrôlé, l'usage à moindre risque, l'accompagnement "pas-à-pas", et font de l'abstinence un choix de vie parmi d'autres, d'autant plus possible qu'il n'est plus une obligation. Elles rencontrent les personnes là où elles en sont de leur relation aux substances, partent de leurs compétences et capacités, tissant et maillant dans des combinaisons diverses la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention et l'éducation, les soins et l'action communautaire.* » Ils soulignent que « *comme la promotion de la santé, la RDR cherche à tenir compte des facteurs psychologiques et sociaux, susceptibles d'intervenir dans l'évolution des pathologies* » et qu'elle se caractérise par « *la volonté de s'occuper de l'individu dans son contexte, à partir de son expérience vécue, avec les éléments et les ressources de son environnement* ».

La réduction des risques et des dommages se fonde, selon l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), « *sur des objectifs pragmatiques co-construits avec l'usager partant du constat que les pratiques addictives n'exposent pas tous les sujets aux mêmes dommages* », que « *pour chacun des méfaits repérés, il conviendra de rechercher les moyens qui en diminueront la fréquence et la gravité, dans la perspective d'une offre graduée et adaptée à la singularité de chaque individu* » et « *qu'il convient de partir des compétences, expériences et vulnérabilités des personnes concernées afin de construire avec elles des solutions réalistes et adaptées* ».

Selon l'ANPAA, « *la définition d'objectifs simples et accessibles vise globalement l'amélioration de la qualité de vie par :*

- *l'instauration ou le maintien d'un lien entre usager et structures ;*
- *un développement des compétences psychosociales ;*
- *une recherche de modification progressive des comportements ».*

Source : Extraits du *Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool* – ARS Alsace, décembre 2014 : http://www.cirddalsace.fr/methodologie/guide_alcool.pdf

Recommandation de la Société Française d'Alcoologie

L'objectif thérapeutique doit prendre en compte les préférences du patient

L'objectif du traitement d'un mésusage de l'alcool est d'abord l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

Ainsi, l'intervention thérapeutique devrait cibler la santé physique et psychologique, l'adaptation interpersonnelle, sociale et professionnelle, la situation judiciaire et les autres comportements addictifs et à risque. Une véritable amélioration de la situation du sujet exige cependant un changement important de la consommation d'alcool, que ce soit vers l'abstinence ou vers une réduction de la consommation. C'est pourquoi le traitement cible généralement d'abord ce changement de consommation et sa stabilisation.

Les objectifs de consommation ont été l'objet d'une longue controverse, notamment pour les personnes dépendantes de l'alcool. Alors que pour les personnes non dépendantes, il est facilement admis que la seule réduction de la consommation en deçà d'un seuil de risque est le plus souvent satisfaisante, l'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes. Il a cependant été montré que certaines personnes dépendantes pouvaient avoir une rémission stable sans abstinence, et que l'acceptation de la préférence du sujet (au contraire de l'imposition, par le professionnel de santé, de son propre point de vue) permettait d'obtenir de meilleurs résultats. Et l'acceptation par les professionnels de santé de l'objectif de réduction de la consommation évite de dissuader les personnes en souffrance avec l'alcool, et non disposées à l'abstinence, de s'engager dans une démarche de soins.

Pour ces raisons, les nouvelles recommandations de la SFA diffèrent nettement des propositions antérieures.

Lors de l'évaluation initiale, **il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet.**

L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage de l'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique. Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages.

Pour les sujets avec une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, il faut envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence.

L'objectif de réduction de la consommation devrait viser à ne pas dépasser 21 verres-standard par semaine chez l'homme et 14 verres-standard chez la femme. Cependant, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de réduction de la consommation est plus acceptable que le statu quo, et mérite d'être valorisée. Certains patients n'arrivant à progresser que par étapes, le professionnel de santé est alors amené à adapter les cibles de réduction en fonction des ressources susceptibles d'être mises en œuvre.

Source : extrait de « Alcoologie et Addictologie ». 2015 ; 37 (1) : 5-84

<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

Stratégies et outils de réduction des risques et des dommages

Intervention précoce

L'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives avant que celle-ci ne devienne problématique. Elle consiste, d'une part, dans le repérage initial des personnes rencontrant des difficultés attribuables à leur consommation de substances psychoactives et, d'autre part, dans l'intervention auprès de ces personnes en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique, et/ou pour faciliter le recours au système de soins.

Intervention brève

L'intervention brève vise principalement les sujets ayant un usage nocif, sans comorbidité sévère. C'est parfois une première étape dans l'ouverture au dialogue ; elle s'adresse aux usagers avec l'objectif de les sensibiliser sur leurs consommations et les dommages qui y sont liés, tout en leur laissant le choix de la suite à donner.

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement dans le changement qui vise à :

- reconnaître, susciter, soutenir un désir de changement ;
- comprendre et gérer les processus de changement, l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement), la résistance ;
- soutenir la personne dans sa prise de décision en favorisant l'identification et le développement de ses ressources.

Basée sur une écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle tient compte des perceptions du risque par l'usager.

Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC ont pour particularité de s'intéresser aux difficultés de la personne dans « l'ici et maintenant » par des exercices pratiques centrés sur les symptômes observables au travers du comportement. L'accompagnement par le thérapeute vise à intervenir sur les processus cognitifs et émotionnels, conscients ou non.

Thérapies psychodynamiques

L'approche psychanalytique constitue une des grilles de lecture possible de la problématique addictive des usagers et de l'orientation psychothérapique qui peut être proposée. Cette approche met la dimension subjective au centre

de l'accompagnement à travers la prise en compte :

- de la structure psychique subjective dans sa dimension consciente et inconsciente ;
- de la dimension relationnelle (transférentielle) et de l'histoire singulière de la personne ;
- des dimensions émotionnelles et affectives et de leurs significations pour le sujet.

Approches systémiques

La relation entre la consommation d'alcool, d'une part, et la détresse ou l'insatisfaction conjugale ou les troubles de la communication au sein de la famille, d'autre part, est complexe. Il est toujours difficile de déterminer si c'est la consommation qui est à l'origine de la détresse psychologique de l'entourage ou, si, à l'inverse, c'est le climat familial ou les interactions familiales qui génèrent la prise d'alcool. Les approches systémiques permettent d'aborder ces questions en les recontextualisant.

Les pratiques addictives affectent non seulement la personne mais l'ensemble du système familial. L'inclusion des membres du réseau familial et social peut s'avérer efficace dans la mesure où l'approche systémique permet de mieux identifier, dès le début, les motifs réels de l'entretien, les priorités du traitement, du suivi et des moyens d'intervention appropriés en fonction du système familial en question.

Source : Extraits du *Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool* – ARS Alsace, décembre 2014 : http://www.cirddalsace.fr/methodologie/guide_alcool.pdf

Stratégies et outils de réduction des risques et des dommages

Outils médicamenteux

Certaines thérapeutiques médicamenteuses spécifiques constituent une aide réelle. La globalité de la prise en charge, intégrant l'ensemble des besoins du sujet, est toutefois essentielle.

Les médicaments d'aide à la réduction des consommations

- Le Nalméfène (**Selincro®**) a une action sur le système cérébral de la récompense et permettrait ainsi de réduire l'envie de boire et donc la consommation d'alcool. Il a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour réduire la consommation d'alcool des adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation à risque élevé, sans symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat. Il doit être associé à un suivi psychosocial.
- Le Baclofène (**Lioréal®**, **Baclofène Zentiva®**) bénéficie d'un statut particulier. Ce traitement, commercialisé en 1974 comme traitement des contractures spastiques de la sclérose en plaques, des affections médullaires et d'origine cérébrale, n'a pas d'AMM dans le traitement de l'alcoolodépendance mais il a obtenu une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) en mars 2014. Il est indiqué dans la réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'à un niveau faible de consommation chez des patients alcoolodépendants à haut risque et censé être prescrit en deuxième intention.

Les médicaments de prévention de la rechute

- Le Baclofène (**Lioréal®**, **Baclofène Zentiva®**), dans le cadre de l'obtention de sa RTU, est également indiqué dans l'aide au maintien de l'abstinence après un sevrage chez des patients dépendants à l'alcool et en échec des thérapeutiques disponibles. Il a un effet anxiolytique et anti *craving*.
- L'Acamprosate (**Aotal®**) aide à réduire l'appétence pour l'alcool. Il est notamment utilisé pour son effet neuroprotecteur. Il est contre-indiqué chez les patients atteints d'une insuffisance rénale sévère.
- La Naltrexone (**Revia®**) est un inhibiteur des opiacés utilisé à l'origine dans le traitement des toxicomanies aux opiacés. Il permet de réduire l'appétence pour l'alcool en diminuant ses effets plaisants. La Naltrexone orale est contre-indiquée en cas d'hépatite aiguë, d'insuffisance hépatique, de consommation d'opioïdes.

Le maintien d'une consommation d'alcool lors de la prise de l'un de ces trois médicaments n'impose pas l'arrêt du traitement.

- Le Disulfirame (**Espéral®**) est un médicament à effet antabuse (associé à l'alcool, il provoque des manifestations déplaisantes, notamment des nausées et vomissements). Il présente de nombreuses contre-indications, en particulier cardiaques, et est de maniement délicat. Il est déconseillé pendant la grossesse ou l'allaitement, sauf avis médical contraire. Il est impératif de ne pas consommer d'alcool durant le traitement. Dans la pratique, il est plutôt utilisé en deuxième intention.

Les nouvelles pistes thérapeutiques

Actuellement, trois molécules – le Topiramate (**Epitomax®**), la Gabapentine (**Neurontin®**) et l'Ondansétron (**Zophren®**) – font l'objet d'études visant à démontrer leur efficacité dans la prévention de la rechute.

En conclusion, aucune technique n'est meilleure qu'une autre, aucune approche ne prévaut sur les autres, aucun médicament n'est suffisant à lui seul. Ce qui est le plus important, c'est la capacité du thérapeute à créer l'alliance thérapeutique, c'est la qualité du lien entre l'accompagnant et l'utilisateur, c'est que chacun trouve ce qu'il vient chercher.

Source : Extraits du *Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool* – ARS Alsace, décembre 2014 : http://www.cirddalsace.fr/methodologie/guide_alcool.pdf

Point de vue de la Fédération Française d'Addictologie

En France, 45 à 50 millions de personnes sont, de manière occasionnelle ou chronique, consommatrices d'alcool. Si, pour une large majorité, cette consommation ne pose aucun problème, on estime que ce sont entre trois et cinq millions d'individus qui sont exposés ou subissent les conséquences négatives, directes ou indirectes, de leur usage.

Les représentations liées à la consommation d'alcool s'imposent à nous et fondent largement notre regard sur la question. La pression sociale contribue d'abord à favoriser la consommation puis à exclure, isoler, augmenter les souffrances de celles et ceux qui s'en écartent et leur stigmatisation.

Il n'est donc pas étonnant que ces personnes puissent attendre plusieurs années pour solliciter de l'aide quasi exclusivement associée à l'idée d'abstinence et ce, d'autant plus que le regard social renforce leur sentiment de honte et de culpabilité.

L'arrivée du baclofène sur le marché a accéléré l'irruption de la RdRD appliquée à la problématique alcool, les usagers allant rencontrer les médecins avec une demande de réponse médicale.

Le baclofène, qui a pour effet d'induire une indifférence pour l'alcool chez une partie des personnes traitées, **modifie les réponses et les modes d'accès à des stratégies d'accompagnement.**

Des initiatives dans les champs médicaux, sociaux et d'usagers ont montré leur efficacité. A titre d'exemple, l'ensemble des actions visant à réduire l'accidentologie routière largement promu par les usagers, les actions visant au repérage précoce et à l'intervention brève pour des personnes avec des consommations à risques initiées dans le champ médical, les initiatives visant à des stratégies de politique locale, et celles développées dans les structures d'accompagnement du champ social pour les publics précaires, contribuent d'ores et déjà à l'intégration de la vision RdRD en alcoologie.

