



HAL
open science

Étude de la population de patients âgés de 75 ans et plus, présentant des troubles cognitifs, vus en consultation mémoire au CHU Félix Guyon de la Réunion au cours de l'année 2011

Murielle Lu-Yen-Tung

► **To cite this version:**

Murielle Lu-Yen-Tung. Étude de la population de patients âgés de 75 ans et plus, présentant des troubles cognitifs, vus en consultation mémoire au CHU Félix Guyon de la Réunion au cours de l'année 2011. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00958724

HAL Id: dumas-00958724

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00958724>

Submitted on 13 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2-Victor Segalen

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2013

n°125

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LU-YEN-TUNG Murielle Elodie

Née le 29/05/1986 à Sainte-Clotilde La Réunion

Le 2 décembre 2013

Etude de la population de patients âgés de 75 ans et plus, présentant des troubles cognitifs, vus en consultation mémoire au CHU Félix Guyon de la Réunion au cours de l'année 2011.

Directeur de thèse :

Dr DE OLIVEIRA Maria-Fatima

Membres du Jury

Pr RAINFRAY Muriel PU-PH	Président du jury
Dr FRANCO Jean-Marc.....	Rapporteur
Pr COMBES Xavier PU-PH	Assesseur
Pr DEMEAUX Jean-Louis PU-PA.....	Assesseur
Dr CATTEAU Pierre	Assesseur
Dr DE OLIVEIRA Maria-Fatima	Assesseur

REMERCIEMENTS

**A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY,
Professeur des Universités Praticien Hospitalier de Gériatrie. Chef de pôle de
Gérontologie clinique à Bordeaux.**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes remerciements.

**A Madame le Docteur Fatima DE OLIVEIRA,
Praticien Hospitalier et chef de service du Court Séjour de Gériatrie.**

Merci de m'avoir aiguillée et dirigée dans ce travail. Pour ta disponibilité, ton enseignement lors de mon stage dans ton service. Ton aide et tes conseils m'ont été précieux.

**A Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO,
Maître de Conférences Associé de médecine générale.**

Nous vous remercions pour l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce jury et en être le rapporteur.

Merci pour votre disponibilité pour finaliser notre thèse. Trouvez ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse considération.

**A Monsieur le Docteur Pierre CATTEAU,
Président de la Société Gérontologique de Gériatrie de la Réunion**

Merci pour votre aide et votre regard sur nos personnes âgées de la Réunion. Vous avez accepté d'être membre de ce jury, soyez en remercié et veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Xavier COMBES,
Professeur des Universités Praticien Hospitalier et chef de service des Urgences.**

Vous avez accepté d'être membre de ce jury, soyez en remercié et veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX,
Professeur des Universités Praticien Ambulatoire de médecine générale.**

Merci pour l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A tous mes maîtres de stage (en hôpital et en libéral) et enseignant à l'Université,

Merci pour votre enseignement et formation, pour votre partage d'expérience.

A mon mari, Richard.

Je suis heureuse de terminer mes études avec toi à mes côtés. Merci pour ton soutien, ta patience et ton Amour.

A mes parents,

Sans vous je ne serai pas là, merci pour votre soutien sans relâche durant toutes ces longues années. Je vous dois TOUT.

A ma sœur, Julie

Merci pour tes conseils, tes encouragements et ces années passées ensemble à Bordeaux qui resteront gravées dans ma mémoire.

A ma famille et amis,

Merci d'être toujours présents.

Merci à tous ceux qui m'ont aidée pour ce travail :

Mariette (pour ta relecture), Florence Gey (pour tes conseils), Cyril Ferdynus (pour les statistiques et son logiciel), Emmanuel Chirpaz (pour les données de la consultation mémoire), Mr Gonthier (pour les documents récupérés)...

ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ALD : Affection Longue Durée
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BAC : Baccalauréat
BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle du second degré
CDR : Clinical Dementia Rating
CEP : Cours Elémentaires Primaires
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CMMR : Centre Mémoire Ressource et Recherche
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DOM : Département d'Outre-Mer
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSMR : Etablissement Public de Santé Mental de la Réunion
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
GIR : Groupe Iso Ressource
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension artérielle
IADL : Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courant
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
MA : Maladie d'Alzheimer
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCI : Mild Cognitive Impairment (Troubles cognitifs légers)
MMSE : Mini Mental State Examination initial
PAQUID : Personnes âgées quid
PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
SRoS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmier A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	8
A. Le vieillissement de la population.....	10
1. Généralités.....	10
2. La démographie réunionnaise	11
a. Structure de la population réunionnaise.....	11
b. Indicateurs démographiques	12
c. Vieillissement de la population.....	13
d. Le taux de dépendance qui augmente	13
e. Allocation personnalisée d'autonomie.....	14
3. L'environnement social.....	15
a. L'environnement familial	15
b. Le logement	16
c. Le niveau social	16
B. La Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées à la Réunion	17
1. Prévalence et incidence	17
a. Généralités	17
b. A la Réunion	18
2. Les facteurs de risque	19
a. Les facteurs sociodémographiques	20
b. Les facteurs de risque cardio-vasculaires.....	20
C. Les représentations sociales	24
1. Le regard sur la maladie	24
a. Une maladie crainte par l'ensemble de la population.....	24
b. Un manque d'information.....	24
c. Une maladie stigmatisée	25
d. La pathologie n'est pas différenciée du vieillissement normal.....	25
2. A la Réunion.....	26
a. La Réunion société multiculturelle	26
b. Histoire médico-sociale à la Réunion : Pauvreté, mortalité d'un pays en sous-développement.	26
c. Le regard porté sur les sujets âgés à la Réunion	27
d. Le regard porté sur la démence.....	28
D. L'offre de soins	28
1. L'organisation du territoire de santé	28
2. Offre sanitaire.....	29
a. En hôpital.....	29
b. A domicile.....	31
3. Offre médico-sociale	32
a. Etablissements pour personnes âgées	32
b. Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.....	33
c. Unité d'Hébergement Renforcé	33
d. Accueils de jour	34
e. Les familles d'accueil	34

4.	Lieu d'information et de coordination gérontologique	34
5.	Offre d'accueil informelle	35
II.	METHODE.....	36
A.	Introduction.....	36
B.	Matériels	36
1.	Localisation et organisation de la consultation mémoire	36
2.	Les primo-consultants	37
a.	Les critères d'inclusion	37
b.	Les critères d'exclusion	37
c.	Les données relevées	37
3.	Estimer le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans présentant une démence dans le Nord-Est de l'�le.....	38
4.	Calcul de la prévalence du diagnostic parmi les consultants et estimer la couverture des besoins.....	39
a.	Les critères d'inclusion	39
b.	Les critères d'exclusion	39
c.	Les caractéristiques relevées.....	39
C.	Méthode.....	39
III.	RESULTATS.....	41
A.	Profil général des primo-consultants.....	41
1.	Caractéristiques sociodémographiques	41
a.	Age des patients	41
b.	Sexe des patients	41
c.	Statut matrimonial.....	42
d.	Lieu d'habitation.....	42
e.	Lieu du domicile	43
f.	Mode de vie	43
g.	Aidants	43
h.	GIR.....	43
i.	IADL.....	44
j.	Niveau d'étude	45
k.	Les correspondants	45
2.	Les caractéristiques médicales	46
a.	Antécédents.....	46
b.	Le diagnostic et la prise en charge.....	47
c.	Examen complémentaire.....	49
d.	Bilan neuropsychologique	49
e.	Le diagnostic retenu	49
3.	Traitement instauré.....	50
a.	Traitements médicamenteux	50
b.	Traitements non médicamenteux	50
c.	Aide médico-social	50
d.	Mesure de protection	50
B.	Statistiques analytiques	51
1.	Présence de facteurs cardio-vasculaires chez les patients diagnostiqués déments vs non déments	51

2.	Comparaison de notre consultation à d'autres consultations en métropole	51
C.	Recensement INSEE 2009	53
D.	Extrapolation de l'étude PAQUID1998-1999 et couverture des besoins	54
IV.	DISCUSSION	55
A.	Discussion des biais	55
1.	Biais de mesure	55
2.	Limite de l'extrapolation de l'étude PAQUID	56
B.	Etude indispensable	57
1.	Qualité de l'étude	57
2.	Caractéristiques socio démographiques des primo-consultants	58
a.	Sexe et âge	58
b.	Lieu d'habitation	58
c.	Mode de vie	58
d.	Niveau socioculturel	59
e.	Autonomie	59
f.	Adressant à la consultation	59
3.	Caractéristiques médicales	60
a.	Ancienneté des troubles	60
b.	Nature des premiers troubles	60
c.	MMSE.....	61
d.	Antécédents médicaux et facteurs de risque	61
4.	La couverture des besoins : Une couverture insuffisante	65
C.	Comment améliorer l'offre de soins ?	66
1.	Facteurs impliqués dans le défaut de recours à la consultation mémoire	66
a.	Les facteurs liés au patient et l'entourage.....	66
b.	Les facteurs liés au médecin traitant.....	67
c.	Les facteurs liés à la consultation mémoire	67
2.	Augmenter la couverture des besoins.....	67
a.	Le plan Alzheimer 2008-2012	68
b.	Axes de réflexion	68
V.	CONCLUSION.....	70
VI.	REFERENCES	71
VII.	ANNEXES.....	77

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population mondiale est inéluctable. En 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80% en 45 ans.¹ La projection de la population faite en 2010 par l'INSEE à la Réunion, nous indique qu'en 2040 les séniors seront toujours plus nombreux, représentant plus de 100 000 personnes.²

La population âgée de la Réunion est issue d'une population jeune qui vieillit plus vite que celle de la Métropole. Leur mode de vie est particulier. La solidarité familiale est ancrée dans la collectivité. La personne âgée vit le plus souvent en famille et l'institutionnalisation reste marginale.

La démence est une pathologie neurodégénérative dont la fréquence augmente avec l'âge. La prise en charge médicosociale du patient et de la famille doit répondre à cette augmentation du nombre de patients déments prévue durant ces prochaines années. De nos jours, on sait distinguer le vieillissement normal de celui qui est pathologique. La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées ont longtemps été considérées comme l'expression du vieillissement cérébral. La démence reste une maladie sous-diagnostiquée dans la population générale. A la Réunion, nous devons tenir compte de la créolité avec ce mélange de culture apportant un regard particulier sur la personne âgée, la maladie et sa prise en charge. Les études ont montré que les causes des syndromes démentiels sont dominées par les maladies neurodégénératives dont la principale est la maladie d'Alzheimer. Les complications liées à ce syndrome comme la dénutrition, la perte de l'autonomie, la mortalité, ou l'impact socio-familial, justifient un diagnostic précoce.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la prise en charge de ces maladies et participent à l'allongement de l'espérance de vie.

Les consultations mémoire sont en première ligne pour l'accueil, le diagnostic et la prise en charge des personnes se plaignant de troubles cognitifs. Le chef-lieu de la Réunion dispose d'une consultation mémoire ouverte depuis 2003 et couvre toute la région Nord-Est de l'île.

Très peu d'études ont été menées autour du sujet « Maladie d'Alzheimer et apparentées » à la Réunion. Il n'existe pas d'étude épidémiologique de cette maladie à la Réunion. Seule l'étude PAQUID 1998-1999³ sert de référence. L'estimation de la prévalence en population générale est difficile car le diagnostic de démence nécessite une démarche et une compétence multidisciplinaires rigoureuses. Une étude portant sur la recherche active de démence dans la population gériatrique et son suivi serait longue et coûteuse. A l'échelle de la consultation mémoire, nous avons peu de données sur le profil des patients qui accèdent ou pas à la consultation. Au vu des particularités de la population réunionnaise, quelles sont les principales caractéristiques des consultants ? Sont-elles différentes de celles de la Métropole ? La couverture des besoins est-elle suffisante ?

L'objectif de l'étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cardiovasculaires des primo-consultants de 75 ans et plus, venant en consultation mémoire au CHU Felix Guyon de la Réunion en 2011 et de déterminer les principales étiologies de démence dans cette population. Les principales étiologies ont été comparées à celles des consultations mémoire en Métropole. L'objectif secondaire était de définir le profil de patients déments n'accédant pas à la consultation mémoire afin de proposer des actions permettant une amélioration de la couverture des besoins et la prise en charge de ce groupe de malades dans la population gériatrique.

A. Le vieillissement de la population

1. Généralités

La population mondiale doit faire face au phénomène du vieillissement. Celle-ci, continuant de vieillir, dépassera les 9 milliards d'habitants d'ici 2050.⁴ Le vieillissement n'est donc pas une situation nouvelle pour nos sociétés. Celles-ci ont d'ailleurs, déjà beaucoup entrepris pour faire face à l'évolution des besoins sociaux concernant les personnes âgées. Cette évolution, qui va se poursuivre, continuera dans les années à venir à mobiliser les politiques et les ressources publiques, et plus généralement l'organisation familiale et sociale toute entière. La question du vieillissement de la population fait partie des préoccupations des gouvernements. L'année 2012 est marquée par le dixième anniversaire du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. Elle est désignée par l'Union Européenne « Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle ».⁴

En France, le vieillissement de la population constitue une évolution majeure de notre société. Elle concerne l'ensemble des territoires avec une ampleur différente selon les régions. La proportion des personnes âgées est passée de 8% en 1950 à 11% en 2007. Elle pourrait atteindre 22% en 2050. La population âgée elle-même vieillit. Une personne âgée sur huit a au moins 80 ans. La part des plus de 80 ans représenterait 8,5 millions, soit plus de 12% du total contre 5% aujourd'hui.⁵ On observe un double mouvement d'augmentation de l'effectif de la population âgée (vieillissement par le haut) et un recul de la fécondité (vieillissement par le bas).⁶

Le vieillissement de la population a des conséquences sur le plan économique et social. Il retentit sur la croissance économique, l'épargne, les investissements, la consommation, les impôts, les transferts entre générations. En 1970, les dépenses de santé ont augmenté de plus de 17% par rapport à la première décennie.⁷ Sur le plan social, il modifie la composition de la famille, les modes de vie commune, les demandes de logements, les tendances de la migration et les besoins en terme de santé. Les fratries sont moins nombreuses pour apporter leur soutien aux aînés. Les femmes qui jouent un rôle essentiel en matière de soutien familial, sont plus nombreuses à travailler, donc moins disponibles pour le soutien des ascendants. La demande en soins pour maladie à longue durée s'accroît. Dans la mesure où les incapacités et les problèmes de santé augmentent fortement avec l'âge, la demande d'aide et de soins qui en découle va croître au cours des prochaines années. Le ratio de dépendance par rapport à la génération suivante est de 2% en 2007 et pourrait atteindre 12% d'ici 2050.⁸

2. La démographie réunionnaise

L'île de la Réunion se place au 25^{ème} rang des départements les plus peuplés en France. Si la population réunionnaise reste une population jeune, il faut noter qu'elle vieillit plus vite que celle de la France métropolitaine. Elle a pour caractéristique un taux de natalité plus important qu'en métropole mais un taux de mortalité infantile et une espérance de vie plus défavorables. La population des séniors a triplé en un quart de siècle. La population va augmenter dans les années à venir. Des mesures doivent être prises pour faire face au vieillissement de la population.

a. Structure de la population réunionnaise

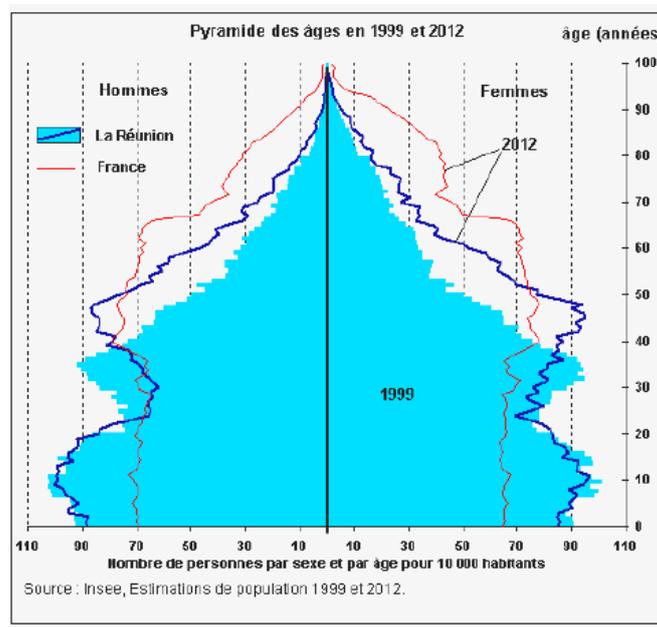


Figure I. 1: Pyramide des âges à la Réunion et en métropole en 1999 et 2012

Au 1^{er} janvier 2012, 837 868 personnes vivent à La Réunion.⁹ Le territoire Nord-Est, le plus vaste, rassemble 39% de la population. Cette population Réunionnaise est caractérisée par sa population jeune [Figure I.1]. La proportion des moins de 20 ans est plus importante à la Réunion tandis que les plus de 75 ans sont moins nombreux [Tableau I.1]. Cependant, on observe la plus forte progression de la population âgée de 75 ans ou plus au cours de la période 1995-2005 : + 5,5% par an à la Réunion.

Tableau I.1 : Population au 1^{er} janvier 2012¹⁰

	La Réunion	France
Moins de 20 ans	276 691 (33%)	16 116 463 (25%)
De 20 à 39 ans	225 312 (27%)	16 296 929 (25%)
De 40 à 59 ans	229 454 (27%)	17 577 320 (27%)
De 60 à 74 ans	76 823 (9%)	9 439 337 (14%)
De 75 ans ou plus	29 588 (4%)	5 850 808 (9%)
Total	837 868	65 280 857

Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population

L'âge moyen des Réunionnais est passé de 27,5 ans en 1991 à 33,3 ans en 2012 (soit une augmentation de + 5,8 ans contre 3,5 ans en métropole). La moitié de la population de la Réunion a moins de 32 ans, contre 40 ans sur l'ensemble de la France. La croissance de la population réunionnaise est de 1,4% par an depuis 1999. Elle est plus rapide que celle de la Métropole. L'excédent des naissances sur le nombre des décès explique également la croissance démographique élevée.

b. Indicateurs démographiques [Tableau I.2]

Tableau I.2 : Comparaison des indicateurs démographiques à la Réunion et en France en 2011¹¹

Indicateurs	Réunion	France
Taux de natalité en 2011 pour 1000 habitants	16,9	12,6
Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF)	2,36	2,01
Taux de mortalité	4,8%	8,4%
Espérance de vie à la naissance		
Hommes	75,5 ans	78,1 ans
Femmes	82,6 ans	84,6 ans

Source INSEE 2011

Le taux de natalité reste un des plus élevés des régions de France.

