

Charte des ateliers assuétudes

Les participant(e)s s'engagent à respecter la présente Charte.

1. Les objectifs de l'atelier :

- ▶ L'atelier assuétudes permet à chaque partenaire, obligatoirement membre adhérent du RéLiA, d'avoir une vue d'ensemble sur les initiatives locales et les problématiques de ce territoire.
- ▶ L'atelier permet à ces membres de se rencontrer et d'échanger sur les actions qui ont été menées, les difficultés rencontrées et les projets en cours, au sein de leur service.
- ▶ Il permet également à la coordinatrice du RéLiA, de diffuser des informations concernant les différents réseaux du secteur de la santé mentale et des assuétudes.
- ▶ Ce lieu permet aussi d'accueillir des services novateurs ou existants permettant d'élargir la connaissance du réseau assuétudes et santé mentale.

2. Le respect des différents intervenant·e·s

- ▶ L'animatrice (Coordinatrice du RéLiA) veille au respect entre les participants·e·s.
- ▶ Le groupe fonctionne sur un mode non-hiérarchique.
- ▶ La parole est libre et partagée ; le jugement n'a pas sa place.
- ▶ Chaque membre s'engage à intervenir dans le groupe avec respect envers ses pairs. Tout questionnement ou toute critique doit se faire dans un esprit constructif et sans jugement de valeur.

3. Composition

- ▶ Il est ouvert à tout professionnel impliqué dans l'aide ou les soins concernant les assuétudes avec ou sans problématique de santé mentale et/ou difficulté sociale. Et ce, qu'il soit spécialisé ou non.

4. Les modalités de l'atelier

- ▶ Les membres du groupe assuétudes feront une évaluation, au moins une fois par an, sur l'évolution de l'atelier.
- ▶ Si moins de 4 personnes confirme leur présence à l'atelier, celui-ci sera reporté.

- ▶ Chaque membre est lié par les exigences du secret professionnel et du secret de fonction.
- ▶ Le groupe fixe la fréquence et les lieux de ses rencontres.
- ▶ Le groupe fixe la durée de l'atelier à 2h30
- ▶ Chaque membre s'engage à recevoir les autres partenaires du groupe au sein de son service, en tournante (Pour autant que l'infrastructure d'accueil soit possible).

Charte de l'atelier « intervention clinique »

1. Le respect du patient :

Anonymisation, code de déontologie et secret professionnel

- ▶ Les débats se font dans le plus grand respect du patient et de l'intervenant.
- ▶ En dehors de nos missions respectives, la pratique de l'Intervision implique le secret partagé/ secret de fonction et à la confidentialité au sein du groupe :
 - L'anonymat de la personne est respecté (utilisation d'un nom d'emprunt).
 - Seules les informations utiles à la compréhension de la situation du patient sont partagées.
 - Chaque intervenant s'engage à n'utiliser l'information reçue que dans l'intérêt du patient.
- ▶ A la fin de l'intervision, l'animatrice (RÉLia) fait un écrit reprenant des leviers d'intervention transposable et/ou des besoins identifiés. Il appartient au service présentant son analyse de cas d'utiliser les informations qu'ils souhaitent pour envisager la suite de leurs actions.

2. Le respect des différents intervenant·e·s

- ▶ L'animatrice veille au respect entre les participants·e·s.
- ▶ Le groupe fonctionne sur un mode non-hiérarchique.
- ▶ La parole est libre et partagée ; le jugement n'a pas sa place.
- ▶ Chaque membre s'engage à intervenir dans le groupe avec respect envers ses pairs. Tout questionnement ou toute critique doit se faire dans un esprit constructif et sans jugement de valeur.

III. L'évolution de l'Intervision au service des patients et des professionnels

- ▶ Les membres du groupe intervention feront le point, au moins une fois par an, sur l'évolution du dispositif.
- ▶ Une déclaration d'affiliation sera signée pour faciliter le déroulement et la confidentialité des interventions.
- ▶ Une déclaration de partenariat sera signée pour faciliter le déroulement et la confidentialité des interventions, lors de l'invitation d'une personne ressource extérieure aux membres partenaires du réseau RÉLia zone 4.

3. Composition

- ▶ Le groupe d'intervision se compose d'un minimum de 6 personnes et d'un maximum de 15 personnes (membres actifs du RÉLIA – Participation aux ateliers assuétudes de manière régulière) dont un seul représentant par service.

- ▶ Chaque membre est lié par les exigences du secret professionnel et du secret de fonction.
- ▶ Ne peut participer à l'intervision un membre qui aurait un lien personnel avec une personne faisant l'objet d'une présentation.

