



Projet associatif ALiA

SOMMAIRE

Quelques éléments d'Histoire.....	2
<i>La prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne s'est faite en France que très progressivement.....</i>	<i>2</i>
Deux systèmes de soins dans le Maine et Loire	4
<i>En toxicomanie : Les associations de Soins aux toxicomanes et à leur entourage dans le Maine et Loire : l'AAATF et l'association Soleil levant.....</i>	<i>4</i>
<i>L'arrivée du Sida fait évoluer les missions des CSST</i>	<i>4</i>
<i>En alcoologie : L'association de soin en alcoologie du Maine et Loire : l'ADAMEL</i>	<i>5</i>
La Prévention et la formation.....	5
ALiA aujourd'hui.....	7
Sa création	7
Sa Gouvernance	8
Ses Valeurs.....	9
Ses Missions	10
Les missions obligatoires du CSAPA.....	10
Ses missions facultatives	11
Les missions assurées par le CAARUD.....	12
Ses établissements.....	13
De la contrainte	13
... à l'innovation.....	14
Des pistes envisagées pour demain	14
... pour une nécessaire ouverture vers l'extérieur.....	14
Liste des abréviations.....	16

Quelques éléments d'Histoire

La prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne s'est faite en France que très progressivement.

Au cours de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, des représentations sociales, ainsi que des conceptualisations médicales de l'alcoolisme, apparaissent en même temps que la pensée médicale s'intéresse à la passion des toxiques.

La politique de lutte anti-alcoolique menée par l'Etat apparaît à la moitié du XIX^{ème} siècle et se caractérise par des mesures punitives dans un contexte d'aliénisme. [Loi de 1838 sur l'internement des aliénés, loi de 1873 sur l'ivresse publique]. La réprobation sociale, l'opprobre, l'exclusion, les préjugés moraux, marquent les alcooliques tout comme ces caractéristiques marqueront plus tard les drogués.

Après la 1^{ère} guerre mondiale [1914-1918], on observe un recul concernant les préoccupations cliniques et thérapeutiques : s'installe alors un « désert institutionnel ¹ ».

- Par exemple, en toxicomanie, quelques établissements privés spécialisés existaient en région parisienne mais ils étaient très isolés, ils disparaissent tous entre les deux guerres [1914 et 1939]
- Autre exemple, en alcoologie, les initiatives d'entraide sont surtout privées [Eglises, sociétés de tempérance laïque, mouvements d'anciens buveurs].

Il faut attendre les années 1960 pour que se constitue en alcoologie un champ clinique spécialisé et les années 1970 pour qu'apparaisse l'intervention en toxicomanie.

Il faut remarquer que jusqu'en 1970, l'alcoolisme concerne toutes les catégories sociales mais surtout les populations prolétarisées, alors que les morphinomanes et les héroïnomanes viennent de classes sociales aisées et sont peu nombreux.

Les prises en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie se structurent après la seconde guerre mondiale. Elles sont marquées par deux figures emblématiques qui vont être à l'origine des deux conceptions du soin en alcoologie et en toxicomanie.

Claude OLIEVENSTEIN et Pierre FOUQUET sont marqués par l'expérience de la Shoah, de la déportation et de l'extermination des Juifs. Ils sont sensibles aux libertés individuelles, aux risques de déshumanisation, de ségrégation et d'enfermement. Ces éléments seront au cœur de leur travail.

Tous les deux défendent une approche humaniste de l'alcoolisme et de la toxicomanie, basée sur le même triptyque : l'individu, le produit, l'environnement. Pour FOUQUET : l'écosystème entre l'individu, l'alcool et l'environnement. Pour OLIEVENSTEIN : la rencontre entre une personne, un produit et un moment socio-culturel.

C'est ce qui fondera le modèle trivarié « bio-psycho-social » qui est encore une référence en addictologie et notamment à ALIA.

¹ Morel, Alain *Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement -Alcoologie et addictologie* 2002

Le rôle de la psychiatrie est aussi à prendre en compte, puisque depuis que l'asile est devenu l'hôpital psychiatrique en 1937, c'est aux psychiatres que revient la prise en charge des alcooliques comme des toxicomanes. Ces prises en charges qui commencent à apparaître vont surtout chercher à s'émanciper de cette tutelle car elles s'avèrent inadaptées, [elles ne peuvent traiter l'ensemble des problèmes liés à l'usage de l'alcool et des stupéfiants], et rejetantes vis-à-vis des alcooliques et des toxicomanes.

Cette émancipation de la psychiatrie s'est faite différemment :

- En alcoologie, par le développement de lieux d'accueil s'appuyant sur un abord institutionnel et diététique. [Cet abord permettait de considérer la consommation d'alcool courante et pas seulement l'alcoolisme des « gros buveurs », surtout dans un pays culturellement très attaché au vin].

Une loi sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui est votée en avril 1954. La loi marque un tournant dans la politique de lutte anti alcoolique en introduisant la notion d'obligation de soins.

- En toxicomanie, la loi du 31 décembre 1970 réprime les infractions à la législation sur les stupéfiants et met en place l'injonction thérapeutique. Elle organise aussi le financement et l'organisation statutaire des établissements de soins aux toxicomanes. Le volontariat, l'anonymat et la gratuité des soins y sont garantis. Dans ces centres, après l'accueil, la cure de sevrage est un élément clé dans le processus de soins. Le sevrage psychologique fait suite au sevrage physique.

Peu à peu se mettent en place des législations et des règlements [prohibition/libéralisation] qui concernent les traitements et les libertés individuelles des personnes dépendantes, soulevant pour les soignants la question : Contraindre une personne à se soigner, est-ce légitime ? Ne risque-t-on pas de confondre traitement et punition ?

En alcoologie dans les années 1950, apparaît la cure, comme étant un rite de passage obligatoire pour la guérison. Il en sera de même pour la toxicomanie à partir des années 70. L'augmentation des consommations de stupéfiants apparaît nettement.

En alcoologie, se crée alors, dans les années 70, le premier réseau des CHA, Centre d'Hygiène Alimentaire, avec des médecins et des visiteurs sociaux : La circulaire ministérielle du 31 juillet 1975 recommandant la mise en place des Centres d'Hygiène Alimentaire [CHA] dans chaque département, décrits alors comme « un nouveau moyen d'approche des buveurs excessifs ». Le recrutement des patients dans le cadre du dépistage des buveurs excessifs limitait le champ d'intervention, puisque orienté uniquement vers les consommateurs « à risque », pour employer la terminologie actuelle.

En toxicomanie se créent, dans les années 70, les premiers lieux d'accueil expérimentaux : les « free clinic », les centres d'accueil, puis de post-cure. L'ensemble est pensé comme des espaces protégés de toute intrusion répressive afin de mettre à distance la personne de son milieu pathogène. Trois grands principes guident les actions : volontariat, anonymat, gratuité. Les personnels de ces premières structures sont peu qualifiés, très peu médicalisés, souvent militants sociaux avec fortes motivations.

Deux systèmes de soins dans le Maine et Loire

A cette époque cohabitent deux systèmes de soins distincts qui balbutient, s'expérimentent ; ils se construisent autour de la notion centrale d'abstinence, le sevrage étant une condition préalable à toute démarche de soin.

En toxicomanie :

Les associations de Soins aux toxicomanes et à leur entourage dans le Maine et Loire : l'AAATF et l'association Soleil levant

« L'Association Angevine d'Aide aux Drogés » [devenue par la suite « Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes »] est créée en 1979 avec l'ouverture d'un centre d'accueil sur Angers articulé autour d'un atelier de réadaptation au travail, l'Atelier Dépannage Jeunes (1980-2011), des hébergements et un réseau de familles d'accueil (1980-1995), les appartements thérapeutiques (1981), le mini foyer (1981-2007), le centre d'information et de documentation (1988), la villa lieu de vie (1990-1994) réservée aux personnes atteintes du VIH.

L'association « Soleil Levant » est créée en 1978 et ouvre le Centre de Post Cure à Beaupréau (Haute Brin) qui s'appuie sur un réseau de familles d'accueil et d'appartements thérapeutiques. S'établit ensuite le Centre d'Accueil et de prévention à Cholet (1984) et une permanence à Saumur (1989), ces deux dernières s'intitulent par la suite « Centre Equinoxe ».

Progressivement une répartition géographique se met en place entre les deux associations, l'AAATF couvrant le nord du département et Soleil Levant le sud.