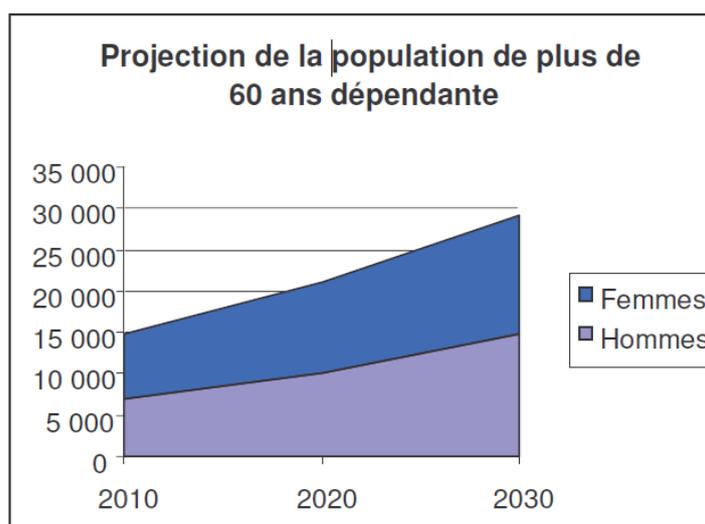
La Réunion est l'une des régions françaises où l'espérance de vie est la plus faible. Elle se classe juste derrière la Picardie et la Guadeloupe mais devant la Guyane et le Nord-Pas-de-Calais.

L'espérance de vie des Réunionnais a fortement progressé en 60 ans.¹¹ Cependant, il persiste un écart par rapport à la France. Il est estimé à 23 mois pour les femmes et 30 mois pour les hommes. Les principales causes sont la mortalité infantile et la mortalité des personnes âgées. Comme dans l'ensemble des départements d'outre-mer, la mortalité infantile entre 0 et 1 an est élevée dans l'île. La mortalité est élevée à partir de 65 ans. Un Réunionnais âgé de plus de 65 ans a encore une espérance de vie de 16,8 ans contre 18,6 ans sur l'ensemble de la France. Le taux de mortalité est deux fois plus faible à la Réunion qu'en France métropolitaine. Cet écart tient au seul fait de la jeunesse de la population réunionnaise. L'augmentation amorcée dans le milieu des années 1990 devrait néanmoins se poursuivre du fait du vieillissement de la population.

c. Vieillesse de la population

La population âgée est hétérogène. La proportion des plus de 75 ans est estimée à environ 30 000 au premier janvier 2012.¹¹ Le vieillissement de la population à la Réunion est plus important qu'en métropole. La proportion des personnes âgées est passée de 8 à 12% de 1982 à 2007. Ce vieillissement de la population devrait s'accélérer dans les années à venir. Selon l'INSEE, entre 2005 et 2030, l'effectif des 75 ans ou plus va progresser de 4,30% par an à la Réunion contre 2% dans l'ensemble des régions métropolitaines. Les personnes de plus de 80 ans seraient 4,5 fois plus nombreuses qu'aujourd'hui.¹² Malgré une forte progression de l'effectif de la population âgée, la Réunion devrait garder sa position atypique.

d. Le taux de dépendance qui augmente



Sources: Projection DRASS 2005

Figure I.2: Projection de la population de plus de 60 ans dépendante

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Suivant les projections, on assisterait à un dédoublement de la population âgée dépendante d'ici 2030 [Figure I.2]. Le nombre passerait de 14 000 aujourd'hui à 29 200 en 2030.¹³ 21% ont entre 75-79 ans et près de 30% ont plus de 80 ans. La première enquête HID (Handicap-Incapacités-Dépendance) montre clairement que les déficiences et les handicaps sont plus fréquents à la Réunion qu'en France métropolitaine.¹⁴ Les incapacités surviennent plus précocement (50-59 ans) par rapport à la Métropole (70-79 ans). Les difficultés concernant les actes de la vie quotidienne qui demandent de la cohérence, de pouvoir voir ou entendre, de faire sa toilette et concernant l'élimination des selles, apparaissent dès 60-69 ans à La Réunion et seulement à 80-89 ans en métropole. Près de 6 personnes hébergées sur 10 sont considérées comme très dépendantes (GIR 1-2). 3 sont dépendantes (GIR 3-4) et 1 personne sur 10 est peu ou pas dépendante (GIR 5-6).¹⁵

e. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ¹⁵

L'APA est la principale prestation départementale en faveur des personnes. Instituée en 2002, elle est versée par le Conseil Général aux personnes âgées de 60 ans et plus, évaluées en situation de perte d'autonomie, d'après la grille AGGIR [Annexe 1] et ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Cette prestation est ouverte aux personnes âgées hébergées à domicile ou dans un établissement. L'Etat ne contribue au financement de l'APA qu'à hauteur de 30%. Le budget du Conseil général s'élève aujourd'hui à 74 millions d'euros (7 fois plus en 8 ans).

En 2010, 12 018 personnes bénéficiaient de l'APA. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 17,6% entre 2003 et 2005. Le nombre de bénéficiaires de l'APA est donc plus important à la Réunion qu'en métropole (35,77% contre 18% pour les plus de 75 ans).^{16,17} Ceci renforce l'hypothèse d'un vieillissement biologique précoce.

La répartition des bénéficiaires de l'APA entre domicile et établissements traduit la forte priorité donnée au maintien à domicile :

- 94% des bénéficiaires vivent à domicile (contre 61% en métropole).
- 6% des bénéficiaires de l'APA sont en établissement (contre 39% en métropole)

Cette différence s'explique par la préservation à la Réunion du lien familial fort ainsi que par les capacités d'accueil limitées en établissement. Les bénéficiaires d'une aide à domicile rémunèrent dans 83% des cas une personne de gré à gré. A l'inverse au niveau national, il s'agit dans 89% des cas d'une aide par mode prestataire ou mandataire.

3. L'environnement social

a. L'environnement familial¹⁸

La Réunion maintient un lien familial fort. La vie en couple reste le mode de vie le plus fréquent chez les plus âgés mais le mode de vie familial réunionnais se modifie au fil du temps. La taille des ménages de la Réunion devient de plus en plus petite.

La part des séniors qui vivent en couple reste stable autour de 60%. Les personnes âgées qui vivent seules aujourd'hui sont de 27% contre 11% en 1982 [Tableau I.3]. Dans les années futures, on assistera à une augmentation de personnes âgées vivant célibataires ou vivant seules puisque la génération des pré-séniors a vu la part des divorcés tripler en 25 ans.

Environ 82 500 personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile.¹⁹

Aux âges élevés, les pensionnaires des maisons de retraite sont encore rares. L'entrée en institution, liée à la perte de dépendance et au développement de maladies chroniques reste minoritaire : 4% chez les plus de 75 ans.¹⁵ Les établissements accueillent proportionnellement trois fois moins de personnes qu'en France du fait de la solidarité intergénérationnelle. 1 personne sur 30 vit en communauté à la Réunion contre 1 sur 10 en France.²⁰ Après 80 ans, la proportion s'accroît, 1 personne sur 20 vit en communauté contre 1 personne sur 7 en France.

La population en établissements sanitaires et sociaux de moyen et long séjour a doublé depuis 1990 mais demeure trois fois moins importante qu'en métropole. Le nombre de pensionnaires en maison de retraite devrait augmenter du fait du vieillissement de la population.

Tableau I.3 : Comparaison du mode de vie chez les personnes âgées

	<i>En famille</i>	<i>En institution</i>	<i>Autres cas</i>	<i>Vit seules</i>
Personnes de plus de 60 ans				
La Réunion	63.5%	1.6%	12.6%	22.3%
France métropolitaine	62.5%	4.7%	4.2%	28.6%
Personnes de plus de 75 ans				
La Réunion	47.9%	3.6%	20.7%	27.7%
France métropolitaine	46.5%	9.5%	5.2%	38.8%

Source INSEE, Recensement de la population 2009

b. Le logement¹⁸

A la Réunion, la très grande majorité (87 à 90 %) des personnes âgées dépendantes se trouve encore à domicile contre 61% au plan national.

- 72% des personnes de plus de 65 ans sont propriétaires dont 81% en maison individuelle.
- 27% d'entre elles sont en location dont 45% en maisons, 55% en appartements et 58% dans du logement social.

Les seniors occupent 31% du parc social locatif. L'indice de surpopulation des logements qu'occupent les seniors est inférieur à 6 % contre 18 % pour l'ensemble des ménages. Le nombre de pièces par personne s'accroît de 1,53 pièce par personne chez les pré-seniors à plus de 2 pièces chez les grands seniors. Les logements sont globalement anciens et d'un confort moindre. 71% présentent au moins un défaut (électricité défectueuse, manque d'eau chaude,...) sans compter l'inadaptation à la dépendance éventuelle (largeur des portes, escaliers, ...) existant à un âge où apparaissent les premiers handicaps. Les grands seniors sont les plus pénalisés.

18% des ménages à la Réunion vivent dans des logements trop petits pour eux. En comparaison, moins de 6% des ménages seniors vivent dans ces conditions. En effet, trois ménages seniors sur quatre vivent en situation de sous-peuplement, c'est à dire qu'ils disposent d'au moins une pièce en plus comparativement à leurs besoins.

c. Le niveau social

La Réunion abrite de nombreuses familles aux revenus modestes.²¹ L'inégalité des revenus impacte l'état sanitaire des familles les plus pauvres. Seuls trois ménages fiscaux sur dix sont assujettis à l'impôt sur le revenu contre six en métropole. Le taux de chômage est élevé. En 2008, 49 % des Réunionnais ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 920 euros par mois). Le niveau de vie médian réunionnais est de 39% inférieur à celui de la France métropolitaine.

Les personnes âgées sont davantage touchées par la pauvreté : 57% des Réunionnais âgés de 75 ans ou plus vivent sous le seuil de pauvreté. 59% des personnes âgées de plus de 65 ans sont bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse (« minimum vieillesse ») contre 5% au niveau national [Figure I.3]. Sans cette prestation, 10% des personnes âgées vivraient avec moins de 220 euros par mois.²²

Chez les seniors, la pauvreté augmente avec l'âge. Ainsi, 46 % des 65-69 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 51 % des 70-74 ans et 57 % des plus de 74 ans. La mise en place progressive des caisses de retraite à la Réunion l'explique en partie. Ainsi, aujourd'hui les générations les plus âgées

peuvent parfois difficilement justifier d'une carrière assortie de cotisations afin de prétendre à une retraite plus conséquente. Les personnes âgées ont de faibles ressources et la plupart ont recours à l'aide sociale départementale pour les places d'EHPAD. Ainsi, quasiment toute place d'EHPAD est à la charge du Département, ce qui limite le développement de l'accueil en établissement.

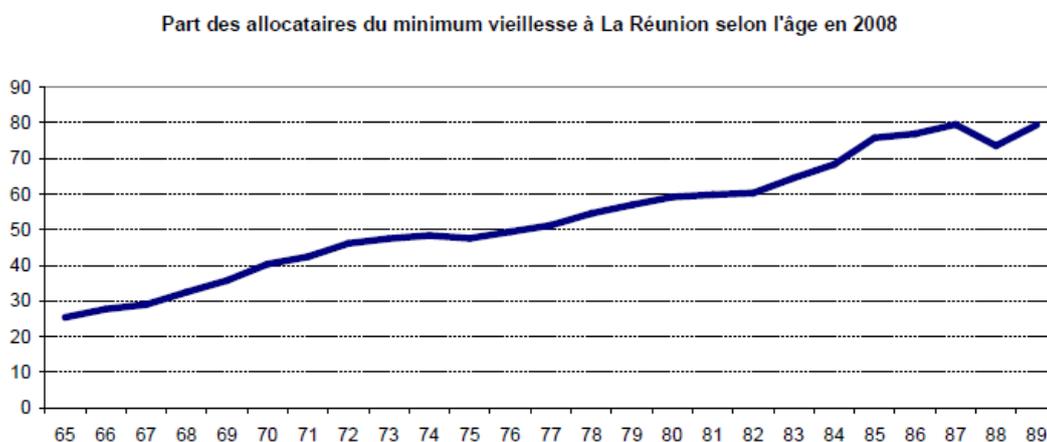


Figure I. 3 : Part des allocataires du minimum vieillesse à la Réunion en 2008

B. La Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées à la Réunion

Les démences présentent des particularités communes. Le syndrome démentiel est fréquent chez les personnes âgées. Ces démences représentent un véritable problème en santé public à cause des lourdes conséquences sur la santé de l'individu et sur son entourage. La population vieillit, d'où l'enjeu majeur dans la prévention des troubles cognitifs et de la démence.

1. Prévalence et incidence

a. Généralités

Plus de 800 000 Français sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce nombre risque de fortement augmenter avec le vieillissement prévisible de la population. La prévalence des démences augmente exponentiellement entre 65 et 85 ans et double environ tous les 5 ans. L'augmentation de la prévalence des démences, après 85 ans, poursuit une trajectoire exponentielle avec l'âge, tandis que dans d'autres la courbe de prévalence décrit un plateau.²³ L'espérance de vie diminue avec la démence. La durée de survie des sujets déments varie de 5 à 10 ans en fonction des études.

La méta-analyse de données européennes **EURODERM** regroupe des données de 11 études de populations menées dans 7 pays européens avant l'an 2000. Le taux de prévalence des démences

chez les sujets de plus de 65 ans est estimé à 6,4% toutes causes confondues. La maladie d'Alzheimer représente 70% des démences prévalentes, les démences vasculaires 10% et les mixtes 20%. L'analyse permet de donner des chiffres pour chaque tranche d'âge, avec un taux qui augmente fortement de 2/1000 personnes par année entre 65-69 ans à 70 /1000 personnes après 90 ans.²⁴

L'étude PAQUID³ est la seule étude épidémiologique en France qui permet de fournir des informations sur la prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer. En France, comme dans d'autres pays,²⁵ seule une démence sur deux (tous stades confondus) est diagnostiquée. La prévalence est de 17,8% chez les sujets de plus de 75 ans, 13,2% d'hommes et 20,5% de femmes. La prévalence augmente avec l'âge. Elle est plus marquée chez les patients vivant en institution. Près de 80% des cas sont des maladies d'Alzheimer, 10% sont des déments vasculaires. La prévalence d'une maladie dépend à la fois de son incidence et de la durée de la survie des patients.

De récentes estimations, basées sur un modèle utilisant les chiffres d'incidence Européens de démence par âge et sexe, les risques relatifs de mortalité liés à la démence stratifiés par tranche d'âge, et les projections des coefficients de mortalité en population générale, nous permettent de réactualiser les cas actuels et attendus en France.²⁶ En 2010 le nombre de cas de démence est estimé à 754 000, soit 1,2% de la population totale et 2,8% de la population active. En 2050 ce chiffre devrait être multiplié par 2,4 soit 1 813 000 cas, représentant 2,6% de la population totale et 6,2% de la population active.

b. A la Réunion

Le nombre de patients de plus de 75 ans déments peut être estimé dans chaque département grâce aux études de recherche isolées notamment l'étude PAQUID.³ Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à la Réunion de plus de 75 ans seraient de 3 600 au premier janvier 2006.²⁷ [Tableau I.4]

Tableau I.4 : Estimation du nombre de personnes de plus de 75 ans atteints de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés par sexe et par classe

Age	Hommes	Femmes	Total
75-79 ans	363	381	744
80-84 ans	350	799	1149
Plus de 85 ans	316	1423	1739
Total	1029	2603	3632

Sources : PAQUID, INSEE

Concernant les données de l'Assurance maladie, le nombre de patients inscrits en affection longue durée (ALD), au 31 décembre 2011 est de 1 215 pour la maladie d'Alzheimer, 390 pour la démence vasculaire et 668 concernant les démences sans étiologies précisées. Soit un total de 2 273 personnes bénéficiant de l'ALD pour une maladie démentielle. [Tableau I.5]

Tableau I.5: ALD Maladie Alzheimer et démences apparentées- Données Assurance maladie au 31/12/2011

	Hommes	Femmes	Ensemble
Démence de la maladie d'Alzheimer	312	903	1215
Démence vasculaire	154	236	390
Démence sans précision	285	383	668
Ensemble	751	1522	2273

Source : Assurance Maladie- ALD 15

2. Les facteurs de risque

Les données concernent essentiellement la maladie d'Alzheimer et les démences vasculaires. La recherche de facteurs de risque modifiables est un des enjeux majeurs de la recherche épidémiologique étiologique dans la maladie d'Alzheimer. Les études se portent, non seulement sur le mode de vie comme l'âge, le niveau d'étude les facteurs liés au mode de vie comme la pratique d'activité physique, les habitudes alimentaires la consommation de tabac ou d'alcool, les facteurs cardio-vasculaires, la nutrition, mais aussi sur la vie entière du patient c'est-à-dire le « mid-life » vers 40-50 ans.²⁸

a. Les facteurs sociodémographiques

L'**âge** est le premier facteur de risque de démence. Il est l'unique facteur de risque de maladie d'Alzheimer qui soit incontestable. L'étude PAQUID³ a permis d'avoir une estimation du nombre de déments en extrapolant les résultats de l'étude aux données de l'INSEE de 1999. Sur 769 000 patients déments, plus de deux tiers avaient plus de 85 ans. L'étude EURODERM²⁹ le confirme avec une incidence de démence chez les personnes de plus de 90 ans de 63.5% (IC 95% : 49.7-81).

Concernant le **niveau d'éducation**, les premières observations d'une association entre bas niveau d'éducation et risque de démence ont d'abord été interprétées comme étant le reflet d'un biais diagnostique. Les sujets avec un bas niveau d'étude étant ceux ayant de moins bons résultats aux tests neuropsychologiques étaient plus facilement repérés. Par contre, les sujets avec un haut niveau d'étude ont un risque moindre de démence ou auraient un début plus tardif des troubles. Le haut niveau d'éducation correspondant à une plus grande réserve cérébrale, permet au sujet d'utiliser, par exemple, plus de stratégies dans les fonctions de reconnaissance. Dans l'étude de PAQUID, le risque de développer une maladie d'Alzheimer est presque deux fois plus élevé chez les personnes ayant un niveau d'études inférieur au certificat d'études primaires comparées aux autres.³ Différents facteurs dont le point commun est qu'ils sont liés au mode de vie, apparaissent comme des facteurs protecteurs vis-à-vis de la survenue d'une démence. Ainsi la diversité et l'intensité des activités intellectuelles au cours de la vie sont réduites chez les sujets ayant une maladie d'Alzheimer.

L'**inactivité** apparaît comme un facteur de risque mais est aussi le reflet de signes précoces de la maladie.²⁸ Tous les travaux récents sur les activités physiques, démences et maladie d'Alzheimer ont rapporté un effet bénéfique de l'activité physique et un risque moindre de déclin cognitif ou de démence.

A la Réunion, on compte environ 111 000 personnes âgées de 16 à 65 ans en grande difficulté dans les exercices simples de communication par écrit. Ces personnes, dont la plupart ont été scolarisées en France, n'ont pas acquis les compétences de base qui leur permettent d'être autonomes dans certaines situations de la vie quotidienne. Ces résultats plus préoccupants qu'en métropole s'expliquent en grande partie par le retard de la mise en place du système éducatif. Le taux d'illettrisme réunionnais est de 21% contre 9% en métropole.³⁰

b. Les facteurs de risque cardio-vasculaires

Les facteurs de risque vasculaires favorisent, non seulement les démences dégénératives, mais aussi la maladie d'Alzheimer.

