



La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

 *Analyse à l'échelle nationale et départementale*

La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

SYNTHÈSE	5
OBSERVATOIRE	15
Le diagnostic des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en France	16
• État des lieux du dépistage de la maladie d'Alzheimer	
• Diagnostic des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : inégalités territoriales	
État des lieux de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile	20
• La prise en charge de la maladie d'Alzheimer à domicile, à l'échelle nationale	
• Les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile - ESAd, prise en charge à l'échelle territoriale	
• Les accueils de jour, prise en charge à l'échelle territoriale	
• L'hébergement temporaire, prise en charge à l'échelle territoriale	
État de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD	28
• La prise en charge des malades en établissement, à l'échelle nationale	
• Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés - PASA, prise en charge à l'échelle territoriale	
• Les places dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD, prise en charge à l'échelle territoriale	
Avis d'expert	34
ANNEXES	37
• Exemple de fiches régionale et départementale	
• Tableaux des données	
• Méthodologie et sources	

Édito

L'allongement de l'**espérance de vie** et les **progrès de la médecine** sont source d'espoir pour tout un chacun. Cette longévité s'accompagne toutefois inéluctablement de pathologies liées au vieillissement. La maladie d'Alzheimer figure en **premier plan**, puisque près d'**une personne sur cinq** risque d'y être confrontée au-delà de 75 ans.

Détecter cette maladie au plus tôt est **essentiel** mais tellement **complexe**.

Identifier chez un parent les imperceptibles signes de changement de mode de vie, de caractère ou de raisonnement, demande à la fois **attention** et **perspicacité**.

Et lorsque le diagnostic est finalement posé, il faut repenser la relation avec son proche, même s'il reste à domicile. Il s'agit aussi d'accepter que la vie ne sera plus comme avant, que la sécurité et la bonne prise en charge de la personne âgée deviennent un **défi** au quotidien.

Trop souvent encore, les équipes de Cap Retraite sont contactées par de nombreuses familles, qui faute d'une **prise en charge précoce et évolutive** font face à l'épuisement, et cherchent une solution de prise en charge en urgence.

Au delà de la **mobilisation du gouvernement** via les plans Alzheimer, et du **formidable travail au quotidien** de nombreuses institutions et associations – France Alzheimer

au premier rang – il est important de porter un regard **global et chiffré** sur la problématique, au niveau national et local.

C'est l'objet de cette étude.

Devant la diversité des situations, des niveaux de gravité de la maladie et de sa traduction dans le quotidien de chaque personne âgée, l'éventail des solutions offertes est large. Cap Retraite se penche sur les **moyens déployés sur l'ensemble du territoire français** et ainsi lève le voile, estimations à l'appui, sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qu'elles résident à domicile ou en maison de retraite.

Afin de garantir aujourd'hui en France, un meilleur accompagnement pour tous.



Bernard Lasry,
Fondateur de Cap Retraite

Étude réalisée par Cap Retraite. Ce document comporte des données factuelles et des informations relevant d'une analyse interne de Cap Retraite. L'ensemble des informations contenues ne peut, ni ne doit, servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc.

Cap Retraite, 1^{er} service de conseil et d'orientation en maison de retraite au capital de 7 623 euros, siret 408 760 023 000 49.

© Avril 2015 CAP RETRAITE S.A.R.L

Imprimé en France.

Conception - Réalisation : Direction Communication Cap Retraite - Avril 2015

Crédits photos : shutterstock.com et iStockphoto.com

Cap Retraite, 91 rue du Faubourg Saint Honoré 75008 Paris • SARL au capital de 7623 Euros - RCS Paris B 408 760 023 • N° Vert 0800 891 491 • www.capretraite.fr

A propos de Cap Retraite

Fondé en 1994 et leader du marché en France, Cap Retraite conseille les familles et les professionnels qui les accompagnent dans la recherche d'une place disponible dans un établissement d'hébergement adapté à leur proche en perte d'autonomie. En 20 ans d'expérience, 685 000 familles ont été conseillées. Cap Retraite collabore avec près de 1 000 résidences et propose différents modes d'hébergement : EHPAD, EHPA, foyers-logements, résidences services... en court, moyen ou long séjour correspondant au niveau de perte d'autonomie. Cap Retraite est accessible à tous et offre un service entièrement gratuit. Pour en savoir plus : www.capretraite.fr.

Synthèse

La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Aujourd'hui en France, plus de **500 000 personnes âgées** sont **diagnostiquées** comme atteintes de la maladie d'Alzheimer. La maladie toucherait pourtant 1 million de personnes sur l'ensemble du territoire. Un nombre qui risque **de doubler** à l'horizon 2040 pour atteindre les 2 millions, d'après les chercheurs de l'Inserm.

Ces données inquiètent.

Cap Retraite, contacté chaque année par des milliers d'aidants familiaux et conscient de leur désarroi, s'interroge :

- Le diagnostic des malades est-il équitable sur l'ensemble du territoire ?
- La prise en charge des malades résidant à domicile et en établissement est-elle suffisamment adaptée et évolutive ?
- Le dispositif de prise en charge des malades peut-il être encore amélioré ?

Cap Retraite livre une **analyse à l'échelle nationale, régionale et départementale** puis apporte ses pistes de réflexions pour conduire à une **prise en charge équitable** de chaque malade.

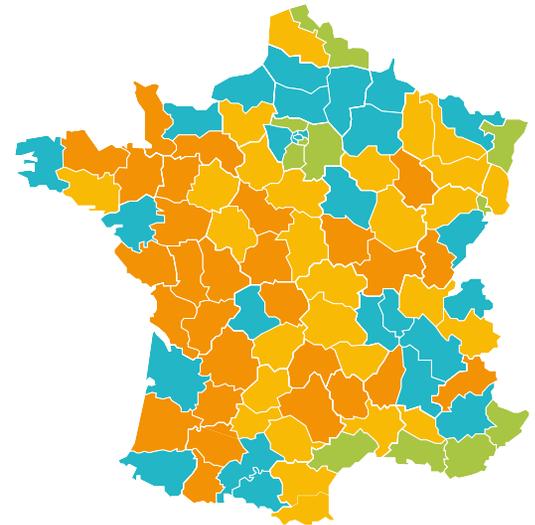
» Diagnostiquer les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

En France, plus de **500 000** personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sont prises en charge, par les trois régimes de l'Assurance Maladie (CNATMS, RSI, MSA) au titre d'une " Affection de Longue Durée " (ALD 15) ou identifiées comme tel, par l'intermédiaire d'une médication spécifique.

Les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID, appliqués par Cap Retraite à la population française pour l'année 2013, indiquent cependant que près d'**1 million** de personnes âgées seraient concernées par une démence, dont près de **820 000 par la maladie d'Alzheimer** spécifiquement; et 180 000 par une maladie apparentée.

CARTE 1

Dépistage de la maladie d'Alzheimer : disparités territoriales



Moyenne nationale : 25 % des malades estimés sont pris en charge en «ALD» au titre du régime général de l'Assurance Maladie

Légende :



Ainsi, 1 malade sur 2 seulement serait diagnostiqué comme tel, aujourd'hui en France.

Des milliers de personnes, malades et aidants familiaux, ne bénéficient donc pas d'une prise en charge adaptée.

Ce sont les départements urbains du Nord, des Bouches-du-Rhône et de Paris qui diagnostiqueraient le mieux les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec plus de 30 % des malades estimés effectivement pris en charge en ALD 15 au titre du régime général de l'Assurance Maladie. A contrario, de la Creuse, des Deux-Sèvres ou du Gers, où moins de 16 % des malades estimés seraient diagnostiqués. [Voir carte 1](#)

» Accompagner les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile

En France, 60 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer résideraient à domicile. Soit près de 620 000 personnes à accompagner, fin 2013.

Plus de 120 000 personnes âgées résidant à domicile (20 % des malades estimés), ont pu être prises en charge grâce à 25 000 places dédiées aux malades, réparties entre les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile, les accueils de jour, et l'hébergement temporaire.

→ Services spécialisés à destination des malades, au stade léger et modéré

- En moyenne, on compte 4,4 places pour 100 malades estimés au sein des Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESAd).

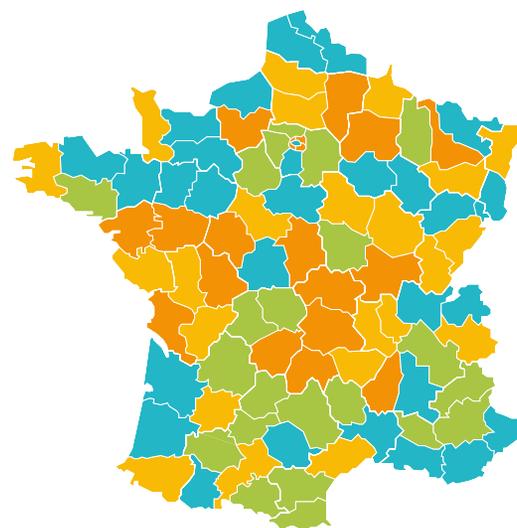
La Lozère, le Vaucluse et les Pyrénées-Orientales, départements ruraux du sud de la France, sont les mieux équipés. Ils permettent à leurs habitants de bénéficier d'un maintien à domicile renforcé (plus de 6,5 places). A l'inverse, la Seine-Saint-Denis, l'Aisne et la Meurthe-et-Moselle, proposent l'offre de service la moins adaptée (moins de 2,5 places).

- En moyenne, on compte 7,3 places pour 100 malades estimés en accueil de jour.

Le Territoire de Belfort, la Haute-Marne et le Gard proposent l'offre la plus complète (plus de 15 places). La Haute-Saône, les Hauts-de-Seine et les Yvelines, peinent à prendre en charge

CARTE 2

Répartition de l'offre de service "ESAd" pour 100 malades estimés



Moyenne nationale : 4,4 places pour 100 malades estimés, au stade léger et modéré résidant à domicile

Légende:

+ de 5,3
de 4,3 à 5,2

de 3,6 à 4,2
- de 3,6

les malades d'Alzheimer résidant à domicile (moins de 3 places). Les aidants familiaux de ces départements risquent davantage l'épuisement, faute de possibilités de répit et d'accompagnement suffisamment renforcé.

En France, si l'ensemble des malades estimés était diagnostiqué et pris en charge, il faudrait créer **20 fois** plus de places en Équipes Spécialisées Alzheimer, pour atteindre les 104 672 places ; et multiplier par **10** le nombre de places en accueils de jour, pour atteindre les 146 132 places.

📍 Voir cartes 2 et 3.

→ Services à destination des malades d'Alzheimer, au stade modéré et sévère

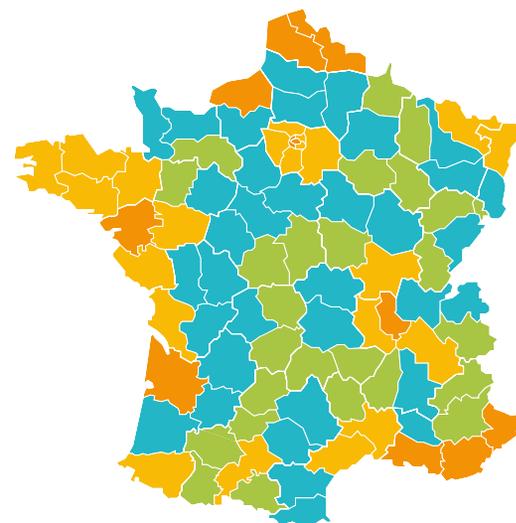
- En moyenne, on compte 19,3 places pour 100 malades estimés en hébergement temporaire.

On constate de fortes disparités dans l'offre proposée: le Jura, la Vendée et les Côtes-d'Armor proposent plus de 35 places pour 100 malades estimés, alors que les Yvelines, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, départements d'Alsace, proposent moins de 5 places pour 100 personnes âgées estimées.

L'offre d'hébergement temporaire en EHPAD est plus développée mais nécessiterait une augmentation de **326 %** par rapport à l'offre actuelle et la création de **38 194 places** pour prendre en charge l'ensemble des malades estimés.

CARTE 3

Nombre de places à créer en ESAd



Donnée nationale: 104 672 places à créer en ESAd pour prendre en charge l'ensemble des malades estimés résidant à domicile au stade léger et modéré

Légende:



» Adapter la prise en charge en EHPAD, dès à présent

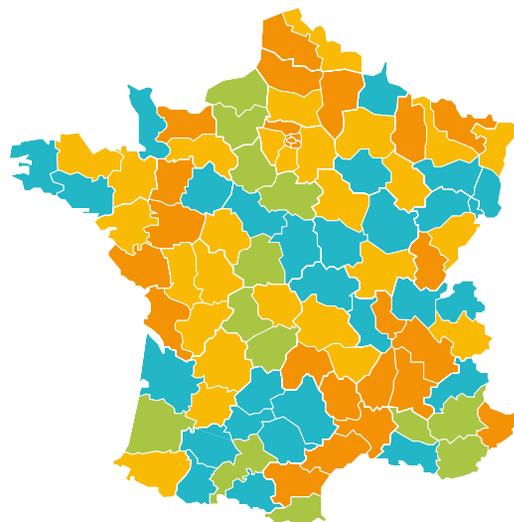
Dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les EHPAD ont mis en place deux types de sections spécialisées au sein de leurs structures: les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et les places dédiées, dont font partie les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR).

→ Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés - PASA

Essentiels à une prise en charge adaptée aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré en maison de retraite, les PASA permettent aux malades de bénéficier d'**activités thérapeutiques spécialisées** en journée. Présents actuellement dans 1 EHPAD sur 6, leur nombre

CARTE 4

Taux d'équipements des EHPAD en PASA

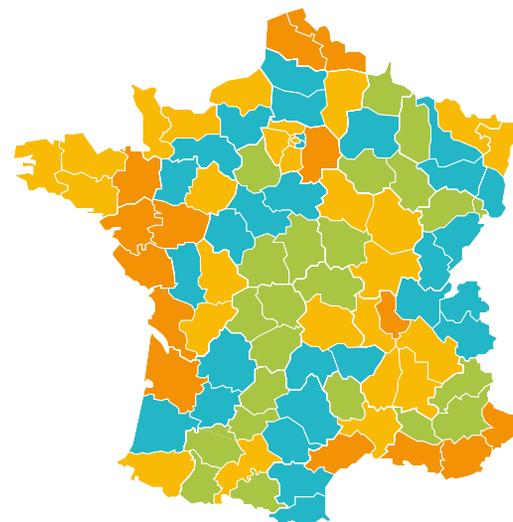


Moyenne nationale : 16,6 % des EHPAD sont équipés d'un PASA

Légende:

**CARTE 5**

Nombre de PASA à créer en EHPAD



Donnée nationale : 6 386 PASA à créer pour équiper l'ensemble des EHPAD en France

Légende:



est en constante augmentation. Ils sont particulièrement développés dans les départements du **Vaucluse**, des **Alpes-de-Hautes-Provence** et du **Loiret** (plus d'un EHPAD sur 3 équipé). Les départements de **Paris**, de **l'Aude** et du **Val-d'Oise** proposent une offre d'**accompagnement adapté** bien plus faible (moins d'1 EHPAD sur 15 équipé).

📍 Voir cartes 4 et 5.

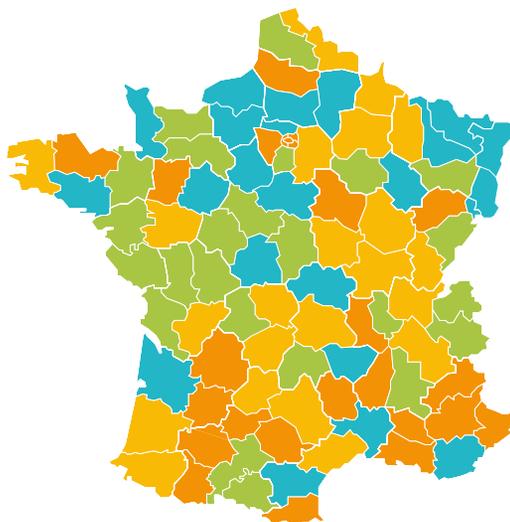
→ Les places dédiées en EHPAD

En France, **44 073 places** sont spécifiquement dédiées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en hébergement complet. Soit **8 %** des 554 218 places existantes en EHPAD. Un taux en constante augmentation mais qui reste **largement insuffisant**.

C'est dans les **Vosges**, en **Haute-Savoie** et en **Savoie** que les malades au stade sévère seraient le mieux pris en charge, (plus de 50 places pour 100 malades estimés au stade sévère résidant en EHPAD). A contrario, cet accompagnement serait mis à mal dans les **Hauts-de-Seine**, les **Yvelines** et les **Bouches-du-Rhône** (moins de 4 places).

CARTE 6

Répartition du nombre de places spécialisées en EHPAD en fonction du nombre de malades estimés

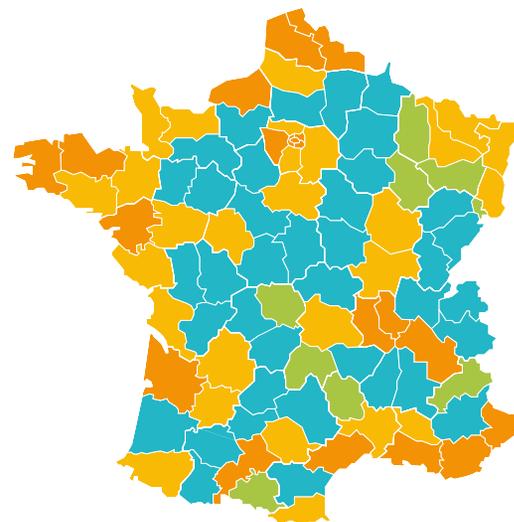


Moyenne nationale : 25 places spécialisées pour 100 malades estimés au stade sévère en EHPAD

Légende :

**CARTE 7**

Nombre de places à créer en EHPAD



Donnée nationale : 132 714 places spécialisées à créer en EHPAD

Légende :



Pour pallier ces manques, **132 714 places** spécifiques seraient à créer ou à adapter en France et plus de 6 000 PASA seraient à créer pour systématiser le dispositif à l'ensemble des EHPAD.

📍 Voir cartes 6 et 7.

» Typologie régionale de la prise en charge, en fonction de l'évolution de la maladie d'Alzheimer

→ Le diagnostic des personnes âgées : fer de lance des grandes agglomérations

Les grandes zones urbaines garantissent aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer les meilleures possibilités de diagnostic de la maladie. En PACA, en Ile-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Rhône-Alpes, **1 malade estimé sur 3 serait diagnostiqué**.

Ces régions devront toutefois fournir un effort considérable pour développer une offre de maintien à domicile adaptée.

Les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile et les accueils de jour devraient créer 40 000 places en **Ile-de-France**, 27 000 places en **Rhône-Alpes** et 26 000 places en **PACA** pour permettre à chaque malade estimé résidant à domicile, de bénéficier de prestations adéquates.

→ Garantir le maintien à domicile le plus adapté : priorité du Grand Sud

Les régions les mieux équipées sont celles qui **ceinturent le sud de la France** : le **Languedoc-Roussillon**, la région **PACA** et les **Midi-Pyrénées** proposent près de 5 places en moyenne en Équipe Spécialisée Alzheimer à domicile (ESAd) pour 100 malades estimés (moyenne nationale : 4,4 places) et une offre de places en accueil de jour supérieure à la moyenne nationale (7,5 places).

Cependant, les offres en séjour temporaire ainsi qu'en hébergement complet en EHPAD font ici partie des moins développées de France. Ces régions devront fournir un effort particulier pour adapter leur offre d'hébergement en EHPAD et garantir une prise en charge adaptée à chaque étape de la maladie.

→ Offre de répit en faveur des aidants familiaux : les zones centrales et rurales à l'œuvre

C'est en **Poitou-Charentes**, dans les **Pays de la Loire** et en **Franche-Comté** que l'offre en **hébergement temporaire** en EHPAD est la plus adéquate (plus de 28 places pour 100 malades estimés). Les habitants de ces régions possèderaient donc les meilleures possibilités de répit et de préparation à l'entrée en maison de retraite.

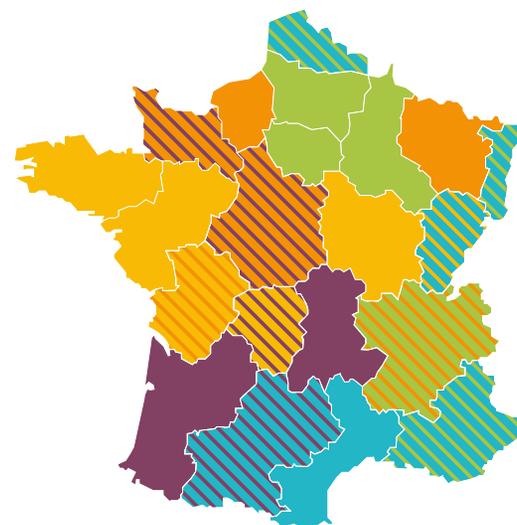
À nuancer toutefois, car ces régions rencontrent des difficultés pour diagnostiquer les malades (**taux de prise en charge des malades d'Alzheimer en Affection de Longue Durée les plus bas**) et font partie des **moins bien pourvues en Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile** et en accueil de jour.

→ Garantir un accueil spécialisé en EHPAD pour les malades en stade modéré et sévère : le Nord-Ouest, le Nord-Est, et Rhône-Alpes-Auvergne en première ligne

Lorsque le **maintien à domicile** n'est plus possible, le **Nord-Ouest** ou le **Nord-Est** de la France, voire la région **Rhône-Alpes-Auvergne**, proposent l'offre de prise en charge la plus adaptée en EHPAD.

CARTE 8

Maladie d'Alzheimer: typologie régionale du parcours de prise en charge



Régions assurant les meilleures offres d'accompagnement pour 100 malades estimés

Légende:

Prise en charge des malades estimés en ALD 15

ESAd et Accueils de Jour

Hébergement temporaire

Places dédiées en EHPAD

PASA

Alors que les grandes régions urbaines **PACA** et **Ile-de-France**, sont en difficulté dans ce domaine, la Haute-Normandie, la Basse-Normandie, les Pays de la Loire et le Centre ; l'Alsace et la Lorraine et les régions Rhône-Alpes et Auvergne, proposent quant à elles **plus de 30 places pour 100 malades estimés au stade sévère** (moyenne nationale : 25 places pour 100 malades estimés). Le dépistage et la prise en charge à domicile y font toutefois défaut et ce, tout particulièrement dans les régions du Nord-Ouest de la France.

📍 Voir carte 8

» Conclusion

Le dispositif de dépistage de la maladie d'Alzheimer **s'est considérablement développé** grâce aux efforts fournis dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012. Le renforcement du **maillage des réseaux**, ainsi que la **sensibilisation de l'opinion** et des **médecins généralistes**, doivent toutefois rester une priorité nationale pour la France, pays précurseur dans ce domaine.

En parallèle, les départements et régions sont appelés à **équilibrer** leurs dispositifs de **maintien à domicile** et **d'accueil en établissement** pour éviter un nombre croissant de prises en charge en urgence. Si chaque territoire possède ses points forts en France, qu'il s'agisse du dépistage, du maintien à domicile ou de la prise en charge en EHPAD, aucun ne propose de **prise en charge globale** adaptée à **chaque stade** de la maladie d'Alzheimer.

Concernant le **maintien à domicile**, le développement des **MAIA**, des **Équipes Spécialisées Alzheimer** et des **services de maintien à domicile mixtes** (SPASAD), apparaît incontournable. Les EHPAD, quant à eux, devront continuer à jouer un **rôle prépondérant** dans le développement des **services d'accueil de jour dédiés et des séjours temporaires spécialisés**.

Enfin, pour garantir à tous une prise en charge adaptée en établissement, les EHPAD devront **augmenter considérablement** leur **offre de places dédiées** aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer mais aussi développer - voire systématiser - les **activités thérapeutiques de jour** à destination des résidents souffrant d'Alzheimer, par l'intermédiaire des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

A ce jour, l'ensemble du dispositif est mis en place. La route pour proposer une **prise en charge complète et évolutive** semble donc tracée. Mais le chemin à parcourir reste encore long pour faire évoluer les mœurs, afin que chaque personne estimée comme atteinte de la maladie d'Alzheimer puisse être accompagnée **dès l'apparition des premiers symptômes**.

Les 5 pistes de réflexion de Cap Retraite

Mesures à appliquer, selon Cap Retraite : favoriser un diagnostic précoce de la maladie et adapter les dispositifs de prise en charge, à l'échelle régionale et départementale.

- 1. Poursuivre le travail de sensibilisation** à la maladie et à ses symptômes, à l'échelle nationale. Traiter notamment des problématiques souvent associées à la maladie d'Alzheimer que sont la dépression, les chutes, ou les troubles de la nutrition. **Les médecins traitants**, acteurs clés dans les dispositifs de dépistage de la maladie, doivent impérativement être associés à ces campagnes.
- 2. Proposer systématiquement un test de dépistage de type CODEX** (simple et rapide) à partir de 65 ans, ou dès l'apparition de troubles cognitifs, grâce à la participation active des **médecins généralistes**.
- 3. Améliorer le dispositif de prise en charge de la maladie d'Alzheimer avec l'aide d'un outil central**, consultable par l'ensemble des acteurs du parcours de soin, pour mieux appréhender l'apparition de nouveaux cas, par territoire
- 4. Intégrer des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) à chaque EHPAD**, pour permettre aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer de bénéficier d'un **accompagnement adapté**.
- 5. Encourager les actions des dispositifs bénévoles de relais des aidants**, pour venir en aide aux 3 millions de malades et d'aidants. Ces dispositifs pourraient être intégrés aux activités des Volontariats Civils de Cohésion Sociale et de Solidarité afin de soutenir les aidants à domicile ou les EHPAD.