L'ouverture et le développement de ces différents dispositifs sont étroitement liés aux évolutions nationales et aux politiques départementales sanitaires et sociales.

Le décret n°92-590 du 29 juin 1992, labellise ces centres en tant que « Centre Spécialisé conventionné de Soins aux Toxicomanes » CSST.

L'arrivée du Sida fait évoluer les missions des CSST

Dans les années 84-85, l'arrivée du Sida en France jette le désarroi, non seulement dans la population mais aussi parmi les professionnels sociaux et de santé. Comment proposer l'abstinence à des toxicomanes alors que la priorité est d'abord sanitaire. Des mesures sont mises en place pour en limiter impérativement l'épidémie : dépistage, échanges de seringues et les Traitements Substitutifs.

- AAATF : Création du centre méthadone angevin au sein du CHU (CTMA, 1994), le centre résidentiel thérapeutique la Grand'maison à Cheffes (1994-2001), Espace la Boétie en 2000 (officialisée en 2004 : CJC).

- Equinoxe : Ouverture d'un centre Méthadone à Cholet (1995), puis à Saumur (2005).

Les CSST voient alors leurs missions s'élargir vers les populations dites « à risque » en raison des produits diversifiés et des poly-consommations. Se créent les CARRUD (2006 « La Boutik » pour Angers et 2008 « Equinoxe » pour Cholet).

Peu à peu la notion de réduction des risques s'installe induisant une médicalisation progressive des CSST.

En alcoologie :

L'association de soin en alcoologie du Maine et Loire : l'ADAMEL

Suite à une circulaire ministérielle du 31 juillet 1975 recommandant la mise en place des Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA) dans chaque département, décrits alors comme « un nouveau moyen d'approche des buveurs excessifs, un CHA est ouvert à Angers en 1977, puis à Cholet en 1978 et à Saumur en 1982. L'accueil des patients dans le cadre du dépistage des buveurs excessifs limitait le champ d'intervention, puisque orienté uniquement vers les consommateurs « à risque ».

L'Association d'Alcoologie du Maine et Loire (ADAMEL) est créée en 1982 et devient en 2008 l'Association d'Addictologie du Maine et Loire.

Les équipes des centres d'alcoologie élargissent leur champ d'intervention à toutes personnes en difficultés avec leur consommation de boissons alcoolisées, ainsi que l'entourage, quelque soit l'origine des demandes d'aide. Les CHA sont devenus des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) en 1983, puis des Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie (CCAA) en 1988 et ils seront intégrés dans le champ des établissements médico-sociaux par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Social (CROSS).

L'évolution des comportements de consommation de substances psychotropes ont amené les équipes à accompagner des personnes ayant des difficultés avec des substances psychotropes autres que l'alcool. Parmi celles-ci, les personnes associant une consommation d'alcool et de tabac sont très fréquentes. En 2001 a été ouverte la première consultation d'aide à l'arrêt du tabac.

La Prévention et la formation

Prévenir, «c'est à la fois avertir et empêcher, éduquer et contrôler. Empêcher et contrôler semblent s'imposer lorsque avertir et éduquer n'ont pas suffi ²».

L'histoire de la prévention est liée à celle des abus de substances psychoactives. Mais sans vouloir trop remonter dans le temps, en 1971 se crée la première commission Interministérielle d'information sur la drogue, devenue aujourd'hui, après diverses évolutions, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA).

C'est le rapport Pelletier paru en 1978 qui définit la prévention comme des « actions qui pourraient, par un effet plus ou moins direct, détourner les jeunes de l'usage de drogue ». Il est suivi du rapport Parquet (1998) préconisant « une réponse coordonnée permettant une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée des personnes en situation d'exclusion en souffrance psychique ».

² Alain Morel, Michel Boulanger, François Hervé, Gérard Tonnelet

La barrière entre information et prévention est floue, le témoignage d'anciens usagers est discutable.

Cependant dans le domaine de l'alcool, les associations néphalistes jouent un rôle important dans l'aide et l'accompagnement de malades alcooliques.

Si l'ADAMEL n'a pas mené directement d'actions de prévention, elle s'est en revanche investie dans le secteur de la formation.