▪ Hypertension artérielle

Le rôle de l'hypertension (HTA) sur le déclin cognitif du sujet âgé et sur la démence est actuellement bien démontré. L'HTA est le plus puissant facteur de risque modifiable d'accident vasculaire cérébral, et multiplie le risque de ce type d'accident par quatre. Il existe un lien entre l'HTA et le dysfonctionnement cognitif, en particulier, lorsque l'HTA n'est pas traitée. Des études avec des durées de suivi dépassant les 20 ans viennent confirmer que l'existence d'une HTA à l'âge adulte augmente le risque de développer une démence.

L'étude Syst-Eur a démontré que le traitement de l'hypertension systolique isolée du sujet de plus de 60 ans réduisait l'incidence des démences de façon manifeste : 50% (IC à 95% : 0-76%) des cas de démence étaient en effet évités dans le groupe traité. Le lien entre hypertension artérielle et maladie d'Alzheimer est conforté par des études neuropathologiques, en particulier l'étude Honolulu-Asia Aging Study.³¹ Dans cette étude portant sur 293 sujets, l'hypertension artérielle à l'âge adulte en « mid-life » était associée à la sévérité des lésions neuropathologiques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer à l'examen post mortem du cerveau. Le cerveau des sujets hypertendus était plus léger et avait en moyenne plus de plaques neuritiques et plus de dégénérescences neurofibrillaires. Trente ans s'étaient écoulés entre la mesure de la pression artérielle et le décès.

Beaucoup d'études rapportent une association entre pression artérielle élevée mesurée 20 à 30 ans de l'évaluation cognitive et survenue d'une démence, avec un risque élevé chez les sujets non traités. Dans la cohorte Honolulu-Asia aging Study, l'HTA survient en milieu de vie et touche grand nombre de plaques séniles dans l'hippocampe et le néocortex. L'augmentation de la pression diastolique (plus de 95mmHg) est associée à un plus grand nombre de dégénérescences.³²

Des études ont montré que l'apparition des signes cliniques de la maladie d'Alzheimer était fréquemment précédée d'une baisse de tension artérielle chez les hypertendus.³³ Cette baisse de tension se poursuit au début de la maladie, plus marquée si la démence est sévère à l'inclusion.³⁴

Le bénéfice d'un traitement anti-hypertenseur est indéniable pour les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, mais pour la cognition, il pourrait dépendre de l'âge du sujet et du type de traitement, avec une réduction plus significative du risque de maladie d'Alzheimer chez les moins de 75 ans par rapport au plus de 75 ans.³⁵

A la Réunion, les données sur l'HTA sont supérieures à la Métropole en termes d'hospitalisation et de nouvelles admissions en affection longue durée. On observe une surmortalité liée à l'HTA.²⁵

[Tableau I.6]

Tableau I. 6 : Indicateurs sur l’Hypertension artérielle à la Réunion et en métropole

	Réunion	Métropole
Affection longue durée*	2,9	2,7
Hospitalisations †	1,5	0,6
Mortalité ‡	46,6	18,0

*Taux d’incidence (INSEE 2005) des ALD pour 1000 habitants, moyenne 2004-2005, CNAMTS-RSI-MSA

† Taux pour 1000 en 2004 PMSI

‡ Taux de mortalité pour 100 000 habitants en 2004, INSERM CépiDc

▪ Diabète

Les études récentes sur le lien entre diabète et maladie d’Alzheimer donnent des résultats assez contrastés. Plusieurs études épidémiologiques de grande taille ont remarqué des taux de maladie d’Alzheimer plus élevés chez des sujets diabétiques.³⁶ Le risque de démence, qu’elle soit d’origine vasculaire ou de type Alzheimer, serait multiplié par 1,5 à 3 chez les personnes atteintes d’un diabète sucré. L’influence du statut glycémique pourrait aussi varier selon la période de la vie.³⁷ Deux études en population ont montré qu’une tolérance au glucose altérée et une hyperinsulinémie étaient associées au déclin cognitif et à la maladie d’Alzheimer.³⁸

Dans l’étude Honolulu-Asia Aging, le diabète était associé à un risque augmenté de maladie d’Alzheimer et de démence vasculaire.³⁶ Cette association était plus forte chez les sujets porteurs d’au moins un allèle ε4 du polymorphisme de l’apolipoprotéine E. Cette relation pourrait être partiellement expliquée par l’effet du diabète sur les artères cérébrales et les neurotransmetteurs acétylcholine. En outre, les produits terminaux de glycation avancée, associés au diabète, peuvent conduire à des dépôts amyloïdes, à la formation de protéine τ et au stress oxydatif.

Le diabète touche plus la population réunionnaise que celle de la Métropole. En 2007, le taux standardisé de prévalence du diabète était de 7,8% à la Réunion. C’est le taux le plus élevé de l’ensemble du territoire français, deux fois supérieur au taux métropolitain.^{39 40}[[Tableau I.7](#)]

Tableau I.7 : Le diabète à la Réunion et en métropole⁴¹

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

*taux de prévalence (%), REDIA

†taux d'incidence (INSEES 2005) des ALD pour 1 000 habitants, moyenne 2004-2005, CNAMTS-RSI-MSA

‡ taux comparatif en 2004 pour 1000, PMSI

§ Taux comparatif de mortalité par diabète pour 100 000 habitants en 2004, INSERM

▪ **Cholestérol**

Des valeurs élevées de la cholestérolémie sont fortement associées aux maladies vasculaires. Le cholestérol est un composant essentiel du cerveau, et son rôle dans la formation des plaques amyloïdes est souvent évoqué. Les études sur le cholestérol et le déclin des fonctions cognitives sont hétérogènes. Comme pour l'hypertension artérielle, ce serait plutôt le niveau élevé de cholestérol en milieu de vie qui serait le plus associé à une augmentation du risque de démence. Une étude finlandaise a montré que l'hypercholestérolémie détectée à l'âge adulte est un facteur de risque de maladie d'Alzheimer des années plus tard.⁴² L'impact potentiel sur le déclin cognitif de l'utilisation de certaines statines a été étudié à partir de données de cohortes ou dans le cadre d'essais cliniques. Mais l'ensemble des résultats n'est pas en faveur d'un effet significativement protecteur du traitement.

▪ **Consommation d'alcool**

La consommation modérée d'alcool pourrait avoir des effets positifs sur les maladies vasculaires et le fonctionnement cognitif. De nombreuses études se sont développées à partir de l'étude PAQUID portant sur le rôle protecteur d'une consommation modérée d'alcool. En France, l'étude PAQUID a montré une association significative entre la consommation modérée d'alcool et la diminution du risque de maladie d'Alzheimer à 3 ans.⁴³ Les mécanismes restent à être étudiés. A la Réunion, le problème est la consommation excessive d'alcool. La mortalité régionale (75%) liée à l'alcool est supérieure à la moyenne métropolitaine. La Réunion se place ainsi parmi les régions françaises les plus à risque en termes de morbidité, de mortalité et d'infractions liés à l'alcool.⁴⁴

C. Les représentations sociales

1. Le regard sur la maladie

La maladie d'Alzheimer est sous-diagnostiquée. Les représentations sociales sont le plus souvent avancées. Elles seraient si négatives et si fortement anxiogènes que médecins, patients et entourage seraient tentés de repousser au plus tard l'annonce d'une maladie qui « cristallise toutes les peurs liées au vieillissement ».⁴⁵

a. Une maladie crainte par l'ensemble de la population

Le sentiment de peur est marqué dans l'esprit de la population générale, les aidants mais également les professionnels. Une enquête réalisée en 2008 par l'INPES montre que la maladie d'Alzheimer est considérée comme l'une des trois maladies jugées les plus graves par un quart des personnes interrogées. Elle se situe derrière le cancer et les accidents de la circulation.⁴⁶ Les aidants familiaux et le personnel de santé expriment leur peur face au caractère inéluctable de la maladie, au sentiment d'impuissance, aux conséquences sur l'identité du malade et sur l'entourage. Les médecins généralistes font part de leur crainte d'annoncer le diagnostic et d'avoir à gérer une pathologie où ils ont le sentiment de ne pouvoir rien faire. Des difficultés sont éprouvées dans le repérage de la maladie. Dans une étude européenne, 70% de médecins estiment que les généralistes ont du mal à identifier les symptômes à un stade débutant. Le délai entre les premiers signes perçus et la consultation d'un médecin est en moyenne de 47 semaines pour l'ensemble des six pays européens enquêtés d'après le Facing dementia survey.⁴⁷ Les raisons avancées par les aidants sont : l'ignorance des symptômes de la maladie d'Alzheimer (70%), le déni de la maladie (64%), la méconnaissance de la gravité des symptômes (61%) ; l'impression qu'il s'agissait des symptômes d'un vieillissement normal (58%) ou d'une autre maladie (52%). L'accumulation des petits signes dans le temps met plus en alerte les proches que la connaissance même des symptômes de la maladie.

b. Un manque d'information

En effet, ce sentiment de crainte s'accompagne du sentiment d'être mal informé. Près de quatre personnes sur dix estiment être mal informées sur la maladie d'Alzheimer. Un grand flou subsiste sur ses causes, son évolution et les diverses formes qu'elle peut revêtir. 91% des personnes interrogées souhaiteraient connaître leur diagnostic si elles avaient des signes évocateurs de la maladie.⁴⁸ Des études réalisées ont montré un faible niveau de connaissance de la maladie. Lors

d'une épreuve vignette (méthode permettant de tester, dans une situation artificielle, la capacité des répondants à diagnostiquer la maladie d'Alzheimer), 4,4% de personnes interrogées ont mentionné une démence sur un échantillon de 500 personnes, étude réalisée au Brésil.⁴⁴

c. Une maladie stigmatisée

La maladie d'Alzheimer est vue comme une maladie stigmatisante pour les personnes atteintes et son entourage.⁴⁹ Le malade est exclu de la vie sociale et perçu comme quelqu'un perdant sa personnalité, déshumanisé, voire déjà mort. La maladie d'Alzheimer est perçue comme un sujet tabou lié aux symptômes et aux images associées à la maladie (enquête qualitative en 2008 : 31% des plus de 18 ans déclarent qu'ils se sentent ou sentiraient mal à l'aise face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer). Les comportements socialement inadaptés que peuvent avoir les malades peuvent constituer une source d'exclusion et conduisent l'entourage à éviter les situations d'interaction sociale qui peuvent déclencher un sentiment de honte. Le patient est absent dans les évocations du grand public, les aidants familiaux et professionnels de santé. Le rôle des aidants est important mais source d'épuisement. 93% des personnes interrogées admettent que la maladie peut avoir des effets dévastateurs sur la famille des malades.³ Les aidants sont confrontés à l'isolement et souvent méconnaissent les aides dont ils peuvent bénéficier.

d. La pathologie n'est pas différenciée du vieillissement normal.

La maladie est souvent interprétée comme une maladie de la mémoire. L'utilisation abusive du terme de la maladie d'Alzheimer devenue catégorie fourre-tout fait obstacle au diagnostic. « On commence à regrouper toutes les formes de désorientation, de pertes psychiques et de démence, sous le terme d'Alzheimer... » (Ngatcha-Ribert, 2004).⁵⁰

La pathologie n'est pas toujours différenciée du vieillissement normal. La perte de mémoire est souvent considérée comme inévitable au vieillissement, quelque chose attendue dans l'ordre des choses. Leur éventuel caractère pathologique peut être nié. L'explication des troubles par l'âge suffit à dire leur normalité fortement teint de fatalité. Il n'y a pas de sens à chercher une aide professionnelle. L'histoire de la vie, les expériences personnelles sont attribuées à la maladie. Sa signification est donc donnée à travers son insertion dans l'histoire de la vie du patient, l'élaboration d'un lien avec un événement surnaturel qu'il a connu.

2. A la Réunion

La vie de chaque individu est construite à partir de sa propre éducation, de son histoire culturelle transmise par la société ou la famille, de ses propres croyances, ses propres convictions, ses expériences personnelles. Tous ces éléments vont influencer sur le comportement de l'humain, sur le patient, mais également sur le soignant. Les représentations, le savoir et les pratiques du patient doivent être pris en compte pour comprendre ses réactions face à la maladie. Le médecin doit connaître la culture de son patient afin de le soigner et de lui apporter l'aide dont il a besoin. Tous ces paramètres vont déterminer le parcours du patient face à la maladie.

a. La Réunion société multiculturelle

La Réunion est une ancienne colonie Française longtemps aux mains d'une aristocratie foncière. Sa physionomie actuelle caractérisée par un mélange de culture est le résultat de vagues de migration en provenance de l'Inde, de l'Afrique, de la Chine mais aussi de la Métropole française. Des populations d'origine multiples ont été amenées à cohabiter dans une même société, créant ainsi le « métissage ». Cette imbrication est le processus à la base de la créolisation visible aujourd'hui. Cette pluralité se retrouve dans les usages thérapeutiques des familles, mais aussi dans les conduites adoptées face à la maladie ou au malheur, dans un rapport à la religion indissociable.⁵¹ Les trois principaux systèmes thérapeutiques en présence lors du peuplement de l'île sont associés aux trois composantes humaines fondamentales de la société : pratiques et systèmes thérapeutiques introduits par les colons européens, usages amenés dans l'île par la composante malgache de la population et conduites d'origine indienne.

b. Histoire médico-sociale : Pauvreté, mortalité d'un pays en sous-développement.

Peuplée depuis 1673, la Réunion va connaître des mouvements d'immigrations de grande ampleur, occasionnant des épidémies d'origine infectieuse. Des maladies telles que le paludisme, la variole vont s'introduire dans cette société de plantation. Aux 18^{ème} et 19^{ème} siècle, le choléra, le typhus, la peste, la lèpre, la grippe et le paludisme sont les principales causes de mortalité. En 1919, la grippe espagnole cause la mort de plus de 7 000 individus sur 170 000 habitants, en un mois et demi.⁵² La seconde guerre mondiale va laisser des marques de sous-développement à la Réunion. Le mode de vie est précaire, les logements délabrés. Le taux de mortalité est élevé et l'espérance de vie d'à peine 50 ans. Le taux de fécondité est élevé. La malnutrition chronique, accentuée lors des

cyclones et les parasitoses sont les principales raisons du fort taux de mortalité. Ces maladies sont directement liées à l'état précaire avec le manque d'eau courante, d'hygiène et à l'absence de traitement des déchets. La départementalisation de l'île en 1945 se fait alors dans un contexte de pauvreté économique et sociale. L'acquisition de ce nouveau statut permet de déployer des moyens en santé publique et l'application de la législation métropolitaine. Le bouleversement économique, avec un développement du secteur tertiaire et le développement social, donne un visage nouveau à la société réunionnaise. Grâce à des moyens en santé publique, le paludisme autochtone a pu être éliminé en 1979. La Réunion est passée d'une mortalité de type pays sous développé à une mortalité cardio-vasculaire. Aujourd'hui ce sont les « maladies de la civilisation » qui doivent être prises en charge (diabète, consommation d'alcool, obésité, pathologie associée à la vieillesse...). La prévention de la santé doit faire face à la coexistence de l'existence d'une biomédecine occidentale et d'un modèle réunionnais d'origine. Deux systèmes opposés de représentation du corps et de la santé.⁵³ Nos « gramouns » (grands-parents) qui ont connu cette misère sur le plan social et sanitaire ont été marqués par ce passage au cours de leur vie. Ils ont vu leur aïeul vieillir dans des conditions déplorables, à un âge précoce. L'intérêt était de survivre à la précarité. Aujourd'hui nos préoccupations ne sont plus les mêmes au vu du développement en terme de santé. Nous nous intéressons aux « troubles cognitifs des personnes âgées » dont l'espérance de vie a considérablement augmenté. Cette préoccupation entre progressivement dans nos mœurs et au sein même de la famille. L'histoire de ces personnes âgées doit être prise en compte dans « cette perception conception de la pathologie démentielle ».

c. Le regard porté sur les sujets âgés

La personne âgée représente le savoir. La femme devient « in gramoun » (une vieille) dont la participation à la vie sociale est souvent sollicitée pour raconter et témoigner. Son discours est alors garant de vérité. Elle est considérée comme une personne, ayant des pratiques de soins particulières au regard de la science médicale, à qui on demande pourquoi elle fait telle ou telle chose, et qui répond : « Gramoun i di kom sa... » (Les vieux disent...).⁵⁴ Louis Vincent Thomas disait : « Pour grand nombre de cultures africaines, la vieillesse était conçue autant comme un gain que comme une perte. Le vieux c'est celui qui sait, celui qui a la vision. S'il marche lentement, c'est qu'il connaît le poids des choses ».

Si dans la société Occidentale, la maladie d'Alzheimer bénéficie d'une prise en charge médicale, dans d'autres populations les personnes âgées sont parfois stigmatisées et exclues des recherches médicales.

d. Regard porté sur la démence.

La pathologie démentielle bouscule la vision de la vieillesse. Elle fait place à la sénilité jugée comme inéluctable à l'approche de la mort. Pour beaucoup de réunionnais, la maladie d'Alzheimer est vierge de représentation et demeure tout à fait inconnue. Pour commenter l'état de santé psychique, dans les limites d'une certaine normalité, on emploie l'expression « avoir de la mémoire ». Perdre la mémoire signifie : atteinte des capacités intellectuelles globales « la tête lé pu bon, son tête lé piqué, son coco lé féfé, son coco lé sec » (La tête n'est plus bonne). Atteinte de la conscience de soi même « ... elle ne va pas se rendre compte quand elle va mourir... ». Performance explorée par le médecin « li la perd son tête, li lé pareil un livre déchiré li na cancrelat dans son tête, son pipi, son caca ». (Catteau P., 1990)

La mémoire correspond dans son sens premier, retrouvé aussi à l'île de la Réunion, à cette capacité de se souvenir, de garder en soi les images et les événements du passé lointain. « Li perd la connaissance ».

Longtemps, les états démentiels furent peu médicalisés. La démence s'inscrit dans la trajectoire d'une destinée, elle n'apparaît pas comme une maladie, et bénéficie d'une remarquable tolérance du milieu familial élargi. L'habitat en petites cases rapprochées, selon le système du clan, permet aux patients de garder sa place dans des repères temporo-spaciaux inamovibles : c'est le système « la kaz-la kour ». Les chocs psychologiques occupent une place de choix pour rendre compte du déclenchement de la maladie (Enjolras, 2005).⁵⁵ Ces étiologies profanes, qui permettent que la maladie fasse sens dans l'histoire du malade, malgré la rupture qu'elles introduisent, puissent être insérées dans le cours de la vie du malade, se rencontrent dans toutes les populations, avec des variantes dans les modes d'interprétation privilégiées.

D. L'offre de soins

Les caractères sociodémographiques à la Réunion sont différents de la Métropole. L'offre sociale et sanitaire doit répondre aux besoins de la population.