Observatoire

Le diagnostic des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en France

La lente progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer, conjuguée au déni des familles, **retarde souvent l'annonce du diagnostic**. Or, plus la maladie est identifiée à un stade avancé, plus il s'avère ardu, voire impossible, de retarder son évolution. **Les malades se voient privés d'une prise en charge évolutive, et les familles d'un accompagnement adapté.**

Entre réalité du terrain et estimations, différentes questions se posent : qui sont les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Quels dispositifs ont été mis en place pour dépister la maladie en amont ? Comment sont-ils répartis sur l'ensemble du territoire ?

À NOTER

Tout au long de cet Observatoire, les estimations de Cap Retraite se basent sur les résultats de l'étude épidémiologique de référence Paquid (1) menée par les chercheurs de l'Inserm ; et appliqués au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.

Le terme "maladie d'Alzheimer" désignera l'ensemble des personnes âgées souffrant de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées.

ALD 15

La prise en charge au titre d'une "Affection de Longue Durée 15" est décidée à l'initiative du médecin traitant, exclusivement. Elle permet un remboursement intégral des soins et des transports qu'ils engendrent.

» État des lieux du dépistage de la maladie d'Alzheimer

→ Écart entre le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et diagnostiquées comme tel ; et le nombre de personnes estimées malades

À ce jour, plus de **500 000 personnes** bénéficient d'une **prise en charge par l'Assurance Maladie** au titre d'une "**Affection de Longue Durée 15**" ou d'une **médication** destinée à combattre la maladie d'Alzheimer.^(2, 3)

On estime pourtant à près d'un **million** le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus qui souffrent de cette pathologie.

Cette différence s'avère cruciale **pour la personne âgée non diagnostiquée**, mise en danger par la progression de la maladie ; **pour ses aidants**, menacés par un épuisement physique et moral ; et **pour le système sanitaire et social**, guetté par un encombrement de ses services d'urgences.

→ Profil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer^(1, 6)

La maladie d'Alzheimer touche majoritairement les **personnes âgées** ; et **les femmes** en particulier. Qualifiée d'"évolutive", la maladie suit différents stades qui voient l'accentuation progressive de symptômes graves. Les estimations effectuées indiquent que près de **420 000 personnes** seraient concernées par la maladie à un **stade léger** en 2014 (déficit cognitif peu prononcé) ; **340 000 à un stade modéré** (troubles de la mémoire et du raisonnement plus accentués) et **268 000 à un stade sévère** (troubles aigus du comportement et perte d'autonomie quasi totale).

→ Le dispositif de dépistage de la maladie d'Alzheimer en 2014⁽⁴⁾

Face à l'apparition des symptômes, la famille se tourne généralement vers son **médecin généraliste**, acteur essentiel du dépistage de la maladie.

Au sein des **réseaux d'identification** et des **parcours de soins**, on distingue aujourd'hui les **Centres Mémoires de Ressources et de Recherche (CMRR)** spécialisés dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ; et les **Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)**, qui visent à coordonner les soins et les aides.

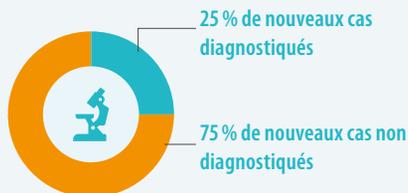
→ État des lieux du dépistage : en chiffres

DIAGNOSTIC DES MALADES (1, 2, 3)



1 malade d'Alzheimer sur 2 est diagnostiqué

Sur 1 000 000 de malades estimés, plus de 500 000 seraient diagnostiqués.



Près de 235 000 nouveaux cas seraient estimés chaque année. En 2012, 60 058 nouveaux cas ont été identifiés.

DISPOSITIF DU DÉPISTAGE EN 2014 (4, 5)



102 140 médecins généralistes

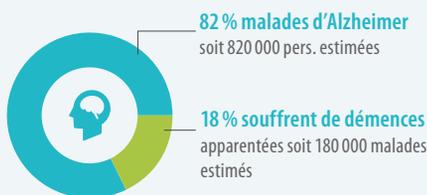


Plus de 400 centres de Consultations Mémoire

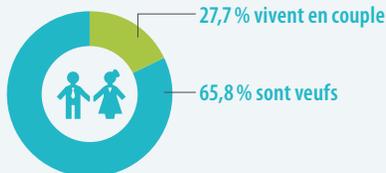


252 MAIA Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

PROFIL DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER (1, 3)



73 % des malades sont des femmes contre 27 % d'hommes



Âge moyen des malades : 83 ans



Sources :

(1) 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.Ramaroson et Coll. 2003.

(2) Estimation Cap Retraite : Calcul de l'INVS, sur la base des sources HAS, CNAMTS, MSA, RSI année 2011 ajouté au nombre de cas incidents recensés au titre du régime général de l'assurance maladie en 2012

(3) Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe. CNAMTS

(4) CREA-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON, CNSA Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médico-sociaux (Septembre 2014)

(5) Médecins selon le statut et la spécialité en 2014, INSEE

(6) Estimation de population (résultats provisoires arrêtés fin 2014), INSEE

» À retenir

- 1 malade estimé sur 2 serait pris en charge par l'Assurance Maladie, dans le cadre d'une « Affection de Longue Durée », ou par l'intermédiaire d'une médication. La majorité des malades estimés (59 %) serait atteinte au stade modéré ou sévère (1).
- Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le dépistage de la maladie et diagnostiquerait près de 30 % des personnes atteintes.
- Depuis la mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012, le dispositif de dépistage s'est considérablement renforcé : on compte plus de 400 centres de Consultations Mémoire et 252 Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, à ce jour.

» Diagnostic des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer: inégalités territoriales

On estime que **18% des personnes âgées de 75 ans et plus** seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer en France ⁽¹⁾. Comment sont-elles **réparties à l'échelle régionale et départementale**? Les dispositifs de dépistage de la maladie sont-ils adaptés aux **besoins territoriaux** et à leur **situation démographique**?

Une question primordiale pour permettre une **prise en charge équitable**, sur l'ensemble de la France.

→ Répartition territoriale des personnes âgées estimées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer

DONNÉE NATIONALE

1 022 756 personnes sont estimées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée au début de l'année 2014 ^(1, 2)

"Un diagnostic précoce permet de mettre en place une prise en charge adaptée. Et de ralentir l'évolution de la maladie."

Dr Hugues Bensaid, Gériatre
L'interview intégrale en p.34



Régions les plus et les moins exposées à la maladie d'Alzheimer

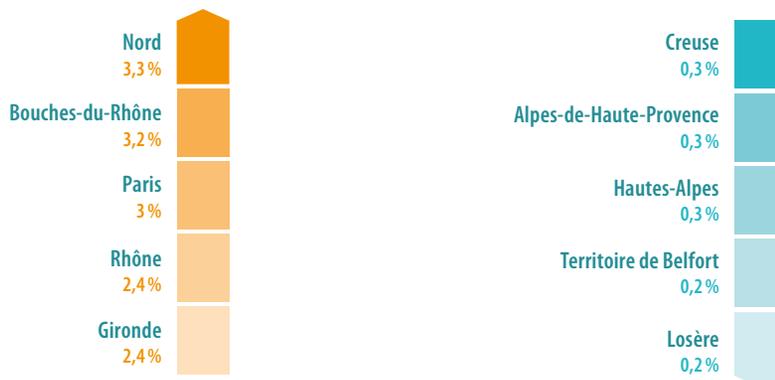
Part des malades estimés de la région, sur l'ensemble des malades d'Alzheimer estimés en France.



Sources 1, 2

Départements les plus et les moins exposés à la maladie d'Alzheimer

Part des malades estimés du département, sur l'ensemble des malades d'Alzheimer estimés en France.



Sources 1, 2

Légende:

■ Territoires les plus exposés à la maladie d'Alzheimer

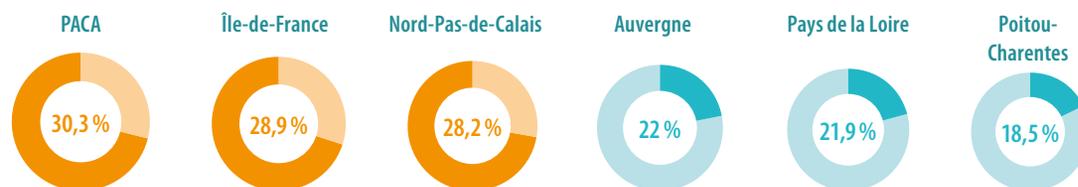
■ Territoires les moins exposés à la maladie d'Alzheimer

→ Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en " Affection de Longue Durée ", par territoire

DONNÉE NATIONALE

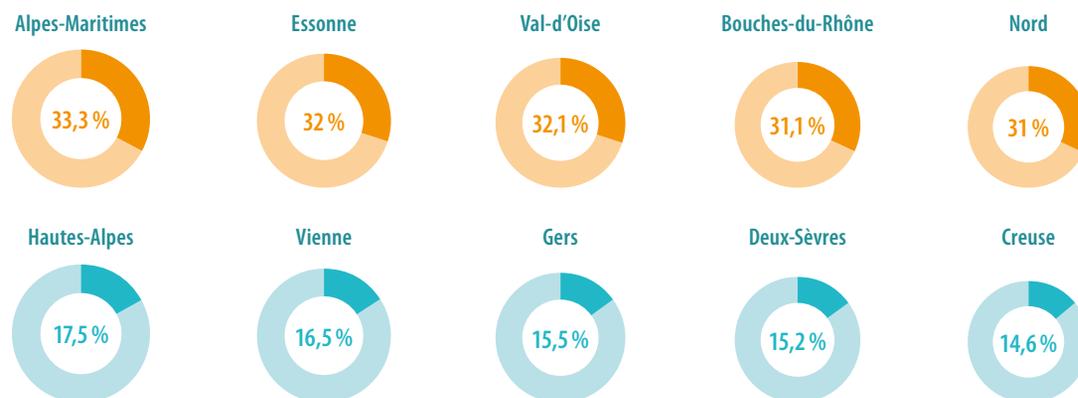
25 % des malades estimés sont déclarés en Affection de Longue Durée (ALD 15), par le régime général de l'Assurance Maladie (1, 2, 3)

Régions où la part de malades pris en charge, par rapport au nombre de malades d'Alzheimer estimés de la région, est la plus et la moins élevée



Sources 1, 2 et 3

Départements où la part de malades pris en charge, par rapport au nombre de malades d'Alzheimer estimés du département est la plus et la moins élevée



Sources 1, 2 et 3

Légende:

- Territoires présentant les taux de prise en charge les plus élevés
- Territoires présentant les taux de prise en charge les moins élevés

Sources:

(1) 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.Ramaroson et Coll. 2003.

(2) Estimation Cap Retraite: les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID en termes de prévalence de la maladie d'Alzheimer ont été appliqués au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.

(3) Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe. CNAAMTS

» À retenir

- C'est dans les départements urbains du **Nord**, des **Bouches-du-Rhône** et de **Paris**, particulièrement exposés à la maladie d'Alzheimer, que les personnes âgées seraient le mieux diagnostiquées (**plus de 30%** des malades estimés étant effectivement pris en charge en ALD par l'Assurance Maladie). A l'inverse dans les départements ruraux de la **Creuse**, des **Deux-Sèvres** ou du **Gers**, seuls 15% des malades estimés bénéficieraient d'une prise en charge en ALD.
- A l'échelle régionale, la tendance est similaire: c'est en **PACA**, en **Ile-de-France** et dans le **Nord-Pas-de-Calais**, que les malades seraient les **mieux diagnostiqués**; à l'inverse des régions **Poitou-Charentes**, **Pays de la Loire** et **Auvergne**.

État des lieux de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile

Face à la **hausse** du nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, **une prise de conscience nationale** s'est opérée dès le début des années 2000. C'est le 3^e plan Alzheimer 2008-2012 qui signera **l'essor des impulsions** préalablement amorcées. Parmi les priorités établies : l'amélioration de la **qualité de vie des malades** et de leurs **aidants**, avec un budget de 1,2 Milliards d'euros affecté au domaine médico-social, sur les 1,6 Milliards d'euros alloués au Plan Alzheimer ; visant notamment à adapter le **dispositif de prise en charge à domicile** par le développement d'Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile, de places en accueil de jour et en hébergement temporaire sur l'ensemble du territoire ⁽¹⁾.

» La prise en charge de la maladie d'Alzheimer à domicile, à l'échelle nationale

→ Descriptif des dispositifs déployés à ce jour

En France, **60%** des personnes âgées estimées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer résideraient à domicile⁽²⁾. Soit **620 000 malades** à accompagner via différents dispositifs. Certains de ces dispositifs sont **communs à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie**, tels que les Services de Maintien à Domicile (MAD) et Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), ou plus récemment créés, les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

On distingue toutefois trois types de structures de prise en charge **spécifiquement mises en place à l'intention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** :

Les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESAd)

Les **Équipes Spécialisées Alzheimer** sont les seules à proposer une **prise en charge propre à la maladie**, grâce à l'implication d'équipes polyvalentes composées notamment d'infirmiers, d'ergothérapeutes et d'assistants de soins en gériatrie.

Leurs objectifs : un accompagnement complet de la personne âgée, la stimulation de ses **capacités cognitives** et la mise en place de **stratégies de "compensation"** associant les **aidants familiaux**, en 12 à 15 séances.

Les accueils de jour dédiés Alzheimer

Les accueils de jour proposent des **activités thérapeutiques**. Ils offrent des **temps de répit** aux aidants familiaux et peuvent agir comme une **préparation à l'entrée en établissement**.

La participation d'une personne âgée était de six semaines, en moyenne, sur l'année 2013.

L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire intervient lorsque l'aidant familial nécessite d'une **période de répit**, à l'occasion des vacances par exemple. Un séjour dure en moyenne 5 semaines mais constitue souvent un premier pas vers l'accueil permanent.

→ Les dispositifs déployés à ce jour : en chiffres ^(3,4,5)

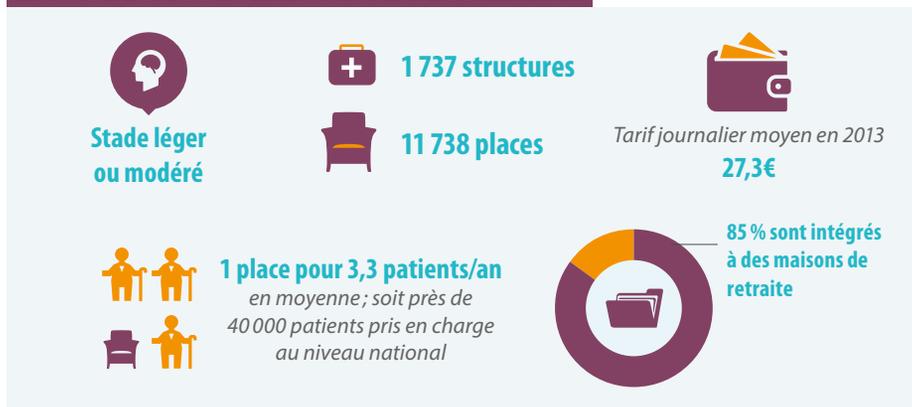
LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER À DOMICILE (ESAD)



L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE



LES ACCUEILS DE JOUR DÉDIÉS AUX MALADES D'ALZHEIMER



Sources :

(1) Rapport, Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, Professeur Joël ANKRI Professeure Christine VAN BROECKHOVEN, Juin 2013

(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.Ramaroson et Coll. 2003.

(3) CREAL-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON, CNSA Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médico-sociaux (Septembre 2014)

(4) Fichier FINISS, DRESS, extraction mars 2015

(5) STATISS 2014, Accueils pour personnes âgées. Établissements publics ou privés et services, places installées au 01.01.2014

» À retenir

- Plus de 25 000 places, réparties entre les **Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile, les accueils de jour et l'hébergement temporaire**, permettent de prendre en charge plus de 120 000 personnes âgées résidant à domicile. Soit près de **20 % des malades estimés** résidant à domicile.
- Les malades peuvent **bénéficier de ces prestations successivement**, afin de **préserver leur autonomie** et leur **équilibre familial** autant que possible. Le dépistage de la maladie est donc essentiel puisqu'il garantit l'entrée du malade dans ce parcours de prise en charge.

» Les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile - ESAd, prise en charge à l'échelle territoriale

Dans quelles régions et quels départements, la **capacité de prise en charge des Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile** à destination des personnes âgées estimées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade léger et modéré, est la plus développée aujourd'hui en France ?

→ Offre existante à ce jour, par territoire

🌟 DONNÉE NATIONALE

4,4 places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré résidant à domicile.

Régions où la capacité des Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile est la plus et la moins développée

Nombre de places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré, résidant à domicile.



Sources 1, 2 et 3

Départements où la capacité des Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile est la plus et la moins développée

Nombre de places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré, résidant à domicile.



Sources 1, 2 et 3

Légende:

■ Capacité d'accueil les plus développées ■ Capacité d'accueil les moins développées

"L'accueil de jour permet d'être plus sensible à l'état de souffrance des aidants principaux."

Dr Hugues Bensaïd, Gériatre
L'interview intégrale en p.34



→ Estimations du nombre de places à créer, par territoire

DONNÉE NATIONALE

104 672 places à créer pour soutenir l'ensemble des personnes estimées atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade léger et modéré résidant à domicile.

Régions devant créer le plus et le moins de places en ESAd



Sources 1, 2 et 3

Départements devant créer le plus et le moins de places en ESAd



Sources 1, 2 et 3

Légende:

Territoires devant créer le plus de places

Territoires devant créer le moins de places

» À retenir

- En France, on compte en moyenne, 4,4 places en ESAd pour 100 malades estimés au stade léger et modéré. Les départements du sud de la France, la **Lozère**, le **Vaucluse** et les **Pyrénées-Orientales** se révèlent les mieux équipés (taux supérieurs à 6,7 places). À l'inverse, la **Seine-Saint-Denis**, l'**Aisne** et la **Meurthe-et-Moselle**, proposent l'offre la moins adaptée (moins de 2,5 places).
- C'est dans les régions ceinturant le sud de la France que sont le **Languedoc-Roussillon**, la région **PACA** et la région **Midi-Pyrénées** que l'offre est la plus développée (plus de 4,8 places). A contrario, la **Picardie**, l'**Auvergne** et la région **Poitou-Charentes** sont les moins bien pourvues dans le cadre de l'accompagnement spécifique à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (moins de 3,5 places).

Sources:

(1) *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.Ramaroson et Coll. 2003.

(2) *Cap Retraite a appliqué les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID en termes de prévalence et de stade de la maladie d'Alzheimer au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.*

(3) *Fichier FINISS, DRESS, extraction mars 2015*

» Les accueils de jour, prise en charge à l'échelle territoriale

Quels territoires de France disposent du plus de places en accueil de jour pour les personnes estimées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer, au stade léger et modéré ?

→ Offre existante à ce jour, par territoire

🌿 DONNÉE NATIONALE

7,3 places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré résidant à domicile.

Régions disposant du plus et du moins de places en accueil de jour

Nombre de places pour 100 malades d'Alzheimer estimés, au stade léger et modéré.



Sources 1, 2 et 3

Départements disposant du plus et du moins de places en accueils de jour

Nombre de places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré.



Sources 1, 2 et 3

Légende:

- Territoires possédant l'offre la plus adaptée
- Territoires possédant l'offre la moins adaptée

→ Estimations du nombre de places à créer en accueil de jour, par territoire

DONNÉE NATIONALE

146 132 places seraient à créer pour soutenir l'ensemble des malades d'Alzheimer estimés, au stade léger et modéré résidant à domicile.

Légende:

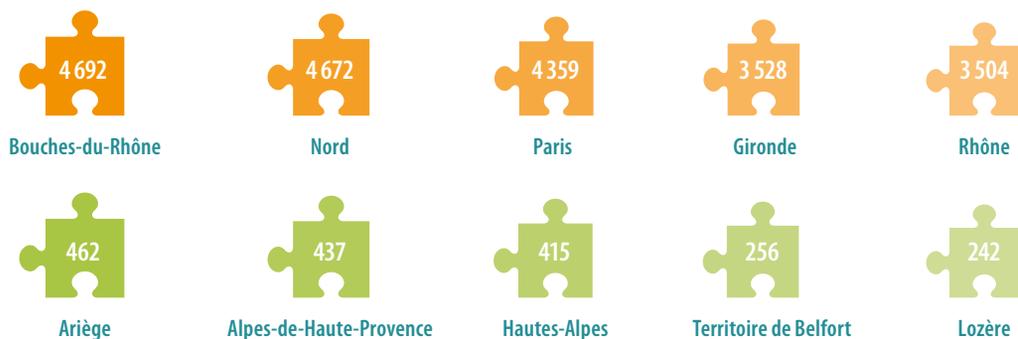
- Territoires devant créer le plus de places
- Territoires devant créer le moins de places

Régions devant créer le plus et le moins de places en accueil de jour



Sources 1, 2 et 3

Départements devant créer le plus et le moins de places en accueil de jour



Sources 1, 2 et 3

» À retenir

- Les capacités des **accueils de jour** sont globalement plus développées (**7,3 places** pour 100 malades estimés en stade léger et modéré) que celles des ESAd.
- Le **Territoire de Belfort**, la **Haute-Marne** et le **Gard** proposent l'offre la plus adaptée (plus de 15 places), à l'opposé de la Haute-Saône, des Hauts-de-Seine et des Yvelines (moins de 3 places).
- Au niveau régional, la **Haute-Normandie**, le **Languedoc-Roussillon** et l'**Alsace** tiennent le haut du classement avec 10 places pour 100 personnes âgées estimées. L'**Auvergne** et la **Picardie**, en revanche, proposent moins de **5,5 places pour 100 malades**.
- Si l'ensemble des malades estimés au stade léger et modéré résidant à domicile, était diagnostiqué et bénéficiait d'un parcours d'accompagnement associant ESAd et accueil de jour, il faudrait multiplier le nombre de places en **accueil de jour** par **dix**, pour atteindre 146 132 places, et les capacités des **Équipes Spécialisées Alzheimer** par vingt, pour atteindre 104 672 places.

Sources:

(1) *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.Ramaroson et Coll. 2003.

(2) *Cap Retraite a appliqué les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID en termes de prévalence de stade de la maladie d'Alzheimer au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.*

(3) *Fichier FINESS, DRESS, extraction mars 2015*

» L'hébergement temporaire, prise en charge à l'échelle territoriale

Dans quelles zones de France le dispositif d'hébergement temporaire à destination des personnes estimées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré ou sévère et résidant à domicile, est-il le plus conséquent ?

→ Capacité d'accueil en hébergement temporaire, par territoire

🌟 DONNÉE NATIONALE

19,3 places pour 100 malades d'Alzheimer estimés, au stade modéré et sévère résidant à domicile.

Régions où l'offre en hébergement temporaire et la plus et la moins développée

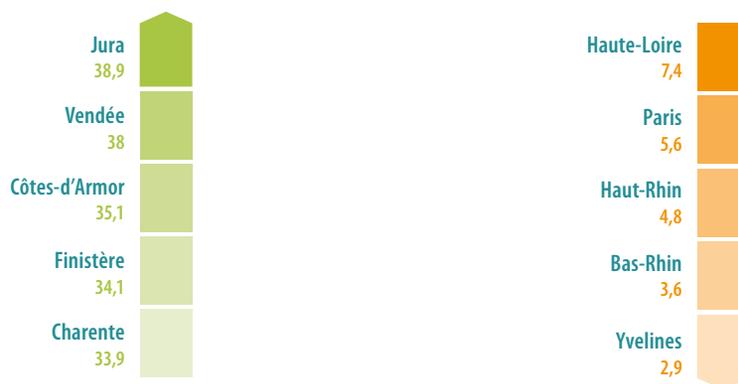
Nombre de places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré, résidant à domicile.



Sources 1, 2 et 3

Départements où l'offre en hébergement temporaire et la plus et la moins développée

Nombre de places pour 100 malades d'Alzheimer estimés au stade léger et modéré, résidant à domicile.



Sources 1, 2 et 3

Légende :

■ Territoires où l'offre est la plus développée

■ Territoires où l'offre est la moins développée

→ Estimation du nombre de places en hébergement temporaire à créer , par territoire

DONNÉE NATIONALE

38 194 places à créer pour soutenir l'ensemble des personnes estimées atteintes de la maladie d'Alzheimer, au stade modéré et sévère et résidant à domicile.

Légende:

 Territoires devant créer le plus de places

 Territoires devant créer le moins de places

Régions devant créer le plus et le moins de places en hébergement temporaire



Sources 1, 2 et 3

Départements devant créer le plus et le moins de places en hébergement temporaire



Sources 1, 2 et 3

» À retenir

- En France, on compte en moyenne **19,3 places en hébergement temporaire**, pour 100 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré et sévère. Le **Jura**, la **Vendée** et les **Côtes d'Armor** figurent parmi les départements où l'offre est la plus développée (plus de 35 places) à l'inverse des Yvelines, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (moins de 5 places).
- Au niveau régional, les régions **Poitou-Charentes**, **Pays de la Loire** et **Franche-Comté**, parmi les moins bien pourvues en termes de **dispositifs spécialisés à destination des malades** au stade léger et modéré (ESAd et accueils de jour), sont ici les **mieux équipées** (plus de 28 places).
- Pour prendre en charge **l'ensemble des malades estimés**, résidant à domicile au stade modéré et sévère de la maladie d'Alzheimer, il faudrait créer **38 194 places** supplémentaires, soit une augmentation de 326% par rapport à l'offre actuelle. C'est dans les départements du **Nord**, des **Bouches-du-Rhône** et à **Paris** que le nombre de places à créer sont les plus importants (plus de 1200 places).

Sources:

(1) *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.Ramaroson et Coll. 2003.

(2) *Cap Retraite a appliqué les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID en termes de prévalence et de stade de la maladie d'Alzheimer au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.*

(3) *STATISS 2014, Accueils pour personnes âgées. Établissements publics ou privés et services, places installées au 01.01.2014, Sources: DREES - ARS*

État de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD

Lorsque l'évolution de la maladie fragilise dangereusement la personne âgée, ou que l'épuisement des aidants ne permet plus le maintien à domicile, **une prise en charge complète en maison de retraite médicalisée devient une nécessité**. Quels dispositifs en EHPAD permettent une prise en charge **efficace et équitable**, sur l'ensemble de la France ?

» La prise en charge des malades en établissement, à l'échelle nationale

→ Descriptif des dispositifs déployés à ce jour

On compte en France **554 218 lits** en maison de retraite dédiés aux **personnes âgées en perte d'autonomie**. Parmi eux, **8 %** sont spécifiquement dédiés aux malades d'Alzheimer. Les données de la Drees indiquent pour leur part que **22 %** des résidents en maison de retraite souffriraient de la maladie d'Alzheimer.

Pour permettre une prise en charge adaptée, les EHPAD ont mis en place différentes sections spécialisées :

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés - PASA

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés sont principalement dédiés aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au **stade modéré** qui résident en EHPAD mais ne bénéficient pas d'une place spécifiquement dédiée à cette pathologie.

L'objectif des PASA est d'**améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux** via diverses **activités thérapeutiques** de jour, tels que des ateliers mémoire, activités de groupe motrices ou artistiques.

Les places dédiées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD

Les **places spécialisées** en EHPAD, **Unités d'hébergement renforcées (UHR)** incluses, sont dédiées aux personnes au stade sévère de la maladie, ou présentant des troubles importants du comportement.

Les UHR comptent entre 12 et 14 places, et proposent des activités stimulant les capacités cognitives des malades. Le personnel soignant est **spécialement formé** pour faire face à tous les types de situations et **les locaux sont sécurisés**.

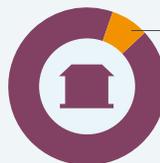


“ Les PASA ? Une véritable révolution au sein des EHPAD ”

Dr Hugues Bensaïd, Gériatre
L'interview intégrale en p.34

→ Les dispositifs déployés à ce jour : en chiffres ^(1,2)

LES PÔLES D'ACCUEIL ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA)



16,6% des EHPAD
soit 1 275 établissements
sont équipés d'un PASA



Plus de 36 200 résidents
participent aux activités
et soins adaptés des PASA

LES PLACES DÉDIÉES AUX PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN EHPAD



44 073 places



3,9% des places dédiées
en UHR soit 1 733 places



8% des places en maison de retraite
sont dédiées aux personnes souffrant
de la maladie d'Alzheimer



176 787 personnes âgées
souffrant de la maladie d'Alzheimer en
stade sévère résideraient en EHPAD

» À retenir

- Tous les EHPAD sont susceptibles d'accueillir des **malades d'Alzheimer, au stade modéré**. **Seulement 16,6%** d'entre eux sont toutefois équipés d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés. Il faudrait créer 6 386 PASA sur l'ensemble de la France pour équiper tous les EHPAD et proposer un accompagnement adapté à chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.
- 8% de l'ensemble des places en maison de retraite sont spécifiquement dédiées aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, au stade sévère. Les progrès fournis dans le domaine restent à intensifier : pour prendre en charge les 175 000 résidents estimés, ce taux devrait être de **31%**.
- Plus de **130 000 places** sont à créer ou à adapter en EHPAD pour prendre en charge l'ensemble des malades d'Alzheimer estimés, au stade sévère (4).

Sources :

(1) Fichier FINISS, DRESS, extraction mars 2015

(2) CREA-I-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON, CNSA
Analyse statistique des données issues des rapports
d'activité 2013 des établissements et services
médico-sociaux (Septembre 2014)

» Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés - PASA, prise en charge à l'échelle territoriale

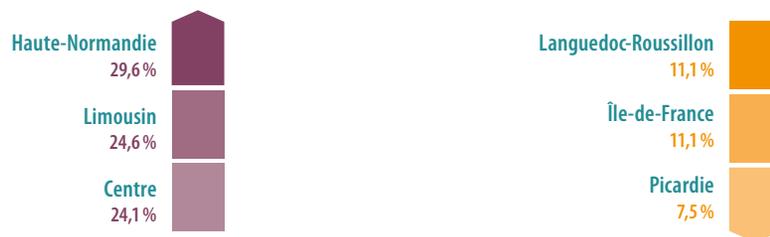
A ce jour, 320 000 personnes âgées seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré ou sévère et **résideraient en institution** ^(1, 2). Dans quelles régions et quels départements, les EHPAD sont-ils les mieux équipés en PASA ?

→ Offre existante à ce jour, par territoire

🇫🇷 DONNÉE NATIONALE

16,6% des EHPAD sont équipés d'un PASA aujourd'hui en France.

Régions où les EHPAD sont les mieux et moins bien équipés en PASA



Sources 1, 2 et 3

Départements où les EHPAD sont les mieux et moins bien équipés en PASA



Sources 1, 2 et 3

Légende:

- Territoires les mieux équipés
- Territoires les moins bien équipés

→ Estimations du nombre de places à créer, par territoire

DONNÉE NATIONALE

6 386 PASA à créer
pour équiper chaque EHPAD
et proposer une prise en
charge adaptée à chaque
malade

Régions devant créer le plus et le moins de PASA en EHPAD



Île-de-France



Rhône-Alpes



PACA



Champagne-Ardenne



Haute-Normandie



Limousin

Sources 1, 2 et 3

Départements devant créer le plus et le moins de PASA en EHPAD



Nord



Bouches-du-Rhône



Gironde



Alpes-Maritimes



Loire-Atlantique



Haute-Marne



Meuse



Ardennes



Alpes-de-Haute-Provence



Territoire de Belfort

Sources 1, 2 et 3

Légende:

Territoires devant créer le plus de PASA

Territoires devant créer le moins de PASA

» À retenir

- En France, **1 EHPAD sur 6** est équipé d'un PASA. Essentiels à une **prise en charge adaptée des malades d'Alzheimer au stade modéré**, ces pôles sont particulièrement présents dans les départements du **Vaucluse**, des **Alpes-de-Hautes-Provence** et du **Loiret**, avec plus d'**1 EHPAD sur 3 équipé**. A l'inverse, les départements de Paris, de l'Aude et du Val d'Oise proposent une offre d'accompagnement bien plus faible (1 EHPAD équipé sur 15).
- Pour équiper l'ensemble des EHPAD, plus de **6 000 PASA** sont à créer en France, avec un effort concentré en **Ile-de-France** (651 PASA à créer), **Rhône-Alpes** (630 à créer) et **PACA** (527 à créer).

Sources:

(1) *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.Ramaroson et Coll. 2003.

(2) *Cap Retraite a appliqué les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID en termes de prévalence et de stade de la maladie d'Alzheimer au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.*

(3) *Fichier FINESS, DRESS*

» Les places dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD, prise en charge à l'échelle territoriale

Quels territoires de France disposent du plus grand nombre de places dédiées à l'accueil des personnes estimées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer en maison de retraite, au stade sévère ?

→ Offre existante à ce jour, par territoire

🗺️ DONNÉE NATIONALE

25 places spécifiquement dédiées pour 100 malades estimés au stade sévère en EHPAD.

Régions où l'offre de places dédiées à la maladie, en EHPAD, est la plus et la moins développée
Nombre de places pour 100 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.



Sources 1, 2 et 3

Départements où l'offre de places dédiées à la maladie, en EHPAD, est la plus et la moins développée
Nombre de places pour 100 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.



Sources 1, 2 et 3

Légende :

- Territoires où l'offre de places dédiées est la plus développée
- Territoires où l'offre de places dédiées est la moins développée

→ Estimations du nombre de places à créer, par territoire

DONNÉE NATIONALE

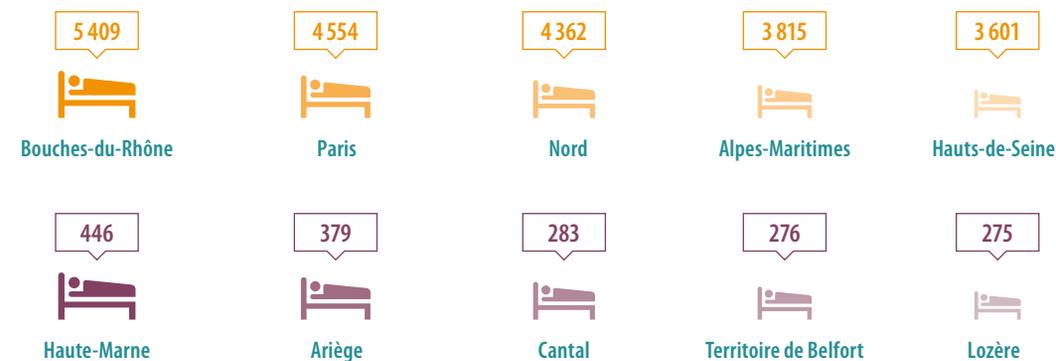
132 714 places dédiées aux malades d'Alzheimer au stade sévère seraient à créer ou à adapter en EHPAD dès à présent.

Régions devant créer le plus et le moins de places spécialisées en EHPAD



Sources 1, 2 et 3

Départements devant créer le plus et le moins de places spécialisées en EHPAD



Sources 1, 2 et 3

Légende:

Territoires devant créer le plus de places

Territoires devant créer le moins de places

» À retenir

- Au niveau national, on compte en moyenne **25 places spécifiquement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** pour 100 malades estimés, au stade sévère, résidant en EHPAD.
- C'est dans les **Vosges**, en **Haute-Savoie** et en **Savoie** que les malades au stade sévère seraient **le mieux pris en charge**, avec plus de 50 places pour 100 malades estimés. A contrario, cet accompagnement serait mis à mal dans les **Hauts-de-Seine**, les **Yvelines** et les **Bouches-du-Rhône** (moins de 4 places pour 100 personnes âgées estimées).
- A l'échelle régionale, même constatation: la région **Poitou-Charentes** et le **Centre** se placent bien en amont des grandes régions urbaines que sont **PACA** et **Ile-de-France**.
- Pour pallier ces manques, **132 714 places** spécifiques sont à créer ou à adapter en France, dont près de 20 000 en **Ile-de-France**, 15 000 en **Provence-Alpes-Côte-d'Azur**; et 11 000 en **Rhône-Alpes**.

Sources:

(1) *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. Ramaroson et Coll. 2003.

(2) *Cap Retraite a appliqué les résultats de l'étude épidémiologique PAQUID en termes de prévalence et de stade de la maladie d'Alzheimer au recensement de la population de l'Insee pour l'année 2013, à l'échelle nationale, régionale, et départementale.*

(3) *Fichier FINISS, DRESS*

Entretien avec le Dr Hugues Bensaid



Il prône un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et appelle à déployer de nouveaux moyens pour une prise en charge adaptée, à domicile comme en établissement, des personnes âgées en souffrance.

Le docteur Hugues Bensaid est un spécialiste des problématiques liées au Grand-âge. Gériatre et médecin coordonnateur des résidences *Les Marines et Rabelais*, à Asnières-sur-Seine (92), il accompagne depuis 15 ans nos aînés en perte d'autonomie et oeuvre pour leur bien-être au quotidien.

Cap Retraite s'est tourné vers lui pour recueillir les sentiments d'un expert du terrain et prendre le pouls de la situation.

DÉPISTAGE DE LA MALADIE

CAP RETRAITE: La maladie d'Alzheimer est particulièrement difficile à appréhender. Quelle attitude est la plus souvent adoptée par les familles? Peut-on parler de "déli" ?

DR BENSARD: Il faut comprendre, dans un premier temps, que pour bien des familles, il est **considéré comme normal** que le vieillissement s'accompagne de troubles cognitifs, d'autant que ceux-ci apparaissent le plus souvent de façon progressive. Mais la maladie d'Alzheimer est une pathologie bien réelle, **indépendante du vieillissement**, même si ce dernier est un facteur de risque.

Les proches **s'habituent aux troubles cognitifs** débutants et ne commencent à se poser la question de la maladie que lorsque des troubles plus gênants apparaissent, tels que des troubles du comportement (agitation, agressivité, fugues, sorties nocturnes, désinhibition, perturbation du voisinage, mise en danger de la personne, etc.)

L'autre problème qui freine le **dépistage précoce** est en effet le déni des familles. Il est très difficile pour les proches d'entrevoir que le parent concerné a une maladie de type

Alzheimer, assimilée dans l'inconscient collectif à "la folie". Ces représentations retardent l'information sémiologique à destination du médecin. Les proches minimisent les troubles et n'en parlent que tardivement, alors que la maladie est déjà bien installée.

“Un diagnostic précoce permet de mettre en place une prise en charge adaptée. Et de ralentir l'évolution de la maladie”

CR: Comment, dès lors, favoriser le dépistage de la maladie et permettre un diagnostic précoce ?

DB: Grâce à la réactivité du **médecin généraliste**. De par sa **proximité géographique**, il est bien souvent le seul intervenant apte à **poser un diagnostic**, dresser une **évaluation gériatrique** standardisée et mettre en place les **aides à domicile**, paramédicales et sociales, nécessaires.

Le Dr Bensaid recommande

- ✓ Sensibiliser les familles aux symptômes de la maladie
- ✓ Augmenter le nombre de Consultations Mémoire et de Journées d'hôpitaux de jour gériatriques
- ✓ Multiplier les Journées portes ouvertes au sein des établissements de soins (EHPAD, services gériatriques, hôpitaux...)
- ✓ Développer les réseaux gériatriques et les dispositifs de dépistage, avec la participation des médecins généralistes.

Pourtant, et même s'il existe aujourd'hui des tests "rapides" de dépistage des troubles cognitifs (CODEX), le diagnostic demande du temps : il faut réaliser une série d'exams complémentaires, expliquer au patient et à sa famille l'intérêt de ces examens, leur importance, etc. Au mieux, le sujet sera adressé à la **consultation mémoire** ou hôpital de jour gériatrique le plus proche.

CR : Quels bénéfices apporte une prise en charge précoce ?

DB : Un **diagnostic précoce** permet de mettre en place une **prise en charge adaptée**. Et de maintenir ainsi le plus longtemps possible l'**autonomie** de la personne âgée atteinte d'Alzheimer en **ralentissant** l'évolution de la maladie.

Une prise en charge précoce permettra au sujet de rester **plus longtemps à son domicile**, lieu par excellence à favoriser car porteur de l'histoire et de la mémoire du sujet. Elle évitera ainsi l'opposition et le refus des aides extérieures, qui interviendront progressivement pour **respecter le temps du sujet**.

Enfin, une bonne prise en charge à domicile permettra de préparer une entrée en EHPAD de façon progressive.

PRISE EN CHARGE À DOMICILE

CR : Quels intervenants sont nécessaires pour accompagner la personne malade ?

DB : Autour de la personne malade, graviteront divers professionnels. **Une infirmière**, qui sera responsable de la distribution des médicaments et de la surveillance clinique ; une **psychomotricienne** en vue d'une rééducation adaptée, ou une **ergothérapeute** d'une Équipe Spécialisée Alzheimer à domicile, membre du réseau gériatrique de proximité

qui aura revu l'ergonomie de l'appartement pour éviter les chutes - retrait des tapis, installation de barres au mur pour aider au déplacement,... - ; **une aide ménagère** qui pourra l'emmener faire ses courses, voir l'orthophoniste pour lutter contre l'aphasie ; un **kinésithérapeute** si besoin, et un **psychologue**, etc.



CR : Quelle est l'étape suivante, dans le parcours de soins ?

DB : Sera alors proposé l'**accueil de jour** deux fois par semaine pour des **activités thérapeutiques de stimulation cognitive et motrice** et pour renouer avec les autres. Une telle prise en charge permet d'être plus sensible à l'état de souffrance des aidants principaux ; et de les assister dans cette épreuve en proposant des séjours de rupture au sein d'EHPAD, voire une entrée en EHPAD. Cette dernière ne doit pas être envisagée trop tardivement : elle sera d'autant plus difficile à accepter que les troubles cognitifs seront avancés et sévères.

“ L'accueil de jour permet d'être plus sensible à l'état de souffrance des aidants principaux ”

Le Dr Bensaid recommande

- ✓ Inviter les familles à consulter les CLIC et autres réseaux gérontologiques, dès l'annonce du diagnostic
- ✓ Favoriser l'accompagnement des aidants, socialement et juridiquement

Le Dr Bensaid recommande

- ✓ Inciter les EHPAD à monter des dossiers de demande de PASA auprès de leurs Agences Régionales de Santé
- ✓ Développer les projets de vie personnalisés en établissement afin de répondre au mieux aux besoins et aux désirs du résident
- ✓ Encourager la formation des équipes de soins aux notions de bientraitance, éthique du vieillissement et fin de vie.

PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT

CR : Quel est l'apport des PASA ?

DB : Les PASA sont une véritable révolution au sein des EHPAD. Ils font figure de paradigme de la **prise en charge idéale** du sujet atteint de démence de type Alzheimer (ou maladies apparentées) avec troubles du comportement. Ce sont de **petites unités de vie**, où la prise en charge est **très individualisée** et où les activités proposées ont toujours un objectif thérapeutique. L'objectif final étant la diminution des troubles du comportement et l'apaisement du résident. Cet objectif est quotidiennement évalué par l'équipe de professionnels.

“Les PASA ? Une véritable révolution au sein des EHPAD !”

L'autre grand avantage du PASA c'est qu'il **soulage les équipes soignantes** et offre plus de sérénité aux autres résidents. Les résidents du PASA sont donc **très encadrés** et le personnel s'adapte au mieux à leurs besoins.

CR : Quelles sont les principales activités proposées par un PASA ?

DB : Les activités proposées dans le cadre du PASA ont un **objectif thérapeutique** visant à diminuer les troubles du comportement. On peut citer à titre d'exemple : la relaxation, la musicothérapie, les jeux stimulants la motricité, les repas thérapeutiques, et la sociabilité.

CR : Comment améliorer encore la prise en charge des personnes âgées en maison de retraite ?

DB : La prise en charge **individualisée**, adaptée aux désirs de chaque résident, reste le maître

mot de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. En ce qui concerne les **soins**, le nombre d'**aide-soignantes** est encore insuffisant en EHPAD, au vu de l'état de dépendance avancé de la majorité des résidents.

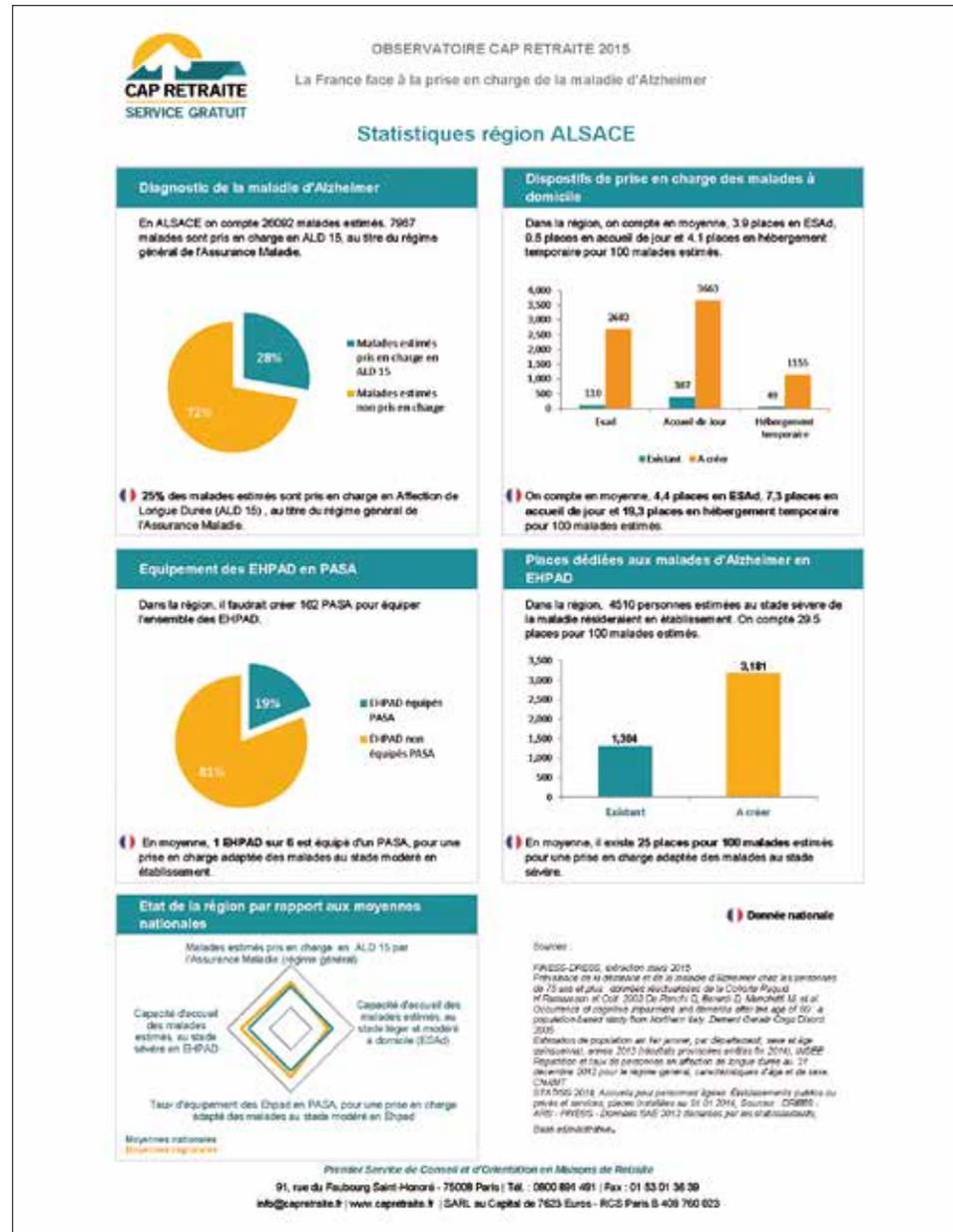


Un EHPAD n'est pas un hôpital, mais les personnes âgées y entrent de plus en plus tard et donc de plus en plus dépendants ; et avec des polyopathologies souvent très évoluées. **La charge en soins des EHPAD** augmente donc d'année en année. Il faut dès lors poursuivre et amplifier le **développement des principaux axes de soins** que sont notamment : la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, de la dénutrition, des troubles du comportement, etc.

La multiplication des PASA va dans le bon sens. Mais l'enjeu majeur reste **d'humaniser l'institution**, de faire en sorte qu'on sente **un lieu où la vie circule**. Pour cela, il faudra offrir une plus grande place aux artistes, aux tempéraments inventifs et créateurs, aux enfants (rencontres intergénérationnelles), favoriser les activités en petits groupes ; et poursuivre la formation du personnel en le sensibilisant à l'éthique du sujet âgé. ■

Annexes

» Exemple de fiche régionale

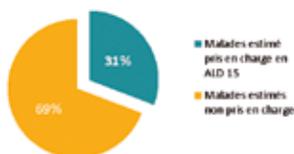




Statistiques du département BAS-RHIN (67)

Diagnostic de la maladie d'Alzheimer

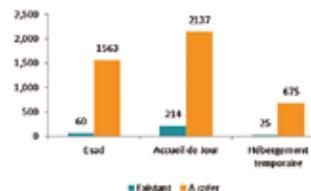
Dans le Bas-Rhin on compte 15186 malades estimés. 5129 malades sont pris en charge en ALD 15, au titre du régime général de l'Assurance Maladie.



25% des malades estimés sont pris en charge en Affection de Longue Durée (ALD 15), au titre du régime général de l'Assurance Maladie.

Dispositifs de prise en charge des malades à domicile

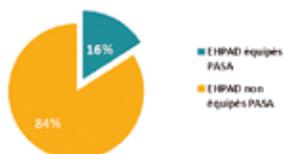
Dans le département, on compte en moyenne, 3,7 places en ESAD, 9,1 places en accueil de jour et 3,6 places en hébergement temporaire pour 100 malades estimés.



On compte en moyenne, 4,4 places en ESAD, 7,3 places en accueil de jour et 19,3 places en hébergement temporaire pour 100 malades estimés au stade léger modéré ou sévère, résidant à domicile.

Equipement des EHPAD en PASA

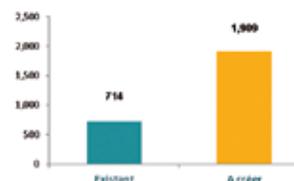
Dans le département, il faudrait créer 104 PASA pour équiper l'ensemble des EHPAD.



En moyenne, 1 EHPAD sur 6 est équipé d'un PASA, pour une prise en charge adaptée des malades au stade modéré résidant en établissement.

Places dédiées aux malades d'Alzheimer en EHPAD

Dans le département, 2021 personnes estimées au stade sévère de la maladie résideraient en établissement. On compte 27,2 places pour 100 malades estimés.



En moyenne, il existe 25 places pour 100 malades estimés pour une prise en charge adaptée des malades au stade sévère résidant en EHPAD.

Donnée nationale

Sources :
 FINESSE-DREES, extraction mars 2015.
 Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données rétrospectives de la Cohorte Paquet. H. Amaral et Col. 2003
 De Nooij D, Bernard D, Menchetti M, et al. Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60: a population based study from Northern Italy. Dement Geriatr Cogn Disord 2005;19:103-110.
 Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe. CNAAM.
 STATIS 2014, Accès à la population âgée. Établissements publics ou privés et services, places installées de 01/01/2014. Sources : DREES - ARS - FINESSE - Données SAE 2013 déclarées par les établissements, flux administratives.

