

# DOSSIER DE DEMANDE DE LABELLISATION

# DES CONSULTATIONS MEMOIRE DE PROXIMITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

# (CMPES)

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

*Il est à retourner accompagné des pièces complémentaires requises* ***avant le 20 Octobre 2023 à minuit*** *à l’ARS des Hauts-de-France par courriel à l’adresse*:

[ars-hdf-dos-planif-auto-contract@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-dos-planif-auto-contract@ars.sante.fr)

|  |
| --- |
| **Nom et adresse du site porteur de la consultation mémoire de proximité**   * Finess Juridique : * Finess Géographique : |
| **Le Directeur de l’établissement**   * Nom Prénom : * Email : * Téléphone : |
| **Responsable médical de la consultation mémoire**   * Nom Prénom : * Email : * Téléphone : |
| **Cadre administratif de pôle/Directeur adjoint, responsable de la consultation mémoire**   * Nom/ Prénom : * Email : * Téléphone : |

**Nom et adresse de la CMT de rattachement de la CMPES candidate, s’il y a lieu :**

* Finess Juridique :
* Finess Géographique :

# DESCRIPTION de la CONSULTATION mémoire DE PROXIMITE

## Organisation

|  |  |
| --- | --- |
| Jours et horaires de consultations : |  |
| Modalités d’accès à la consultation : |  |
| Modalités de prise de rendez-vous : |  |
| Un numéro de téléphone dédié existe-t-il et si oui à qui est-il adressé ? |  |
| Modalités de communication de cette consultation sur le territoire : |  |
| Délai moyen d’attente pour une première consultation en 2022 |  |

Un accès au plateau technique d’imagerie cérébrale (scanner et IRM) et aux examens biologiques est-il organisé ?

☐ OUI󠆺 ☐ NON

* Sur site ☐ OUI󠆺 ☐ NON
* Avec la consultation mémoire de territoire (CMT) ☐ OUI󠆺 ☐ NON

*(si une convention est mise en place, merci de la joindre au dossier)*

* Autre (Merci de détailler les organisations)

Des outils de coordination partagés (numéro accessible, messagerie sécurisée, télémédecine…) entre les professionnels de santé sont-ils mis en place ?

☐ OUI󠆺 ☐ NON

Si oui, précisez lesquels :

*Utilisation télémédecine ☐ OUI󠆺 ☐ NON*

*Si oui, date de démarrage :*

*Nombre de téléconsultations réalisées :*

*Nombre de télé expertises réalisées :*

Participation aux réunions pluridisciplinaires organisées par la CM de territoire et/ou le CMRR

☐ OUI󠆺 ☐ NON

## 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 consultation mémoire de proximité.**

*Données d’activité 2021-2022 de la consultation mémoire de proximité*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2021** | **2022** |
| Nombre total de consultations mémoire |  |  |
| Nombre de patients **différents** vus au moins une fois dans l’année (file active) |  |  |
| Nombre de **nouveaux** patients ayant fait l’objet d’une évaluation dans l’année |  |  |
| Nombre de patients adressés au CMRR |  |  |
| Nombre de patients adressés à la CMT |  |  |
| Nombre total d’actes d’imagerie |  |  |
| Nombre de patients vus en hôpital de jour |  |  |

*Patientèle 2021-2022 (sur le total des patients vus sur l’année en consultation externe et hôpital de jour)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2021** | **2022** |
| Répartition par âge (moins de 65 ans et 65 ans et plus) |  |  |
| Sex ratio |  |  |
| Répartition par diagnostic |  |  |
| Répartition des MMS (30, 25 à 29, 20 à 24, 15 à 19, moins de 15, MMS impossible ou non fait) |  |  |

*Provenance des patients 2021-2022*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresseurs (en nombre de patients)** | **2021** | **2022** |
| Médecins libéraux |  |  |
| Services hospitaliers dont autres consultations mémoire (de proximité/de territoire/CMRR, merci de préciser) |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

## Equipe pluridisciplinaire

***« 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. »***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Professionnels** | **ETP** | **Nom / Prénom** |
| Gériatre |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Si autre médecin dédié  Spécialité : |  |  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

Participation aux formations, journées d’interventions organisées par le CMRR, CMT…

OUI󠆺  NON

Si oui, nombre de participations/an :

# Maillage tERRITORIAL

***Le territoire d’intervention de la consultation mémoire de proximité doit s’intégrer dans le territoire d’intervention de la filière gériatrique de rattachement.***

***Le maillage territorial proposé doit permettre un accès facilité à un diagnostic à toute personne dans un délai raisonnable sur le territoire.***

Description du territoire d’intervention de la CMP par les données DIM de résidence des patients suivis

# COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES