**Labellisation des Consultations Mémoire et Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (2023)**

**Dossier-support de demande de labellisation**

Il est recommandé d’utiliser ce support pour établir votre dossier de demande.

**Un seul dossier de demande de labellisation par CM ou CMRR est à renseigner**. Ainsi, pour les consultations mémoires ou CMRR multi sites, le porteur coordonne le dossier avec la participation de tous les sites, pour son remplissage.

**Au document de demande de labellisation devra être annexé les pièces suivantes :**

* Les lettres d’engagement ou convention de partenariat (*précisé dans le support de labellisation);*
* Le plan de formation ;
* Une extraction des données issue de la Banque Nationale Alzheimer (BNA) → Si relabellisation de la consultation mémoire ;
* Pour les candidats au CMRR : tout document attestant de leurs participations à des programmes de recherche (limiter à 15, des 3 dernières années) ;
* Tout autre document permettant d’étayer le dossier de candidature (limité à 3).

**Les documents pour une labellisation par l’ARS Occitanie seront à retourner avant la date limite du dépôt d’un dossier de demande de labellisation : le 22 septembre 2023 inclus**

o à l’**adresse** suivante : ars-oc-dosa-uos@ars.sante.fr

o en mentionnant en **objet** : ARS OC Labellisation CM 2023

**Candidature à** :

Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) [ ]

Consultation Mémoire de Territoire (CMT) [ ]

Consultation Mémoire de Proximité en établissement de santé (CMP ES) [ ]

Consultation Mémoire de Proximité Libérale (CMP L) [ ]

**Pour les CMRR et les CM hors CMP Libérales**

Directeur de l’établissement → Nom : Prénom :

Coordonnées : e-mail :

 Téléphone :

Implantation du CMRR ou de la Consultation Mémoire (CM) :

* Nom :
* Adresse :
* Finess Juridique (EJ) :
* Finess Géographique (ET obligatoire) :
* Département (numéro) :
* Nom et prénom du contact de la CM :
* Email de la CM :

Consultation Mémoire multi-site : OUI [ ]  NON [ ]

→ Si OUI, remplir le tableau ci-dessous

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom et adresse d’implantation de la CM****E\_mail et Tel direct** |  |
| Site 1 = **Porteur** : * Finess EJ :
* Finess ET :
 |  | Neurologique [ ]  Gériatrique [ ]  Psychiatrique [ ]  Autre [ ]   |
| Site 2 :* Finess EJ :
* Finess ET :
 |  | Neurologique [ ]  Gériatrique [ ]  Psychiatrique [ ]  Autre [ ]   |
| Site 3 :* Finess EJ :
* Finess ET :
 |  | Neurologique [ ]  Gériatrique [ ]  Psychiatrique [ ]  Autre [ ]   |

Pour les CMRR :

* Coordonnateur du CMRR :
	+ Nom :
	+ Prénom :
	+ Statut : [ ]  PUPH [ ]  MCUPH [ ]  PH [ ]  Autre *(préciser)*
* Spécialité coordonnateur du CMRR :
	+ Neurologie [ ]
	+ Gériatrie [ ]
	+ Psychiatrie [ ]

Si CM ou CMRR multi-site dupliquer le tableau suivant pour chacun de vos sites :

|  |
| --- |
| Responsable médical de la CM* Nom :
* Prénom :
* Spécialité :
* Coordonnées
* Email :
* Téléphone (06 ou 07):
 |
| Cadre administratif de pôle/Directeur adjoint, responsable de la CM* Nom :
* Prénom :
* Coordonnées
* Email :
* Téléphone (06 ou 07) :
 |

|  |
| --- |
| Le CMRR est-il rattaché à un établissement public scientifique et technique (INSERM, CNRS…) ?[ ]  OUI [ ]  NON → Si OUI, lequel : |
| CMRR de rattachement de la CMT : CHU de Toulouse [ ]  CH Montpellier  [ ]   |
| CMT de rattachement de la CMP → Nom de la CMT : |
| La CM dispose-t-elle d’un hôpital de jour de réadaptation pour la prise en charge des patients atteints de pathologies neurocognitives : 󠆺[ ]  OUI󠆺 [ ]  NON |

**Pour les CMP libérales**

|  |
| --- |
| Praticien demandant la reconnaissance individuelle :Nom : Prénom : Date de Naissance (jj/mm/aaaa) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Numéro RPPS : Spécialité :  |
| Localisation Géographique du Cabinet Médical : Adresse : Numéro de téléphone (06 ou 07): Email :  |
| CMT de rattachement de la CMP (ES et libérale)Nom : Adresse : |

