

**ANNEXES**  
**DU RAPPORT D'ÉVALUATION 2020**  
**DU RÉSEAU WAB**

# Table des matières

1. Processus évaluatif du Réseau WaB.....	3
2. Charte éthique de l'évaluation du Réseau WaB .....	8
3. Questionnaire de satisfaction pour les référents concernant les concertations cliniques et le fonctionnement du Réseau WaB .....	12
4. Questionnaire de satisfaction suite à une participation à la concertation clinique en tant qu'invité .....	21
5. Questionnaire de satisfaction post-immersion inter-institutionnelle via le Réseau WaB .....	25
6. Questionnaire de satisfaction des usagers inclus .....	28
7. Questionnaire d'évaluation de l'évolution de la trajectoire de soins des usagers inclus dans le Réseau WaB .....	31
8. Questionnaire d'évaluation, entre professionnels concernés, de l'impact du Réseau WaB sur la trajectoire de soins des usagers inclus dans le réseau .....	35
9. Questionnaire d'évaluation de l'impact du Covid19 sur les usagers inclus dans le Réseau WaB.....	40

1. Processus évaluatif du Réseau  
WaB

### Charte éthique de l'évaluation

Outil/Démarche	Auprès de qui ?	Sur quoi ?	Quelle question ?	Dans quel but ?
<b>Charte éthique de l'évaluation</b>	Comité de pilotage/Bureau du Réseau WaB (composé de 2 membres du Comité de Direction, 3 membres du groupe de terrain, la chargée de missions et la coordinatrice).	Evaluation du Réseau WaB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les questionnements éthiques émergeant du processus d'évaluation.</li> <li>- Veiller au respect des règles déontologiques et des droits des usagers inclus dans le Réseau WaB.</li> </ul>	Assurer un cadre et des principes de fonctionnement pour l'évaluation participative du Réseau WaB.

### Evaluation de la satisfaction des professionnels

Outil/Démarche	Auprès de qui ?	Sur quoi ?	Quelle question ?	Dans quel but ?
<b>Questionnaire de satisfaction concernant le fonctionnement du Réseau WaB</b>	Les référents WaB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctionnement et animation des concertations cliniques</li> <li>- Fonctionnement général et outils du Réseau WaB.</li> </ul>	Satisfaction globale des référents WaB sur la manière dont se déroulent les concertations cliniques ainsi que sur le fonctionnement général et les outils du Réseau WaB.	Adapter le fonctionnement général du Réseau WaB et l'animation des concertations cliniques.

<b>Outil/Démarche</b>	<b>Auprès de qui ?</b>	<b>Sur quoi ?</b>	<b>Quelle question ?</b>	<b>Dans quel but ?</b>
<b>Questionnaire de satisfaction des participants en tant qu'invités à une concertation clinique</b>	Toute personne participant en tant qu'invité à une concertation clinique mensuelle du Réseau WaB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil réservé par les référents WaB.</li> <li>- Organisation et déroulement de la concertation clinique.</li> <li>- Animation de la concertation clinique.</li> </ul>	Satisfaction globale des invités sur la manière dont se déroulent les concertations cliniques.	Adapter le fonctionnement des concertations cliniques du Réseau WaB.
<b>Questionnaire de satisfaction post-immersion</b>	Les référents WaB ou leurs collègues qui vont en immersion au sein des institutions partenaires du Réseau WaB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction quant à l'accueil reçu par les professionnels et les usagers.</li> <li>- Respect du statut de professionnel.</li> <li>- Réponses quant aux documents / informations attendus.</li> <li>- Satisfaction quant à l'organisation de l'immersion.</li> <li>- L'immersion a-t-elle répondu ou non aux attentes.</li> </ul>	Qualité et réponses aux attentes des professionnels venus en immersion via le Réseau WaB.	Adapter le dispositif d'immersion inter-équipes mis en place par le Réseau WaB suite aux différents retours.
<b>Questionnaire de satisfaction concernant un événement organisé par le Réseau WaB</b>	Toute personne participant à l'événement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse quant aux attentes précédant l'événement.</li> <li>- Réponse aux objectifs annoncés au début de l'événement.</li> </ul>	Evaluer la compréhension et la satisfaction quant à la méthodologie bottom-up utilisée par le Réseau WaB.	Adapter les outils proposés par le Réseau WaB.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction quant au contenu proposé.</li> <li>- Satisfaction quant à l'organisation générale de l'événement.</li> </ul>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### Evaluation de la satisfaction des usagers du Réseau WaB