Soleil levant et AAATF, depuis le début de leur existence et en s'appuyant sur leur expérience de prise en charge des toxicomanes, ont développé des actions d'information et de prévention. Ces dernières étaient – et sont encore- tributaires des moyens financiers accordés par les partenaires et les pouvoirs publics.

ALiA aujourd'hui

Sa création

La transformation des CSST et des CCAA en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), est prévue dans la loi du 2 janvier 2002 et définie par décret du 14 mai 2007. Le schéma régional médico-social, validé en mars 2009, entérine la décision de n'autoriser qu'un seul CSAPA dans le Maine et Loire. Ce CSAPA à vocation départementale sera généraliste dans l'accueil des usagers de ce territoire : addictions aux substances psycho actives et addictions sans substances.

Les CAARUD, relevant d'une habilitation spécifique, seront également regroupés en une seule entité et rattachés à la même association gestionnaire.

Le 26 mai 2009, les 3 associations AAATF, ADAMEL et SOLEIL LEVANT fondent alors ALiA, dont l'objet est :

- "Être une force de proposition et participer à la mise en œuvre des politiques sanitaires et médico-sociales en matière d'addictologie, afin de répondre aux besoins et spécificités du Maine et Loire"

- Et "promouvoir et organiser toutes activités sociales, sanitaires et médico-sociales et toutes actions d'information, de formation et de recherche sur les addictions et la prévention des conduites addictives".

ALiA est composée exclusivement des 3 associations AAATF, ADAMEL et SOLEIL LEVANT qui gardent leur objet social et leur autonomie d'action. Ces Associations sont représentées paritairement en tant que Personnes morales


Depuis le 28 mars 2014 (suite à la dissolution de l'ADAMEL), et conformément à l'art.8 de ses statuts, ALiA continue d'exister comme association de 2 associations, l'AAATF et «Soleil Levant ».


Le CSAPA et le CAARUD sont financés par l'Assurance Maladie et régis par les dispositions du Code de la Santé Publique. Un contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est signé avec l'Agence Régionale de Santé pour 4 ans. Le bilan présenté par ALiA à l'ARS fin 2014 et la signature du 2nd CPOM [2015-2018] montrent que les objectifs fixés par le précédent contrat ont été, globalement, atteints.


Pour la partie Prévention-Formation, un montage financier est nécessaire ; il est d'origine publique et privée.

ALiA intervient sur le Maine et Loire.

ALiA est gestionnaire de 3 établissements :

-  Un CSAPA qui comprend 2 services, un en ambulatoire et un avec hébergement.