**Fonctionnement du CMRR ou de la Consultation Mémoire**

**Pour l’activité de recours du CMRR**

*Si CMRR multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |
| --- |
| Jours et horaires de consultations : |
| Modalités d’accès à la consultation : |
| Modalités de prise de rendez-vous : |
| Ensemble des Professionnels dédiés au CMRR et à la CMT: Effectif Total :ETP Total :  |

**Pour l’activité de Consultation Mémoire**

*Si CM multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |
| --- |
| Jours et horaires de consultations : |
| Modalités d’accès à la consultation : |
| Modalités de prise de rendez-vous : |
| Ensemble des Professionnels dédiés à la CM : Effectif Total :ETP Total :  |

**Pour l’activité du CMRR (activité de recours et activité CMT)**

*Si CMRR multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Détail des ETP dédiés**  | **ETP** | **Nom / Prénom** | **A recruter (oui/non)** |
| Gériatre (**Qualification en gériatrie requise)** |  |  |  |
| Neurologue\* |  |  |  |
| Psychiatre\* |  |  |  |
| Si autre Médecin dédié Spécialité :  |  |  |  |
| Neuropsychologue\* |  |  |  |
| Psychologue-Clinicien\* |  |  |  |
| Orthophoniste\* |  |  |  |
| Secrétariat\* |  |  |  |
| IDE / IPA |  |  |  |
| Assistante Sociale |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Assistant de Recherche clinique, Ingénieur d’études\* |  |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |  |

**Pour l’activité de Consultation Mémoire**

*Si CM multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Détail des ETP dédiés**  | **ETP** | **Nom / Prénom** | **A recruter (oui/non)** |
| Gériatre (**Qualification en gériatrie requise)** |  |  |  |
| Neurologue\* |  |  |  |
| Psychiatre\* |  |  |  |
| Si autre Médecin dédié Spécialité :  |  |  |  |
| Neuropsychologue\* |  |  |  |
| Psychologue-Clinicien\* |  |  |  |
| Orthophoniste\* |  |  |  |
| Secrétariat\* |  |  |  |
| IDE / IPA |  |  |  |
| Assistante Sociale |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Assistant de Recherche clinique, Ingénieur d’études\* |  |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |  |

*Conformément à 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, les consultations mémoire de territoire doivent recruter un neuropsychologue (0,5 ETP), ou à défaut un psychologue ou orthophoniste formé à la psychométrie et une secrétaire. Pour les consultations mémoire de proximité, un médecin spécialiste (neurologue ou gériatre ou psychiatre). Pour les consultations mémoire de territoire, 2 des 3 disciplines doivent être représentées ou les cas échéants, un accès rapide par convention doit être organisé.*

*\* Présence ETP obligatoire en fonction du type de consultation.*

**Accès à un plateau technique**

Le CMRR ou la CM a-t-elle accès à un plateau d’imagerie ? :

[ ]  OUI [ ]  NON

Type d’équipement : [ ]  IRM [ ]  Scanner Cérébral [ ]  TEP FDG [ ]  TEP amyloïde

Autre [ ]  préciser :

→ Si OUI, le plateau est-il installé au sein ou à proximité immédiate de l’établissement ?

[ ] OUI [ ] NON

→ Si NON : une convention de partenariat existe ? [ ] OUI [ ] NON

**Si oui fournir convention de partenariat**

Le CMRR ou la CM a-t-elle accès à la biologie de l’établissement ? [ ] OUI [ ] NON

→ Si OUI , Réalisation de biomarqueurs « LCR » : [ ] OUI [ ] NON

→ Si NON : une convention de partenariat existe ? [ ] OUI [ ] NON

**Si oui fournir la convention de partenariat**

*Conformément à 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 recherches, les consultations mémoire de territoire doivent avoir un plateau technique au sein de leur établissement de rattachement ou de manière dérogatoire par voie de convention.*

**Pour CMRR et CM à relabelliser : Données d’activité 2022**

**Précision** : Activité réellement réalisée indépendamment de la déclaration ou non dans la BNA

**Activité de recours propre au CMRR**

*Si CMRR multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Total** |
| File active tous types de consultations confondues : nombre de patients vus au moins une fois dans l’année |  |
| Nombre de nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation |  |
| Nombre total d’actes |  |
| Nombre de consultations externes |  |
| File active en consultations externes |  |
| Nombre de bilans neuropsychologiques |  |
| Nombre de séjours en hôpital de jour |  |
| File active en hôpital de jour = nombre de patients vus au moins une fois en hôpital de jour |  |