<b>Outil/Démarche</b>	<b>Auprès de qui ?</b>	<b>Sur quoi ?</b>	<b>Quelle question ?</b>	<b>Dans quel but ?</b>
<b>Questionnaire de satisfaction par rapport au Réseau WaB</b>	Les usagers inclus dans le Réseau WaB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance ou non de l'inclusion dans le Réseau WaB.</li> <li>- Qualité de l'aide reçue dans le Réseau WaB.</li> <li>- Satisfaction par rapport à l'aide apportée par le Réseau WaB.</li> <li>- Preneur ou non d'une nouvelle trajectoire de soins via le Réseau WaB en cas d'échec.</li> <li>- Partage autour du Réseau WaB avec des connaissances.</li> </ul>	Satisfaction globale des usagers inclus dans le Réseau WaB par rapport à celui-ci.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Adapter les prises en charge personnelle des usagers inclus au sein du Réseau WaB</li> <li>2) Adapter les trajets de soins mis en place lors des concertations entre les partenaires du réseau.</li> </ul>

### Evaluation de la qualité et de la prise en charge du Réseau WaB

Outil/Démarche	Auprès de qui ?	Sur quoi ?	Quelle question ?	Dans quel but ?
<b>Evolution de la trajectoire de soins individuelle de l'utilisateur inclus dans le Réseau WaB</b>	Les référents WaB.	Les critères de la fiche d'inclusion.	L'évolution de la situation des usagers inclus dans le Réseau WaB après leur inclusion.	Permettre de quantifier les évolutions (positives ou négatives) ou non des situations des usagers inclus.
<b>Evaluation, entre professionnels concernés, de l'impact du Réseau WaB sur la trajectoire de soins de l'utilisateur inclus</b>	Les référents WaB concernés par la trajectoire de soins des usagers (différents pour chaque évaluation).	Capacité : - D'autonomie. - D'insertion. - D'abstinence de l'utilisateur inclus dans le Réseau WaB.	Impact ou non du Réseau WaB sur les trajectoires de soins des usagers inclus. Pourcentage d'intérêt de leur inclusion au sein du Réseau WaB.	Adapter les pratiques utilisées lors des concertations entre les partenaires du réseau. Dégager des bonnes pratiques mises en œuvre dans l'élaboration des trajectoires de soins.

### Evaluation de l'impact du Covid19 sur les usagers du Réseau WaB

Outil/Démarche	Auprès de qui ?	Sur quoi ?	Quelle question ?	Dans quel but ?
<b>Evaluation de l'impact du Covid19 sur les usagers inclus dans le Réseau WaB</b>	Les usagers inclus dans le Réseau WaB.	- Difficultés rencontrées. - Appel au Réseau WaB. - Réponse du Réseau WaB.	Impact ou non du Covid19 sur la situation des usagers inclus. Satisfaction de la réponse du Réseau WaB (si recours à celui-ci).	Adapter l'action du Réseau WaB en cas de situation similaire.

## 2. Charte éthique de l'évaluation du Réseau WaB



## Charte éthique de l'évaluation

Afin d'inscrire le Réseau WaB dans une démarche qualité permettant d'objectiver l'efficacité du travail accompli et d'ainsi, répondre aux attentes des pouvoirs subsidiants, son Comité de Direction a commandité une démarche d'évaluation.

Cette démarche est en cours depuis plusieurs années grâce au subventionnement de l'AViQ. Cependant, depuis juillet 2019, un subsidie supplémentaire de la Région de Bruxelles-Capitale et de BPS (Bruxelles Prévention Sécurité) a permis l'engagement à mi-temps d'une chargée de missions pour le Réseau WaB.

Le Bureau du Réseau WaB a pour but de traiter certains thèmes ou actions ainsi que les matières extraordinaires et urgentes et de proposer des moyens concrets d'atteindre des objectifs à court terme. Celui-ci occupe également le rôle de comité de pilotage pour la démarche évaluative.

Il est composé de :

- Deux membres du Comité de Direction.
- Trois membres du groupe de terrain (référénts WaB).
- La chargée de missions.
- La coordinatrice du Réseau WaB.

Ce comité de pilotage est chargé :

- D'examiner les questionnements éthiques émergeant dans le processus d'évaluation.
- De veiller au respect des règles déontologiques et des droits des usagers inclus dans le Réseau WaB.

Lors d'un comité de pilotage, la chargée de missions accompagnée de la coordinatrice, a pour rôle de :

- Refléter le processus d'évaluation en cours et proposer des adaptations.
- Expliciter les parties du processus qui nécessitent un éclairage des membres du comité.
- Veiller à soulever les questions éthiques.
- Soumettre les résultats à l'analyse du comité de pilotage.

L'élaboration d'une charte éthique permet de poser un cadre ainsi que des principes de fonctionnement pour l'évaluation participative du Réseau WaB dont le comité de pilotage sera responsable.

