

CHARTRE D'ADHÉSION AU DISPOSITIF PAR LES BÉNÉFICIAIRES (CAD)

template 2018-11-17

Ce document doit être paraphé à chaque page, rempli et signé aux pages 6, 8 et 9, et retourné à l'équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté par courrier ou par mail aux adresses mentionnées ci-dessous.

I - Objet de l'équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté :

L' **équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** a pour objectif d'optimiser la prise en charge de toute personne déficiente visuelle de plus de 20 ans exprimant un besoin d'aide à la vie quotidienne sur l'ensemble du territoire de la région Bourgogne-Franche-Comté, par un travail en interdisciplinarité, en réseau de professionnels de la basse vision, et au plus proche du lieu de vie du bénéficiaire.

L'action de l' **équipe mobile bv bo-fc** est centrée sur les axes d'orientation proposés en terme de réadaptation, à savoir locomotion, vie quotidienne, informatique et psychologie.

II - La prise en charge par l'équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté :

L'**équipe mobile bv bo-fc** fait appel à différents professionnels spécialisés en déficience visuelle. Votre prise en charge par tel et tel professionnel est motivée par des contraintes géographiques non opposables. Elle s'articule obligatoirement de la manière suivante, s'appuyant sur 3 phases distinctes après un premier entretien (entretien préalable) :

0. entretien préalable :	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> • vous permettre d'avoir une connaissance sur l'accompagnement proposé et ses limites, • de recueillir ainsi votre consentement, • permettre à l'équipe mobile bv bo-fc de donner son accord sur votre accompagnement.
Lieu :	vos domicile ou lieu de votre choix.
Moyens professionnels :	vous serez reçu de manière simultanée par 2 professionnels basse vision.
Durée :	1h30 environ.
Documents utilisés :	<ul style="list-style-type: none"> • "questionnaire de qualité de vie – avant accompagnement". • "fiche d'avis".
Documents préalables :	<ul style="list-style-type: none"> • "fiche de liaison ophtalmo" dument remplie par votre ophtalmologiste-traitant. • "charte d'adhésion des bénéficiaires" signée par vous-même.

1. bilan fonctionnel :	
<i>Objectifs :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vous permettre de connaître objectivement vos capacités et limites • permettre à l'équipe mobile bv bo-fc et au prescripteur de disposer des éléments sur votre vision fonctionnelle, sur vos capacités et limites liées à votre atteinte visuelle
<i>Lieu :</i>	au choix : <ol style="list-style-type: none"> 1. ou CRRBV (service ophtalmo) du CHU de Dijon (21). 2. ou Cabinet d'Orthoptie de Dominique BARRAUD, Dijon (21). 3. ou Cabinet d'Orthoptie S. & N. RICHOMME, Chenôve (21). 4. ou Cabinet d'Orthoptie de Séverine CRÉDEVILLE, Besançon (25). 5. ou Cabinet d'Orthoptie d'Alexandre DELGUTTE, Nevers (58). 6. ou Cabinet d'Orthoptie d'Anne MATHIEU-G., Louhans (71).
<i>Moyens professionnels :</i>	selon le lieu : <ol style="list-style-type: none"> 1. CRRBV Dijon (21) : équipe pluridisciplinaire : ophtalmologiste bv, orthoptiste bv, ergothérapeute bv et psychologue bv. 2. Cabinets d'Orthoptie : orthoptiste bv et ergothérapeute bv.
<i>Durée :</i>	selon le lieu : <ol style="list-style-type: none"> 1. CRRBV Dijon (21) : 1 journée en hospitalisation de jour. 2. Cabinets d'Orthoptie : entre 1h30 et 2h00.
<i>Documents utilisés :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • "<i>compte-rendu/bilan fonctionnel</i>".
<i>Documents préalables :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • "<i>fiche de liaison ophtalmo</i>" dument remplie par votre ophtalmologiste-traitant. • "<i>prescription pour un bilan fonctionnel</i>" adressée par votre médecin-traitant ou ophtalmologiste-traitant. • "<i>fiche d'avis</i>" suite à l'<i>entretien préalable</i>. • "<i>devis</i>" signé par vos soins avec la mention bon pour accord.
2. identification des moyens de compensation :	
<i>Objectifs :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vous permettre d'identifier vos besoins et les techniques de compensation à mettre en place pour favoriser le développement de votre indépendance et autonomie. • permettre à l'équipe mobile bv bo-fc et au prescripteur de disposer des préconisations sur les solutions adaptées aux situations que vous rencontrez dans votre parcours personnel. • permettre à l'équipe mobile bv bo-fc d'évaluer les besoins en aides techniques à mettre en œuvre en fonction de l'évaluation de votre vision fonctionnelle et du niveau de votre parcours.
<i>Lieu :</i>	à domicile (sur votre lieu de vie).
<i>Moyens professionnels :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ergothérapeute basse vision ou AVJiste. • instructeur de locomotion. • informaticien spécialisé pour personnes déficientes visuelles. • psychologue.
<i>Durée :</i>	4 heures maximum (1 à 2 séances de 1h00 à 2h00 chacune) par type de professionnel à mobiliser.
<i>Documents utilisés :</i>	" <i>devis</i> " qui vous sera adressé après les évaluations respectives.
<i>Documents préalables :</i>	" <i>compte-rendu/bilan fonctionnel</i> " fourni à l'issue de la phase 1.