**Activité de Consultations** **Mémoires**

*Si CM multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Total** |
| File active tous types de consultations confondues : nombre de patients vus au moins une fois dans l’année |  |
| Nombre de nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation |  |
| Nombre total d’actes |  |
| Nombre de consultations externes |  |
| File active en consultations externes |  |
| Nombre de bilans neuropsychologiques |  |
| Nombre de séjours en hôpital de jour |  |
| File active en hôpital de jour = nombre de patients vus au moins une fois en hôpital de jour |  |

*Conformément à 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, les consultations mémoire de territoire doivent avoir pour cible une file active annuelle d’au moins 125 nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation neurocognitive constatée.*

*S’agissant des consultations mémoire de proximité, il convient d’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.*

**Délai d’attente moyen pour une première consultation**

* De recours au CMRR (en jour) :
* Mémoire (en jour) :

**Activité plateau technique d’imagerie installé au sein ou à proximité immédiate de l’établissement (*Si CM ou CMRR multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **En % des patients** |
| Nombre de scanners cérébraux réalisés pour la CM  |  |
| Nombre d’IRM cérébrales réalisées pour la CM |  |
| Autres (plateau de médecine nucléaire, TEP FDG) |  |

**Un accès aux compétences et plateaux techniques aux consultations mémoire partenaires pourrait-il être organisé ?**

 󠆺[ ] OUI 󠆺[ ] NON

**Travail en équipe :**  󠆺[ ] OUI 󠆺[ ] NON

→ Si OUI :

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de réunions de services  |  |
| Nombre de réunions pluridisciplinaires |  |

**Pour le CMRR : Activité Enseignement / Formation**

|  |  |
| --- | --- |
| Réunions pluridisciplinaires de concertations  | Nombre :  |
| Staffs  | Nombre :  |
| Réunion avec les CM | Nombre : |
| Cours et/ou formations dispensées | Nombre :Liste *(dénomination)* : |
| Colloques ou Congrès (intervention sous invitation) | Nombre :  |
| Autres, préciser : |  |

**Pour l’activité de recours de la CMRR: Profils des patients reçus en 2022**

*Si CMRR multi-site : dupliquer les tableaux suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

**Origine géographique et profils des patients pris en charge en 2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Origine des patients** | Proportion de patients de moins de 60 ans | Proportion des patients de 60 ans à 74 ans | Proportion des patients de 75 ans à 84 ans | Proportion des patients De plus de 84 ans |
| De votre département |  |   |   |  |
| Hors département |  |  |  |  |
| Hors région Occitanie |  |   |   |  |
| Total (%) |  |  |  |  |

**Provenance des patients**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresseurs** | Nombre | En % des patients |
| CM pour expertise |  |  |
| Services hospitaliers (hors établissement non doté d’une CM) |  |  |
| Médecin généraliste |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Gériatre |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Patient venu de lui-même (directement) |  |  |
| Autres : préciser |  |  |

**Pour la CM à relabelliser : Profils des patients reçus en 2022**

*Si CM multi-site : dupliquer les tableaux suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

**Origine géographique et profils des patients**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Origine des patients** | Proportion de patients de moins de 60 ans | Proportion des patients de 60 ans à 74 ans | Proportion des patients de 75 ans à 84 ans | Proportion des patients De plus de 84 ans |
| De votre département |  |   |   |  |
| Hors département |  |  |  |  |
| Hors région Occitanie |  |   |   |  |
| Total (%) |  |  |  |  |

**Provenance des patients**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresseurs** | Nombre | En % des patients |
| Médecin généraliste |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Gériatre |  |  |
| Etablissement de santé |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Patient venu de lui-même (directement) |  |  |
| Autres (préciser) :  |  |  |

**Orientation après diagnostic des patients**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | En % des patients |
| Adressés au CMRR |  |  |

**Pour une CMT ou CMP dont la demande est nouvelle : activité prévisionnelle annuelle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Activité prévisionnelle** | **Nombre** |
| Nombre de nouveaux patients de la CMT |  |
| Nombre de nouveaux patients de la CMP |  |

*Conformément à 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, les consultations mémoire de territoire doivent avoir* ***pour cible une file active annuelle d’au moins 125 nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation neurocognitive constatée.***

*S’agissant des consultations mémoire de proximité, il convient d’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.*

**Maillage territorial**

*Conformément à 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, les consultations mémoire de territoire doivent prévoir un territoire d’intervention.*

