



EVALUATION DES BESOINS

Etude des besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Vendée

**Direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
Conseil général de Vendée**

Juin 2006

**OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
DES PAYS DE LA LOIRE**

Hôtel de la Région
1, rue de la Loire - 44966 NANTES Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60
Fax 02 51 86 05 61 accueil@orspaysdelaloire.com



Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce à la participation de nombreux professionnels : médecins généralistes, gériatres, neurologues, psychiatres, centres médico-psychologiques (CMP) et établissements publics de santé, qui ont accepté de répondre aux différentes enquêtes, et aux membres du Comité de pilotage.

Comité de pilotage

Madame le Dr Nathalie Aubry

Service de gériatrie le Pont Rouge, Centre hospitalier départemental (CHD)

Madame le Dr Yvette Bibard

Centre hospitalier Georges Mazurelle, La Roche-sur-Yon

Monsieur André Bouvet

Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Monsieur le Dr Emmanuel Branthomme

Conseil de l'ordre des médecins de Vendée

Madame le Dr Marie-Christine Butreau

Service de gériatrie, Centre hospitalier Côte de Lumière, Les Sables d'Olonne

Monsieur le Dr Dominique Delor

Médecin-conseil chef de service, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Madame le Dr Annick Grolleau

Direction de la solidarité et de la famille (DSF), Actions médico-sociales, Conseil général de Vendée

Mme Marie-Hélène Gavrel

Présidente de l'Association Vendée Alzheimer

Monsieur le Dr Thomas Hérault

Union régionale des médecins libéraux (URML) des Pays de Loire

Monsieur Loïc Le Nevé-Ricordel

Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) des Pays de Loire

Monsieur le Dr Pierre Lermite

Service de gériatrie le Pont Rouge, Centre hospitalier départemental (CHD)

Madame Viviane Massinon

Echelon statistique, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) des Pays de Loire

Monsieur le Dr Hervé Viarouge

Médecin-conseil, Mutualité sociale agricole (MSA) de Vendée

Cette étude a également bénéficié du concours :

- de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) des Pays de la Loire et des caisses d'assurance maladie de Vendée qui ont mis à disposition les données issues de la gestion du risque concernant les patients sous traitement anticholinestérasique,
- de la direction régionale du service médical de l'Assurance maladie,
- de l'Union régionale des médecins libéraux (URML)
- du Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée
- du service statistique de la DRASS qui a mis à notre disposition une extraction du fichier ADELI des médecins généralistes vendéens en activité.

Nous devons également citer le travail du Dr Teddy Bourdet qui a entrepris une enquête en Vendée sur les conduites diagnostiques des médecins généralistes en 2004, dont nous avons utilisé différents résultats [7].

Cette étude a été effectuée par
l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire,
à la demande et grâce au financement de la Direction départementale des
affaires sanitaires et sociales (DDASS) et du Conseil général de Vendée,
de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), et de la Direction Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Cette étude a également bénéficié
du soutien de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des
Statistiques (DREES), de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et
du Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée.

Sa réalisation a été assurée
par le Dr Nicolas Mauduit et François Tuffreau,
en collaboration avec Sandrine Blais, Brigitte Klok,
Laurence Girard et Christophe Leux.

Introduction	7
---------------------	----------

PREMIERE PARTIE	ENQUETES EN MEDECINE GENERALE ET AUPRES DES ETABLISSEMENTS	8
------------------------	---	----------

CHAPITRE I

Enquête en médecine générale	8
11 - Principales caractéristiques de la démographie médicale	8
12 - Présentation générale de l'enquête	9
13 - Caractéristiques des répondants et des non répondants	9
14 - Evaluation du nombre de patients sous traitement anti-Alzheimer	12
15 - Caractéristiques des patients suivis pour la maladie d'Alzheimer	14
16 - Conditions du diagnostic	15
17 - Réponses proposées par le médecin	16
18 - Coordination des soins	17
19 - Besoins prioritaires	18

CHAPITRE II

Enquête auprès des médecins spécialistes et des CMP	19
21 - Enquêtes auprès des psychiatres et neurologues	19
22 - Enquête auprès des gériatres et du Centre de consultation mémoire	20
23 - Enquête auprès des Centres médico-psychologiques (CMP)	21

CHAPITRE III

Enquête auprès des maisons de retraite hospitalières et USLD publiques	22
---	-----------

DEUXIEME PARTIE	EPIDEMIOLOGIE COMPAREE DES DEMENCES
------------------------	--

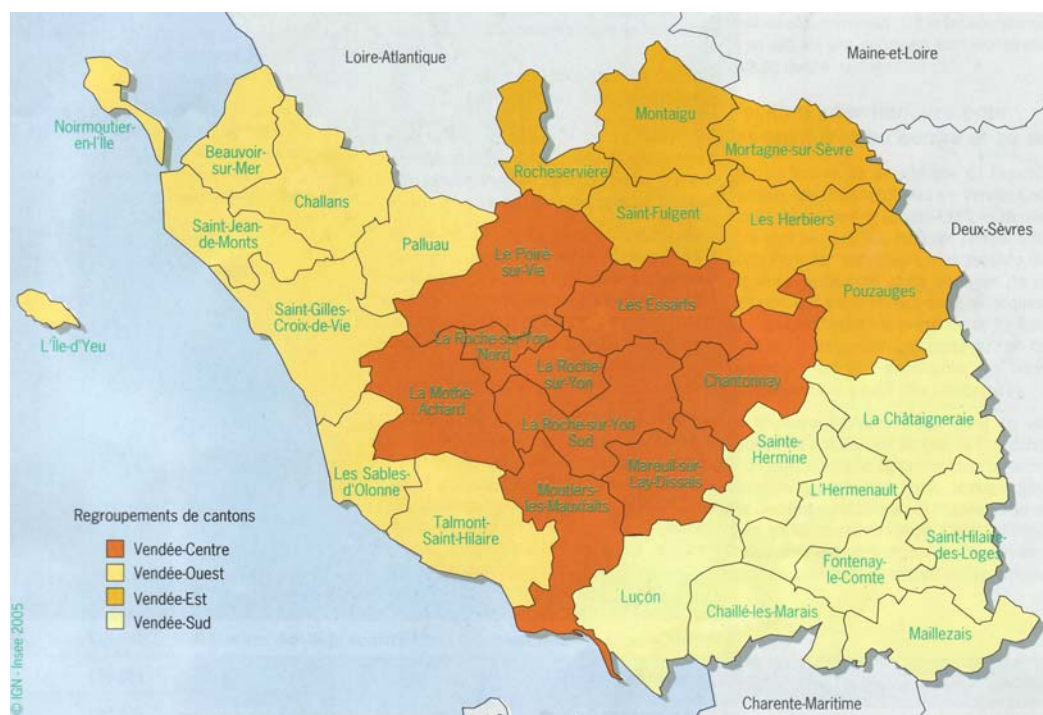
CHAPITRE I	25
-------------------	-----------

Epidémiologie des démences	25
11 - Prévalence des démences	25
12 - Incidence des démences	27

CHAPITRE II

Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer	28
21 - Prévalence de la maladie d'Alzheimer	28
22 - Incidence de la maladie d'Alzheimer	29
23 - Les patients sous traitement médicamenteux anti-Alzheimer	30

TROISIEME PARTIE	EVALUATION DES BESOINS AU NIVEAU DES TERRITOIRES	32
	CHAPITRE I	
	Une grande disparité des indicateurs sociaux	32
	CHAPITRE II	
	Analyse quantitative des besoins	33
QUATRIEME PARTIE	SYNTHESE	35
	CHAPITRE I	
	Epidémiologie comparée	35
	CHAPITRE II	
	Le rôle des médecins généralistes	36
	CHAPITRE III	
	La coordination des soins	37
	31 - La coordination institutionnelle	37
	32 - La coordination des interventions	37
	CHAPITRE IV	
	Les besoins prioritaires	39
ANNEXES		
	BIBLIOGRAPHIE	40
	QUESTIONNAIRES D'ENQUETE	45



INTRODUCTION

En 2004, en France, environ 800 000 personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) ou de troubles apparentés. Actuellement, le nombre de nouveaux cas de démences est estimé à 200 000 par an.

Ces maladies sont une des principales causes de dépendance lourde des personnes âgées. La majorité de ces malades vivent à domicile, l'aidant principal étant le plus souvent un membre de la famille. Ces pathologies sont une cause majeure d'entrée en institution.

Le médecin généraliste tient une place essentielle dans la prise en charge de ces troubles : il est directement confronté à la difficulté de leur diagnostic et de leur accompagnement thérapeutique. De nombreux professionnels de santé participent également à leur prise en charge, professionnels du soin, travailleurs sociaux, services d'aide...

La mise en œuvre d'un programme de soutien à ces malades et à leurs proches est apparue pendant les années 1990 comme un enjeu essentiel de santé publique. Un premier plan a été adopté en 2001 [44]. Le 13 septembre 2004, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, a présenté un nouveau plan d'action « Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 » [43].

Afin de développer les centres de diagnostic et d'accueil des personnes démentes, et dans le cadre du schéma gériatrique départemental, la DDASS de Vendée a entrepris une évaluation de la répartition géographique des besoins dans le département.

L'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire a été chargé d'effectuer une étude avec un double objectif :

- estimer la prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées, vivant à domicile et en institution, au plan départemental et par territoire,
- évaluer les conditions de prise en charge sanitaire et médico-sociale de ces patients, au plan départemental et par territoire.

Cette étude s'est appuyée essentiellement sur trois sources d'information :

- une bibliographie, et une analyse des données épidémiologiques internationales disponibles concernant la prévalence et l'incidence de ces troubles,
- des enquêtes effectuées auprès des médecins généralistes et spécialistes impliqués dans la prise en charge médicale des patients atteints de maladie d'Alzheimer, ainsi qu'auprès des maisons de retraite hospitalières des Unités de soins de longue durée (USLD) publiques, et des Centres médico-psychologiques (CMP),
- un recensement des patients bénéficiant d'un traitement médicamenteux spécifique de la maladie d'Alzheimer, effectué par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Les territoires choisis pour cette étude sont ceux retenus par l'INSEE et la DDASS dans le cadre des tableaux de bord « d'observation sociale des territoires », publiés dans les différents départements de la région. Quatre territoires ont été retenus pour le département de la Vendée (Ouest, Est, Centre et Sud), qui correspondent à des zones de territorialisation des politiques de l'emploi.

PREMIERE PARTIE

ENQUETES EN MEDECINE GENERALE
ET AUPRES DES ETABLISSEMENTS

Chapitre I

Enquête en médecine générale

Les omnipraticiens libéraux occupent une place privilégiée dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer car le médecin généraliste est un des premiers recours pour entendre les inquiétudes des patients ou de leur entourage, suite à des changements de comportement ou à des problèmes mnésiques répétés du conjoint ou d'un membre de la famille. Dans la mesure où cette maladie se caractérise par une détérioration progressive des capacités cognitives, et de l'autonomie, selon un processus relativement lent qui s'étale en général sur plusieurs années, les omnipraticiens sont des acteurs essentiels pour accompagner les familles tout au long de cette évolution.

Pour essayer de quantifier l'importance de ce problème et pour analyser les réponses apportées par les praticiens en matière de diagnostic et de prise en charge médico-sociale, l'ORS a effectué, en novembre 2005, une enquête auprès des médecins généralistes libéraux en activité.

Les questions relatives à la conduite diagnostique des médecins généralistes vis-à-vis de cette maladie, intégrées initialement dans le questionnaire, ont été simplifiées, après le constat qu'une enquête avait été réalisée pendant l'été 2004 sur un sujet proche [7].

11 - Principales caractéristiques de la démographie médicale

► Au 1^{er} Octobre 2005, 536 médecins étaient recensés dans le fichier ADELI de la DDASS de Vendée (non compris les remplaçants). Leur effectif est resté pratiquement stable au cours des dix dernières années avec 528 omnipraticiens libéraux (SNIR) recensés au 1^{er} janvier 1996, alors que les praticiens font face à une demande de soins croissante.

L'effectif des généralistes libéraux est stable depuis dix ans.

Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à exercer la médecine générale. Chez les moins de quarante ans, le ratio hommes/femmes se rapproche cependant de l'équilibre avec, respectivement 34 omnipraticiens libéraux masculins pour 29 femmes exerçant la médecine générale.

TABEAU 1
Effectif et densité de médecins en activité en octobre 2005, par territoires

	Nombre de médecins	Dont plus de 50 ans	% plus de 50 ans	Pop. 65 ans et plus	Densité
Centre	167	95	57	26174	6,4
Ouest	178	95	53,4	39603	4,5
Est	99	49	49,5	18357	5,4
Sud	92	54	58,7	21983	4,2
Total	536	293	54,5	106117	5,1

Source : DRASS, ADELI

► La densité de médecins généralistes est de 5,1 médecins pour 1 000 habitants de plus de 65 ans (tableau 1). Mais les écarts entre territoires sont particulièrement importants : la densité varie de 4,2 médecins pour 1 000

habitants âgés de 65 ans ou plus dans le territoire Sud à 6,4 pour 1 000 dans le territoire Centre (+ 52 %). Les deux territoires où la densité médicale est la plus faible sont le Sud et l'Ouest (4,5 pour mille).

