

*Le présent dossier de candidature est* ***à remplir par la consultation mémoire candidate.***

*Il est à retourner accompagné des pièces complémentaires requises avant le* ***14 octobre 2023*** *à l’ARS de Provence Alpes Côte d’Azur par courriel :*

* *à l’adresse* ars-paca-dos-doh@ars.sante.fr
* *en précisant en objet « AAC Labellisation Consultations mémoire et CMRR ».*

**Dossier de candidature**

**Consultation mémoire de proximité en Etablissement de Santé (CMPES)**

**Année**

*Le cahier des charges définit les missions dévolues à la Consultation Mémoire de Proximité (CMP). La CM de proximité se différencie de la Consultations Mémoire de Territoire (CMT) par une absence de plateau technique complet ou de compétences de neuropsychologues. Une convention la lie à une CM de territoire labellisée afin de définir les modalités d’accès aux ressources humaines et plateau technique de la CM de territoire.*

**L’établissement de santé porteur de la consultation mémoire de proximité**

**……………………………………………………………………… (Finess juridique)**

**s’engage en cas de labellisation accordée, selon le dossier ci-dessous complété, à :**

* Mettre en place un fonctionnement et les ressources permettant le respect des missions dévolues à la CM de proximité en établissement de santé (CMPES) selon le cahier des charges figurant dans l’annexe 4 de l’instruction n° DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022 relative au nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche ;

* Assurer le renseignement de la Banque Nationale Alzheimer (BNA), transmettre les données/items issues du Corpus minimal d’Information Maladie d’Alzheimer (CIMA), dans le respect du Règlement Général de Protection des Données (RGPD) ;
* Mettre en place une convention avec une CM de territoire labellisée. La convention organise l’accès au plateau technique et aux compétences de la CM de territoire, notamment les compétences de neuropsychologue et avec si besoin, l’appui au remplissage de la BNA. La convention signée sera à transmettre à l’ARS au plus tard le 30 novembre 2023;
* Permettre aux professionnels de la CM de proximité de participer à la réunion annuelle organisée par les CMRR ;
* Transmettre au plus tard le 31 mars de chaque année le rapport d’activité de la CM de proximité selon le modèle figurant dans l’annexe 7 de l’instruction précédemment citée.

Le Directeur de l’établissement

Nom Prénom :

Courriel : Téléphone (ligne directe) :

Date

Signature

**Coordonnées et périmètre géographique**

**Consultation mémoire de proximité de ………………………………………………………………**

* **Responsable médical**

Nom

Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone (ligne directe)

* **Responsable administratif**

Nom

Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone (ligne directe)

**Périmètre géographique de la CMPES**

*La consultation mémoire dessert le territoire défini lors de sa labellisation par l’ARS.*

Proposition du porteur quant à la couverture géographique :

*A préciser*

**Organisation de la CMPES**

*La CM de proximité en établissement de santé est implantée dans un établissement de santé qui ne dispose pas de tout le plateau technique (IRM et scanner) ou des moyens humains de neuropsychologue.*

*Elle est implantée dans un établissement de santé (entité juridique) distinct de celui porteur de la CM de territoire à laquelle elle est rattachée.*

**Etablissement porteur de la CM de proximité :**

FINESS juridique :

FINESS géographique :

Jours et horaires de consultations :

|  |
| --- |
| *A préciser* |

**Etablissement porteur de la CM de territoire à laquelle la CM de proximité sera rattachée** *(joindre le projet de convention au dossier de candidature)* :

FINESS juridique :

FINESS géographique :

**Fonctionnement de la CMPES**

*« La consultation mémoire de proximité en établissement de santé doit disposer à minima de 0,5 ETP médical (neurologue ou gériatre ou psychiatre).*

*Le praticien assurant la consultation est soumis aux mêmes exigences de qualification et de formation que les médecins des consultations mémoire de territoire. Il est incité à suivre des formations spécialisées (ex : DIU). Il participe à des formations continues sur la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées. »*

*Compléter les tableaux ci-dessous.*

Médecins

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spécialité** | **Statut** | **ETP** | **Nom Prénom** | **Préciser si recrutement en cours** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Neuropsychologues ou psychologues

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spécialité** | **ETP** | **Nom Prénom** | **Préciser si recrutement en cours** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*L’établissement peut facturer un acte technique codé ALQP006 (bilan cognitif), réalisé par des neuropsychologues.*

IDE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **ETP** | **Nom Prénom** | **Préciser si recrutement en cours** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Administratif

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **ETP** | **Nom Prénom** | **Préciser si recrutement en cours** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Modalités d’accès à la CMPES**

*« Le lieu de consultation doit être adapté au public accueilli.*

Modalités de prise de rendez-vous pour les patients et leurs aidants :

*A préciser*

Modalités d’accèsfacilité (créneaux spécifiques…) :

*A préciser*

Préciser les modalités d’élaboration du Plan personnalisé de soins et d’aide (du patient et de son aidant) :

*A préciser*

Préciser les modalités de suivi de la file active des nouveaux patients en appui du médecin traitant :

*A préciser*

Modalités de formation continue du médecin sur les troubles neurocognitifs :

*A préciser*

Quels sont les outils de communication sécurisés utilisés avec les professionnels de santé ?

*A préciser*

Délai d’attente pour une première consultation 2022 :

|  |  |
| --- | --- |
| Indiquer ici le délai d’attente moyen pour une première consultation  |  |
| Une procédure d'organisation des prises en charge prioritaires est-elle formalisée ?(Exemples : plages horaires dédiées, dispositif coupe-file, …). |  |

**Activités**

*« La CM de proximité doit avoir une file active d’au moins 50 nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation neurocognitive constatée au cours des douze mois de l’année précédant la reconnaissance par l’ARS. »*

Joindre une extraction des données patients de 2022 de la BNA pour la consultation en place qui sollicite la labellisation en CMPES (Data set généré automatiquement à partir de la BNA).

En cas de non enregistrement des patients dans la BNA, ou enregistrement d’une partie de l’activité, préciser les circonstances (problèmes techniques, etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *A préciser* |  |  |

* **Données de l’activité 2022**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2022** |
| Nombre de **nouveaux patients** ayant fait l’objet d’une évaluation neurocognitive constatée  |  |
| **File active** (nombre de patients vus au moins une fois dans l’année) |  |
| Nombre de **consultations externes** réalisées |  |
| **File active en consultations externes** (nombre de patients vus au moins une fois dans l’année en consultation externe) |  |
| Nombre de **patients adressés au CMRR** |  |
| Nombre de **patients adressés à la CMT** |  |
| Nombre de **patients adressés par un EHPAD** |  |
| Nombre de **téléconsultations** réalisées |  |
| Nombre de **téléexpertises** réalisées |  |
| Nombre de **patients de moins de 65 ans** |  |

* **Activité prévisionnelle de la consultation mémoire de proximité en établissement de santé**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Estimation (par an) |
| Nombre de nouveaux patients de la CMP |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Remarques et propositions souhaitées en complément :**

**Rappel :**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Le présent dossier de candidature est **à remplir par la consultation mémoire candidate.**

Il est à retourner accompagné des pièces complémentaires requises avant le **14 octobre 2023** à l’ARS de Provence Alpes Côte d’Azur par courriel :

* à l’adresse ars-paca-dos-doh@ars.sante.fr
* en précisant en objet « AAC Labellisation Consultations mémoire et CMRR ».