3. mise en œuvre des techniques de compensation au regard des besoins et des solutions préconisées :	
<i>Objectifs :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vous permettre de développer votre indépendance et autonomie sur des besoins identifiés. • permettre à l'équipe mobile bv bo-fc et au prescripteur de disposer de réponses adaptées aux besoins identifiés. • permettre à l'équipe mobile bv bo-fc de vous apporter les techniques de compensation adaptées et nécessaires, de suivre l'action et d'ajuster les techniques si besoin.
<i>Lieu :</i>	à domicile (sur votre lieu de vie).
<i>Moyens professionnels :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ergothérapeute basse vision ou AVJiste. • instructeur de locomotion. • informaticien spécialisé pour personnes déficientes visuelles. • psychologue.
<i>Durée :</i>	25h maximum (10 à 15 séances de 1h00 à 2h00 chacune) par type de professionnel mobilisé.
<i>Documents utilisés :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • "compte-rendu / fiche de restitution". • "facture proforma" + "facture du reste à charge". • "questionnaire de qualité de vie" – dans la foulée après l'accompagnement. • "questionnaire de qualité de vie" – 1 an après l'accompagnement. • "questionnaire de satisfaction" – dans la foulée après l'accompagnement.
<i>Documents préalables :</i>	n/a

III - Financement de l'intervention de l'équipe mobile basse vision bo-fc :

1. Financeurs :

Le coût de l'accompagnement proposé par l'**équipe mobile bv bo-fc** (hors phase 1 – *bilan fonctionnel*) est financé de la manière suivante :

1. Selon les cas, plus de 90% environ par l'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) ;
2. le cas échéant, si vous êtes bénéficiaire de la PCH, par l'enveloppe "Charges Exceptionnelles" financée par le CONSEIL DÉPARTEMENTAL (sur notification de la MDPH), à hauteur de 1.800,00 € tous les 3 ans.
3. par VOUS-MÊME à hauteur de 5,00 € par heure d'accompagnement (hors phase 1 – *bilan fonctionnel* et hors temps de déplacement et hors frais de déplacement).

Le financement du *bilan fonctionnel* (phase 1) est assuré par la Sécurité sociale et votre mutuelle.

2. Devis :

Après l'entretien préalable, sur la base des besoins que vous aurez exprimés, un devis vous sera adressé sous 10 jours.

Ce devis sera composé de 3 volets suivants, indissociables les uns des autres :

- volet 1 : devis général indiquant le coût total de la prise en charge ;
- volet 2 : annexe n°1 précisant le détail des coûts pour chacune des phases de prise en charge ;
- volet 3 : annexe n°2 précisant le plan de financement et le montant de votre reste à charge fixé à hauteur de 5,00 € par heure d'accompagnement (hors phase 1 – *bilan fonctionnel*).

La signature des 3 volets du devis avec la mention écrite "bon pour accord" vaut pour bon de commande et valide le début de prise en charge.

IV - Vos droits :

1. Désengagement :

Vous êtes libre de refuser dès maintenant cette proposition sans préjudice sur la prise en charge réalisée par votre (vos) médecin (s).

Vous pouvez à tout moment demander la fin de l'accompagnement par l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté**. Cependant, vous serez redevables du montant du reste à charge engagé (cf. § III-1).