-  Un CAARUD

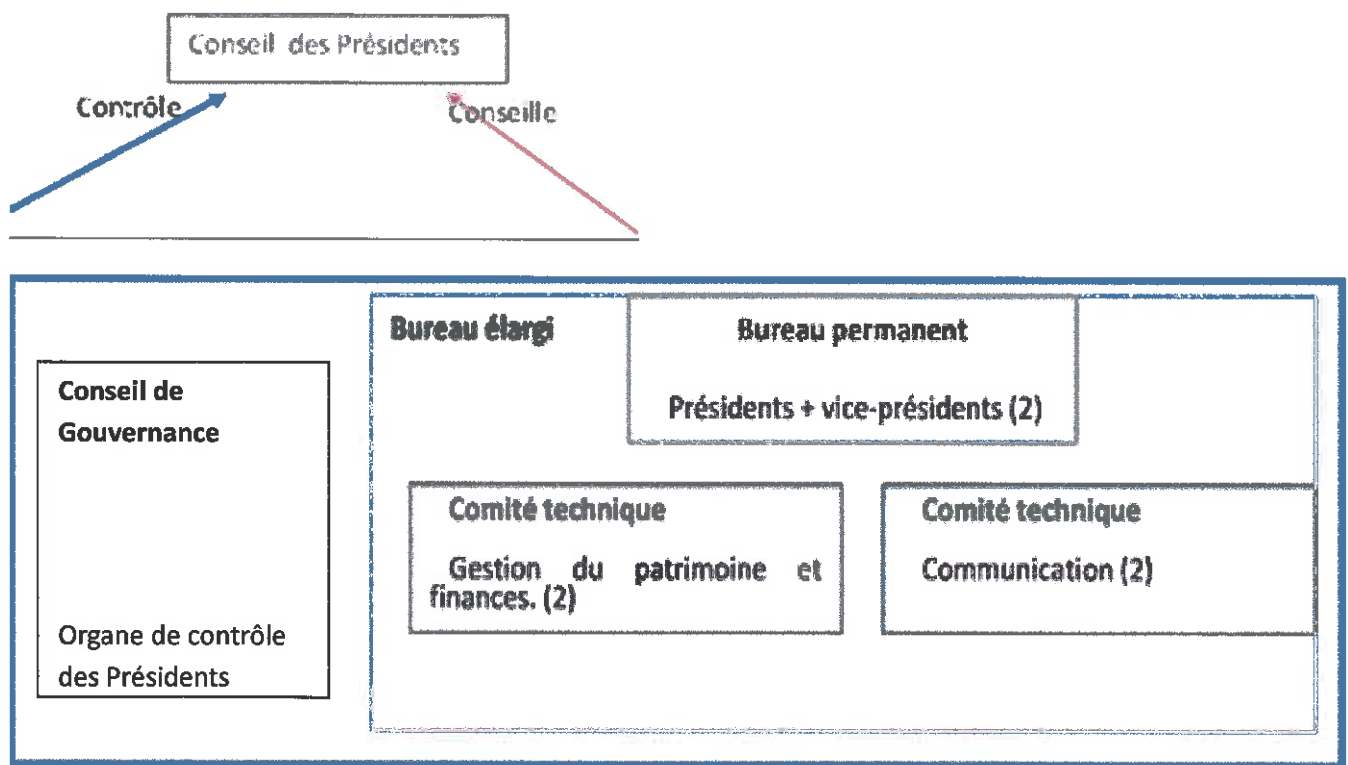
-  Un secteur Prévention-Formation

ALiA créée par le rapprochement de 3 associations hérite de l'expérience de 30 années d'accompagnement des personnes confrontées à une addiction avec ou sans produit.

Support d'un CSAPA et d'un CAARUD, ALiA peut aussi être le support d'autres services et établissements gérés par les associations co-fondatrices.

Ces choix, faits à la lumière de l'obligation légale respectée, présentent des opportunités à saisir : Sécurité du financement, Professionnalisme de l'accompagnement pluridisciplinaire, Lisibilité de l'activité, Mémoire commune en construction, Valeurs à confronter et partager, Personnel à fidéliser autour des missions, Coopération par la mutualisation des moyens en interne et en externe [réseaux...professions différentes et complémentaires], Nouvelles alliances, Partage d'une Ambition commune en se donnant des objectifs communs.

Sa Gouvernance



L'ensemble des administrateurs des deux associations constitue le conseil général de l'ALiA, qui assure l'enracinement des Associations dans le tissu territorial et permet que s'exerce la parité entre les deux associations dans les instances de Gouvernance.

La Gouvernance est assurée par deux Conseils :

- Le Conseil de Présidents administre l'Association. Il est composé des Présidents de chaque association.

- Le conseil de Gouvernance contrôle le conseil des Présidents. Il est composé de dix administrateurs [cinq de chacune des deux associations].

Il se réunit au moins une fois par semestre sur convocation du Conseil des Présidents.

Dans l'exercice de l'administration de l'ALiA, le Conseil des Présidents s'appuie sur le bureau du Conseil des Présidents.

Ce bureau est une instance de réflexion et d'aide à la gouvernance.

Il se présente sous deux formes :

- Le bureau permanent (Présidents et vice-présidents)
- Le bureau élargi, composé du Bureau Permanent et des administrateurs composant les Comités techniques au nombre de deux : Gestion du patrimoine et des Finances, Communications.

Ses Valeurs

Dans un esprit de service public, l'Action de l'ALiA a pour finalité de rendre ou de faciliter l'exercice d'une capacité citoyenne à ceux et celles qui font appel à elle³. Les droits et devoirs généraux de l'ALiA se fondent sur la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme⁴ :

Toute personne faisant appel à l'ALiA doit être entendue dans ses attentes, respectée dans son développement et son projet de vie, respectée dans ses convictions et ses croyances, dans une attitude bienveillante et bien-traitante. Gradualité de l'offre, respect du rythme, de sa situation, de son histoire...

Elle a droit à la confidentialité des informations recueillies sur elle.