1. L'organisation du territoire de santé

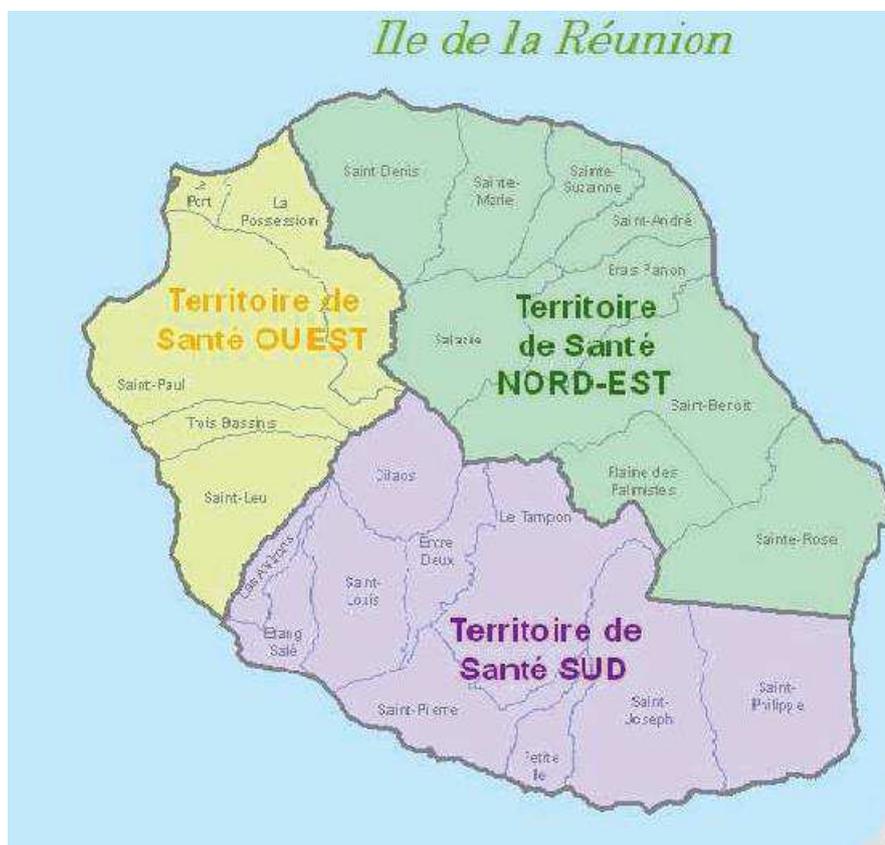
Le territoire de santé se partage en 3 niveaux.⁵⁶ Le niveau 1 qui est celui du premier recours pour les pathologies courantes, distingue trois entités :

- Le territoire Nord-Est (Saint-Denis à Sainte-Rose) qui compte 38% de la population.
- Le territoire Ouest (Possession à Saint-Leu) 22% de la population.

-Le territoire Sud (Saint-Leu à Saint-Philippe) 40% de la population.

Au niveau 2, le Nord-Est et l’Ouest sont regroupés. Le niveau 2 est celui des soins.

Le Nord-Est et l’Ouest se regroupent pour former le territoire Nord, le Sud gardant le même découpage. Au niveau 3, le territoire de santé couvre La Réunion et Mayotte. Le niveau 3 est celui des services hautement spécialisés, à vocation régionale ou interrégionale. [Figure I.4]



[Figure I.4]: Organisation du territoire de santé à la Réunion

2. Offre sanitaire^{57,58}

a. En hôpital

▪ Consultation mémoire

Les consultations mémoire sont réparties sur chacun des trois territoires de santé de l’île. Il existe deux centres de consultation mémoire labellisés sur les sites du CHU de Saint-Denis et de Saint-Pierre. Les consultations sur le site de l’hôpital Gabriel Martin à Saint-Paul et du CHU du

Tampon sont déconcentrées. La création d'un CMRR fait partie d'un des objectifs durant la période 2012-2016.

Il existe deux cabinets de neurologie situés dans le Nord de l'île et un dans le Sud de l'île.

On retrouve une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie dans l'Est de l'île dirigée par l'EPSMR Pôle-Est.

▪ **La filière de soins gériatriques**

La filière gériatrique a été fortement structurée ces dernières années. Elle permet de disposer de :

- 3 courts séjours gériatriques (un par territoire de santé), dont 2 disposent d'une unité adossée d'hospitalisation de jour.
- 3 équipes mobiles gériatriques, positionnées en proximité directe de chaque service d'urgence de chacun des trois territoires de santé.
- une généralisation de la compétence de gériatre dans l'ensemble des services de SSR polyvalents, à l'occasion de la révision des autorisations en 2010.
- 2 unités de soins de longue durée (versant sanitaire) pour une capacité totale de 79 lits, très en deçà des besoins locaux, et pour lesquels une extension de 30 places est toujours en attente d'un financement DGOS depuis plusieurs années.

▪ **Unité de Cognitivo-Comportementale**

Dispositif phare du plan Alzheimer, mis en place par l'équipe du long séjour adossée au SSR du CHU sur le site du Tampon. Elle est au nombre de 10 places. Les unités cognitivo-comportementales situées en SSR s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes: mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Les patients proviennent essentiellement de leur domicile ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Un programme d'activités structuré et adapté peut conduire à une réduction de 20% de ces troubles. Ce programme a également pour intérêt majeur de diminuer l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention; il permet en outre de stabiliser, voire de diminuer les troubles du comportement, de mettre en place des stratégies compensatoires du déficit cérébral, d'assurer les soins préventifs d'une situation de crise en l'absence d'une indication d'hospitalisation en court séjour en spécialité d'organe et de maintenir, voire d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

b. A domicile

▪ Les équipes spécialisées Alzheimer

L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) est constituée de l'ESA Croix-Rouge (10 places dans le Sud et 10 places dans le Nord) et de l'UMSA (Unité Mobile de soins Alzheimer) du CCAS de Saint-Pierre. Ces équipes répartissent leur intervention sur toute l'île. Elles proposent 12 à 15 séances de « réhabilitation » à domicile sur prescription médicale dès le diagnostic posé. En fonction de la pathologie et du stade de la maladie (stade léger à modéré MMS>15), l'intervention de personnels spécialisés permet de soutenir et d'organiser un maintien à domicile individualisé avec la famille (aménagement du domicile en cas de déambulation, stimulation cognitive, travail sur les repères, le temps et l'espace, soutien aux aidants...).

▪ SSIAD

Le service des soins infirmiers à domicile (SSIAD) à la Réunion a pour mission de dispenser des soins d'hygiène générale et de confort. Il a pour objectif de les aider à se maintenir dans leur milieu de vie dans les meilleures conditions possibles, de prévenir et de retarder les hospitalisations, d'écourter les séjours en établissements de soins, de favoriser et d'organiser de manière harmonieuse le retour à domicile. Pour bénéficier des SSIAD, il suffit :

- D'être une personne âgée de 60 ans et plus, ayant des droits ouverts dans une caisse de maladie.
- D'être une personne de moins de 60 ans atteinte de maladies invalidantes et incurables (ex. : sclérose en plaque, maladie de Parkinson, ...), sous réserve de l'accord du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie.

L'offre sanitaire comprend deux établissements d'Hospitalisation A Domicile (HAD), avec plusieurs antennes. 517 places de SSIAD (dont 10 places pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer) soit un taux d'équipement de 23,1% contre 17,30% en métropole.

b. Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

Il existe 6 PASA à la Réunion pour 78 places (Les Alysées, Astéria, Clovis Hoarau, Village 3^e Age, EHPAD de Saint-Joseph, EHPAD de Bras-Long). Le projet PASA s'intègre dans un projet d'établissement. Il apporte une réponse adaptée à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. C'est une structure qui accueille un groupe de 12 à 14 résidents de l'EHPAD, ayant fait l'objet d'un diagnostic, et présentant des troubles modérés du comportement tels que décrits dans l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI). Ces troubles sont compatibles avec une participation à des activités en petits groupes. La sélection quotidienne des résidents accueillis dans le PASA est souple et variable, uniquement liée aux besoins de la personne et à son état de santé. Les ateliers se déroulent du lundi au vendredi. Pour certains établissements le PASA est ouvert le week-end. Les personnels intervenant en PASA ont également pour mission de transmettre toutes les informations utiles afin de créer un lien étroit et cohérent entre le PASA et l'ensemble des unités de vie de l'EHPAD.

c. Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)

Cette unité de 14 places est située à l'EHPAD des Lataniers à la Possession. Cette structure a ouvert ses portes en janvier 2012. Elle a pour vocation de maîtriser les troubles sévères du comportement par une démarche de prise en charge globale au cours d'un hébergement séquentiel. La structure dédie 8 personnes qualifiées à ce dispositif. La capacité est de 14 places destinées à des personnes venant du domicile, à des résidents d'EHPAD ou d'Unités de Soins de Longue Durée. Les critères d'admissibilité sont : un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou démence apparentée doit être posé, présence de troubles du comportement, et enfin ces troubles du comportement ne peuvent pas être expliqués par une étiologie psychiatrique ou un syndrome confusionnel. L'UHR accompagne ces personnes dans l'avancée de la maladie. L'objectif de la prise en charge est d'arriver à une diminution, voire une disparition des troubles du comportement pour améliorer la qualité de vie des personnes accueillies et permettre ainsi leur retour à leur domicile ou dans la structure d'origine dans des conditions de sécurité et de qualité optimales. L'accompagnement proposé est personnalisé et s'adapte aux besoins des personnes avec une recherche de son consentement (planning hebdomadaire d'activité, repas thérapeutiques, possibilité pour la famille de participer aux sorties mensuelles). Un renforcement de l'accompagnement humain permet de réduire le traitement médicamenteux.

d. Accueils de jour

Quatre établissements proposent un service d'accueil de jour. Dans le Nord de l'île, on trouve l'EHPAD Astéria et l'EHPAD Clovis Hoarau. Dans le Sud, l'EHPAD Bois d'Olive et Ravine Blanche proposent un accueil de jour. Il existe 54 places de jour Alzheimer dont 24 places dans le Nord et 30 dans le Sud.

L'accueil de jour est un dispositif proposant un accompagnement thérapeutique personnalisé et aide à renforcer le maintien à domicile. Il s'adresse à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. L'intérêt de l'accueil de jour réside dans les activités proposées : stimulation des ressources physiques et des fonctions cognitives par des actions de groupe, des activités occupationnelles, des ateliers mémoire devant contribuer à la préservation de l'autonomie. L'accueil de jour doit également contribuer à préserver ou rétablir les contacts sociaux ; repérer les modifications comportementales ; permettre aux aidants de se consacrer à d'autres investissements personnels pendant l'accueil de leurs parents au sein de la structure.

e. Les familles d'accueil

Il existe 437 familles d'accueil agréées par le Conseil général pour environ 792 places réservées aux personnes âgées. L'accueil est limité à 3 personnes maximum.

4. Lieu d'information et de coordination gérontologique

Le Plan Alzheimer 2008-2012 a souhaité mettre en place un dispositif de coordination national et uniforme autour de la maladie d'Alzheimer grâce à la création des MAIA (Maison pour l'autonomie et l'Intégration des maladies Alzheimer et apparentées). La MAIA a pour mission d'améliorer la coordination des professionnels dans l'intérêt des malades. Elle facilite le quotidien des professionnels et prend en charge les personnes en situation complexe (mission des gestionnaires de cas). Dédiées initialement à la maladie d'Alzheimer, les MAIA ont désormais une vocation étendue à la prise en charge de la dépendance en général.

A la Réunion, la MAIA a ouvert ses portes en mars 2013. Elle est située dans le chef de lieu de l'île. Le projet porté par France Alzheimer Réunion a rassemblé les acteurs intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie. Services à domicile, soins infirmiers, centres hospitaliers, structures d'hébergement, CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) se sont engagés dans cette démarche partenariale pour l'amélioration du quotidien des malades et des familles.

5. Offre d'accueil informelle

Il existe une offre d'accueil informelle (dite « marron ») qui est difficile à répertorier et non règlementée au plan de la capacité d'accueil et de l'encadrement. Ces pensions de famille «dépannent » les familles et semblent concerner tout le territoire. Elles ne font l'objet d'aucun suivi ni contrôle. Elles seraient de l'ordre d'une centaine.

La demande semble importante malgré les risques. Elle résulte d'un choix délibéré, mais peut s'expliquer en raison d'une couverture insuffisante du territoire, d'une mauvaise répartition des établissements concentrés en agglomérations, et de logique économique. Le coût des établissements agréés est très élevé. Les aidants manquent de valorisation (pas de statut, pas suffisamment de répit, une rémunération insuffisante, ...).

II. METHODE

A. Introduction

Nous avons analysé les dossiers de patients de la filière gériatrique vus pour la première fois en 2011 au centre mémoire du CHU Felix Guyon de Saint-Denis de la Réunion. La seconde partie du travail a porté sur les dossiers de tous les patients de la filière gériatrique vus au moins une fois en consultation mémoire. L'objectif du travail était de :

- Décrire le profil général des patients de 75 ans et plus, consultant pour la première fois le centre mémoire à Saint-Denis de la Réunion. Les caractéristiques relevées étaient démographiques, socio-familiales et médicales. Nous avons comparé le diagnostic étiologique retrouvé à d'autres données de consultations mémoire en France métropolitaine.
- Estimer le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans présentant une démence dans la région Nord-Est de l'île.
- Evaluer la prévalence de patients diagnostiqués Maladie Alzheimer et troubles apparentés au cours de l'année 2011 à la consultation mémoire. Qui sont ceux qui n'étaient pas vus en consultation. Nous avons estimé la couverture des besoins en comparant le nombre estimé des personnes de plus de 75 ans déments dans la région Nord-Est et ceux diagnostiqués en consultation mémoire.

B. Matériels

1. Localisation et organisation de la consultation mémoire.

Le Centre Mémoire est attaché au Centre Hospitalier Universitaire Felix Guyon situé à Saint-Denis, chef-lieu de l'île. Ce centre mémoire dispose d'une file active de 764 patients en 2011. On recense 1386 consultations réalisées au cours de l'année 2011. Parmi ces 1386 patients venus en consultation, 333 ont plus de 75 ans et ont eu au moins une consultation. 123 patients de plus de 75 ans ont été vus pour la première fois par un médecin au cours de l'année 2011. La consultation se déroule dans les locaux de l'hôpital. Deux gériatres, un neurologue, deux neuropsychologues la composent. En consultation, sont réalisés un interrogatoire, un examen clinique, des tests psychométriques, un bilan biologique. Une imagerie y est également demandée si non réalisée au préalable.

2. Les primo-consultants

La première phase du travail a été d'identifier les dossiers de consultations des primo-consultants de plus de 75 ans en 2011.

a. Les critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude sont âgés plus de 75 ans. Ils ont consulté entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 et ont été vus pour la première fois par un gériatre ou un neurologue. Aucun autre critère d'inclusion n'a été sélectionné.

b. Les critères d'exclusion

Les patients exclus de l'étude sont ceux pour qui le diagnostic de démence avait déjà été posé par un autre spécialiste ou dans un autre centre mémoire. Les patients vus en consultation mémoire avant le 1^{er} janvier 2011 ou après le 31 décembre 2011 ont été exclus.

c. Les données relevées

Une grille a été élaborée à partir du dossier consultation mémoire [[Annexe 2](#)]

Les caractéristiques sociodémographiques

- âge au moment de la première consultation
- sexe
- statut matrimonial
- accompagnant à la consultation
- lieu d'habitation
- lieu du domicile
- mode de vie
- présence d'un aidant
- niveau d'étude avec l'échelle de Poitrenaud [[Annexe 2](#)]

Les caractéristiques médicales

- antécédent personnel (antécédent familial de maladie d'Alzheimer, neurologique, facteurs de risque cardio-vasculaire, présence d'un déficit neurosensoriel)
- ancienneté des troubles
- motif et plainte principale

- Mini Mental State Examination initial (MMSE) [Annexe 3]
- Clinical Dementia Rating (CDR) [Annexe 4]
- Groupe Iso Ressource (GIR) [Annexe 5]
- Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courant (IADL) [Annexe 6]
- bilan neuropsychologique
- examens para cliniques (bilan biologique réalisé, scanner cérébral, IRM cérébral)

Le diagnostic retenu et la prise en charge

- Le diagnostic de démence et les étiologies se basent sur les recommandations de l'HAS de décembre 2011.⁶⁰ Le diagnostic de démence reposait sur les critères de DSM IV.⁶¹ Les critères utilisés étaient pour la maladie d'Alzheimer ceux DSM-IV-TR, du NINCDS-ADRDA [Annexe 7] et des critères de Dubois.⁶² [Annexe 8] La démence vasculaire était définie par les critères de NINDS-AIREN, DSM-IV-TR [Annexe 9]. La démence mixte regroupait la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire. La démence à corps de Lewy par ceux de Mc Keith 2005 [Annexe 10], pour la démence fronto-temporal les critères diagnostic de Neary et al 1998 [Annexe 11].
- diagnostic associé ou différentiel
- traitements prescrits médicamenteux
- traitements non médicamenteux
- mise en place d'aide médico-sociale
- mesure de protection (tutelle, curatelle)

3. Estimer le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans présentant une démence dans le Nord-Est de l'île

Les patients âgés de plus de 75 ans de la région Nord-Est de l'île sont décrits selon les données de recensement INSEE 2009.¹⁰ Ils sont décrits par tranche d'âge (75 à 79 ans, 80 à 84 ans, 85 à 89 ans et plus de 90 ans), sexe, lieu de vie et niveau socio-culturel. Les données sont comparées à la population de plus de 75 ans de l'étude PAQUID 1998-1999.³

Le nombre de sujets déments dans la zone Nord-Est de l'île de la Réunion a été estimé à partir des données de PAQUID (répartition par tranche d'âge, sexe, lieu de vie, MMSE, GIR). Les données sont extrapolées aux données de recensement INSEE 2009.

4. Calcul de la prévalence du diagnostic parmi les consultants et estimer la couverture des besoins

La deuxième partie du travail a été d'identifier les dossiers de tous les patients de 75 ans ayant eu au moins une consultation mémoire au cours de l'année 2011. Le but était de pouvoir calculer la prévalence des démences prises en charge en consultation mémoire sur une année. J'ai pu alors comparer les caractéristiques des déments estimés dans la région Nord-Est grâce à l'étude PAQUID³ et celles des déments de la consultation mémoire en 2011. Nous pouvions estimer la couverture des besoins sur un an.

a. Les critères d'inclusion

Les patients inclus sont âgés de 75 ans ou plus. Ils ont consulté au moins une fois entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 par un gériatre ou un neurologue. Aucun autre critère d'inclusion n'a été sélectionné. Nous avons regroupé les nouveaux et les anciens patients de la consultation mémoire.

b. Les critères d'exclusion

Les patients vus en consultation mémoire avant le 1^{er} janvier 2011 ou après le 31 décembre 2011 ont été exclus.

c. Les caractéristiques relevées

J'ai ciblé les données à relever pour l'ensemble des patients.

- âge du patient
- lieu de vie
- lieu d'habitation
- GIR
- Diagnostic posé

C. Méthode

L'étude correspond à une analyse descriptive et rétrospective des dossiers médicaux des patients de 75 ans et plus, sur l'année 2011. La saisie et le traitement des données ont été réalisés grâce aux logiciels Microsoft Excel® et le logiciel SAS 9.2 (SAS Institute Inc).