Certains dommages, bien que connus, ne sont que très insuffisamment pris en compte, comme le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF), faute d'une réelle prise de conscience des enjeux.

En tout état de cause, les axes possibles d'accompagnement doivent aujourd'hui permettre, en prenant en compte les attentes des consommateurs :

- 1° L'arrêt au moyen du sevrage (médicalisé ou non, résidentiel ou ambulatoire...).
- 2° Le réaménagement des consommations en vue d'en réduire les dommages. Il peut s'agir d'une modification quantitative (réduction des consommations, consommation contrôlée...) médicalisée ou non, d'une modification qualitative (rythme de consommations, modalités, contexte ou environnement, type d'alcool consommé...).
- 3° L'accompagnement des consommations telles qu'elles existent, sans perspective immédiate d'un changement des pratiques avec pour priorité la sécurisation des personnes et de leurs usages (mise à l'abri, accès aux soins, aux droits et à la reconnaissance...).

La RdRD est une approche précieuse dans les structures sanitaires, y compris en soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) dont le rôle principal, dicté par le législateur, s'articule pourtant autour du sevrage et du maintien de l'abstinence.

Dans ce contexte, le séjour en milieu résidentiel peut être vu comme une parenthèse dans la trajectoire de la personne, un lieu de protection propice à la réflexion et à l'élaboration d'un projet de soin au long terme, voire d'un projet de vie à un moment donné. Complémentaire et articulé avec la prise en charge ambulatoire, il doit pouvoir accompagner la personne, que son objectif soit de l'ordre de la RdRD dans le contrôle des consommations, dans l'abstinence, ou de leur combinaison chez les personnes présentant plusieurs addictions.

Point de vue de la Fédération Française d'Addictologie

L'intégration de la RdRD au sein de ces structures, classiquement positionnées sur un objectif unique d'abstinence, nécessite une ré-interrogation de l'ensemble de leurs programmes thérapeutiques, de l'accueil des personnes, du fonctionnement interne et une évolution du positionnement des soignants, centrés désormais davantage sur l'accompagnement vers un « choix libre et éclairé » que sur la transposition d'un programme de soin monolithique. Certains centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont une mission complémentaire d'accompagnement en addictologie. Ces expériences semblent apporter des bénéfices aux personnes accueillies. Les pratiques qui y sont développées devraient faire l'objet d'une évaluation précise et intégrer la RdRD en vue de diversifier les modes d'accompagnement. Concernant les personnes en situation d'exclusion sociale, une politique publique explicite en matière de RdRD et une vision partagée permettent aux usagers et aux professionnels qui les accompagnent au quotidien de trouver des marges d'action. Mais aussi de trouver des possibilités d'avancer ensemble au bénéfice d'une amélioration effective de la santé, d'un processus de réinsertion et de l'amélioration de la qualité de vie de ces publics.

L'importance de l'entourage

Dans le dispositif addictologique, l'importance d'intégrer l'entourage dans l'accompagnement des usagers est reconnue et peut faire l'objet de pratiques définies. Cependant, cette préoccupation de la place à donner ou non à l'entourage dans l'accompagnement ne fait pas systématiquement l'objet d'une évaluation. En dehors du champ addictologique elle est souvent absente. La RdRD promeut, dans une perspective de santé communautaire, l'association des amis et des pairs dans l'accompagnement, mais la place des familles ne semble pas aujourd'hui suffisamment définie.

Manque d'associations ouvertes à la RdRD dans le champ de l'alcool

Les associations intervenant dans le champ de l'alcool ont des approches centrées sur l'abstinence qui ne laissent aujourd'hui que peu de place à des objectifs de gestion contrôlée des consommations et aux approches de RdRD. Cependant ce champ des drogues licites manque cruellement d'associations d'usagers impliquées dans la RdRD.

Il faut remarquer également que ces associations ont une approche par produit ou par univers (festif, internet...). Il n'existe aucune association permettant de représenter les usagers de différents/plusieurs produits.

Sur les 15 recommandations de la FFA lors de son audition publique sur la RdRD les 7 et 8 avril 2016 à Paris, trois sont en rapport direct avec le champ de l'alcool et des mouvements d'entraide :

Recommandation 3

Valoriser les expériences existantes des usagers des groupes d'auto-support et des associations d'entraide.

Renforcer les capacités des associations d'usagers dans le champ des drogues licites ou illicites afin de pouvoir agir dans un cadre légal et d'avoir des moyens pour s'organiser et être des interlocuteurs des pouvoirs publics.

Ces changements de pratiques doivent être fondés avant tout sur le rôle central des usagers. Valoriser leurs compétences et savoir-faire.

Recommandation 13

Agir sur la prévention en tenant compte du pouvoir délétère des lobbyings au niveau français et européen en régulant l'accessibilité aux boissons alcoolisées, en encadrant la publicité et en évitant de laisser à l'industrie cigarettière une influence excessive sur la réglementation des produits de remplacement.

Recommandation 14

Mieux prendre en compte les familles dans les problématiques générales des usagers, y compris dans les dispositifs de RdRD.

Source : Extraits du Rapport d'orientation et recommandation de la commission d'audition - 1ère audition publique sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives.

http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf

Abstinence et Réduction des Risques en Alcoologie

La Mission Inserm Associations a organisé le 11 décembre 2014 la 5ème rencontre-débat « Alcool et recherche », en collaboration avec Bertrand Nalpas, chercheur en addictologie. Ce rendez-vous régulier entre chercheurs et personnes en difficulté avec l'alcool est le résultat de l'implication d'associations d'entraide, réunies depuis 2006 dans un groupe de travail Inserm dont Alcool Assistance fait partie. Le sujet de la réduction des risques en alcoologie y a été débattu. Voici la retranscription de l'intervention du porte-parole des associations d'entraide pour cette journée, Daniel Bouëtél, vice-président de l'Association La Santé de la Famille.

