



PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

Concertation autour du patient psychiatrique (CAPP)

- Version du 06/01/2020 -

Ce plan d'accompagnement est établi dans le cadre de la concertation autour du patient psychiatrique facturée par le SISD et financée par l'AVIQ.

Pour rappel, le service intégré de soins à domicile veille au respect des conditions de facturation et facture aux organismes assureurs la rémunération pour participation à la concertation, pour la personne de référence et pour l'organisateur/coordonateur. Il est donc **impératif de fournir conformément à l'Arrêté Royal du 27 mars 2012 un plan d'accompagnement comprenant au minimum :**

- ✓ **Données d'identification**
 - Données d'identification du patient
 - Coordonnées des dispensateurs de soins de santé et dispensateurs d'aide et aidants informels
 - Liste de numéros de téléphone et adresses e-mail des services pouvant être contactés (à disposition du patient ou de sa famille) et à quels moments + en cas d'hospitalisation urgente + qui est la personne de référence
- ✓ **Données pouvant également servir au SISD dans le cadre de la facturation**
 - Date concertation
 - Présences concertation
 - Lieu (domicile ou ailleurs)
 - Date concertation suivante
 - Données d'identification de la personne de référence
 - Données d'identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation
 - Données desquelles il ressort que le patient satisfait aux critères du groupe cible
- ✓ **Données qui peuvent avoir de l'importance pour la suite de l'aide et des soins**
- ✓ **Objectifs généraux recherchés avec le patient** (les tâches convenues ci-après représentent une activité/un acte pour atteindre ces objectifs)
- ✓ **Description par épisode de soins** (= période entre 2 moments de concertation prévus)
Des tâches convenues, activités de soins et responsabilités tant des dispensateurs de soins de santé, dispensateurs d'aide et aidants informels que du patient lui-même

1

Transmission du plan d'accompagnement

- **au médecin généraliste et aux prestataires de soins et d'aide** présents via l'organisateur de la concertation
- **au patient** via la personne de référence

DOSSIER N° P ... /2020

Tél. : 071/33.13.23

Fax : 071/32.53.12

e-mail : sisdcarolo@skynet.be

site web : www.sisdcarolo.be



N° entreprise : 862763827

N° INAMI : 947.026.82.002

IBAN : BE96 1325 0143 7905

BIC : BNAGBEBB

Banque : NAGELMACKERS



Service Intégré de Soins à Domicile Carolo *asbl*

boulevard Zoé Drion 1 (2^{ème} étage) - 6000 CHARLEROI

PARTIE 1 : DONNÉES D'IDENTIFICATION

A. Données d'identification du patient

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription organisme assureur :

Date 1^{ère} prise en charge dans le cadre de la CAPP : .. / .. /

Date de clôture VOLONTAIRE de la prise en charge dans le cadre de la CAPP : .. / .. /

OU collez ici la vignette mutuelle

2

B. Données d'organisation de la concertation

Date concertation : .. / .. / Lieu :

N° concertation/année calendrier : 1 - 2 - 3 (1 an commence à la date de la 1^{ère} concertation)

Date concertation suivante : .. / .. / Lieu :

DOSSIER N° P ... /2020

Tél. : 071/33.13.23

Fax : 071/32.53.12

e-mail : sisdcarolo@skynet.be

site web : www.sisdcarolo.be



N° entreprise : 862763827

N° INAMI : 947.026.82.002

IBAN : BE96 1325 0143 7905

BIC : BNAGBEBB

Banque : NAGELMACKERS

C. Coordonnées des professionnels de la santé, de l'aide et des aidants informels

Indiquez la FONCTION + CODE

Coordonnées des professionnels de la santé, de l'aide et des aidants informels	Données importantes pour le suivi (<i>ex. : historique de la thérapie, les besoins de soins personnels et la situation sociale du patient...</i>)
<p><u>Personne de référence</u></p> <p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	
<p><u>Personne à contacter en cas d'hospitalisation d'urgence</u></p> <p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	
<p><u>Centre de coordination de soins et d'aide à domicile</u></p> <p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	

Personne de confiance

<p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	
<p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	
<p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	
<p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	

<p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	
<p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p>	

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET TÂCHES PAR ÉPISODE DE SOINS

Définir au moins 3 tâches dont au moins 1 pour le secteur de la santé mentale

Objectifs généraux recherchés avec le patient, tâches convenues, activités de soins et responsabilités des professionnels de soins de santé, d'aide et des aidants informels ainsi que le patient lui-même pour atteindre les objectifs précités

DOMAINE	OBJECTIF/TÂCHE	COMMENT ?	QUI ?	DÉLAI	RÉSULTATS OBTENUS

DOMAINE	OBJECTIF/TÂCHE	COMMENT ?	QUI ?	DÉLAI	RÉSULTATS OBTENUS

Liste des domaines à aborder

1. La motricité

Aptitudes locomotrices, postures, aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes locomotrices, les capacités à effectuer des activités physiques.

2. La langue et la communication

Aspects réceptifs et expressifs, possibilité d'avoir des contacts avec autrui.

3. Adaptation sociale

Connaissance et image de soi, attitude envers autrui, participation à la vie en communauté.