L'étude fait l'objet d'une statistique descriptive de type distribution de fréquence. Des illustrations sous forme de tableaux ou graphiques sont proposées. Lorsqu'une analyse plus développée semblait nécessaire, certaines données furent croisées et soumises à des tests d'hypothèses avec comparaison de deux groupes A et B.

La comparaison d'effectifs faisait appel au test du Khi-deux. Le seuil de significativité des tests était fixé à 5%.

III. RESULTATS

La file active de la filière gériatrique en 2011 est de 333 patients. 123 patients de 75 ans et plus sont vus pour la première fois.

A. Profil général des primo-consultants

1. Caractéristiques sociodémographiques

a. Age des patients

Les primo-consultants étaient au nombre de 123 patients, âgés de 75 ans à 97 ans. L'âge moyen des patients était de 82,9 ans, tout sexe confondu avec une médiane de 83,0 ans. Les hommes étaient âgés en moyenne de 82,8 ans et les femmes de 83,0 ans.

b. Sexe des patients

La grande majorité était constituée de femmes 69,9 % (n=86), pour 30% (n=37) d'hommes.

[Figure III. 1]

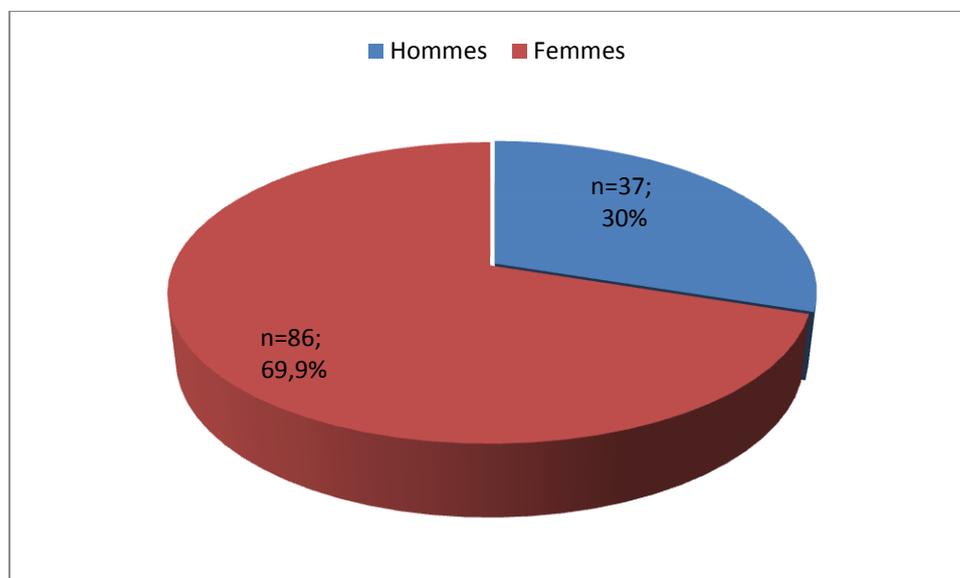


Figure III.1: Répartition des patients selon leur sexe

c. Statut matrimonial

Parmi les primo-consultants, 77 (63,1%) étaient veufs, 36 (29,5%) mariés ou en concubinage et 9 (7,4%) séparés ou célibataires.

d. Lieu d'habitation

La majorité des consultants habitait la ville de Saint-Denis (37,4%), Sainte-Clotilde (21,14%), Sainte-Marie (14,63%). L'Est était peu représenté 7,32% venant de Saint André et 7,32% de Sainte Suzanne. L'Ouest était très peu représenté 2,44% viennent du Port et 2,44% de la Possession.

[Figure III. 2]

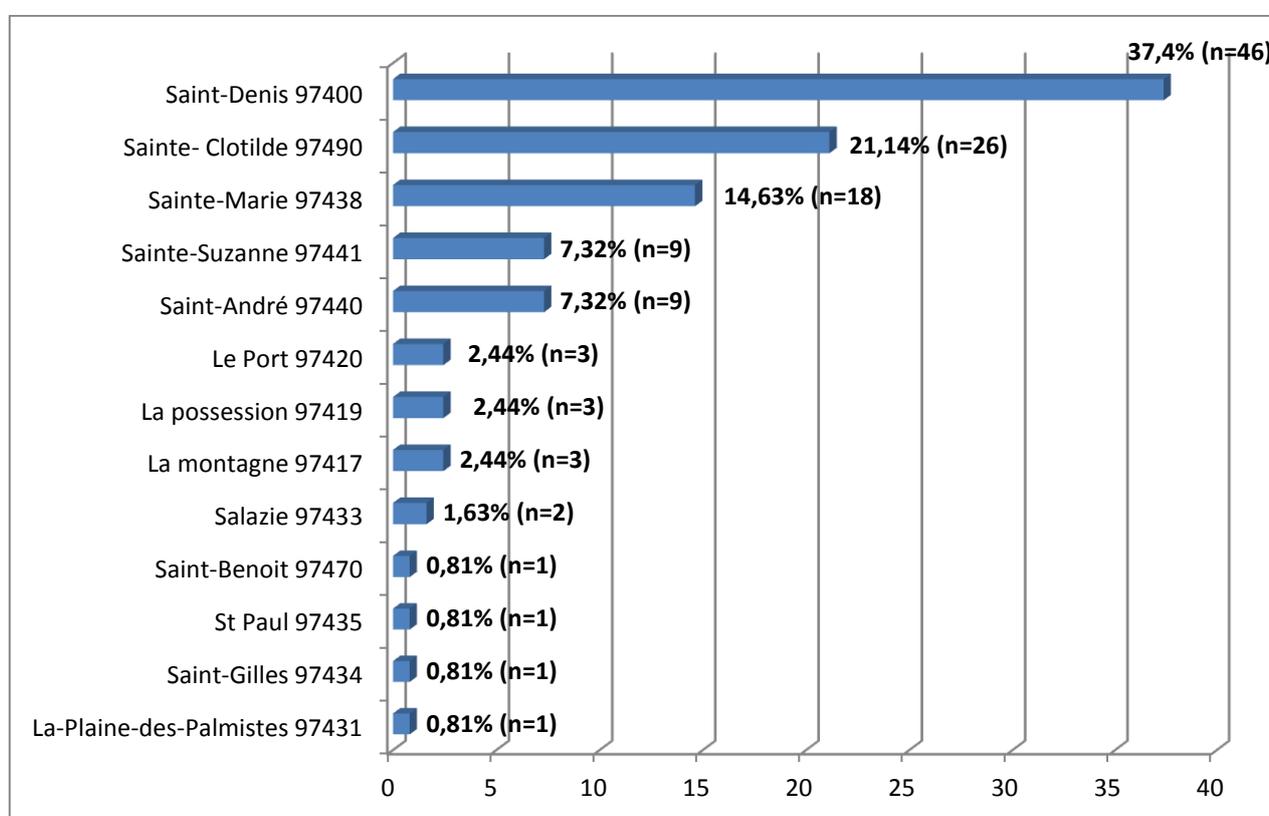


Figure III. 2: Répartition du lieu d'habitation chez les primo-consultants

e. Lieu du domicile

94,31% des patients (n=116) vivaient à domicile, 1,63% (n=2) en famille d'accueil et 4,07% (n=5) en institution. [Figure III. 3]

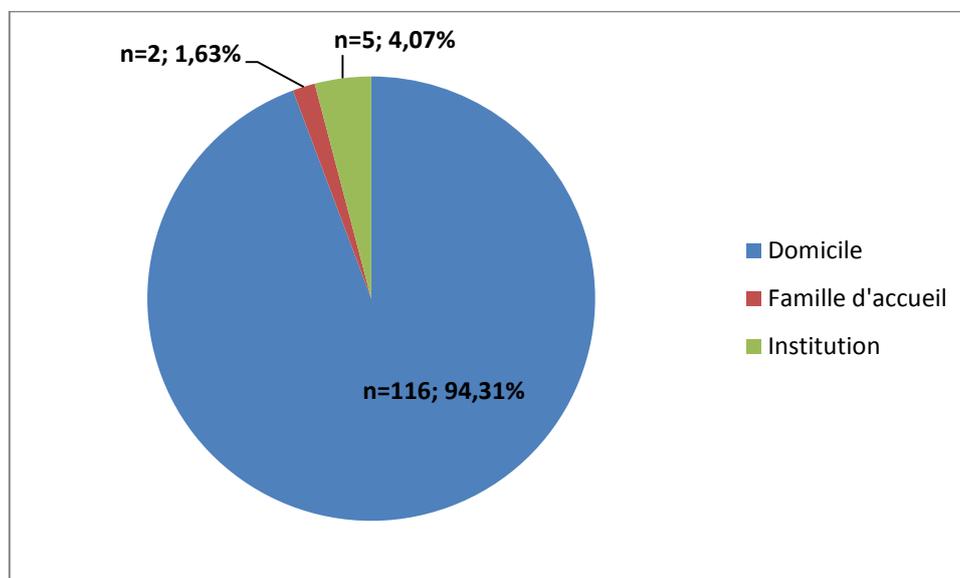


Figure III. 3: Répartition du lieu du domicile chez les primo-consultants

f. Mode de vie

Parmi ceux vivant à domicile, 45 patients (36,59 %) vivaient en famille, 33 patients (26,83%) vivaient avec leur conjoint et 37 patients (30,08%) vivaient seuls.

g. Aidants

46,34% des patients (n=57) bénéficiaient d'aide de leurs enfants. 30,89% (n=38) des patients avaient une aide à domicile venant de l'extérieur. 22,76% (n=28) des patients n'avaient pas d'aide à domicile.

h. GIR

63 patients (52,94%) étaient dépendants. 56 patients (46,66%) sont GIR 5 et 6. [Figure III. 4]

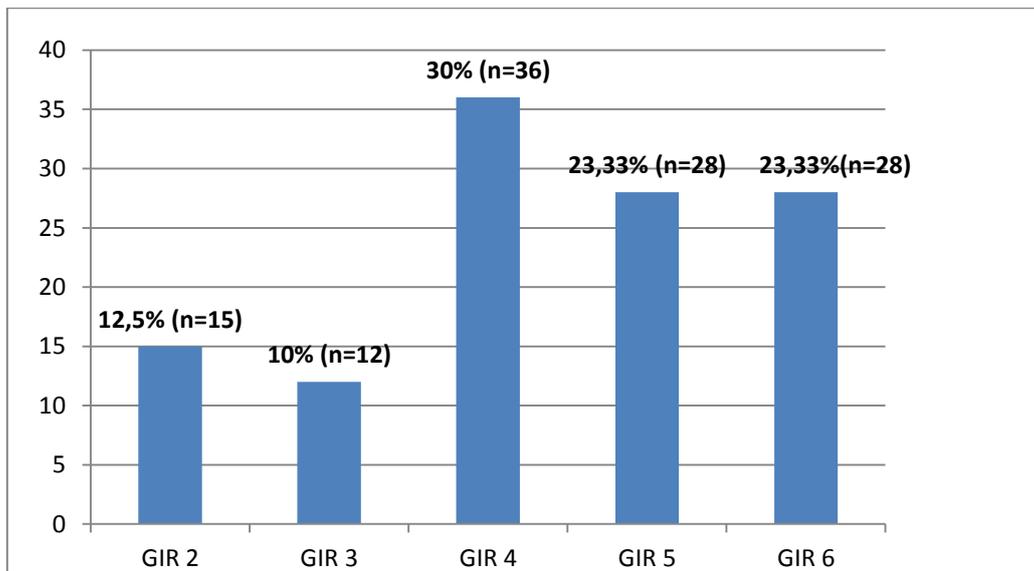


Figure III. 4: Répartition des GIR des primo-consultants

i. IADL

La dépendance totale (IADL 4/4) s'observait chez 63 patients (52.50%). Pour 22 patients (18,33%), on observait une autonomie pour les activités de la vie quotidienne. [Figure III.5]

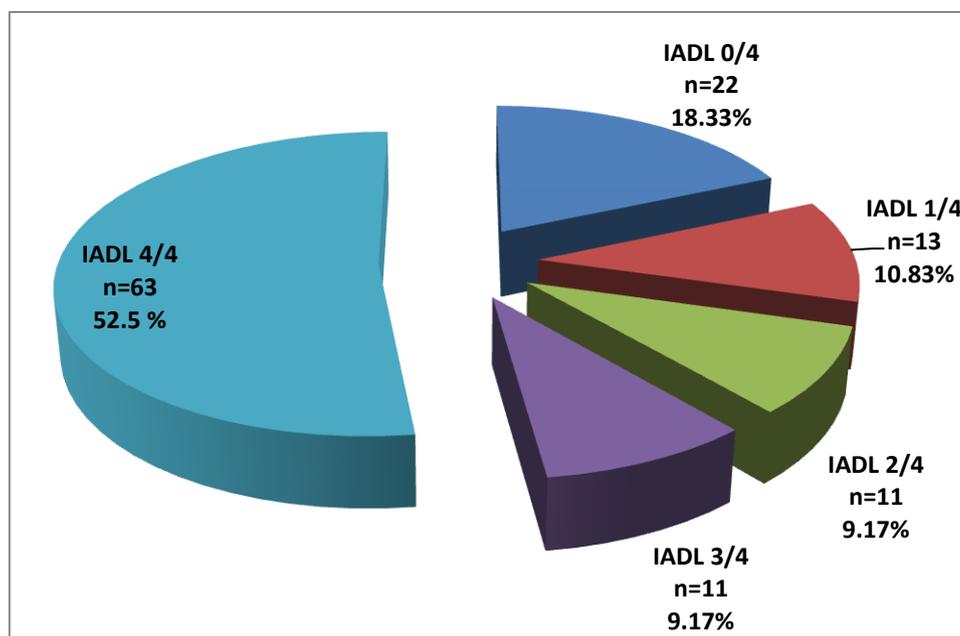


Figure III.5: Répartition des IADL chez les primo-consultants

j. Niveau d'étude

33,06% (n=40) ne savaient pas lire ni écrire. 51,23% (n=62) des patients savaient lire, écrire, et avaient atteint le BEPC ou le CEP. 15,71% (n=19) des patients ont poursuivi des études après le collège. [Figure III. 6]

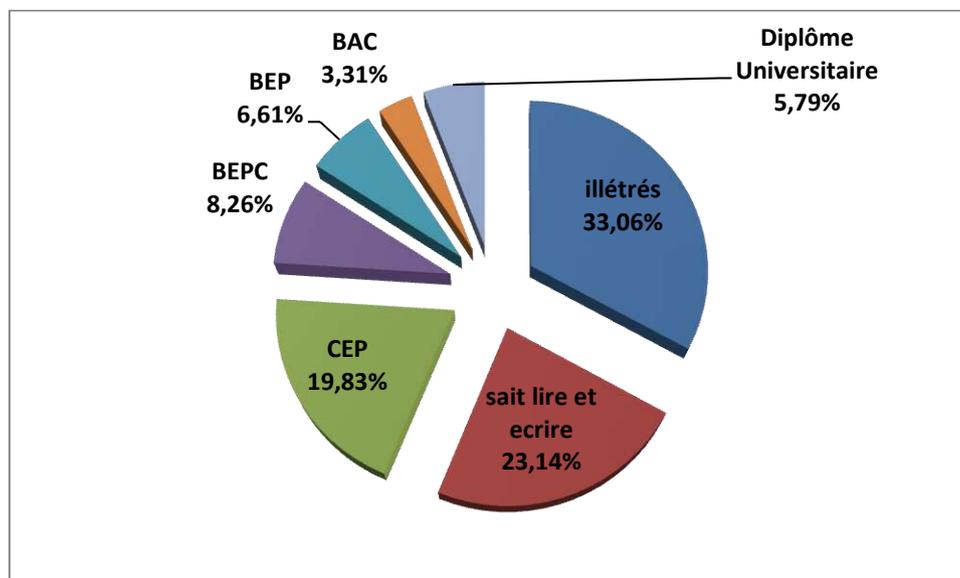


Figure III. 6: Niveau d'étude des primo-consultants

k. Les correspondants

- **Accompagnant à la consultation**

54,47% (n=67) consultaient en présence d'un membre de leur famille, 34,96 % (n=43) des patients venaient seuls à la consultation. 7,32% (n=9) étaient venus accompagnés de leur conjoint et 3,25% (n=4) étaient accompagnés d'une tierce personne.

- **Adressant à la consultation**

Par ordre décroissant, l'initiateur de la consultation était le spécialiste suite à une hospitalisation avec 60 patients (48,78%) puis le médecin traitant (37,4%), la famille (2,44%), sur la propre initiative du patient (4,07%). [Figure III.7]

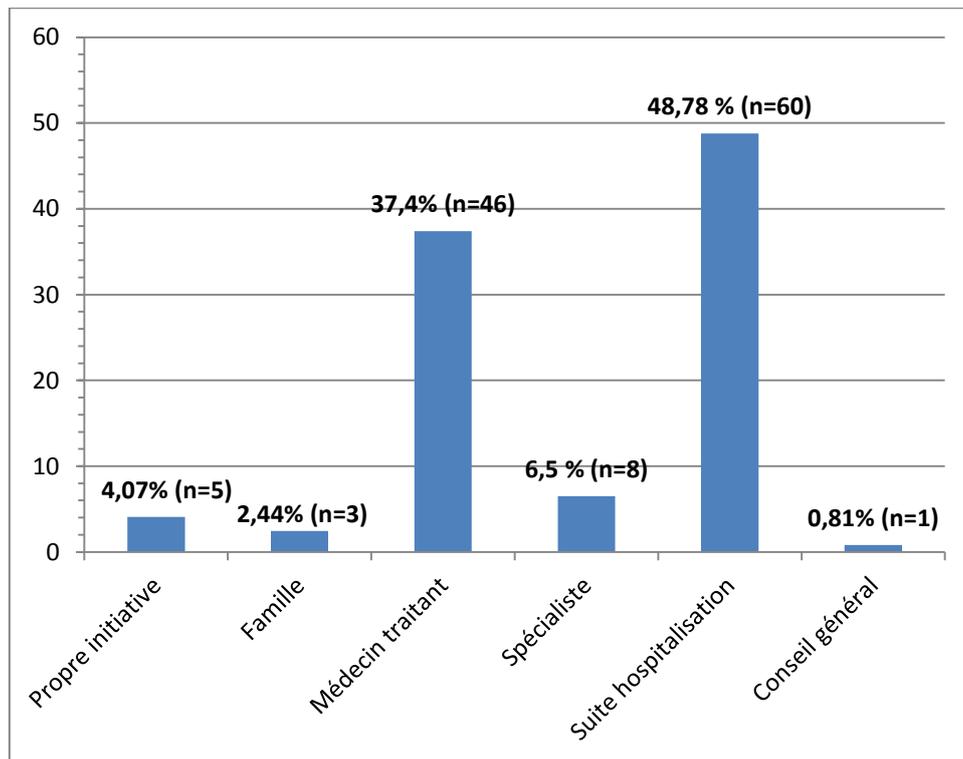


Figure III. 7: Adressant à la consultation mémoire

2. Les caractéristiques médicales

a. Antécédents

- **Antécédents familiaux**

Aucun des patients n'avaient d'antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer

- **Antécédents personnels**

- **Neurologiques**

- AVC : 23 patients (18,70%) avaient eu un accident vasculaire cérébral pour antécédents neurologiques.
- Epilepsie : 9 étaient épileptiques (7,32%).
- Maladie de Parkinson : 3 avaient la maladie de Parkinson (2,44%).
- Traumatisme crânien : 9 avaient eu un traumatisme crânien (7,32%) pour antécédents.