Elle ne saurait être victime d'attitudes vexatoires ou attentatoires à sa dignité [droits qu'elle doit entendre comme autant de devoirs vis à vis d'autrui]⁵

La place de chacun et chacune [salariés(ées), administrateurs(trices) , usagers et bénévoles, sera reconnue et respectée au sein de l'association.

Les Acteurs Sociaux de ALiA s'engagent à tendre vers la plus haute compétence possible⁶, dans une solidarité active respectueuse de la loi⁷ et de la promotion de l'utilisateur : faire de la place à tout ce qui s'invente, « à tout ce qui se construit autour des représentations, des savoirs et des expériences des personnes rencontrées »;

³ art. 3 de la Charte de ALiA

⁴ art.1de la Charte ALiA

⁵ art.6 de la charte ALiA

⁶ art. 7 de la Charte

⁷ art.5 de la Charte

Ceci suppose le décloisonnement des approches, des pratiques, des structures, une non appropriation de l'usager, la responsabilisation de chaque acteur, le partage des compétences et des complémentarités, dans un souci d'altérité permanente.

Ses Missions

L'ALiA, support d'un CSAPA, d'un CAARUD et d'un secteur Formation-Prévention, « élément-clé du dispositif médico-social » en addictologie⁸, est tenue de se mettre en conformité avec la totalité des missions prévues par le *décret du 14 mai 2007* et de celles pour lesquelles elle a été autorisée⁹.

Ses missions sont à la fois généralistes et spécialisées, obligatoires et facultatives sous forme ambulatoire ou résidentielle.

Elles doivent s'inscrire dans le maillage territorial du Maine et Loire et être au plus proche des usagers, de leur famille, de leur environnement.

Elles ne sont pas figées mais évolutives et négociables.

Les missions obligatoires du CSAPA

Le CSAPA 49 assure toutes les missions obligatoires déclinées par le décret 2007-877 du 14 mai 2007, quel que soit l'objet de l'addiction :

- Accueil, information, orientation de toute personne confrontée à un problème d'addiction, soit pour elle-même, soit pour son entourage ;
- Evaluation médicale, psychologique et sociale de la situation de la personne ;
- Mise en œuvre d'actions de réduction des risques adaptées à la situation et au comportement de la personne ;
- Prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, comprenant notamment :
 - Soins, sevrage et accompagnement, prescription et suivi de traitements médicamenteux, dont traitements de substitution des opiacés ;
 - Accès aux droits sociaux, aide à l'insertion ou à la réinsertion.

⁸ Cf : *circulaire du 16 mai 2007*

⁹ cf.: *statuts modifiés 1er juillet 2014*

Ses missions facultatives

Pour tous les sites où il est implanté, le CSAPA 49 met en œuvre les missions facultatives suivantes :

- Consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs ;
- Consultations jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ;
- Prise en charge des addictions sans substances ;
- Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison ;
- Activités de prévention, de formation et de recherche.

En outre, le CSAPA 49 inscrit l'ensemble de ses actions dans un contexte de partenariat et participe activement au Réseau des acteurs en addictologie du Maine-et-Loire [RESAAD 49].

Celles-ci peuvent se décliner de la façon suivante :

- Mettre en œuvre le projet de santé du territoire pour la spécificité des conduites addictives, dans un souci d'innovation et d'efficience.
- Mettre en place des collaborations entre les différentes structures sociale, médicale, psychologique et éducative afin d'assurer le soin, le dépistage, la réduction des risques, l'évaluation des demandes et des besoins des usagers et de leur entourage, l'orientation, la restauration du lien social...
- Faciliter l'accès au soin.
- Permettre un accompagnement de proximité au plus près des publics en difficulté, là où ils se trouvent (consultations ...).
- Permettre un accompagnement pluridisciplinaire de l'utilisateur et de son entourage tout au long de son parcours de soin, autant que de besoin, susceptible de répondre aux différentes formes d'addiction.
- Aller à la rencontre des publics à risques en intervenant sur les lieux qu'ils fréquentent.
- Initier ou Participer à la mise en œuvre des actions de prévention, de formation et de recherche, tant au niveau départemental, régional et national [Fédération Addiction].
- Être partenaire du système de veille et d'alerte et force de proposition en matière d'addictologie auprès des instances qui définissent les Politiques Publiques.
- Mettre son expertise au service de la lutte contre les addictions.
- Améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur le territoire du 49.
- Mettre en place les moyens de prendre en charge les jeunes consommateurs.