Avec le soutien de la Wallonie, de la Région de Bruxelles-Capitale et de BPS (Bruxelles Prévention Sécurité)

## 1. Principe de pluralité

L'évaluation s'inscrit dans la triple logique de la gestion du Réseau WaB (processus qualité), de l'expertise de ses partenaires et des exigences des pouvoirs subsidiants. Elle prend en compte de façon raisonnée la diversité d'intérêts et de points de vue des acteurs présents (directions, travailleurs du groupe de terrain, coordinatrice, chargée de missions, usagers inclus dans le Réseau, ...). Ainsi, le comité de pilotage est représentatif de cette pluralité et veille à un regard croisé entre ses membres centré autour de l'utilisateur inclus dans le Réseau WaB.

## 2. Principe de distanciation

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les personnes participant au processus évaluatif informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel. Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux pouvoirs subsidiants. Le recours aux experts peut favoriser le maintien de cette distanciation.

## 3. Principe de compétence

Au profit de l'évolution du Réseau WaB et de son impact sur la trajectoire de soins des usagers inclus, les participants au processus d'évaluation mettent en œuvre des compétences spécifiques (mises à jour continuellement) en matière de :

- Conception et de conduite du processus.
- Méthodes de collectes de données et d'interprétation des résultats

## 4. Principe de respect des personnes

Les participants au processus d'évaluation respectent les droits, l'intégrité et la sécurité de toutes les parties concernées. Ils s'interdisent de révéler l'origine nominative des informations ou opinions recueillies, sauf accord des personnes concernées.

## 5. Principe de transparence

La présentation des résultats du processus évaluatif du Réseau WaB aux partenaires est toujours suivie par la rédaction d'un PV reprenant les détails de celle-ci (objet de l'évaluation, finalités, destinataires, questions posées, méthodes employées et leurs limites, arguments et critères conduisant aux résultats). La diffusion publique des résultats d'une évaluation est souhaitable. Les règles de diffusion des résultats sont établies par le comité de pilotage. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

## 6. Principe de responsabilité

La répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation est établie dès le départ de façon à ce que toutes les fonctions de celle-ci soient bien prises en charge. Les personnes et institutions impliquées dans le processus d'évaluation mobilisent les moyens appropriés et fournissent les informations nécessaires à la conduite de l'évaluation. Elles sont conjointement responsables de la bonne application des principes énoncés dans cette charte.

***Bibliographie*** : Jean-Claude Barbier. *La charte de la société française de l'évaluation : des principes pour les participants à l'évaluation des politiques et des programmes publics*. 2010, pp. 30-31.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter :

**Amélia RAMACKERS, coordinatrice du Réseau WaB**

Par téléphone : +32 497 49 28 78

Par mail : [info@reseauwab.be](mailto:info@reseauwab.be)

Par courrier au siège d'activité : ASBL Les Hautes Fagnes. Rue Malgrave 1, 4960 MALMEDY.

Siège social : ASBL Trempline. Grand Rue 3, 6200 CHÂTELET.

**Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB !**

Par téléphone : +32 499 90 62 55

Par mail : [emmanuelle.manderlier@reseauwab.be](mailto:emmanuelle.manderlier@reseauwab.be)

Par courrier au siège social et d'activité : ASBL Transit. Rue Stephenson 96, 1000 BRUXELLES.

Site Internet : [www.reseauwab.be](http://www.reseauwab.be)

**Personnes ressources :**

Mme Natacha Delmotte, directrice de l'ASBL Trempline et responsable financière de la coordination du Réseau WaB : [natacha.delmotte@trempline.be](mailto:natacha.delmotte@trempline.be)

Mme Muriel Goessens, directrice générale de l'ASBL Transit et responsable financière et pédagogique de la chargée de missions du Réseau WaB : [email@transitasbl.be](mailto:email@transitasbl.be)

3. Questionnaire de satisfaction  
pour les référents concernant les  
concertations cliniques et le  
fonctionnement du Réseau WaB



## **QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION 2020 :** **Fonctionnement du Réseau WaB**

Le Réseau WaB étant soucieux de continuer à s'adapter via un processus d'évaluation continue, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce questionnaire de satisfaction. Celui-ci comprend une partie sur le fonctionnement des concertations cliniques (en présentiel et en visioconférence vu la situation sanitaire liée au Covid19) et une sur le fonctionnement général du réseau. Il est destiné aux référents WaB des institutions partenaires du réseau et est anonyme.

Ce document sera dépouillé uniquement par Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB dont la mission principale est l'évaluation de celui-ci.

