Dossier de candidature

Appel à candidatures consultation mémoire et centre mémoire de ressources et de recherche

Le présent dossier de candidature est **à remplir par la consultation mémoire candidate.** Il est à retourner accompagné des pièces complémentaires requises avant le 18/09/2023 à l’ARS d’Ile-de-France par courriel :

* à l’adresse [ars-idf-aap-medicosocial-pa@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-aap-medicosocial-pa@ars.sante.fr)
* en précisant en objet « AAC Labellisation Consultations mémoire et CMRR »

Nom du Directeur de l’établissement

* Nom : Prénom :

Coordonnées (e-mail, téléphone) :

Filière gériatrique de rattachement : :

Nom et adresse d’implantation de la consultation mémoire (CM) :

* Finess EJ :
* Finess ET :

CM multisite OUI  NON

Si oui, remplir le tableau ci-dessous

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nom et adresse d’implantation de la CM** |
| Site 2 :   * Finess EJ : * Finess ET : |  |
| Site 3 :   * Finess EJ : * Finess ET : |  |

|  |
| --- |
| Nom et adresse de l’établissement de santé de rattachement de la CM  Finess EJ : Finess ET : |
| La CM dispose-t-il d’un hôpital de jour de réadaptation pour la prise en charge des patients atteints de pathologies neurocognitives 󠆺 OUI󠆺  NON  Si Non : et au sein de la filière gériatrique de rattachement :  Oui  Non |
| La CM est-elle rattachée à un établissement public scientifique et technique (INSERM, CNRS…) ? 󠆺 OUI  NON  Si OUI, lequel : |

|  |
| --- |
| Responsable médical de la consultation mémoire   * Nom Prénom : * Coordonnées * Email : * Téléphone : |
| Cadre administratif de pôle/Directeur adjoint, responsable de la consultation mémoire   * Nom/ Prénom : * Coordonnées * Email : * Téléphone : |

**Pour les consultations mémoire de proximité (CMP) libérale**

|  |
| --- |
| Praticien demandant la reconnaissance individuelle :  Nom :  Prénom :  Date de Naissance (jj/mm/aaaa) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_  Numéro ADELI :  Spécialité : |
| Localisation Géographique du Cabinet Médical :  Adresse :  Numéro de téléphone :  Email : |

1. **Fonctionnement de la consultation mémoire**

|  |  |
| --- | --- |
| Jours et horaires de consultations | |
| Modalités d’accès à la consultation | |
| Modalités de prise de rendez-vous : | |
| Nombre total ETP présents |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Détail des ETP** | **ETP** | **Nom/ Prénom** | **A recruter (oui/non)** |
| Gériatre (**Qualification en gériatrie requise)** |  |  |  |
| Neurologue\* |  |  |  |
| Psychiatre\* |  |  |  |
| Neuropsychologue\* |  |  |  |
| Psychologue-Clinicien\* |  |  |  |
| Orthophoniste\* |  |  |  |
| Secrétariat\* |  |  |  |
| Infirmier/ IPA |  |  |  |
| Assistant de Recherche clinique, Ingénieur d’études\* |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

*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

La consultation mémoire a-t-elle accès à un plateau technique ? : 󠆺OUI NON

Si OUI, le plateau est-il installé au sein de l’établissement porteur ?: 󠆺OUI NON

|  |  |
| --- | --- |
| Si NON : préciser (fournir convention de partenariat le cas échéant) |  |
| **Dans tous les cas** préciser le type d’équipement (scanner, IRM, laboratoire…) |  |

*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*

1. **Données d’activité 2022 de la consultation mémoire**
2. *Consultations*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Total |
| File active 2022 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 2022 en consultations externes |  |
| Nombre de bilans neuropsychologiques |  |
| Nombre de séjours en hôpital de jour |  |
| File active 2022 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*

1. *Activité plateau technique implantée au sein de la structure*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **En % des patients** |
| Nombre de scanners cérébraux réalisés pour la consultation mémoire |  |
| Nombre d’IRM cérébrales réalisées pour la consultation mémoire |  |
| Autres |  |

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

1. *Modalités de travail en équipe*

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

1. *Activité enseignement /Formation CMRR*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour les CMRR** | **Nombre** |
| Réunions de concertations |  |
| Nombre de Staffs |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre** |
| Cours, colloques , formations dispensées |  |
| Autres, préciser : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Délai d’attente pour une première consultation 2022*  |  |  | | --- | --- | | Indiquer ici le délai d’attente moyen pour une première consultation (préciser si en jours, semaines ou mois) |  | |

1. **Profils des patients reçus en 2022**
2. *Origine géographique et profils des patients en 2022*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Origine des patients** | **Proportion des patients âgés de moins de 60 ans** | **Proportion des patients âgés de 60 ans à moins de 75 ans** | **Proportion des patients âgés de 75 ans à 84 ans** | **Proportion des patients âgés de 85 ans et plus** |
| 75 |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |
| 91 |  |  |  |  |
| 92 |  |  |  |  |
| 93 |  |  |  |  |
| 94 |  |  |  |  |
| 95 |  |  |  |  |
| France hors IDF |  |  |  |  |
| Etranger |  |  |  |  |
| Territoire de la filière gériatrique |  |  |  |  |

