



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

**RAPPORT DE LA MISSION D'ÉVALUATION
DES CONSULTATIONS MÉMOIRE
ET DES CENTRES MÉMOIRE DE RESSOURCES
ET DE RECHERCHE**

Etabli par : Daniel NIZRI et Bernard VERRIER
Conseillers généraux des établissements de santé

- Décembre 2009 -

LISTE DES PROPOSITIONS

1. Pour améliorer la qualité de l'offre hospitalière spécialisée (CM et CMRR)

Proposition n°1 : Renforcer les liens entre les consultations mémoire et les médecins généralistes

Proposition n°2 : Exiger un rôle de tête de filière pour chaque CMRR

Proposition n°3 : Professionnaliser les consultations mémoire, y compris avancées et relais

Proposition n°4 : Conforter les missions spécifiques des centres mémoire de ressources et de recherche sur le recours, le diagnostic, le suivi et la recherche

Proposition n°5 : Affirmer la place des consultations mémoire dans les réseaux de soins et médico-sociaux

2. Pour renforcer le pilotage régional des consultations mémoire

Proposition n°6 : Promouvoir une véritable politique régionale

Proposition n°7 : Disposer au sein de chaque ARH/ARS d'un référent bien repéré sur l'ensemble du plan national Alzheimer et maladies apparentées

3. Pour simplifier et améliorer le pilotage national par la DHOS des consultations mémoire

Proposition n°8 : Développer les marges d'initiative régionales

Proposition n°9 : Conforter le cahier des charges de labellisation des CMRR

Proposition n°10 : Clarifier le cahier des charges de labellisation des consultations mémoire

- Préciser certains concepts

Proposition n°11 : Poursuivre l'amélioration du bilan quantitatif et qualitatif des consultations mémoire :

- Intégrer les données d'activités des CM et CMRR dans un corpus d'informations minimum de recueil d'activité au niveau national
- Unifier le mode de recueil des données d'activité au niveau local
- Conforter le rôle des CMRR dans la collecte et la fiabilisation des données d'activité au niveau régional

Proposition n°12 : Enrichir le partenariat avec la fédération nationale des CMRR

Proposition n°13 : Engager dès maintenant l'étude d'un nouveau mode de tarification pour les consultations mémoire

I) Contexte :

La maladie d'Alzheimer est une affection dégénérative du cerveau, associant troubles de la mémoire, troubles cognitifs et/ou du comportement. Les lésions cérébrales apparaissent précocement, la maladie tardivement. La file active des patients suivis serait de 860 000 cas avec 225 000 nouveaux cas par an.

Au dessus de 75 ans, 13.2% des hommes et 20.5% des femmes sont concernés et après 85 ans, 25% des personnes sont atteintes.

On dénombre également, chaque année, 1000 patients présentant les premiers symptômes de la maladie avant 50 ans et 32 000 avant 60 ans.

L'espérance de vie après le diagnostic n'est que de 8,5 ans et celle de l'aidant familial diminue de 2 ans.

Aujourd'hui la prise en charge est réalisée en institution dans 40% des cas et au domicile dans 60%. Le coût moyen par patient est de 22 000 euros soit 18,8 milliards d'euros par an dont 25% pour le soin et 75% pour le médico-social.

Les prévisions épidémiologiques font état de 1 200 000 cas en 2020 (2 personnes démentes pour 100 habitants) et 2 100 000 cas en 2040 (3 personnes démentes pour 100 habitants).

Le diagnostic est principalement clinique. Il est porté à partir de critères NINCDS-ADRDA qui distingue la maladie probable et possible et DSM IV pour la démence. Conforté par l'imagerie, il ne peut être porté de façon certaine que post mortem par l'analyse neuro pathologique.

Il n'y a pas de traitement curateur et les seuls traitements existants retardent la perte des fonctions cognitives, des troubles du comportement et du lien social et favorisent le maintien à domicile.

En attendant les avancées de la recherche, la précocité du diagnostic est fondamentale.

En effet, si le début de la maladie est repoussé de 5 ans, le nombre de patients atteints diminue de 50%. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce permettant d'inscrire le patient dans une filière de prise en charge globale, sanitaire et médico-sociale ad hoc.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituant donc un réel problème de santé publique, ***deux plans ont été initiés de 2001 à 2004 et 2004 à 2007.***

En 2000, les consultations spécialisées (libérales ou hospitalières) dans le domaine de la démence étaient fréquemment réalisées sans pluridisciplinarité, ni réelle mise en place d'un plan de soins, ce qui ne constituait pas un gage de qualité. Des consultations pluridisciplinaires existaient mais fonctionnaient de manière hétérogène avec peu de moyens. L'accès aux neuropsychologues était notamment trop limité.

Le premier programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées a été présenté en octobre 2001.

Il avait six objectifs, le deuxième étant de structurer l'accès à un diagnostic de qualité par la mise en place des consultations mémoire, dotées d'équipes pluridisciplinaires et situées à un bon niveau d'accessibilité et l'identification de centres mémoire de ressource et de recherche.

Les consultations mémoires (CM) avaient pour missions :

- D'affirmer le trouble mnésique, de diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence, d'identifier les situations complexes justifiant le recours au centre mémoire de ressource et de recherche ;
- De rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, n'ayant pas de syndrome démentiel et de leur proposer un suivi ;
- De mettre en place des stratégies médicales de façon à retarder la perte d'autonomie et l'évolution de la maladie ;
- De mettre en place le projet de soins et de l'articuler avec les professionnels de terrain sous la forme d'un plan d'aide ;
- D'être un espace d'accueil des associations familiales, d'échange et d'innovation ;
- De participer au suivi des personnes malades en partenariat avec les professionnels de ville et hospitaliers (gériatres, neurologues, psychiatres...) et les professionnels médico-sociaux ;
- De participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels.

Et les mesures prises ont été :

- Le renforcement en moyens humains des consultations mémoire existantes sur la base de priorités pluriannuelles, l'accent devant être mis en 2002 sur le recrutement de neuropsychologues.
- L'élaboration d'un cahier des charges des consultations mémoire.
- L'élaboration d'un plan de formation médicale commun regroupant les universitaires de neurologie, de gériatrie et de médecine générale, les organismes de formation des médecins généralistes dans le cadre de la formation professionnelle continue.

La grande majorité des personnes malades devait pouvoir bénéficier d'un diagnostic dans les consultations mémoire. Toutefois certaines situations pouvaient justifier une expertise complémentaire en particulier pour des sujets jeunes ou des personnes âgées présentant un profil pathologique complexe.

Pour cela ont été identifiés puis développés dans le cadre d'une procédure de labellisation, *des centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR)* dont les missions étaient :

- D'être un recours pour les consultations mémoire pour les cas difficiles ;
- D'assurer les missions d'une consultation mémoire pour leur secteur géographique ;
- De développer des travaux de recherche ;
- D'assurer la formation universitaire ;
- De structurer un dispositif interrégional en partenariat avec les consultations mémoires ;
- De créer un espace de rencontres éthiques.

Les mesures prises ont consisté à :

- Renforcer en moyens humains et matériels des centres existants dans le cadre d'une procédure de labellisation.
- Elaborer d'un cahier des charges des centres mémoire de ressource et de recherche.

En 2004, le gouvernement décide d'engager *un plan d'actions spécifiques 2004-2007*. Ce plan, en 10 objectifs principaux, vise à respecter avant tout la dignité des malades et à améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage en renforçant l'offre de soins sanitaire, médico-sociale et à domicile, en développant la formation des professionnels et en apportant un soutien aux aidants.

Sur le plan sanitaire, il intègre l'expérimentation d'une consultation de prévention à 70 ans. Il s'agit d'une prévention individuelle, basée sur le dépistage des principaux risques des personnes après 70 ans. Les troubles mnésiques font partie du contenu de cette consultation.

Concernant le diagnostic, les critères notamment pour la maladie d'Alzheimer, sont ceux ayant fait l'objet de recommandations pratiques par la Haute autorité en santé.

Fin 2006 sont identifiés 25 CMRR dont la file active est de 32 000 patients et 366 CM dont 234 labellisées et 132 susceptibles de l'être.

En parallèle, la circulaire du 28 mars 2007 relative au développement de la filière gériatrique permet le développement sur l'ensemble du territoire des modalités cohérentes et graduées de soins gériatriques et au niveau régional, 9 programmes régionaux de santé publique ont dans leurs thématiques la prévention ou la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Dès juin 2007, le Président de la République a fait de la lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées un de ses chantiers prioritaires.

Il a missionné le professeur Joël Ménard afin qu'il élabore un plan Alzheimer visant à fédérer les efforts de recherche pour favoriser la découverte en France d'un diagnostic validé et d'un traitement à l'efficacité indiscutable. Ce plan a également pour objectif d'améliorer la qualité de vie des malades. La nécessité de la continuité et de l'équité territoriale de la prise en charge des malades a été soulignée.

La mission animée par le professeur Ménard insiste en particulier sur :

- Le renforcement des consultations mémoires et des centres mémoires de ressources et de recherche.
- L'amélioration du dispositif d'annonce.
- La prise en charge des malades jeunes.

22 mesures (sur 44) du plan Alzheimer 2008-2012, présenté le 1^{er} février 2008, concernent le domaine de la santé, pour un effort de 226 millions d'euros (hors recherche clinique) sur 5 ans.

3 mesures ont pour objet la création des consultations mémoire dans les zones non pourvues (mesure 11), la création de « centres mémoire de ressources et de recherche » dans les zones non pourvues (mesure 12) et le renforcement des consultations mémoire à forte activité (mesure 13).

1 mesure prévoit la mise en place d'un suivi épidémiologique par le biais de l'informatisation des consultations mémoire (mesure 34). Cf. annexe 1.

A l'évidence, le succès de ces mesures nécessite une évaluation quantitative et qualitative des CM et CMRR. Or, dans ce domaine, les données connues des services du ministère de la santé sont insuffisantes et parfois discordantes.