Les missions assurées par le CAARUD

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), établissements médico-sociaux, sont issus de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, attribuant une base légale à la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque-là, par voie de circulaire.

« *La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ». Le code de santé publique garantit que les personnes accueillies dans les CAARUD bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

D'autre part, le référentiel national des actions de réduction des risques du 14 avril 2005, définit le cadre des activités de réduction des risques (pratiques et outils). Celui-ci précise les objectifs, modalités et lieux d'intervention, la posture des intervenants et la place des personnes rencontrées dans ce cadre (principe de confidentialité). Ce référentiel est un support pour toutes les interventions de réduction des risques mises en œuvre par des structures CAARUD ou non CAARUD.

Les missions des CAARUD sont fixées dans le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 précisant que ces établissements assurent :

« 1° L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

2° Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

- a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;
- b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
- c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

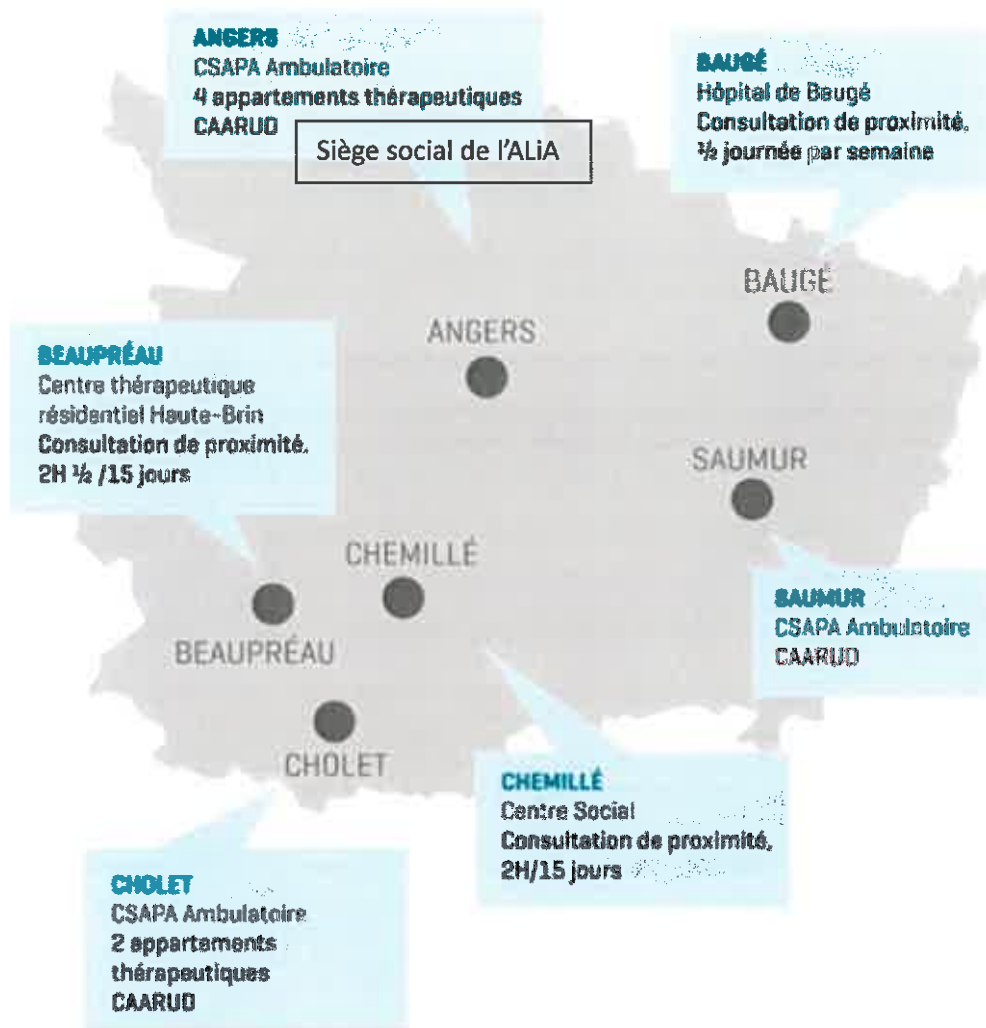
3° Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

4° La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

5° L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers »

La Réduction des Risques vise alors à diversifier les modes de prise en charge, en offrant un accès à tous, et à favoriser le suivi médical et l'insertion sociale afin de réduire les risques sanitaires et sociaux liés aux usages.