4. Fonctionnement

- ▶ Le groupe fixe la fréquence et les lieux de ses rencontres.
- ▶ Chaque membre s'engage à présenter une situation (en tournante).
- ▶ Le service qui présente une situation propose de se centrer particulièrement sur une difficulté rencontrée dans un contexte spécifique de travail. D'autres niveaux d'analyse (institutionnel, personnel, etc.) peuvent émerger durant le processus d'intervision. Le service demeure, en tout temps, en droit de limiter le champ de réflexion du groupe.
- ▶ Le choix des techniques de travail (présentation orale, audio-visuelle ou par jeux de rôles) fait l'objet d'un consensus dans le groupe.
- ▶ A l'issue d'une séance, le service qui présente la situation est seul responsable de l'utilisation des réflexions du groupe.

Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné·e Pauline Reynaerts représentant·e de La teigneuse ASBL déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☒ **Membre du comité de pilotage**

Dénomination de la personne morale : Pauline Reynaerts
Siège social : Avenue François Cornesse, 61 4320 Aywaille
Numéro de téléphone : 0436177.73.28
Adresse mail : pauline.reynaerts@la-teigneuse.be

☐ **Membre adhérent·e**

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ **Atelier assuétudes**

- ☒ Participation aux ateliers
- ☒ Réflexion/Co-construction des projets
- ☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ **M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document**

☒ **Atelier intervision clinique**

- ☒ Participation aux ateliers
- ☒ Présentation d'une situation de cas
- ☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté
- ☒ Préparation des ateliers
- ☒ Animation de(s) atelier(s)

☒ **M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document**

Fait le 13/12/24, à Aywaille.

(Signature)

Reynaerts

Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné·e Alessandro Rielle représentant·e de Service Prévention déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☒ Membre du comité de pilotage

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☒ Membre adhérent·e

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ Atelier assuétudes

☒ Participation aux ateliers

☒ Réflexion/Co-construction des projets

☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ Atelier intervention clinique

☒ Participation aux ateliers

☒ Présentation d'une situation de cas

☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

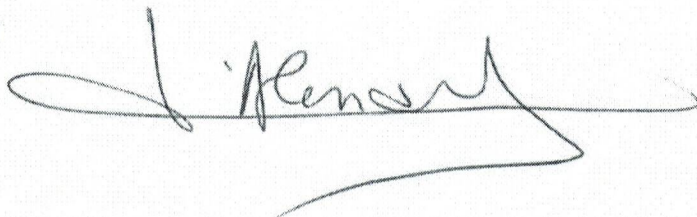
☒ Préparation des ateliers

☒ Animation de(s) atelier(s)

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 20/12/2024 à Huy

(Signature)



Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné.e DEHOUTIER Christine représentant.e de Service Prévention AJ déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☐ **Membre du comité de pilotage**

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☒ **Membre adhérent.e**

Dénomination de la personne morale : Service de prévention AJ Huy

Siège social : 16, rue des Guillemains

Numéro de téléphone : 0497/044.327

Adresse mail : christine.dehoutier@cgwb.be

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ **Atelier assuétudes**

☒ Participation aux ateliers

☒ Réflexion/Co-construction des projets

☐ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ **Atelier intervention clinique**

☒ Participation aux ateliers

☐ Présentation d'une situation de cas

☐ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

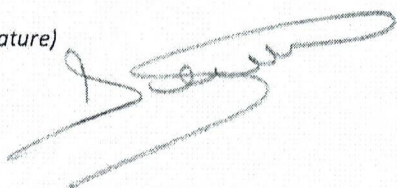
☐ Préparation des ateliers

☐ Animation de(s) atelier(s)

☐ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 19 sept., à Hannut
24

(Signature)



Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné-e Perce Berangier représentant-e de ALTIS asbl déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☐ **Membre du comité de pilotage**

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☐ **Membre adhérent-e**

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ **Atelier assuétudes**

☒ Participation aux ateliers

☐ Réflexion/Co-construction des projets

☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☐ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ **Atelier intervention clinique**

☒ Participation aux ateliers

☐ Présentation d'une situation de cas

☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

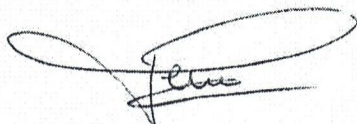
☐ Préparation des ateliers

☐ Animation de(s) atelier(s)

☐ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 8/11/24, à Huy

(Signature)



ALTIS asbl
Rue Saint Domitien, 13
4500 Huy
Tél: 085/51.45.51

Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné·e Etienne Sara représentant·e de CHRHuy déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☒ Membre du comité de pilotage

Dénomination de la personne morale : Etienne Sara
Siège social : Rue 3 Ports, 2 à Huy
Numéro de téléphone : 085127.74.01
Adresse mail : sara.etienne@chrh.be