1. *Provenance des patients 2022*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresseurs** | **Nombre** | **En % des patients** |
| Médecins libéraux |  |  |
| Services hospitaliers dont autres consultations mémoire pour expertise |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Autres |  |  |

1. *Orientation après diagnostique des patients reçus en 2022*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **En % des patients** |
| Nombre de patients adressés à la CMRR |  |  |
| Nombre de patients suivis adressés à une ESA |  |  |
| autres (suivi au long court en HDJ…) |  |  |

1. *Activité prévisionnelle suite à la mise en place des Consultations mémoire de proximité/consultations mémoire de territoire (CMT)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Activité prévisionnelle** | **Nombre** |
| Nombre de nouveaux patients de la consultation mémoire de territoire |  |
| Nombre de nouveaux patients des consultations mémoire de proximité pouvant être labellisées et rattachées à la consultation mémoire de territoire |  |
| Nombre de nouveaux patients de la consultation mémoire de proximité |  |

*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*

1. **Maillage territorial envisagé**

*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*

**La consultation mémoire de territoire joue un rôle de recours en compétences (bilan neuropsychologiques notamment) pour les consultations mémoires de proximité.**

|  |
| --- |
| Indiquer le territoire d’intervention (zone d’articulation avec l’écosystème sanitaire) de la consultation qui 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.  Un travail d’articulation avec les consultations mémoire de la filière est à prévoir  **Préciser le rattachement à une Consultation Mémoire Labellisée de Territoire ou CMRR ainsi que les éventuelles consultations mémoire de proximité pouvant être rattachées.**  **Des lettres d’engagement peuvent être jointes au dossier** |
|  |

1. **Coopération entre les professionnels**
2. *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 :

* Au sein de la consultation mémoire/service ? 󠆺OUI NON
* Au sein de la filière gériatrique ? 󠆺 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 ? |

1. *Partenariats*

**Partenariats à mettre en place :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaires ( joindre convention ou lettre d’engagement au dossier)** | **Partenariats formalisés sur le territoire** | **Partenariats à formaliser : modalités de mise en œuvre prévues** |
| **Pour toutes les consultations** | | |
| 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 :? |  |  |
| **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** |  |  |

1. *Utilisation de la télémédecine/ Outil numérique*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **En % des patients** |
| Utilisation télémédecine |  |
| Nombre de téléconsultations réalisées |  |
| Nombre de téléexpertises réalisées |  |
| Nombre de téléstaffs réalisés |  |

**Préciser :**

|  |
| --- |
| Type Outil numérique utilisé : |
| Existence site web dédiée à la consultation : 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 ? |

1. **Transmission Information / formation**
2. *Organisation de la saisie des données dans la Banque Nationale Alzheimer (BNA)*

|  |
| --- |
| Modalités d’enrichissement de la Banque Nationale Alzheimer |
| Modalités d’exportation des données du corpus d’information maladie d’Alzheimer (CIMA) vers la BNA |

1. *Animation du réseau Consultation mémoire de proximité/Consultations mémoire de territoire/Centre de mémoire de recherche et de ressources: modalités prévues*

|  |
| --- |
| **Consultation mémoire de territoire** **:** Modalités d‘animation des consultations mémoire de proximité : |
| **Consultation mémoire de proximité :** Une participation au réseau des consultations mémoire de territoire est-elle envisagée ?  OUI  Si oui, modalités :  NON  Si non, raisons : |
| **Consultation mémoire de territoire :** Participation aux réunions organisées par les CMRR de rattachement :  OUI  Si oui, fréquence :  NON  Si non, raison :  Une participation est-elle envisagée ? 󠆺OUI NON |
| **Consultation mémoire de territoire :** 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 réunion à destination des consultations mémoire  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 l’expertise du CMRR auprès des acteurs, 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 ? |

1. *Formation*

|  |
| --- |
| Formation continue des professionnels du service/ du cabinet **(*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 |

1. **Pour les CMRR : Mission Recherche** *(les documents justificatifs devront être joints au dossier)*

|  |
| --- |
| Le centre mène-t-il des projets de recherche ? :  OUI NON  Si OUI, lister les projets menés Si NON, est-ce prévu ?  Le centre participe-t-il à des projets de recherche :  OUI NON  Si OUI, listez les projets menés Si NON, est-ce prévu ? |
| 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 est-il organisé ?   * Si OUI : détailler * Si NON : mise en place prévue ? |
| Production scientifique : publications dans des revues internationales et/ou à comité de lecture et participation aux communications dans des congrès : |
| **En tant que centre investigateur**  Participez-vous comme associé dans des études académiques et/ou industriels :  OUI  NON  Si OUI, lesquels ?  SI NON, pour quelles raisons ?  Menez-vous en tant que coordinateur des études académiques et/ou industriels :  OUI  NON  Si OUI, lesquels ?  SI NON, pour quelles raisons ? |

*;*

1. **Synthèse du projet médical de l’établissement**

|  |
| --- |
| Synthèse projet médical de l’établissement (volet concernant la neurologie/gériatrie/psychiatrie en 2 pages 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)