Ses établissements



De la contrainte ...

En 2009, les acteurs de chaque association ont procédé au rapprochement imposé « tambour battant ».

La rencontre puis la mutualisation du Capital Humain, des moyens techniques, ont été concrétisées au 1er janvier 2010 et se sont faites progressivement.

Aujourd'hui en 2016 la collaboration et la coopération sont non seulement énoncées mais de plus en plus effectives et soulignées par les partenaires dont l'ARS.

La peur de l'autre, les incompréhensions s'estompent, l'appartenance à ALiA se manifeste tant dans la gouvernance que dans l'identité professionnelle des salariés (cf. l'activité en réseaux, le fait d'être sollicité, la présentation de leurs actions lors de l'inauguration sur les différents sites...).

... à l'innovation

L'ALiA aujourd'hui acteur incontournable dans la prise en charge en addictologie, se doit d'être aussi force de proposition, tant au niveau départemental, régional que national.

*Des pistes envisagées pour demain*¹⁰

- ❖ Questionner les pratiques pour remettre de l'action là où c'était figé.
- ❖ Entretenir identité et différenciation pour entendre la complexité et la singularité de chaque personne accueillie.
- ❖ Mobiliser les usagers pour être plus pertinent.
- ❖ Faire sens et valoriser l'activité de chacun des acteurs (salariés, bénévoles, partenaires...).
- ❖ Renforcer la reconnaissance de chacun dans ses compétences et sa fonction.
- ❖ Susciter et entretenir l'esprit critique, la bienveillance, la solidarité, le doute ; privilégier la réciprocité plutôt que la compétition.
- ❖ Faire admettre la différence d'échelle de temps entre l'obligation des décideurs, des Politiques Publiques et la mise en œuvre de ces Politiques. Retrouver des marges de manœuvre, sortir de la tyrannie du court terme.
- ❖ Prendre le temps de l'évaluation.
- ❖ Montrer et faire partager que ce qui peut nous unir, ce n'est pas la sauvegarde de nos acquis et de nos biens, mais la reconnaissance de nos manques et de nos richesses pour ouvrir sur un avenir à construire en commun.

... pour une nécessaire ouverture vers l'extérieur

- Communiquer pour sensibiliser et séduire de nouveaux partenaires et de nouveaux bénévoles.
- Rechercher d'autres sources de financements pour des projets innovants ; développer la capacité de pensée innovatrice et anticipatrice.
- Mettre en œuvre des actions directes et/ou indirectes de prévention individuelle et collective.

¹⁰ Eléments issus de la réflexion menée durant le séminaire du 15 & 16 octobre 2015

- Élaborer des stratégies innovantes à dimension collective, les proposer en vue d'une expérimentation sur le territoire CSAPA et d'un déploiement régional voire national.
- Encourager l'émergence de projets collaboratifs entre diverses structures externes à l'ALIA.
- Investir le champ de la Formation intra et inter et faciliter les transitions d'un emploi à un autre par la Formation continue.
- Informer et, convaincre la Société Civile de la nécessaire lutte contre les addictions dont la Prévention et la Réduction des Risques.
- Contribuer à la diffusion d'un savoir documenté sur les addictions.

*Projet associatif validé par les 2 Conseils le 24-04-2017 (PV réunion des 2 Conseils du 24-04-2017).
Modifications notifiées réalisées par Mme NICOLAS et Mr LEGER, administrateurs.*

Angers, 15 mai 2017



Le Président
Jean-Louis RONDEAU

Liste des abréviations

ALiA	Association ligérienne d'Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
AAATF	Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes et à leurs Familles
ADAMEL	Association Départementale d'Addictologie du Maine Et Loire
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CHA	Centre d'Hygiène Alimentaire
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanie
CTMA	Centre de Traitement par la Méthadone Angevin
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
RESAAD 49	Réseau des Acteurs en Addictologie du Maine-et-Loire
RdR	Réduction des Risques
SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés