

Evaluation "Vers de meilleurs soins en santé mentale", dispositif 2014

QUESTIONNAIRE SERVICES

'Nous sommes responsables de l'évaluation de la réforme 'article.107' (vers de meilleurs soins en santé mentale). Nous vous invitons à participer à l'un des trois volets de l'évaluation : le questionnaire 'service'. Ce questionnaire a trois objectifs : Décrire les relations de collaboration entre les services partenaires des réseaux "Art. 107", évaluer la qualité des collaborations et mesurer la mise en œuvre des dispositifs et outils prévus dans le Guide "Vers de meilleurs soins en santé mentale".

Il est recommandé de télécharger le questionnaire, de le remplir lors d'une réunion d'équipe puis de transférer les réponses sur le formulaire en ligne

[Lien de téléchargement du fichier 'questionnaire 'service' version imprimable.](#)

AVANT DE COMMENCER :

- A tout moment, vous pouvez sauvegarder votre questionnaire et continuer l'encodage ultérieurement. Cependant, une fois vos réponses envoyées, il ne sera plus possible d'y avoir accès (le lien vers l'enquête ne sera plus valide).
- Votre service doit s'identifier.
- Toutes les informations seront traitées de manière confidentielle, en ce y compris pour le nom des services.

COMMENCER

PAGE 1:

1. **Quel est le nom de votre service ?** *Veillez choisir le service pour lequel vous remplissez ce questionnaire*
- 2.1. **Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il reçu des usagers des services repris dans la liste ci-dessous (cfr. EN ANNEXE ci-après) ?** *Veillez indiquer, pour chacun des trois tableaux suivants, les contacts que vous avez eus avec les autres services et leur fréquence.*
- 2.2. **Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il envoyé des usagers aux services repris dans la liste ci-dessous (cfr. EN ANNEXE ci-après) ?** *Veillez indiquer, pour chacun des trois tableaux suivants, les contacts que vous avez eus avec les autres services et leur fréquence.*
- 2.3. **Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il échangé des informations à propos d'un(e) usager(e) avec les services repris dans la liste ci-dessous (cfr. EN ANNEXE ci-après) ?** *Veillez indiquer, pour chacun des trois tableaux suivants, les contacts que vous avez eus avec les autres services et leur fréquence.*
3. **Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il eu des contacts avec les services repris dans la liste ci-dessous, dans le cadre de l'organisation de votre réseau "art.107"?** *Nous entendons par organisation les réunions du comité de pilotage, d'un groupe de travail, de fonction, d'un projet d'action commun, etc. Veillez indiquer la fréquence des contacts que vous avez eus avec les autres services.*
 - 3.b. **Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il envoyé, reçu des usagers ou échangé des informations à propos des usagers avec des services non repris dans la liste ci-dessus ?** *Merci de lister les 3 services principaux.*
4. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités de prévention, promotion des soins en santé mentale, détection et diagnostic (Fonction 1) ?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, parmi les services repris dans la liste ci-dessus*
 - (1)
 - (2)
 - (3)
5. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités dédiées aux équipes ambulatoires de traitement intensif d'usagers aigus ou chroniques (fonction 2)?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, parmi les services repris dans la liste ci-dessus*
 - (1)
 - (2)
 - (3)

6. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (fonction 3)? *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, parmi les services repris dans la liste ci-dessus*

- (1)
- (2)
- (3)

7. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (fonction 4)? *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, parmi les services repris dans la liste ci-dessus*

- (1)
- (2)
- (3)

8. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités des formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible (fonction 5) ? *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, parmi les services repris dans la liste ci-dessus*

- (1)
- (2)
- (3)

9. De quelle(s) fonction(s) relève(nt) l'activité principale de votre service ? *Cochez la ou les case(s) correspondante(s), Plusieurs réponses possibles.*

- Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic (fonction 1)
- Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques (fonction 2)
- Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (fonction 3)
- Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (fonction 4)

- Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible (fonction 5)
- Autre (veuillez préciser) [...]

