

La maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) en Rhône-Alpes

La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence chez les personnes âgées.

Elle touche environ 24 millions de personnes à travers le monde et concerne en France près de 800 000 personnes de plus de 75 ans dont près de 350 000 bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD 15, Alzheimer et maladies apparentées).

Cette affection étroitement liée au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée moyenne de vie va continuer sa progression dans les prochaines années. En 2040, 80 millions d'individus pourraient en être affectés dans le monde*.

Cette maladie neuro-dégénérative du tissu cérébral entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions cérébrales cognitives et émotionnelles, et place la personne atteinte dans un état de dépendance croissant. Problème majeur de santé publique, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent un drame pour les patients et leur entourage, entraînant désarroi et désorganisation durable du quotidien de tout l'entourage familial.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, les Assises Régionales Rhône-Alpes sont l'occasion de dresser un bilan de la situation. Ce document se veut une première approche du problème en abordant l'aspect quantitatif en terme, d'une part, de population touchée, et d'autre part, de réponses apportées à celle-ci.

* (Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Alzheimer's Disease International, The Lancet, 366, 2112 - 2117, 17/12/2005)

Le Plan national Alzheimer 2008-2012 11 objectifs, 44 mesures

- Objectif n°1 : Apporter un soutien accru aux aidants.
- Objectif n°2 : Renforcer la coordination entre tous les intervenants.
- Objectif n°3 : Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile.
- Objectif n°4 : Optimiser le parcours de soins.
- Objectif n°5 : Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- Objectif n°6 : Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels.
- Objectif n°7 : Fournir un effort sans précédent pour la recherche.
- Objectif n°8 : Organiser un suivi épidémiologique.
- Objectif n°9 : Informer et sensibiliser le grand public.
- Objectif n°10 : Promouvoir une réflexion et une démarche éthique.
- Objectif n°11 : Faire de la maladie Alzheimer une priorité européenne.

[<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>]

Près de 85 000 personnes atteintes de démence en Rhône-Alpes

Des études européennes comme l'étude « Faenza e Granarolo » en Italie (2005) et l'étude PAQUID conduite par l'Inserm en France (2003), fournissent des taux de prévalence¹ de la maladie d'Alzheimer, chez les personnes de 65 à 75 ans pour la première et de plus de 75 ans pour la seconde. En appliquant ces taux à la population de la région Rhône-Alpes au Recensement de 2006 (Insee), on estime à 84 400 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de démences dont 80 % avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer (920 000 en France).

En 2010, en faisant l'hypothèse que les taux de prévalence restent constants et en utilisant les données de projections de l'Insee, près de 92 000 personnes seraient atteintes en Rhône-Alpes.

¹ Prévalence : Nombre de cas recensés à un moment donné.



La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés se rencontrent majoritairement après 65 ans et la prévalence de la maladie ne cesse d'augmenter avec l'âge, particulièrement à partir de 80 ans.

Quelle que soit la tranche d'âge concernée, les femmes sont plus touchées que les hommes. A partir de 90 ans une femme sur deux serait atteinte de démence. Du fait de la surreprésentation féminine dans la population générale âgée et de ces taux de prévalence plus élevés, les femmes représentent près des trois quarts (72 %) des personnes malades.

A l'horizon 2020

Les projections démographiques, réalisées par l'Insee, permettent d'envisager une forte augmentation du nombre de personnes âgées et donc du nombre de personnes atteintes de démence dans les années à venir. Ainsi, en Rhône-Alpes, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans augmenterait de 34 % entre 2006 et 2020 et leur part dans la population générale passerait de 16 % à plus de 20 %. Pour les personnes de plus de 80 ans, les effectifs augmenteraient de 38 % et leur part parmi la population générale régionale passerait de 4,4 % à 6 %.

Plus de 18 000 nouveaux cas de démences chaque année en Rhône-Alpes

L'enquête PAQUID a également permis d'estimer des taux d'incidence¹ de la maladie d'Alzheimer. Ceux-ci croissent fortement avec l'âge dans les deux sexes mais de manière beaucoup plus forte chez les femmes. Alors que ces taux sont assez proches pour les deux sexes jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans, ils apparaissent nettement supérieurs chez les femmes à partir de 80 ans avec une croissance exponentielle.

En appliquant ces taux à la population de 2006, on estime que le nombre de nouveaux cas de démence par an serait en Rhône-Alpes de 5 500 chez les hommes et 12 700 chez les femmes, soit plus du double.

¹ Incidence : Nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Moins de 5 000 nouvelles admissions en ALD chaque année

Entre 2004 et 2006, en moyenne chaque année 1 292 hommes et 3 285 femmes ont été admis en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15).

Bien que l'admission en ALD² repose sur une définition médicale ne mentionnant aucun critère d'évaluation, notamment de la gravité, on peut penser que toutes les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ne font pas l'objet d'une admission en ALD (absence ou retard de diagnostic, démarche de demande d'admission en ALD non effectuée, démarche réalisée pour les personnes les plus atteintes ou à la prise en charge médicale la plus lourde, ...). Cela explique que le nombre d'admissions en ALD soit très inférieur au nombre théorique estimé de nouveaux cas de démences (cf. paragraphe précédent). Parmi les nouvelles personnes admises, 72 % sont des femmes, et deux tiers des bénéficiaires ont plus de 80 ans. Sur la région, l'ALD 15 représente 4,3 % des attributions d'ALD tous motifs confondus, versus 4,5 % sur la France entière.

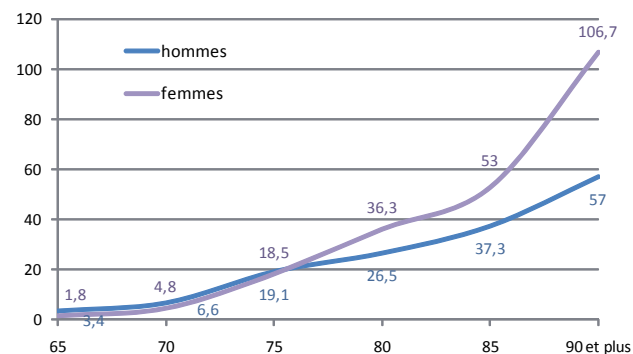
Prévalence et estimation du nombre de cas de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés en Rhône-Alpes

Sexe	Age	Taux de prévalence*	Nombre estimé de cas en Rhône-Alpes	
			En 2006	En 2010
Hommes	65-69 ans	0,8%	920	989
	70-74 ans	1,8%	1 881	1 810
	75-79 ans	7,7%	6 370	6 515
	80-84 ans	12,5%	7 084	7 371
	85-89 ans	22,9%	4 933	7 419
	90 ans et plus	27%	2 731	2 589
Total hommes			23 918	26 694
Femmes	65-69 ans	1,2%	1 530	1 599
	70-74 ans	3,2%	4 146	3 848
	75-79 ans	5,7%	6 848	6 750
	80-84 ans	16,6%	16 102	16 460
	85-89 ans	29,9%	13 806	20 721
	90 ans et plus	52,8%	18 022	15 792
Total femmes			60 453	65 169
Total			84 371	91 862

*avant 75 ans les taux sont issus de l'étude italienne ; après 75 ans de l'étude française.

Sources : PAQUID (France) et Faenza e Granarolo (Italie), INSEE (RP2006 et OMPHALE 2000) - Exploitation ORS Rhône-Alpes

Taux d'incidence des démences par classes d'âge, pour 1 000 habitants



Source : Etude PAQUID 2003

² Une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 % des soins par l'assurance maladie. L'ALD 15 « maladie d'Alzheimer et autres démences » est définie (selon le décret du 4 octobre 2004) comme « une affection cérébrale habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation durable de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Elles ont un retentissement sur la vie quotidienne ou sur la vie professionnelle. Le syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections, qui touchent le cerveau primitivement ou secondairement... ».

Les taux comparatifs¹ d'admission en ALD sont équivalents en France et en Rhône-Alpes.

Ils sont plus élevés chez les femmes au niveau de la région (8,7 pour 10 000 contre 5,9 chez les hommes) comme dans chaque département de la région. Cependant, on peut souligner que cette différence est beaucoup plus marquée pour les départements de l'Isère ou de la Loire ; dans ces départements les taux féminins sont deux fois et demie à trois fois supérieurs aux taux masculins, et également nettement supérieurs aux taux féminins des autres départements : 13,7 pour 10 000 en Isère, 17,8 dans la Loire. Pour les hommes, les différences de taux comparatifs sont moins marquées entre les départements de la région.

La Drôme et l'Ardèche présentent les plus bas taux comparatifs annuels d'admission en ALD (respectivement 4,8 et 4,7 pour les hommes, 7,2 et 7,5 pour les femmes).

Les disparités observées entre départements peuvent, en dehors de différences d'incidence réelle de la maladie, être liées à des différences de pratiques médicales au niveau du diagnostic de la maladie puis au niveau de la reconnaissance de la maladie comme ALD. Elles peuvent également être corrélées à une offre médicale variable d'un département à l'autre.

Près de 18 000 hospitalisations par an pour maladie d'Alzheimer

Sur la période 2006-2007, 17 955 séjours ont été repérés en moyenne annuelle comme associés à une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées pour les patients de 65 ans et plus. Plus des deux tiers des séjours se terminent par un retour au domicile simple, 16 % des séjours se prolongent en soins de suite et réadaptation, et dans 5 % des cas le patient décède en cours de séjour. Le pourcentage de retour à domicile diminue avec l'âge : de 68 % des séjours pour les 65-84 ans, il passe à 57 % des séjours au-delà des 85 ans.

10 000 personnes ont été hospitalisées en moyenne annuelle en Rhône-Alpes sur cette période, dont 70 % de femmes.

Le taux brut d'hospitalisation pour démence augmente avec l'âge : de 70 pour 10 000 pour les 65-84 ans, il passe à 1 368 pour 10 000 au-delà de 85 ans.

La Loire et le Rhône ont des taux comparatifs annuels de personnes hospitalisées nettement supérieurs au taux régional (250 pour 10 000).

Les données exploitées ici proviennent du PMSI, système d'information des hôpitaux de court séjour, sur 2006-2007. Elles concernent les séjours pour lesquels les diagnostics (principal et associés) ont été codés selon la CIM 10 en F00 (troubles mentaux organiques dont démences et maladie d'Alzheimer), et G30 (maladie d'Alzheimer).

Moins de 3 personnes pour 1 000, âgées de plus de 65 ans, prennent des médicaments anti-Alzheimer

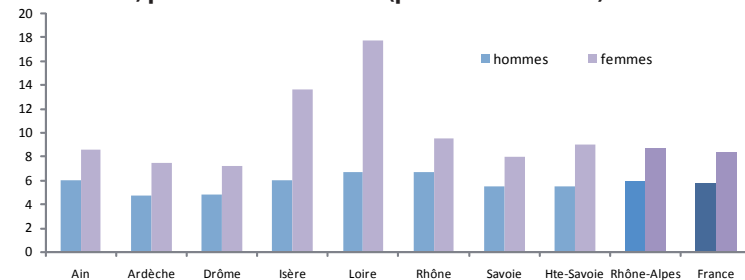
Parmi les assurés du régime général de l'assurance maladie de la région, âgés de plus de 65 ans, 26 personnes sur 10 000 recevaient en 2007 un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer². A tout âge, le taux de prescription de médicaments anti-Alzheimer est plus important chez les femmes que chez les hommes.

Pour les deux sexes, il existe un pic des taux de prescription autour de 85 ans. Après cet âge, la prévalence des patients sous traitement s'abaisse nettement. Cette tendance peut trouver une explication dans les recommandations en vigueur : les anticholinestérasiques ne sont pas indiqués dans les formes sévères de la maladie, plus fréquentes après 85 ans ; de plus pour tous ces médicaments il existe de nombreuses contre-indications ou précautions d'emploi (notamment des risques d'interactions médicamenteuses), souvent rencontrées chez ces patients âgés polypathologiques, qui peuvent entraîner une baisse de la prescription après 85 ans.

L'Ain et l'Isère se distinguent par leurs taux plus élevés de personnes sous traitement anti-Alzheimer, la Savoie et la Haute-Savoie par leurs taux plus faibles.

²Les médicaments anti-Alzheimer remboursés par l'assurance maladie sont regroupés sous le code N06D dans la classification OMS des médicaments. Ce sont : les anticholinestérasiques dans le traitement des formes légères à modérément sévères - donépézil (Aricept®), galantamine (Reminyl®) et rivastigmine (Exelon®) - et la mémantine (Ebixa®) dans le traitement des formes modérément sévères à sévères.

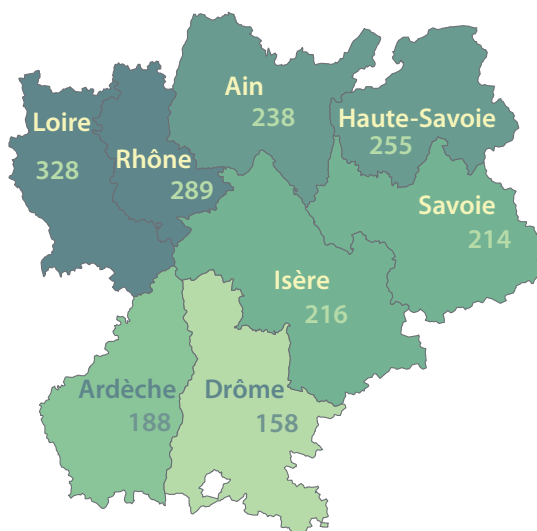
Taux comparatifs annuels d'admission en ALD pour maladie d'Alzheimer, pour 10 000 habitants (période 2004-2006)



Source : CNAMTS, RSI, MSA. INSEE estimations 2005

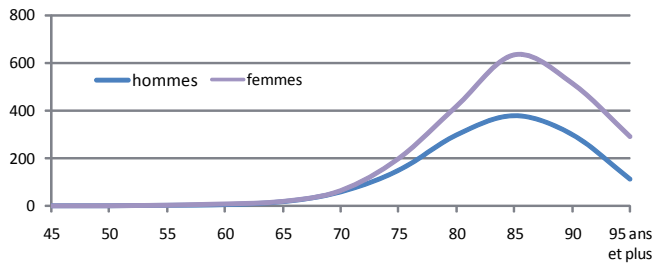
¹Le taux comparatif, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre sexes et entre territoires différents.

Taux comparatifs annuels de patients hospitalisés pour 10 000 habitants de 65 ans et plus



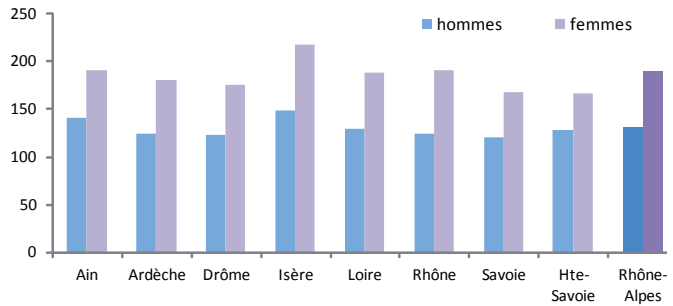
Source : PMSI 2006-2007, INSEE RP 2006

Taux bruts de personnes sous traitement anti-Alzheimer (au moins 3 remboursements dans l'année) pour 10 000 habitants, par tranches d'âge (2007)



Source : URCAM 2007 régime général, population couverte en 2007 par le régime général de l'assurance maladie

Taux comparatifs de personnes sous traitement anti-Alzheimer (au moins 3 remboursements dans l'année) pour 10 000 habitants de plus de 65 ans (2007)



Source : URCAM 2007 régime général, médicaments anti-Alzheimer prescrits au moins trois fois dans l'année, population couverte en 2007 par le régime général de l'assurance maladie

Entre 2004 et 2006, 1 235 décès annuels sont attribués à la maladie d'Alzheimer en Rhône-Alpes

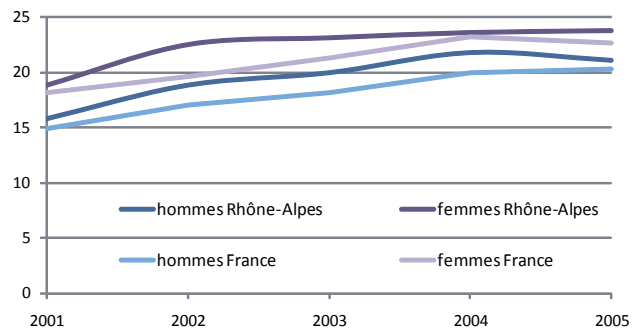
Sur la période 2004-2006, 870 femmes et 365 hommes sont décédés de la maladie d'Alzheimer en moyenne chaque année. Près de 95% d'entre eux étaient âgés de 75 ans et plus.

Depuis 2000, on observe en Rhône-Alpes une hausse globale du taux de mortalité par maladie d'Alzheimer, de 23 % pour les femmes et de 29 % pour les hommes, avec un plateau en fin de période. Cependant, ces résultats sont à interpréter avec précaution pour plusieurs raisons. D'une part, en 2000 la Classification Internationale de Maladies a été modifiée et l'adoption de la nouvelle codification (CIM 10) a pu se faire de manière différée pour cette pathologie très concernée par cette modification. D'autre part, l'amélioration au cours du temps de la connaissance et de l'identification de la maladie peut contribuer à augmenter le nombre de déclarations sur les certificats de décès.

La surmortalité féminine par maladie d'Alzheimer est restée constante sur la période observée. L'évolution sur 6 ans est la même en Rhône-Alpes qu'à l'échelle nationale. Mais les taux comparatifs de mortalité en Rhône-Alpes sont restés supérieurs à la tendance nationale sur 2000-2006.

¹ Les TCM (taux comparatifs de mortalité) utilisés ici sont lissés sur trois ans. Le lissage permet d'éliminer de la courbe l'effet des fluctuations d'une année sur l'autre, particulièrement sur de petits effectifs. Il consiste à calculer des TCM sur trois ans, centrés sur une année. Par exemple le point de la courbe en 2001 se rapporte au TCM calculé sur trois années (2000 à 2002). La période étudiée ici s'étend donc de 2000 à 2006.

Taux comparatifs de mortalité, pour 100 000 habitants Période 2001-2005, taux lissés sur 3 ans¹



Source : Cépi-DC, INSEE

Les consultations mémoire : pour un diagnostic plus précoce

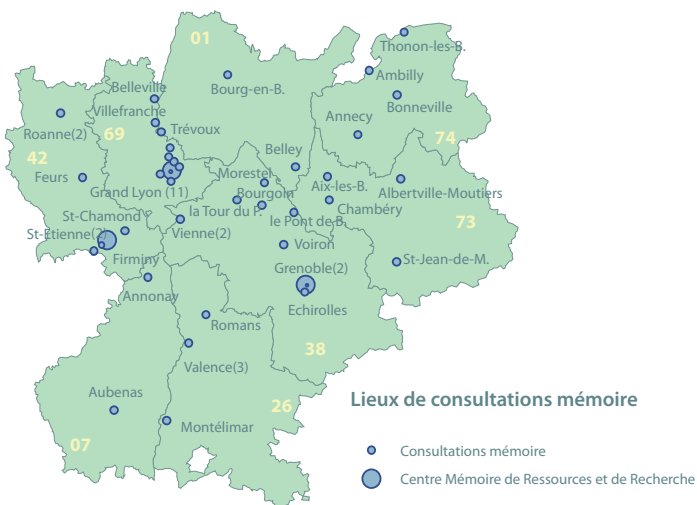
Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est fait principalement par les médecins libéraux (neurologues, médecins généralistes...) et par les consultations mémoire labellisées.

Les consultations mémoire sont ouvertes à toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs (troubles du raisonnement, du jugement, de la compréhension...). Les centres de consultation mémoire sont des centres spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge des troubles cognitifs. Ces consultations, hébergées par des services hospitaliers, sont constituées d'équipes pluridisciplinaires associant d'une part des médecins neurologues, psychiatres, gériatres, et d'autre part des neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes...

En premier lieu il s'agit d'effectuer un diagnostic précis. Celui-ci repose sur un interrogatoire détaillé du patient sur l'histoire des troubles cognitifs et la recherche de facteurs de risque, suivi d'un bilan neuropsychologique, d'un examen clinique et, si besoin, d'examen paracliniques. Une évaluation du retentissement est faite dans le même temps, si possible enrichie par un entretien avec l'entourage. Ensuite un projet de soins personnalisé est mis en place, en partenariat avec les médecins de ville.

Les consultations mémoire constituent un premier niveau du dispositif de diagnostic et de prise en charge de la maladie d'Alzheimer. A un second niveau, les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) reçoivent les patients dont les troubles nécessitent une expertise plus approfondie. En Rhône-Alpes, la Cellule Régionale d'Observation de la Démence du CHU de Saint-Etienne recense ces consultations.

Localisation des consultations mémoire en Rhône-Alpes



Source : Cellule Régionale d'Observation de la Démence. Exploitation ORS

Annuaire des consultations mémoire disponible sur le site :

http://www.chu-st-etienne.fr/qui/reseau_partenariat/crod/menu_crod.asp

Au total durant l'année 2008, plus de 12 000 patients ont été pris en charge dans les 44 consultations mémoire de la région, dont la moitié en CHU au sein de CMRR.

Les consultations mémoire sont hébergées par des services de neurologie, de gériatrie ou de psychiatrie. Les deux maladies les plus diagnostiquées sont les mêmes, quelles que soient les spécialités des services d'hébergement, il s'agit de la maladie d'Alzheimer et des démences vasculaires.

Lors de la première consultation, le MMSE¹ moyen est à 18,2 pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces résultats montrent que la plupart des diagnostics ne sont pas posés à un stade précoce, comme le préconisent les recommandations nationales (cf. encadré). L'enjeu à court terme sera donc de diminuer le nombre de patients qui sont diagnostiqués à un stade avancé.

¹ MMSE : Mini Mental State Evaluation

C'est un test simple d'évaluation de la détérioration cognitive. L'ensemble du questionnaire porte sur l'orientation dans le temps et l'espace, le rappel immédiat et différé, l'attention, le langage et les praxies constructives. Le seuil considéré comme le plus discriminant est 24, tout âge et tout niveau socioculturel confondus. Mais ce seuil n'est pas suffisant pour parler de démence. Toute anomalie nécessite une évaluation plus approfondie des fonctions cognitives.

(Source : Le « Mini Mental Status Examination » Brève revue de la littérature. Médecine. Vol.2, N°10, 462-4, Décembre 2006).

Recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), 2008 :

Dans l'état actuel des connaissances et avec les moyens actuels du système de santé, le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée n'est pas recommandé en population générale. En revanche, une démarche diagnostique doit être proposée :

- aux personnes se plaignant de ressentir une modification récente de leur cognition,
- aux personnes chez lesquelles l'entourage remarque l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs ou un changement psycho-comportemental non expliqué par une pathologie psychiatrique identifiée,
- aux patients venant consulter ou étant hospitalisés, pour une pathologie révélant un déclin cognitif : chute, syndrome confusionnel, accident vasculaire cérébral, etc.

Le diagnostic précoce n'est recommandé dans la maladie d'Alzheimer que s'il est accompagné d'un engagement de prise en charge. La mise en place précoce de thérapeutiques, d'une prise en charge médico-sociale et d'un accompagnement, assure une meilleure qualité de vie aux patients et aux aidants sur un temps plus prolongé, et pourrait retarder l'entrée en institution. Le diagnostic précoce permet d'informer le patient et la famille sur la maladie, à un moment où il est à un stade paucisymptomatique, communique encore avec ses proches et peut éventuellement formuler des directives anticipées. Il permet aussi de prévenir l'épuisement familial par la mise en place précoce et progressive des aides et soutiens nécessaires. Les patients qui présentent des troubles cognitifs légers font partie d'une population à risque qui justifie un suivi régulier, à expliciter comme tel au patient.

Une offre variée de prise en charge sanitaire et médico-sociale inégalement répartie sur le territoire régional

De multiples acteurs, professionnels ou bénévoles, associatifs ou institutionnels, du secteur médico-social ou sanitaire, interviennent auprès des patients et de leurs familles. On peut notamment citer :

- Les associations qui interviennent notamment dans le maintien à domicile, le soutien du malade et de sa famille, l'information et la formation.
- Les SSIAD, services de soins infirmiers à domicile, ont pour objectif d'assurer, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale, l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux.
- Les structures de répit se sont développées au cours des dernières années, ayant pour objectif de soulager les aidants naturels des personnes atteintes (le plus souvent la famille). En accueil de jour, les personnes âgées peuvent être accueillies durant une ou plusieurs journées, voire par demi-journée. Durant leur séjour, elles participent aux activités thérapeutiques et aux animations. Ce type d'accueil est géré par des structures d'accueil existantes : maisons de retraite, hôpitaux...
- Les lieux d'accueil en hébergement temporaire permettent aux personnes âgées de bénéficier durant quelques semaines ou quelques mois d'un hébergement pour répondre à des besoins ponctuels et variés (sortie d'hospitalisation, absence momentanée de l'entourage familial, attente d'un hébergement collectif, etc). Ces structures sont soit autonomes, soit rattachées à une institution d'hébergement permanent : hôpital, maison de retraite.
- Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) peuvent accueillir des personnes dépendantes, parfois atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies dégénératives ; elles doivent alors justifier d'équipements adaptés et de personnel spécialisé, selon le nombre de places disponibles.
- Les USLD (unités de soins de longue durée) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Dans ce paragraphe seront détaillés les lits et places plus spécifiquement destinés aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, faisant l'objet d'un recensement.

La région offre 3 594 lits en unités de soins de longue durée, soit 7,7 lits en USLD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Il existe sur la région 53 375 lits d'hébergement permanent en établissements pour personnes âgées dépendantes, soit un taux de 114 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. Ces taux varient cependant fortement d'un département à l'autre, avec en situations extrêmes les départements de l'Isère (88 lits pour 1 000 habitants) et de l'Ardèche (188 lits pour 1 000 habitants).

Concernant les SSIAD, la région comprend 8 686 places de services de soins à domicile, soit 18,5 places de SSIAD pour 1 000 habitants de plus de 75 ans dans la région Rhône-Alpes. Les taux d'équipement départementaux sont homogènes, allant de 18 pour 1 000 habitants (Loire) à 20 pour 1 000 habitants (Haute-Savoie).

Par ailleurs, la région Rhône-Alpes compte 633 lits d'hébergement temporaire et 1 086 places d'accueil de jour dont une part est spécifiquement dédiée aux personnes présentant une maladie d'Alzheimer (les trois quarts des places d'accueil de jour et un tiers des lits d'hébergement temporaire).

Le taux d'équipement global en hébergement temporaire et accueil de jour est très variable d'un département à l'autre. Cette variation est encore plus importante sur les taux d'équipement en lits et places étiquetés Alzheimer. Cependant ces disparités peuvent s'expliquer par des différences d'enregistrement entre les départements ; de plus, de nombreuses unités sont en cours de labellisation.

La moitié des personnes hébergées en EHPAD seraient porteuses de syndrome démentiel

Le modèle PATHOS, utilisé dans le cadre de l'allocation budgétaire soins des EHPAD, permet d'évaluer la charge en soins médicaux, paramédicaux et techniques nécessaires pour prendre en charge les pathologies dans une population à un moment donné. Les données sont exploitées par la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Tous les EHPAD n'ont pas encore fait l'objet de cette évaluation (coupe PATHOS). En 2008, d'après ce modèle, au niveau national sur un effectif de population de près de 100 000 personnes hébergées en EHPAD, 49 % étaient porteuses de syndromes démentiels. Pour la région Rhône-Alpes, sur un échantillon de population de 10 700 personnes, 52 % des patients hébergés en EHPAD étaient porteurs de syndromes démentiels.

Parallèlement, le modèle AGGIR évalue la perte d'autonomie et permet de déterminer la charge en soins de base et relationnels. Pour les établissements analysés selon ce modèle en 2008, la part de patients hébergés porteurs de troubles cognitifs sévères était de 65 % au niveau national et de 70 % dans la région Rhône-Alpes.

Plaquette réalisée par l'ORS Rhône-Alpes : Marguerite PREVOT, Olivier GUYE, Marlène BERNARD, Abdoul SONKO, Martine DRENEAU, Valérie GONON, en collaboration avec la DRASS Rhône-Alpes : Nathalie CASTOLDI, Magali COQUELIN, Catherine DUMOND Marie-Hélène HUTINET, Nathalie LEURIDAN, Henriette POUYADE.

Remerciements pour leur précieuse contribution : Sabine PASQUINELLI (ERSM), Isabelle ROUCH (Cellule Régionale d'Observation de la Démence).

Avec le soutien financier du Groupement Régional de Santé Publique.

<http://www.ors-rhone-alpes.org>
<http://www.prsp-ra.com>

USLD et EHPAD - Lits et taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

USLD	Lits	Taux / 1 000	EHPAD	Lits	Taux / 1 000
Ain	461	11,4	Ain	5 551	137,8
Ardèche	135	4,2	Ardèche	6 008	187,9
Drôme	202	4,8	Drôme	4 307	103,4
Isère	610	7,5	Isère	7 150	87,7
Loire	500	7,0	Loire	10 332	143,9
Rhône	1 191	9,6	Rhône	11 641	94,2
Savoie	170	5,2	Savoie	3 454	105,0
Haute-Savoie	325	7,2	Haute-Savoie	4 932	109,9
Région	3 594	7,7	Région	53 375	113,9

Source : Fichiers FINESS, validés par les DDASS au 1er mai 2009, INSEE

SSIAD - Places et taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

SSIAD	Places	Taux / 1 000
Ain	743	18,4
Ardèche	587	18,4
Drôme	789	18,9
Isère	1 588	19,5
Loire	1 293	18,0
Rhône	2 127	17,2
Savoie	650	19,8
Haute-Savoie	909	20,3
Région	8 686	18,5

Source : Fichiers FINESS, validés par les DDASS au 1er mai 2009, INSEE

Hébergement temporaire et accueil de jour - Lits, places et taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

	Hébergement temporaire				Accueil de jour			
	Total		dont places Alzheimer		Total		dont places Alzheimer	
	Lits	Taux	Lits	Taux	Places	Taux	Places	Taux
Ain	44	1,1	12	0,3	61	1,5	56	1,4
Ardèche	17	0,5	7	0,2	65	2,0	54	1,7
Drôme	95	2,3	59	1,4	111	2,7	104	2,5
Isère	113	1,4	0	0,0	188	2,3	33	0,4
Loire	95	1,3	63	0,9	155	2,2	137	1,9
Rhône	110	0,9	21	0,2	287	2,3	277	2,2
Savoie	53	1,6	10	0,3	85	2,6	51	1,6
Hte-Savoie	106	2,4	28	0,6	134	3,0	99	2,2
Région	633	1,4	200	0,4	1 086	2,3	811	1,7

Source : Fichiers FINESS, validés par les DDASS au 1er mai 2009, INSEE

