Observatoire régional de la santé de la Réunion

TABLEAU DE BORD

LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES TROUBLES APPARENTES A LA REUNION

Septembre 2008

SOMMAIRE

- Contexte
- Objectif
- Méthodologie
- Estimation de la prévalence
- Prévalence des facteurs de risque
- Diagnostic et dépistage
- Prise en charge
- Formation

CONTEXTE NATIONAL [1]

La maladie d'Alzheimer (MA) est la cause de démence la plus fréquente. La démence est une affection fréquente et grave qui domine toute la pathologie mentale des personnes âgées. Les étiologies et les mécanismes physiopathologiques de ces affections sont multiples. Les démences dégénératives, et notamment la MA, sont les plus fréquentes, mais il existe également des démences vasculaires, à corps de Levy, fronto-temporales et encore celles associées à la maladie de Parkinson.
La MA se caractérise par l'apparition et le développement progressif et durable de perturbations cognitives mais aussi non cognitives, retentissant sur les activités quotidiennes.
On estime l'incidence globale à 225 000 nouveaux cas annuels en France ; le taux d'incidence augmente avec l'âge et est plus élevé chez la femme que chez l'homme après 75-80 ans [2].
Le nombre de personnes atteintes d'une démence est actuellement estimé à 860 000, dont 680 000 seraient atteints de la MA. Du seul fait du vieillissement de la population et si aucun progrès n'est fait dans la prévention de la maladie, la prévalence pourrait atteindre 1,3 millions de sujets de plus de 65 ans en 2020 [3].
Les facteurs de risque incontestés de la MA sont l'âge et la présence d'un allèle spécifique du gène de l'apolipoprotéine E. D'autres facteurs de risque sont probables : sexe féminin, bas niveau d'éducation ou les facteurs de risque de pathologies vasculaires [4,5].
Il existe différents stades évolutifs de la MA, du trouble cognitif léger (oubli) à la MA très sévère avec perte du langage, de la locomotion et des troubles de la conscience. On estime que 330 000 personnes de 75 ans et plus présentent une démence à un stade sévère ou modérément sévère [2].
En raison des complications du décubitus et des défauts de prise en charge des pathologies associées, la MA constitue une cause majeure de décès. Elle réduit de manière significative l'espérance de vie des personnes atteintes avec une survie moyenne d'environ 5 ans à partir du diagnostic.
Le diagnostic n'est établi que dans un cas sur deux et seulement un sur trois au stade précoce de la maladie. Le recours aux soins est plutôt tardif voire inexistant. Et, seul un tiers des personnes atteintes de la MA serait traité, alors qu'avec les traitements actuels, il est possible de freiner l'évolution de cette maladie.
La démence constitue la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et d'entrée en institution. Environ 40% des personnes atteintes de cette maladie y vivent [6]. Des prises en charge sont également assurées au sein des structures d'accueil de jour, d'hospitalisation à la journée ou d'accueil temporaire qui facilitent le maintien à domicile et apportent un soutien aux proches aidants. Ce soutien est d'autant plus important que des études montrent que la mortalité des aidants est accrue et que leur qualité de vie est détériorée. On estime que 3 millions de personnes sont concernées par la maladie de l'un de leur proche parent et sont de ce fait en difficulté tant au niveau de leur santé que dans l'organisation de la vie courante et sur le plan financier.

Au regard de la prévalence actuelle et de son évolution, l'offre de soins reste inadéquat, tant au niveau quantitatif que qualitatif. Les établissements pour personnes âgées dépendantes disposent d'un nombre de places trop faible. Leur architecture n'est pas toujours adaptée aux patients atteints de la MA et leur personnel est parfois insuffisamment formé à leur prise en charge.
Cette situation ajoutée à celle du diagnostic insuffisant de cette pathologie génère des inégalités d'accès aux soins, liées aux revenus du malade et de sa famille, à leur milieu socioculturel et aussi à la proximité, ou non, d'une « consultation mémoire ». Pour faciliter le diagnostic précoce et améliorer la qualité de vie des patients, un premier programme pour les personnes souffrant de la MA et des troubles apparentés a été mis en place pour les années 2004-2007 [7]. Le deuxième plan couvrant la période 2008-2012 a été présenté par le Président de la République en février 2008 [8]. Ce plan a été élaboré suite au rapport du Professeur Ménard et de son équipe remis au Président de la République le 8 novembre 2007 [9].

Dans ce contexte national de priorité de santé publique, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de la Réunion a chargé l'Observatoire régional de la santé (ORS) de faire un état des lieux au niveau régional des données concernant cette maladie.

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux sur la MA à la Réunion en 2008.

METHODOLOGIE

Un comité de pilotage a été mis en place et s'est réuni à plusieurs reprises pour définir les axes du travail, participer au choix d'indicateurs à recueillir et valider la rédaction de ce document.

La liste d'indicateurs et le plan de travail ont été définis à partir des grands axes du plan national, des étapes de la prise en charge de la maladie et des travaux des autres ORS.

Les données ont été recueillies d'avril à août 2008.

Nous attirons l'attention des lecteurs sur le fait que ce travail est une « première version », qui se devra d'être enrichi et complété dans les prochaines années.