Quand la RDR rencontre l'abstinence...

En France, la « Réduction des Risques » (RdR) est née il y a près de trois décennies avec la mise en vente libre de seringues en pharmacie, auxquelles ont succédé les trousses Stéribox, en 1994, et, cette même année, c'est l'apparition des traitements de substitution aux opiacés (TSO) avec la Méthadone et la Buprénorphine HD. La RdR a conduit à d'incontestables résultats positifs sur le plan de la santé publique, comme ont pu en attester la baisse de la mortalité par overdose et la diminution de la transmission du VIH et de l'hépatite C.

Compte tenu de ces résultats positifs, la question s'est donc posée à bon droit de l'introduction de la RdR dans le champ d'autres problématiques comme celles liées aux usages d'alcool. Dans le champ alcoologique, la RdR se traduirait alors par le retour à des

alcoolisations "contrôlées". Cette éventualité vient, a priori, s'opposer au principe de l'abstinence comme voie unique de sortie de l'alcool-dépendance comme le prônent les associations depuis longtemps.

La question "RDR - gestion ou Abstinence" est sensible car elle a une résonance douloureuse dans le vécu des personnes alcoolodépendantes dont la grande majorité a échoué dans ses tentatives de retrouver une consommation socialement admissible. Ces échecs ont été parfois dramatiques, souvent répétés et toujours culpabilisants, altérant l'estime de soi un peu plus à chaque fois.

Du fait de ces expériences malheureuses et lorsque ces personnes sont devenues elles-mêmes accompagnantes, elles ne peuvent concevoir le retour de la personne accompagnée à une consommation dite contrôlée que comme une illusion qui lui apportera plus de problèmes qu'elle n'en résoudra. L'abstinence s'impose alors d'elle-même surtout si la toxicité du produit alcool a déjà fait son œuvre jusqu'à constituer une menace vitale et imminente pour la personne. Dans ces conditions, il peut être considéré comme dangereux, criminel diront certains, de parler de retour à une consommation ordinaire, gérée et inoffensive.

Mais hors cette situation extrême, le positionnement des associations vis-à-vis de l'abstinence est-il aussi dogmatique qu'il y paraît ?

Y a-t-il un dogme de l'abstinence dans le milieu associatif ?

Pour répondre à cette question, voyons d'abord quel sens donner à l'abstinence ?

Si l'on se place dans l'optique de la relation d'aide, de l'accompagnement - « groupes de parole », « entretiens individuels », « parrainages » ou autre - l'abstinence ne semble plus entendue comme une fin en elle-même, comme un ob-

jectif. Comment pourrait-on, en effet, bâtir un projet de vie sur une privation dans lequel il s'agirait de « tenir coûte que coûte » face à la menace permanente et de plus en plus obsédante d'une éventuelle rechute ?

Non, l'abstinence se présente plutôt comme un moyen, un moyen d'être heureux et la question devient : en quoi l'abstinence peut-elle constituer un moyen pour l'épanouissement de la personne ? L'épanouissement de la personne est le contraire d'un processus de dépendance... Processus de dépendance qui consiste en l'abandon progressif de ses ressources auxquelles se substitue peu à peu le psychotrope alcool qui finit par envahir tous les compartiments de vie de la personne. Cela aboutit à un recroquevillement de plus en plus important et, à terme, à un renoncement à soi, aux autres, à un renoncement à la vie.

On peut alors voir une logique d'épanouissement comme son envers : ouverture à soi et aux autres, reconquête et mobilisation de ses ressources propres, développement de ses potentialités... Mais tout cela n'est possible que par la suspension ou par la suppression du psychotrope, autrement dit par l'abstinence.

Cependant, à l'initiation d'une démarche, en général, il ne saurait être question d'abstinence d'emblée, cette proposition serait vraiment contre-productive : l'idée de devoir être abstinent *ad vitam* fait généralement si peur, paraît si inaccessible, qu'elle peut conduire la personne à différer encore sa démarche, voire y renoncer complètement.

Dans les faits, la personne vient vers nous, souvent dans une situation de crise, parce qu'elle rencontre divers problèmes à cause de sa relation au produit et qu'elle nous demande de l'aide pour les régler. Pour y parvenir, c'est elle qui va faire ses choix d'objectifs et de moyens, notamment de l'abstinence ou de la « gestion ».

La réduction des risques et des dommages

Ce respect des choix de la personne n'est pas du tout contradictoire avec l'exposé des expériences vécues par l'accompagnant, en particulier les difficultés qu'il a lui-même rencontrées dans ses propres tentatives de diminution ou de gestion de ses consommations. En fait, au travers de sa parole et de son statut d'abstinente, le militant envoie plusieurs messages, au moins sur trois niveaux :

- 1- c'est possible de sortir des problèmes résultant des alcoolisations ;
- 2- c'est possible d'être abstinente ;
- 3- c'est possible d'être heureuse.

Dans un tel schéma, il n'y a donc pas de dogme de l'abstinence, de fin de non-recevoir hors l'abstinence, mais plutôt des échanges authentiques, chaleureux et pragmatiques sur la situation vécue par la personne et les perspectives qu'elle peut déjà commencer à discerner.

RdR et Abstinence dans la relation d'Aide

Plus tard, lorsque la Relation d'Aide est engagée, il sera opportun, à un moment ou à un autre, de proposer une abstinence au moins provisoire, qu'on pourrait qualifier de « condition technique » à la Relation d'Aide. En effet, pour être efficace, la rencontre avec la personne ne peut avoir lieu que si elle n'est pas sous les effets du produit, au moins durant ce temps de la rencontre. Cela revient finalement à se placer dans une « logique RdR ».

