

## FICHE ACTEUR

(UNE FICHE PAR SERVICE OU ETABLISSEMENT)



Groupe Santé mentale/parentalité en Occitanie

CREAI-ORS Occitanie

Insérer ici l'image choisie pour figurer sur votre fiche acteur

### Département

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 09 | <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 66 |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> 81 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 46 | <input type="checkbox"/> 82 |
| <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 48 |                             |
| <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 65 |                             |

### Nom du service ou de l'établissement

---

### Sigle (+ déclinaison du sigle si nécessaire)

---

### Adresse / Code Postal / Ville

---



---

### N° téléphone / N° Fax

---

### Adresse e-mail

---

### Site Internet ou compte Facebook...

---

**Nom de la structure porteuse (+ déclinaison du sigle quand nécessaire)**

**Adresse / Code Postal / Ville**

---



---

**N° téléphone / N° Fax**

---

**Adresse e-mail**

---

**Site Internet ou compte Facebook...**

---

**Type de structure de l'acteur de l'action**

- Association et réseaux
- Service ou établissement médicosocial
- Service sanitaire
- Etat ou service déconcentré
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**Thème ou champ d'intervention**

- Santé mentale
- Parentalité
- Parentalité & développement précoce de l'enfant
- Social et/ou médicosocial
- Médical
- Périnatalité
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**Pour quel public ? :** \_\_\_\_\_

**Avez-vous des actions spécifiques / Type de dispositif spécifique à la santé mentale et la parentalité**

- Non
- Oui

*Si oui quels sont les noms de ces actions \**

---

---

---

---

---

---

---

---

*\* Ne pas oublier de remplir une fiche action pour chacune des actions mentionnées*

**Territoires d'intervention des actions et/ou dispositifs proposés en santé mentale et en parentalité**

---

---

---

---

---

**Quelles sont les conditions d'admission dans votre service ou établissement ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Comment se compose votre équipe ?** *Ne doivent figurer sur ce tableau que les professionnels s'occupant de l'accueil ou de la prise en charge des personnes et/ou des usagers concernés par des actions et/ou des dispositifs en santé mentale et parentalité.*

Profession/Poste occupé	Missions et activités

**Quelles sont les missions de votre service ou établissement en lien avec la santé mentale et la parentalité ?**

- Accompagnement individuel*
- Accompagnement familial*
- Accompagnement parental*
- Groupe d'entraide et de parole / Thème(s) (précisez) \_\_\_\_\_*
- Prévention*
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_*

**Le service ou établissement propose-t-il un hébergement ?**

- Accompagnement sans hébergement*
- Accompagnement avec hébergement Individuel*
- Accompagnement avec hébergement Collectif*

**Quelles sont les modalités d'accueil de votre service ou établissement ?**

- Qui reçoit en premier ? \_\_\_\_\_*
- Quel est le délai pour obtenir un premier rendez-vous ? \_\_\_\_\_*
- Quel est le temps moyen pour l'inclusion dans la prise en charge ? \_\_\_\_\_*
- Y a-t-il une liste d'attente ?*
  - Oui*
  - Non*
- Est-il possible de voir un type de professionnel particulier choisi par la personne ?*
  - Oui*
  - Non*

**Y a-t-il des spécificités développées dans la structure ? (ex : horaires atypiques, interventions de nuit, organisation de sorties....)**

- Oui*
- Non*
- Si oui, (précisez) \_\_\_\_\_*

**Avez-vous l'habitude d'orienter votre public vers d'autres structures ou professionnels pour des accompagnements particuliers ?**

- Oui*  
 *Non*

*Si oui,*

- *Vers quelle(s) structure(s) ?*

---

---

---

---

---

- *Vers quel(s) professionnel(s) ?*

---

---

---

---

---

- *Pour quel(s) type(s) d'accompagnement ?*

---

---

---

---

---

**Quels sont les financeurs de ce service ou établissement ?**

---

---

---

---

---

---