☒ Membre adhérent·e

Dénomination de la personne morale : Etienne Sara
Siège social : Rue 3 Ports, 2 à Huy
Numéro de téléphone : 085127.74.01
Adresse mail : sara.etienne@gmail.com
Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ Atelier assuétudes

- ☒ Participation aux ateliers
- ☒ Réflexion/Co-construction des projets
- ☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins
- ☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ Atelier intervention clinique

- ☒ Participation aux ateliers
- ☒ Présentation d'une situation de cas
- ☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté
- ☐ Préparation des ateliers
- ☐ Animation de(s) atelier(s)
- ☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 21/08/24, à Huy

(Signature)





Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné-e Jessica Jador Laurie Sanhien représentant-e de CIPS H.V. déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☐ Membre du comité de pilotage

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☒ Membre adhérent-e

Dénomination de la personne morale :

Siège social : Rue St Pierre, 49 - 4500 Huy

Numéro de téléphone : 085/25.34.74

Adresse mail : clps@clps-huy.be

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ Atelier assuétudes

☒ Participation aux ateliers

☒ Réflexion/Co-construction des projets

☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ Atelier intervention clinique

☐ Participation aux ateliers

☐ Présentation d'une situation de cas

☐ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

☒ Préparation des ateliers

☒ Animation de(s) atelier(s)

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 12/09/24 à Hannut

(Signature)

Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné-e Sandy Lemmens représentant-e de l'ASBL "La Traille", déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☐ Membre du comité de pilotage

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

LA TRAILLE
Association sans but lucratif

Service d'aide sociale

Siège social : 19, rue J. Wauters - 4480 ENGIS
Tél. 04 275 47 50 - Fax 04 275 04 25

☒ Membre adhérent-e

Dénomination de la personne morale : ASBL "LA TRAILLE"

Siège social : Rue Joseph Wauters, 19 4480 Engis

Numéro de téléphone : 04 275 47 50 ou 0494 82 08 64

Adresse mail : Service social @ la-traille.be

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ Atelier assuétudes

☐ Participation aux ateliers

☐ Réflexion/Co-construction des projets

☐ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ Atelier intervention clinique

☐ Participation aux ateliers

☐ Présentation d'une situation de cas

☐ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

☐ Préparation des ateliers

☐ Animation de(s) atelier(s)

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 30/08/24, à Engis

(Signature)

Lemmens

Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné-e Gillet Amélie représentant-e de Aspa Ombrage déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☒ **Membre du comité de pilotage**

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☒ **Membre adhérent-e**

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ **Atelier assuétudes**

☒ Participation aux ateliers

☒ Réflexion/Co-construction des projets

☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☒ **Atelier intervention clinique**

☒ Participation aux ateliers

☒ Présentation d'une situation de cas

☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

☒ Préparation des ateliers

☒ Animation de(s) atelier(s)

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le Honnin, à 31.10.14

(Signature)



Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en addictions

Je soussigné·e Sanchez Céline représentant·e de SAT de Huy déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☐ Membre du comité de pilotage

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☒ Membre adhérent·e

Dénomination de la personne morale : Service de l'Aide à la jeunesse de Huy

Siège social : Avenue du Condroz 311, 4500, Huy.

Numéro de téléphone : 085124.86.40.

Adresse mail : Celine.sanchez@cpwb.be.

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ Atelier addictions

☒ Participation aux ateliers

☒ Réflexion/Co-construction des projets

☐ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☐ Atelier intervention clinique

☒ Participation aux ateliers

☐ Présentation d'une situation de cas

☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

☐ Préparation des ateliers

☐ Animation de(s) atelier(s)

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le 12/09/24, à Hammut.

(Signature)

Sanchez



Déclaration d'affiliation du Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Je soussigné(e) Portier Anne-Sophie représentant(e) de ASBL Service d'entraide familiale déclare être (choisir et compléter les options qui suivent) :

☐ Membre du comité de pilotage

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

☒ Membre adhérent(e)

Dénomination de la personne morale :

Siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Spécifiquement à la concertation locale de la zone 4, je m'investis dans :

☒ Atelier assuétudes

☒ Participation aux ateliers

☐ Réflexion/Co-construction des projets

☒ Présentation de son offre d'aide et/ou de soins

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

☐ Atelier intervision clinique

☒ Participation aux ateliers

☒ Présentation d'une situation de cas

☒ Réflexion et partage de savoir autour de la situation de cas présenté

☒ Préparation des ateliers

☐ Animation de(s) atelier(s)

☒ M'engage à respecter la charte tel que proposée en annexe de ce document

Fait le

Nuy à le 22/08/2024

(Signature)

[Signature]

[Signature]