

**Dossier de candidature**

**Consultation Mémoire de Proximité Libérale (CMPL)**

*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.*

**Année**

**Madame – Monsieur** **le Docteur**

**………………………………………………………………………**

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

* Mettre en place le fonctionnement permettant le respect des missions dévolues à la Consultation Mémoire de Proximité Libérale (CMPL) 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 ;
* Participer à la réunion annuelle de formation et d’information organisée par le CMRR ;
* Transmettre au plus tard au 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.

Nom :

Prénom :

Courriel :

Téléphone (ligne directe) :

Date

Signature

**1. Coordonnées et périmètre géographique**

**Consultation mémoire de proximité du Docteur ………………………………………………………………**

* **Praticien demandant la reconnaissance individuelle**

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Numéro RPPS/ADELI :

* **Localisation géographique du cabinet médical**

Adresse :

Numéro de téléphone :

Courriel :

* **Spécialité et qualification ordinale du praticien**

*« Pourront demander à faire l’objet d’une reconnaissance individuellement au titre des consultations mémoire de proximité libérales :*

* *les spécialistes en neurologie ;*
* *les spécialistes en gériatrie ;*
* *les spécialistes en psychiatrie ;*
* *les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine générale titulaires d’une capacité de gériatrie, diplôme d’université de médecine de la personne âgée.*

A préciser :

**2. Fonctionnement de la consultation mémoire libérale**

Rattachement à une CM de territoire.

A préciser (joindre le projet de convention au dossier de candidature) :

Modalités d’accès facilités à la consultation mémoire de proximité (créneaux spécifiques ? délai ?)

A préciser :

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

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

Participation à une formation continue sur les troubles neurocognitifs.

A préciser :

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

A préciser :

**3. Critères d’activité**

*« 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. »*

**Données de l’année 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 **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 CM de proximité**

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

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

**Remarques et propositions que vous souhaiteriez formaliser en complément :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le dossier est à adresser à l’ARS Pays de la Loire au plus tard le jeudi 3 août 2023 par messagerie à l’adresse électronique suivante : ARS-PDL-DOSA-PPA@ars.sante.fr**