Il s'agit, à minima, d'une expérimentation de la personne au cours de laquelle elle se met en situation d'accéder à ses ressources propres et de les mettre en œuvre à nouveau, autrement dit de se confronter au réel en réduisant ses recours au produit psychotrope. Dans cette configuration, elle pourra éprouver ses propres capacités à faire face au réel avec ou sans produit, en conséquence de quoi elle pourra décider des moyens qui lui sont nécessaires

pour atteindre ses objectifs personnels.

Pour résumer, on peut dire que la RdR se présente, de fait, comme l'une des étapes possibles dans le cheminement, avant la décision - ou non d'ailleurs - de l'abstinence... Et cela se pratique depuis longtemps ! D'ailleurs on réveille, on réactualise, le très vieux débat entre tempérance et abstinence.

Il faut toutefois bien remarquer que là où la RdR se conçoit comme une stratégie de réduction des quantités de la substance pour en limiter les incidences toxiques (au sens large, sur tout le plan biopsychosociologique), l'abstinence, quant à elle, ouvre la perspective existentielle d'une nouvelle Logique d'Epanouissement. En simplifiant : d'un côté, avec la RdR on vise à réduire du négatif, de l'autre, avec l'abstinence, on construit résolument du positif. On n'est donc pas sur le même registre mais il n'y a pas d'antagonisme entre les deux, plutôt la possibilité d'une chronologie prometteuse...

« Reboire » : un dogme émergent ?

Pour ceux qui auront choisi cette voie vers l'abstinence comme moyen, cette chronologie sera plus ou moins longue, plus ou moins chaotique, car la difficulté du passage du statut d'alcoolodépendant à celui d'abstinente est évidemment bien réelle. Pour autant, il ne faut pas confondre cette importante épreuve transitoire, souvent douloureuse, avec l'état d'abstinente lui-même lorsqu'il est acquis et intériorisé, lorsqu'il apporte tant de bénéfices.

En effet, l'abstinence acquise et intériorisée comme moyen, n'est pas une souffrance pour l'alcoolodépendant affranchi (et nous serions nombreux à pouvoir en témoigner ici). Pourtant, on entend, ici ou là, l'expression d'une certaine compassion envers les « abstinentes » - qui seraient en souffrance du fait de leur abstinence - et la RdR serait pour eux comme

une planche de salut, qui leur permettrait de reprendre le "contrôle" (avec des guillemets) de leur consommation d'alcool et d'en finir avec la souffrance... Qu'on leur imagine. Mais quel sens cela peut-il bien avoir dès lors que les concernés et leurs entourages sont heureux de leur nouvelle vie et n'ont aucun désir de la modifier, bien au contraire ?

Avec ces questions, on peut se demander qui est véritablement dans la souffrance ou au moins dans un certain inconfort ?

On parle beaucoup depuis quelque temps du Baclofène qui participe plus ou moins de cette démarche. Ce médicament et tous ses "petits frères" annoncés - Nalméfène ou Selincro, Topiramate, Oxydate de Sodium et d'autres que je ne connais pas - permettraient de retrouver une consommation « contrôlée » en mettant en avant, en portant un nouveau concept en alcoologie, celui d'« indifférence à l'alcool ». Ils permettraient notamment de surmonter la période délicate des pulsions, des épisodes de craving... Et ce serait vraiment intéressant!

Seulement, il faut une meilleure connaissance du produit et avoir un recul suffisant pour étayer tout cela et, le cas échéant - si "ça marche" -, tous ces médicaments pourraient alors venir enrichir la panoplie thérapeutique. Mais, même dans cette hypothèse favorable à leur usage, ni les uns ni les autres ne pourraient prétendre à un statut autre que celui de nouveaux médicaments à ranger à côté des anciens : d'évidence, ils ne sauraient restituer ses ressources à la personne, ni lui donner de réponse à sa vulnérabilité et à tout ce qui touche à son ontogenèse.

Leur attribuer un autre statut, notamment en les opposant à l'abstinence, c'est minorer les problématiques de dépendance, les ramener à une simple question de gestion de quantités... Alors que l'abstinence, après avoir permis justement de dépasser ces questions obsédantes de quantités,

La réduction des risques et des dommages

ouvre des horizons autrement plus vastes, de portée bio-psycho-socioculturelle...

La RdR, avec ou sans ces nouveaux médicaments, ne doit pas, à son tour, donner naissance à un nouveau dogme, qui serait le "Reboire" (de l'alcool évidemment), fondé sur le prétexte fallacieux d'éviter de la souffrance aux alcoolo-dépendants devenus abstinents.

Chacun son histoire...

Pour justifier le modèle du « Reboire » et défendre sa pseudo-innocuité, on rapporte des cas de personnes qui auraient retrouvé une consommation "normale" ou "contrôlée" ou "modérée"... Je mets tout cela au conditionnel et entre guillemets car nous sommes vraiment en pleine subjectivité...

Et outre le caractère éminemment subjectif de ces informations, elles comportent un "vice de fabrication" : elles ignorent la

dimension du temps et ceci sous deux manières :

1- Que sait-on exactement de la relation de la personne au produit alcool ? Autrement dit : où en est-elle ? Toujours dans le désir, le plaisir, le mieux-être ? Qu'en reste-t-il ? Ou est-elle plus loin, dans le besoin physique avec l'apparition du syndrome de sevrage ? Ou est-elle encore plus loin, dans la nécessité physique de consommer pour éviter le Delirium Tremens ? Ou bien dans des épisodes intermédiaires, toujours difficiles à cerner...

2- En admettant que l'on puisse répondre à cette première question, que l'on puisse objectivement caractériser la nature de cette relation, qu'est-ce qui permet de penser que la personne en restera là, au même stade, quand bien même elle en aurait le désir impérieux ?

Dans ce questionnement, même avec son côté un peu sommaire, on peut voir que le vécu des per-

sonnes avec un produit comme l'alcool est d'une grande diversité et d'une grande complexité. Ce qui signifie aussi que le spectre des risques et dommages est très large et qu'il ne saurait y avoir de réponse univoque, statique, surtout énoncée « de l'extérieur ». Là encore c'est la personne - "de l'intérieur" pourrait-on dire - qui sait le mieux où elle en est, ou, à tout le moins, qui peut se donner les moyens de le savoir en se confrontant à la réalité. Dans ce cadre pragmatique, c'est elle qui va construire et expérimenter ses propres réponses, avec le dialogue et les éclairages de ses accompagnants, leur écoute et leur soutien.

Source : 5ème rencontre-débat avec les associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool. Décembre 2014.

<http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/actualites/journal-dec2014-b-2-2>

Pour aller plus loin

Vous pouvez directement télécharger les documents référencés ci-dessous en cliquant sur le lien associé.

« Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool » – ARS Alsace, décembre 2014 : http://www.cirddalsace.fr/methodologie/guide_alcool.pdf

« Alcoologie et Addictologie ». 2015 ; 37 (1) : 5-84 : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

« Rapport d'orientation et recommandation de la commission d'audition - 1ère audition publique sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives » : http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf

5ème rencontre-débat avec les associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool. Décembre 2014 : <http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/actualites/journal-dec2014-b-2-2>

« Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool » - ANPAA 2012 : <http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf>

« La Réduction des risques » (plutôt orienté toxicomanie) - Groupement Romand d'Etudes des Addictions : http://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_rdr1.pdf

« Conduites addictives - Mieux utiliser Internet et le mobile en prévention et réduction des risques » AIRDDS Bretagne - Mars 2014 : http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=16126

« Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs » – AFR - mai 2012 : http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/FR_R%C3%A9f%C3%A9rentiel-national-des-interventions-de-rdr-en-milieux-festifs-2012.pdf

« Les dossiers de la Croix Bleue - N°1 - Réduction des risques » - 2016 : http://www.croixbleue.fr/pdf/Dossier_001.pdf

Mises à l'honneur

Christian Kovac médaillé par la ville d'Ambérieu



Lettre de Monsieur Daniel FABRE, Maire d'Ambérieu-en-Bugey :

« Monsieur,
Chacun est unanime à reconnaître l'investissement personnel dont vous faites preuve, au sein de l'ADAPEI et l'association dénommée « Alcool Assistance » et ce, toujours de manière désintéressée, ne comptant ni votre temps ni votre énergie. Cet engagement citoyen mérite sans conteste une reconnaissance de la ville.
Aussi, pour vous manifester notre gratitude, je vous confirme que la Municipalité vous décernera la médaille de la Ville lors du traditionnel échange de vœux qui aura lieu le samedi 21 janvier 2017 à 18h00 »,



Remerciements de Christian KOVAC:

« Merci pour cette médaille et merci d'avoir oublié l'homme que j'ai été et d'avoir récompensé l'homme que je suis devenu. En me remettant cette médaille vous permettez de faire sortir de l'ombre la Maladie Alcoolique. Et cette médaille me redonne le "boost" que je n'ai pas perdu pour continuer mon action. »

Louis Avis médaillé par la ville de Loudéac



Samedi soir, lors de l'assemblée générale d'Alcool Assistance le Loudéacien d'origine, Louis Avis, âgé de 93 ans, a reçu la médaille de la ville. Une distinction pour marquer le combat de toute une vie contre la maladie alcoolique et son engagement auprès de tous ceux qui en souffrent.

L'association La Croix d'Or, devenue aujourd'hui Alcool Assistance fut déclarée à la préfecture le 23 mars 1959. « Mais ce n'est qu'en avril 1960 que l'association s'est dotée d'un bureau à Loudéac, sous l'impulsion de l'équipe briochine », a rappelé Yvette Le Priol, secrétaire, samedi soir, lors de l'assemblée générale présidée par Christophe Flého.

Les sceptiques ont renforcé notre motivation

Thérèse Hivert, originaire de Plémet, fut le rouage essentiel dans la mise sur pied de cette structure. Avec l'abbé Le Porzou, vicaire et instituteur de la région, également fervent militant contre l'alcoolisme, Thérèse Hivert fit le déplacement, dès 1958, à Lorient (56) pour s'informer. Lors d'une rencontre avec le Dr Pierre-Anne Cordier, fin 1959, elle apprit que Louis Avis, entrepreneur en bâtiment, avait suivi une cure ambulatoire et qu'il était susceptible d'être intéressé par La Croix d'Or. Le 5 décembre de cette même année, après maintes hésitations, celui-ci, accompagné de son épouse Anne, prenait le chemin de Perros-Guirec pour participer à une réunion. Il en ressortit convaincu et deviendra le premier président de l'association, secondé par Thérèse Hivert, au secrétariat, et Georges Rouillé, trésorier. « Les réunions se multipliaient avec une grosse affluence, s'est souvenu Louis Avis. Mais ce sont surtout des sceptiques, à l'affût d'une rechute de notre part, qui ont renforcé notre motivation. » La Croix d'Or prit de l'ampleur : 47 membres sont dénombrés en 1962, grâce au travail acharné de Louis et de son épouse. Il restera président durant 25 années, n'abandonnant son mandat qu'en 1985 au profit de Joseph Tilly, pour devenir président départemental, sans jamais délaissier l'association locale.

« La médaille de tous les militants »

Pour cet investissement auprès des autres, Bruno Le Bescaut, maire, a décerné la médaille de la ville à Louis Avis, aujourd'hui âgé de 93 ans et qui réside à Vannes (56). « Cette médaille est celle de tous les militants », a insisté le décoré, très ému. Il avouera aussi « avoir versé une larme » lorsque, quelques instants auparavant, Pierre Daniel, ancien président de l'association locale, avait souligné le rôle important joué par son épouse, Anne, disparue en août 2008 et totalement engagée dans un combat qui est celui d'une vie. Émotion aussi, lorsqu'à sa grande surprise, ses six enfants et leurs conjoints l'ont rejoint : Loïc, André, Gilles, Bernard, Éric et Louise-Anne avaient, en effet, tenu à effectuer le déplacement en toute discrétion.