2. Sollicitation des professionnels de l'équipe :

Vous avez la possibilité de consulter en toute liberté et à tout moment de l'accompagnement les professionnels de l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** pour avis et conseils.

3. Confidentialité des informations :

L'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** garantit la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales vous concernant. Votre accord est nécessaire pour le partage de ces informations entre les intervenants de l'**équipe mobile** (cf. § VII).

IV - Vos devoirs :

1. Demandes auprès de votre ophtalmologiste-traitant et/ou médecin-traitant :

Vous demanderez, avant l'accompagnement, les documents suivants à nous retourner :

- à votre ophtalmologiste-traitant ou à votre médecin-traitant **une prescription** pour un bilan fonctionnel basse vision.
- à votre ophtalmologiste-traitant de remplir la "*fiche de liaison ophtalmo*" vous concernant en joignant un champ visuel de moins d'un an.

2. Paiement :

Vous vous engagez, lors de la signature du devis, sur le principe du reste à charge.

A l'issue de l'accompagnement, une facture sera établie sur base des prestations réellement réalisées. Le montant de la facture ne pourra en aucun cas dépasser celui du devis.

Le paiement pourra se faire par chèque ou par virement bancaire.

Si pendant l'accompagnement, l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** estime que le montant des frais engagés sera supérieur à celui du devis qui vous a été proposé, elle vous en avisera immédiatement et vous proposera un nouveau devis plus précis.

3. Respect des rendez-vous proposés :

Vous vous engagez à honorer les rendez-vous que vous aurez déterminés avec les professionnels de l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté**.

Si vous ne pouvez honorer un rendez-vous, vous devrez prévenir le professionnel concerné au moins 48 heures avant le rendez-vous en vous justifiant.

Au delà de 2 rendez-vous non honorés et non excusés, l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** se réserve le droit de suspendre de manière définitive l'accompagnement. Vous serez redevable du montant du reste à charge engagé (cf. § III-1).

4. Réponse aux questionnaires :

Vous vous engagez à répondre aux questionnaires suivants :

- "*questionnaire de qualité de vie*" – pour l'évaluation subjective du dispositif, posé trois fois :
 - avant le début de l'accompagnement,
 - juste après l'accompagnement
 - et enfin un an après l'accompagnement.
- "*questionnaire de satisfaction*" – pour l'évaluation objective du dispositif, posé après la fin de l'accompagnement.

V - Dispositions réglementaires :

L'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** est un projet pilote d'accompagnement à l'autonomie en santé désigné par le Ministre des Solidarités et de la Santé, par arrêté ministériel du 21 novembre 2017.

L'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** répond à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CEPOM) signé avec l'Agence Régionale de Santé pour une période de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2018.

Si vous n'avez pas compris un ou plusieurs termes de cette charte, les membres de l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** vous apporteront toutes les explications nécessaires.

VI - Demande d'accompagnement par l'équipe mobile basse vision bo-fc :

<i>nom marital</i>			
<i>nom de naissance</i>			
<i>prénom</i>			
<i>date de naissance</i>		<i>lieu de naissance</i>	
<i>adresse 1</i>			
<i>adresse 2</i>			
<i>code postal</i>		<i>commune</i>	
<i>téléphone portable</i>		<i>téléphone fixe</i>	
<i>adresse e-mail</i>			
<p>Merci de transcrire ci-dessous de manière manuscrite la mention suivante : « J'ai bien compris les informations qui m'ont été données et en accepte le principe »</p>			
demande d'accompagnement par l'équipe mobile faite le (date) à (lieu)		signature	

VII - Autorisation de transmission d'informations entre les professionnel(le)s de l'équipe mobile basse vision bo-fc :

De par l'organisation-même de l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** et de par son objectif premier d'intervention au plus près des bénéficiaires, les différent(e)s professionnel(le)s ne pourront pas systématiquement se rencontrer régulièrement pour échanger, car dispersés sur un territoire très vaste. Toutefois, afin de proposer une prise en charge de qualité, l'échange d'informations personnelles, médicales et sociales vous concernant leur est indispensable.

Pour cela, en accord avec la loi, c'est vous qui décidez de la liste des professionnels qui auront accès à ces informations vous concernant, par échange de mails ou par accès à votre fichier informatisé. Ce fichier ne sera consultable par ces professionnel(le)s que pendant le temps de la prise en charge.