**Date :** .....

**Quel est le statut de votre institution au sein du Réseau WaB?**

- Membre structurel
- Membre adhérent

**Depuis combien de temps participez-vous aux concertations cliniques du Réseau WaB ?**

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Depuis la création du Réseau WaB

**Quelle a été la fréquence de votre participation aux concertations cliniques du Réseau WaB en 2020?**

- De 1 à 3 réunions
- De 4 à 6 réunions
- De 7 à 9 réunions
- De 10 à 12 réunions

Pour chaque point, pouvez-vous donner votre degré de satisfaction et expliquer votre réponse :

1 = très insatisfait - 2 = insatisfait - 3 = neutre - 4 = satisfait - 5 = très satisfait

<p style="text-align: center;"><b><i>Fonctionnement et animation des concertations cliniques en présentiel et en visioconférence</i></b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

De manière générale, êtes-vous satisfait des concertations cliniques 2020 ?

1    2    3    4    5

**Organisation de la concertation clinique**

L'organisation générale des concertations (dates fixées pour l'année, mail pour les présences, PV, ...)

1    2    3    4    5

Expliquez votre réponse :

Le respect des horaires de début et de fin des concertations

1    2    3    4    5

Expliquez votre réponse :

La durée des concertations cliniques

1    2    3    4    5

Expliquez votre réponse :

1 = très insatisfait - 2 = insatisfait - 3 = neutre - 4 = satisfait - 5 = très satisfait

## Contenu de la concertation clinique

**Le déroulement de la journée (inclusion, suivi, évaluation, échange de bonnes pratiques et du fonctionnement des institutions)**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Le temps imparti aux différentes catégories (inclusions, suivi, évaluation, échange de bonnes pratiques et du fonctionnement des institutions)**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**La participation et l'apport des référents WaB dans la mise en place des trajectoires de soins**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

## Animation de la concertation clinique

**L'animation de la concertation clinique**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Le rythme de la concertation clinique**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**L'ambiance générale de la concertation clinique**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Concernant les mesures spécifiques prises en raison de la situation sanitaire liée au Covid19, pouvez-vous pour chaque point donner votre degré de satisfaction et expliquer votre réponse :**

1 = très insatisfait - 2 = insatisfait - 3 = neutre - 4 = satisfait - 5 = très satisfait

**Organisation des concertations cliniques en visioconférence :**

**Organisation générale** 1 2 3 4 5  
*Expliquez votre réponse :*

**Support informatique utilisé (Webex et Zoom)** 1 2 3 4 5  
*Expliquez votre réponse :*

**« Cadastre » actualisé de l'offre des institutions membres :**

1 2 3 4 5

*Expliquez votre réponse :*



1 = très insatisfait - 2 = insatisfait - 3 = neutre - 4 = satisfait - 5 = très satisfait

## ***Fonctionnement et outils du Réseau WaB***

### **Fonctionnement du Réseau WaB**

**La répartition des membres du Réseau WaB :**

- Géographiquement : 1 2 3 4 5  
*Expliquez votre réponse :*

- Selon le type d'institution : 1 2 3 4 5  
*Expliquez votre réponse :*

**La présence des membres lors des concertations** 1 2 3 4 5  
*Expliquez votre réponse :*

**L'implication des membres lors des concertations** 1 2 3 4 5  
*Expliquez votre réponse :*

1 = très insatisfait - 2 = insatisfait - 3 = neutre - 4 = satisfait - 5 = très satisfait

## Outils nécessaires à l'inclusion

**Le consentement informé**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**La fiche d'inclusion**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

## Outils nécessaires à l'évaluation :

**Le questionnaire de satisfaction pour les usagers**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Le questionnaire « Evolution de la trajectoire de soins Individuelle »**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Le questionnaire « Impact du Réseau WaB sur la trajectoire des usagers inclus » selon les professionnels**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

1 = très insatisfait - 2 = insatisfait - 3 = neutre - 4 = satisfait - 5 = très satisfait

## Outils généraux

**Le folder**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Le guide du Réseau WaB**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Le site internet**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

Le consultez- vous? OUI - NON

Si oui, combien de fois par an et dans quel(s) cas?

**La base de données informatique :**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

La consultez- vous? OUI - NON

Si oui, combien de fois par an et dans quel(s) cas?

**La communication et la transmission des informations par mail**

1      2      3      4      5

Expliquez votre réponse :

**Avez-vous des attentes particulières envers le Réseau WaB pour 2021 ?**

**Selon vous, que serait-il nécessaire de mettre en place en 2021 pour continuer à développer le Réseau WaB ?**

**Avez-vous des remarques, commentaires ou autres suggestions ?**

4. Questionnaire de satisfaction  
suite à une participation à la  
concertation clinique en tant  
qu'invité



**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION :**  
**Participation en tant qu'invité à une concertation  
clinique**

Le Réseau WaB étant soucieux de continuer à s'adapter via un processus d'évaluation continue, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce questionnaire de satisfaction.