10. Quelle est la responsabilité de la personne qui a supervisé la réponse au questionnaire ? Cochez la ou les case(s) adéquate(s)

- Assistant administratif
- Travailleur social
- Directeur – Responsable du service
- Gestionnaire
- Personnel soignant
- Autre (veuillez préciser) [...]

11. Quelle est la formation de la personne qui a supervisé la réponse au questionnaire ? Cochez la case adéquate

- Psychiatre
- Médecin (autres spécialités)
- Psychologue
- Travailleur social
- Infirmier / autre formation paramédicale
- Juriste
- Gestionnaire / autre formation administrative
- Autre (veuillez préciser) [...]

13.1. Quel est le degré de PARTAGE DES OBJECTIFS au sein de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas d'objectifs partagés	Peu d'objectifs partagés	Existence d'objectifs partagés sur certains aspects	Les objectifs sont consensuels
13.2. Dans quelle mesure les INTERETS ET PREFERENCES DE L'USAGER sont-ils prioritaires dans les activités de collaboration de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i> Remarque : considérez cette priorité par rapport à d'autres intérêts (des professionnels, des services, personnels, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Les intérêts et préférences de l'utilisateur ne sont pas prioritaires	Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont parfois prioritaires	Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont souvent prioritaires	Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont toujours prioritaires
13.3 Quel est le degré de CONNAISSANCE MUTUELLE DES PARTENAIRES de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas de connaissance mutuelle	La connaissance mutuelle est limitée	La connaissance mutuelle est bonne dans certains domaines	La connaissance mutuelle est excellente dans tous ses aspects
13.4 Quel est le degré de CONFIANCE ENTRE PARTENAIRES de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i> Remarque : considérez la confiance en matière de responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas de confiance	La confiance est limitée	La confiance est bonne avec certains partenaires	La confiance est excellente avec la plupart des partenaires
13.5 Dans quelle mesure existe-t-il une ORIENTATION CLAIRE ET EXPLICITE à votre réseau « art. 107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas d'orientation claire	Il y a une orientation limitée et peu explicite	Il y a une orientation assez claire et parfois explicite	L'orientation est claire et explicite

13.6 Existe-t-il un LEADERSHIP RECONNU au sein de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i> Remarques : ce leadership peut être exercé par une ou plusieurs personnes appartenant à 1 ou plusieurs services.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas de leadership	Il y a un leadership dans certains domaines	Il y a un leadership général mais il n'est pas reconnu par l'ensemble des partenaires	Il y a un leadership reconnu par l'ensemble des partenaires
13.7. Quel est le degré DE SOUTIEN A L'INNOVATION ET A L'APPRENTISSAGE qui prévaut au sein de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i> Remarque : veuillez considérer les innovations et apprentissages en matière de pratiques de collaboration	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas de soutien à l'innovation	Il existe un soutien faible à l'innovation	Il y a un soutien à l'innovation dans certains domaines	Le soutien à l'innovation est général
13.8. Dans quelle mesure existe-t-il des ESPACES D'ECHANGE au sein de votre réseau « art.107 »? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i> Remarque : veuillez considérer tous les moments, lieux et canaux de discussion ou de rencontre entre les partenaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Les partenaires sont isolés	Il existe quelques espaces d'échange	Il y a divers espaces d'échange	Les espaces d'échange sont nombreux et diversifiés
13.9. Dans quelle mesure existe-t-il des OUTILS FORMELS FACILITANT LA COLLABORATION au sein de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i> Remarque : veuillez considérer les accords de partenariat, cahier de charge, répartition des rôles/responsabilités, protocoles, systèmes d'information, plans de traitement, cartographies de réseau, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas d'outil formel de collaboration	Il existe quelques outils formels de collaboration qui sont peu utilisés	Il existe des outils formels de collaboration	Il existe des outils formels de collaboration utilisés par tous les partenaires
13.10. Quel est le degré D'ECHANGE D'INFORMATIONS qui prévaut au sein de votre réseau « art.107 » ? <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas d'échanges d'information	Il existe peu d'échange d'information entre partenaires	Il existe des échanges d'information dans certains domaines spécifiques	Toute l'information pertinente est disponible pour l'ensemble des partenaires

14. **Veillez classer les 4 dimensions suivantes selon l'ordre qu'elles occupent dans les préoccupations quotidiennes de votre service.** Cliquez sur la dimension pour laquelle vienne se classer dans la liste en commençant par le plus important jusqu'au moins important.' directement

	Classement (de 1 à 4)
La continuité des soins	
Le rétablissement – réintégration sociale	
L'intensification des soins hospitaliers	
Le soin dans la communauté de l'utilisateur	

15. **Les professions suivantes sont-elles représentées par au moins une personne dans votre service ? Si oui, combien sont-ils ?** Cochez la première colonne si au moins une personne de cette profession travaille dans votre service, notez ensuite dans la colonne de droite le nombre de travailleurs concernés.

Profession	Oui	Nombre de travailleurs
Personnel administratif	<input type="checkbox"/>	
Juristes	<input type="checkbox"/>	
Médecins (santé physique)	<input type="checkbox"/>	
Psychiatres	<input type="checkbox"/>	
Psychologues/Psychothérapeutes	<input type="checkbox"/>	
Personnel infirmier/autres paramédicaux	<input type="checkbox"/>	
Assistants sociaux/autres travailleurs sociaux	<input type="checkbox"/>	

16. **Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou par non.** Cochez la case correspondant à votre choix.

Question	Oui	Non
16.1. Votre service est-il accessible 24h/24, 7 jours/7 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2. Votre service est-il accessible le weekend ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3. Votre service est-il accessible en dehors des heures de bureau habituelles (9h-17h) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4. En dehors des périodes où votre service est accessible aux usagers, référez-vous les usagers vers un autre service ? Si oui, lequel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. **Quelle est la modalité d'accès habituelle à votre service pour les usagers ?** *Veillez choisir les réponses qui s'appliquent à la situation de votre service, plusieurs réponses possibles.*

Permanences, consultations sans RDV	<input type="checkbox"/>
Consultations avec rendez-vous	<input type="checkbox"/>
Rendez-vous d'admission ou première consultation sans rendez-vous	<input type="checkbox"/>
Rendez-vous d'admission ou première consultation avec rendez-vous	<input type="checkbox"/>

18. **Lorsqu'un usager demande l'accès à/a besoin d'un type de traitement/d'activité que votre service n'offre pas, que fait votre service ?** *Veillez choisir les réponses qui s'appliquent à la situation de votre service, plusieurs réponses possibles.*

Il donne de l'information pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs	<input type="checkbox"/>
Il prend contact avec d'autres services pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs	<input type="checkbox"/>
Il prend contact avec un service dont le rôle est de faciliter l'accès à ce traitement/cette activité auprès d'un service tiers	<input type="checkbox"/>
Il se rend avec l'utilisateur dans d'autres services pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs	<input type="checkbox"/>
Autre précisez :	<input type="checkbox"/>

19. Veillez répondre aux questions suivantes par Oui ou Non. Cochez la case correspondant à votre réponse.	Oui	Non
19.1. En général, utilisez-vous un plan de soins/traitement individualisé pour l'accompagnement des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2. ce plan de soins/traitement est-il accessible à l'utilisateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2b. ce plan de soins/traitement est-il en partage avec d'autres services du réseau ?		
19.3. En général, utilisez-vous un référent de soins pour l'accompagnement des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4. Si oui, ce référent de soins est-il identifié par l'utilisateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4b. Si oui, ce référent de soins assure-t-il la liaison avec d'autres services membres du réseau « Art.107 » ?		
19.5. En général, attribuez-vous nommément à chaque usager un ou plusieurs membre(s) de votre service pour son suivi dans le cadre du réseau « Art. 107 » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6. En général, discutez-vous régulièrement de la situation des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » au cours d'une réunion d'équipe de votre service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.7. En général, le responsable de votre service a-t-il une activité clinique avec des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » ? Remarque : par responsable nous entendons également le directeur ou le coordinateur de votre service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