- **Psychiatrique**

19 patients (15,45%) avaient des antécédents de maladie psychiatrique.

- **Facteurs de risque cardio-vasculaires**

73,98 % des patients étaient hypertendus. 39,84% des patients étaient diabétiques. 20,33% avaient une dyslipidémie. 11,38% des patients étaient tabagiques actifs. 19,51% avaient une cardiopathie. 4,07% disaient consommer de l'alcool. [Tableau III.1]

Tableau III.1 : Antécédents de facteurs de risque cardio-vasculaires

	Fréquence (%)
HTA	n=91 (73,98%)
Diabète	n=49 (39,84%)
Dyslipidémie	n=25 (20,33%)
Cardiopathie	n=24 (19,51%)
Tabac	n=14 (11,38%)
Alcool	n=5 (4,07%)

- **Déficit neurosensoriel**

49 patients soit 39,84% présentaient un déficit neurosensoriel.

b. Le diagnostic et la prise en charge

- **Ancienneté des troubles**

Pour 18 patients (14,63%) les troubles étaient installés depuis moins de 6 mois. 42 patients (34,15%) présentaient des troubles depuis 6 mois à 1 an. 31 patients (25,20%) avaient des troubles depuis 1 à 2 ans. 13 patients (10,57%) avaient consulté 2 à 3 ans après l'apparition des troubles. Pour 19 patients (15,45%), les troubles étaient installés depuis plus de 4 ans.

- **Premiers troubles**

Les troubles mnésiques étaient le principal motif de consultation pour 94 patients (76,42%), puis désorientations 30 patients (24,39%), troubles psychiatriques 25 patients (20,33%), chutes 10

patients (8,13%), troubles du langage 8 patients (6,5%), perte de l'autonomie 6 patients (4,88%), perte de poids pour 2 patients (1,63%).

- **Le MMSE**

La moyenne du MMSE est de 18,7/30, la médiane est de 19/30. [Tableau III.2]. Pour 6 patients, le MMSE n'était pas renseigné.

Tableau III.2: Répartition du MMSE en fonction du stade de sévérité

MMSE initial	Fréquence n=117	Pourcentage %
0-9	8	6,84
10-18	48	41,03
19-23	35	29,91
24-30	26	22,22

- **CDR**

Pour 5 patients, le CDR n'était pas renseigné. [Figure III.8]

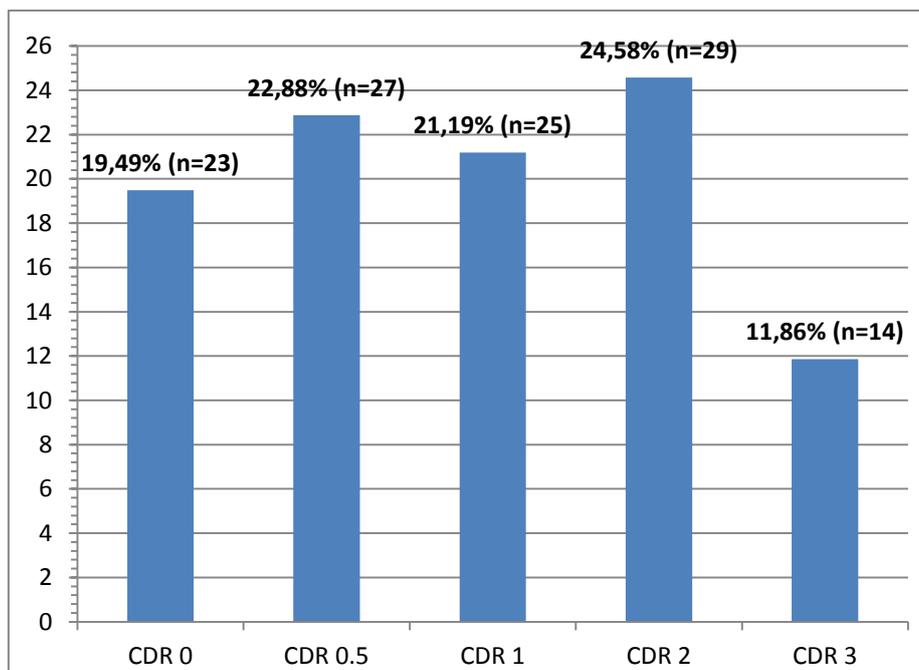


Figure III. 8: Répartition du CDR chez les primo-consultants

c. Examen complémentaire

Tableau III.3 : Examens complémentaires réalisés pour les primo-consultants

	Fréquence (%)
Bilan biologique	n=112 (91,06%)
IRM cérébrale	n=86 (69,92%)
Scanner cérébral	n=37 (30,08%)
Ponction lombaire	n=3 (2,44%)

d. Bilan neuropsychologique

Le bilan neuropsychologique a été réalisé pour 49 patients (39,84%).

e. Le diagnostic retenu

Tableau III.4 : Répartition des étiologies chez les primo-consultants et la totalité des patients venus en consultation en 2011

	Primo-consultant de plus de 75 ans n=123	Tous les patients de plus de 75 ans n=333
Patients déments	82 (66,67%)	267 (80%)
Patients déments	n=82	n=267
Maladie d'Alzheimer	19 (23,17%)	109 (40%)
Démence vasculaire	24 (29,27%)	51 (19%)
Démence mixte	19 (23,17%)	59 (22%)
Démence à corps de Lewy	0	10 (3,7%)
Démence fronto-temporales	0	0
Démence de Parkinson	2 (2,44%)	5 (1,8%)
Diagnostics différentiels	n=46	n=70
Examen normal	11 (23,40%)	21 (30%)
Troubles anxio-dépressifs	12 (25,53%)	16 (22,8%)
Iatrogénie	9 (19,15%)	11 (15,7%)
MCI	14 (29,79%)	22 (31,4%)

Parmi les primo-consultants, 82 patients (66,67%) étaient diagnostiqués déments. Les principales démences retrouvées étaient la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et la démence mixte. 17 patients (20,73%) avaient le diagnostic en attente. Aucune démence fronto-temporale n'était notée.

3. Traitement instauré

a. Traitements médicamenteux

Dans 58,20% (n=71) des cas, aucun traitement médicamenteux n'avait été prescrit. 5 patients ont reçu un traitement par antidépresseur. 22 patients (18,03%) ont reçu un traitement par inhibiteur de l'acétylcholinestérase. 5 patients (4,10%) ont bénéficié d'un traitement par anti glutamate. Dans 3,28% (n=4) des cas un traitement par psychotrope a été instauré. 14 patients (11,48%) ont reçu un traitement cardio-vasculaire. 24 patients ont reçu un traitement nutritionnel (19,51%).

b. Traitements non médicamenteux

- kinésithérapie : 6 patients (4,88%)
- orthophoniste : 15 patients (12,20%)
- psychologue : 8 patients (6,5%)
- ergothérapeute : 4 patients (3,25%)

c. Aide médico-social

- Mise en place de l'APA dans 11,38% des cas pour 14 patients
- Déclaration en ALD pour 5 patients 4%
- Accueil de jour pour 9 patients 7,32%
- Proposition EPHAD 1 patient

d. Mesure de protection

Mise en place d'une tutelle pour 4 patients (3,25%)

B. Statistiques analytiques

1. Présence de facteurs cardio-vasculaires chez les patients diagnostiqués déments vs non déments

Nous avons fait deux sous-groupes pour analyser la présence ou non de différences significatives entre les groupes.

Il n'y a pas de différence statistique entre les patients diagnostiqués déments et ceux diagnostiqués non déments par rapport à l'hypertension artérielle ($p=0,46$), au diabète ($p=0,09$), la présence de dyslipidémie ($p=0,7$), tabac ($p=0,3$), la présence d'une cardiopathie ($p=0,1$) et l'antécédent d'accidents vasculaires ($p=0,7$).

2. Comparaison de notre consultation à d'autres consultations en métropole

Tableau III.5: Comparaison des diagnostics du syndrome démentiel entre la consultation mémoire (CM) Felix Guyon et de la consultation mémoire les Bateliers de Lille⁷⁷

Type de démence	Etude CM Felix Guyon 2011 n=82	Etude CM les Bateliers Lille 2002 ⁷⁷ n=86	Test du Khi-deux
Maladie d'Alzheimer	19 (23,1%)	19 (22%)	p=0.62
Démence vasculaire	24 (29,2%)	20 (23,2%)	
Démence mixte	19 (23,1%)	27 (31,4%)	
Démence à corps de Lewy	0	1 (1,2%)	
Démence fronto-temporales	0	1(1,2%)	
Démence de Parkinson	2 (2,4%)	2 (2,3%)	

Tableau III.6 : Comparaison des diagnostics du syndrome démentiel entre la consultation mémoire Felix Guyon et la consultation mémoire les Yvelines.⁷¹

Type de démence	Etude CM Felix Guyon 2011 n=267	Etude CM les Yvelines 2005 n=179	Test du Khi-deux p
Maladie d'Alzheimer	109 (40%)	62 (34,2%)	p=0.06
Démence vasculaire	51 (19%)	15 (8,4%)	
Démence mixte	59 (22%)	18 (10,1%)	
Démence à corps de Lewy	10 (3,7%)	6 (3,4%)	
Démence fronto-temporales	0	3 (1,7%)	
Démence de Parkinson	5 (1,8%)	4 (2,2%)	

C. Recensement INSEE 2009

La répartition des personnes âgées de plus de 75 ans de la zone Nord-Est de l'île était statistiquement différente de celle observée dans l'étude PAQUID ($p < 0,05$) pour les différentes tranches d'âge. La représentation des sexes peut-être statistiquement identique avec une probabilité de 23,5%.

La répartition des personnes âgées de la zone Nord-Est est statistiquement différente de celle observée dans l'échantillon de l'étude PAQUID. [Tableau III.7]

Tableau III.7 : Comparaison des populations de l'échantillon PAQUID et de la région Nord-Est de l'île en fonction de l'âge, du sexe, le lieu de vie.

Répartition de la population de plus de 75 ans	Echantillon PAQUID n=1 491 %	Nord-Est De l'île n=9 802 %	Test du Khi-deux P
âge			
75-79 ans	42,0	47,2	< 0,0001
80-84 ans	25,0	29,7	
85-89 ans	21,8	15,6	
Plus 90 ans	11,2	7,4	
Sexe			
Homme	36,8	35,2	0,23
Femme	63,2	64,8	
Vit en institution	9,7	5,6*	-

*Sources : Enquête EHPA 2003, DRASS, DREES et Enquête HID 2004 Département, DRASS, INSEE, AGEFIPH

D. Extrapolation de l'étude PAQUID 1998-1999 et couverture des besoins

L'extrapolation de l'étude PAQUID 1998-1999 pour les personnes âgées de plus de 75 ans sur l'effectif du territoire cible estimait à 1744 personnes le nombre de patients déments. La consultation mémoire couvrait 15,3% des patients estimés déments dans les régions Nord-Est. Les besoins les moins couverts concernaient les personnes de plus de 85 ans, les démences au stade léger vivant à domicile, les déments vivant en institution et ceux qui étaient autonomes.

[Tableau III.8]

Tableau III.8 : Estimation des besoins dans le territoire Nord-Est de la Réunion en fonction des caractéristiques sociodémographiques et sévérité de la démence.

	Résidents de la région Nord Est de la Réunion n=9802*		Patient ≥ 75 ans consultant au moins une fois en 2011 n=333		Couverture des besoins sur 2011
	n	%	n	%	%
Patients déments †	1744	17,8	267	80,1	15,3
75-79 ans	269	15,4	88	32,9	32,7
80-84 ans	368	21,1	93	34,9	25,2
85-89 ans	591	33,9	68	25,5	11,5
90 ans et plus	516	29,6	18	6,7	3,4
Hommes	476	27,3	68	25,4	14,2
Femmes	1267	72,7	199	75	15,8
vit à domicile dont MMSE‡	1072	61,5	234	87,6	21,8
0-9	157	14,7	26	11,1	16,5
10-18	337	31,4	115	49,1	34,1
19-23	435	40,6	54	23,1	12,4
≥24	143	13,3	26	11,1	18,1
Mode de vie					
Vit seul	322	18,5	60	22,4	18,6
Vit en institution	694	39,8	22	8,2	3,1
GIR 1-4	1018	58,4	181	67,7	17,7
GIR 5-6 §	726	41,6	74	27,7	10,1

*INSEE 2009. † Extrapolation de l'étude PAQUID 1998-1999. ‡ Données manquantes pour le MMSE:13. § données manquantes pour le GIR: 12

IV. DISCUSSION

Les patients âgés de 75 ans et plus, reçus en consultation mémoire ont bien sûr « un profil gériatrique ». Les patients sont majoritairement dépendants et poly pathologiques. Ils ont un niveau d'étude bas. Ce sont typiquement des femmes octogénaires, vivant principalement à domicile et avec leur famille. Le nombre de démences mixtes et vasculaires est plus important par rapport à la maladie d'Alzheimer. La proportion importante de facteurs de risque cardio-vasculaires des patients de notre étude reflète la population locale. Prévenir l'apparition de démence passe aussi par la prévention des risques cardio-vasculaires. La prévention dépasse le cadre des démences vasculaires, la maladie d'Alzheimer s'associe fréquemment à des lésions vasculaires cérébrales.

La démence vasculaire et démence mixte sont retrouvées plus fréquemment en consultation mémoire à la Réunion par rapport à ceux de la Métropole.

Dans un tiers des cas, les malades sont adressés par le médecin traitant et plus de la moitié des patients avaient une consultation suite à une hospitalisation récente. La consultation mémoire gériatrique ne couvre que 15,3% des patients déments dans la zone Nord-Est de l'île. L'offre de soins doit répondre à la demande. Les médecins généralistes sont au centre du dispositif de la prise en charge du patient dément. Une meilleure sensibilisation et formation sont nécessaires afin de réduire le retard diagnostique et prévenir les complications liées à la démence.

A. Discussion des biais

Nous pouvons discuter de certains biais relatifs à notre étude.

1. Biais de mesure

Un biais d'information est noté dans le recueil des données concernant les caractéristiques des consultants. Le recueil des données a eu lieu plus de 6 mois à 1 an après une première consultation mémoire. Les nouveaux patients ont pu avoir d'autres consultations avec des examens complémentaires complétant ainsi le diagnostic ou des données manquantes. Pour estimer la couverture des besoins sur l'année 2011, il me fallait des données de tous les patients de plus de 75 ans ayant eu au moins une consultation. J'ai recueilli les données des anciens patients plus d'un an après leur dernière consultation de 2011. Les données d'une étude rétrospective sont moins renseignées qu'une étude prospective. Certaines données n'étaient pas assez précises (ancienneté des troubles, les antécédents personnels, les facteurs de risque cardio-vasculaires). Des items

n'étaient pas renseignés comme le MMSE, GIR, ou IADL. Ceci a pu nuire à la description de certains items et influencer sur la signification de certains résultats.

2. Limite de l'extrapolation de l'étude PAQUID

Des limites sont notées dans cette étude et sont à prendre en considération.

L'extrapolation des données PAQUID 1998-1999³ aux données du recensement INSEE 2009 de la population de la région cible étudiée présente des limites pour estimer les besoins locaux.

La population réunionnaise du bassin cible présente des différences par rapport à la population PAQUID 1998-1999. Nous avons dû utiliser des données de recensement de l'INSEE datant de 2009 à la Réunion. Ce sont les seules données les plus récentes concernant la population de plus de 75 ans de la région Nord-Est de l'île.

La proportion de personnes dans la tranche d'âge 75-84 ans de la zone cible était supérieure à celle de l'étude PAQUID. [Tableau III.7] Cette observation se retrouvait pour les personnes âgées de plus de 75 ans de sexe féminin. L'estimation des besoins était sous-estimée dans cette tranche d'âge de population. Inversement, la proportion des plus de 85 ans était inférieure à celle de métropole. Ce résultat est le reflet de la population réunionnaise, population jeune avec une espérance de vie plus faible qu'en métropole.¹¹ La proportion de patients déments dans cette tranche d'âge (plus de 85 ans) a pu être surestimée dans le grand âge. Les données concernant la vie en institution datent de 2005 et concernent les personnes de plus de 65 ans. Le pourcentage de personnes vivant en institution dans la zone cible est inexact puisque ces données sont celle de la population réunionnaise sur toute l'île en 2005.¹⁷ Nous n'avons pas de données sur l'institutionnalisation correspondant à notre population.

Concernant le niveau d'étude, je n'ai pas pu retrouver des données statistiques portant sur le niveau socioculturel. Cette échelle est utilisée pour caractériser le niveau intellectuel de la population PAQUID. Les sources de l'INSEE montrent que la proportion de personnes ayant au moins le baccalauréat à la Réunion est inférieure à la proportion en métropole (56,8 % en 2009, contre 65,8 en métropole).⁶³

L'extrapolation de l'étude PAQUID à notre territoire cible permet d'avoir une estimation globale de la population démente. Les résultats sont à prendre avec réserve. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et apparentées est émergent et a évolué depuis 1999. La proportion de déments diagnostiquée est plus importante aujourd'hui. L'espérance de vie de la population française augmente et la prise en charge des patients déments est meilleure, entraînant une hausse de patients déments.

L'analyse de la *déclaration en APA* aurait pu être une autre option pour estimer le nombre de patients déments. L'étude PAQUID notait que 72,3% des bénéficiaires potentiels de l'APA sont

déments. Cependant l'obtention de l'APA est possible uniquement dans le cas où le patient devient dépendant (GIR 1 à 4). Nous ne pouvons pas compter les patients déments au stade précoce ou modéré. Dans 41,6% des cas, les patients déments ne sont pas dépendants.³

La *déclaration en ALD 15* est une autre alternative pour estimer le nombre de patients déments. Néanmoins, la prévalence est sous-estimée, car la maladie au stade précoce et les sujets non traités ne sont pas pris en compte. De plus, la maladie d'Alzheimer détectée par le médecin traitant n'est parfois pas confirmée par un avis spécialisé. Dans une enquête auprès des médecins du réseau Sentinelles⁶⁴ en métropole, neuf patients sur dix étaient envoyés en consultation spécialisée. Dans d'autres pays d'Europe, adresser le patient en consultation spécialisée semble moins fréquent. Aux Pays-Bas, 42% sont adressés en consultation mémoire,⁶⁵ en Suède le taux est de moins de 20%.⁶⁶

La technique choisie « *Extrapolation de l'étude PAQUID à notre population Réunionnaise* » semble la plus fiable pour approcher la prévalence malgré son inexactitude.