À cet effet, vous trouverez en page suivante un tableau pré-rempli avec les nom / prénom / fonction des professionnel(le)s susceptibles de vous suivre et de vous accompagner. Il vous suffit de rayer les personnes pour lesquelles vous ne donnez pas votre accord pour accéder à votre dossier.

Vous pouvez à tout moment modifier votre avis auprès du coordinateur de l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté**.

NOTE IMPORTANTE

Les données vous concernant sont stockées sous forme de fichier informatique pendant toute la durée de l'accompagnement. Conformément à la réglementation en vigueur, vous pouvez à tout moment accéder à ce fichier, le modifier ou le supprimer, ceci en contactant l'ASSOCIATION VOIR ET PERCEVOIR dont les coordonnées sont reprises ci-dessous.

Ces données sont collectées exclusivement aux fins de l'accompagnement par l'**équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté** et ne seront en aucun cas cédées ou vendues à des tiers.

Je, soussigné(é), - nom -		- prénom -	
<p>certifie autoriser les professionnel(le)s de l'équipe mobile basse vision bourgogne franche-comté mentionné(e)s dans la liste ci-dessous à partager les informations personnelles, médicales et sociales me concernant, ainsi qu'à mon médecin-traitant et mon ophtalmologiste dont je donne les noms ci-dessous.</p>			
ophtalmologiste-traitant			
médecin-traitant			
BILANS FONCTIONNELS – PHASE 1 (Dijon -21- / Nevers -58- / Louhans -71-) :			
ophtalmologiste bv	GERSON-THOMAS	Monique	CRRBV – CHU Dijon
orthoptiste bv	CHARLES	Aurélie	CRRBV – CHU Dijon
ergothérapeute bv	FAYS	Anne	CRRBV – CHU Dijon
ergothérapeute bv	KAUFFMANN	Julianne	CRRBV – CHU Dijon
instructrice de locomotion	BONNETAIN	Lucie	CRRBV – CHU Dijon
psychologue bv	CLERC	Laetitia	CRRBV – CHU Dijon
orthoptiste bv	BARRAUD	Dominique	en libéral 21
orthoptiste bv	CRÉDEVILLE	Séverine	en libéral 25
orthoptiste bv	DELGUTTE	Pierre-Alex.	en libéral 58
orthoptiste bv	MATHIEU-GUICHARD	Anne	en libéral 71
orthoptiste bv	RICHOMME	Nicolas	en libéral 21
orthoptiste bv	RICHOMME	Sabrina	en libéral 21
ACCOMPAGNEMENT ÉQUIPE MOBILE BV BO FC – PHASES 0 - 2 - 3 :			
AVJiste	MARILLIER	Claire	SAAAS Nevers
ergothérapeute	BAYET	Céline	Asso. Voir & Percevoir
ergothérapeute bv	DE SOUSA-TACHET	Peggy	Asso. Voir & Percevoir
ergothérapeute bv	DUBUC	Anaïs	SAAAS Nevers
ergothérapeute bv	HENRY	Florence	Asso. Voir & Percevoir
ergothérapeute bv	YOT	Mathilde	Asso. Voir & Percevoir
instructeur de locomotion	BOISSEIN	Jean-Luc	en libéral
instructrice de locomotion	BONNET	Aline	Asso. Voir & Percevoir
instructrice de locomotion	BONNETAIN	Lucie	Asso. Voir & Percevoir
instructeur de locomotion	DESBOEUFS	Vincent	SAAAS Nevers
instructeur de locomotion	HENCKEL	Philippe	en libéral
instructrice de locomotion	PATIN-PEPIOT	Julie	en libéral
informaticien spécialisé bv	FULGENCE	Thierry	SAAAS Nevers
informaticien spécialisé bv	NEDEY	Thibaud	en libéral
informaticien spécialisé bv	RAMÉ	Pierre-Em.	Asso. Voir & Percevoir

.../...

.../...

psychologue bv	GARARAPON	Hélène	SAAAS Nevers
psychologue bv	KLEIN	Emmanuelle	en libéral
psychologue bv	JACQUES	Stéphanie	en libéral
psychologue bv	SAMSON	Anne-Fleur	en libéral
psychologue bv	VINTER	Antoine	en libéral
psychologue bv	ZMUDZINSKI	Patricia	SAAAS Montceau
coordinateur	MICHEL	Charles-H.	Asso. Voir & Percevoir
.../...			
établi le (date)		signature	