C'est la raison pour laquelle la directrice de la Dhos a demandé à deux conseillers généraux des établissements de santé de conduire une mission d'évaluation des consultations mémoire et des CMRR dans le cadre du plan Alzheimer afin notamment de dresser un état des lieux de la situation et de proposer un dispositif pérenne d'évaluation de leur activité.

II) Lettre de mission

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Conseillers généraux des établissements de santé

Dossier suivi par :

Bernard VERRIER

Tél : 06 82 69 12 45

Mel: bernard.verrier@sante.gouv.fr

Daniel NIZRI

Tél : 06 09 68 25 50

Mel : daniel.nizri@sante.gouv.fr

Paris, le

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

A

Monsieur Bernard VERRIER
Monsieur Daniel NIZRI
Conseillers généraux des établissements
de santé

DHOS/CGES/BV – Mercure Départ n° 4077/2008

Objet : Evaluation des consultations mémoire Alzheimer. Lettre de mission.

Le troisième plan en faveur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées a été arrêté le 1^{er} février 2008. Ce plan, appelé à couvrir la période 2008-2012, repose sur les travaux et propositions de la commission nationale présidée par le professeur Joël Ménard qui a remis son rapport au président de la République le 8 novembre 2007.

Le quatrième des onze objectifs du plan consiste à « améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins ». Les mesures proposées pour la déclinaison de cet objectif sont fortement centrées sur le renforcement quantitatif et qualitatif des consultations mémoire de proximité (CM) et des centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR). Ce dispositif spécifique (CM et CMRR) est apparu dès la création du premier plan national Alzheimer en 2001 (circulaire du 16 avril 2002) comme susceptible de structurer l'accès à un diagnostic de qualité, les CMRR ayant également en charge l'enseignement, la recherche et l'animation d'un réseau, outre leurs missions de consultation mémoire pour leur secteur géographique et de recours pour les consultations mémoire en présence des cas les plus difficiles. Son importance avait été rappelée à l'occasion du deuxième plan national (2004-2007). Dans ce domaine, trois mesures du plan 2008-2012 retiennent l'attention :

- mesure n° 11 : création des consultations mémoire dans les zones non pourvues ;
- mesure n° 12 : création de centres de mémoire, de ressources et de recherche dans les zones non pourvues ;
- mesure n° 13 : renforcement des consultations mémoire à forte activité.

Par ailleurs, la mesure n° 34 prévoit la mise en place d'un suivi épidémiologique par le biais de l'informatisation des consultations mémoire.

A l'évidence, le succès de ces mesures passe, entre autres, par la nécessité d'un ambitieux processus d'évaluation quantitative et qualitative des CM et CMRR.

Or, dans ce domaine, les données connues restent insuffisantes. Le bilan annuel, réalisé par la DHOS (O2), de la mise en œuvre du plan Alzheimer pour les dispositifs sanitaires est intéressant en ce qu'il recense des données concernant le nombre de CM et de CMRR, les financements alloués, les effectifs médicaux et non-médicaux ainsi que quelques données portant sur l'activité des structures (file active, nombre de nouveaux patients). Toutefois, il s'agit plus d'un bilan quantitatif (d'ailleurs encore incomplet) du dispositif que d'une évaluation qualitative. Sur ce dernier point, la mesure n° 34 du plan prévoit la mise en place, dont les travaux sont en cours, d'une base nationale de données et d'un système informatisé de recueil d'activité et de suivi épidémiologique au sein des consultations spécialisées.

En tout état de cause, aucune analyse fine et permanente de l'offre et de la demande de soins pour la maladie d'Alzheimer n'est aujourd'hui disponible. Doivent en particulier être rendues disponibles et évaluées :

A) des données d'activités :

- 1) variabilité territoriale constatée des consultations mémoire et des neurologues libéraux, par exemple, interprétation de la variabilité du nombre de consultations mémoire et de neurologues libéraux par département pour 100 000 personnes de 75 ans et plus ;
- 2) variabilité des processus de soins (CM et CMRR), de fortes variations étant observées s'agissant :
 - a. du nombre de malades suivis annuellement (distribution de la file active)
 - b. du nombre de nouveaux malades examinés annuellement (distribution des nouveaux patients)
 - c. du nombre de malades suivis par équivalent temps plein paramédical ou médical
 - d. du nombre de journées et d'heures d'ouverture des CM et CMRR
 - e. de la typologie des pratiques au sein des CM et CMRR.
- 3) variabilité constatée de l'activité des CMRR dans les domaines suivants¹ : travaux de recherche, formations universitaires, animation d'un dispositif régional et/ou interrégional, questions à caractère éthique.

B) des données concernant les caractéristiques des patients :

¹ Cf. cahier des charges de la labellisation des CMRR, annexe 3 de la circulaire du 30 mars 2005.

- diagnostic porté
- gravité de la maladie
- type de soutien dont dispose le malade

C) des données (indicateurs) de qualité de prise en charge des patients :

- délais d'attente réels (écart entre la demande de rendez-vous et son obtention)
- temps de prise en charge des patients
- nombre de consultations pour un même patient²
- délai d'information du médecin traitant.

Je vous demande de conduire cette mission d'évaluation des consultations mémoire et des CMRR dans le cadre du plan Alzheimer. Il s'agira notamment de dresser un état des lieux de la situation et de proposer un dispositif pérenne d'évaluation de l'activité des CM et CMRR.

Pour ce faire, vous vous adjoindrez l'expertise et l'appui de représentants des professionnels concernés et en particulier de deux médecins qui sont désignés en accord avec le professeur Joël Ménard : d'une part, le professeur Florence Pasquier (CHU de Lille) et d'autre part, le professeur Jean-François Dartigues (CHU de Bordeaux).

Il conviendra en premier lieu d'établir une méthodologie et d'élaborer un questionnaire d'enquête avec les professionnels indiqués ci-dessus ainsi que des représentants de la mission de pilotage du plan Alzheimer et de la DHOS. Dans un second temps, à partir du questionnaire d'enquête, vous mènerez des investigations dans deux ou trois régions.

M. Ménard apportera également son appui à la mission. Vous aurez en outre le concours de la Dhos, en particulier du bureau O2, pour la réalisation de cette mission.

Cette évaluation sera intégrée dans le suivi global du plan Alzheimer piloté par Madame Florence Lustman et ses collaborateurs.

Le rapport de la mission est attendu pour le 31 mars 2009.

² Il s'agira notamment d'observer si une consultation ultérieure à celle posant le diagnostic est intervenue en vue de vérifier d'une part la justesse du diagnostic, d'autre part l'évolutivité de la maladie.

III) Avertissement :

Le calendrier de réalisation de la mission n'a pu être respecté pour de nombreuses raisons dont:

- La sous estimation du temps nécessaire à la définition des indicateurs permettant l'évaluation et à la mobilisation des acteurs régionaux.
- L'étalement du calendrier des vacances scolaires limitant les périodes pendant lesquelles tous les acteurs régionaux étaient disponibles.
- La disponibilité des acteurs, particulièrement en Ile de France.
- Le programme de travail des conseillers missionnés.

Le projet de rapport a été présenté à la Dhos, au docteur Alexandra Fourcade, chargée de mission auprès du chef de service du « Pôle organisation des soins, établissements et financement » et à Madame Cécile Balandier, chargée de mission au bureau O2 de la « sous direction de l'organisation du système de soins » dans le cadre de la préparation du Copil du Plan Alzheimer de septembre 2009.

IV) Protocole de la mission

Objectifs :

- Validation du recueil de données existant ou ajustements éventuels.
- Suivi de la délégation des crédits ciblés aux ARH, aux établissements, aux pôles et unités fonctionnelles.
- Vérification de la pertinence du cahier des charges des CM et CMRR (cf. annexes 2 et 3 de la circulaire DGS/DHOS du 30 mars 2005) en termes de moyens (humains et matériels) et de service médical rendu (parcours de prise en charge sanitaire et médico sociale).
- Validation ou non des critères de labellisation des CM et CMRR au regard des situations constatées sur le terrain.
- Vérification, au sein des CM et CMRR visités, de la faisabilité de la saisie des données retenues dans le corpus minimum d'activité (cf. mise en place de la mesure 34 du plan Alzheimer)
- Vérification de la mission de « tête de filière » des CMRR et du rôle de la fédération des CMRR dans la mise en place des différentes mesures du plan Alzheimer.

Calendrier de la mission :

- Lettre de mission signée par la directrice de la Dhos le 19/12/2008.
- Préparation de la mission avec les deux experts sollicités par le ministère, les professeurs Jean-François Dartigues et Florence Pasquier.
- Listes des CM labellisées et non labellisées.
- Répartition des CM en termes de moyens et d'activités.
- Choix des 5 régions visitées (Auvergne, Idf, Rhône-Alpes, Limousin, Lorraine) sélectionnées en fonction du rapport entre les crédits délégués et l'activité constatées des CM et CMRR.

- Préparation du questionnaire d'évaluation (conférences téléphoniques et évaluation de sa pertinence à l'occasion d'une réunion de travail avec le professeur Florence Pasquier et l'équipe du CMRR de Lille le 17 /02/2009).
- Présentation de la mission à la réunion de la fédération des CMRR le 04/03/2009.
- Validation du questionnaire par les experts et la Dhos (Alexandra Fourcade et Cécile Balandier) le 09/03/2009.

Organisation des déplacements :

- Choix des CM avec les Arh et le responsable médical du CMRR.
- Choix de la date du ou des déplacements avec les professionnels de santé impliqués dans l'évaluation.
- Envoi du questionnaire à ces professionnels (Darh et chefs d'établissements pour information).
- Information et prise de rendez-vous avec le Darh et les correspondants Alzheimer en région, avec les responsables administratifs des structures et avec les représentants des patients et de leurs proches (France Alzheimer et Collectif inter associatif sur la santé, CISS).

Avant le déplacement, bilan des informations dont dispose la Dhos sur les structures visitées.

Si possible, en début de déplacement, rencontre avec le Darh, les correspondants Alzheimer et les responsables administratifs des structures.

Rencontre avec les professionnels des CMRR et CM et recueil inter actif des questionnaires d'évaluation.

A la demande, rencontre avec les délégués régionaux de France Alzheimer et du CISS.

Calendrier des déplacements :

La mission a effectué cinq déplacements en région :

- o ***Nord-Pas de Calais, Lille le 17 février 2009*** pour finalisation du questionnaire d'évaluation et visite et entretien avec la responsable du CMRR.
- o ***Rhône-Alpes, Lyon le 31 mars 2009***: discussion avec l'Arh et visite et entretien avec les responsables du CMRR des HCL (visites de 3 des 7 sites) et d'une CM (hôpital de Fourvière, PSPH).
- o ***Lorraine, Nancy et Metz le 8 avril 2009***: discussion avec l'Arh, entretien avec le directeur du CHU de Nancy et les responsables des deux sites du CMRR, visite et entretien avec la responsable de la CM du CHR de Metz, entretien avec la présidente pour la Lorraine de l'Association France Alzheimer.

- ***Auvergne, Clermont-Ferrand et Vichy le 14 avril 2009*** : discussion avec l'ARH, visite et entretien avec les responsables de la CM du CH de Vichy, visite de deux des trois sites du CMRR du CHU et entretien avec les responsables de chacun des trois sites.
- ***Limousin, Limoges le 12 mai*** : discussion avec l'Arh, visite et entretien avec les responsables du CMRR de Limoges, entretiens avec les responsables de toutes les autres consultations mémoire de la région Limousin (Saint-Junien, Saint Yriex, Ussel, La Jonchère, Brive, Tulle et Guéret). Entretien avec la responsable du réseau COGLIM (réseau de dépistage des troubles cognitifs en Limousin), avec les responsables d'une consultation mémoire relais (le directeur de l'hôpital intercommunal du Haut-Limousin – Bellac - et un médecin généraliste), ainsi qu'avec une représentante du CISS de Haute-Vienne.
- ***Ile-de-France le 29 mai*** : réunion de travail avec la médecin référente de l'Arh pour la mise en œuvre du plan Alzheimer permettant de dresser le bilan régional de la mise en œuvre du Plan et d'identifier les difficultés en lien avec la présence d'acteurs importants tels que l'AP-HP, les quatre GHU, les nombreuses UFR de médecine et les divers sites publics et privés prenant en charge les patients présentant des pathologies en lien avec le vieillissement et / ou des troubles mnésiques.
En raison des contraintes de tous les acteurs (calendrier des présences sur site, étalement des vacances permettant la permanence des prises en charges, charge de travail des Cges missionnés), les déplacements prévus à partir du 25 juin dans les 2 CMRR Ile de France Nord (AP-HP Lariboisière-Fernand Vidal) et Sud (Salpêtrière et Broca) et 4 CM (Centres Hospitaliers d'Argenteuil, de Fontainebleau, de Meulan-Les Mureaux et de Ballainvilliers) ont été remplacés par des réunions téléphoniques permettant l'analyse des réponses aux questionnaires d'évaluation transmis aux structures par l'Arh.

V) Constats : les grandes lignes :

Les grandes lignes de ces constats portent à la fois sur les acteurs (Arh, CMRR et CM) et sur des aspects de politique régionale, d'organisation interne et de réponses aux missions confiées par les pouvoirs publics.

Sont ainsi évalués :

- Pour les Arh : la politique régionale, l'organisation de l'Arh, la répartition des crédits et la politique de labellisation
- Pour les CMRR : leur nombre et le nombre de sites, la spécialité médicale des responsables, l'organisation interne, l'informatisation des données d'activité et les missions
- Pour les CM : l'historique du maillage territorial (préexistence du maillage au dispositif de labellisation), la conception du rôle par l'équipe et la reconnaissance du rôle du CMRR.

5.1. Les Arh

5.1.1 Relations avec les interlocuteurs nationaux et régionaux

Toutes les Arh (et les Drass) ont d'emblée voulu indiquer le trop grand nombre de demandes d'informations émanant des services centraux des ministères sociaux, de la mission de pilotage du Plan Alzheimer ou de partenaires impliqués (Fédération nationale des CMRR, France Alzheimer, etc.).

Le manque de coordination et d'anticipation de ces demandes nuit à l'adhésion des professionnels interrogés en termes de nombre et de qualité des réponses.

5.1.2. La politique régionale

La situation est, sur ce point, contrastée. Certaines Arh (Rhône-Alpes, Lorraine) ont une véritable politique régionale, fortement établie et très suivie, ou (Ile de France) fortement incitative (création d'un deuxième CMRR contre l'avis des universitaires), d'autres (Auvergne) sont moins avancées dans ce domaine (absence de politique régionale jusqu'à l'arrivée d'un nouveau Darh) ou d'autres Arh (Limousin) ont une politique régionale plus portée jusqu'à maintenant par le CMRR que par l'Arh elle-même.

5.1.3. L'organisation de l'Arh

Deux Arh (Rhône-Alpes et Lorraine) se sont, pour les consultations mémoire, organisées de manière formalisée et très structurée. Parmi les autres, l'une (Ile de France) dispose d'une solide organisation, une autre (Auvergne) met depuis peu son organisation en place et une autre (Limousin) ne dispose pas aujourd'hui d'une organisation particulière.

5.1.4. La répartition des crédits

Toutes les Arh visitées répartissent vers les établissements la totalité des crédits délégués par l'administration centrale avec, pour deux d'entre elles (Rhône-Alpes et Ile de France), un processus très fin d'exigences et de suivi. A noter également que plusieurs Arh (Rhône-Alpes et Limousin) ajoutent des crédits sur leur fonds propres à ceux délégués par la Dhos, en appui d'actions spécifiques au plan local.

5.1.5. La labellisation

Toutes les Arh appliquent le dispositif de labellisation, sachant que l'une d'entre elles (Auvergne) ne le fait que depuis le récent changement de Darh. Les Arh ont une « politique de labellisation » adaptée au plus près des contextes régionaux.

5.2. Les CMRR

5.2.1. Nombre et sites

- Rhône-Alpes : 3 CMRR : Lyon, (HCL): 7sites, Grenoble : 1 site et 3 services, Saint-Etienne : 1 site et 2 services
- Lorraine : 1 CMRR sur 2 sites et 2 spécialités
- Auvergne : 1 CMRR sur 2 sites et 3 spécialités

- Limousin : 1 CMRR sur 2 sites et 3 spécialités. A noter un projet architectural de regroupement en cours
- Ile de France : 2 CMRR sur 5 sites

Les Arh soulignent que l'organisation des CMRR en sites pose problème pour le calcul opéré par la Dhos des crédits à répartir.

5.2.2. Spécialité des responsables des CMRR

- Rhône-Alpes. Lyon (HCL) : neurologue (les sites étant tenus par des gériatres), Grenoble : psychiatre, Saint-Etienne : gériatre
- Lorraine : neurologue
- Auvergne : responsabilité tournante, actuellement neurologue
- Limousin : responsabilité tournante, actuellement psychiatre
- IDF : neurologues

5.2.3. Organisation interne

- Rhône-Alpes, Lyon. La coordination est réelle sur la recherche et affichée pour le volet sanitaire. En fait, chaque site travaille de façon autonome sur le plan sanitaire et médico social. La très solide organisation interne du site adossé à l'hôpital gériatrique lui permet une efficacité optimale.
- Lorraine. L'organisation pose problème sur le CHU de Nancy alors qu'elle est satisfaisante au niveau de la CM (non reconnue comme CMRR) du CHR de Metz-Thionville.
- Auvergne. L'organisation interne est bonne en dépit de l'existence de deux sites, à l'hôpital Nord (service de gériatrie) et à l'hôpital Sud (service de Psychiatrie et consultation de neurologie)
- Limousin. L'organisation interne est très bonne, en particulier en raison de l'unité de lieu au sein du pôle hospitalier de Limoges.
- Ile de France : Il n'y a pas de coordination entre les CMRR et chacun de leurs sites à l'exception de celle organisée autour de la recherche.

5.2.4. L'informatisation des données d'activité

Les dispositifs d'informatisation des données d'activités et la mise en ordre de marche pour l'application de la future « Base Nationale Alzheimer » sont en place au niveau des CMRR dans trois régions sur cinq (Rhône-Alpes, Limousin, Ile de France). Il existe une réelle difficulté de mise en œuvre dans une région (Auvergne), une double saisie restant nécessaire sur le site de l'hôpital nord (service de gériatrie). Dans une région (Lorraine), le CMRR est en situation de faiblesse sur cette question, alors que la CM du CHR de Metz Thionville adhère à la démarche.

5.2.5. Les missions

5.2.5.1. Le rôle de tête de filière

Cette mission des CMRR est correctement, voire très bien assurée, par certains d'entre eux (Rhône-Alpes et Auvergne), d'autres (Lorraine et Limousin) étant faibles voire nettement déficients sur ce point pourtant central dans le dispositif des consultations mémoire. En Ile de France, la prééminence de la composante hospitalo-universitaire privilégie le relationnel « d'école » au détriment de l'organisation territoriale.

5.2.5.2. Le double rôle de consultation de proximité et de consultation de recours

La situation est également ici très contrastée selon les CMRR, certains d'entre eux étant déficients sur l'activité de recours (Lorraine).

5.2.5.3. L'adéquation activités/moyens

Les moyens matériels et notamment les locaux sont disparates d'un CMRR à l'autre et par parfois au sein d'un même CMRR selon les sites.

Les dotations en moyens humains occasionnent souvent un fonctionnement en flux tendu, un CMRR relativement bien doté utilisant mal ses moyens (comme en Rhône-Alpes où la qualité des moyens matériels est très hétérogène et en Lorraine où les moyens humains sont mal répartis). Par ailleurs, pour un CMRR, l'activité de secrétariat est efficace (arrivée unique, régulation pour l'ensemble des sites) mais fragile car reposant sur une seule personne (Auvergne).

Les constats de plus ou moins bonne adéquation entre les activités et les moyens ont bien entendu des répercussions sur la prise en charge des patients et des proches. Les délais d'obtention d'une consultation chez un spécialiste sont souvent corrects mais sont parfois excessifs ou se dégradent. Par ailleurs, le suivi y compris médico-social est assuré de manière très inégale. Ce déficit de suivi est parfois compensé par l'activité d'un réseau, souvent gériatrique. (Rhône-Alpes, Lorraine, Auvergne)

5.3 Les CM

5.3.1. Le maillage territorial

Dans toutes les régions visitées par la mission, un maillage territorial plus ou moins dense de consultations mémoire préexistait à la mise en place du dispositif de labellisation (2005). Cet état de fait est parfois à l'origine d'incompréhensions de la part des Arh et/ou des établissements quant aux montants des crédits délégués au titre de la labellisation, dans un premier temps, puis du renforcement. Il semble en effet que l'administration centrale n'ait pas, ou pas toujours, tenu compte du fait que nombre de consultations mémoire étaient, avant labellisation, financées sur des crédits propres aux structures.

5.3.2. La conception du rôle par l'équipe

Si le volet sanitaire de leurs missions est clairement perçu des CM, le suivi médico-social (direct ou indirect) est très hétérogène d'une CM à l'autre. Cela est directement lié à la spécialité du service, les gériatres ayant une grande antériorité dans l'organisation de la prise en charge globale des personnes âgées, présentant ou non des déficits mnésiques et des troubles du comportement. Cette prise en charge qui inclut la composante médico-sociale est alors organisée à partir du service, par les professionnels de santé dont les assistants sociaux, en lien avec les médecins traitants, les réseaux de gériatrie et les services d'aide à la personne (Lorraine, à Metz, Auvergne à Vichy). La mise en place pratique est plus difficile dans les régions rurales à faible densité de population (Auvergne, Limousin). Dans une de ces régions (Limousin) est expérimenté le concept de la consultation mémoire relais assurée par des médecins libéraux dans des locaux mis à disposition par des établissements de santé privés ou publics (cf. infra).

5.3.3. La reconnaissance du rôle des CMRR

Dans deux régions (Rhône-Alpes et Auvergne), les CM perçoivent bien le rôle du CMRR régional, notamment sur les volets tête de filière, coordination des activités de recherche et activités de recours. Dans deux régions (Lorraine et Limousin), la plus value du CMRR est peu présente ou n'existe pas selon les CM. En Ile de France, en miroir du constat fait au niveau des deux CMRR, la reconnaissance du rôle des deux CMRR est en lien direct avec le relationnel des professionnels. Son apport dans la prise en charge des patients est fonction de la qualité du partenariat entre les structures, de la reconnaissance par les CMRR du rôle et de la compétence des CM et du retour des patients.

VI) LES RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS

S'agissant du dispositif des consultations mémoire (CM) et des centres mémoire de ressources et de recherches (CMRR), la mission s'attachera à présenter des propositions concrètes et opérationnelles, à partir de ses propres constats réalisés dans les régions et structures visitées ainsi que de ses entretiens menés avec divers acteurs impliqués dans cette problématique.

Ces propositions s'adressent aux échelons national (Dhos en particulier), régional (Arh/Ars) et local (établissements, CM et CMRR) ; elles s'inscrivent dans l'objectif, maintes fois réaffirmé, d'un dispositif centré autour du patient et de ses proches et elles s'appuient sur le respect de trois principes simples, bien connus mais qu'il semble important de rappeler :

- apporter les réponses adéquates aux besoins des patients et de leurs proches ;
- avoir une bonne idée du service rendu à la population ;
- disposer d'une connaissance fiable et permanente de l'offre (régionale, nationale) et de son évolution.

6.1. Pour améliorer la qualité de l'offre hospitalière spécialisée (CM et CMRR)

La mission estime que la priorité doit davantage porter aujourd'hui sur la qualité de l'offre que sur son augmentation. En effet, si le maillage territorial des consultations mémoire et des CMRR semble globalement avoir atteint un niveau suffisant de densité, la question se pose de l'amélioration de la qualité des réponses apportées aux patients par les différentes structures.

Proposition n°1 :

Renforcer les liens entre les consultations mémoire et les médecins généralistes

L'étroite collaboration entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, au premier chef avec le médecin généraliste, est indispensable s'agissant du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et du suivi du patient ; elle reste toutefois insuffisamment mise en place et formalisée.

Le rôle du médecin traitant, acteur central du parcours de soins, doit être mieux intégré à l'activité des consultations mémoire. Le généraliste, surtout s'il s'agit du médecin traitant dans le cadre du parcours coordonné de soins, est le pivot du dispositif ; il connaît le mieux le patient mais aussi le conjoint voire la famille et peut apprécier la situation et son évolution pour le patient et l'aidant, assurer ou coordonner le suivi au domicile ou en institution, en liaison avec les intervenants sociaux et médico-sociaux. Le médecin généraliste est, la plupart du temps, le témoin privilégié de la dégradation de l'état de santé, physique et psychique, du patient mais aussi de l'aidant et donc le mieux à même de conseiller ou de prendre les initiatives les plus adaptées : accueil de jour, hébergement complet, temporaire ou permanent, contacts avec l'équipe de la consultation mémoire, hospitalisation etc. Une bonne liaison entre le médecin traitant et la consultation mémoire améliore, pour le patient et ses proches, l'impact de l'annonce du diagnostic, le suivi après diagnostic, le bon usage des médicaments, la continuité des soins, la réponse aux situations de crise et peut mieux réguler le comportement de nomadisme médical de la part de certains patients ou familles, en l'absence de dossier médical personnel communicant. Les recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité en Santé en septembre 2009 sur l'annonce et l'accompagnement du diagnostic confortent la nécessité d'une articulation forte entre la consultation mémoire et le médecin traitant.

Proposition n°2 :

Exiger un rôle de tête de filière pour chaque CMRR

Pourtant indiquée comme un aspect central dans le cahier des charges de la labellisation³, cette mission des CMRR est assurée de manière encore incomplète et hétérogène pour certains d'entre eux.

³ Annexe 3 de la circulaire du 30 mars 2005 : « structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire ».

La mission estime que le rôle de tête de filière des CMRR doit être réaffirmé avec force. Il présente en effet une dimension particulièrement structurante pour l'ensemble du dispositif des consultations mémoire (CM + CMRR) dans la région, étant entendu que, dans les régions disposant de plusieurs CMRR (donc de plusieurs CHU), une articulation des CMRR entre eux est indispensable, sous l'égide de l'Arh/Ars.

Le CMRR doit constituer une véritable tête de réseau de l'ensemble des consultations mémoire sur un territoire d'intervention :

- ses activités de recours pour les cas difficiles, de recherche, de formation universitaire, de traitement des questions à caractère éthique sont à développer en liaison étroite, voire avec la participation effective des consultations mémoire et des médecins généralistes du territoire ;
- des opérations de mutualisation de moyens humains ou techniques sont possibles ;
- il doit être le correspondant privilégié de l'Arh/Ars sur les questions d'expertise et d'évaluation du dispositif de l'offre spécialisée dans la région et à ce titre disposer d'une très bonne connaissance de l'offre de soins de sa région
- il doit animer le réseau des consultations mémoire, en particulier sur deux aspects centraux : en premier lieu, pour le recueil, l'analyse et la synthèse des données d'activité des consultations mémoire ; à ce titre, il doit constituer le lieu d'aide et de référence pour l'informatisation des données d'activités (mise en place de la mesure 34 du plan national Alzheimer) ainsi que garantir la fiabilité et la qualité des remontées, en second lieu pour la recherche et la formation, y compris des médecins libéraux ;
- il doit être impliqué dans le pilotage régional du dispositif Alzheimer.

Proposition n°3 :

Professionaliser les consultations mémoire, y compris avancées et relais

Le maillage territorial des consultations spécialisées est aujourd'hui pratiquement achevé. Au-delà de la densité du réseau se pose maintenant la question de sa qualité, de son aptitude à répondre avec l'efficacité voulue aux besoins des patients et de leurs proches. Il faut en particulier s'interroger sur la taille critique, en termes de file active de patients déjà accueillis et de nouveaux patients, en deçà de laquelle le niveau insuffisant d'activité présente des risques indéniables quant à la qualité des prestations offertes aux patients. Pourtant, dans certaines situations particulières et notamment dans les zones rurales, le maintien d'une offre de proximité est déterminant, alors même que cette offre ne pourra pas répondre aux exigences du cahier des charges de la labellisation. Il s'agit donc d'organiser un dispositif de consultations mémoire qui soit à la fois suffisamment dense et performant, autrement dit professionnalisé. La mission préconise une organisation très serrée des consultations mémoire en réseau, de telle sorte qu'aucune consultation ne se retrouve isolée. Le rôle de tête de filière des CMRR (proposition n°2) pour l'ensemble des structures doit se compléter d'une responsabilité confiée aux consultations mémoire sur la professionnalisation de l'offre de proximité.

L'intérêt des consultations avancées et des consultations dites relais (par exemple en Limousin), n'est en effet plus à démontrer. Les consultations avancées, très présentes dans certaines régions (notamment Nord Pas de Calais et PACA), permettent aux patients et à leur entourage de bénéficier de la présence des professionnels de la consultation mémoire labellisée qui se déplacent au plus près des usagers. Les consultations relais, non labellisables au regard du cahier des charges imposé, sont mises en place au sein des établissements de santé de proximité (hôpitaux locaux notamment) en l'absence de consultation mémoire labellisée sur le territoire de santé. Ces dispositifs présentent des avantages certains, par exemple :

- ils assurent un maillage territorial cohérent en consultations mémoire ;
- ils garantissent la proximité d'intervention notamment dans des territoires ruraux dont la population est peu encline à se déplacer vers la consultation mémoire la plus proche ou ne dispose pas de facilités de transport dans des zones parfois difficiles d'accès ;
- ils évitent l'embolisation des consultations mémoire en pratiquant un premier tri des patients ;
- ils autorisent un suivi de proximité facilitant l'accueil de nouveaux patients par les consultations mémoire ;
- ils permettent dès le premier contact une approche également médico-sociale en direction du patient et de son entourage.

Le contenu de la convention passée entre l'établissement siège de la consultation mémoire et la consultation avancée ou relais est primordial. Cette convention doit en effet garantir la qualité des interventions, la présence de professionnels qualifiés et le fonctionnement en réseau, le patient devant être orienté si nécessaire vers la structure la mieux à même de le prendre en charge. La mission préconise que, dans tous les cas, ces garanties, portées par les consultations mémoire, soient régulièrement évaluées par le CMRR du territoire d'intervention.

Proposition n°4 :

Conforter les missions spécifiques des centres mémoire de ressources et de recherche sur le recours, le diagnostic, le suivi et la recherche

Les CMRR fonctionnent de manière assez disparate, certains ne développant que faiblement leur activité de recours pour les diagnostics les plus complexes, parfois par manque de reconnaissance de la part des CM du secteur géographique, d'autres au contraire se spécialisant dans cette activité, peut-être au détriment de leur mission de consultation mémoire de premier niveau.

Il est important que les CMRR assurent de manière équilibrée leur double mission de consultation de recours et d'expertise et de consultation mémoire de proximité. Sur ce dernier point, il faut rappeler que les CMRR sont, au regard du cahier des charges de labellisation, le lieu régional pour le recours pour les CM et les médecins généralistes.

Les activités de recherche des CMRR, notamment la participation et la coordination de l'inclusion de patients dans des cohortes de recherche, avec la participation des consultations mémoire, doivent également prendre toute la place qui leur est assignée dans le plan national Alzheimer.

Proposition n°5 :***Affirmer la place des consultations mémoire dans les réseaux de soins et médico-sociaux.***

La localisation des consultations mémoire au sein des établissements de santé ou dans le cadre de la médecine de ville expliquent certainement que leur « cœur de métier » soit plus souvent centré sur l'activité spécifiquement médicale que sur l'accompagnement médico-social. Cette question est délicate ; le cahier des charges pour la labellisation des consultations mémoire (annexe 2 de la circulaire du 30 mars 2005) met ces dernières en première ligne sur la mise en place d'un projet de soins personnalisé et prévoit une articulation avec les professionnels de terrain et/ou les CLIC ainsi que la participation au suivi des malades. Ce sont des prescriptions de bon sens dès lors qu'on ne saurait demander aux consultations mémoire d'assurer directement le suivi médico-social. Pour autant, le suivi médico-social reste encore trop souvent défaillant ou à tout le moins mal coordonné avec l'intervention des différents réseaux ou filières présents sur le territoire. La mise en place des MAIA, à titre expérimental puis sur tout le territoire, devrait remédier à ces difficultés.

Sans appeler à la création généralisée de réseaux spécifiques Alzheimer, qui apportent là où ils existent une réelle valeur ajoutée dans la prise en charge globale, la mission préconise une articulation systématique et serrée de chaque consultation mémoire avec la filière gériatrique du territoire pour asseoir le lien indispensable entre le suivi médical et le suivi médico-social.

6.2. Pour renforcer le pilotage régional des consultations mémoire***Proposition n°6 :******Promouvoir une véritable politique régionale***

Le dispositif des consultations mémoire occupe une place centrale au sein du plan national Alzheimer et maladies apparentées. Trois des huit mesures dédiées à l'objectif n°4 (améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins) et une des dix mesures phares s'adressent directement aux centres mémoire de ressources et de recherche et aux consultations mémoire (mesures 11, 12 et 13) ; la mesure 34, quant à elle (mise en place d'un suivi épidémiologique), renvoie à un processus déjà bien engagé d'informatisation des données d'activités des consultations mémoire. De nombreuses autres mesures du plan impliquent de près ou de loin les centres mémoire de ressources et de recherche et les consultations mémoire. Les Arh, et plus encore demain les Ars dont les missions s'étendent au secteur médico-social, jouent un rôle déterminant dans la déclinaison opérationnelle du plan. Le niveau régional constitue le véritable point d'ancrage de la politique interministérielle en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches.

Le pilotage régional des consultations mémoire doit être à la hauteur de ces enjeux. Compte tenu de la mise en place en cours de systèmes d'information dont la Dhos ne disposait pas jusqu'à présent, la mission préconise, s'agissant des instructions et des indicateurs, une large et claire délégation d'organisation et d'initiative en direction des Arh.

C'est bien, en effet, à cet échelon que se situent ou doivent se situer :

- la conception d'une politique régionale de labellisation et d'intervention des consultations mémoire, adaptée aux particularités locales et aux territoires ;
- la connaissance et la maîtrise de l'offre et de son évolution dans la région ;
- la répartition et l'attribution des crédits délégués par la Dhos ainsi que le suivi quantitatif et qualitatif des moyens humains affectés aux consultations mémoire ;
- la mise en place d'une instance régionale de suivi d'activité ;
- l'animation du réseau des CMRR lorsqu'une région en comprend plusieurs ;
- l'assurance d'une bonne coordination entre l'activité des consultations mémoire dans la région et celle des différentes filières (de santé et/ou médico-sociales) intervenant dans la chaîne de la prise en charge des patients et de leurs proches ;
- l'évaluation des moyens et des pratiques des consultations mémoire ;
- le suivi des indicateurs régionaux du plan national.

Proposition n°7 :

Disposer au sein de chaque ARH/ARS d'un référent bien repéré sur l'ensemble du plan national Alzheimer et maladies apparentées.

La mission défend l'idée d'une organisation bien structurée des Arh, ce qui est le cas de certaines d'entre elles, pour le pilotage et le suivi de l'activité des consultations mémoire. Les responsables des CM et CMRR attachent une importance particulière au dialogue et au travail avec des interlocuteurs bien identifiés au niveau régional sur la mise en œuvre et le suivi non seulement des mesures spécifiques aux consultations mémoire mais aussi sur l'ensemble des dispositions du plan national. Au demeurant, chaque ARH dispose depuis 2008 d'un référent Alzheimer, interlocuteur du niveau national ; ce référent disposera d'une habilitation lui permettant d'obtenir les données épidémiologiques et d'activité de sa région, ceci afin d'aider au pilotage de la politique régionale de santé dans le domaine de la maladie d'Alzheimer.

6.3. Pour simplifier et améliorer le pilotage national par la Dhos des consultations mémoire

Proposition n°8 :

Développer les marges d'initiative régionales

La mission estime que, huit ans après la mise en place des premières consultations mémoire, prévues en tant que telles dans un plan national, la Dhos gagnerait à confier plus de responsabilités aux Ars/Ars dans la création, le développement et le fonctionnement des consultations mémoire pour se consacrer, dans de meilleures conditions, aux outils de reporting, au recueil et à l'exploitation du bilan qualitatif au plan national et aux réflexions à mener en matière de financement des consultations mémoire.

L'échelon régional est le mieux situé pour la mise en place et l'animation d'un dispositif de consultation mémoire dans le respect à la fois des cahiers des charges nationaux et des particularités ou contraintes locales, propres à une région, à un département ou à un territoire. En contrepartie, s'en trouve renforcée la nécessité pour les Arh de rendre compte régulièrement à la Dhos des initiatives qu'elles prennent, des difficultés qu'elles rencontrent et de garantir la qualité et la fiabilité des données d'activités recueillies via les CMRR.

Proposition n°9 :

Conforter le cahier des charges de labellisation des CMRR

Le cahier des charges pour la labellisation des CMRR, tel qu'il est fixé en annexe 3 de la circulaire du 30 mars 2005, paraît clair, complet et ramassé. Son contenu n'a pas posé de problèmes de principe aux Arh ou aux responsables de CMRR avec lesquels la mission s'est entretenue.

Une priorisation des critères serait toutefois opportune. En effet, il a déjà été souligné que ce cahier des charges est loin d'être respecté et appliqué de manière uniforme par l'ensemble des CMRR. La mission ne saurait trop insister sur la nécessité pour les CMRR de jouer un rôle actif de tête de filière pour l'ensemble des consultations mémoire de leur territoire de référence et d'exercer pleinement leur activité de recours pour les cas les plus complexes.

Par ailleurs, la question de l'implantation du CMRR, pratiquement toujours sur plusieurs sites au sein du CHU, mérite d'être clarifiée. Cette problématique, commune avec celle de l'implantation des consultations mémoire, est abordée ci-après.

Proposition n°10 :

Clarifier le cahier des charges de labellisation des consultations mémoire

La mission estime nécessaire de clarifier et de compléter les annexes 2 et 3 de la circulaire du 30 mars 2005 sur deux points importants : les structures non labellisées (annexe 3) et la notion de « site hospitalier » pour l'implantation de la consultation mémoire (annexes 2 et 3).

- 1) Le dispositif de labellisation des consultations mémoire par les Arh est le garant de l'efficacité et de la qualité des interventions de ces structures. Il apparaît toutefois que, dans certaines régions et dans certaines circonstances, une labellisation en bonne et due forme n'est pas possible, dans l'immédiat ou dans la durée, faute pour les consultations mémoire en cause d'être en mesure de respecter strictement un cahier des charges logiquement assez contraignant. Il n'en reste pas moins que l'intérêt est démontré de ces structures, certes non labellisées voire non labellisables, qui permettent un maillage plus serré des consultations mémoire et qui offrent un véritable service à la population. Pour à la fois maintenir ce dispositif sur le terrain et garantir a minima la qualité de ses activités, la mission préconise que le cahier des charges soit complété et précisé par la Dhos sur la question des consultations avancées et des consultations relais, en distinguant bien une labellisation possible (et, dans ce cas, souhaitable à court terme) d'une labellisation en tout état de cause inenvisageable. Dans les deux cas, le rôle des Arh/Ars est ici déterminant.

- 2) La mission invite la Dhos à clarifier la notion de « site hospitalier » s'agissant de l'implantation des CMRR et des consultations mémoire. Les annexes 2 et 3 de la circulaire du 30 mars 2005 indiquent : « Il n'existe qu'une seule consultation mémoire par site hospitalier » (annexe 2) et « Ces centres [CMRR] sont obligatoirement implantés au sein d'un centre hospitalo-universitaire ». Il y a tout lieu de penser que le CMRR ou la CM sont appréhendés ici en leur qualité d'entité institutionnelle. On sait toutefois que des CMRR et des CM sont multi-sites et sont alors constitués d'autant d'unités fonctionnelles avec activité de consultations mémoire et implantés dans des sites différents du CHU ou du centre hospitalier. L'exemple du CMRR des Hospices Civils de Lyon est significatif à cet égard : une seule entité institutionnelle mais sept unités fonctionnelles de consultation mémoire dont certaines à très forte activité (deux dépassent les 1000 consultations par an). Par ailleurs, ces unités peuvent être organisées et fonctionner de manière très différente les unes par rapport aux autres (exemple d'une unité du CMRR des HCL adossée à un hôpital gériatrique).

S'il est logique que la Dhos maintienne l'assise de son dispositif de financement sur la notion d'entité institutionnelle, sous réserve de bien le préciser, il appartient aux ARH de répartir les crédits à partir d'une connaissance fine des caractéristiques et de l'activité de chacune des unités fonctionnelles du CMRR ou de la CM. Cette clarification est d'autant plus nécessaire que si le financement national (Dhos) s'effectue en direction des CMRR et CM au sens entités institutionnelles, la mesure de l'activité concerne, quant à elle, chaque unité fonctionnelle.

Proposition n°11 :

Poursuivre l'amélioration du bilan qualitatif des consultations mémoire

D'importants travaux ont été réalisés par la Dhos pour une connaissance toujours plus fine et plus fiable des données d'activités des consultations mémoire. Le déploiement de l'outil standardisé de recueil des données a nécessité un travail préalable de définitions des actes et des structures matérialisé par un glossaire mis à disposition des consultations mémoire. La mission relève trois pistes d'améliorations possibles des bilans d'activité, concernant chaque niveau territorial d'intervention (national, régional, local).

- 1) Intégrer les données d'activités des CM et CMRR dans un corpus d'informations minimum de recueil d'activité au niveau national. L'objectif consiste à ce que la DHOS dispose le plus rapidement possible d'une base nationale de recueil standardisé de l'activité des consultations mémoire. C'est dans cet esprit qu'a été conçue la réalisation de la mesure 34 du plan national Alzheimer : mise en place d'un recueil d'activité et de suivi épidémiologique dans les CMRR et les CM. Cette mesure se met en place à un rythme soutenu ; la future Base Nationale Alzheimer comprendra un corpus d'informations minimal que devront renseigner toutes les consultations mémoire (CMRR et CM). Le déploiement du dossier informatisé dans l'ensemble des consultations mémoire est attendu d'ici la fin 2010.
- 2) Unifier le mode de recueil des données d'activités au plan local. Cet enjeu est particulièrement important mais lourd pour les consultations mémoire. D'une consultation à l'autre, la situation est extrêmement hétérogène. Certaines consultations mémoire utilisent déjà un mode de recueil informatisé de type Calliope, d'autres disposent d'un recueil informatisé mais avec une application spécifique nécessitant une adaptation voire un changement radical de système, d'autres enfin sont très peu ou ne sont pas du tout informatisées pour le recueil des

données d'activité. Dans tous les cas, la forte mobilisation des consultations mémoire est à poursuivre pour la réussite de cet aspect primordial du plan national Alzheimer⁴.

- 3) Conforter le rôle des CMRR dans la collecte et la fiabilisation des données d'activité au niveau régional. La mission a déjà indiqué la nécessité pour les CMRR de jouer un rôle de véritable tête de filière au bénéfice de l'ensemble des consultations mémoire de leur territoire d'intervention. Dans l'immédiat, l'aide à la fois technique, méthodologique, en formations, organisée par chaque CMRR doit être à la hauteur des enjeux et permettre à chaque consultation mémoire de se doter dans de bonnes conditions de l'outil informatisé pour le recueil des données d'activités, à tout le moins celles qui figureront dans la base nationale. Sur la durée, les CMRR doivent organiser ou poursuivre la collecte des activités au plan régional (ou au niveau de leur territoire d'intervention si la région dispose de plus d'un CMRR).

Proposition n°12 :

Enrichir le partenariat avec la fédération nationale des CMRR

La fédération nationale, qui réunit les responsables de l'ensemble des CMRR, est un des acteurs incontournables de la mise en œuvre du plan national Alzheimer. Le président de la fédération a fait état d'un certain manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics lors de l'élaboration du plan national 2008-2012⁵. Les échanges entre la Dhos et la fédération sont confiants et fructueux ; ils gagneraient à s'enrichir. La fédération, interlocuteur privilégié de la Dhos, peut puissamment aider à la mise en place opérationnelle de certaines mesures préconisées par la mission.

Proposition n°13 :

Engager dès maintenant l'étude d'un nouveau mode de tarification pour les consultations mémoire

Le dispositif de financement actuel des consultations mémoire pose quelques difficultés :

- il est morcelé entre la tarification des consultations et une dotation sur l'enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), cette dernière supportant les surcoûts inhérents à une consultation longue dans un cadre pluridisciplinaire ;
- ce bicéphalisme ne permet pas une bonne traçabilité de l'attribution et du suivi des crédits. S'agissant des crédits délégués par la Dhos au titre des Migac, le constat est récurrent : ces crédits sont répercutés intégralement par les Arh vers les établissements, certaines Arh y ajoutant même des crédits de leur propre chef, mais les responsables des consultations mémoire indiquent souvent ne pas connaître leur montant ou déplorent une déperdition des crédits attribués par l'Arh, les établissements ne rétrocédant pas l'intégralité de la somme qui leur a été allouée par le niveau régional. Ce défaut de traçabilité constaté à l'échelle des établissements, et

⁴ Le courrier adressé le 29 juin 2009 par la directrice de la Dhos à l'ensemble des CM et des CMRR relatif à la mise en œuvre de la mesure 34 en appui du courrier du CHU de Nice pour l'alimentation de la Base Nationale Alzheimer, prend ici toute son importance.

⁵ Notamment lors de la réunion du 4 mars 2009 à laquelle la mission a participé.

en infra à celle des consultations mémoire, a de fâcheuses répercussions au niveau national, la Dhos se trouvant en difficulté pour assurer un suivi optimum des crédits spécifiquement alloués à la réalisation du plan national Alzheimer, faute d'un système d'information national. La politique de « crédits ciblés » peut alors atteindre ses limites ;

- il n'offre pas de garanties suffisantes pour l'adaptation des moyens des consultations mémoire à leurs activités. En premier lieu, nombre de consultations mémoire, qui ne portaient pas toutes cet intitulé, préexistaient à la formalisation de leur création dans le cadre du premier plan national Alzheimer. Les moyens humains (praticiens hospitaliers et paramédicaux voire personnels de secrétariat), consacrés au fonctionnement de ces consultations mémoire, n'ont pas ou pas tous été comptabilisés en base pour le financement national au moment de la mise en place du dispositif de labellisation. S'en sont suivies d'assez fortes disparités, au sein d'une même région et d'une région à l'autre, dans l'appréhension des besoins financiers des structures en lien avec la montée en charge de leur activité et leur renforcement. En second lieu, la question de la fongibilité des mêmes moyens humains entre exercice pour le compte de la consultation mémoire et pour le compte d'autres unités de l'hôpital, se pose de manière constante. Les responsables de CMRR et de CM que la mission a rencontrés ont tous indiqué leurs difficultés pour remplir correctement la rubrique « moyens humains » des questionnaires relatifs aux données d'activité de leur structure. Ces difficultés de décompte en ETP sont particulièrement fortes en cas d'adossement de la consultation mémoire à un hôpital gériatrique ou un hôpital de jour, dès lors que les activités auprès d'un même patient Alzheimer sont très intriquées dans l'ensemble des structures. Autant l'indication du nombre de professionnels intervenant est simple appréhendée en effectifs physiques, autant l'exercice devient particulièrement aléatoire pour un décompte en équivalent temps plein (ETP), pourtant le seul à même de mesurer les forces réellement en présence sur l'activité des consultations mémoire.

La mission préconise l'engagement immédiat d'une réflexion sur le mode de financement des consultations mémoire, avec l'ensemble des acteurs concernés. Cette idée était déjà présente dans la circulaire du 30 mars 2005 et elle faisait l'objet de la mesure 19 du rapport remis le 8 novembre 2007 au Président de la République par le Professeur Joël Ménard. Dans un contexte d'exigence de l'organisation des soins centrée sur le patient, le caractère à la fois multiforme et multi professionnel de l'activité des consultations mémoire doit conduire à un mode de tarification qui garantisse la cohérence de la prise en charge, l'équité dans l'attribution des moyens et la traçabilité des financements. La dotation en moyens devrait en ressortir mieux adaptée à la réalité de l'activité : actes de consultation mais aussi tests d'évaluation du déficit cognitif, dispositif d'annonce renforcé, activités de suivi, participation au système informatisé de recueil des données.

CONCLUSION

Créées, pour les premières, dans les années 90, les consultations spécialisées hospitalières ont vu leur consolidation acquise au fil du temps avec une nette accélération sous l'empire des deux premiers plans nationaux Alzheimer et maladies apparentées. L'offre quantitative dispose maintenant d'un maillage territorial globalement dense et satisfaisant. L'effort, correspondant aux principales propositions de la mission, doit plus porter sur les aspects qualitatifs par le biais d'un renforcement de la professionnalisation des consultations mémoire.

Deux axes de réflexion semblent se dégager clairement aujourd'hui, se rejoignant pour une meilleure prise en charge des patients et de leur entourage. D'une part, le développement de l'offre de ville, notamment mais pas uniquement celle des neurologues libéraux, en amont des consultations spécialisées hospitalières, d'autre part, la nécessité pour les consultations mémoire de constituer, plus encore qu'actuellement, l'axe central, le véritable bras armé de la politique nationale de prévention et de lutte contre la maladie d'Alzheimer. Les consultations mémoire, et plus particulièrement les centres mémoire de ressources et de recherche, sont directement ou indirectement au cœur des enjeux posés par le troisième plan national 2008-2012. Le développement de la qualité de l'activité des consultations spécialisées conditionne pour une part non négligeable la réussite du plan national.

ANNEXES

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées.

Liste des personnes rencontrées ou ayant répondu au questionnaire

Ministère de la santé:

Docteur Hélène Esperou, conseillère technique au cabinet de la Ministre
Docteur Alexandra Fourcade, chargée de mission auprès du chef de service du pôle "Organisation des soins, établissements et financement" Dhos
Cécile Balandier, chargée de mission, sous direction à la sous direction O, Dhos

Mission Alzheimer :

Florence Lustman, responsable de la mission de pilotage du plan Alzheimer 2008-2012 et ses collaborateurs

Nord-Pas de Calais:

Professeur Pasquier et les membres de son équipe, service de neurologie du CHU de Lille

Aquitaine :

Professeur Jean-François Dartigues, service de neurologie du CHU de Bordeaux

Midi-Pyrénées :

Professeur Bruno Vellas, responsable du gérontopôle de Toulouse, président de la fédération des CMRR

Rhône-Alpes :

Docteur Francis Fauconnier, chargé de mission à l'Arh
Philippe Guetat Arh,
Docteur Isabelle Rouch, cellule régionale d'observation de la démence
Professeur Bernard Croisille Neurologue Hôpital neuro et représentant du CMRR de Lyon
Professeur Marc Bonnefoy gériatre Lyon Sud et représentant adjoint du CMRR de Lyon
Pierre Krolak-Salmon, neuro gériatre hôpitaux Lyon Sud et Charpennes, représentant régional de la recherche pour les 3 CMRR
Professeur Haon et toute l'équipe dédiée à la prise en charge des patients Alzheimer, Hôpital Les Charpennes
Docteur Gonzalez, Hôpital de Fourvière

Lorraine :

Jean Yves Grall, directeur de l'Arh
Michel Mulic, chargé de mission à l'Arh
Sylvaine Gaulard, directrice adjointe de la DRASS de Lorraine
Elisabeth Chevallier, directrice de la DDASS de Moselle
Daniel Bouffier, directeur de la DDASS de Meurthe et Moselle
Marie Hélène Maitre, directrice adjointe de la DDASS de Meurthe et Moselle
Docteur Catherine Guyot, co chef de projet Volet SROS « personnes âgées »
Philippe Vigouroux, directeur général du CHU
Professeur Gérard Barroche, service de neurologie du CHU de Nancy
Docteur Laure Joly, consultation de gériatrie du CHU de Nancy
Docteur Philippe Jonveaux, service de neurologie du CHU de Nancy
Docteur Christine Perret-Guillaume, service de gériatrie du CHU de Nancy

Docteur Marie-Yvonne Georges, maison hospitalière Saint-Charles
Docteur Marie-Hélène Noelle, maison hospitalière Saint-Charles
Chantal Kirsch, DDASS de Moselle
Véronique Anatole-Touzet, directrice générale du CHR de Metz
Docteur Sophie Retel et son équipe, service de gériatrie du CH de Metz
Docteur Michel Dumay, service de gériatrie du CH de Thionville
Christiane Jeanvoine, France-Alzheimer

Auvergne :

Yvan Gillet, directeur adjoint de l'Arh
Docteur Catherine Ducroz, chargée de mission Arh
Docteur Moussier-Dubost, Gériatre CH Vichy
Docteur Colamarino, neurologue CH Vichy
Professeur Jérôme Bohatier et son équipe, service de gériatrie du CHU de Clermont Ferrand
Professeur Isabelle Jalenques et son équipe, service de psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand
Professeur Didier Deffond et son équipe, service de neurologie du CHU de Clermont-Ferrand

Limousin :

Bernard Roehrich, directeur de l'Arh
Martien Léveque chargée de mission à l'Arh
Hamid Siahmed, directeur général du CHU de Limoges
Antoine Pacheco, directeur du CH Esquirol
Professeur Jean-Pierre Clément, service de psychiatrie du CHU
Professeur Thierry Dantoine, service de gériatrie du CHU
Professeur Philippe Couratier, service de neurologie du CHU
Docteur Patricia Saule-Franco, gériatre, CM de Saint-Junien
Docteur Cécile Adam, gériatre, CM de Saint-Yriex
Docteur Myriam Burguet, gériatre, CM de Saint-Yriex
Docteur Philippe Laporte, gériatre, CM de Ussel
Docteur Schaedler, psychiatre, CM de La Jonchère
Docteur Florence Gourdeau-Nauche, gériatre, CH de Brive
Docteur Valérie Graval, gériatre, CH de Tulle
Docteur Bruno Moreigne, gériatre, CH de Guéret
Docteur Leslie Cartz-Piver, neurogériatre, réseau COGLIM
Docteur Henri Roy, médecin généraliste, CM relais de Hihl
Guy Genty, directeur de la CM relais de Hihl
Geneviève Blanquet, CISS

Ile de France :

Roxane Simon-Prel, chargée de mission à l'Arh
Professeur Bruno Dubois, fédération de neurologie de la Salpêtrière
Evelyne Gaussens, directrice générale, hôpital gériatrique Les Magnolias à Ballanvilliers
Docteur Laurence Luquel, médecin chef, hôpital gériatrique Les Magnolias à Ballanvilliers

Annexe 2 : mesures 11, 12, 13 et 34 du plan Alzheimer 2008 2012.**Mesure 11 : Création des consultations mémoire dans les zones non pourvues****1. Contexte et enjeux**

Un effort important a été fait, ces dernières années, afin que chaque territoire de santé dispose d'une consultation mémoire

Au 31 décembre 2006 on compte 366 consultations mémoire situées dans un établissement de court séjour réparties sur le territoire dont 234 CM labellisées par les agences régionales d'hospitalisation. Il persiste une grande hétérogénéité régionale. C'est pourquoi, il convient de **créer 38 consultations mémoire** pour permettre à chacune des régions d'atteindre un taux d'équipement satisfaisant.

2. Objectif

Couvrir l'ensemble du territoire en sites spécialisés de diagnostic et suivi

3. Mesure***a- Description de la mesure***

Création de 38 nouvelles consultations mémoires

b- Modalités de réalisation de la mesure

Circulaire pour financement des Arh

4. Acteurs

Pilote Dhos

5. Calendrier

Durée du plan

6. Financement**- *Montant du financement***

Une consultation mémoire nécessite une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'un praticien hospitalier neurologue, gériatre ou psychiatre, d'un psychologue ou orthophoniste, d'un temps de secrétariat.

Création de 38 consultations mémoire sur la durée du plan: **6,68 M€ sur 5 ans**

Pour 2008 : **création de 24 consultations mémoire soit 4,224M€ de mesures nouvelles et complément de financement pour les consultations mémoires créées en 2007 (2,7 M€)**

- *Sources du financement*

Assurance-maladie (Ondam – établissements de santé -Migac)

7. Evaluation

-
- A 6 mois de fonctionnement, suivi pour les nouvelles consultations mémoire de données d'activité : nombre de patients dans la file active, plages d'ouverture de la consultation
 - Nombre de consultations mémoire

Mesure 12 : Création de « centres mémoire de ressources et de recherche » dans les zones non pourvues

1. Contexte et enjeux

On recense 25 CMRR implantés dans 23 régions. Chaque région doit comporter au moins un CMRR qui est un site spécialisé, assurant le diagnostic des cas les plus complexes et des formes les plus précoces.

Il reste à créer 3 CMRR (Auvergne, Corse, Limousin) pour atteindre l'objectif du maillage territorial.

Les CMRR assurent une activité de recherche clinique, de formation ; ils animent et structurent par ailleurs le dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire. Enfin, ils traitent l'ensemble des questions éthiques posées par la maladie d'Alzheimer.

2. Objectif

Couvrir l'ensemble du territoire en sites spécialisés de diagnostic, de recours et de recherche.

Par ailleurs, le renforcement des moyens de l'ensemble des CMRR en personnels de recherche se fera sur la base des appels à projets de recherche, notamment celui du PHRC –programme hospitalier de recherche clinique.

3. Mesure

Financer la création de 3 CMRR dans les régions qui n'en sont pas pourvues.

4. Acteurs

Pilote : Dhos

5. Calendrier

- Mise en œuvre dans le courant de l'année **2008**.

6. Financement

L'estimation des besoins en personnel est basée sur la moyenne des 25 CMRR existants

Coût pour 3 CMRR : 1,14 M€

Assurance-maladie (Ondam – établissements de santé -Migac)

7. Evaluation

L'activité de ces 3 CMRR sera comparée à celles des 25 autres CMRR dans l'enquête Dhos 2008.

Mesure 13 : Renforcement des consultations mémoire à forte activité

1. Contexte et enjeux

La spécificité de la maladie d'Alzheimer et ses conséquences inéluctables requièrent la mise en place d'un dispositif d'annonce adapté. Si l'annonce est organisée dans certaines consultations, parfois, l'insuffisance de personnels ou de formation ne permettent pas qu'une équipe pluridisciplinaire propose au malade et à son entourage proche un temps suffisant pour aborder l'entrée dans la maladie.

Il s'agit, dans une démarche de qualité, d'écouter les souhaits de la personne concernée et de ses aidants principaux, d'offrir, à la demande, en fonction du contexte social et psychologique, les soutiens nécessaires et les bases du plan de soins et d'accompagnement, en insistant sur le relais de proximité indispensable que constitue le médecin traitant.