Ce document sera analysé par Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB dont la mission principale est l'évaluation du Réseau WaB.

**Nom du professionnel en observation :** .....

**Fonction et institution du professionnel en observation :**

.....

**Date de l'observation :** .....

Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à contacter :

Amélia RAMACKERS, coordinatrice du Réseau WaB (0497/49.28.78 - [info@reseauwab.be](mailto:info@reseauwab.be))

Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB (0499/90.62.55 –  
[emmanuelle.manderlier@reseauwab.be](mailto:emmanuelle.manderlier@reseauwab.be))

**Avez-vous été satisfait de :**

**L'accueil qui vous été réservé :**

OUI – NON

Si NON, pourquoi ?

**L'organisation générale de la concertation :**

OUI – NON

Si NON, pourquoi ?

**Le déroulement général de la journée : durée, temps imparti à chaque partie (inclusion, suivis, divers, échange de bonnes pratiques) :**

OUI – NON

Si NON, pourquoi ?

**Les informations et/ou documents reçus :**

OUI – NON

Si NON, pourquoi ?

**L'animation de la concertation clinique (dynamisme, rythme, ambiance) :**

OUI – NON

Si NON, pourquoi ?

*De manière générale, cette observation a-t-elle répondu à vos attentes?*

OUI – NON

Pourquoi ?

*Avez-vous d'autres commentaires / réflexions / pistes d'action à apporter?*



5. Questionnaire de satisfaction  
post-immersion inter-  
institutionnelle via le Réseau WaB



## **Questionnaire de satisfaction après immersion**

*Dans l'idée d'évaluer / d'adapter le dispositif d'immersion inter-équipes mis en place par le Réseau WaB, nous vous sollicitons afin de récolter des données relatives à votre expérience d'immersion au sein d'une institution partenaire du Réseau WaB.*

*Ce document sera dépouillé uniquement par Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB dont la mission principale est l'évaluation du Réseau WaB.*

*Tout résultat sera anonymisé conformément au RGPD (Règlement Général Protection des Données), législation européenne en application depuis le 25 mai 2018.*

**Nom du professionnel en immersion :** .....

**Fonction du professionnel en immersion (+ institution) :**

.....

**Institution dans laquelle a eu lieu l'immersion :**

.....

**Date de l'immersion :** .....

**Horaire de l'immersion :** .....

<b>1</b>	<b>Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé :</b>
	<p>➤ Par les professionnels : OUI – NON</p> <p>➤ Par les usagers : OUI – NON</p> <p>Si NON, pourquoi ?</p>
<b>2</b>	<b>Votre statut de professionnel en immersion a-t-il été respecté ?</b>
	<p>OUI – NON</p> <p>Si NON, pourquoi ?</p>
<b>3</b>	<b>Avez-vous reçu toutes les informations et / ou documents que vous souhaitiez ?</b>
	<p>OUI – NON</p> <p>Les explications données étaient-elles suffisamment claires ? OUI – NON</p>
<b>4</b>	<b>Êtes-vous satisfait(e) de l'organisation de cette immersion ?</b>
	<p>OUI – NON</p> <p>Si NON, pourquoi ?</p>
<b>5</b>	<b>Cette immersion a-t-elle répondu à vos attentes ?</b>
	<p>OUI – NON</p> <p>Si NON, pourquoi ?</p>
<b>6</b>	<b>Pouvez-vous mettre en avant 3 points (positifs ou négatifs) qui vous ont marqué lors de votre immersion?</b>
	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>

6. Questionnaire de satisfaction des usagers inclus

# Réseau WaB : Évaluation de la satisfaction des usagers inclus

Nom et Prénom : .....

Sexe : .....

Age : .....

Date de passation : .....

Lieu (institution) : ..... (depuis .....

Le Réseau WaB, dont vous faites partie, tient à évaluer son travail et l'aide qu'il apporte aux usagers de drogue. Dans ce but, il vous sera demandé à échéances régulières (déterminées lors des concertations cliniques), de remplir cette brève évaluation.

*Petit rappel : le Réseau WaB est un réseau pilote supra-local pluridisciplinaire composé de services et d'institutions spécialisés dans l'accompagnement psycho-médico-social des personnes majeures présentant une problématique d'assuétude et difficultés associées. Les objectifs de ce réseau sont : 1) Améliorer la qualité et la continuité des soins à un niveau supra-local et proposer aux personnes toxicomanes, qui ne trouvent plus de solution dans le réseau local, un processus de changement continu avec des objectifs intermédiaires qui convergent vers une finalité « le rétablissement complet de la personne toxicomane » (cfr. ISA & ROI, G. De Leon) ; 2) Valoriser et faire connaître les spécificités locales en assurant un lien entre les différents réseaux locaux et finalement, 3) Optimiser l'offre de soins en utilisant à leur juste mesure des services spécifiques ayant une expertise dans des domaines particuliers.*

L'objectif de cette évaluation est double et consiste à : 1) améliorer votre prise en charge personnelle au sein du Réseau WaB et 2) améliorer les trajets de soins mis en place lors des concertations entre les partenaires du réseau.

