

# DOSSIER DE DEMANDE DE LABELLISATION

# DES CONSULTATIONS MEMOIRE DE TERRITOIRE

# (CMT)

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

***Au dossier de candidature devront être annexés les pièces suivantes :***

* *les lettres d’engagement ou convention de partenariat (précisé dans le support de labellisation);*
* *le plan de formation des intervenants de la consultation ;*
* *une extraction des données issue de la Banque Nationale Alzheimer (BNA) en cas d’une candidature de relabellisation de la consultation mémoire ;*
* *tout autre document permettant d’étayer le dossier de candidature.*

*Ce dossier est à retourner* ***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

|  |
| --- |
| **Nom et adresse du site porteur de la consultation mémoire (CM) :*** 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 :
 |

**Consultations mémoire multi-sites ?**

 OUI [ ]  NON [ ]

 Si oui, compléter le tableau ci-dessous

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

**Nom et adresse de la consultation mémoire de ressources et de recherche (CMRR) de rattachement de la CMT :**

# DESCRIPTION de la CONSULTATION mémoire DE Territoire

## Organisation

***Si CM multi-site[[1]](#footnote-1), 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 : |  |
| 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 |  |

La CM dispose-t-il d’un hôpital de jour de bilan de mémoire pour les patients atteints de pathologies neurocognitives 󠆺[ ]  OUI󠆺 [ ]  NON

* si non, un accès au sein de la filière gériatrique de rattachement  OUI [ ]  NON [ ]
* si oui, merci de préciser :

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

* Sur site ☐ OUI󠆺 ☐ NON

Si oui, description et modalités d’accès pour la CMT ainsi que les types d’équipements :

Si hors site porteur, description et modalités d’accès pour la CMT *(Le cas échéant, joindre la convention au dossier)*

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 :*

## Activités

***« La CMT doit avoir pour cible une file active annuelle d’au moins 125 nouveaux patients ayant fait l’objet d’une évaluation neurocognitive constatée ».***

***« La CM de territoire assure le renseignement de la BNA, transmet les données/items du corpus minimal des informations Alzheimer (CIMA), dans le respect du règlement général de protection des données (RGPD). »***

**Joindre une extraction des données patients de 2021-2022 de la BNA pour la consultation en place qui sollicite la labellisation en CMT.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 vus en hôpital de jour |  |  |
| Nombre total d’actes d’imagerie  |  |  |

*Patientèle 2021-2022* (sur le total des patients vus sur l’année en CE et HDJ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 pour expertise |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Autres |  |  |

*Orientation après diagnostic des patients reçus en 2022*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Orientations** | **2021** | **2022** |
| Nombre de patients adressés au CMRR |  |  |
| Nombre de patients suivis adressés à une ESA |  |  |
| Nombre de patients adressés à une UCC |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |

## Equipe pluridisciplinaire

***La consultation mémoire de territoire est composée d’une équipe pluridisciplinaire comportant au moins :***

* ***0,5 ETP médical - Avec des compétences médicales en neurologie et/ou gériatrie, et/ou psychiatrie ;***
	+ ***Au moins deux des trois disciplines doivent être représentées au sein des personnels médicaux affectés à la CM ou, le cas échéant, un accès rapide à une de ses disciplines doit être formalisé par convention et organisé ; Pour les compétences non représentées, un accès formalisé par convention est organisé.***
* ***0,5 ETP de neuropsychologue ou à défaut, par un psychologue ou un orthophoniste formés à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien aux patients et aux aidants.***
* ***0,5 ETP de secrétariat***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Professionnels** | **ETP** | **Nom / Prénom** |
| Gériatre  |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Si autre Médecin dédié Spécialité :  |  |  |
| Neuropsychologue |  |  |
| Psychologue-Clinicien |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Secrétariat |  |  |
| IDE / IPA |  |  |
| Assistante Sociale |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

Existe-t-il des formations ou sensibilisations des professionnels du territoire qui contribuent au suivi et à l’accompagnement des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées ? Des journées d’information/sensibilisation territoriales avec contribution de la CMT ?

OUI [ ]  NON [ ]

Si oui, merci de les détailler :

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

 [ ]  OUI󠆺 [ ]  NON

Si oui, nombre de participations/an :

(Joindre le plan de formation des intervenants de la CMT)

# Maillage tERRITORIAL

***Le territoire d’intervention de la consultation mémoire de territoire devrait 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****.*

## Territoire

Description du territoire d’intervention de la CMT (ou territoire de recrutement des patients selon les données du DIM).

## Interagir en réseau avec les CM de proximité et les CMRR

La CMT participe-t-elle aux réunions organisées par le CMRR de rattachement ?

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, à quelle fréquence ? Si non, indiquer les raisons.

La CMT a-t-elle déjà identifié des consultations mémoires de proximité dont elle sera le recours ? Si oui indiquez les établissements/professionnels concernés.

Le cas échéant, quelles sont les modalités d’accès pour la consultation mémoire de proximité aux compétences et au plateau technique de la CMT (joindre le projet de convention au dossier de candidature)

Précisez les modalités d’animation du réseau du territoire pour les professionnels des EHPAD, ESA, des consultations mémoires de proximité rattachées à la CMT… (exemple : réunions pluridisciplinaires, journées d’information, réunions de territoire…)

## Les partenariats

|  |  |
| --- | --- |
| **Partenaires sur le territoire ( joindre convention ou lettre d’engagement au dossier)** | **Partenariats (décrire succinctement)** |
| Associations de personnes et de leurs aidants et les plateformes d’accompagnement et de répit |  |
| Premier recours ( CPTS…) |  |
| Acteurs sanitaires tels que les UCC |  |
| Dispositifs d’appui à la coordination |  |
| Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESA, EHPAD, accueil de jour) et des USLD |  |
| Autres (Préciser) |  |

# RECHERCHE

Participation à des essais cliniques [ ]  OUI [ ]  NON

Accès organisé avec le CMRR pour les essais cliniques [ ]  OUI [ ]  NON

Participation à des projets de recherche [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, décrire

# COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES

1. Une consultation mémoire est dite multi-site lorsque l’activité se déroule sur plusieurs sites géographiques de l’entité [↑](#footnote-ref-1)