© Le Télégramme <http://www.letelegramme.fr/cotes-darmor/loudeac/alcool-assistance-louis-avis-mis-a-l-honneur-15-02-2017-11401701.php#3WwB6dEvxgiFRhv.99>

Agenda

Les formations à venir

11/03/2017	Connaissance de l'Association et Compétences	Orne
11 et 12/03/2017	Connaissance de l'Association et Compétences	Deux - Sèvres
11 et 12/03/2017	Connaissance de l'Association et Compétences	Indre
18 et 19/03/2017	Sensibilisation aux pratiques systématiques	Maine et Loire
1 et 02/04/2017	Communication et Animation	Cher
08/04/2017	Entourage	Finistère
8 et 9/04/2017	Connaissance de l'Association et Compétences	Paris
8 et 9/04/2017	Communication et Animation	Paris
29/04/2017	Entourage	Alsace
Le 1er/04/2017 ou 29/04/2017	Connaissance de l'Association et Compétences	AIN
6 et 07/05/2017	Communication et Animation	Indre
13 et 14/05/2017	Connaissances de base en Alcoologie	Deux - Sèvres
10 et 11/06/2017	Connaissance de base en Addictologie	Indre



Deux formations centralisées se tiendront à Paris les 8 et 9 avril pour les personnes des départements ou régions ne pouvant regrouper suffisamment de monde pour organiser une formation. Les thèmes seront « la connaissance de l'association et les compétences de bénévoles » ainsi que « communication et animation ».

Notez qu'une ou plusieurs personnes peuvent toujours se greffer dans la limite des places disponibles aux formations en région ci-contre.

Contact : Ernest Zingraff
06 70 34 60 05

Pensez aussi à demander nos formations sur l'entretien motivationnel et sur la réduction des risques.

L'assemblée générale de la Fédération

L'assemblée générale est un moment important pour notre association. Cette année, ce sera l'occasion de voter le projet associatif pour les prochaines années, véritable feuille de route pour le nouveau Conseil d'Administration qui sera lui aussi élu lors de cette rencontre. Attention, cette année, pour des questions de disponibilité de salle, l'AG se tiendra à Paris au traditionnel CISP le **dimanche 21 mai le matin**. La veille, le siège sera ouvert où chacun pourra rencontrer les futurs administrateurs. Deux groupes de réflexion seront proposés dans l'après-midi autour des thèmes de l'entourage d'une part et de l'animation des espaces de paroles et le suivi des adhérents d'autre part.