En signant le consentement informé du Réseau WaB, vous avez consenti à participer à cette évaluation. Toutefois, vous êtes libre de ne pas compléter ce questionnaire ou de vous retirer de l'évaluation, à tout moment, sans qu'il soit nécessaire de justifier votre décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour vous. Si les données de cette évaluation devaient faire l'objet d'une étude ou être publiées, elles seraient rendues complètement anonymes et ne comporteraient en aucun cas votre nom ou autres informations.

Une fois ce questionnaire complété, vous êtes prié de remettre les documents à un membre de l'équipe de l'institution dans laquelle vous vous trouvez afin qu'ils soient remis à Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB dont la mission principale est l'évaluation de l'impact du Réseau WaB sur la trajectoire de soins des usagers inclus.



## Questionnaire CSQ-8 pour l'utilisateur

Le CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), légèrement modifié afin de s'adapter au travail du Réseau WaB, évalue la satisfaction globale d'un bénéficiaire de soins de santé. Entourez la réponse qui décrit le mieux votre avis en ce moment.

1. Je sais que je suis inclus dans le Réseau WaB. OUI - NON

2. Je pense que la qualité de l'aide reçue dans le Réseau WaB a été :



Expliquez votre réponse : .....

3. Par rapport à l'aide apportée par le Réseau WaB en général, je suis :



Expliquez votre réponse : .....

4. En cas d'échec, je serais preneur d'une nouvelle trajectoire de soins proposée par le Réseau WaB : OUI - NON

5. J'ai déjà parlé à une de mes connaissances du Réseau WaB : OUI - NON

Dans les 2 cas, pour quelle(s) raison(s)? .....

.....

7. Questionnaire d'évaluation de  
l'évolution de la trajectoire de soins  
des usagers inclus dans le Réseau  
WaB

**Evolution de la trajectoire de soins individuelle  
de l'utilisateur inclus dans le réseau WaB**

Nom et prénom de l'utilisateur : .....

Institution actuelle : .....

Nom et prénom du professionnel : .....

Date : .....



Wallonie



RÉGION DE  
BRUXELLES-  
CAPITALE

BRUSSELS  
HOOFDSTEDELIJK  
GEWEST

Ce formulaire est à remettre à [Emmanuelle Manderlier, chargée de missions pour le Réseau WaB – 0499/90.62.55 – emmanuelle.manderlier@transitasbl.be](mailto:emmanuelle.manderlier@transitasbl.be)



**Y a-t-il eu des changements, pour l'utilisateur, au niveau de :**

**Remarque** : s'il y a eu un changement dans une ou plusieurs catégories, pourriez-vous préciser si, selon vous, il s'agit d'un *changement positif ou négatif*.

1. **Ses coordonnées personnelles (n° de téléphone, statut civil, enfants) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou – et lesquels : .....

.....  
.....

2. **Sa situation socio-administrative (carte d'identité, personnes à charge, domicile, revenus, gestion financière, mutuelle) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou – et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

3. **Son parcours scolaire / professionnel ? OUI – NON.**

Si oui, + ou – et lesquels : .....

.....

4. **Ses personnes ressources (famille, entourage, institutions, inclusions dans d'autres réseaux) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou – et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

5. **Sa / ses consommation(s) (produits consommés, modes de consommation, fréquence des consommations actuelles, abstinence) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou – et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

6. **Sa situation médicale (médecin traitant, traitement actuel, traitement de substitution, problèmes physiques) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou - et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

7. **Sa situation psychologique (situation actuelle, suivi psychologique, psychologue / psychiatre) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou - et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

8. **Sa situation familiale / relationnelle (milieu familial / social) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou - et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

9. **Sa situation judiciaire actuelle (condamnation, peine de prison, faits, durée, TIG, surveillance électronique, conditionnelle, probation, sursis, défense sociale, AS de justice) ? OUI – NON.**

Si oui, + ou - et lesquels : .....

.....  
.....  
.....

10. **Impressions du professionnel quant à l'évolution de l'utilisateur inclus :**

.....  
.....  
.....  
.....