ESTIMATION DE LA PREVALENCE
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTES

L'étude PAQUID a permis d'obtenir des données de prévalence et d'incidence de la MA par sexe et classe d'âge en France métropolitaine [2]. Nous avons appliqué les taux de prévalence à la population réunionnaise estimée par l'INSEE au 1er janvier 2006, afin d'obtenir une estimation globale du nombre de personnes atteintes de la MA à la Réunion. L'hypothèse ainsi faite pour le calcul des taux est que les populations sont comparables.
Les résultats suivants n'apportent donc qu'une tendance de la prévalence de la MA à la Réunion, et sont bien sûr à prendre avec réserve. Ces données seront à mettre en parallèle avec la prévalence des facteurs de risque à la Réunion et en métropole.

- La prévalence globale de la MA et des syndromes apparentés est de 15 pour 100 personnes de 75 ans et plus en France [10].
- La prévalence est plus importante chez les femmes : 72% des malades seraient des femmes.
- La prévalence augmente avec l'âge : moins de 10% entre 75 et 79 ans contre plus de 30% après 85 ans.
- D'après les données de l'étude PAQUID, on estime que plus de 3 600 personnes de plus de 75 ans seraient atteintes de la MA à la Réunion au 1er janvier 2006.

Prévalence (%) de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés en fonction de l'âge et du sexe

Age	Hommes	Femmes
75-79	7,7	5,7
80-84	12,5	16,6
>=85	23,9	38,4

Source : PAQUID

Estimation du nombre de personnes de plus de 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés par sexe et classe d'âge au 01/01/2006 à la Réunion

Age	Hommes	Femmes	Total
75-79	363	381	744
80-84	350	799	1 149
>=85	316	1 423	1 738
Total	1 029	2 603	3 632

Sources : PAQUID, INSEE

Etude PAQUID [10]

PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible.
Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4 134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988. L'étude est conduite à l'unité Inserm 330 à Bordeaux, sous la direction de J.-F. Dartigues et P. Barberger-Gateau.

PREVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTES

Les principaux facteurs de risque de la MA sont l'âge, l'allèle ε4 de l'apolipoprotéine E et le sexe, mais ces facteurs ne sont pas accessibles à la prévention. D'autres facteurs de risque tels que les facteurs de risques vasculaires et l'activité cognitive ou l'environnement social sont évoqués dans la survenue de la MA.
L'étude comparative de la fréquence des facteurs de risque potentiels de la MA entre la Réunion et la métropole, permet de savoir si la prévalence a été surestimée ou sous-estimée à la Réunion à partir des données de l'étude PAQUID.
Les facteurs de risque étudiés ci-après sont les principaux facteurs de risque de la MA recensés dans la littérature.

FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRES

HYPERTENSION ARTERIELLE

- L'hypertension artérielle (HTA) est le seul facteur de risque pour lequel un traitement médicamenteux a montré des preuves d'efficacité dans la prévention de la démence [11].

- Comparativement à la métropole, les données sur l'HTA à la Réunion sont légèrement supérieures en terme d'hospitalisation et de nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD). Par ailleurs, on observe une nette surmortalité liée à l'HTA à la Réunion. Le taux comparatif de mortalité est nettement supérieur à celui de la métropole : respectivement 46,6 contre 18,0 pour 100 000 habitants.

Indicateurs sur l'hypertension artérielle à la Réunion et en métropole

	Réunion	métropole
Affection de longue durée (1)	2,9	2,7
Hospitalisations (2)	1,5	0,6
Mortalité (3)	46,6	18,0

Sources :
(1) taux* d'incidence des ALD pour 1 000 habitants, moyenne 2004-2005, CNAMTS-RSI-MSA
(2) taux* comparatif d'hospitalisation pour maladies hypertensives en 2004 (pour 1 000), PMSI
(3) taux* comparatif de mortalité par maladies hypertensives pour 100 000 habitants en 2004, INSERM CépiDc
* estimation de la population au 01/01/2005, INSEE

DIABETE

- Le diabète peut être considéré comme facteur de risque de la MA en tant que facteur de risque cérébrovasculaire [4,5].

- La population réunionnaise est beaucoup plus touchée par le diabète qu'en métropole, que ce soit en terme de morbidité ou de mortalité A la Réunion, la prévalence du diabète estimée par l'enquête REDIA est près de 4 fois supérieure à la métropole. Les indicateurs liés, tels que les admissions en ALD, les taux d'hospitalisation et de mortalité montrent la même tendance que les résultats de l'enquête REDIA. [12].

Le diabète à la Réunion et en métropole

	Réunion	métropole
Prévalence diabète connu (1)	**11,2**	**2,9**
ALD (2)	4,5	1,7
Hospitalisation (3)	5,7	2,3
Mortalité (4)	61,5	17,3

Sources : (1) taux de prévalence (%), REDIA
(2) taux* d'incidence des ALD pour 1 000 habitants, moyenne 2004-2005, CNAMTS-RSI-MSA
(3) taux* comparatif d'hospitalisation pour diabète en 2004, pour 1 000 habitants, PMSI
(4) taux* comparatif de mortalité par diabète pour 100 000 habitants, en 2004, INSERM CépiDc
* estimation de la population au 01/01/2005, INSEE

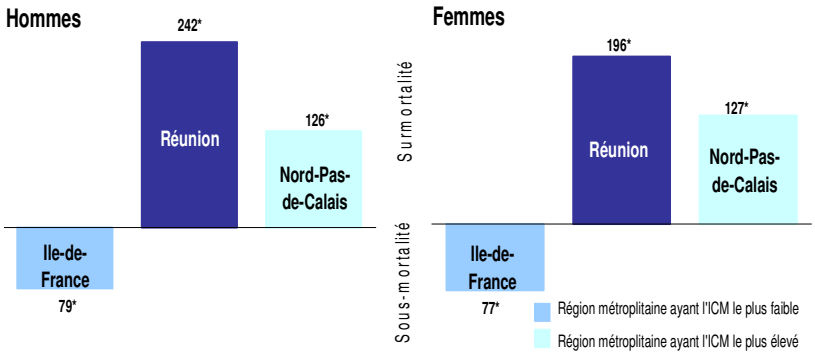
ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

- Les AVC sont un facteur de risque de démence mais la démence est elle-même un facteur de risque d'AVC : leurs incidences sont donc liées [2].

- L'indice comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale pour la période 2003-2005 est significativement supérieur à celui de la métropole. A la Réunion, la mortalité par AVC est supérieure de 117% à la moyenne nationale. La Réunion est la région de France qui a l'indice de mortalité par AVC le plus élevé, quelque soit le sexe [13].

Indice comparatif de mortalité (ICM) : *cet indice permet de comparer pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans le département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès dans le département au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de métropole. L'ICM métropole étant égal à 100, un ICM de 127 signifie une mortalité supérieure de 27% à la moyenne nationale et un ICM de 83 une sous-mortalité de 17% par rapport à la moyenne nationale.*

Indices comparatifs de mortalité par maladie vasculaire cérébrale (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Exploitation ORS
* Différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5%

SURPOIDS - OBESITE

- Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et peuvent donc être indirectement des facteurs de risques de la MA [4,5].

- La proportion de personnes en surpoids ou obèses est plus importante dans la population réunionnaise que dans la population métropolitaine : près d'une personne sur deux est en surpoids ou obèse à la Réunion [12,14].

Prévalence* du surpoids et de l'obésité à la Réunion et en métropole, en %

IMC>25	Réunion	Métropole
Hommes	46	nd
Femmes	52	nd
Ensemble	49	41

Sources : REDIA (2004), ObEpi (2006), * taux de prévalence ajusté sur l'âge
nd : non disponible

Définitions
IMC : indice de masse corporelle = poids (kg) / taille² (m)
Surpoids : 25 < IMC < 30 **Obésité** : IMC ≥ 30

TABAGISME

- La prévalence du tabagisme est plus faible à la Réunion qu'en métropole : en 2003, 2 Réunionnais sur 10 déclarent fumer contre plus de 3 métropolitains sur 10 en 2005 [15,16].

- Cependant, la mortalité régionale liée au tabac est supérieure à la moyenne métropolitaine. Sur la période 2001-2003, les taux comparatifs de mortalité due au tabac étaient près de 1,7 fois plus élevés dans notre région (55 décès pour 100 000 Réunionnais contre 33 pour 100 000 métropolitains).

Prévalence* (en %) de la consommation de tabac dans la population de 15 à 75 ans, par sexe, à la Réunion et en métropole

	Réunion		métropole	
	1999	2003	1999	2005
Hommes	37	27	40	36
Femmes	19	13	32	28
Ensemble	**28**	**20**	**33**	**34**

* pourcentage de personnes de 15 à 75 ans déclarant fumer du tabac, que ce soit de manière régulière ou occasionnelle
Sources : DRASS Réunion (Etude « Baromètre Toxicomanie 2003 »), INPES (Etude « Baromètre Santé 2005 »)

CONSOMMATION D'ALCOOL

- Les proportions de patients avec un profil à risque (avec ou sans dépendance) sont nettement plus élevées à la Réunion qu'en métropole. Ces chiffres suggèrent des prévalences de la consommation excessive d'alcool plus élevées dans la région [17].

- Sur la période 2001-2003, la mortalité régionale liée à l'alcool est supérieure de 75% par rapport à la moyenne métropolitaine (+81%, chez les hommes et +59% chez les femmes). Elle se classe au 2ème rang des régions françaises les plus à risques en terme de mortalité, derrière la région Nord-Pas-de-Calais.

Proportion (%) de patients selon le profil de dépendance à l'alcool et le sexe, à la Réunion et en métropole en 2000

		Patients en médecine de ville		Patients hospitalisés	
		Réunion	métropole	Réunion	métropole
Profil à risque avec dépendance	Hommes	13,6	8,2	19,4	12,2
	Femmes	2,5	2,3	4,1	4,1
Profil à risque sans dépendance	Hommes	29,9	22,3	26,8	21,6
	Femmes	4,8	6,1	5,4	6,9

Sources : DREES, FNORS, ORS, Enquête Alcool auprès des usagers du système de soins

ACTIVITE COGNITIVE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

- Les personnes ayant un haut niveau d'éducation et celles pratiquant des activités de loisirs développeraient plus tardivement la MA [4,5].
La proportion de personnes ayant au moins le niveau baccalauréat à la Réunion est inférieure à la proportion en métropole pour toutes les tranches d'âge et les deux sexes.

- L'environnement social des personnes âgées semble important puisque les personnes isolées, célibataires ou qui ont un faible entourage social seraient plus à risque de développer une démence [4,5].
A la Réunion, seulement 19% des ménages sont composés d'une seule personne contre 33% en métropole (INSEE, enquête annuelle de recensement, 2005).

Proportion de bacheliers ou diplôme supérieur par sexe et classe d'âge de plus de 50 ans, à la Réunion et en métropole, en 2005 (%)

		Bac. ou plus	
		Réunion	métropole
50 à 59 ans	Hommes	22,0	33,4
	Femmes	20,5	34,2
60 à 74 ans	Hommes	14,0	25,7
	Femmes	9,4	21,3
75 ans et plus	Hommes	7,7	19,1
	Femmes	4,3	13,5

Source : INSEE – Enquêtes annuelles de recensement 2004-2007

CONCLUSION

Au regard des différences entre la Réunion et la métropole des facteurs de risque de la MA, on observe un risque plus important à la Réunion pour l'ensemble des facteurs de risque étudiés ci-dessus. Il est donc probable que les estimations de prévalence de la MA sur l'île soient inférieures à la réalité. Cependant, il ne nous est pas possible de réévaluer précisément le taux de prévalence en fonction des facteurs de risque.

DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTES

DEUX CONSULTATIONS MEMOIRE (CM) AGREEES EN 2007

- Les CM sont des structures de dépistage des maladies neurologiques et en particulier de la MA et des troubles apparentés. Ces centres sont composés de médecins, neurologues, neuropsychologues, gériatres.

Au 01/01/2007, il y a deux CM agréées à la Réunion :

- au Centre hospitalier départemental (CHD) de St-Denis, a raison de 3 demi-journées par semaine de consultations de médecins (ainsi que des consultations neuropsychologiques). Cette CM couvre les arrondissements de l'Est, du Nord et de l'Ouest. Elle pratique la plus grande part des consultations mémoire de l'île avec des patients venant des 4 arrondissements de l'île (66% du Nord, 20% de l'Est, 12% de l'Ouest et 1% du Sud)
- au Groupe hospitalier Sud Réunion (GHSR) de St-Pierre, à raison d'une demi-journée de consultation par semaine. La CM de St-Pierre couvre la région Sud de l'île.

- Au total, en 2007, les CM ont réalisé 1 178 consultations et suivi 603 patients (plusieurs consultations sont nécessaires pour diagnostiquer une MA).

Caractéristiques de l'activité des CM agréées à la Réunion en 2007

	CM St-Denis CHD	CM St-Pierre GHSR
Nombre de consultations en 2007	1 059	119
File active* en 2007	519	84
Moyenne d'âge des consultants	65,8	70,7
Sexe ratio H/F	0,6	0,4
% MA diagnostiquée / nombre de consultations	16,6	nd

* nombre de patients suivis
Sources : CM St-Denis, CM St-Pierre

AUTRES LIEUX DE DIAGNOSTIC

- D'autres structures participent au diagnostic sur l'île : ces consultations sont assurées par des médecins spécialistes (gériatres, psychiatres, neurologues) et peuvent offrir différentes activités (bilans mémoire, atelier de simulation, …) avec proposition d'une prise en charge médico-psycho-sociale des personnes malades.

- Dans le Sud, des neurologues libéraux pratiquent des dépistages de la MA et d'autres démences auprès des patients ayant des troubles de la mémoire. Cette activité libérale peut expliquer la faible part des consultations mémoire effectuées dans le Sud par le GHSR.

- Le Centre hospitalier Gabriel Martin à St Paul propose également des consultations de type consultations mémoire. En 2007, 126 consultations ont été effectuées avec 30% des consultations pour MA.

Tests diagnostic utilisés

Pour diagnostiquer la MA et les maladies apparentées, plusieurs tests sont utilisés dont le plus fréquent est le MMS.
- MMS (Mini Mental Score ou Test de Folstein) : Ce test explore l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage, la mémoire, l'attention, le raisonnement, le langage. Le patient répond à une série de 5 épreuves. Ce test est employé dans le cadre d'une suspicion de démence. Généralement la plainte initiale se porte sur la mémorisation. Il permet également de suivre l'évolution vers des secteurs épargnés au début de la maladie.
A partir du score de MMS, on classe les stades de démence de la façon suivante :

> 24 : pas de démence
19-24 : démence légère
10-18 : démence modérée
<10 : démence sévère

- Un bilan neurologique est effectué à l'aide de différents tests cognitifs permettant d'évaluer le déclin neurologique et les démences chez les patients se présentant au centre de consultation mémoire. Le test RL/RI est spécifique pour la maladie d'Alzheimer.

PRISE EN CHARGE
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTES

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD 15)

- Depuis 2004, les ALD ont été remodelées et l'ALD 15 a été réservée uniquement à la prise en charge des patients atteints de MA.

- Sur la période 2005-2006, on observe en moyenne 130 nouvelles admissions en ALD 15 pour MA. Cela représente près de 70% de femmes et plus de la moitié de ces admissions sont des patients de 80 ans et plus.

Nombre de nouvelles admissions en ALD 15 pour démence de la maladie d'Alzheimer (code CIM 10 F00), par sexe et classe d'âge, à la Réunion, moyenne 2005-2006

	Hommes	Femmes	Ensemble
<60	1	1	**2**
60-64	2	5	**7**
65-69	4	8	**12**
70-74	5	13	**18**
75-79	8	16	**24**
80-84	12	26	**38**
85-89	4	14	**18**
>=90	2	9	**11**
Total	**38**	**92**	**130**

Source : CNAMTS/RSI

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

- L'APA est une allocation qui définit une dépendance chez les personnes âgées atteintes d'une perte d'autonomie. Cette prestation est délivrée en fonction du niveau de revenu mais surtout de la capacité d'autonomie de la personne et de ses besoins : toute personne avec un GIR (groupe iso-ressource classé de 1, le plus dépendant à 6 le plus autonome) inférieur ou égal à 4 y a droit si l'aide à apporter le justifie. Le montant de la somme perçue dépend du niveau du revenu. Les Départements ont à leur charge le paiement de cette prestation.

- Au 31 décembre 2006, le nombre de bénéficiaires de l'APA à la Réunion était de 11 907 personnes de plus de 60 ans, ce qui représente 14,7% des Réunionnais de cette tranche d'âge, contre seulement 6,7% en métropole au 31/12/2005. L'APA est délivrée en majorité à des personnes vivant à domicile, seuls 6,5% des allocataires de l'APA sont en établissement.

Répartition des bénéficiaires de l'APA par sexe et GIR en 2006 à la Réunion

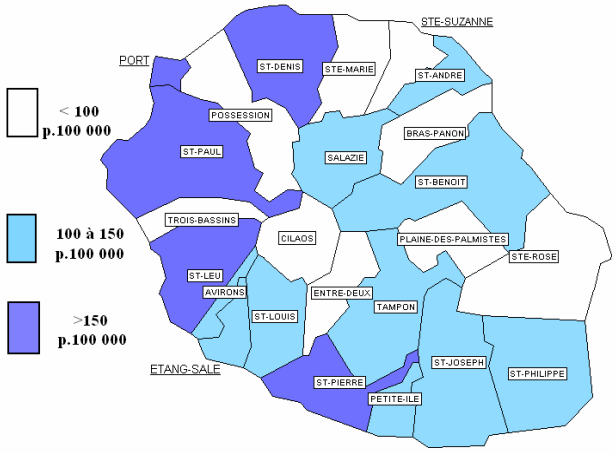
	GIR	Hommes	Femmes
A domicile	inconnu	4	15
	1	124	301
	2	765	1 754
	3	840	1 891
	4	1 551	3 892
	Total	3 284	7 853
En établissement	inconnu	1	1
	1	50	96
	2	98	187
	3	74	92
	4	64	107
	Total	287	483

Sources : Département de la Réunion, ODR

PROFESSIONNELS

- Le médecin généraliste est le plus souvent le premier maillon de la chaîne dans la prise en charge du patient atteint de la MA. En 2008, la Réunion compte 1 028 médecins généralistes (dont 755, soit 73% de libéraux). Au 1er janvier 2007, la densité des médecins libéraux sur l'île est beaucoup plus importante dans la région Ouest, les médecins délaissant les petites communes de l'Est et des Hauts.

Densité des médecins libéraux par commune à la Réunion pour 100 000 habitants au 01/01/2007



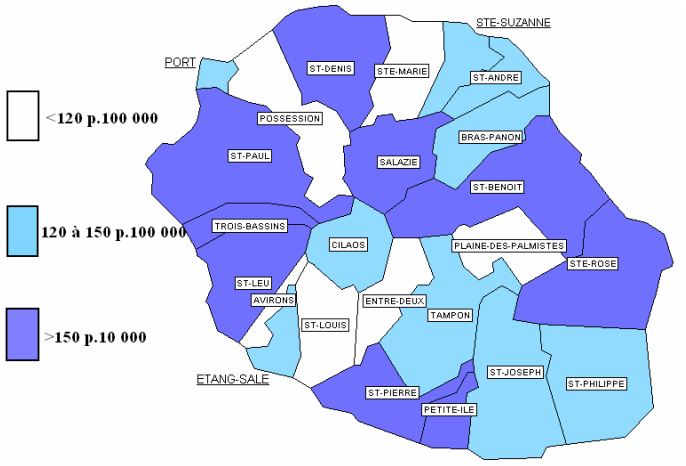
Sources : DRASS, fichiers ADELI, INSEE (Enquêtes annuelles de recensement – cumul 2004-2007) Exploitation DRASS-ORS

- Les infirmiers libéraux sont des acteurs importants dans la prise en charge des personnes âgées, en particulier pour ce qui est des soins à domicile. La Réunion est bien pourvue par rapport à la métropole puisque la densité d'infirmiers libéraux est respectivement de 149 pour 100 000 habitants contre 107 pour 100 000 en France métropolitaine. Cependant, on observe des disparités selon les communes.

- Au 30/04/2008, la Réunion compte 272 orthophonistes (données ADELI) dont 48 orthophonistes travaillant plus particulièrement avec la CM du CHD.

- Les données concernant les autres professionnels paramédicaux (ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues) font actuellement l'objet d'une enquête réalisée par la DRASS afin de mettre à jour les données du fichier ADELI et de déterminer s'ils travaillent avec des personnes âgées et plus particulièrement des malades d'Alzheimer. Les résultats de l'enquête seront publiés ultérieurement.

Densité des infirmiers libéraux par commune pour 100 000 habitants à la Réunion au 01/01/2007



Sources : DRASS, fichiers ADELI, INSEE (Enquêtes annuelles de recensement – cumul 2004-2007) Exploitation DRASS-ORS

ETABLISSEMENTS

- A la Réunion, on compte 16 établissements pour personnes âgées ce qui représente 1 114 places disponibles.

- Le taux de remplissage des établissements sur l'île est proche de 100% pour les EHPAD et USLD.

- La Réunion a un taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées près de trois fois inférieur à celui de la métropole et un taux près de deux fois inférieur pour les structures médicalisées.

- Il existe à la Réunion deux structure d'accueil de jour (permettant de prendre en charge les patients Alzheimer dans une structure spécialisée en journée afin de soulager les aidants) avec une capacité de 24 places disponibles. Cependant, ces structures. sont peu fréquentées et sans liste d'attente. Actuellement, environ 10 personnes en bénéficient chaque jour. Ce faible taux de fréquentation s'expliquerait, selon les professionnels, par une charge financière trop élevée pour les familles.

- La DRASS réalise actuellement une enquête sur les EHPA à la Réunion. Les résultats de l'enquête seront disponibles ultérieurement.

Etablissements et nombre de places en hébergement et soins à domicile pour personnes âgées à la Réunion au 01/01/2008

Type d'établissements	Nombre d'établissements	Nombre de places
Maison de Retraite	16	1 114
dont accueil de jour (Alzheimer et maladies apparentées)	*2*	*24*
dont hébergement temporaire	*2*	*6*
USLD	2	79
S.S.I.A.D.	7	474

Source : DRASS, fichier FINESS

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de plus de 75 ans en 2006

	Réunion	Métropole
Structures d'hébergement permanent et temporaire	45,1	125,6
Structures médicalisées	41,5	76,6

Source : DRASS (extrait du Schéma Départemental d'organisation social et médico-sociale 2007-2011)

Définitions
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
USLD : unité de soins de longue durée
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

De manière globale, la Réunion dispose d'une capacité d'hébergement pour personnes âgées en établissement médico-social qui se situe très en deçà de la moyenne nationale. Cet écart s'explique par un certain nombre de spécificités propres au département : forte proportion de personnes âgées vivant à domicile et pouvant bénéficier de l'accompagnement d'un membre de leur famille, mais aussi enjeux d'équilibre des solidarités familiales et de proximité, soutenu par les ressources perçues (retraite, APA) par la personne âgée et redistribuées dans l'entourage proche. D'autre part, le maintien à domicile constitue une priorité affirmée de longue date par le Département, qui lui permet d'amortir l'investissement important que représentent la création mais aussi le fonctionnement de nouveaux établissements d'hébergement. En effet, la grande majorité des résidants étant bénéficiaires de l'aide sociale départementale en raison du contexte économique et social particulièrement difficile de l'île, toute augmentation du nombre de places entraîne une multiplication proportionnelle des dépenses départementales à court et moyen terme.

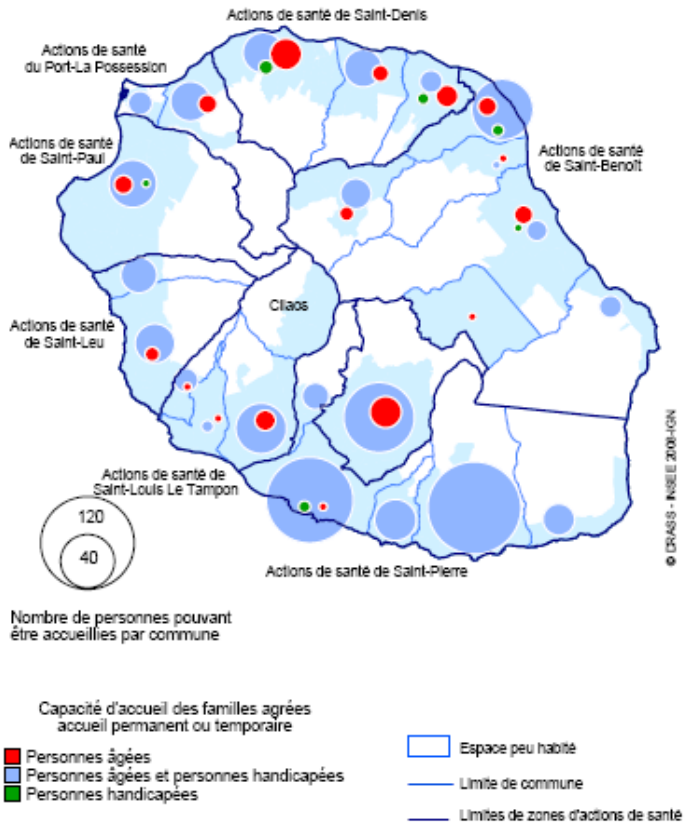
Source : extrait du Schéma Départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007-2011 de la Réunion

FAMILLES D'ACCUEIL

- Les personnes âgées peuvent être hébergées en famille d'accueil : en 2006, plus de 330 familles d'accueil ont reçu un agrément leur permettant d'héberger et de s'occuper de une à trois personnes âgées.

- Lors d'une enquête sur la santé des personnes âgées hébergées en famille d'accueil, parmi les 332 personnes âgées enquêtées, plus de 15% avaient une démence diagnostiquée [18].

Accueil familial de personnes âgées et handicapées : capacité d'accueil en janvier 2008



Source : Département de la Réunion, Géographie de l'offre de soins, Economie de la Réunion n°3, hors série juin 2008, INSEE-DRASS.

TRAITEMENTS

- Actuellement, il existe des médicaments spécifiques utilisés pour le traitement de la MA. Ces traitements permettent de ralentir l'aggravation de la maladie.

- On observe depuis 4 ans, une augmentation des remboursements du Reminyl® : ce traitement étant spécifique pour la MA liée aux problèmes vasculaires.

Nombre de boîtes remboursées par la sécurité sociale pour les traitements de la maladie d'Alzheimer, entre 2004 et 2007 à la Réunion

Médicaments	Nombre de boîtes				Evolution 2004-2007 (%)
	2004	2005	2006	2007	
TOTAL Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAC)	5 402	6 377	6 514	7 175	+32,8
dont: ARICEPT®	*1 909*	*2 218*	*2 137*	*1 860*	
EXELON®	*1541*	*1692*	*1484*	*1504*	
REMINYL®	*1952*	*2467*	*2893*	*3811*	
EBIXA® (1)	760	1 306	1 515	1 695	+123,0

Source : DRSM (Direction régionale du service médical), base de données des remboursements du régime général et agricole
(1) •L'association d'Ebixa® et d'un IAC se fait dans le but d'améliorer les troubles comportementaux liés à la MA.

FORMATION SUR LE THEME DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTES

- L'association Réunion Alzheimer a expérimenté en 2005-2006 une formation auprès des aidants naturels. Depuis, un nouveau dispositif s'est mis en place pour la formation des aidants naturels de malades d'Alzheimer.

- Chaque année, les établissements pour personnes âgées effectuent en interne des formations sur la MA pour l'ensemble du personnel dans le cadre de la formation continue des professionnels.

- Les médecins généralistes peuvent également assister à des formations continues sur le thème de la MA organisées chaque année par les deux organismes de formation continue à la Réunion : AFORM et MGFORM.

- La Société de gériatrie et de gérontologie de la Réunion (SGIR) organise dans le cadre de ses missions des colloques et autres conférences sur le thème de la MA, avec notamment la participation d'intervenants extérieurs.

REPERES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

[1] La santé observée en Franche-Comté - La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés.
Observatoire Régional de la Santé Franche-Comté, janvier 2006, 4p.

[2] Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés.
Helmer C., Pasquier F., Dartigues JF. Médecine/Sciences 2006 ; 22-3 : 288-296.

[3] Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.
Gallez C., Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), n°2454, juillet 2005. Sous la direction de Dartigues JF. et de l'équipe ISPED-INSERM.

[4] Facteurs de risque vasculaire et risque de maladie d'Alzheimer : revue d'études épidémiologiques.
Cowppli-Bony P., Dartigues JF., Orgogozo JM. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2006 ; 4 (1) : 47-60.

[5] Y a-t-il des facteurs de risque ou de prévention de la maladie d'Alzheimer ?
Helmer C., Dartigues JF. Lettre du neurologue, février 2007 ; 11-2 : 39-43.

[6] Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées, données réactualisées de la cohorte PAQUID.
Pariente A., Helmer C., Ramaroson H., Barberger-Gateau P., Letenneur L., Dartigues JF. Dementiae 2005 ; 86-92.

[7] Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

[8] Plan présidentiel « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.
Février 2008.

[9] Rapport au Président de la République.
Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présidée par le Professeur Ménard, remis le 8 novembre 2007.

[10] Le programme de recherche PAQUID sur l'épidémiologie de la démence. Méthodologie et résultats initiaux.
Dartigues JF., Gagnon M, Salamon R., et al. Rev Neurol 1991 ; 147 : 225-230.

[11] Prevention of dementia in randomized double-blind placebo-controlled systolic hypertension in Europe (Syst-Eur) trial.
Forette F., Seux ML., Staessen JA. et al. Lancet 1998 ; 352 : 1347-51.

[12] Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA.
Favier F., Jaussent I., Le Moullec N. et al. Diabetes Res Clin Pract, 2005 ; 67(3) :234-42.

[13] La santé observée – Maladies vasculaires cérébrales à la Réunion.
Observatoire Régional de la Santé de la Réunion, septembre 2008, 3p.

[14] ObEpi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.
Inserm, TNS Healthcare SOFRES, Roche, 2006, 52p.

[15] Baromètre Toxicomanie 2003
DRASS, Département de la Réunion, CGSS, Institut Louis HARRIS, décembre 2003, 80p.

[16] Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé.
Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

[17] les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant eu recours aux soins un jour donné.
Mouquet MC., Villet H. DREES, Etudes et résultats n°192, septembre 2002.

[18] Les personnes âgées en famille d'accueil à la Réunion en 2006, rapport d'étude.
Observatoire régional de la santé de la Réunion, Département de la Réunion, 2006, 43p.

POUR EN SAVOIR PLUS

ASSOCIATION REUNION-ALZHEIMER
11, rue de la République
Bât SHLMR "La Rivière"
97400 Saint-Denis
Tél : 0262 94 30 20 - Fax : 02 62 53 85 92
www.reunion-alzheimer.org
Association affiliée à France Alzheimer

SGIR
Société de gériatrie et de gérontologie de la Réunion
Allée Bonnier
Résidence Asteria
97400 St Denis.
Tél : 0262 94 73 20

CENTRES DE CONSULTATION MEMOIRE A LA REUNION

- SAINT DENIS

Unité de neuropsychologie – Centre hospitalier Félix Guyon
Service de neurologie
Route de Bellepierre
97405 Saint-Denis cedex
Tel : 0262 90 61 01

- SAINT PIERRE

Service de neurologie – Groupe hospitalier Sud-Réunion
BP 350
97448 Saint-Pierre cedex
Tel : 0262 35 91 70

- SAINT PAUL

Centre hospitalier Gabriel Martin
38 rue Labourdonnais
97460 Saint-Paul
Tel : 0262 45 30 30

Sites Internet :

France Alzheimer
www.francealzheimer.org

Fondation Médéric Alzheimer
www.fondation-mederic-alzheimer.org

Autres références :

Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et sur l'aide à leurs aidants à la Réunion. Synthèse
Observatoire régional de la santé de la Réunion, FNORS, Fondation Médéric Alzheimer, mai 2003, 4p.

La maladie d'Alzheimer, un problème de Santé Publique : oui… Une priorité ?
Dartigues JF., Hemer C., Dubois B., Duyckaerts C., Laurent B., Pasquier F., Touchon J. Rev Neurol 2002 ; 158-3 : 311-315.

REMERCIEMENTS

Ce tableau de bord a pu être réalisé grâce à la participation active des membres du comité de pilotage.
Nous tenons à remercier également les organismes qui nous ont fourni leurs données : INSEE, DRASS, INSERM, CGSS, DRSM, Département de la Réunion, les consultations mémoire de St Denis, St Pierre et St Paul.

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Franche-Comté qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans la partie « Références bibliographiques et sources ».

COMITE DE PILOTAGE :

Elise BROTTET
Chargée d'études à l'Observatoire régional de la santé de la Réunion

Christine CATTEAU
Statisticienne régionale, service Etudes et statistiques, DRASS Réunion

Dr Pierre CATTEAU
Gériatre, président de la Société de gériatrie et de gérontologie de la Réunion

Dr Fatima DE OLIVEIRA
Gériatre, unité mobile de gériatrie du CHD Félix Guyon

Dr Chantale FEN-CHONG
Médecin des actions de santé Port-Possession, Département de la Réunion

Suzelle LEBIHAN
Présidente de l'association Réunion Alzheimer

Michelle LEVENNEUR
Référente personnes âgées, DRASS Réunion

Marie-Hélène MONDON
Directrice EHPAD Astéria de St-Denis, association ORIAPA

Dr Emmanuelle RACHOU
Directrice de l'Observatoire régional de la santé de la Réunion

RESUME

LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES TROUBLES APPARENTES A LA REUNION

La MA, maladie neurodégénérative du tissu cérébral, est l'étiologie la plus fréquente des démences chez les personnes à partir de 65 ans. La prévalence augmente avec l'âge et touche plus fréquemment les femmes que les hommes.

Le Plan national « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 a été présenté en février 2008. L'Observatoire régional de la santé de la Réunion a été chargé par la DRASS de faire un état des lieux de la maladie d'Alzheimer (MA) sur l'île de la Réunion grâce à un recueil d'indicateurs.

- A la Réunion, en 2006, on estime à partir de l'enquête nationale PAQUID, que plus de 3 600 personnes de 75 ans et plus seraient atteintes de la MA. Plus de 70% seraient des femmes.
- Les facteurs de risques potentiels de la MA sont les facteurs de risques cardio-vasculaires (l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids-obésité, les accidents vasculaires cérébraux, le tabac, l'alcool) et l'environnement social. L'étude de ces facteurs de risque a permis de montrer que leurs prévalences sont plus importantes à la Réunion qu'en métropole, ce qui pourrait sous-estimer la prévalence de la MA dans la région.
- Fin 2007, il y a deux consultations mémoire agréées à la Réunion (CHD de St-Denis, GHSR de St-Pierre). Le diagnostic se fait également auprès des services hospitaliers ou dans les cabinets de médecins spécialistes libéraux (gériatres, psychiatres, neurologues).
- En 2004, la classification des affections de longue durée (ALD) a été réorganisé et l'ALD 15 est devenu spécifique de la MA. En 2005-2006, on recense en moyenne 130 nouvelles admissions annuelles pour l'ALD 15.
- De nombreuses catégories de professionnels de santé sont concernées par la prise en charge des patients atteints de MA : médecins généralistes, infirmières libérales, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, neurologues... A la Réunion, les densités de répartition de ces professionnels sont inégales selon les communes ; les Hauts et l'Est étant moins bien dotés.
- A la Réunion, il y a 16 établissements pour personnes âgées (soit 1 114 places disponibles) et 2 structures d'accueil de jour pour les patients atteints de MA (24 places). Cependant, l'accès à ce mode de prise en charge est difficile. On observe également un taux d'équipement en établissements pour personnes âgées nettement inférieur à la métropole (45‰ à la Réunion contre 125‰).
- Il existe actuellement des traitements de la MA qui permettent de ralentir son évolution en stade sévère. On observe ces dernières années une augmentation du nombre de remboursements de ces traitements.
- Enfin, la formation des professionnels et aidants naturels est un atout essentiel pour une meilleure prise en charge des malades grâce à une meilleure connaissance de la maladie. Ces formations se développent à la Réunion.

Vos contacts avec l'Observatoire régional de la santé de la Réunion

➢ ***Internet :***	***www.orsrun.net***
➢ ***Email :***	***orsrun@orsrun.net***
➢ ***Téléphone :***	***Standard, chargées d'études : 0262 94 38 13*** ***Documentaliste : 0262 20 28 40*** ***Fax : 0262 94 38 14***
➢ ***Visite sur place :***	***12 rue Colbert*** ***97 400 Saint-Denis***

Observatoire Régional de la Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
Préfecture de La Réunion