B. Etude indispensable

Cette étude apporte des éléments importants sur les caractéristiques des patients gériatriques bénéficiant de la consultation mémoire. Cette analyse nous indique les étiologies retrouvées de démence dans la population réunionnaise. Nous pouvons estimer les besoins en termes de prise en charge du patient âgé présentant des troubles cognitifs habitant la région Nord Est de l'île, territoire cible de l'unique consultation mémoire du Centre Hospitalier Universitaire Nord. Nous avons pu déduire des moyens de prévention et estimer ainsi la couverture des besoins. Les données de prévalence disponibles sont celles de l'étude PAQUID1998-1999.³ Les résultats montrent une couverture de besoins insuffisante.

1. Qualité de l'étude

L'étude porte sur un nombre important de dossiers. Elle concerne d'abord sur 123 patients, les primo-consultants de 2011, puis sur la totalité de patients de plus de 75 ans : 333 dossiers. Les données recueillies sont diverses et variées. L'étude englobe le patient dans sa globalité (caractéristiques sociodémographiques, médicales, traitements). Nous avons eu la possibilité de la comparer à d'autres études similaires. Elle concerne un sujet d'actualité au vu du vieillissement de la population.

2. Caractéristiques socio démographiques des primo-consultants

a. Sexe et âge

Les patients de plus de 75 ans ayant consulté étaient majoritairement de sexe féminin, conformément aux données de prévalence de la démence qui sont plus élevées chez les femmes.⁶⁷ L'incidence de la maladie est plus importante chez la femme. Leur survie est deux fois plus longue une fois la maladie débutée.⁶⁸ La moyenne d'âge des consultants était plus élevée (82 ans) par rapport à d'autres populations gériatriques en consultation mémoire d'Ile de France où l'âge moyen des consultants était de 77,5 ans. En comparant la population gériatrique de la consultation mémoire à la population de plus de 75 ans recensée par l'INSEE, nous remarquons que la population de plus de 80 ans est surreprésentée, notamment la tranche 80-84 ans, alors que la tranche 75-79 ans est sous représentée. Ces résultats suggèrent que les patients consultent plus tardivement. Ceci est dû à un recrutement qui rassemble une majorité de démence dont la prévalence augmente exponentiellement avec l'âge. L'autre hypothèse est que les troubles cognitifs sont pris en charge trop tardivement à la Réunion. La prise de conscience de la part de l'entourage ou du médecin de famille est trop tardive.

b. Lieu d'habitation

La majorité des primo-consultants vient du bassin cible (86% des cas). Nous remarquons que dans l'Est de l'île, la proportion des personnes de plus de 75 ans ayant recours à la consultation mémoire est la plus faible. Ce constat résulte de l'existence de consultations réalisées par une équipe mobile géronto-psychiatrique du pôle hospitalier Est de l'île. La consultation mémoire du CHU Nord est la seule labellisée par le SROS 3 de la région Nord-Est de l'île qui rassemble près de 7 751 personnes de plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2009.¹⁰ D'autres études doivent être menées afin de préciser la prise en charge des patients déments dans ce coin de l'île.

c. Mode de vie

Les personnes âgées venant en consultation mémoire vivaient essentiellement à domicile et étaient entourées de leur famille, un tiers uniquement vivaient seules. Ce constat est retrouvé dans d'autres études, notamment une thèse réalisée en Martinique sur la consultation mémoire.⁶⁹ La grande majorité des patients vivent à domicile (69% des personnes de la consultation). Ce critère présente un avantage en termes d'accès à la consultation. Dans près de deux tiers des cas, les

nouveaux consultants bénéficiaient déjà d'une aide à domicile (familial ou non). Cette population est le reflet même de la solidarité intrafamiliale à la Réunion. La présence d'un aidant est similaire dans d'autres études.⁷⁰ La majorité des consultants dans les Yvelines (96%), avait des aidants, membre de la famille (82%).⁷¹ L'accès à la consultation mémoire est donc favorisé par la présence d'une personne tierce autour du patient.

d. Niveau socioculturel

Les résultats de l'étude reflètent le niveau socio culturel de la population réunionnaise. Près d'un tiers des primo-consultants sont illettrés et près de 76 % ne dépassent pas de niveau CEP. Les données de l'INSEE indiquent un taux d'illettrisme un peu plus du double de celui de la France, 23% en 1997 et 22% en 2007. On considère qu'il y a à la Réunion 100 000 analphabètes.⁷²

F. Pasquier et coll montraient que le niveau socioculturel des patients variait selon les centres, reflétant le plus souvent la population générale.⁷³ Le niveau d'étude a été un des premiers facteurs de risque de démence étudiés et mis en évidence.⁷⁴ La maladie d'Alzheimer diminuait de façon spectaculaire avec l'augmentation du niveau d'étude. Les capacités de réserve cérébrale et cognitive accumulées notamment au cours des études permettraient de compenser les lésions de la maladie d'Alzheimer.⁷⁵

e. Autonomie

Plus de la moitié des primo-consultants pouvait bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et avait une dépendance totale pour les activités de la vie quotidienne. Le risque de développer une démence dans les trois ans est multiplié par un facteur 9,5 chez les patients avec un score initial de 4 (chez un patient non autonome). Près de trois quarts des personnes pouvant bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sont des sujets déments.³ Les troubles de l'IADL reflètent l'impact de la maladie sur les activités instrumentales de la vie quotidienne des patients. La survenue d'une perte de l'autonomie doit alerter l'entourage et particulièrement le médecin traitant. Une attention particulière doit se porter sur l'aspect cognitif du patient et entraîner la réalisation de bilan ou test simple afin de détecter un trouble cognitif débutant.

f. Adressant à la consultation

Les médecins généralistes n'étaient pas majoritaires dans l'initiation de la consultation mémoire, c'est le plus souvent suite à une hospitalisation. Dans une étude réalisée à l'hôpital Tenon

à Paris, la comparaison des adressants de 1988 à l'an 2000 montrait une croissance régulière de demande de médecin généralistes et des familles. Le taux de demande faite par le médecin traitant était passé de 38% à 63%.⁷⁶ Ce bilan montre un progrès majeur et répond à une des missions du Centre Mémoire. La consultation mémoire du CHU Nord-Est est de création récente (2003). On peut ainsi espérer, au fil des années, accroître la demande venant de la famille et du médecin traitant grâce aux moyens de prévention.

3. Caractéristiques médicales

a. Ancienneté des troubles

Le délai au diagnostic (écart entre l'âge au premier signe et l'âge au moment de la consultation) n'est pas déterminé de façon exacte dans notre étude. Les patients consultant moins de 6 mois après l'apparition des premiers signes sont essentiellement ceux qui avaient été hospitalisés. Plus de la moitié des nouveaux consultants avaient des troubles datant de moins de 2 ans. Ces résultats sont discordants par rapport à d'autres études. Huvent-Grelle D. et al ont constaté un retard diagnostic plus important, de l'ordre de 3 à 4 ans.⁷⁷ Les résultats laissaient apparaître une tolérance à l'égard de la maladie avec une sous-estimation des symptômes. L'ancienneté des troubles est renseignée par le patient ou l'entourage. L'interprétation de ces données doit être prudente car la datation rétrospective est parfois imprécise.

b. Nature des premiers troubles

Les troubles mnésiques d'apparition et d'aggravation lente sont les plus représentés car ce symptôme est la principale entrée dans la maladie d'Alzheimer. C'est le symptôme le plus couramment observé lors de l'évaluation faite par le clinicien. Les troubles psycho-comportementaux sont fréquemment rencontrés en gériatrie chez les vieillards présentant une démence non diagnostiquée et nécessitent une exploration en consultation mémoire. Nous constatons que près de la moitié des consultants (48.78% n=60) bénéficiaient d'une consultation suite à une hospitalisation. Les patients atteints de démence sont plus hospitalisés que le reste de la population.⁷⁸ Une maladie responsable d'un syndrome démentiel qui débiterait plusieurs années avant d'atteindre le stade de démence, fragilise suffisamment l'individu pour qu'il développe plus facilement un syndrome confusionnel à l'occasion d'un facteur déclenchant.⁷⁹ Rahkonen et al ont montré que chez 51 patients âgés de 82 ans et admis pour confusion aux urgences, sans démence connue, ni maladie sévère et suivis prospectivement pendant deux ans, 54% présentaient une

démence.⁸⁰ Après résolution du syndrome confusionnel, 27% avaient un diagnostic immédiat, 27% étaient diagnostiqués dans les deux ans de suivi. Plus le diagnostic est précoce, plus nous pouvons prévenir les complications liées à la démence. L'hospitalisation d'une personne âgée doit nous alerter. Nous ne devons pas hésiter à réaliser un bilan cognitif.

c. MMSE

Le MMSE moyen lors de la consultation initiale des nouveaux consultants était de 18/30. Alors que dans d'autres études de la Métropole la moyenne était de 21/30. D'autres points peuvent être soulignés. La consultation mémoire n'intègre pas suffisamment dans sa file active de nouveaux patients à un stade léger de démence. Un des objectifs de la consultation mémoire est de s'investir dans le diagnostic précoce. Chez le sujet âgé, la plainte mnésique est souvent banalisée. Les troubles cognitifs ne suffisent pas à amener le patient âgé à consulter. C'est plus tard, dans l'évolution de la maladie, quand apparaissent les troubles psychos comportementaux, que le patient consulte. Le recueil de données était incomplet. (5,7 % des scores MMSE). Les explications données étaient un défaut de coopération du patient lors de la réalisation du MMSE (démence sévère...), une omission de la retranscription de ces données, ou la non retransmission de ces données si ces paramètres avaient été déjà recueillis dans l'année, mais en dehors de la période d'inclusion. Ces points soulignent l'acceptabilité et la faisabilité de ce type d'outil, en particulier à la Réunion, où la langue parlée est surtout le créole pour les personnes âgées et où l'illettrisme est marqué. La proportion des consultants ne sachant ni lire ni écrire représente près d'un tiers des nouveaux consultants dans notre étude. Plus de la moitié s'étant arrêtée au niveau collègue. En l'absence de test spécifique validé à la Réunion, chaque médecin interprète de façon qualitative le résultat du MMSE en fonction de la situation, en notant le score sur un total inférieur à 30. Le MMSE reste le test de référence dans le dépistage initial de la démence malgré ses limites dû au fait que les performances d'un individu dépendent de son niveau d'éducation. D'autres outils peuvent être utilisés. La comparaison de la sévérité des troubles à partir du MMSE est discutable étant donné les différences entre les populations étudiées en termes d'âge et de diagnostic.

d. Antécédents médicaux et facteurs de risque

▪ Antécédents neurologiques et psychiatriques

Les résultats ne sont pas significatifs et confirment le fait que les maladies neurologiques (sauf lésions vasculaires post AVC et la maladie de Parkinson) ne sont pas considérées comme facteur de risque de démence. Pour les pathologies psychiatriques, nous ne précisons pas le type de

pathologie. La dépression était en majorité retrouvée. Les diagnostics de dépression et de démence peuvent être associés chez le même patient. La présence de symptômes dépressifs est fréquente dans la démence vasculaire, dans les démences fronto-temporales débutantes. Dans la maladie d'Alzheimer, la dépression est fréquente dans les formes légères, avant que n'apparaissent l'anognosie.⁸¹

▪ **Des facteurs de risque cardio-vasculaires prédominants**

Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle était prédominante dans la population des nouveaux patients, suivi du diabète, de la dyslipidémie, la présence d'une cardiopathie et du tabac. Les résultats de l'étude reflètent l'état de santé actuelle à la Réunion. Les facteurs de risque cardio-vasculaires sont plus importants à la Réunion par rapport à la Métropole. La Réunion a un taux de mortalité d'origine cardio-vasculaire supérieure à la moyenne métropolitaine.⁸² Des études montrent l'implication des principaux facteurs de risque cardio-vasculaires dans la démence vasculaire mais aussi de la maladie d'Alzheimer. Des interrogations se posent sur la présence de comorbidités cardio-vasculaires et l'évolution de la maladie d'Alzheimer. L'étude REAL.FR prospective multicentrique française avait décrit les comorbidités à l'inclusion de patients atteints de maladie d'Alzheimer à un stade léger à modérément sévère et sont suivis en ambulatoire. L'objectif à terme est de déterminer si l'existence de comorbidités, fréquentes dans la population gériatrique influencent l'histoire naturelle de la maladie d'Alzheimer.⁸³

Le critère consommation d'alcool était attribué à un alcoolisme chronique et non à une consommation d'alcool modérée qui pourrait avoir un effet protecteur de la maladie d'Alzheimer.⁸⁴ La proportion observée était faible dans l'étude. La Réunion se situe au deuxième rang des régions françaises les plus à risque en termes de mortalité après le Nord-Pas-de-Calais.⁸⁵ L'alcoolisme touche d'avantage les hommes et est responsable de toxicité neurologique périphérique et centrale. L'intérêt semble moindre concernant la problématique de la consommation d'alcool chez la personne âgée. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples : tendance à la banalisation, aspect peu spectaculaire de l'alcoolisme de la personne âgée, souffrance du sujet âgé alcoolique moins visible, répercussions socioéconomiques (par exemple au niveau socioprofessionnel) moins marquées.⁸⁶ Dans une étude sur les conduites addictives à l'alcool de patients de plus de 75 ans hospitalisés pour chute ou malaise, on retrouve 67 % de sujets abuseurs et 20 % de sujets dépendants.⁸⁷

▪ **La répartition des étiologies du syndrome démentiel**

Nous avons observé que les principales étiologies retrouvées (la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et la démence mixte) étaient celles retrouvées dans d'autres études.

La proportion de démence vasculaire est plus importante que celle ayant la maladie d'Alzheimer (29.27% contre 23.17%). Si on additionne démence mixte et démence vasculaire, on se retrouve avec plus de 50% de la population ayant un diagnostic de démence vasculaire.

L'étude réalisée à Lille sur la comparaison du CMRR et la consultation mémoire de proximité (CMP) soulignait que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer était le plus souvent retenu au CMRR, alors qu'au CMP où la population est plus âgée il a été observé un plus grand nombre de démence mixte.⁷⁷ Leur étude signalait que « cet élément nous interroge, car il n'est retrouvé dans aucune autre série de la littérature ». Nous nous retrouvons dans le cas de figure du CMP de Lille [Tableau III.5]. En effet, la population lilloise se rapproche beaucoup de notre population Réunionnaise. En métropole, le Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions qui ont la plus faible proportion de personnes âgées. (6.8%). L'espérance de vie à 75 ans pour les hommes et les femmes est faible pour ces deux régions. Le taux de mortalité chez les 75 ans et plus en 2002-2004 est similaire. Le Nord-Pas-de-Calais est une des régions de la Métropole où la mortalité est la plus élevée par maladie cardio vasculaire (29,0).

Si on tient compte de l'ensemble des patients de plus de 75 ans diagnostiqués déments qui ont eu au moins une consultation mémoire en 2011, on observe que la proportion de patients diagnostiqués maladie d'Alzheimer est plus importante que la proportion de démence vasculaire ou démence mixte. Le pronostic ou délai de survie est mis en cause. Les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer ont un délai de survie plus long et donc peuvent être suivis plus longtemps. Fitzpatrick et al avaient évalué le pronostic de la démence à partir de 3 602 patients.⁸⁸ La médiane de survie à partir du début de la maladie était de 3,9 ans pour la démence vasculaire, 5,4 ans pour la démence mixte et 7,1 ans pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

La répartition des étiologies du syndrome démentiel comparée à celle de l'étude des Yvelines montre des différences nettes concernant les démences vasculaires et mixtes [Tableau III.6].⁷¹ La proportion de personnes atteintes de démence vasculaire ou démence mixte est supérieure à la Métropole (p=0.06). Les étiologies retrouvées à la Réunion sont statistiquement différentes de celles retrouvées sur Les Yvelines avec un risque de se tromper de 5%. La répartition des étiologies des syndromes démentiels n'est pas conforme à celle observée en population générale.⁸⁹ Les raisons qui peuvent être évoquées sont :

- la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires à la Réunion est plus élevée.
- l'utilisation des critères diagnostiques qui peuvent être différents notamment pour la démence vasculaire. Le diagnostic de démence vasculaire est difficile. Il repose sur un faisceau d'arguments

tirés des examens neurologiques et neuropsychologiques et de l'imagerie cérébrale mais n'est affirmé que par l'étude anatomopathologique. Plusieurs éléments peuvent faire évoquer la démence vasculaire mais ils sont insuffisants. Des infarctus peuvent rester asymptomatiques jusqu'à ce que leur nombre soit suffisamment important pour entraîner un syndrome démentiel d'aggravation progressive. Plusieurs outils diagnostiques ont été élaborés au fil des années. L'HAS recommande d'utiliser les critères NINDS-AIREN ou ceux du DSM-IV-TR [Annexe 8]. On retrouve une grande hétérogénéité et parfois des discordances. Certaines études confirment le manque de sensibilité de ces critères diagnostiques et l'absence de concordance inter examinateurs.⁹⁰

Cette particularité se retrouve dans un travail de recherche, dans le Sud de l'île, concernant des patients diagnostiqués déments, hospitalisés en 2008 et en 2011. La proportion de démences vasculaires (36 à 42%) et de démences mixtes (15-29%) est plus importante, aux dépens de démences de la maladie d'Alzheimer (25 à 32%).⁹¹

L'absence de démences fronto-temporales et à corps de Lewy dans notre étude était du fait qu'elles touchent les sujets plus jeunes (non étudiés dans notre étude). Ils sont suivis par des psychiatres ou neurologues.

▪ Un diagnostic sous-estimé

La démence vasculaire est la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer dans les pays Occidentaux.⁹² Elle serait la première cause de démence dans les pays en voie de développement et en Asie.⁹³ Les démences vasculaires représentent 15-20% des démences dans les pays Occidentaux et augmentent avec l'âge de 2.2% entre 70-79 ans et 16.3% après 80 ans.⁹⁴

La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées sont des maladies récentes en termes de prise en charge. Il n'existe pas de traitement curatif. C'est une maladie qui commence à être médiatisée. Les gouvernements ont un rôle important et mettent en place des dispositifs pour améliorer la prise en charge des patients atteints et de l'entourage.

Les patients étudiés, sont ceux qui ont été vus en consultation spécialisée. Pour quelles raisons, certains échappent-ils à cette filière de soins ? Parmi les raisons avancées d'un sous diagnostic de la pathologie démentielle, nous pouvons citer quelques points se reliant à notre société réunionnaise : Société multiculturelle, marquée par un passé lourd d'une histoire de précarité. Elle est influencée par les traditions, les religions... Le seuil de tolérance des symptômes est différent d'un sujet à l'autre, d'une famille à l'autre. Il est fonction des connaissances médicales qui entourent le sujet, mais aussi du contexte socio-culturel. Les troubles cognitifs sont minimisés aux

profits de troubles physiques. Les troubles cognitifs deviennent une sorte de transition entre l'état de santé et l'état de maladie, comme une logique de continuité humaine.

4. La couverture des besoins : Une couverture insuffisante

L'activité de la consultation mémoire sur l'année 2011 couvrait 15,3% des besoins estimés locaux. [Tableau III.8] La faible couverture des besoins montre que les moyens disponibles sont actuellement insuffisants pour couvrir l'ensemble des patients estimés déments à la Réunion.