4. Le travail

Motivation, compétences et aptitudes de base, capacité à s'intégrer dans une équipe.

5. Autonomie au sein de la collectivité

Se déplacer, utiliser les moyens de transport, faire des achats, gérer l'argent, respecter les lois et règlements de la société.

6. Comportement personnel adapté

Attitudes ou comportements qui devraient disparaître.

7. Autonomie de base

Se nourrir, se laver, aller aux toilettes, s'habiller.

8. Autonomie en matière de logement

Organisation journalière sur le plan ménager : cuisiner, faire le ménage, laver, repasser, veiller à sa santé, veiller à sa sécurité.

9. Aptitudes intellectuelles

Connaissances élémentaires, lecture, écriture, calcul.

ANNEXES

A conserver par l'organisateur de la concertation

Annexe 1

1. Données concernant le groupe-cible

A. Contact préalable soins de santé mentale

Le patient a eu un contact préalable avec les soins de santé mentale dans le cadre d'affection psychiatrique qui satisfait à au moins une des conditions suivantes :

- a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un hôpital psychiatrique, SPHG ou service K, au plus tard un an auparavant

ou

- a été pris en charge pendant au moins 14 jours par une équipe mobile dans le cadre de l' « Article 107 », au plus tard un an auparavant

ou

- a été pris en charge pendant au moins 14 jours d'un projet outreach pour enfants et adolescents financé par le SPF Santé publique, au plus tard un an auparavant

ou

- une admission pendant au moins 14 jours dans d'autres services hospitaliers où un psychiatre a été appelé en consultation, au plus tard un an auparavant. Un des numéros de nomenclature suivants a été porté en compte 599443, 599465, 596562, 596584.

ou

- pour les enfants et adolescents:
→ un accompagnement d'au moins 6 mois dans un service de santé mentale, au plus tard un an auparavant
→ ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au plus tard un mois auparavant

ou

- une prise en charge pendant au moins 14 jours par une équipe de soins psychiatriques à domicile depuis une initiative d'habitation protégée

ou

- pour les adultes : une prise en charge pendant un an par un psychiatre ou un centre de soins de santé mentale

ou

- pour les enfants et adolescents : une prise en charge pendant six mois par un pédopsychiatre ou un centre de soins de santé mentale

10

B. Aptitudes

- ❖ Pour les enfants et les adolescents : consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants : autonomie de base, autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, le fonctionnement au sein de la famille ou le contexte de la famille de substitution, l'adaptation sociale, l'école, la motricité et/ou un comportement personnel adapté.

oui non

- ❖ Pour les adultes : consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants : autonomie de base, l'autonomie en matière de logement, l'autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, l'adaptation sociale, le travail, les connaissances scolaires, la motricité et/ ou un comportement personnel adapté.

oui non

LES PARTICIPANTS À LA CONCERTATION ÉTABLISSENT QUE POUR LE PATIENT UN PLAN D'ACCOMPAGNEMENT D'UNE DURÉE MINIMALE DE 12 MOIS EST NÉCESSAIRE AFIN D'ACCORDER LES SOINS.

Codes nomenclature

- 596562 : honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur prescription du médecin spécialiste qui exerce la surveillance
- 596584 : honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur demande du médecin spécialiste qui exerce la surveillance
- 599443 : honoraires pour le premier examen psychiatrique, effectué au sein du service où séjourne un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin spécialiste en psychiatrie sur prescription du médecin qui en a la surveillance, avec dossier de liaison central
- 599465 : honoraires pour l'examen et/ou traitement psychiatrique suivant par un médecin spécialiste en psychiatrie au sein du service où séjourne le patient

2. Données concernant les réunions de concertation

Date de la 1ère concertation : .. /.. /

Participants

NOM – PRENOM	DISCIPLINE	SIGNATURE	N° INAMI	N° compte bancaire (si d'application) lié au n° INAMI	Réservé au SISD
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient
				IBAN : BIC :	<input type="radio"/> Personne de référence <input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1 ^{ère} ligne <input type="radio"/> Aidant informel <input type="radio"/> Patient

Données pratiques

La concertation a eu lieu

- au domicile du patient
- ailleurs

Durée de la concertation :

Suivi :

- pas de concertation
- date de la concertation suivante : .. / .. /

Organisateur

Nom :

Organisation :

Signature :

2^{ème} concertation : date .. / .. /

dans les 12 mois

3^{ème} concertation : date .. / .. /

ANNEXE 2 : déclaration du médecin

Le soussigné,, docteur en médecine, porteur du numéro INAMI
.....

déclare par la présente que pour le patient suivant :

il est question d'une problématique psychiatrique avec un diagnostic principal¹:

DSM IV TR ou DSM V ou ICD 10-CM.....

qui est de nature répétitive ou potentiellement de nature répétitive et qui est considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes et/ou de la présence de comorbidité avec un diagnostic complémentaire :

DSM IV TR ou DSM V ou ICD 10-CM.....

Date

..... / /

Signature du médecin

¹ Exclut comme diagnostic principal : démence, autres troubles cognitifs d'origine médicales vasculaires ou traumatiques, épilepsie, retard mental, troubles neurologiques.