Contacts départements

01 - AIN

M. Christian KOVAC
☎ 04.74.23.75.03
06.25.80.59.09
christiankovac@orange.fr

02 - AISNE

M. Dominique PIERRE
☎ 06 32 13 28 28
06 82 44 75 42
dominique.pierre@justice.fr

07 - ARDÈCHE

Mme Maryse DUPLAN
☎ 06.19.78.69.31
alcoollassist07@sfr.fr

11 - AUDE

M. Francis MALFANT
☎ 06 08 23 31 17
francis-malfant@orange.fr

14 - CALVADOS

Mme Brigitte MULLER
☎ 07.62.54.39.48
alcoollassist-tance.bayeux@laposte.net

16 - CHARENTE

M. Jean-Claude BROCHOT
☎ 06.78.96.15.93
jc.brochot@orange.fr

17 - CHARENTE-MARITIME

M. Gérard NAUD
☎ 05.16.19.27.44
naudgerard@neuf.fr

18 - CHER

M. Daniel BENOIT
☎ 06.59.89.42.35
daniel.benoit@orange.fr

19 - CORREZE

M. Yves LECAILLE
☎ 06.11.38.96.00
alcoollassistance.19@orange.fr

21 - CÔTE-D'OR

M. Serge LALONDRE
☎ 03.80.96.89.47
serge.lalandre@sfr.fr

22 - CÔTES D'ARMOR

M. Jean-Michel GEFFRAY
☎ 06.07.44.93.25 (24h/24h)
jean-michel.geffray@orange.fr

23 - CREUSE

M. Raymond POUCHET
☎ 05.55.52.56.50
alcoollassistance23@orange.fr

24 - DORDOGNE

M. Didier MOREAU
☎ 07 78 11 47 79
alcoollassistance24@sfr.fr

25 - DOUBS

M. Philippe CORNU
☎ 06 79 55 18 17
philippe.cornu@sfr.fr

27 - EURE

M. Bernard DUEZ
☎ 06.83.04.19.61
bcduiez@hotmail.com

28 - EURE-ET-LOIR

M. Jean-Pierre LE GUEVEL
☎ 02 37 46 49 70
06 72 95 64 58
alcoollassistance28@yahoo.fr

29 - FINISTÈRE

M. Rémi LE BEC
☎ 02.98.55.65.94
alcolas.29@wanadoo.fr

30 - GARD

Mme Nicole PLENAT
☎ 06 81 44 86 55
nicole.plenat@live.fr

34 - HERAULT

Jean-Paul VIANES
☎ 06 12 70 14 76
alcoollassistance.34@gmail.com

35 - ILLE-ET-VILAINE

M. François MOUREAU
☎ 02.99.64.30.96 -
06.78.86.52.08
fmoureau@club-internet.fr

36 - INDRE

M. Jean-Pierre HUGUET
☎ 06.64.75.20.81
jph36130@hotmail.fr

37 - INDRE-ET-LOIRE

M. Guy BERTEREAU
☎ 06.18.53.30.24
guybertereau@gmail.com

38 - ISÈRE

M. Bernard ANDRIEUX
☎ 06.71.34.88.20
bern.andrieux@orange.fr

39 - JURA

Mme Marie-Paule FOLET
☎ 03.84.42.61.51 -
06.87.85.21.53
j.marc.foulet@orange.fr

40 - LANDES

Mme Nicole LAFITTE
☎ 05.58.46.32.16
06.88.75.62.27
nicolafitte@orange.fr

41 - LOIR-ET-CHER

M. Gabriel BOULANGER
☎ 02.54.42.90.49

42 - LOIRE

M. André SENNEPIN
☎ 04.77.60.82.58
sennepinandre@gmail.com

43 - HAUTE-LOIRE

Mme Sylviane ROCHE
☎ 06.66.66.93.83
alcoollassistance43@sfr.fr

44 - LOIRE-ATLANTIQUE

M. Marc TUAL
☎ 06.24.17.70.60
marctual@hotmail.fr

47 - LOT-ET-GARONNE

Mme Monique ANDRAL
☎ 06 84 25 76 15
andral.monique@orange.fr

49 - MAINE-ET-LOIRE

M. Auguste CHARRIER
☎ 06.73.60.86.71
alcoollassistance49@orange.fr

50 - MANCHE

Mme Josette GIRARD
☎ 06 85 77 55 37
jojpgirard@free.fr

51 - MARNE

M. Bernard REKSA
☎ 03.26.36.20.87
bernard.reksa@wanadoo.fr

53 - MAYENNE

M. Bernard PICHÉREAU
☎ 02. 43.07.09.38
alcoollassistancecroix-dor53@wanadoo.fr

56 - MORBIHAN

Mme Danièle LE COURANT
☎ 02.97.34.02.64 ou
06.06.60.72.04
assistance.alcool@wanadoo.fr

57 - MOSELLE

M. Paul ANTHONY-GERROLDT
☎ 03.87.09.58.10 – après 17h le
03 87 81 39 98
anthony.paul@hotmail.fr

59 - NORD

M. Eddy LOSSE
☎ 06 58 62 31 94
losseeddy@msn.com

61 - ORNE

M. Michel BRULARD
☎ 06.84.59.43.98
michel.brulard5@orange.fr

62 - PAS-DE-CALAIS

M. Jacques HOFFMANN
☎ 03.21.48.82.16
06 60 58 68 25
hoffmann.jacques@akeonet.com
hj@alcoollassistance62.net
entourage@alcoollassistance62.net

64 - PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

M. Christian LABADIE
☎ 06.43.57.56.36
christian.labadie0072@orange.fr

65 - HAUTES-PYRÉNÉES

M. Jean-Pierre ALLINE
☎ 05.62.97.92.88
jean-pierre.allinne@univ-pau.fr

67 - BAS-RHIN

Mme Danielle GARCIA-CHAMALY
☎ 07.87.19.69.78
chamaly-danielle@live.fr

68 - HAUT-RHIN

Mme Thekla TOLVAI
☎ 06.13.19.63.54
ttolvai@hotmail.com

69 - RHÔNE

Mme Catherine JALLAIN
☎ 06 98 01 91 00
alcoollassist-tance.trion69@gmail.com

70 - HAUTE SAÔNE

Mme Antoinette BOS
☎ 03.84.76.32.07 –
06.83.41.10.22
antoinette.bos@orange.fr

71 - SAÔNE-ET-LOIRE

M. Gabriel CHOPIN
☎ 03.85.25.29.84 -
jdgc@wanadoo.fr

72 - SARTHE

M. Didier HLA VATY
☎ 02.43.55.32.41 ou
06.56.83.41.58

73 - SAVOIE

M. Philippe BONNEAU
☎ 06 11 60 82 45
phil.bonneau@srf.fr

74 - HAUTE-SAVOIE

M. Patrick PERRIN
☎ 06 81 77 48 60
patrick.perrin74@gmail.com

75 - PARIS

☎ 01.43.70.64.07
alcoollassistance@sfr.fr

76 - SEINE-MARITIME

M. Bernard DUEZ
☎ 06.83.04.19.61
bcduiez@hotmail.com

77 - SEINE-ET-MARNE

M. Christian BÉDIER
☎ 06 62 35 93 50
alcoollassistance77@gmail.com

78 - YVELINES

M. Benoît CHAUVÉAU
☎ 06.24.91.66.06
alcoollassistance78@gmail.com

79 - DEUX-SÈVRES

M. André BOUHIÉ
☎ 05 49 79 38 95
06.07.60.29.89

80 - SOMME

M. Jean DELECUEILLERIE
☎ 03.23.36.55.04
delecueillerie@yahoo.fr

82 - TARN-ET-GARONNE

M. Didier MOREAU
☎ 07 78 11 47 79
alcoollassistance24@sfr.fr

83 - VAR

Mme Frédérique LOUIS JOSEPH DOGUE
☎ 04.94.78.73.17
06 37 03 78 76
alcoollassist.var@wanadoo.fr

85 - VENDÉE

M. Michel BAROTIN
☎ 02.51.98.89.08 -
m.barotin@free.fr

86 - VIENNE

Mme Marylène CORMIER
☎ 05.49.22.98.43
eta.giraulteddie@wanadoo.fr

89 - YONNE

M. François CRUZ
☎ 06.43.95.12.06
sylviecruz@hotmail.fr

90 - TERRITOIRE DE BELFORT

M. Vincent KREMA
☎ 03 81 93 70 32
vincent.krema@orange.fr

92 - HAUTS DE SEINE

M. Philippe PETYT
☎ 06.18.79.82.47
petyt.philippe@wanadoo.fr

93 - SEINE-SAINT-DENIS

Mme Paulette ZMUDA
☎ 06 64 84 45 53
bertereau@yahoo.fr

94 - VAL-DE-MARNE

Mme Jacqueline TRUDEL
☎ 01.48.76.50.44

95 - VAL-D'OISE

Jean-Marie LALANDE
☎ 06 13 74 66 59
jeanmarielalande@hotmail.fr

972 - MARTINIQUE

M. Hyacinthe GUSTAVE
☎ 06 96 37 28 90
alcoollassistance9720554@orange.fr

Liste à jour au 03/03/17 selon les éléments remontés au siège.