*Si CMRR ou CM multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

**Indiquer les Codes Postaux du territoire effectif d’intervention de recours de la CMRR**

**= origine des nouveaux patients →** 1 code postal par case

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Indiquer les Codes Postaux du territoire effectif d’intervention de la Consultation Mémoire**

**= origine des nouveaux patients → 1** code postal par case

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Pour la CMP : préciser la CMT de rattachement**

Nom :

Adresse :

**Fournir lettre d’engagement**

**Coopération entre les professionnels**

**Accès direct et coopération**

Un accès direct pour les médecins généralistes et/ou d’autres spécialités est-il ou sera-t-il mis en place à la CM ? 󠆺[ ] OUI [ ] NON

|  |
| --- |
| Si OUI :Modalités de mise en œuvre actuelle ou prévue ? Délai ? |
| Si NON :Préciser les raisons ? |

Le protocole national de coopération « Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin » est-il ou sera-t-il mis en place au sein de la consultation mémoire ?

|  |
| --- |
| Si OUI :Modalités de mise en œuvre actuelles ou prévues ? Délai ?  |
| Si NON :Préciser les raisons ? |

Un autre protocole de coopération entre professionnels de santé est-il ou sera-t-il mis en place au sein de la consultation mémoire ?

|  |
| --- |
| Si OUI :Modalités de mise en œuvre actuelles ou prévues ? Délai ?  |
| Si NON :Préciser les raisons ? |

**Partenariats**

**Joindre conventions ou lettres d’engagement au dossier**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenariats** | **Formalisés sur le territoire en 2022** | **A mettre en place : modalités de mise en œuvre prévues** |
| **Pour toutes les CM** |
| Associations de patients et d’aides aux aidants  |  |  |
| Organisations de soins de premier recours coordonnées ( CPTS…)  |  |  |
| Dispositifs d’appui à la coordination  |  |  |
| Etablissements et services médico-sociaux /USLD/ équipes spécialisées Alzheimer (ESA)  |  |  |
| **Pour les CMRR** |
| Etablissement de santé disposant d’une expertise en psychiatrie notamment en psychiatrie de la personne âgée |  |  |
| Centres de compétence sur les maladies rares |  |  |
| Centres pour les malades jeunes Alzheimer.Un réfèrent * est désigné 󠆺[ ] OUI 󠆺[ ] NON
* est prévu 󠆺[ ] OUI 󠆺[ ] NON
 |  |  |

**Utilisation de la télésanté et de ces outils**

*Si CMRR et CM multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Réalisé en 2022****En % des patients**  | **Sera réalisé annuellement****En % de patients** |
| Nombre d’actes de télésanté  |  |  |
| Nombre de télé consultations  |  |  |
| Nombre de télé expertises  |  |  |
| Nombre de télé staffs  |  |  |

Préciser :

|  |
| --- |
| Existence site web du CMRR/de la CM : [ ] OUI [ ]  NON→ Si OUI, modalités de mise en œuvre actuelles ? :Si NON, préciser les raisons ? |
| Utilisation messagerie sécurisée à destination des professionnels : [ ] OUI [ ] NON Si OUI, modalités de mise en œuvre actuelles ? :Si NON, préciser les raisons ? :  |
| Utilisation dossier patient informatisé (DPI) : [ ] OUI [ ] NON Si OUI, Modalités utilisation ? : Si NON : Préciser les raisons ? |

**Transmission Information / Formation**

Organisation de la saisie des données dans la Banque Nationale Alzheimer (BNA)

|  |
| --- |
| Si CMRR/CM à relabelliser - Renseignement de la Banque Nationale Alzheimer[ ]  OUI [ ]  NONSi NON, préciser les raisons ? :  |
| Si CMRR/CM à relabelliser - Exportation des données du corpus d’information maladie d’Alzheimer (CIMA) vers la BNA [ ]  OUI [ ]  NON |

Si vous renseignez la BNA, reporter dans le tableau suivant pour 2022 votre activité déclarée concernant :

*Si CMRR multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Total** |
| File active tous types de consultations confondues : nombre de patients vus au moins une fois dans l’année |  |
| Nombre de nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation |  |
| Nombre total d’actes |  |
| Nombre de consultations externes |  |
| File active en consultations externes |  |
| Nombre de bilans neuropsychologiques |  |

Le CMRR / la CM produit un rapport annuel d’activité ? [ ] OUI [ ] NON

→ Si Non, préciser les raisons :

→ Si OUI, pour le CMRR, dissociez-vous l’activité du CMRR de celle de la CM ? [ ] OUI [ ] NON