8. Questionnaire d'évaluation,  
entre professionnels concernés, de  
l'impact du Réseau WaB sur la  
trajectoire de soins des usagers  
inclus dans le réseau



**Evaluation, entre professionnels concernés,  
de l'impact du Réseau WaB sur la trajectoire de soins de l'utilisateur inclus**

Usager concerné :

Professionnels concernés :

Date de l'évaluation :

Lieu où se trouve l'utilisateur au moment de l'évaluation :

Pour toute information complémentaire :

Amélia RAMACKERS, coordinatrice du Réseau WaB :

0497/49.28.78 - [info@reseauwab.be](mailto:info@reseauwab.be)

Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB :

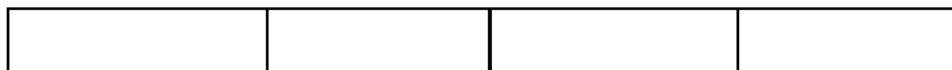
0499/90.62.55 - [emmanuelle.manderlier@reseauwab.be](mailto:emmanuelle.manderlier@reseauwab.be)

**1a.** Sur l'échelle suivante, situez l'impact que le travail du Réseau WaB a eu sur la trajectoire de soins de l'utilisateur concerné :



**Expliquez :**

**1b.** Pensez-vous que le travail effectué par le Réseau WaB a eu, sur la trajectoire de soins individuelle de l'utilisateur concerné, un impact :



**Expliquez :**

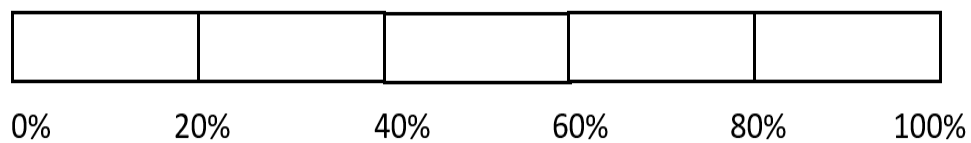
**2.** Sur l'échelle suivante, situez la capacité :

a. D'**autonomie** de l'utilisateur concerné sachant que *l'autonomie désigne la capacité d'un individu à se gouverner soi-même, selon ses propres règles.*



**Expliquez :**

b. D'**abstinence** de l'utilisateur concerné sachant que *l'abstinence désigne un renoncement volontaire et durable de toute consommation de produits afin d'éliminer les problèmes liés à la dépendance.*



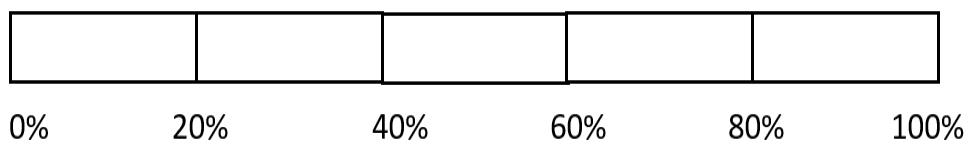
**Expliquez :**

c. D'**insertion** de l'utilisateur concerné sachant que *l'insertion désigne le processus permettant l'intégration d'un individu au sein du système socio-économique par l'appropriation des normes et règles de ce système.*



**Expliquez :**

**3.** Sur l'échelle suivante, situez le pourcentage d'intérêt / de pertinence que l'utilisateur concerné soit, actuellement, inclus dans le Réseau WaB.



**Expliquez :**

9. Questionnaire d'évaluation de  
l'impact du Covid19 sur les usagers  
inclus dans le Réseau WaB





## Evaluation de l'impact du Covid19 sur les usagers inclus dans le Réseau WaB

Nom et Prénom : .....

Sexe : .....

Age : .....

Date de passation : .....

Lieu (institution) : ..... (depuis .....

*Petit rappel : le Réseau WaB est une organisation interprofessionnelle et interinstitutionnelle qui vise la mise au point de bonnes pratiques de coopération entre tous les services d'aide aux personnes présentant une problématique d'assuétude grâce à l'approche en systèmes intégrés. L'objectif de ces bonnes pratiques est de permettre à la personne toxicomane, qui ne trouve plus de solution dans son réseau local de soins, d'être prise en charge de manière continue à un niveau supra-local, afin d'entamer un processus de changement continu avec des objectifs intermédiaires convergeant vers une finalité : son rétablissement complet.*

**A la suite de la crise sanitaire liée au Covid19, le Réseau WaB, dont vous faites partie, tient à évaluer l'impact de ce virus sur votre situation et à vous donner la parole pour que vous puissiez partager votre expérience.**

En signant le consentement informé du Réseau WaB, vous avez consenti à participer à toute évaluation menée par le Réseau WaB. Toutefois, vous êtes libre de ne pas compléter ce questionnaire ou de vous retirer de l'évaluation, à tout moment, sans qu'il soit nécessaire de justifier votre décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour vous. Si les données de cette évaluation devaient faire l'objet d'une étude ou être publiées, elles seraient rendues complètement anonymes et ne comporteraient en aucun cas votre nom ou autres informations.