► L'âge moyen des médecins est de 49,4 ans. En moyenne, plus d'un médecin sur deux (55 %) est âgé de 50 ans ou plus : cette proportion atteint 58 % dans le territoire Sud.

12 - Présentation générale de l'enquête

► Après consultation du comité de pilotage, un questionnaire d'enquête a été adressé par voie postale entre le 2 et le 4 novembre 2005 aux médecins généralistes, avec une enveloppe T pour la réponse.

A la suite de ce premier envoi, une centaine de questionnaires ont été retournés à l'ORS. Deux relances téléphoniques ont ensuite été effectuées auprès de chacun des non répondants par la société Cemafor, entre le 28 novembre et le 2 décembre, puis entre le 15 et le 19 décembre.

Au total, 108 réponses ont été retournées à l'ORS pour 536 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 20 %, avec peu d'écart selon les territoires (tableau 2).

*20 % des
médecins ont
répondu à
l'enquête*

A titre de comparaison, le taux de réponses obtenu dans l'enquête réalisée par l'INSERM en Rhône-Alpes était d'environ 10 %. Cette enquête a été réalisée par voie postale auprès des 6 000 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes qui ont répondu à un questionnaire portant sur leur environnement professionnel, l'annonce du diagnostic, la pratique clinique et la prise en charge médico-sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

TABEAU 2
Répartition des taux de réponses à l'enquête auprès des médecins généralistes selon les territoires

	Nombre de médecins	Répondants	Taux de répondants (%)
Centre	167	33	19,8
Ouest	178	34	19,1
Est	99	23	23,2
Sud	92	18	19,6
Total	536	108	20,1

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

13 - Caractéristiques des répondants et des non répondants

► L'âge moyen des médecins répondants est de 49,9 ans, il n'est pas différent de celui des médecins non répondants (49,3). Dans chaque territoire, l'âge moyen des répondants et des non répondants est proche.

► 76,9 % des médecins répondants sont des **hommes**, contre 74,8 % pour les non répondants. Il n'y a pas de différence de répartition par sexe entre médecins répondants et non répondants. Dans le territoire Est, on relève cependant une proportion de médecins femmes de 13 % chez les répondants et de 21 % chez les non répondants.

► Les médecins répondants sont installés pour 64,8 % dans une **commune urbaine** (65 % parmi les non répondants) (tableau 3).

La proportion de médecins exerçant dans une commune urbaine de 5 000 à moins de 10 000 habitants est plus importante chez les répondants (15,7 %) que chez les non répondants (9,8 %).

La proportion de médecins exerçant dans une commune urbaine de 10 000 à moins de 20 000 habitants est moins importante chez les médecins répondants (15,7 %) que chez les non répondants (23,1 %).

La proportion de médecins installés en zone urbaine est variable selon les territoires : plus de 75 % dans les territoires Centre et Ouest, contre moins de 50 % dans les deux autres territoires.

TABLEAU 3
Pourcentage de médecins installés en zone urbaine
parmi les répondants et les non répondants

	Médecins répondants		Médecins non répondants	
	Effectif	Dont % installé en zone urbaine	Effectif	Dont % installé en zone urbaine
Centre	33	75,8	134	64,2
Ouest	34	79,4	144	81,3
Est	23	43,5	76	48,7
Sud	18	44,4	74	51,4
Total	108	64,8	428	65,0

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

► La proportion de patients âgés de plus de 65 ans dans la patientèle présente une extrême dispersion parmi les médecins répondants. Pour près d'un médecin sur dix, 40 % des patients sont âgés de 65 ans ou plus (tableau 4). Mais il n'y a pas de lien entre l'âge des médecins répondants et la proportion de patients de 65 ans et plus dans la patientèle.

TABLEAU 4
Répartition des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête,
selon la part des 65 ans et plus dans leur patientèle

% 65 ans et plus dans la patientèle	Effectif de médecins	%
< 10 %	10	10,3
10 à 14 %	7	7,2
15 à 19 %	17	17,5
20 à 24 %	16	16,5
25 à 29 %	17	17,5
30 à 34 %	11	11,3
35 à 39 %	10	10,3
> 40 %	9	9,3
Total	97	100

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS
(cette information n'a pas été renseignée par 11 médecins)

La proportion de patients âgés de plus de 65 ans dans la patientèle des médecins varie selon les territoires : pour plus de la moitié des médecins (55 %), les 65 ans et plus représentent au moins 30 % de leur clientèle dans le territoire Ouest, contre 20 % seulement dans les autres territoires. Comme nous le verrons plus loin, l'Ouest du département est le territoire le plus concerné par le vieillissement.

9 % des
généralistes
sont médecins
coordonnateurs
en EHPA

► Dix médecins répondants (9,3 %) sont **coordonnateurs en EHPA** (tableau 5). Par ailleurs, onze médecins ont une capacité en gériatrie, et un médecin

généraliste est titulaire d'un DU ou d'un DES en gériatrie, soit au total 11 % des médecins répondants. Dans l'enquête effectuée par T. Bourdet [7], 11 % des médecins interrogés signalaient un **diplôme en gériatrie**.

Au total, 15 médecins de l'échantillon (13,9 %) sont coordonnateurs en Etablissement d'hébergement de personnes âgées (EHPA) ou sont titulaires d'une formation diplômante en gériatrie. **Dans la suite du document, ces médecins sont dénommés « gériatres ».**

TABLEAU 5

Effectif des médecins coordonnateurs en EHPA ou titulaires d'une formation diplômante en gériatrie, parmi les répondants, selon les territoires

	Médecin coordonnateur	Capacité en gériatrie	DU ou DES en gériatrie	Médecin « gériatre »
Centre	4	4	1	5
Ouest	3	2		4
Est	2	5		5
Sud	1	0		1
Total	10	11	1	15

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

* La colonne « gériatres » n'est pas la somme des autres colonnes, un médecin pouvant être médecin coordonnateur, et disposer d'une capacité de gériatrie ou disposer d'un DU ou d'un DES de gériatrie.

► Au moment de l'enquête, seuls trois médecins ont déclaré ne suivre aucun patient en EHPA. En moyenne, **chaque médecin suit 20,6 patients en EHPA**. La moitié en suivent plus de 15 et le quart plus de 30.

Les écarts sont très importants entre médecins « gériatres » et « non gériatres » pour cet indicateur : les médecins « gériatres » suivent en moyenne 43,2 patients en EPHAD, pour 17,3 patients suivis en moyenne par les autres médecins (tableau 6).

Chaque médecin suit en moyenne 21 résidents en EHPA

Si l'on ne tient compte que des médecins non « gériatres », le nombre moyen de patients suivis en établissement d'hébergement varie de 15 (dans le territoire Centre) à 21 dans le territoire Est. Ces écarts ne sont pas toutefois statistiquement significatifs.

TABLEAU 6

Nombre moyen de patients suivis en établissement d'hébergement pour personnes âgées selon les territoires

	Médecins « gériatres »	Médecins non « gériatres »	Total
Centre	50,0	15,2	18,7
Ouest	45,5	17,2	20,7
Est	37,0	20,8	24,5
Sud	45,0	17,5	19,0
Total	43,2	17,3	20,6

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

Conclusion

Au vu de ces résultats, les caractéristiques des médecins répondants et non répondants apparaissent très proches en terme de répartition par âge, sexe, et installation en communes urbaines et non urbaines.

14 - Evaluation du nombre de patients suivis et sous traitement

Les données relatives au nombre de patients suivis et sous traitement sont comparées entre les quatre territoires retenus dans cette étude. Les effectifs de médecins répondants dans chacun des territoires sont faibles, et aucune différence statistique ne peut être considérée comme significative.

Les patients atteints de démences

► Chaque médecin a suivi, en moyenne, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 9,9 [7,9-11,9] patients atteints de **démences**.

Les médecins « gériatologues », qui ont une file active en EHPA sensiblement plus importante, ont suivi en moyenne plus de patients déments (13,4) que les autres médecins (9,3).

On constate qu'en moyenne, le nombre de patients suivis pour démences au cours des douze derniers mois est plus important dans les territoires Sud (12,2) et Est (11,3) que dans les territoires Ouest (9,1) et Centre (8,7) (tableau 7).

Un médecin suit en moyenne dix patients atteints de démences, et 2 à 3 nouveaux cas dans l'année

TABEAU 7
Nombre moyen de patients suivis et nouvellement diagnostiqués pour démences, par médecin généraliste et par territoire

	Nombre moyen de patients suivis atteints de démences	Dont suivis par un gériatologue	Nombre de nouveaux cas de démences	Dont suivis par un gériatologue
Centre	8,7	18,2	2,3	5,8
Ouest	9,1	8,3	1,8	2,0
Est	11,3	10,0	3,2	2,8
Sud	12,2	18,0	2,0	5,0
Total	9,9	13,4	2,3	3,6

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

► Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, les médecins généralistes ont vu en moyenne 2,3 [1,7-2,9] **nouveaux cas** de démences.

Les médecins « gériatologues » ont vu un nombre moyen de nouveaux cas de démences (3,6) plus élevé que les autres médecins (2,1).

Le nombre moyen de nouveaux cas de démences vu au cours des douze derniers mois par les médecins est plus élevé dans le territoire Est (3,2) que dans les autres territoires (tableau 7).

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

► Chaque médecin a suivi, en moyenne, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 4,6 [3,7 - 5,5] patients atteints de la **maladie d'Alzheimer**.

TABEAU 8
Nombre moyen de patients suivis et nouvellement diagnostiqués pour la maladie d'Alzheimer, par médecin généraliste et par territoire

	Nombre moyen de patients atteints de MA	Dont suivis par un gériatologue	Nombre de nouveaux cas de MA	Dont vu par un gériatologue
Centre	4,2	7,0	1,5	3,0
Ouest	4,8	3,3	1,2	1,3
Est	3,6	3,3	2,0	1,8
Sud	6,0	12,0	1,3	4,0
Total	4,6	5,2	1,5	2,2

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

Les médecins gériatologues ont suivi en moyenne un effectif de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (5,2) plus important que les autres médecins (4,5). Le nombre moyen de patients suivis par les médecins pour maladie d'Alzheimer varie selon les territoires. Il est plus élevé dans le territoire Sud (6) que dans les territoires Ouest (4,8), Centre (4,2) et surtout Est (3,6) (tableau 8).

Discussion

Dans l'enquête effectuée auprès des généralistes vendéens, un patient suivi pour démence sur deux a un diagnostic de maladie d'Alzheimer alors que la proportion de patients déments ayant un diagnostic de la maladie d'Alzheimer est de 80 % dans l'enquête Sentinelles [13]. Dans Paquid [2], 80 % des démences enregistrées dans la cohorte sont des maladies d'Alzheimer, 10 % sont d'origine vasculaire, alors que 8,5 % sont associées à une maladie de Parkinson. Ce rapport est de 65 % dans l'estimation effectuée à partir d'Eurodem (voir présentation d'Eurodem et de Paquid page 25).

► Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, les médecins généralistes ont vu en moyenne 1,5 **nouveau cas** de maladie d'Alzheimer. Les médecins gériatologues ont vu un nombre supérieur de nouveaux cas de maladie d'Alzheimer (en moyenne 2,2 contre 1,4).

C'est aussi dans le territoire Est que l'on retrouve le nombre moyen de nouveaux cas de patients atteints de la maladie d'Alzheimer le plus élevé (2) (tableau 8).

Selon ces résultats, près d'un patient sur deux, suivi pour démence, est atteint de la maladie d'Alzheimer. Ce rapport est cependant différent selon les territoires ; 42 % dans le territoire Est contre 55 % dans le territoire Ouest.

► Les deux tiers des nouveaux cas de démences vus dans les douze derniers mois par les médecins généralistes sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette proportion n'est pas différente selon les territoires.

Les patients sous traitement anti-Alzheimer

► Selon les déclarations des médecins généralistes, 80 % des patients suivis pour la maladie d'Alzheimer bénéficient d'un traitement médicamenteux anti-Alzheimer spécifique : cette proportion est beaucoup plus faible dans le territoire Sud (58 %).

TABLEAU 9
Nombre moyen de patients suivis pour maladie d'Alzheimer, avec un traitement médicamenteux anti-Alzheimer

	Nombre moyen de patients suivis pour MA	Nombre moyen de patients sous traitement	Proportion de patients suivis pour MA sous traitement (%)
Centre	4,2	3,7	88
Ouest	4,8	3,9	81
Est	3,6	3,4	94
Sud	6,0	3,5	58
Total	4,6	3,7	80

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

Un médecin généraliste suit en moyenne cinq patients atteints de la MA, et un à deux nouveaux cas chaque année

80 % de ces patients bénéficient d'un traitement anti-Alzheimer

15 - Caractéristiques des patients suivis pour la maladie d'Alzheimer

Dans la suite du questionnaire, les médecins étaient interrogés sur les caractéristiques socio-démographiques, les conditions du diagnostic, et la prise en charge médico-sociale « **du dernier patient pour lequel le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé** ». Cette formulation, qui a déjà été utilisée dans d'autres questionnaires similaires, est celle qui semble la meilleure pour évaluer les conditions de prise en charge sur l'ensemble du département. Son intérêt est plus limité pour analyser des données par territoires. Les résultats par territoires ont cependant été publiés à titre indicatif.

► Plus des trois quarts (77,2 %) des derniers patients pour lesquels le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé sont des femmes : leur moyenne d'âge est de 76,7 ans, 76,4 pour les femmes, 77,9 ans pour les hommes (différence non significative).

► Plus d'un patient sur quatre suivi par un généraliste vit en institution (27,5 %). Parmi ceux-ci, près d'un sur deux vit en maison de retraite, 29,6 % en EHPAD et 14,8 % en foyer logement.

Près des trois quarts des patients (72,5 %) vivent à domicile (tableau 10). Il n'y a pas de différence d'âge ni de répartition des sexes entre ces deux groupes de patients.

TABLEAU 10
Répartition des patients suivis selon leur lieu de vie, et selon le territoire

	Domicile		Institution	
	Effectif	%	Effectif	%
Centre	20	62,5	12	37,5
Ouest	26	86,7	4	13,3
Est	17	77,3	5	22,7
Sud	11	61,1	7	38,9
Total	74	72,5	28	27,5

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

Parmi les patients vivant à domicile, 81,1 % vivent accompagnés (tableau 11). Les personnes accompagnées sont principalement des femmes (68 %).

TABLEAU 11
Répartition des patients vivant à domicile selon leur mode de vie, par territoire

	Seul		Accompagné	
	Effectif	%	Effectif	%
Centre	4	20,0	16	80,0
Ouest	6	23,1	20	76,9
Est	2	11,8	15	88,2
Sud	2	18,2	9	81,8
Total	14	18,9	60	81,1

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

La personne accompagnant le patient est majoritairement le conjoint (dans 81 % des cas). Dans 17,2 % des cas, cette personne est le fils ou la fille du patient et plus rarement un frère ou une sœur (1,7 %).

Un patient sur cinq vit seul à domicile. Ces patients sont surtout des femmes (13 femmes pour un homme) et ont été majoritairement (60 %) diagnostiqués à un stade léger de la maladie. Ces caractéristiques ne sont toutefois pas statistiquement différentes de celles observées dans le groupe des patients qui vivent à domicile, accompagnés.

27,5 % des patients atteints de la MA, suivis par un médecin généraliste vivent en EHPA

19 % des patients à domicile vivent seuls

Aidant principal

► Les personnes vivant à domicile bénéficient de l'aide d'une ou plusieurs personnes, parmi lesquelles le ou les aidants principaux, qui peuvent être des aidants naturels, professionnels ou les deux.

Près de deux patients sur trois bénéficient principalement de l'aide d'un aidant naturel, un sur quatre de l'aide d'un aidant naturel et d'un aidant professionnel et 11 % de celle d'un aidant professionnel seul.

Dans la quasi-totalité des cas, **quand le patient vit accompagné**, la personne avec qui il vit est l'aidant principal (71 %). Dans 24 % des cas, un aidant professionnel est mentionné par le médecin comme aidant principal.

Quand le patient vit seul, l'aidant principal est, pour huit patients sur 13, un aidant naturel (enfant ou autre), associé une fois sur deux à un aidant principal professionnel.

L'aidant naturel est le plus souvent le conjoint (dans 65 % des cas), dans un cas sur quatre il s'agit d'un enfant et dans près de 10 % des cas, un autre membre de la famille. **L'aidant professionnel** est une aide à domicile dans 34 % des cas, une infirmière dans 27 % des cas et une aide-soignante dans 15 % des cas.

16 - Conditions du diagnostic

Trois questions étaient posées à propos des conditions du diagnostic :

- avez-vous évoqué vous-même le diagnostic ?
- avez-vous posé vous-même le diagnostic ?
- avez-vous adressé le patient à un spécialiste ?

► 90 % des médecins **ont évoqué** eux-mêmes le diagnostic avec leur patient ou l'entourage, tous les médecins « gériatologues », et 88 % des autres médecins.

► Parmi les médecins répondants, 41 % **ont eux-mêmes posé le diagnostic**, 80 % des médecins « gériatologues », et un médecin généraliste (non gériatologue) sur trois.

► Globalement, 90 % des médecins ont **adressé** leur patient à un spécialiste pour confirmation du diagnostic, 60 % des « gériatologues » et la quasi-totalité des autres médecins. Dans 70 % des cas, le médecin généraliste adresse son patient à un neurologue et dans 22 % des cas à un gériatre (tableau 12).

90 % des médecins ont évoqué eux-mêmes le diagnostic avec leur patient

70 % des médecins adressent leur patient à un neurologue

TABEAU 12
Répartition des spécialistes auxquels le médecin a adressé son patient pour confirmer le diagnostic

	%	« Gériatologues » (%) (n=9)	« Non gériatologues » (%) (n=81)
Neurologue	70	78	69
Gériatre	22	11	24
Psychiatre	7	11	6
Centre de consultation mémoire	1		1
Total	100	100	100

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

Dans 18 % des cas (16 / 90), le spécialiste n'exerce pas en Vendée. Dans 13 cas sur 16, il s'agit d'un neurologue qui n'exerce pas en Vendée. Tous les médecins, sauf un, ont reçu un compte rendu de consultation de la part du spécialiste.

Enquête sur les conduites diagnostiques des médecins généralistes en Vendée [7]

► L'enquête effectuée par T. Bourdet en 2004 apporte des informations complémentaires sur les conduites diagnostiques des médecins généralistes vis-à-vis de cette maladie.

Les médecins généralistes expriment tout d'abord leur insatisfaction sur le plan de la formation initiale : 79 % des médecins jugent leur formation peu satisfaisante, pas satisfaisante du tout, voire inexistante. Les médecins qui ont eu leur thèse après 1990 ont un niveau d'insatisfaction moins élevé (72 % de non satisfaits).

53 % des médecins interrogés souhaitent une aide au diagnostic.

62 % des médecins généralistes ont annoncé le diagnostic au patient : 91 % ont adressé leur patient à un confrère (71 % l'ont adressé à un neurologue).

Stade et dépendance

► 40 % des patients sont diagnostiqués à un stade léger de la maladie, la moitié à un stade modéré, et 10 % à un stade sévère. Il n'y a pas de différence de moyenne d'âge des patients selon le stade au diagnostic.

Près de 70 % des patients diagnostiqués au stade léger sont des femmes. Aux stades modéré et sévère, la proportion de femmes est de 80 %. Toutefois cet écart n'est pas statistiquement significatif.

Les médecins « gériatologues » diagnostiquent un patient sur deux à un stade léger de la maladie et les autres médecins un patient sur deux au stade modéré.

► Près de 80 % des médecins ont déjà utilisé la **grille AGGIR**. Tous les médecins « gériatologues » l'ont déjà utilisée, et parmi les autres médecins, trois sur quatre l'ont déjà utilisée.

Parmi les médecins qui ont déjà utilisé la grille AGGIR, 24 n'ont pas pu préciser le degré de dépendance du patient. Les résultats qui suivent ne concernent donc que les 54 patients pour lesquels les médecins ont évalué le degré de dépendance.

18 % des patients pour lesquels le médecin a précisé le degré de dépendance, sont diagnostiqués au stade GIR 5 ou 6, près de la moitié au stade GIR 3 ou 4, et 33 % à un stade GIR 1 ou 2.

40 % des patients sont diagnostiqués à un stade léger de la maladie, la moitié à un stade modéré, et 10 % à un stade sévère

17 - Les réponses proposées par le médecin

► La grande majorité (86 %) des médecins **ont informé eux-mêmes** la famille sur la maladie d'Alzheimer, ses conséquences et sa prise en charge, et 12 % des praticiens ont mis la famille en contact avec une **association d'aide aux familles**.

Dans 31 % des cas, la famille a été mise en contact avec une **assistante sociale**, et dans 29 % des cas avec un **CLIC**. Ces résultats ne diffèrent pas selon que le médecin est gériatologue ou non.

► Dans 72 % des cas, le médecin **a évalué lui-même** les aides nécessaires au patient. Dans 39 % des cas, il a évalué seul ces aides et dans 33 % avec l'aide,

le plus fréquemment, de la famille mais aussi du CLIC, d'une infirmière ou d'une assistante sociale.

► Un peu moins de la moitié des médecins (46 %) ont connaissance de l'existence d'un **Centre de consultation mémoire** dans leur secteur. Parmi ceux-ci, 31 % ont invité la famille à prendre rendez-vous avec ce centre (33 % si on ne tient pas compte des patients qui vivent actuellement en institution).

TABEAU 13
Interventions prescrites par le médecin pour les patients vivant à domicile

	% de réponses positives
Accueil de jour	11
SSIAD	38
Infirmier libéral ou centre de soins	43
Aide à domicile	66
APA	56

Source : enquête médecine générale VENDEE - novembre 2005 - ORS

► Les prises en charge le plus souvent mobilisées sont le recours à une aide à domicile (deux patients sur trois) qui s'accompagne, en général, d'une demande d'APA (56 %). Pour 22 % des patients, la demande d'APA n'était pas jugée nécessaire.

L'intervention d'un **SSIAD** a été prescrite à 38 % des patients qui vivent à domicile, et une prise en charge par une **infirmière** à 43 % des patients. Une prise en charge en accueil de jour a été proposée à 11 % des patients.

Le type de prise en charge proposé par le médecin est évidemment lié aux besoins du patient et de son entourage, qui dépendent notamment de l'état d'avancement de la maladie et de la capacité de l'entourage à accompagner le patient, mais également des caractéristiques de l'offre de services sur le territoire (présence ou non d'un accueil de jour...).

► Les facteurs amenant le médecin à proposer une prise en charge en **institution** sont surtout ceux qui sont le plus directement liés au rôle de l'aidant. En effet, pour la grande majorité des médecins l'absence d'aidant et l'épuisement de l'aidant principal sont les facteurs principaux d'institutionnalisation.

Les degrés de sévérité et de dépendance sont moins souvent cités comme facteur d'institutionnalisation.

18 - Coordination des soins

► Près de 90 % des médecins (100 % des médecins coordonnateurs et 88 % des autres médecins) disent assurer eux-mêmes la coordination de la prise en charge au domicile de leurs patients atteints de démences.

Les deux tiers pensent qu'un ou plusieurs autres professionnels devraient assurer la coordination de cette prise en charge, qui pourrait être organisée par une infirmière libérale (23 % des médecins), une assistante sociale (17 %), un CLIC (79 %). Sont cités aussi par deux médecins, un SADAPA (service d'aide à domicile) ou encore un hôpital de jour.

Dans 66 % des cas, le médecin prescrit l'intervention d'une aide à domicile

Près de 90 % des médecins disent assurer eux-mêmes la coordination de la prise en charge

Un tiers des médecins pensent que c'est à eux d'assurer la coordination de la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer. La grande majorité d'entre eux disent que le généraliste est le plus à même d'assurer cette coordination car c'est lui qui a une vue globale de la situation, du fait de sa proximité avec le patient et sa famille. D'autres soulignent d'ailleurs que cette coordination fait tout simplement partie de leur compétence et de leurs missions. Beaucoup précisent aussi que s'ils veulent coordonner eux-mêmes la prise en charge, ils doivent le faire avec d'autres intervenants.

► Un quart des médecins n'ont pas connaissance de l'existence d'un CLIC sur leur territoire.

Parmi les 73 généralistes qui déclarent avoir un CLIC sur leur territoire, 27 % ont des contacts réguliers avec ce dernier, 53 % de temps en temps et 20 % jamais.

TABLEAU 14
Répartition de la fréquence de contacts des médecins avec les CLIC selon les territoires, parmi les médecins ayant un CLIC sur le territoire

	Effectif*	Oui, régulièrement %	De temps en temps %	Jamais %
Centre	24	25,0	62,5	12,5
Ouest	19	31,6	42,1	26,3
Est	15	26,7	60,0	13,3
Sud	12	25,0	41,7	33,3
Total	70	27,1	52,9	20,0

*3 médecins déclarant avoir un CLIC sur leur territoire n'ont pas répondu à cet item

27 % des médecins ont des contacts réguliers avec un CLIC, 53 % de temps en temps, et 20 % jamais

► Une très grande proportion de médecins (91 %) estime que les services d'aides sont bien coordonnés dans leur secteur.

Pour 92 % des médecins, la collaboration entre généralistes et infirmiers est satisfaisante. Le degré de satisfaction est un peu moins important avec les SSIAD (82 %).

TABLEAU 15
Pourcentage de satisfaction des médecins vis-à-vis de la collaboration avec d'autres professionnels ou services médico-sociaux selon les territoires

	Collaboration satisfaisante avec les infirmières	Collaboration satisfaisante avec le SSIAD	Contact avec l'assistante sociale	Coordination satisfaisante de la prise en charge médico-sociale
Centre	90,6 %	76,7 %	51,5 %	56,7 %
Ouest	96,9 %	79,3 %	53,1 %	51,5 %
Est	91,3 %	91,3 %	52,2 %	66,7 %
Sud	88,9 %	86,7 %	38,9 %	62,5 %
Total	92,4 %	82,5 %	50,0 %	58,0 %

► La moitié des médecins ont des contacts avec la ou les assistantes sociales de leur secteur. La coordination de la prise en charge médico-sociale est satisfaisante pour 58 % des médecins (tableau 15).

19 - Besoins prioritaires

► L'analyse des observations faites par les médecins concernant les besoins prioritaires de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ne montre pas de différence selon les territoires.

91 % des médecins estiment que les services d'aides sont bien coordonnés

58 % des médecins jugent la prise en charge médico-sociale satisfaisante sur leur territoire

Le besoin le plus fréquemment exprimé est celui de l'hébergement temporaire ou de foyer d'accueil pour les patients. Le manque de structures, de type Cantou, est aussi évoqué par certains.

Un nombre important de généralistes évoquent le manque de places en institution, en établissement plus spécialisés ou mieux adaptés à la prise en charge des personnes atteintes de démence. Certains regrettent aussi la faible réactivité des structures d'accueil en période de crise pour le patient.

La pénurie de professionnels libéraux (infirmiers,...), de consultations spécialisées et en particulier de consultations mémoire, est également soulignée.

Une meilleure prise en charge pour financer les aides à domicile est évoquée, et certains généralistes insistent sur la nécessité de favoriser le maintien à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences.

Chapitre II

Enquête auprès des médecins spécialistes et des CMP

Pour compléter cette première approche, d'autres enquêtes ont été effectuées auprès de différents spécialistes qui participent à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : psychiatres libéraux, neurologues libéraux et salariés, gériatres et Centres médico-psychologiques (CMP).

21 - Enquête auprès des psychiatres libéraux et des neurologues

L'enquête concernant les psychiatres libéraux et les neurologues libéraux et salariés a été adressée aux médecins entre le 2 et le 4 novembre 2005. Une relance a été effectuée par la société Cemafor entre le 28 novembre et le 2 décembre 2005.

Un seul psychiatre (sur 18), et cinq neurologues (sur 8) ont répondu au questionnaire qui leur avait été adressé, ces derniers se sentant sans doute plus directement concernés par l'objet de l'enquête.

Enquête auprès des neurologues

► L'enquête a été effectuée essentiellement auprès des praticiens exerçant en Vendée, même si les généralistes vendéens adressent également leurs patients vers des neurologues installés hors du département (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire...).

Les délais pour obtenir une consultation auprès d'un neurologue sont très variables : entre deux semaines à trois mois selon les médecins.

700 personnes environ ont été adressées à ces cinq praticiens pour exploration d'un syndrome démentiel en 2004 (soit 140 personnes en moyenne par praticien).

La question concernant le nombre de patients suivis est moins bien renseignée avec seulement trois questionnaires exploitables. Ces trois neurologues assurent le suivi de 410 personnes atteintes de démences, dont 340 atteintes de la maladie d'Alzheimer.

220 nouveaux cas de démences ont été vus en 2004, dont 180 atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les **besoins prioritaires** perçus par les praticiens sont les suivants :

- disposer d'un personnel qualifié à domicile,
- disposer de structures d'accueil plus nombreuses, notamment pour apporter un soutien aux familles (hébergement temporaire, accueil de jour...).
- concrétiser la consultation mémoire pluridisciplinaire au CHD, en cours de finalisation.

Un praticien souligne, par ailleurs, la nécessité d'une meilleure définition du rôle des différents intervenants (ville-hôpital, diagnostic initial et prise en charge médico-sociale, rôle respectif de chaque spécialiste et du généraliste).

22 - Enquêtes auprès des gériatres et du Centre de consultation mémoire (CCM)

Gériatres

► Les 23 médecins salariés du département, avec une capacité en gériatrie, enregistrés dans la base Adeli au 1^{er} octobre 2005 ont été interrogés. Seuls cinq ont répondu. Une des réponses provient d'un médecin dont l'installation est trop récente pour pouvoir apporter des réponses précises, et l'autre provient d'un gériatre du Centre de consultation mémoire des Sables-d'Olonne, qui fait donc l'objet d'un commentaire spécifique.

Les résultats concernant les trois gériatres restants ne sont certes pas représentatifs mais quelques éléments peuvent être rapportés.

Le nombre moyen de patients adressés pour exploration d'un syndrome démentiel auprès de ces gériatres est de 20. Ces gériatres suivent chacun 28 patients pour démences dont 23 atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils ont examiné 15 nouveaux cas de démences en 2004, dont 12 cas de maladie d'Alzheimer.

Les besoins prioritaires perçus par les gériatres sont les suivants :

- augmenter les moyens de diagnostic en renforçant les lieux de diagnostic déjà existants,
- créer des unités Alzheimer en hospitalisation et en hébergement,
- créer des accueils de jour et des hébergements temporaires,
- faire de la formation en maison de retraite,
- améliorer l'aide aux aidants.

Centre de consultation mémoire (CCM) des Sables-d'Olonne

► Le délai pour une consultation gériatrique au CCM des Sables-d'Olonne est de 12 semaines.

En 2004, 140 personnes y ont été adressées pour exploration d'un syndrome démentiel.

Parmi les patients suivis en 2004, 139 étaient atteints d'une démence dont 95 (68 %) de la maladie d'Alzheimer. En 2004, 62 nouveaux cas de démences, dont 42 cas de la maladie d'Alzheimer, ont consulté au CCM.

Les patients sont le plus souvent adressés pour une exploration d'un syndrome démentiel par leur médecin généraliste, parfois par un autre spécialiste ou par leur conjoint (ou famille). Les patients peuvent aussi être adressés par un CLIC.

Dans près de la moitié des cas (48 %), le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est posé au stade de démence légère, dans 37 % au stade modéré et dans 15 % au stade sévère.

Tous les patients suivis en 2004 pour la maladie d'Alzheimer par le CCM bénéficient d'un traitement médicamenteux anti-Alzheimer.

Les besoins prioritaires identifiés par le CCM sont les suivants :

- développer la consultation mémoire avec une augmentation du temps des professionnels qui y travaillent (médecins, neuropsychologues, infirmiers, assistants sociaux...
- développer l'aide aux aidants naturels par un soutien, de l'information, de la formation,
- développer pour ces aidants des solutions de répit,
- améliorer la formation des généralistes.

23 - Enquête auprès des Centres médico-psychologiques (CMP)

Un questionnaire a été adressé le 8 novembre 2005 par voie postale aux 26 CMP du département, rattachés aux trois établissements publics de santé disposant de lits d'hospitalisation en psychiatrie (CHS Georges Mazurelle à La Roche-sur-Yon, centre hospitalier de Fontenay-le-Comte et centre hospitalier de Challans).

Parmi les 26 CMP du département, répartis entre les sept secteurs de psychiatrie du département, seulement 6 ont répondu à l'enquête. Par ailleurs, les questionnaires retournés à l'ORS n'ont été que très partiellement renseignés.

TABLEAU 16
Dénombrement et participation des
Centres médico-psychologiques (CMP) à l'enquête

	Implantation	Nombre de CMP	Nombre de réponses
Sud-ouest	Les Sables-d'Olonne, La Roche-sur-Yon	2	0
Sud-est	Luçon, Chantonnay, La Roche-sur-Yon	3	1/3
Nord-est	Les Herbiers, La Roche-sur-Yon	2	2
Nord-ouest	Montaigu, La Roche-sur-Yon	2	2
Ouest	La Roche-sur-Yon, Les Sables-d'Olonne, Noirmoutier, Ile d'Yeu, Saint-Hilaire-de Riez	6	0
Est	Luçon, La Roche-sur-Yon, Fontenay-le-Comte, Chantonnay, la Châtaigneraie	6	1/6
Nord	Montaigu, Les Herbiers, La Roche-sur-Yon, Aizenay	5	0
Total		26	6

Ces données ne permettent donc pas d'évaluer le nombre de patients atteints de démences pris en charge par les CMP. Les éléments, ci-joints, donnés à titre indicatif, semblent montrer une grande dispersion quant à la participation de ces centres à la prise en charge de ce type de problèmes.

Délais pour obtenir un rendez-vous

► Le délai habituel avant d'obtenir une consultation est très variable selon les CMP ayant répondu à l'enquête : de 15 jours à 6 semaines.

File active de personnes atteintes de démences

► En 2004, 160 personnes ont été adressées pour **exploration** de syndrome démentiel dans les CMP du secteur Nord-ouest, et 10 dans les CMP du secteur Est ayant répondu à l'enquête.

En 2004, les CMP du secteur Nord-est **ont suivi** 125 personnes atteintes de démences dont 47 atteintes de la maladie d'Alzheimer. Huit personnes atteintes de démences étaient suivies au CMP Est, dont deux atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les deux CMP du secteur Nord-ouest ont vu 60 **nouveaux cas** de démences dans l'année, dont 40 cas de maladie d'Alzheimer. Quatre nouveaux cas de démences, dont un de maladie d'Alzheimer ont été vus au CMP Est.

Adressage

Les situations sont évidemment variables selon les CMP. Dans la plupart des cas, les patients vus pour une exploration d'un syndrome démentiel sont adressés par leur médecin généraliste ainsi que par le conjoint ou la famille. Parfois les patients sont adressés par un autre médecin spécialiste, par leur tuteur, une maison de retraite ou encore une association.

Besoins prioritaires

Pour améliorer la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences, les besoins prioritaires évoqués par les différents CMP enquêtés sont les suivants :

- augmenter le nombre de places en hospitalisation de jour,
- développer les Cantou,
- augmenter les places en structures médicalisées,
- développer la prise en charge en gériatrie, en particulier en terme de prévention et de travail de liaison.

Chapitre III

Enquête auprès des maisons de retraite hospitalières et USLD des établissements de santé publics

Présentation de l'enquête

Pour effectuer une estimation du nombre de personnes souffrant de démences dans le département, en fonction de leur lieu de vie (domicile ou institution), il était nécessaire de compléter l'évaluation faite en interrogeant les médecins généralistes par une enquête spécifique auprès des maisons de retraite hospitalières et des unités de soins de longue durée (USLD) publiques. En effet, dans ces structures, le suivi des patients dépend non pas de médecins libéraux mais de praticiens hospitaliers temps plein ou temps partiel.

Un questionnaire spécifique leur a été adressé en novembre 2005. Une relance par courrier a été effectuée entre le 27 février et le 3 mars 2006, suivie d'une relance téléphonique auprès de chaque direction pour les établissements non répondants.

Globalement, l'ensemble des 15 établissements concernés accueillait un peu plus de 2 000 personnes (2 010), soit le cinquième des capacités d'hébergement et de soins pour personnes âgées dans le département, toutes catégories d'équipement confondues. Cela signifie que le suivi médical des personnes résidant en institution est assuré par des médecins libéraux pour 80 % des résidents.

TABLEAU 17

Effectif des résidents des maisons de retraite hospitalières et des Unités de soins de longue durée publiques en 2004

	Hébergement EHPAD	USLD	Total
VENDEE-OUEST			995
Bouin	109	10	119
Beauvoir	72	10	82
Challans	82	58	140
Ile d'Yeu	-	15	15
Noirmoutier	36	21	57
Saint-Gilles-Croix-de-Vie	80	85	165
Saint-Jean-de-Monts	159	-	159
Sables-d'Olonne	118	140	258
VENDEE-CENTRE			193
La Roche-sur-Yon (Centre hospitalier Georges Mazurelle)	-	56	56
La Roche-sur-Yon (CHD)	40	97	137
VENDEE-EST			250
Montaigu (CHD)	60	40	100
Mortagne-sur-Sèvre	104	41	145
VENDEE-SUD			572
Luçon (CHD)	136	66	202
La Châtaigneraie		90	90
Fontenay-le-Comte	280		280
Total			2010

Source : enquête ORS-finess

Les établissements répondants (1 458 places) représentent 72,5 % des capacités d'accueil des établissements enquêtés.

Résultats

► En 2004, parmi les résidents des établissements ayant répondu, environ 610 étaient atteints de démences, soit 41,8 % du nombre total de personnes hébergées.

Un peu moins de la moitié (286) de ces personnes avaient un diagnostic de la maladie d'Alzheimer (47 %). Parmi les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, 181 bénéficiaient d'un traitement médicamenteux anti-Alzheimer, soit 63 % des patients pour lesquels cet item est renseigné.

En supposant que les établissements non répondants à l'enquête hébergent en moyenne autant de personnes démentes et atteintes de la maladie d'Alzheimer que les établissements répondants, on estime que 840 patients déments, dont 395 atteints de la maladie d'Alzheimer, résident dans les maisons de retraite hospitalières et les unités de soins de longue durée publiques.

► Pour 18 % des établissements, le diagnostic est souvent fait une fois la personne déjà admise dans l'établissement. Pour 47 % d'entre eux, le diagnostic est parfois effectué après la prise en charge.

► Le degré de sévérité de la démence est pour 60 % des établissements, **toujours** le motif qui amène à prendre en charge le patient. Pour 37 % d'entre eux, c'est **toujours** le degré de dépendance qui motive la prise en charge et pour 50 % d'entre eux ce motif est **souvent** en cause.

Pour 62 % des établissements, l'altération de la relation patient/aidant principal motive **souvent** la prise en charge.

Pour près de 70 % des établissements, c'est un contexte de crise qui motive **parfois** la prise en charge.

Les problèmes somatiques sont **parfois** le motif de la prise en charge pour 64 % des établissements.

► L'admission en établissement se fait **parfois** dans 50 % des cas, voire **jamais** dans 43 % des cas, chez les patients à un stade de **démence légère**.

Chez les patients au stade de **démence modérée**, l'admission se fait **le plus souvent** dans 57 % des cas et **parfois** dans 29 % des cas.

Chez les patients au stade **sévère** de la démence, l'admission se fait **systématiquement** dans 47 % des cas et **le plus souvent** dans 33 % des cas.

DEUXIEME PARTIE

EPIDEMIOLOGIE COMPAREE DES DEMENCES

Chapitre I

Epidémiologie des démences

11 - Prévalence des démences

La prévalence de la démence a été évaluée par plusieurs études au plan international.

Eurodem est une étude qui réunit les données de plusieurs cohortes européennes [4]. Paquid [2] est une étude française qui a organisé le suivi pendant cinq ans d'une cohorte de 4 100 personnes âgées, en Gironde et en Dordogne depuis 1988. Cette étude a été menée en population générale dans plusieurs cantons de ces deux départements. L'évaluation des troubles cognitifs, et les examens complémentaires nécessaires pour évaluer le diagnostic de démence ou de la maladie d'Alzheimer ont été effectués auprès de l'ensemble de la population vivant à domicile ou en institution. La plupart des estimations de l'étude Paquid actuellement publiées ne concernent que les personnes âgées de plus de 75 ans.

D'autres études ont également été publiées, mais face aux écarts constatés entre les différentes estimations de prévalence et d'incidence, un rapport récent de l'OCDE [40] préconise d'utiliser les estimations fournies par Eurodem, mais fait aussi référence à Paquid pour les estimations au-delà de 75 ans.

Comparaison Eurodem - Paquid

Les écarts entre estimations de la prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer sont importants comme en témoigne les résultats de ces estimations appliquées à la Vendée. Selon Ramaroson et al. [2] plusieurs éléments permettent de comprendre de telles différences :

- le diagnostic de démence est complexe et nécessite notamment de prendre en compte le déclin cognitif. L'étude Paquid permet de différencier les sujets qui ont des performances cognitives basses mais stables au cours du temps des sujets qui déclinent. Mais cette notion de déclin cognitif ne peut être relevée que dans des études très spécifiques.

- les diagnostics de démences et de la maladie d'Alzheimer sont des diagnostics émergents qui ont considérablement évolué depuis quelques années. Or, la plupart des études analysées dans Lobo et al. [4] ont été réalisées avant 1990, c'est-à-dire avant la commercialisation des traitements anticholinestérasiqes. Pour ces auteurs, il est fortement probable que ces études anciennes sous estiment le nombre actuel de cas de démences. Dans ces conditions, les études recherche diagnostiquent une proportion de cas nettement plus importante qu'auparavant, le diagnostic étant posé à un stade beaucoup plus précoce.

Résultats

► La prévalence de la démence est fortement liée à l'âge. Les taux de prévalence sont variables selon le sexe, en particulier au-delà de 85 ans. On observe des différences importantes de taux de prévalence entre Eurodem et Paquid, en particulier au-delà de 80 ans.

TABLEAU 18

Taux de prévalence de la démence selon l'âge et le sexe, études Eurodem et Paquid

	Eurodem		Paquid	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
65 – 69 ans	1,6	1,0		
70 – 74 ans	2,9	3,1		
75 – 79 ans	5,6	6,0	7,7	5,7
80 – 84 ans	11,0	12,6	12,5	16,6
85 – 89 ans	12,8	20,2	22,9	29,9
90 et plus	22,1	30,8	27,0	52,8

Unité : %

Source : Eurodem, Paquid

En appliquant ces taux de prévalence à la population vendéenne au 1^{er} janvier 2004, on peut estimer que le nombre de personnes atteintes de démences est compris entre **7 249 (Eurodem)** et **8 167 (Paquid)** en Vendée. Si l'on effectue la comparaison uniquement pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, l'effectif calculé par Paquid (8 167) est supérieur de 37 % à celui calculé à partir des estimations d'Eurodem (5 980). L'étude Eurodem est cependant la seule source qui permette d'évaluer la prévalence de la démence avant 75 ans : selon cette estimation, les moins de 75 ans représentent 18 % des cas prévalents de démences.

TABLEAU 19

Estimation du nombre de cas prévalents de démences en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Eurodem

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans	235	161	396
70 – 74 ans	385	488	873
75 – 79 ans	578	858	1436
80 – 84 ans	707	1335	2042
85 – 89 ans	248	815	1063
90 et plus	250	1189	1439
Total	2403	4846	7249

Source : Eurodem, Insee

TABLEAU 20

Estimation du nombre de cas prévalents de démences en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Paquid

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans			
70 – 74 ans			
75 – 79 ans	795	815	1610
80 – 84 ans	804	1759	2563
85 – 89 ans	444	1206	1650
90 et plus	306	2058	2344
Total	2349	5838	8167

Source : Paquid, Insee

► D'après les résultats de l'enquête en médecine générale, les 536 médecins généralistes de Vendée ont suivi en moyenne chacun 9,9 patients atteints de démences en 2004, contre cinq seulement pour le réseau sentinelles [13]. Les généralistes vendéens suivraient ainsi environ 5 306 patients atteints de cette pathologie. Par ailleurs, on estime que 840 patients atteints de démences résident en Usld ou en maison de retraite hospitalière en 2004. Au total, on peut évaluer à environ 6 146 le nombre de patients atteints de démences suivis par des médecins généralistes libéraux (86 %) ou en institution hospitalière publique (14 %). *Ce calcul ne prend pas en compte les vendéens pris en charge par des médecins généralistes installés hors département. De même, certains généralistes vendéens peuvent prendre en charge des personnes non domiciliées en Vendée (communes limitrophes).*

12 - Incidence des démences

L'incidence de la démence augmente fortement avec l'âge et les taux d'incidence féminins sont plus élevés que les taux masculins.

TABLEAU 21
Incidence (pour 1 000 habitants) de la démence selon l'âge et le sexe, études Eurodem et Paquid

	Eurodem		Paquid	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
65 – 69 ans	2,4	2,5	3,4	1,8
70 – 74 ans	6,4	4,7	6,6	4,8
75 – 79 ans	13,7	17,5	19,1	18,5
80 – 84 ans	27,6	34,1	26,5	36,3
85 – 89 ans	38,8	53,8	37,3	53,0
90 et plus	40,1	81,7	57,0	106,7

Source : Eurodem, Paquid

TABLEAU 22
Estimation du nombre de cas incidents de démences en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Eurodem

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans	35	40	75
70 – 74 ans	85	74	159
75 – 79 ans	141	250	391
80 – 84 ans	177	361	538
85 – 89 ans	75	217	292
90 et plus	45	315	360
Total	558	1257	1815

Source : Eurodem, Insee

TABLEAU 23
Estimation du nombre de cas incidents de démences en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Paquid

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans	50	29	79
70 – 74 ans	88	75	163
75 – 79 ans	197	265	462
80 – 84 ans	170	385	555
85 – 89 ans	72	214	286
90 et plus	65	42	476
Total	642	1379	2021

Source : Paquid, Insee

En appliquant ces taux d'incidence à la population vendéenne au 1^{er} janvier 2004, on peut estimer que le nombre de nouveaux cas de démences est compris entre **1 800 (Eurodem)** et **2 000 (Paquid)** selon les études.

► D'après notre enquête, les 536 médecins généralistes de Vendée ont vu chacun en moyenne 2,3 nouveaux cas de démences en 2005, chiffre comparable à celui de l'enquête Sentinelles (2) [13]. En projetant cette moyenne à l'ensemble des généralistes du département, on obtiendrait un nombre de nouveaux cas de démences vus par les généralistes en Vendée de **1 236**. Pour établir une comparaison avec les études Eurodem et Paquid, il faudrait disposer des données d'incidence concernant les établissements pour personnes âgées, qui n'ont pas été recueillies dans le cadre de cette étude.

Chapitre II

Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer

21- Prévalence de la maladie d'Alzheimer

Les études Eurodem et Paquid montrent également que la prévalence de la maladie d'Alzheimer est fortement liée à l'âge. Comme pour l'ensemble des démences, les écarts de taux de prévalence entre ces deux études sont importants : parmi les personnes âgées de 90 ans et plus, le taux féminin est presque deux fois plus élevé dans Paquid (46 %) que dans Eurodem (24 %).

TABEAU 24
Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer selon l'âge et le sexe, études Eurodem et Paquid

	Eurodem		Paquid	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
65 – 69 ans	0,6	0,7		
70 – 74 ans	1,5	2,3		
75 – 79 ans	1,8	4,3	4,6	3,7
80 – 84 ans	6,3	8,4	9,6	15,3
85 – 89 ans	8,8	14,2	15,2	23,8
90 et plus	17,7	23,6	21,6	46,5

Unité : %

Source : Eurodem, Paquid

En appliquant ces taux de prévalence à la population vendéenne au 1^{er} janvier 2004, on peut estimer que le nombre de personnes atteintes par cette pathologie est compris entre **4 700 (Eurodem)** et **6 500 (Paquid)**. Cet écart très important (+ 39 %) est la traduction des écarts de taux de prévalence entre ces deux modèles.

Si l'on effectue la comparaison uniquement pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, l'effectif calculé par Paquid (6 537) est supérieur de 65 % à celui calculé à partir d'Eurodem (3 951).

TABEAU 25
Estimation du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Eurodem

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans	88	113	201
70 – 74 ans	199	362	561
75 – 79 ans	186	615	801
80 – 84 ans	405	890	1295
85 – 89 ans	171	573	744
90 et plus	200	911	1111
Total	1250	3463	4713

Source : Eurodem, Insee

TABEAU 26
Estimation du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Paquid

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans			
70 – 74 ans			
75 – 79 ans	475	529	1004
80 – 84 ans	617	1621	2239
85 – 89 ans	295	960	1255
90 et plus	245	1794	2039
Total	1632	4905	6537

Source : Paquid, Insee

► D'après l'enquête en médecine générale, les 536 médecins généralistes de Vendée ont vu en moyenne chacun 4,6 patients atteints de la maladie d'Alzheimer en 2004, estimation inférieure à celle de l'enquête Sentinelles, 5,6 patients [8], ou de l'enquête Rhône-Alpes, 7 patients par médecin [10].

Les médecins ont donc suivi environ 2 466 patients atteints de la maladie d'Alzheimer en Vendée en 2004. Par ailleurs, on estime que 394 patients atteints de cette maladie résidaient en Usld ou en maison de retraite hospitalière. Au total, on peut évaluer à environ 2 860 le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer suivis par un médecin généraliste (86 %) ou en institution hospitalière publique (14 %).

22- Incidence de la maladie d'Alzheimer

A notre connaissance, il n'existe pas d'évaluation récente de l'incidence de la maladie d'Alzheimer à partir de la cohorte Paquid. Nous présentons donc pour cette section uniquement les données issues de l'étude Eurodem.

Les mêmes caractéristiques épidémiologiques se retrouvent en matière d'incidence, avec une augmentation avec l'âge et des écarts de taux d'incidence importants selon le sexe.

TABEAU 27

Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) de la maladie d'Alzheimer selon l'âge et le sexe, étude Eurodem

	Eurodem	
	Hommes	Femmes
65 – 69 ans	0,9	2,2
70 – 74 ans	3,0	3,8
75 – 79 ans	6,9	10,3
80 – 84 ans	14,8	27,3
85 – 89 ans	24,2	41,5
90 et plus	20,0	69,7

Unité : %

Source : Eurodem

► En appliquant ces taux d'incidence à la population vendéenne pour 2004, on peut estimer que le nombre de « nouveaux » patients atteints par la maladie d'Alzheimer chaque année est d'environ **1 260**.

TABEAU 28

Estimation du nombre de cas incidents de la maladie d'Alzheimer en Vendée en 2004 selon l'âge et le sexe à partir des estimations de l'étude Eurodem

	Hommes	Femmes	Total
65 – 69 ans	13	35	49
70 – 74 ans	40	60	100
75 – 79 ans	71	147	219
80 – 84 ans	95	289	384
85 – 89 ans	47	167	214
90 et plus	23	269	292
Total	289	968	1257

Source : Eurodem, Insee

D'après notre enquête, les 536 médecins généralistes de Vendée ont vu chacun en moyenne 1,5 nouveau cas de maladie d'Alzheimer en 2005, estimation identique à celle de l'enquête Sentinelles [13].

Le nombre de nouveaux cas de maladie d'Alzheimer vus par un généraliste en Vendée peut donc être évalué à environ **782 personnes** (Ce calcul ne prend pas en compte les cas incidents dans les institutions hospitalières publiques).

23 - Les patients sous traitement anti-Alzheimer

Les patients bénéficiant d'une prescription en médecine ambulatoire (URCAM)

► L'Urcam des Pays de la Loire a effectué avec la collaboration des caisses d'assurance maladie de Vendée (régime général, régime agricole, travailleurs indépendants, section locale interministérielle) un recensement des personnes ayant fait l'objet d'un remboursement pour traitement médicamenteux anti-Alzheimer en Vendée en 2004.

Ces données concernent le nombre de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement en ambulatoire (y compris les personnes hébergées en maison de retraite médicalisées) pour un traitement médicamenteux contre la maladie d'Alzheimer en 2004 (donépépil, rivastigmine, galantamine ou mémantine). Les personnes concernées par ce recensement sont rattachées aux régimes suivants :

- régime général, y compris les sections locales mutualistes,
- régime agricole, hors Gamex, et personnes résidentes en Vendée mais affiliées dans un autre département,
- assurance maladie des professions indépendantes (AMPI), hors professions libérales.

Le nombre de personnes pour lesquelles il y a eu au moins un remboursement au cours de l'année 2004 est de **1 798**.

TABEAU 29

Nombre de remboursements pour traitements médicamenteux anti-Alzheimer, hors section mutualiste - Vendée 2004

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	Taux par âge %	Effectif	Taux par âge %	Effectif	Taux par âge %
55 – 59 ans	4	0,02	5	0,03 %	9	0,03
60 – 64 ans	6	0,05	10	0,07 %	16	0,06
65 – 69 ans	27	0,2	46	0,3 %	73	0,24
70 – 74 ans	61	0,5	115	0,7 %	176	0,61
75 – 79 ans	136	1,3	264	1,8 %	400	1,62
80 – 84 ans	146	2,3	369	3,5 %	515	3,02
85 – 89 ans	53	2,7	148	3,7 %	201	3,36
90 et plus	31	2,7	116	3,0 %	147	2,95
Total	464	0,6	1073	1,1 %	1537	0,9

Source : Urcam

► Par ailleurs, des données détaillées par sexe, âge et domicile ont également été obtenues pour l'ensemble de ces personnes, à l'exception de celles qui sont rattachées aux sections locales mutualistes (SLM), pour lesquelles ces données n'étaient pas disponibles.

Plus des deux tiers de ces bénéficiaires (soit 1537 personnes - 85 % du total départemental) sont des femmes, ce qui est cohérent avec l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer.

Si on rapporte les effectifs de remboursement pour traitements anti-Alzheimer à la population générale, on constate que ces taux augmentent avec l'âge, et que les taux féminins sont nettement plus élevés que les taux masculins (l'écart se réduit cependant après 90 ans).

Le nombre de bénéficiaires du traitement rapporté à la population âgée de 65 ans et plus varie selon les territoires : 1,2 % dans le sud du département, 1,3 % dans l'Ouest et 1,8 % dans le Centre.

Mais les patients traités par ces molécules dans les structures hospitalières publiques ne sont pas décomptés ici.

TABLEAU 30
Répartition du nombre de patients remboursés
pour traitement médicamenteux anti-Alzheimer selon les territoires

	Effectif	% dans pop >65 ans
Centre	481	1,8
Ouest	519	1,3
Est	272	1,5
Sud	265	1,2
Total	1537	1,4

Source : Urcam, ORS

► D'après l'enquête réalisée auprès des généralistes, le nombre total de patients atteints de la maladie d'Alzheimer sous traitement médicamenteux et suivis par les médecins généralistes de Vendée, serait de **1 973**.

Ce chiffre est donc très proche du dénombrement effectué à partir de la base Urcam (**1 798**), même si ce dernier chiffre ne couvre pas l'intégralité de la population vendéenne.

Discussion

La proportion de patients suivis sous traitement par rapport au nombre de patients suivis pour la maladie d'Alzheimer est plus importante dans l'enquête auprès des généralistes vendéens (80 %) qu'en Rhône-Alpes (60 %). Mais la répartition des patients selon le degré de sévérité de la maladie, dont dépend la prescription des médicaments, est peut-être différente selon les enquêtes.

TROISIEME PARTIE

EVALUATION DES BESOINS AU NIVEAU DES TERRITOIRES

Chapitre I

Une grande disparité des indicateurs sociaux

Le territoire français se caractérise par une extrême disparité des indicateurs socio-économiques, démographiques, de santé....

Le département de la Vendée n'échappe pas non plus à cette diversité, et les différents territoires qui le composent présentent eux aussi des contrastes tout à fait significatifs, aussi bien sur le plan du vieillissement, que de l'emploi, de l'état de santé, ou des minima sociaux, comme en témoigne l'ouvrage publié par l'INSEE en 2005 « Observation sociale des territoires ».

TABLEAU 31
Comparaison des indicateurs sociaux entre territoires

	Densité de population	Part des 75 ans et plus	Indice de vieillissement	Part des familles mono-parentales	Part des ménages à bas revenus	Part des ménages bénéficiaires de minima sociaux
Centre	83	7 %	28	12	9,6	8,3
Ouest	103	11 %	50	12,7	8,4	6,8
Est	85	7 %	26	7,1	6,3	5,8
Sud	54	11 %	47	12	9,8	9,5
Total	80	8 %	37	11	8,5	7,5

Source : Observation sociale des territoires en Vendée

- L'indice de **vieillissement** est presque deux fois plus élevé dans les territoires Ouest (50) et Sud (47) que Centre (28) et Est (26).
- Le territoire Sud a une **densité de population** deux fois plus faible que celle de la côte atlantique.
- Des disparités importantes apparaissent quant à la proportion de **familles monoparentales** : celle-ci est beaucoup plus faible à l'Est du département que dans les autres territoires (7 % contre 11 % en moyenne dans le département).
- La zone Est est celle où la part des bas revenus est la plus faible (6,3 % contre 8,5 % en moyenne dans le département). La part des ménages bénéficiaires de minima sociaux y est également plus faible que dans les autres secteurs. C'est pourtant le territoire dans lequel on observe le plus grand nombre d'ouvriers dans la population active.
- Sur le plan des **équipements sanitaires et sociaux**, on observe également des disparités importantes.

Comme nous l'avons déjà souligné, la densité médicale varie de 4,2 médecins pour 1 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans le territoire Sud, et 4,5 pour mille dans la zone Ouest, à 6,4 pour 1 000 dans le territoire Centre (+ 52 %) (voir page 8).

Le ratio du nombre de places d'accueil pour personnes âgées rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus est supérieur de 80 % dans le territoire Est

(29,8 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus) par rapport à la zone côtière (16,5 %).

Dans cette zone, la faible densité médicale (sans tenir compte de l'afflux saisonnier qui accentue ce constat) se conjugue avec un ratio d'équipements pour personnes âgées inférieur à la moyenne départementale.

TABLEAU 32

Comparaison du nombre de places d'hébergement et de soins pour personnes âgées par territoire

	USLD	Maison de retraite, logement-foyer	Total	Taux d'équipement
Centre	136	2252	2388	20,4
Ouest	340	2560	2900	16,5
Est	90	2399	2489	29,8
Sud	156	1992	2148	20,6
Total	722	9203	9925	20,6

Source : Finess-ORS

Chapitre II

Analyse quantitative des besoins

► En appliquant les taux de prévalence de l'étude Eurodem à la population de chaque territoire, on peut estimer le nombre de patients atteints de **démences** dans ces territoires (tableau 33). Ces données ont ensuite été comparées à l'estimation par territoire, effectuée à partir des enquêtes menées dans le cadre de cette étude.

TABLEAU 33

Estimations de la prévalence des démences par territoire

	Suivis par le médecin généraliste	En établissement	Total	Population 75 ans et plus	Nombre de cas par hab. 75 ans et plus (%)	Etude européenne
Centre	1 447	81	1 528	11 710	13,0	1 684
Ouest	1 613	416	2 029	17 605	11,5	2 545
Est	1 114	104	1 218	8 345	14,6	1 230
Sud	1 122	239	1 361	10 450	13,0	1 521
Total	5 296	840	6 136	48 110	12,8	6 980

Source : Eurodem, Insee, ORS
Population au RP 1999

Les données de population par sexe et âge pour chacun des quatre territoires utilisées dans cette estimation proviennent du recensement de la population de 1999, en l'absence de données plus récentes. Le total départemental obtenu dans ce calcul est donc différent de celui présenté plus haut qui prenait en compte la population au 1^{er} janvier 2004.

► Nous avons appliqué la même méthode d'estimation que pour les démences pour estimer par territoire le nombre de patients atteints par la **maladie d'Alzheimer** (tableau 34). On effectue d'un côté une estimation en projetant les taux de prévalence de l'étude Eurodem à la population par sexe et âge du territoire, puis on extrapole les données relevées par médecin généraliste et par établissement du nombre de cas prévalents de la MA.

Pour les démences comme pour la maladie d'Alzheimer, les estimations effectuées ne font pas apparaître de différences vraiment significatives quant à la fréquence de ces pathologies par territoire.

TABLEAU 34
Estimation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer par territoire

	Suivis par le médecin généraliste	En établissement	Total	Population 65 ans et plus	Nombre de cas par hab. 75 ans et plus	Etude européenne
Centre	701	38	739	11 710	6,3	1104
Ouest	857	195	1052	17 605	6,0	1672
Est	360	49	409	8 345	4,9	815
Sud	552	112	664	10 450	6,4	1006
Total	2470	394	2864	48 110	6,0	4 597

Source : Eurodem, Insee, ORS

QUATRIEME PARTIE

SYNTHESE

Chapitre I

Epidémiologie comparée

Les données épidémiologiques présentées dans ce document témoignent de l'importance des problèmes auxquels les populations et les professionnels de l'aide et du soin sont confrontés dans le département, en matière de prise en charge des démences, et en particulier de la maladie d'Alzheimer. Entre 7 200 et 8 200 personnes seraient atteintes de démences en Vendée en 2004 : en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, le nombre de personnes concernées serait compris entre 4 700 et 6 500 selon les estimations.

Selon Ramaroson et al. [2] plusieurs éléments permettent de comprendre les différences entre ces deux modèles. Le diagnostic de démence est en effet complexe et nécessite de prendre en compte le déclin cognitif, notion qui ne peut être relevée que dans des études très spécifiques. Par ailleurs, les diagnostics de démences et de la maladie d'Alzheimer sont des diagnostics émergents qui ont considérablement évolué depuis quelques années. Or, la plupart des études analysées dans Eurodem ont été réalisées avant 1990, alors que le diagnostic de démences était moins bien évalué. Dans la mesure où ce diagnostic est maintenant souvent posé à un stade précoce, il est logique qu'une étude comme Paquid diagnostique une proportion de cas nettement supérieure à celle d'études effectuées dix ans auparavant.

Les perspectives démographiques vont encore amplifier ce mouvement, dans la mesure où l'effectif des 85 ans ou plus va progresser d'au moins 80 % d'ici une dizaine d'années dans les différents territoires. Le nombre de cas de démences devrait augmenter de 27 % d'ici 2010 dans le département.

TABEAU 35
Comparaison des données de prévalence et d'incidence des démences en Vendée

	Eurodem	Paquid	Estimation ORS*
Prévalence	7 200	8 200	6 100
Incidence	1 800	2 000	1 200*

Source : Eurodem, Insee, ORS

* : uniquement les patients suivis par les généralistes libéraux

TABEAU 36
Comparaison des données de prévalence et d'incidence de la maladie d'Alzheimer en Vendée

	Eurodem	Paquid	Estimation ORS*
Prévalence	4 700	6 500	2 900
Incidence	1 200	Nd	780*

Source : Eurodem, Insee, ORS

* : uniquement les patients suivis par les généralistes libéraux

Chapitre II

Le rôle des médecins généralistes

Diagnostic

► Les deux plans de lutte contre la maladie d'Alzheimer (2001 et 2004) proposent en matière de diagnostic la mise en place de consultations mémoire, pluridisciplinaires, installées dans les centres hospitaliers. Ces consultations mémoire se créent au rythme des ressources disponibles. En Vendée, une seule Consultation mémoire fonctionne aux Sables-d'Olonne et une deuxième doit voir le jour prochainement au Centre hospitalier départemental, à La Roche-sur-Yon.

En Vendée, près de 9 patients sur dix concernés par ces problèmes sont suivis par des médecins généralistes. Il est donc primordial que le médecin traitant soit formé (formation initiale ou continue) au diagnostic et à la prise en charge de ces malades. La moitié des médecins généralistes ont d'ailleurs formulé des attentes dans ce domaine [7]. La mise à disposition d'outils adaptés de dépistage des démences pourrait être envisagée.

Epidémiologie

► Selon les résultats des différentes enquêtes effectuées par l'ORS, le nombre de cas diagnostiqués pour la Vendée est de 6 100 pour les démences, et de 2 900 patients pour la maladie d'Alzheimer. Globalement, les généralistes suivent 86 % patients ayant un diagnostic de démences dans le département.

Les estimations de prévalence calculées par l'ORS représentent 85 % de l'effectif évalué dans Eurodem pour les démences, et 61 % de l'estimation Eurodem pour la maladie d'Alzheimer. Avec l'enquête Paquid, les écarts sont encore plus importants. Plusieurs raisons expliquent ces écarts.

Eurodem et Paquid sont basées sur des études en population, pour lesquelles l'ensemble des habitants du territoire d'observation font l'objet d'une investigation diagnostique systématique et spécifique, alors que les enquêtes effectuées en Vendée par l'ORS ne concernent que les patients ayant eu recours aux soins. Or, de nombreuses personnes sont concernées par cette maladie, notamment à un stade léger, sans recourir à un professionnel de santé : seulement 40 % des diagnostics sont posés à un stade léger en Vendée. Le cumul des incapacités au grand âge peut aussi dissimuler ce diagnostic parmi d'autres étiologies.

► Les données recueillies par l'ORS ne semblent pas montrer de différence vraiment significative quant à la fréquence des démences, et de la maladie d'Alzheimer selon les territoires. Le ratio nombre de cas diagnostiqués de démences rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus est compris entre 11 et 15 % selon les territoires. Pour la maladie d'Alzheimer, le taux de prévalence varie entre 5 et 6 %.

En revanche, en matière d'indicateurs sociaux et d'offre médico-sociale, les écarts entre territoires sont importants. Ainsi, dans le secteur Ouest, la densité médicale est inférieure à la moyenne départementale et le taux d'équipement pour personnes âgées est également plus faible que la moyenne.

Chapitre III

La coordination des soins

31 - La coordination institutionnelle

► Dans le domaine gériatrique, les problèmes sanitaires et sociaux sont étroitement mêlés, et il est impossible de dresser une frontière absolue entre les interventions qui relèvent du système de soins et celles qui devraient être rattachées aux dispositifs d'action sociale.

Comme le souligne le Pr Girard dans le rapport préalable à l'élaboration du premier plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer (2001) « Aucune maladie ne peut relever d'une réponse exclusivement médicale. Aucune maladie ne peut justifier la médicalisation de la vieillesse au-delà de ce que la médecine peut apporter... » [45].

Dans ce secteur, les interventions publiques relèvent de financements différents, principalement l'assurance maladie et l'aide sociale. Les centres de décision sont partagés entre l'ARH, le Préfet, le Conseil général, l'URCAM, ce qui rend complexe la coordination institutionnelle. D'autant que les politiques de santé et les politiques sociales ne sont pas régulées au niveau des mêmes territoires (région et département).

La loi a cependant confié au Conseil général la politique de coordination gériatrique au plan départemental et l'élaboration du schéma gériatrique, adopté en 2004 en Vendée.

De son côté, le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) comporte un volet « personnes âgées » et un volet « santé mentale », deux thématiques qui ont des liens directs avec les politiques en faveur des personnes qui souffrent de démences.

32 - La coordination des interventions

► Sur le terrain, la prise en charge de ces personnes repose sur une grande diversité d'acteurs :

- soins de spécialité (neurologues, psychiatres, gériatres...),
- soins primaires : omnipraticiens, infirmiers libéraux, centres de soins, SSIAD, centres médico-psychologiques...
- soins hospitaliers,
- réseaux de santé,
- EHPAD, maisons de retraite, logements-foyers..
- structures intermédiaires : hébergement temporaire, accueil de jour,
- services d'aides,
- services sociaux des régimes d'assurance maladie et du Conseil général,
- équipes médico-sociales APA,
- CLIC....

Aux différentes étapes du développement de la maladie, se pose la question de la coordination de ces interventions.

Quel rôle pour le médecin traitant ?

► La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a instauré le principe du « médecin traitant ». Pour les patients en affection longue durée (ALD), et en particulier la maladie d'Alzheimer, le médecin traitant signe, avec le médecin

conseil de l'assurance maladie et avec le patient, un protocole de soins. A ce titre, il fait l'objet d'une rémunération annuelle spécifique pour coordonner le suivi de ces patients. Cette réforme conforte donc le rôle du médecin généraliste en matière de coordination des soins.

La très grande majorité des médecins disent assurer eux-mêmes la coordination de la prise en charge au domicile de leurs patients lorsque ceux-ci souffrent de démences. Un médecin sur trois pense que c'est à lui-même d'assurer la coordination de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. La grande majorité de ces médecins disent que le généraliste est le plus à même d'assurer cette coordination car c'est lui qui a une vue globale de la situation, du fait de sa proximité avec le patient et sa famille. D'autres soulignent que cette coordination fait partie de leurs missions.

Certains médecins souhaitent assurer eux-mêmes cette mission de coordination alors que d'autres semblent prêts à s'appuyer plus volontiers sur le réseau médico-social de leur territoire.

Les relations avec les autres professionnels du soin

► Le médecin généraliste n'est pas le seul professionnel du soin à intervenir auprès des personnes qui souffrent de démences. Au vu des différentes enquêtes qui ont été effectuées, il nous apparaît nécessaire que soit clarifié le rôle respectif du médecin traitant et des autres intervenants (comme l'ont souhaité d'ailleurs certains praticiens), notamment dans le cadre du parcours de soins coordonnés...

En particulier, en matière de diagnostic, les consultations mémoire ne peuvent être considérées comme une réponse exclusive, et il semble nécessaire d'organiser sur ce plan une véritable complémentarité entre les différents intervenants.

Les relations avec les CLIC

► Fin 2005, huit CLIC étaient opérationnels en Vendée. Dans le dispositif médico-social, les CLIC ont une place essentielle puisqu'ils ont pour mission principale de coordonner, dans les territoires, les interventions auprès des personnes âgées, avec toutefois différents niveaux de labellisation (information, évaluation des besoins, mise en œuvre des plans d'aide). Une des difficultés du positionnement des CLIC est le fait que leur création ne s'est pas accompagnée d'une redéfinition des missions des autres acteurs. Or les CLIC n'interviennent pas, en général, en première intention, auprès des personnes âgées. Les services d'aides, les services sociaux des régimes d'assurance maladie ou du conseil général, et les professionnels du soin sont, en effet, les premiers recours pour la population.

La situation actuelle n'est pas sans ambiguïté, sachant que les modes d'organisation peuvent être variables selon les territoires. Certains CLIC peuvent être tentés d'intervenir en première intention, et d'agir au-delà de leur mission de coordination du dispositif. Mais ils peuvent aussi être conduits à le faire parce que le réseau existant ne répond pas aux besoins. Leur intervention nécessite en réalité de respecter un équilibre difficile entre les différents acteurs de terrain.

Un quart des médecins enquêtés n'ont pas connaissance de l'existence d'un CLIC sur leur territoire. Parmi ceux qui déclarent avoir un CLIC sur leur territoire, 27 % ont des contacts réguliers avec ce dernier, 53 %, de temps en temps, et 20 % jamais.

Il nous semble que la question des relations entre les CLIC et les généralistes libéraux (et plus généralement les professionnels de santé libéraux) doit être clairement posée. Une réflexion pourrait s'engager au plan départemental, et dans les territoires, sur les actions conduites par les CLIC pour impliquer les professionnels de santé libéraux, dans la coordination des interventions auprès des personnes âgées, et pour repérer les éventuelles difficultés de coopération sur le terrain. Le cahier des charges du fonctionnement des CLIC pourrait comporter un volet spécifique traitant de ce problème.

Les médecins libéraux et les assistants sociaux

► Selon l'enquête effectuée par l'ORS, un médecin sur deux a des contacts avec l'assistante sociale de son secteur. De la même façon, des mesures concrètes pourraient être prises dans les territoires, afin que les omnipraticiens identifient mieux les assistants sociaux de leur secteur.

Chapitre IV

Les besoins prioritaires

► Les professionnels (médecins généralistes et maisons de retraite) ont été interrogés sur ce qu'ils considéraient comme prioritaires pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans leur territoire et dans le département.

L'hébergement temporaire, l'accueil de jour, les places en institution spécialisée sont fréquemment cités comme besoins prioritaires. Plusieurs établissements font état de leur projet de création d'unités spécifiques pour l'accueil de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

La « pénurie » de professionnels de santé (neurologues, infirmiers...) et l'absence de consultation mémoire sont également soulignées.

Les praticiens souhaitent que soit favorisé le développement des aides à domicile, qui restent une des réponses les plus fréquemment citées, sachant que la majorité des personnes concernées par cette maladie vivent à leur domicile. En établissement, la question de la formation des personnels en poste et du recrutement de compétences nouvelles (AMP, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue...) est plusieurs fois évoquée.

Bibliographie

Epidémiologie

- [1] Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés
C. Helmer, F. Pasquier, J.F. Dartigues
« Médecine-Sciences », vol. 22, n° 3, mars 2006, pp. 288-296
- [2] Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID
H. Ramarosan, C. Helmer, P. Barberger-Gateau, L. Letenneur, J.F. Dartigues
« Revue Neurologique », vol. 159, n° 4, 2003, pp. 405-411
- [3] Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer
J.F. Dartigues, C. Berr, C. Helmer, L. Letenneur
« Médecine-Sciences », vol. 18, n° 6-7, juin-juillet 2002, pp. 737-743
- [4] Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population-based cohorts
A. Lobo, L.J. Launer, L. Fratiglioni *et al.*
« Neurology », vol. 54, suppl. 5, juin 2000, S4-S9
- [5] Incidence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population-based cohorts
L. Fratiglioni, L.J. Launer, K. Andersen *et al.*
« Neurology », n° 54, suppl. 5, juin 2000, pp. 10-15
- [6] Prognosis with dementia in Europe : a collaboration study of population-based cohorts
C. Jagger, K. Andersen, M.M.B. Breteler *et al.*
« Neurology », vol. 54, suppl. 5, juin 2000, S16-S20
- site de l'étude PAQUID :*
<http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/PAQUID/FR-PAQUID-Accueil.htm>

Rôle du médecin généraliste et des autres acteurs

- [7] Conduite diagnostique des médecins généralistes face à la maladie d'Alzheimer
T. Bourdet
Université de Nantes, Faculté de médecine, octobre 2005, 70 p. (Thèse de médecine générale)
- [8] Prise en charge au domicile par le médecin généraliste des patients atteints de maladie d'Alzheimer
C. Turbelin, I. Cantegreil, T. Blanchon, A. Flahault
« La Revue du Praticien - Médecine Générale », tome 19, n° 700-701, septembre 2005, p. 921
- [9] Disclosure of diagnosis of Alzheimer's disease in French general practice
I. Cantegreil-Kallen, C. Turbelin, E. Olaya, T. Blanchon, F. Moulin, A.S. Rigaud, A. Flahault
« American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias », vol. 20, n° 4, juillet-août 2005, pp. 228-232
- [10] Prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes
URML Rhône-Alpes, INSERM, URCAM Rhône-Alpes, juin 2005, 65 p.

[11] Médecins de famille et coordonnateur : en première ligne pour reconnaître les troubles cognitifs et coordonner la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer

M. Salom

« La Revue de Gériatrie », tome 30, n° 4, suppl. A, avril 2005, pp. A5-A8

[12] Diagnostic et caractéristiques du suivi de la maladie d'Alzheimer : à propos d'une enquête auprès de médecins généralistes de la Loire

S. Laurent, M. Sarazin, C. Girtanner *et al.*

« La Revue de Gériatrie », tome 29, n° 10, février 2005, pp. 779-788

[13] La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles

I. Cantegreil-Kallen, D. Lieberherr, A. Garcia, M. Cadilhac, A.S. Rigaud, A. Flahault

« La Revue de Médecine Interne », vol. 25, n° 8, août 2004, pp. 548-555

[14] The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey

D. Wilkinson, C. Stave, D. Keohane, O. Vincenzino

« Journal of International Medical Research », vol. 32, n° 2, mars-avril 2004, pp. 149-159

[15] Etude sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes de la région Centre

URML Centre, juin-octobre 2003, 29 p.

[16] Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et ses syndromes apparentés : vers une approche interdisciplinaire

L. Volpe-Gillot, H. Vincent

« NPG. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie », année 2, novembre-décembre 2002, pp. 49-52

[17] Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge au long cours des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

F. Hy, S. Medjahed, J. Sibony-Prat, J. Belmin

« La Revue de Gériatrie », tome 26, n° 4, avril 2001, pp. 301-307

[18] Are general practitioners able to accurately diagnose dementia and identify Alzheimer's disease? A comparison with an outpatient memory clinic

H. van Hout, M. Vernooij-Dassen, P. Poels, W. Hoefnagels, R. Grol

« British Journal of General Practice », vol. 50, n° 453, 2000, pp. 311-312

[19] Maladie d'Alzheimer. Le médecin généraliste en première ligne

C. Etourneau

"Décision Santé », n° 147, juin 1999, pp. 15-17

[20] Rôles du médecin généraliste dans la reconnaissance, le diagnostic et le traitement des déments de type Alzheimer

M.C. Vannes, D. Zekry, G. Gold

« La Revue du Généraliste et de la Gériatrie », n° 50, décembre 1998, pp. 6-10

[21] Primary care physicians' knowledge and behavior related to Alzheimer's disease

C.J. Brown, E.J. Mutran, P.D. Sloane, K.M. Long

« The Journal of Applied Gerontology », vol. 17, n° 4, décembre 1998, pp. 462-479

[22] The diagnosis and management of senile dementia in general practice: a study of 301 general practitioners in the Montpellier region

B. Ledésert, K. Ritchie

"International Journal of Geriatric Psychiatry », vol. 9, 1994, pp. 43-46

Diagnostic et prise en charge

[23] La personne démente à domicile

M. Méret, M. Floccia

« Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement », vol. 3, suppl. 1, mars 2005, S14-S25

[24] Repérer les signes psychologiques et comportementaux de la démence d'Alzheimer

M.P. Pancrazi, P. Metais

"La Revue du Praticien. Médecine Générale », tome 18, n° 660-661, septembre 2004, pp. 899-902

[25] Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

ANAES, mai 2003, 42 p

[26] Repérage de la maladie d'Alzheimer en consultation de première ligne

S. Pariel-Maldjelessi, J. Belmin

« La Revue de Gériatrie », tome 28, suppl. A, n° 4, avril 2003, 3 p.

[27] Maladie d'Alzheimer et traitement anticholinestérasique : modalités de diagnostic, de mise sous traitement et de suivi thérapeutique dans 9 régions françaises en 2000-2001

Sous la direction de M. Spencey

CNAMTS, 2003, 43 p.

[28] Dementia: predictors of diagnostic accuracy and contribution of diagnostic recommendations

H.P.J. van Hout

« Journal of Family Practice », août 2002, 13 p.

[29] Maladie d'Alzheimer : vision d'ensemble, aspects cliniques, facteurs de risque et prévention

A.S. Rigaud, F. Forette

« Médecine/Sciences », vol. 18, n° 6-7, juin-juillet 2002, pp. 698-696

[30] Maladie d'Alzheimer : le rôle du médecin traitant

L. Ploton

« Gériatologie », n° 124, 2002, pp. 8-11

[31] Le médecin généraliste face aux troubles de la mémoire d'une personne âgée, accompagnés ou non d'une plainte mnésique

J.A. Chaumier, I. Taghi, O. Fendler, J.M. Buia, A. Eprinchard, V. Vassort

« La Revue du Généraliste et de la Gériatologie », tome VIII, n° 78, octobre 2001, pp. 356-366

[32] Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin

A.S. Rigaud

« Gériatologie et Société », n° 97, juin 2001 - FNG - pp. 139-150

[33] Rôles du médecin généraliste dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer

S. Pariel-Maldjelessi, J. Belmin, M. Salahshour

« La Revue de Gériatrie », tome 26, n° 4, avril 2001, pp. 295-299

[34] Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

ANAES, février 2000, 43 p.

[35] La maladie d'Alzheimer en médecine générale : quelles conditions pour un diagnostic précoce et un traitement efficace ?

J.L. Gallais, D. Pouchain

« L'Encéphale du Praticien », n° 3, 2000, pp. 36-43

[36] L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Etude Pixel

P. Thomas

Novartis Pharma SA, 2000, 37 p.

[37] Prise en charge des patients et des familles

P. Frémont

« L'Encéphale », numéro spécial 5, novembre 1999, pp. 30-35

[38] La prise en charge institutionnelle du patient alzheimerien

P. Leroux, A. Hamelin

« La Revue du Généraliste et de la Gériatrie », n° 50, décembre 1998, pp. 15-19

[39] Aider à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

D. Mennessier, F. Leduc

« La Revue du Généraliste et de la Gériatrie », n° 50, décembre 1998, pp. 20-22

Rapports, plans et recommandations

[40] La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

C. Gallez

Office parlementaire d'évaluation des politiques publiques, Assemblée nationale, Sénat, juillet 2005, 256 p. (Rapport n° 2454 Assemblée nationale, Rapport n° 466 Sénat)

[41] Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SDC n° 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

« Bulletin Officiel », n° 2005-4, 17 p.

[42] Dementia care in 9 OECD countries : a comparative analysis

P. Moise, M. Scharzinger, M.Y. Um and the Dementia Experts's Group

Organisation de coopération et de développement économique, 2004, 109 p.

[43] Plan Alzheimer et maladies apparentées

Ministère chargé de la santé, septembre 2004, 20 p.

[44] Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Dossier de presse

Ministère chargé de la santé, octobre 2001, 52 p.

[45] La maladie d'Alzheimer

J.F. Girard, A. Canestri

Ministère chargé de la santé, septembre 2000, 44 p. + ann.

Etudes générales

[46] La santé des personnes âgées

J.C. Henrard, J. Gaymu, E. Jouglu, G. Pavillon, A. Le Toullec, M. Bovet, S. Rican, G. Salem, J. Ankri, A. Grand, S. Andrieu, S. Kopel, D. Polton, C. Sermet

« Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire », n° 5-6, février 2006 - InVS - pp. 37-52

[47] Alzheimer : les premières réponses

Dossier coordonné par M. Bidault

« La Gazette Santé-Social », n° 11, septembre 2005, pp. 20-31

[48] Observation sociale des territoires de la Vendée

INSEE Pays de la Loire

« Dossier », n° 12, mars 2005, 40 p.

[49] Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer. Bilans et perspectives
Coordonné par le Pr B. Dubois
Editions Médigone, 2003, 283 p.

[50] Le coût de la maladie d'Alzheimer : un problème économique délicat
M.E. Joël
« Médecine/Sciences », vol. 18, n° 6-7, juin-juillet 2002, pp. 757-759

*Prise en charge par le médecin généraliste des personnes atteintes
de la maladie d'Alzheimer en Vendée*

IDENT :

PATIENTELE

Quel est le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus dans votre patientèle ? (Ce chiffre figure sur le RIAP, Relevé Individuel d'Activité et de Prescription)

- ☐ <10% ☐ 10-15 % ☐ 15-20% ☐ 20-25%
☐ 25-30 % ☐ 30-35% ☐ 35-40% ☐ >40%

Combien de patients suivez-vous actuellement en établissement d'hébergement pour personnes âgées ?

Parmi les patients que vous suiviez pendant les 12 derniers mois, combien étaient atteints :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer (MA) ?

Pendant les 12 derniers mois, combien avez-vous vu de nouveaux cas :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer ?

Parmi les patients atteints de MA que vous suiviez pendant les 12 derniers mois, combien étaient sous traitement anticholinestérasique (donépézil, rivastigmine, galantamine) ou mémantine ?

DERNIER PATIENT

Parmi les patients que vous suivez, concernant le dernier patient pour lequel le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé :

Quel était son âge lors du diagnostic ? ans
Quel est son sexe ? ☐ F ☐ M

Mode de vie du patient

Ce dernier patient vit-il :

- ☐ à domicile
☐ en institution, si oui laquelle :

S'il vit à domicile, vit-il ☐ seul ☐ accompagné,
par :

Quel est l'aidant principal ?

- ☐ Aidant naturel, préciser :
☐ Aidant professionnel, préciser :

Diagnostic

Avez-vous évoqué vous-même le diagnostic ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous posé vous-même le diagnostic ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous adressé le patient à un spécialiste ? ☐ oui ☐ non

Si oui, à quel(s) spécialiste(s) :

- ☐ Neurologue ☐ Gériatre ☐ Psychiatre
☐ Centre de consultation mémoire

Ce spécialiste exerce-t-il en Vendée ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous reçu un compte-rendu de consultation ?

- ☐ oui ☐ non

A quel stade de la maladie a été porté le diagnostic ?

- ☐ Démence légère (21 < MMS < 30 ou CDR 1)
☐ Démence modérée (10 < MMS < 20 ou CDR 2)
☐ Démence sévère (0 < MMS < 9 ou CDR 3)

Avez-vous déjà utilisé la grille AGGIR ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quel était le niveau de dépendance du patient ?

- ☐ GIR 1 ☐ GIR 4
☐ GIR 2 ☐ GIR 5
☐ GIR 3 ☐ GIR 6
☐ Ne sait pas

Une fois le diagnostic posé, quelle prise en charge avez-vous proposée ?

Avez-vous **informé** vous-même la famille sur la maladie, ses conséquences et sa prise en charge ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous mis la **famille en contact** avec :

- une association de familles (Vendée Alzheimer, autre...) ? ☐ Oui ☐ Non
- une assistante sociale ? ☐ Oui ☐ Non
- un CLIC (Centre local d'information et de coordination gériatrique) ? ☐ Oui ☐ Non
- autre :

En cas de maintien à domicile, avez-vous **évalué** vous-même les **aides nécessaires** ?

- ☐ Oui, seul ☐ Non
☐ Oui, en collaboration avec :

Savez-vous s'il existe un **centre de consultation mémoire** dans votre secteur ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous invité la famille à prendre RDV dans un centre de **consultation mémoire** ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous prescrit une prise en charge en **accueil de jour** ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous prescrit une prise en charge par un **SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile)** ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous proposé une prise en charge par un(e) **infirmier**(ère) libéral(e) ou d'un centre de santé ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous prescrit une **aide à domicile** ? ☐ Oui ☐ Non

Une demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie** (APA) a-t-elle été effectuée ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas nécessaire ☐ Ne sait pas

PRISE EN CHARGE EN INSTITUTION

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Si oui, serait-ce :

- ☐ Une infirmière libérale ☐ Une assistante sociale
☐ Un CLIC (Centre local d'information et de coordination)

☐ Autre :

Si non, pourquoi ?

Existe-t-il un **CLIC** sur votre territoire ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous des contacts avec le **CLIC** ?

- ☐
- Oui, régulièrement
- ☐
- De temps en temps
- ☐
- Jamais

Estimez-vous que les **services d'aides à domicile** (aide-ménagère, auxiliaire de vie, portage des repas, ...) sont bien coordonnés dans votre secteur ? ☐ Oui ☐ Non

La collaboration entre **médecins généralistes et infirmiers** vous semble-t-elle satisfaisante dans votre secteur ?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

La collaboration entre **médecins généralistes et services de soins infirmiers (SSIAD)** vous semble-t-elle satisfaisante dans votre secteur ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des contacts avec la(les) **assistante(s) sociale(s)** de votre secteur ? ☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que la **coordination de la prise en charge médico-sociale** est satisfaisante dans votre secteur ?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Quels sont les facteurs qui vous amènent à proposer une prise en charge en institution (maison de retraite, logement-foyer, USLD) chez un patient atteint de démence ?

	Beaucoup	Moyen- nement	Un peu	Pas du tout
L'absence d'aidant				
L'épuisement de l'aidant principal				
Le degré de sévérité de la démence				
Le degré de dépendance du patient				
Un contexte de crise				
Autre				

Si autre, préciser :

BESOINS PRIORITAIRES.....

Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires dans votre secteur pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et autres démences ?

[illegible]

Exercez-vous comme médecin coordonnateur en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous titulaire

- d'une capacité en gériatrie ? ☐ oui ☐ non
- d'un DU ou DES en gériatrie ? ☐ oui ☐ non

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER LE DR NICOLAS MAUDUIT
A L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE 02 51 86 05 60

nicolas.mauduit@orspaysdelaloire.com

Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Vendée

USLD

Nom du Centre Hospitalier :

Code postal : 85

FILE ACTIVE

Parmi les patients hospitalisés dans l'USLD en 2004, combien étaient atteints :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer ?

TRAITEMENT

Parmi les patients hospitalisés en 2004 et atteints d'une maladie d'Alzheimer, combien bénéficiaient d'un traitement anticholinestérasique ou par mémantine ?

CONDITIONS D'HOSPITALISATION

Le diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer a-t-il été effectué après la prise en charge en USLD ?

☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Parmi les patients atteints de démence ou de maladie d'Alzheimer, quels sont, habituellement, les motifs qui amènent à proposer une prise en charge en USLD ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
L'altération de la relation entre le patient et l'aidant principal au domicile				
Le degré de sévérité de la démence				
Le degré de dépendance du patient				
Un contexte de crise				
Un problème somatique				
Autre				

Si autre, précisez :

A quel stade les patients atteints de démence sont-ils habituellement admis en USLD ?

	Systématique- ment	Le plus souvent	Parfois	Jamais
A un stade de démence légère ($21 < \text{MMS} < 30$ ou CDR 1)				
A un stade de démence modérée ($10 < \text{MMS} < 20$ ou CDR 2)				
A un stade de démence sévère ($0 < \text{MMS} < 9$ ou CDR 3)				

BESOINS PRIORITAIRES

Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires dans votre secteur pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et autres démences ?

[illegible]

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER LE DR NICOLAS MAUDUIT
A L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE 02 51 86 05 60**

nicolas.mauduit@orspaysdelaloire.com

Questionnaire à l'attention des secteurs de psychiatrie

I – Secteur

Secteur de psychiatrie générale :

II – File active

Parmi les patients hospitalisés dans le secteur en 2004, combien étaient atteints :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer ?

Parmi les patients qui bénéficiaient d'une prise en charge ambulatoire en 2004, combien étaient atteints :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer ?

Parmi les patients qui bénéficiaient d'une prise en charge à temps partiel en 2004, combien étaient atteints :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer ?

Parmi les patients qui bénéficiaient d'une prise en charge à temps complet en 2004, combien étaient atteints :

- de démence, toutes étiologies confondues ?
- de maladie d'Alzheimer ?

III – Conditions d'hospitalisation

Le diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer est-il réalisé au cours de la prise en charge par le secteur ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Parmi les patients atteints de démence ou de maladie d'Alzheimer, quels sont, habituellement, les motifs qui amènent à proposer une prise en charge par le secteur ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
L'altération de la relation entre le patient et l'aidant principal au domicile				
Le degré de sévérité de la démence				
Le degré de dépendance du patient				
Un contexte de crise				
Un problème somatique				
Autre				

Si autre, précisez :

.....
.....
.....

A quel stade les patients atteints de démence sont-ils habituellement pris en charge par le secteur ?

	Systématique	Le plus souvent	Parfois	Jamais
A un stade de démence légère (21 < MMS < 30 ou CDR 1)				
A un stade de démence modérée (10 < MMS < 20 ou CDR 2)				
A un stade de démence sévère (0 < MMS < 9 ou CDR 3)				

IV – Traitement

Parmi les patients pris en charge par le secteur en 2004 et atteints d'une maladie d'Alzheimer, combien bénéficiaient d'un traitement anticholinestérasique ou par mémantine ?

V – Besoins prioritaires

Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires dans votre territoire géographique pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et autres démences ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A retourner avant le à l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire
Pour tout renseignement contacter le Dr Nicolas Mauduit au 02 51 86 05 60

CMP.....

CONSULTATION

Observatoire régional de la santé – Union régionale des médecins libéraux – Conseil de l'ordre des médecins