Pour les CMRR : Contribution au niveau régional et des territoires à la diffusion de réflexions et questionnements éthiques ? [ ] OUI [ ] NON

→ Si OUI : nature des actions réalisées au cours des 3 dernières années :

**Animation du réseau des Consultations mémoires (CMRR, CMT, CMP) : modalités prévues**

|  |
| --- |
| **Pour les CMP :** Une participation au réseau des CMT est-elle envisagée ?[ ]  OUI → Si oui, modalités : [ ]  NON → Si non, raisons :  |
| **Pour les CMT:** Modalités d‘animation des CMP |
| **Pour les CMT :** Participation aux réunions organisées par les CMRR de rattachement ? [ ]  OUI → Si oui, fréquence : [ ]  NON → Si non, raison : Une participation est-elle envisagée ? 󠆺[ ] OUI [ ] NON |
| **Pour les CMT :** Participation travaux de recherches menés par les CMRR de rattachement ? [ ] OUI → Si oui, nombre de recherche : [ ] NON → Si non, une participation est-elle envisagée? 󠆺[ ] OUI [ ] NON |

|  |
| --- |
| **Pour les CMRR** |
| Organisation de réunions à destination des CM :[ ] OUI [ ] NON→ Si oui, à quelle fréquence : → Si non, une mise en place est-elle prévue ? :  |
| Modalités d’animation du réseau prévues avec les consultations mémoire de territoire et de proximité ? |
| Modalités de mise à disposition de l’expertise du CMRR auprès des acteurs (CM, médecins du 1er recours, ESMS, associations...), notamment sur les diagnostics précoces et complexes et les troubles psycho-comportementaux liés à ces pathologies existentielles ? [ ]  OUI → Si oui, préciser : [ ]  NON → Si non, une mise en place prochaine est-elle prévue ? Modalités ? |
| Modalités de contribution au niveau régional, à la diffusion des réflexions et questionnements éthiques : réunions régionales, information[ ]  OUI → Si oui, détailler : [ ]  NON → Si non, une mise en place prochaine est-elle prévue ? Modalités ? |

**Formation**

|  |
| --- |
| Formation continue des professionnels de la CM **(*joindre plan de formation)*** |
| **Pour les CMRR** : Le centre participe-t-il à la formation (initiale et continue) des professionnels des CM, professionnels des EHPAD ou autres ESMS: 󠆺 󠆺[ ] OUI [ ] NON En lien avec les filières gériatriques de territoire ? 󠆺 󠆺[ ] OUI → Si oui, précisez les modalités : [ ] NON → Si non, préciser les raisons : |

**Pour les CMRR : Mission Recherche**

**(*Les documents justificatifs devront être joints au dossier*)**

*Si CMRR multi-site : dupliquer le tableau suivant pour présenter séparément les informations pour chaque site*

|  |
| --- |
| Le CMRR mène-t-il des projets de recherche comme principal investigateur ou coordonnateur ?[ ] OUI [ ] NON→Si OUI, lister ici les projets menés (sur les 3 dernières années) :  * Etudes académiques :
* Etudes industrielles :

→ Si NON, est-ce prévu ?Le CMRR participe-t-il à des projets de recherche comme investigateur associé ?[ ] OUI [ ] NON→ Si OUI, listez ici les projets menés (sur les 3 dernières années) :* Études académiques :
* Etudes industrielles :

→ Si NON, est-ce prévu ? [ ] OUI [ ] NON |
| Existence de partenariats avec d’autres équipes de recherche (épidémiologiques, fondamentales, transactionnelles et/ou sciences humaines et sociales) :[ ] OUI [ ]  NON → SI OUI (préciser) : → Si NON : partenariats envisagés ? |
| Accès à la recherche[[1]](#footnote-1) : des modalités d’accès à la recherche pour les CM, les professionnels du premier recours et les patients sont-elles organisées ? [ ] OUI [ ]  NON → Si OUI, détailler : → Si NON : mise en place prévue ? [ ] OUI [ ]  NON |
| Production scientifique : lister les publications dans des revues internationales et/ou à comité de lecture et participation aux communications dans des congrès des 3 dernières années :SCORE SIGAPS *Si CMRR multi-site : préciser la production scientifique séparément*  |

*;*

**Synthèse du projet du CMRR ou de la CM (en 1 page maximum)**

1. *\*Accès à l’information sur les projets de recherche, nombre de patients inclus, contacts pris avec les associations et les professionnels du premier recours* [↑](#footnote-ref-1)