» Diagnostic des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France

	Nb de malades pris en charge en «ALD 15»*	Nb de malades estimés (75 ans et +)	Taux de prise en charge des malades estimés en «ALD 15»**
NATIONAL	283235	1022756	25.3%
BAS-RHIN	5129	15166	30.8%
HAUT-RHIN	2838	10926	23.7%
ALSACE	7967	26092	27.8%
DORDOGNE	2185	10155	19.9%
GIRONDE	7521	24321	28.5%
LANDES	1771	7676	21.2%
LOT-ET-GARONNE	1615	7612	19.7%
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	3930	13807	26.3%
AQUITAINE	17022	63571	24.7%
ALLIER	1942	8237	21.9%
CANTAL	695	3613	17.9%
HAUTE-LOIRE	1133	4441	23.5%
PUY-DE-DÔME	2787	11222	22.8%
AUVERGNE	6557	27513	22.0 %
CALVADOS	3238	11610	25.7%
MANCHE	2236	10273	20.2%
ORNE	1260	6248	18.7%
BASSE-NORMANDIE	6734	28131	22.1%
CÔTE-D'OR	2390	9189	24.0%
NIÈVRE	1142	5304	19.9%
SAÔNE-ET-LOIRE	2485	11830	19.4%
YONNE	2052	6888	27.6%
BOURGOGNE	8069	33211	22.5%
CÔTES-D'ARMOR	2774	12791	20.0%
FINISTÈRE	4723	16899	25.8%
ILLE-ET-VILAINE	3439	15031	21.1%
MORBIHAN	3531	13990	23.2%
BRETAGNE	14467	58711	22.7%
CHER	1616	6465	23.0%
EURE-ET-LOIR	1790	6990	23.6%
INDRE	1205	5454	20.5%
INDRE-ET-LOIRE	2647	11007	22.2%
LOIR-ET-CHER	1590	7042	20.9%
LOIRET	2730	10872	23.1%
CENTRE	11578	47830	22.4%
ARDENNES	1302	4428	27.0%
AUBE	1438	5424	24.4%
MARNE	2558	8716	27.0%
HAUTE-MARNE	818	3624	20.8%
CHAMPAGNE-ARDENNE	6116	22192	25.4%
DOUBS	2143	7829	25.0%
JURA	1124	5104	20.4%
HAUTE-SAÔNE	993	4173	21.8%
TERRITOIRE DE BELFORT	732	2180	30.8%
FRANCHE-COMTÉ	4992	19286	23.8%
EURE	2037	8117	22.9%
SEINE-MARITIME	5616	19766	26.1%
HAUTE-NORMANDIE	7653	27883	25.2%
PARIS	8959	30788	26.6%
SEINE-ET-MARNE	4639	13951	30.2%
YVELINES	5420	16789	29.3%
ESSONNE	4897	13869	32.0%
HAUTS-DE-SEINE	6595	21117	28.8%
SEINE-SAINT-DENIS	3998	14195	25.6%
VAL-DE-MARNE	5441	16518	30.2%
VAL-D'OISE	4157	11948	31.6%
ILE-DE-FRANCE	44106	139175	28.9%

	Nb de malades pris en charge en «ALD 15»*	Nb de malades estimés (75 ans et +)	Taux de prise en charge des malades estimés en «ALD 15»**
AUDE	1872	7694	22.4%
GARD	3452	12867	24.5%
HÉRAULT	6128	18377	30.5%
LOZÈRE	343	1661	19.1%
PYRÉNÉES-ORIENTALES	2356	9826	22.1%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	14151	50425	25.7%
CORRÈZE	1487	6102	22.7%
CREUSE	536	3429	14.6%
HAUTE-VIENNE	2179	8108	25.0%
LIMOUSIN	4202	17639	22.2%
MEURTHE-ET-MOSELLE	2988	11227	24.4%
MEUSE	823	3443	22.1%
MOSELLE	4191	14787	25.7%
VOSGES	1772	6926	23.6%
LORRAINE	9774	36383	24.6%
ARIÈGE	1070	3467	28.7%
AVEYRON	1544	6932	20.8%
HAUTE-GARONNE	5742	18013	29.3%
GERS	772	4615	15.5%
LOT	1075	4427	22.5%
HAUTES-PYRÉNÉES	1234	5386	21.3%
TARN	2217	8692	23.8%
TARN-ET-GARONNE	1172	4734	22.9%
MIDI-PYRÉNÉES	14826	56266	24.4%
NORD	11398	33663	31.0%
PAS-DE-CALAIS	5382	20869	23.7%
NORD-PAS-DE-CALAIS	16780	54532	28.2%
LOIRE-ATLANTIQUE	5472	19681	25.6%
MAINE-ET-LOIRE	3057	13437	21.1%
MAYENNE	1117	5906	17.6%
SARTHE	2612	10391	23.3%
VENDEE	2371	12163	17.9%
PAYS DE LA LOIRE	14629	61578	21.9%
AISNE	2588	8477	28.1%
OISE	2788	9827	25.8%
SOMME	2484	8911	25.6%
PICARDIE	7860	27215	26.5%
CHARENTE	1616	7613	19.7%
CHARENTE-MARITIME	3100	13682	20.9%
DEUX-SÈVRES	1235	7536	15.2%
VIENNE	1439	8107	16.5%
POITOU-CHARENTES	7390	36938	18.5%
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	896	3224	25.4%
HAUTES-ALPES	533	2811	17.5%
ALPES-MARITIMES	8413	23278	33.3%
BOUCHES-DU-RHÔNE	11077	32618	31.1%
VAR	7051	20953	30.7%
VAUCLUSE	2578	9474	24.9%
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	30548	92358	30.3%
AIN	2017	8491	21.7%
ARDÈCHE	1509	6574	21.2%
DRÔME	2413	8165	26.9%
ISÈRE	5068	17099	27.0%
LOIRE	4618	14431	29.6%
RHÔNE	7517	24782	27.8%
SAVOIE	1705	6703	23.3%
HAUTE-SAVOIE	2967	9582	28.1%
RHÔNE-ALPES	27814	95827	26.6%

*Au titre du régime général de l'Assurance Maladie uniquement
** Calcul effectué sur la base des nombres de malades estimés dès l'âge de 65 ans

Sources : 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.Ramarason et Coll. 2003
De Ronchi D, Berardi D, Menchetti M, et al. Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60 : a population-based study from Northern Italy. Dement Geriatr Cogn Disord 2005
Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal, année 2013 (résultats provisoires arrêtés fin 2014), INSEE
Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe. CNAMT.

» Dispositifs de prise en charge à domicile

	Nb pl. ESA d/100 malades estimés*	Nb pl. à créer en ESA d**	Nb pl. Accueil de Jour/100 malades estimés*	Nb pl. à créer Accueil de Jour**	Nb pl. heb. temp./100 malades estimés*	Nb pl. à créer en heb. temp.**
NATIONAL	4.4	104672	7.3	146132	19.3	38194
BAS-RHIN	3.7	1563	9.1	2137	3.6	675
HAUT-RHIN	4.3	1119	10.2	1526	4.8	480
ALSACE	3.9	2683	9.5	3663	4.1	1155
DORDOGNE	5.5	1027	5.6	1487	20.2	376
GIRONDE	4.6	2483	5.9	3528	23.5	863
LANDES	4.9	781	3.4	1143	22.7	275
LOT-ET-GARONNE	3.7	785	7.8	1093	11.0	313
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	4.1	1418	4.2	2051	22.3	497
AQUITAINE	4.6	6493	5.4	9302	21.1	2324
ALLIER	3.4	852	4.6	1212	24.3	289
CANTAL	2.6	377	4.4	538	25.0	126
HAUTE-LOIRE	4.2	455	8.1	619	7.4	190
PUY-DE-DÔME	3.3	1161	4.2	1653	16.9	432
AUVERGNE	3.4	2845	5.0	4022	18.7	1037
CALVADOS	4.8	1183	5.8	1659	15.2	456
MANCHE	3.6	1060	6.5	1482	18.4	388
ORNE	4.5	639	7.1	893	23.6	221
BASSE-NORMANDIE	4.3	2881	6.3	4035	18.2	1065
CÔTE-D'OR	4.1	943	7.7	1307	31.6	292
NIÈVRE	5.3	538	8.1	756	13.7	212
SAÔNE-ET-LOIRE	3.2	1226	7.1	1702	25.1	411
YONNE	4.1	707	7.7	982	32.6	216
BOURGOGNE	3.9	3414	7.6	4748	26.7	1131
CÔTES-D'ARMOR	4.4	1309	8.5	1815	35.1	386
FINISTÈRE	3.9	1739	8.9	2372	34.1	518
ILLE-ET-VILAINE	4.4	1539	10.1	2089	30.8	484
MORBIHAN	5.3	1417	5.3	2031	13.5	560
BRETAGNE	4.5	6004	8.3	8307	28.6	1948
CHER	2.9	672	8.1	924	22.5	232
EURE-ET-LOIR	5.3	708	4.8	1032	23.3	249
INDRE	5.1	554	3.5	819	14.1	217
INDRE-ET-LOIRE	3.4	1138	9.7	1546	13.0	443
LOIR-ET-CHER	4.0	724	7.6	1013	33.5	218
LOIRET	4.3	1114	6.3	1575	24.7	380
CENTRE	4.1	4909	7.0	6910	21.6	1739
ARDENNES	4.2	454	4.5	658	8.0	188
AUBE	5.2	550	7.0	785	12.6	219
MARNE	3.2	903	5.7	1263	20.0	323
HAUTE-MARNE	5.2	368	16.5	465	15.8	141
CHAMPAGNE-ARDENNE	4.2	2275	7.6	3171	15.1	871
DOUBS	3.6	808	9.6	1066	30.1	254
JURA	3.7	526	9.1	717	38.9	146
HAUTE-SAÔNE	4.5	427	1.5	640	17.9	159
TERRITOIRE DE BELFORT	4.3	223	24.5	256	20.2	81
FRANCHE-COMTÉ	3.9	1984	9.4	2678	28.7	640
EURE	3.5	839	13.1	1081	20.9	298
SEINE-MARITIME	4.3	2025	9.5	2776	14.3	784
HAUTE-NORMANDIE	4.0	2864	10.5	3857	16.2	1082
PARIS	4.9	3135	7.8	4359	5.6	1343
SEINE-ET-MARNE	6.0	1403	7.6	1986	31.6	444
YVELINES	5.7	1695	3.0	2528	2.9	753
ESSONNE	4.7	1414	8.1	1937	31.8	440
HAUTS-DE-SEINE	3.5	2180	2.3	3190	14.5	836
SEINE-SAINT-DENIS	2.0	1489	5.5	2054	17.1	545
VAL-DE-MARNE	3.4	1708	3.3	2471	16.4	639
VAL-D'OISE	5.5	1209	7.0	1645	8.5	506
ILE-DE-FRANCE	4.4	14233	5.6	20169	14.5	5506

	Nb pl. ESA d/100 malades estimés*	Nb pl. à créer en ESA d**	Nb pl. Accueil de Jour/100 malades estimés*	Nb pl. à créer Accueil de Jour**	Nb pl. heb. temp./100 malades estimés*	Nb pl. à créer en heb. temp.**
AUDE	6.1	773	10.1	1069	14.0	306
GARD	5.1	1307	14.9	1693	26.9	437
HÉRAULT	3.6	1897	6.8	2663	19.1	689
LOZÈRE	11.3	158	6.2	242	10.6	69
PYRÉNÉES-ORIENTALES	6.7	981	12.2	1337	24.9	343
LANGUEDOC-ROUSSILLON	5.2	5116	10.4	7004	21.1	1844
CORRÈZE	3.1	633	5.3	898	23.1	218
CREUSE	5.4	347	3.6	514	20.5	126
HAUTE-VIENNE	5.8	818	10.9	1114	29.1	267
LIMOUSIN	4.8	1798	7.5	2526	25.3	611
MEURTHE-ET-MOSELLE	2.5	1172	12.5	1510	16.3	435
MEUSE	5.4	349	5.4	507	26.9	117
MOSELLE	4.4	1513	4.4	2156	29.6	484
VOSGES	4.0	711	6.4	990	21.3	253
LORRAINE	3.9	3744	7.4	5163	23.7	1289
ARIÈGE	5.4	351	14.5	462	20.3	128
AVEYRON	5.4	702	9.8	973	14.9	273
HAUTE-GARONNE	3.6	1858	4.4	2670	19.1	675
GERS	6.1	464	3.3	694	22.0	167
LOT	6.3	444	5.5	651	17.9	168
HAUTES-PYRÉNÉES	5.2	546	11.4	742	24.1	190
TARN	4.3	890	8.1	1243	22.0	314
TARN-ET-GARONNE	5.9	477	10.3	661	14.4	188
MIDI-PYRÉNÉES	4.8	5732	7.4	8097	19.3	2103
NORD	4.7	3433	9.9	4672	13.7	1344
PAS-DE-CALAIS	4.5	2133	6.4	2990	13.2	838
NORD-PAS-DE-CALAIS	4.6	5566	8.6	7663	13.5	2182
LOIRE-ATLANTIQUE	3.3	2036	7.7	2779	31.6	626
MAINE-ET-LOIRE	3.5	1388	11.4	1854	30.0	437
MAYENNE	4.7	602	4.0	881	29.1	195
SARTHE	4.5	1062	3.1	1568	24.4	365
VENDEE	3.8	1252	4.8	1793	38.0	351
PAYS DE LA LOIRE	3.8	6340	6.8	8875	31.1	1974
AISNE	2.2	887	5.2	1206	12.2	344
OISE	3.8	1012	3.9	1448	20.6	362
SOMME	4.2	914	6.7	1237	8.7	376
PICARDIE	3.4	2813	5.2	3891	14.1	1082
CHARENTE	3.7	785	8.1	1083	33.9	234
CHARENTE-MARITIME	3.4	1414	7.3	1950	29.3	450
DEUX-SÈVRES	3.7	777	10.7	1048	32.2	238
VIENNE	3.5	838	5.6	1185	33.7	250
POITOU-CHARENTES	3.5	3813	7.8	5266	31.8	1172
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	5.8	325	13.0	437	7.5	138
HAUTES-ALPES	6.6	281	5.3	415	11.8	115
ALPES-MARITIMES	4.8	2371	8.1	3312	7.8	992
BOUCHES-DU-RHÔNE	4.3	3341	7.6	4692	17.2	1251
VAR	4.9	2132	6.2	3033	12.0	853
VAUCLUSE	8.9	924	7.6	1353	10.5	392
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	5.2	9374	7.5	13240	12.4	3741
AIN	4.4	869	8.9	1201	14.8	335
ARDÈCHE	2.8	684	5.5	952	9.0	276
DRÔME	4.6	834	9.6	1137	27.0	277
ISÈRE	6.2	1716	6.7	2421	16.6	660
LOIRE	3.9	1484	9.4	2029	15.6	564
RHÔNE	4.1	2542	8.6	3504	12.3	1006
SAVOIE	4.2	687	8.7	944	20.0	248
HAUTE-SAVOIE	4.9	975	8.7	1358	25.3	332
RHÔNE-ALPES	4.5	9791	8.3	13546	16.6	3698

Sources : 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 et Coll. 2003
 Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal, année 2013 (résultats provisoires arrêtés fin 2014), INSEE
 FINESS, Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques - DRESS, extraction mars 2015

» Dispositifs de prise en charge en EHPAD

	Taux d'équipement des EHPAD en PASA	Nb de PASA à créer	Nb de places dédiées pour 100 malades estimés*	Nb de places dédiées à créer**		Taux d'équipement des EHPAD en PASA	Nb de PASA à créer	Nb de places dédiées pour 100 malades estimés*	Nb de places dédiées à créer**
NATIONAL	16.6%	6,386	25.1	132714	AUDE	5.5%	52	32.4	899
BAS-RHIN	16.1%	104	27.2	1909	GARD	8.8%	83	29.6	1565
HAUT-RHIN	24.7%	58	32.7	1272	HÉRAULT	9.2%	138	15.5	2683
ALSACE	19.4%	162	29.5	3181	LOZÈRE	12.9%	27	4.2	275
DORDOGNE	17.1%	58	13.0	1527	PYRÉNÉES-ORIENTALES	26.0%	37	12.6	1485
GIRONDE	20.6%	170	27.4	3052	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11.1%	337	20.8	6907
LANDES	25.0%	45	23.5	1015	CORRÈZE	25.5%	35	23.8	804
LOT-ET-GARONNE	17.9%	46	4.8	1253	CREUSE	17.6%	28	17.9	487
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	17.1%	97	17.2	1975	HAUTE-VIENNE	29.3%	29	36.9	884
AQUITAINE	19.5%	416	19.7	8823	LIMOUSIN	24.6%	92	28.7	2175
ALLIER	23.9%	35	29.0	1011	MEURTHE-ET-MOSELLE	14.5%	59	28.4	1389
CANTAL	9.1%	40	54.8	283	MEUSE	8.7%	21	16.5	497
HAUTE-LOIRE	16.3%	41	30.0	538	MOSELLE	10.5%	102	34.0	1687
PUY-DE-DÔME	14.0%	80	25.5	1445	VOSGES	18.2%	54	61.3	463
AUVERGNE	15.5%	196	31.1	3276	LORRAINE	13.2%	236	35.8	4037
CALVADOS	9.2%	89	35.9	1286	ARIÈGE	19.4%	25	36.7	379
MANCHE	19.5%	70	31.7	1213	AVEYRON	18.3%	58	18.4	977
ORNE	17.0%	44	37.1	679	HAUTE-GARONNE	26.5%	97	35.2	2017
BASSE-NORMANDIE	14.7%	203	34.7	3178	GERS	24.3%	28	10.5	714
CÔTE-D'OR	18.1%	68	18.4	1296	LOT	24.3%	28	21.4	601
NIÈVRE	19.5%	33	23.8	699	HAUTES-PYRÉNÉES	23.7%	29	3.3	900
SAÔNE-ET-LOIRE	14.0%	86	25.4	1525	TARN	21.4%	55	4.1	1440
YONNE	15.2%	67	5.6	1123	TARN-ET-GARONNE	24.3%	28	10.5	732
BOURGOGNE	16.2%	254	19.1	4643	MIDI-PYRÉNÉES	23.2%	348	20.2	7762
CÔTES-D'ARMOR	16.8%	99	8.6	2020	NORD	16.0%	220	25.0	4362
FINISTÈRE	24.8%	91	17.6	2407	PAS-DE-CALAIS	11.1%	112	40.3	2154
ILLE-ET-VILAINE	13.6%	121	42.8	1486	NORD-PAS-DE-CALAIS	14.4%	332	30.9	6516
MORBIHAN	21.7%	83	26.5	1778	LOIRE-ATLANTIQUE	13.1%	159	35.9	2180
BRETAGNE	18.9%	394	24.2	7691	MAINE-ET-LOIRE	10.9%	115	16.1	1949
CHER	20.5%	31	43.8	627	MAYENNE	10.9%	57	11.1	908
EURE-ET-LOIR	27.1%	35	31.4	829	SARTHE	19.8%	65	33.9	1187
INDRE	26.3%	28	33.9	623	VENDÉE	10.5%	128	40.0	1261
INDRE-ET-LOIRE	15.2%	56	35.1	1235	PAYS DE LA LOIRE	12.7%	524	29.7	7485
LOIR-ET-CHER	23.2%	43	35.6	784	AISNE	0.0%	72	32.9	983
LOIRET	31.9%	47	34.2	1237	OISE	13.5%	64	30.5	1181
CENTRE	24.1%	240	35.5	5336	SOMME	9.3%	49	12.3	1350
ARDENNES	22.2%	21	20.8	606	PICARDIE	7.5%	185	25.3	3514
AUBE	20.9%	34	38.9	573	CHARENTE	16.7%	65	23.4	1008
MARNE	14.6%	41	24.4	1140	CHARENTE-MARITIME	10.0%	117	47.2	1249
HAUTE-MARNE	16.0%	21	28.7	446	DEUX-SÈVRES	17.9%	64	39.0	794
CHAMPAGNE-ARDENNE	18.2%	117	27.9	2765	VIENNE	14.5%	65	50.6	692
DOUBS	15.2%	39	39.8	814	POITOU-CHARENTES	14.1%	311	41.4	3744
JURA	9.6%	47	24.6	665	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	41.2%	20	4.8	530
HAUTE-SAÔNE	20.0%	24	15.1	612	HAUTES-ALPES	23.3%	23	6.2	456
TERRITOIRE DE BELFORT	18.2%	9	26.8	276	ALPES-MARITIMES	11.3%	165	5.2	3815
FRANCHE-COMTÉ	14.4%	119	29.0	2368	BOUCHES-DU-RHÔNE	23.3%	171	4.1	5409
EURE	26.0%	37	31.1	966	VAR	25.5%	114	30.5	2517
SEINE-MARITIME	31.2%	75	32.1	2320	VAUCLUSE	45.2%	34	11.5	1449
HAUTE-NORMANDIE	29.6%	112	31.8	3286	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	23.4%	527	11.2	14175
PARIS	4.4%	65	14.4	4554	AIN	20.3%	59	19.6	1179
SEINE-ET-MARNE	14.1%	110	18.2	1971	ARDÈCHE	3.0%	65	12.9	990
YVELINES	15.7%	86	3.2	2810	DRÔME	8.5%	65	54.6	641
ESSONNE	14.0%	92	35.5	1546	ISÈRE	10.8%	91	23.7	2256
HAUTS-DE-SEINE	7.9%	105	1.3	3601	LOIRE	18.6%	96	3.0	2419
SEINE-SAINT-DENIS	9.5%	57	8.4	2248	RHÔNE	12.6%	152	41.3	2515
VAL-DE-MARNE	12.9%	61	11.3	2533	SAVOIE	14.3%	48	56.4	506
VAL-D'OISE	6.3%	75	32.6	1392	HAUTE-SAVOIE	21.7%	54	58.3	690
ILE-DE-FRANCE	11.1%	651	14.1	20656	RHÔNE-ALPES	13.8%	630	32.4	11197

* malades estimés au stade sévère résidant en établissement
** pour prendre en charge l'ensemble des malades estimés au stade sévère résidant en établissement

Sources : 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.Ramaroson et Coll. 2013
Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal, année 2013 (résultats provisoires arrêtés fin 2014), INSEE
FINESSE, Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques - DRESS, extraction mars 2015

Méthodologie et sources

» Objectifs de l'étude

- Étudier le dépistage de la maladie d'Alzheimer aujourd'hui en France, à l'échelle nationale, régionale et départementale.
- Analyser le dispositif de prise en charge des malades résidant à domicile ou en EHPAD, à l'échelle nationale, régionale et départementale.
- Apporter des pistes de réflexion pour garantir l'équité du dépistage et de la prise en charge en fonction de chaque stade de la maladie d'Alzheimer, sur chaque territoire.

» Moyens et méthodologie

Pour étudier l'état du dépistage de la maladie d'Alzheimer à l'échelle de chaque territoire, Cap Retraite s'est appuyé sur deux données : d'une part le nombre de malades pris en charge en "ALD 15", au titre du régime général de l'Assurance Maladie; et d'autre part le nombre de malades estimés.

Pour calculer le nombre de malades estimés à ce jour, Cap Retraite, s'est basée sur les résultats de l'étude épidémiologique de référence PAQUID réalisée par les chercheurs de l'Inserm, en appliquant les taux de prévalence et d'incidence de la maladie d'Alzheimer au recensement de la population de l'Insee, pour l'année 2013.

En se basant sur cette même étude, Cap Retraite a calculé le nombre de malades estimés pour chaque stade de la maladie d'Alzheimer (léger, modéré et sévère) et du type d'hébergement (domicile ou maison de retraite).

Les données obtenues ont ensuite été rapportées aux nombres de places installées dans les différents dispositifs de prise en charge spécialisés, fournis par le fichier FINISS et la base Statis: Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA), accueils de jour et hébergement temporaire dans le cadre du maintien à domicile, Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA); et places spécifiquement dédiées en maison de retraite médicalisée (EHPAD).

Pour évaluer le nombre de places à créer par type de structures, Cap Retraite a pris en compte les capacités en place d'ores et déjà autorisées.

En conclusion de son analyse, Cap Retraite livre ses préconisations pour améliorer la prise en charge de chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, en fonction du stade de la maladie.

» Sources

H.Ramaroson et Coll. 2003 *Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la Cohorte Paquid.*

De Ronchi D, Berardi D, Menchetti M, et al. *Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60 : a population-based study from Northern Italy. Dement Geriatr Cogn Disord.* 2005

Catherine Helmer, Florence Pasquier, Jean-François Dartigues. *Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés, Estimation dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la démence.* 2006

INSEE. *Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal.* 2013 (résultats provisoires arrêtés fin 2014)

CNAMT. *Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe.*

HAS, CNAMTS, MSA, RSI ; calculs INVS. *Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus suivies pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, de 2007 à 2011.*

FINISS, DRESS. *Extraction mars 2015*

STATISS 2014. *Accueils pour personnes âgées. Établissements publics ou privés et services, places installées au 01.01.2014*

CREAI-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON , CNSA. *Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médico-sociaux.* Septembre 2014

Professeur Joël ANKRI Professeure Christine VAN BROECKHOVEN. *Rapport, Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012.* Juin 2013

Médecins selon le statut et la spécialité en 2014, INSEE

Scannez le code ci-contre pour retrouver ce guide sur internet
ou rendez-vous sur : www.capretraite.fr/observatoire-alzheimer



www.capretraite.fr

▶ N° Vert 0800 891 491