Ce dispositif constitue une des missions principales des consultations mémoire, elle doit être préservée quelle que soit l'importance de la file active.

Il convient donc de renforcer les moyens des consultations ayant une activité élevée, d'autant que l'analyse de l'activité des 366 consultations mémoire montre une relative hétérogénéité de fonctionnement de celles-ci.

Cette mesure consiste, à partir des données de l'enquête Dhos, à renforcer parmi les 234 consultations mémoire labellisées **celles dont l'activité est importante. Ce renforcement ciblé, notamment en neuro-psychologues, vise à raccourcir les délais d'attente des bilans spécialisés mémoire et à garantir la qualité de l'annonce de la maladie.**

2. Objectif

Renforcer les moyens des 122 consultations mémoire labellisées à forte activité pour garantir la qualité de l'annonce.

3. Mesure

Augmentation des moyens à hauteur de 20 %, des 122 consultations mémoire à forte activité

4. Acteurs

Pilote : Dhos

5. Calendrier

Mise en œuvre sur la durée du plan

6. Financement

Montant du financement

Coût total de la mesure : **12,3M€ dont 7 M€ en 2008**

Sources de financement

Assurance-maladie (Ondam – établissements de santé -Migac)

7. Evaluation

Suivi particulier de l'évolution de l'activité de ces 122 consultations renforcées dans le cadre de l'enquête annuelle Dhos.

Mesure 34 : Mise en place d'un suivi épidémiologique

Mise en place d'un système de recueil d'activité et de suivi épidémiologique au sein des consultations spécialisées.

1. Contexte et enjeux

Il importe que chaque région dispose de données d'activités (nombre de patients examinés, nombre de nouveaux patients), de données concernant les caractéristiques des patients (diagnostic porté, gravité de la maladie, type de soutien dont dispose le malade), et d'indicateurs de qualité de prise en charge. 3 régions disposent déjà d'un dossier informatisé commun (Calliope).

2. Objectif

Permettre de contribuer à adapter l'offre de soins spécialisés mémoire à travers les schémas régionaux d'organisation des soins et d'apprécier la qualité de leur fonctionnement. Disposer de données épidémiologiques, disposer de données d'activités des centres spécialisés.

3. Mesure

a- Description de la mesure

Elaboration d'un cahier des charges définissant les données à relever. Informatisation des consultations mémoire et des neurologues libéraux volontaires.

b- Modalités de réalisation de la mesure

Elaboration du contenu par un groupe de travail. Appel à projets ouverts aux CMRR existants pour la réalisation de ce dossier et la création d'une base de données nationale.

4. Acteurs

Pilote

Dhos : pour la partie recueil de données sur l'activité des centres

Dgs pour la définition des items à renseigner.

Fondation de coopération scientifique pour l'exploitation des données notamment épidémiologiques

Partenaires

Fédération des CMRR, CHU de NICE, neurologues libéraux

5. Calendrier

Elaboration du contenu pour mars 2008. Appel à projet pour juin 2008

6. Financement

Montant du financement

Création du dossier, diffusion du dossier, formation médecins, achat du logiciel **0,8 M€**

Gestion de la base de données : **0,3 M€/an**

Sources du financement

assurance-maladie (Ondam - établissements de santé - Migac)

7. Evaluation

- Dossier informatisé dans 50 % des centres en 2009, 100% en 2010

- Données d'activités et d'épidémiologie

Annexe 3 : Grille d'évaluation des CMRR.

REGION	
VILLE	
Nombre de ½ journées d'ouverture /semaine	
Moyens^o	
Activité^o	

DESCRIPTION DE L'EQUIPE

Pour chacun des emplois, préciser si il pré existait ou non au plan 2008/2012

Métier	Nb. intervenants	ETP^{oo}	ETP / patients/ CM	ETP / Patients, Hors CM	ETP / Formation/ Recherche	ETP/ A.I.G^{ooo}.
Neurologue						
Gériatre						
Psychiatre						
(Neuropsychiatre)						
Généraliste						
Infirmier						
Aide soignant						
Neuropsychologue						
Psychologue clinicien						
Orthophoniste						
Ergothérapeute						
Assistant social						
Cadre supérieur de santé						
Cadre infirmier						
Secrétaire						
Autre						
TEC						
ARC						
Total						

Métier et titre du responsable de l'UF consultation mémoire

^o : Cf. tableaux moyens financiers et humains prof. Dartigues.

^{oo} : temps total consacré à l'activité « mémoire » quelle qu'elle soit (y compris RCP).

^{ooo} : activité d'intérêt général. (Gestion de pôle, d'unité fonctionnelle, participation à des réunions, etc.)

ACTIVITE de la CM en 2008

Nombre de consultations	
File active	
Nombre de nouveaux patients	
Existence d'un HdJ prenant en charge des patients adressés par le CMRR ou la CM	(Oui / Non)
Si oui : médecine ou SSR	
Si oui : nombre de places	
Si oui : nombre d'admissions	
Si oui: nombre de patients suivis en HdJ au titre de la maladie d'Alzheimer	
Si oui : nombre de patients dont le diagnostic de maladie d'Alzheimer est fait en HdJ	
Existence unité de soins aigus Alzh. (court séjour)	(Oui / Non)
Si oui nombre de lits	
Si oui : nombre de patients suivis en unité court séjour	
Si oui : nombre d'admissions	
Lien avec une unité cognitivo-comportementale (SSR)	(Oui / Non / Projet)
Si oui : nombre de lits	
Si oui : nombre de patients suivis en SSR	
Si oui : nombre d'admissions des patients de la file active du centre	

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

% de patients Alzheimer / consultants de la CM	
Gravité de l'affection (MMS moyen au moment du dg+)	
Présence d'aidants non professionnels au domicile	

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Délais d'attente pour un rdv avec le médecin spécialiste	
Durée moyenne de la consultation	
Délais d'attente pour un rdv avec le neuropsychologue	
Délais d'attente pour un rdv IRM	
Délai d'information du médecin traitant	
% de patients et proches bénéficiant CS annonce	
% de patients et proches bénéficiant formalisation plan de soins et d'accompagnement	

ACTIVITE DE RECHERCHE

Association avec unité INSERM, CNRS, universitaires.	(titre)
Participation à des essais thérapeutiques	(Oui / Non)
Si oui, nombre de patients inclus	
Participation à des PHRC ou projets académiques	(Oui / Non)
Si oui, nom du ou des projets	
Si oui, nombre de patients inclus au total	
Nombre de projets pour lesquels le centre est investigateur principal	
Inclusion des patients dans des études de cohortes	(Oui / Non)

ACTIVITE EN RESEAU

Appartenance à une filière de soins ville /hôpital spécialisée pour la MA	(Oui / Non)
Formalisation des relations avec les CM de la région	(Oui / Non)
Si oui, nombre de CM affiliées au CMRR (tête de filière)	
Si oui, implication Dans la prise en charge des malades jeunes Dans un espace de réflexion éthique Dans la formation et l'accompagnement des aidants	

Annexe 4 : Grille d'évaluation des CM.

REGION	
VILLE	
CM labellisée	(oui / non)
Nombre de ½ journées d'ouverture /semaine	
Moyens^o	
Activité^o	

DESCRIPTION DE L'EQUIPE

Pour chacun des emplois, préciser si il pré existait ou non au plan 2008/2012

Métier	Nb. intervenants	ETP^{oo}	ETP / patients/ CM	ETP / Patients, Hors CM	ETP / Formation/ Recherche	ETP/ A.I.G^{ooo}.
Neurologue						
Gériatre						
Psychiatre						
(Neuropsychiatre)						
Généraliste						
Infirmier						
Aide soignant						
Neuropsychologue						
Psychologue clinicien						
Orthophoniste						
Ergothérapeute						
Assistant social						
Cadre supérieur de santé						
Cadre infirmier						
Secrétaire						
Autre						
TEC						
ARC						
Total						

Métier et titre du responsable de l'UF consultation mémoire

^o : Cf. tableaux moyens financiers et humains prof. Dartigues.

^{oo} : temps total consacré à l'activité « mémoire » quelle qu'elle soit (y compris RCP).

^{ooo} : activité d'intérêt général. (Gestion de pôle, d'unité fonctionnelle, participation à des réunions, etc.)

ACTIVITE de la CM en 2008

Nombre de consultations	
File active	
Nombre de nouveaux patients	
Existence d'un HdJ prenant en charge des patients adressés la CM	(Oui / Non)
Si oui : médecine ou SSR	
Si oui : nombre de places	
Si oui : nombre d'admissions	
Si oui: nombre de patients suivis en HdJ au titre de la maladie d'Alzheimer	
Si oui : nombre de patients dont le diagnostic de maladie d'Alzheimer est fait en HdJ	
Existence unité de soins aigus Alzh. (court séjour)	(Oui / Non)
Si oui : nombre de lits	
Si oui : nombre de patients suivis en unité court séjour	
Si oui : nombre d'admissions	
Lien avec une unité cognitivo-comportementale (SSR)	(Oui / Non / Projet)
Si oui : nombre de lits	
Si oui : nombre de patients suivis en SSR	
Si oui : nombre d'admissions des patients de la file active du centre	

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

% de patients Alzheimer / consultants de la CM	
Gravité de l'affection (MMS moyen au moment du dg+)	
Présence d'aidants non professionnels au domicile	

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Délais d'attente pour un rdv avec le médecin spécialiste	
Durée moyenne de la consultation	
Délais d'attente pour un rdv avec le neuropsychologue	
Délais d'attente pour un rdv IRM	
Délai d'information du médecin traitant	
% de patients et proches bénéficiant CS annonce	
% de patients et proches bénéficiant formalisation plan de soins et d'accompagnement	

ACTIVITE EN RESEAU

Appartenance à un réseau ville /hôpital	(Oui / Non)
Formalisation des relations avec un CMRR	(Oui / Non)
Si oui, dénomination du CMRR	
Si oui, nombre de patients suivis par la CM et inclus par le CMRR dans des PHRC, des projets académiques et des études de cohortes	