20. Quelle est la situation de votre service sur ces deux aspects ? Veuillez répondre par oui ou par non aux 2 questions suivantes en cochant la case correspondant à votre réponse.	Oui	Non
20.1. Participez-vous à l'enquête 'usager' ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2. QUESTION : →CONDITION : Votre service est-il une équipe mobile F2a ou F2b mises en place dans le cadre des réseaux « art. 107 » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3. QUESTION → condition : votre service est-il impliqué dans l'insertion professionnelle des usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui

21. Quelle a été la fréquence des activités de votre équipe mobile au cours des 6 derniers mois ? Pour les deux questions suivantes, veuillez inscrire votre réponse (en chiffres) dans les cases prévues à cet effet.	Nombre
21.1. Combien de dossiers de nouveaux usagers avez-vous suivi au cours des 6 derniers mois?	
21.2. Combien de visites à domicile ont été réalisées pour l'ensemble de vos usagers au cours des 6 derniers mois ?	
21.3 Combien d'usagers différents avez-vous suivi au cours des 6 derniers mois ?	

→CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui

22. Dans votre équipe mobile... : Veuillez répondre aux questions suivantes par oui ou non	Oui	Non
22.1. il y a un psychiatre qui se déplace à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2. il y a un-infirmier psychiatrique qui se déplace à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3. il y a un psychologue qui se déplace à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.4. il y a un travailleur social qui se déplace à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5. il y a un expert d'expérience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.6. il y a un plan explicite de critères d'inclusion avez-vous défini explicitement dans quels cas votre équipe mobile intervient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous défini explicitement dans quels cas votre équipe mobile intervient ?		
22.8. Avez-vous défini explicitement dans quels cas vous considérez qu'une intervention ne relève pas de votre service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.9. Un membre de l'équipe se rend dans les hôpitaux partenaires du réseau « art. 107 » pour faciliter l'admission d'un usager lorsque celle-ci s'avère nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.10. Un membre de l'équipe se rend dans les hôpitaux partenaires du réseau « art. 107 » pour accompagner la sortie d'un usager lorsque celle-ci s'avère nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ TOUS

23.1. Êtes-vous une convention INAMI (n°7.72)? (OUI/NON)

23.2. Prise en charge des usagers qui souhaitent se réinsérer dans le monde ordinaire du travail.

23.2.1. Votre équipe prend-t-elle en charge cette réinsertion ou référez-vous les usagers concernés à d'autres structures spécialisées en emploi?

23.2.1.1. Nous prenons en charge les usagers (OUI/NON)

23.2.1.2. Nous envoyons les usagers dans d'autres structures spécialisées dans l'emploi (OUI/NON)

23.3. Avez-vous dans votre équipe un ou plusieurs spécialistes en emploi (qui ne s'occupent que de réinsertion professionnelle)?

○ Non, nous n'en avons pas

○ Oui, nous en avons

○ Si oui, entrez le nombre de spécialistes à l'emploi de votre service

23.4 Avez-vous dans votre équipe un spécialiste en emploi ou en insertion professionnelle des patients ?

23.4b. Si oui et il travaille exclusivement à cela (oui /non)

23.5. Est-ce que les spécialistes en emploi d'autres structures qui accompagnent certains de vos usagers vers l'emploi collaborent avec vous en participant notamment à vos réunions cliniques ? (OUI/NON)

24. Voici des activités habituellement reliées au processus de réinsertion professionnelle. Au cours des six derniers mois, à quelle fréquence pratiquez-vous ces activités ?
Jamais/rarement/parfois/souvent/toujours

Activités	Explications	jamais/ rarement/ parfois/ souvent/ toujours
Orienter	Expliquer à l'utilisateur les procédures et les implications	

	d'une démarche de réinsertion professionnelle et se faire une idée de son parcours professionnel, de ses objectifs actuels, de ses intérêts, de ses préférences et de ses forces	
Préparer	Evaluer et développer le niveau d'engagement et de motivation de l'utilisateur dans un projet de réinsertion professionnelle	
Evaluer	Déterminer le niveau actuel de la personne par rapport au niveau nécessaire de qualifications, compétences, habiletés, soutiens pour sa réussite dans l'environnement de travail souhaité	
Placer	Chercher avec l'utilisateur l'environnement de travail souhaité et l'aider à poser sa candidature et à se faire accepter	
Développer	Développer les qualifications, compétences, habiletés, soutiens, nécessaires pour bien fonctionner dans l'environnement de travail souhaité	
Maintenir	Soutenir la personne dans son environnement de travail et éventuellement négocier avec l'employeur des adaptations de l'environnement de travail	

Réseau Santé Namur

Liste des partenaires pour l'Enquête SERVICE

La liste transmise pour cette récolte des données 2015 de l'enquête SERVICE comporte deux modifications par rapport à 2014 :

- Elle reprend les membres effectifs du réseau
- Les structures multi-services n'y sont plus reprises que sous un seul libellé.

En effet, lors de la récolte de données 2014, nous avons transmis, pour cette Enquête SERVICE, la liste de l'ensemble des partenaires du Réseau Santé Namur. La conséquence de ceci a été de contraindre les services participant à parcourir une liste de 120 services ; rendant ainsi la complétion du questionnaire très lourde et même démotivante pour certains qui n'ont, dès lors, pas du tout participé à l'enquête.

C'est en accord avec l'équipe de recherche de l'UCL, que le Comité de pilotage a adopté les deux modifications énoncées ci-avant.

Ainsi, en complétant le questionnaire SERVICE, cette année, vous aurez le choix parmi les services suivants :

A.S.D. - Aide et Soins à Domicile en Province de Namur
Asbl "Les Trois Portes" : <i>Avec Toit</i>
Asbl "Les Trois Portes" : <i>L'Arche d'Alliance</i>
C.P.A.S. de Namur
C.R.P.J. - Centre de Réhabilitation Psychosomatique de Jour (Clinique Universitaire Mont-Godinne)
C.S.D. - Centrale de Services à Domicile
Centre Hospitalier Régional de Namur
Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth
Clinique Saint-Luc
Clinique Universitaire Mont-Godinne
Club psycho-social "La Charabiole"
CPI Les Goélands (Centre Psychiatrique Infanto-juvénile)
CRF La Charnière
E.M.I.S.M.
Estim Lg
Forem (Namur)
Hôpital de Jour de Jambes (HNP Saint-Martin)
Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin
Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon

I.H.P. L'Espoir (Initiatives d'Habitations Protégées)
I.H.P. Psynergie (Initiatives d'Habitations Protégées)
L'Impromptu asbl
La Bastide - Awiph
Le Centre-lieu (ASBL Psynergie)
Les Héliotropes asbl
M.S.P. du Beau Vallon (<i>Maisons de Soins Psychiatriques</i>)
M.S.P. Saint Martin (<i>Maisons de Soins Psychiatriques</i>)
Maison Médicale de Bomel
MIRENA - Mission Régionale Emploi Namur
Mutualité Chrétienne - Service social
Mutualité Chrétienne de Namur
Mutualité Solidaris - Province de Namur
Nouvel Hôpital de Jour (Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon)
Phenix asbl
PLEIADE 2A - équipe mobile de travail de la crise
PLEIADE 2B - équipe mobile de soins continus
Projet Activation Santé Mentale (Nouveau Saint-Servais)
Psytoyens - Concertation des usagers en santé mentale
Relais Santé - R.S.U.N. (Relais Social Urbain Namurois)
S.R.A. Résidences Frère-Mutien (Service Résidentiel Adultes) - Awiph
S.R.J. Reumonjoie (Service Résidentiel pour Jeunes) - Awiph
S.S.M. Andenne (Service de Santé Mentale)
S.S.M. de Jambes (SeLINA asbl)
S.S.M. Namur/Astrid
S.S.M. Namur/Balances
S.S.M. Tamines/Gembloux
Similes Wallonie asbl
SPAD Chalazes (Soins Psychiatriques A Domicile)
U.O.A.D. - Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant
U.R.P.P.N. - Union Royale des Pharmaciens de la Province de Namur
Ville de Namur - Service de Cohésion Sociale