Une fois ce questionnaire complété, vous êtes prié de remettre les documents à un membre de l'équipe de l'institution dans laquelle vous vous trouvez (réfèrent WaB) afin qu'ils soient remis à Emmanuelle MANDERLIER, chargée de missions pour le Réseau WaB dont la mission principale est l'évaluation du Réseau WaB.

Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à contacter :  
Mme Amélia RAMACKERS, coordinatrice du Réseau WaB (0497/49.28.78 - [info@reseauwab.be](mailto:info@reseauwab.be))  
Mme Emmanuelle Manderlier, chargée de missions pour le Réseau WaB (0499/90.62.55 –  
[emmanuelle.manderlier@reseauwab.be](mailto:emmanuelle.manderlier@reseauwab.be))

Vous pouvez également consulter notre site internet : [www.reseauwab.be](http://www.reseauwab.be)

**Cochez la proposition la plus appropriée pour compléter cette phrase : « A l'heure actuelle, le Covid19 a eu, sur ma vie en général, un impact... ».**

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

**Pour les rubriques suivantes, évaluez (de très négatif à très positif) l'impact du Covid19 sur votre situation et expliquez votre choix.**

**1. Santé physique**

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

**2. Santé mentale**

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

**3. Relations sociales**

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

#### 4. Situation socio-administrative générale

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

#### 5. Occupations (loisirs,...)

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

#### 6. Consommation

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

### 7. Abstinence

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

### 8. Trajectoire de soins / projet prévu (logement, maison d'accueil, cure, postcure,...)

--	--	--	--

Très négatif

Négatif

Neutre

Positif

Très positif

Expliquez :

**Avez-vous rencontré d'autres difficultés ? Si oui, lesquelles ?**

**Pendant la crise liée au Covid19, avez-vous fait appel / avez-vous eu recours au Réseau WaB (voir liste des institutions membres en annexe) ?**

OUI

NON

**Pourquoi OUI ou pourquoi NON ?**

**Si OUI, pour quelle(s) demande(s) ?**

**Et dans ce cas, avez-vous été satisfait(e) de la réponse apportée par le Réseau WaB ?**

OUI

NON

**Expliquez :**

**Annexe : liste des institutions membres du Réseau WaB**

<p><b>Les Hautes Fagnes</b>, centre de postcure (Malmédy) Tél : 080/79 98 30</p> <p><b>CNP St Martin</b>, hôpital psychiatrique Unité « Revivo/AIDA » et « Galiléo » (Dave) Tél : 081/30 28 86</p> <p><b>Phénix</b>, centre de jour (Namur) Tél : 081/22 56 91</p> <p><b>Transit</b>, centre de crise et d'hébergement (Bruxelles) Tél : 02/215 89 90</p> <p><b>Trempline</b>, centre de postcure (Châtelet) Tél : 071/24 30 24</p> <p><b>Le Répit</b>, centre ambulatoire (Couvin) Tél : 060/34 65 86 ou 0491/ 24 84 50</p> <p><b>L'Orée</b>, centre de jour (Bruxelles) Tél : 02/347 57 57</p> <p><b>Les Petits Riens</b>, maison d'accueil (Bruxelles) Tél : 02/541 13 96 ou 0493/26 04 60</p> <p><b>Infirmiers de Rue</b>, travail de rue (Bruxelles) Tél : 02/265 33 00 ou 0477/48 31 50</p> <p><b>Source</b>, maison d'accueil la Rive (Bruxelles) Tél : 02/512 72 04</p>	<p><b>La Clairière (Vivalia)</b>, hôpital psychiatrique « Unité 4 » (Bertrix) Tél : 061/22 17 95</p> <p><b>Foyer Georges Motte</b>, maison d'accueil (Bruxelles) Tél : 02/217 61 36</p> <p><b>L'Espérance</b>, centre de postcure (Thuin) Tél : 071/59 34 96</p> <p><b>CP St Bernard</b>, hôpital psychiatrique (Manage), Unité 11 « l'Observation » Tél : 064/43 28 40 Unité 16 « le PARI » Tél : 064/43.92.61</p> <p><b>ESPAS</b>, travail de rue (Arlon) Tél : 0473/56 19 40</p> <p><b>CHR Site Sambre, « Re-pair »</b>, Unité d'alcoologie (Auvélais)Tél : 071/26 54 54</p> <p><b>Syner'Santé</b>, service ambulatoire des Petits Riens (Bruxelles) Tél : 0493/26 04 66</p> <p><b>Solaix</b>, centre de consultation (Bastogne) Tél : 061/22 43 74 ou 0473/62 48 43</p> <p><b>CATS-Solbosch</b>, centre de postcure (Bruxelles) Tél : 02/649 79 01</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------