



Les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI)

interviennent pour accompagner les médecins dans la prévention et la prise en charge des pathologies respiratoires / allergiques

Les pathologies respiratoires et/ou allergiques liées à l'environnement sont une préoccupation de santé publique. Leur évolution peut être influencée par des facteurs environnementaux, dont les polluants de l'air intérieur qui, par la multiplicité et la permanence des sources d'exposition, ont un rôle majeur dans l'apparition ou l'aggravation des symptômes.

Il peut vous être difficile d'obtenir des informations précises sur les facteurs défavorables à la santé respiratoire de vos patients, qu'ils soient liés à l'état structurel du logement ou à des usages dans celui-ci non adaptés à la santé respiratoire.

Sur votre prescription, les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) réalisent une visite au domicile de vos patients afin d'identifier les risques d'exposition problématiques et de les accompagner dans la démarche de diminution de ceux-ci.

Dans quels cas prescrire une visite ?

Lorsque l'environnement intérieur du patient que vous suivez pour pathologie respiratoire/allergique, ou semble avoir un rôle dans le déclenchement, la persistance ou l'aggravation des symptômes, par exemples :

- malgré le traitement les symptômes de votre patient persistent voire s'aggravent et les diagnostics différentiels susceptibles d'être à l'origine de cet échappement thérapeutique ont été éliminés
- plusieurs membres d'une famille vivant sous le même toit présentent des symptômes allergiques/respiratoires
- votre patient vous décrit un logement avec des phénomènes d'humidité récurrents

Dans le cadre du PRSE 2024-2028, les visites sont prioritairement destinées aux enfants. L'intervention auprès d'adultes reste possible en cas de pathologie respiratoire sévère et dans un contexte complexe (dégradation inexpliquée de l'état du patient, recherche de l'allergène en cause..).

Comment prescrire une visite de CMEI ?

Remplir la demande d'intervention-type CMEI et la renvoyer au secrétariat du Réseau CMEI (coordonnées ci-dessous)

Quelles sont les modalités de l'intervention ?

Suite à l'envoi de votre prescription, un CMEI prend contact avec le patient afin de planifier une visite au domicile. La durée de la visite est d'environ 1h30. Le coût de la visite est pris en charge par les financeurs du dispositif. A l'issue de la visite, un compte-rendu vous est envoyé ainsi qu'au patient.

Quelles sont les étapes d'une visite CMEI ?

- Recueil des données de l'habitat (température, humidité, ventilation, chauffage ...)
- Recueil d'informations sur les habitudes et modes de vie des occupants
- Constat visuel de sources de polluants biologiques et chimiques de l'environnement intérieur
- Conseils personnalisés et hiérarchisés au patient et à sa famille sur les pratiques permettant d'améliorer la qualité de l'air intérieur
- Recherche conjointe des moyens d'obtenir une diminution optimale des allergènes et polluants
- Réalisation de prélèvements et d'analyses s'ils sont jugés pertinents par le conseiller.

Nota bene : La visite CMEI n'est pas un dispositif permettant, en première intention :

- de contribuer à la résolution d'un litige entre bailleur et locataire(s) ou un litige de voisinage
- de contribuer et d'aboutir à un relogement
- de résoudre une situation de mal-logement ou d'habitat indigne, dans ce cas un signalement peut-être réalisé directement sur nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/lutte-contre-lhabitat-indigne-3

Pour accompagner votre patient à mieux vivre au quotidien sa maladie :

tous les programmes d'Education Thérapeutique du Patient sont accessibles sur Ethna.net



Coordonnées du secrétariat du Réseau CMEI en Nouvelle Aquitaine :

Tél : 05.35.54.06.28

Fax : 05.35.54.04.27

Mail : cmei-na@appa.asso.fr

Site web national : www.cmei-france.fr



Demande d'enquête environnementale D'UN(E) CONSEILLER(E) MEDICAL(E) EN ENVIRONNEMENT INTERIEUR (CMEI)

A adresser par mail : cmei-na@appa.asso.fr ou par fax au 05.35.54.04.27
Téléphone du secrétariat : 05.35.54.06.28

MEDECIN

Le docteur Téléphone :
Adresse postale :
Courriel (obligatoire) :
Spécialité : pneumologue généraliste allergologue pédiatre autre :
Statut : médecin hospitalier libéral PMI

Demande qu'une enquête environnementale ait lieu chez :

PATIENT

Nom : Prénom :
Né(e) le :/...../..... Sexe : F M
Adresse postale : Téléphone :
..... Courriel (recommandé) :
.....
Autre(s) membre(s) de la famille suivi(s) pour une pathologie respiratoire/ allergique : Oui Non
Si oui : âge(s) :

CONTEXTE MEDICAL
ET ENVIRONNEMENTAL

DIAGNOSTIC MÉDICAL :

Si asthme : léger modéré sévère // contrôlé non-contrôlé

ALLERGIES CONNUES : Positif Négatif Non réalisé

Acariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres :

DESCRIPTION DE LA SITUATION (Pathologie/Environnement de vie/Evolution) :

.....
.....
.....
.....

ATTENTES
MEDICALES

Appui ciblé à vos recommandations. Si oui, lesquelles ?

Apport d'éléments pour compléter votre bilan Aide au changement d'habitudes de votre patient

Aide à l'éviction des facteurs participatifs Autres :

En donnant votre accord, vous convenez et acceptez que les informations recueillies soient uniquement transmises au Secrétariat du Réseau CMEI néo-aquitain et au conseiller en charge de la visite. Elles font l'objet d'un traitement informatique à des fins d'organisation et d'évaluation (application sécurisée, non diffusées à des tiers, pas d'utilisation commerciale). Conformément à la loi Informatique et Libertés et le Règlement Européen Général sur la Protection des Données 2016/ 679 (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au secrétariat (05.35.54.06.28 / cmei-na@appa.asso.fr)

Date :/..../.....

Signature du médecin (cachet) :

Accord du patient (obligatoire) :

Dispositif financé par :

En partenariat avec :