La faible couverture n'était pas liée à un encombrement de consultations injustifiées, seuls 8,9% des consultants avaient un bilan cognitif normal. Une des missions de la consultation mémoire est la prévention primaire du déclin cognitif. L'intervention possible d'autres professionnels du territoire n'était pas prise en compte et pouvait conduire à sous-estimer la couverture des besoins. Le Nord de l'île ne compte qu'un neurologue dans le secteur privé. Dans le secteur Est, il y a une possibilité d'avoir des consultations mémoire.

Les données utilisées datent du dernier recensement de la population en 2009 à la Réunion. Le vieillissement de la population se poursuit toujours. S'il est prévu une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans les prochaines années, plusieurs études pensent à une majoration du nombre de personnes démentes. La couverture des besoins serait insuffisante.

Le défaut d'accès aux soins est lié à des caractères sociodémographiques. La faible représentation des communes de l'Est est liée à la présence de spécialistes (géronto-psychiatres). Pourtant il existe un défaut de repérage à souligner. L'île de la Réunion est sous dotée en médecins généralistes par rapport à la Métropole. La densité de médecins généralistes est de 146 pour 100 000 habitants (contre 162 en métropole).⁹⁵ Les personnes vivant seules accèdent plus difficilement à la consultation par rapport à celles vivant à domicile. Le médecin généraliste, les aidants ou le réseau social doivent être sensibilisés dans le repérage des troubles cognitifs afin de prévenir les complications. On peut éviter une hospitalisation pour un problème social ou autre situation de crise.

La couverture des besoins pour ceux vivant en institution est inférieure à celle pour les patients déments vivant à domicile. On peut penser que les résultats sont critiquables et surestiment les besoins. A la Réunion, la proportion de personnes âgées vivant en institution est très faible par rapport à la Métropole. Pourtant, des changements de mode de vie sont soulevés aujourd'hui. Les Réunionnais sont de plus en plus nombreux à vivre seuls et cette tendance est plus accentuée chez les séniors. L'augmentation du divorce chez les pré-séniors, le décès du conjoint ou le vieillissement de la population peuvent expliquer ce phénomène. Avec le vieillissement de la population, les changements d'habitudes, le nombre de séniors vivant seuls continuera de croître. Ce phénomène doit être pris en compte dans les aménagements à prévoir.

La couverture des besoins pour les 75-84 ans était meilleure par rapport à ceux de plus de 85 ans. Deux explications sont soulignées :

- L'espérance de vie à la Réunion est plus faible qu'en métropole.
- Nous remarquons que ce constat était déjà observé dans d'autres études comme celle des Yvelines.⁷¹ L'étude des Trois-Cités montrait que quatre malades sur cinq après 80 ans n'avaient pas eu accès aux procédures diagnostiques, soit parce qu'il n'y avait pas de plainte de la part du patient dans 45% des cas ou que le médecin généraliste n'avait pas initié le bilan diagnostique.⁹⁶

La consultation mémoire du CHU Felix Guyon n'intégrait pas suffisamment les démences à un stade léger (couverture de 12,1%) par rapport au stade sévère (48,9%) pour la tranche des 75 ans et plus. Le problème avait été souligné plus haut. La prise en charge doit être précoce dans le syndrome démentiel. Il permet de prévenir les complications prévisibles, et tenter de ralentir le déclin cognitif.

C. Comment améliorer l'offre de soins ?

1. Facteurs impliqués dans le défaut de recours à la consultation mémoire

A partir de notre étude et de recherche, nous pouvons déduire dans ce contexte spécifique de l'île de la Réunion, les facteurs impliqués dans le défaut de recours à la consultation mémoire.

a. Les facteurs liés au patient et l'entourage

La *représentation sociale de la pathologie démentielle* a un rôle déterminant dans la prise en charge de la maladie. La recherche menée par C. Rozotte étudie des patients diagnostiqués maladie d'Alzheimer, vivant à domicile (Etude PAQUID, recensement en 2001) qui n'ont pas eu de consultation mémoire.⁹⁷ Les raisons évoquées étaient multiples.

Les troubles cognitifs *s'installent progressivement*. Ils sont banalisés par l'entourage ou le patient lui-même et mis sur le compte de la fatigue ou la déprime. On assiste à un déni des troubles. La perte progressive de l'autonomie, les chutes sont les éléments initiateurs de ne plus laisser le patient vivre seul. Le savoir médical et la conception profane vont définir le seuil de tolérance du patient et de son entourage.

Les troubles cognitifs sont « *associés au vieillissement normal* ». Les troubles cognitifs sont considérés comme une sorte d'état transitoire entre l'état de santé et l'état de maladie et comme un

vécu pathologique de la vieillesse s'interprétant dans une continuité logique et naturelle de l'existence humaine.

Ces facteurs sont retrouvés dans la société réunionnaise caractérisée par son histoire de précarité et un mélange de créolité. Les croyances profanes, les traditions ancestrales ont une influence sur cette prise en charge de patients âgés déments.

b. Les facteurs liés au médecin traitant

Notre étude n'apporte pas d'informations sur le regard porté par le médecin traitant sur sa prise en charge. Nous pouvons noter que le taux de patients adressés par le médecin traitant à la consultation sur l'année 2011 était insuffisant. Des enquêtes ont été menées en métropole et ont fait émerger les mêmes problématiques : une sensibilisation aux problèmes posés par la maladie, un besoin de formation et une augmentation de dispositifs permettant d'accompagner le malade et son entourage. Le médecin traitant a une place prépondérante dans la prise en charge de la maladie et dans les interactions entre les différents intervenants. L'étude menée par la fondation Médéric Alzheimer en 2009 montrait que les médecins généralistes étaient sensibilisés au repérage des troubles cognitifs.⁹⁸ L'annonce du diagnostic posait un problème fréquent, les médecins s'appuyaient sur les consultations spécialisées. Les problèmes évoqués étaient un manque de moyen en termes de temps, manque de structure pour coordonner les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient et de son entourage.

c. Les facteurs liés à la consultation mémoire

Le délai d'accès est de plus de 4 mois.

La distance peut être un frein à la consultation. La Consultation mémoire couvre toute la région Nord-Est de l'île. Sainte-Rose est située à la frontière du bassin cible. Cette ville est séparée de Saint-Denis de 57 km environ, alors que dans l'étude de la « fondation Médéric Alzheimer », la consultation mémoire la plus proche du cabinet du médecin généraliste était de 15km en moyenne.⁹⁹

2. Augmenter la couverture des besoins

L'augmentation de la couverture des besoins passe par un meilleur ciblage des patients. Le médecin généraliste joue alors un rôle fondamental. Leur sensibilisation permet d'apporter un diagnostic plus précoce. Augmenter le nombre de cas suspectés consiste à répondre à la demande et

couvrir les besoins. La consultation mémoire doit être en mesure d'accueillir les patients adressés et des structures de coordination et de soins doivent être mises en place.

a. Le plan Alzheimer 2008-2012

Le gouvernement se mobilise pour faire face à cette maladie inéluctable qui ne cesse de s'accroître au vu du vieillissement de la population. Les plans nationaux se succèdent depuis 2001 pour faire face aux défis économiques, sanitaires et sociaux posés par la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées. Le plan Alzheimer, centré sur la personne malade et sa famille, avait pour objectif de fournir un effort sans précédent sur la recherche, favoriser le diagnostic précoce et mieux prendre en charge le patient et l'entourage. Le rapport du plan, sorti en juin 2013, synthétise le travail réalisé durant ces 4 dernières années. A l'issue de ce plan, le déploiement de nouvelles structures a permis de réels progrès. Certains objectifs quantitatifs n'ont pas été atteints, notamment dans la prise en charge des problèmes de santé par les médecins généralistes, la création de structures de répit, dans la recherche en sciences humaines et sociales. Des efforts sont à poursuivre dans les prochaines années.

b. Axes de réflexion

▪ Détecter les patients

Augmenter la couverture des besoins, signifie une sensibilisation permanente et formation des médecins, en particuliers les généralistes. Le médecin généraliste est le pivot du diagnostic précoce et du suivi du patient. Quel est le regard porté par les médecins généralistes sur cette maladie à la Réunion ? Quels sont les difficultés rencontrées ?

Une meilleure information sur les signes d'alertes aux patients, à l'entourage, aux personnels médicaux et paramédicaux est nécessaire. Les démences sont mieux tolérées quand elles sont mieux comprises. Le Centre mémoire a pour charge d'informer, non seulement le patient et la famille, mais d'assumer la formation continue des médecins généralistes ou spécialistes et les soignants, de les tenir informés des développements de la recherche.

Une attention particulière doit se porter sur les patients isolés (développer l'aide aux aidants).

Les équipes de l'APA du Conseil Général repèrent à domicile les patients âgés de plus de 60 ans dépendants, présentant des troubles cognitifs. Des réunions bimensuelles ont été mises en place entre les équipes médico-sociales du Conseil Général et la filière gériatrique du CHU Félix Guyon pour mieux identifier les situations d'urgences.

▪ **Accès à la consultation mémoire**

La Consultation mémoire doit pouvoir répondre aux besoins. Augmenter le nombre de personnels ou la création d'autres Consultation Mémoire dans le bassin cible (pour le secteur de l'EST). Réduire le temps de délai d'attente.

▪ **Développer les structures de coordination et de soins**

Le développement d'une meilleure coordination et organisation permet une meilleure prise en charge de la démence.

- Favoriser une meilleure homogénéité dans l'implantation des structures de coordination et de liaison. (Création récente d'une MAIA dans le Nord et le Sud de l'île de la Réunion, implantation prochaine dans l'Ouest).
- Favoriser le maintien à domicile en augmentant les accueils de jour, les services de soins à domicile, les offres de répit.

▪ **La recherche**

La création d'un CM2R fait partie d'un des objectifs durant la période 2012-2016. La recherche est un axe à développer sur le sujet de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées. La création d'un réseau régional de consultation mémoire avec tenue d'un registre épidémiologique, l'utilisation de protocoles communs pour le diagnostic et le suivi thérapeutique font partie de la recherche. La formation des médecins, personnels paramédicaux est à développer avec une réunion à rythme régulier des différents partenaires de l'île. (Formation initiale et continue, critique et analyse de différentes données de la littérature, discussion de cas difficiles). Le but étant de définir les besoins de l'île. Il existe d'autres sujets intéressants à approfondir. Par exemple, l'étude anthropologique des personnes âgées à la Réunion, quel est le regard porté aujourd'hui sur la pathologie démentielle à la Réunion ? Les dernières études sur les personnes âgées remontent à 1980. L'attitude et la pratique des médecins généralistes à la Réunion sont à explorer...

V. CONCLUSION

La présence de facteurs favorisant l'apparition de démence est importante dans notre population. En particulier les facteurs comme le niveau socio-culturel bas et la présence majeure de facteurs de risque cardio-vasculaires. La proportion de démence mixte et vasculaire est plus importante que celle retrouvée en métropole. Prévenir l'apparition de démence passe aussi par la prévention des risques cardio-vasculaires.

Les personnes âgées qui accèdent à la consultation mémoire sont majoritairement des sujets octogénaires, principalement de sexe féminin, dépendantes, vivant à domicile et entourées de leur famille ou ayant une aide à domicile. La consultation mémoire ne couvrait que 15,3% des patients de 75 ans et plus estimés déments dans la zone Nord-Est de l'île. La zone Est était peu couverte par la consultation mémoire et la majorité des consultants viennent de la zone Nord de l'île. Cette étude permet d'illustrer la capacité insuffisante de la consultation mémoire à répondre aux besoins dans la zone Nord-Est de l'île de la Réunion.

La création de la consultation mémoire reste récente, les primo-consultants y étaient adressés pour la plupart suite à une hospitalisation. Il est nécessaire que le patient ou la famille puisse rattacher les troubles mnésiques ou comportementaux à une affection organique ou à une maladie. Reconnaître précocement les troubles et porter un diagnostic précis contribuent à une meilleure prise en charge. Un effort doit être fourni concernant la formation des médecins sur la prévention et le diagnostic de la maladie et l'apport matériel et financier. Ceci a pour but de développer des structures médicales et sociales afin d'améliorer la prise en charge du patient et de son entourage. En prenant compte des perspectives démographiques, nous devons poursuivre la réflexion autour de l'organisation et du renforcement de la consultation mémoire, des structures sanitaires ou médico-sociales de prise en charge des sujets âgés déments. La formation des médecins de ville et la mise en place de la MAIA doivent amener aussi à diminuer les hospitalisations non programmées aux urgences pour établir un diagnostic ou gérer un trouble psycho comportemental.

Les démences ne sont pas les seules maladies sans traitement curatif. Elles imposent le même investissement que pour toute maladie chronique. Le traitement est à tous les niveaux (traitement symptomatique des troubles du comportement, traitement des affections intercurrentes, accompagnement médico-social, formation et soutien des familles). Nous pouvons améliorer le mode de vie du patient, de la famille, et anticiper et prévenir les complications relatives à ce syndrome.

VI. REFERENCES

1. ROBERT-BOBEE I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. *INSEE PREMIERE* [en ligne]. Juillet 2006, n°1089 [consulté le 01 juin 2013], 4 p. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>
2. Projections de population 2010 Horizon 2040 : La croissance de la population ralentit et le vieillissement s'accélère. *Informations Rapides Réunion INSEE* [en ligne]. Décembre 2010, N°167 [consulté le 01 juin 2013], 4 p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/population/irpop/irpop167/irpop167.pdf
3. RAMAROSON H., HELMER C., BARBERGER-GATEAU P., et al. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. *Rev Neurol* 2003, 159 : pp. 405-411.
4. Focus sur le vieillissement et la santé en 2012. *Organisation mondiale de la Santé* [en ligne]. 2012, [réf. Du 16 janvier 2012]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/news/news/2012/01/ageing-and-health-in-focus-in-2012>
5. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie. *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* [en ligne]. 2012, [consulté le 01 juin 2013], 9 p. Disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_ChiffresCles_2012.pdf
6. GRIGNON Michel. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. *Bulletin d'information en économie de santé. Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé*, mars 2003, N°66, 6 p.
7. CASTIEL D. Le vieillissement de la population : un problème économique ? *Le concours profession*, septembre 2003, Tome 125-26, pp.1540-1542.
8. ESPAGNOL P. L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007. *Etudes et Résultats DREES*, 2007, n° 615, 4 p.
9. Recensement de la population : les nouvelles populations légales 821 000 habitants au 1^{er} janvier 2010. *Informations rapides Réunion INSEE* [en ligne]. Décembre 2012, N° 248, [consulté le 01 juin 2013], 2 p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/population/irpop248/irpop248.pdf
10. Population selon le sexe et l'âge au 1^{er} janvier 2012. *INSEE* [en ligne].2012 [consulté le 01 juin 2013] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=24&ref_id=poptc02104
11. Bilan démographique 2011 Le rattrapage de l'espérance de vie freiné par la mortalité infantile. *Informations Rapides Réunion INSEE* [en ligne]. Mars 2013, N°258 [consulté le 01 juin 2013], 4 p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/population/irpop258/irpop258.pdf
12. LEVET A., Horizon 2040 : La croissance de la population ralentit et le vieillissement s'accélère. *INSEE* [en ligne]. Décembre 2010, N°167 [consulté le 01 juin 2013]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=16906
13. Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale des secteurs de l'enfance-famille, des personnes âgées et des personnes handicapées 2007-2011. *Le conseil général* [en ligne]. 2007, [consulté le 01 juin 2013], pp. 195-235. Disponible sur : <http://www.cg974.fr/index.php/Schema-Departemental-d-Organisation-Sociale-et-Medico-sociale.html>
14. Handicap et dépendance. *INSEE économie de la Réunion* [en ligne]. 2005, [consulté le 01/06/2013], 16 p. Disponible sur : http://insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/revue/revue124/R124_DOSSIER.pdf

-
15. Les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées à la Réunion. *Infos Réunion études et statistiques Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques*. 14 juillet 2009. 4 p.
16. LECROART Aude. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060-Sources, méthode et résultats. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* [en ligne]. Septembre 2011, n°23 [consulté le 01 juin 2013], 42 p. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource_method23.pdf
17. Les personnes âgées à la Réunion : Anticiper les risques et les besoins. Conseil Economique Sociale et Environnemental Régional *CESER* [en ligne]. 28 juin 2011, [consulté le 01 juin 2013], 43 p. Disponible sur : http://www.ceser-reunion.fr/fileadmin/user_upload/tx_pubdb/archives/11.06.28_Note_dependance.pdf
18. Personnes âgées démographie et conditions de vie. *Economie de la Réunion INSEE* [en ligne]. Décembre 2010, n°137, [consulté le 01 juin 2013], pp.12-15. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/default.asp?page=themes/revue/revue137/revue137-dossier-personnes-agees.htm>
19. Les personnes âgées à domicile à la Réunion Enquête « Handicap-Incapacité-Dépendance » à la Réunion. *Organisation Régionale de Santé de la Réunion* [en ligne]. 2006, [consulté le 01 juin 2013]. 2p. Disponible sur : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/etudes/HID_pers_agees_domicile_2006.pdf
20. De l'internat à la maison de retraite peu de réunionnais vivent en communauté. *Information rapide Réunion INSEE* [en ligne]. Février 2013, n°254 [consulté le 01 juin 2013], 3p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=19591
21. LORIGNY B. Une population en croissance, jeune, aux revenus modestes. *La revue de l'économie INSEE* [en ligne]. Juin 2008, n°3, [consulté le 01/06/2013], pp. 6-7. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=16035
22. Les allocataires du minimum vieillesse en 2008. *Informations rapides Réunion INSEE* [en ligne]. mai 2011, n°183 [consulté le 01/06/2013], 4p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/revenus/irrevenus183/irrevenus183.pdf
23. ANKRI J., POUPARD M. Prevalence and incidence of dementia among the very old. Review of the literature. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003; 51: pp. 349-60.
24. FRATIGLIONI L., LAUNER J., ANDERSEN K., et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Eldery Research Group. *Neurology* 2000; 54: S10-S15.
25. KURZ X., SCUVEE-MOREAU J., SALMON E., et al. La démence en Belgique : Taux de prévalence chez les sujets âgés consultant en médecine générale. *Rev Med Liège*. 2001, 56, n°12, pp. 835-839.
26. MURA T., DARTIGUES J.F., BERR C. How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050. *Eur J Neurol*, 2010 ;17(2) :pp. 252-259.
27. Tableau de Bord: La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés à la Réunion. *Observation Régionale de la Santé de la Réunion* [en ligne]. Septembre 2008, édition n°1, [consulté le 01/06/2013],12p.Disponible sur : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Alzheimer_2008.pdf
28. FRATIGLIONI L., PAILLARD S., WINBLAD B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004;3:pp. 343-353.
29. LAUNER L.J., ANDERSEN K., DEWEY M.E., et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODERM pooled analyses. EURODERM Incidence research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology*. 1999; 52: pp. 78-84.
30. Communication écrite, un adulte sur cinq en situation préoccupante. *INSEE partenaires* [en ligne]. Octobre 2008, n°2, [consulté le 01/06/2013] 6p. Disponible sur: http://insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee_partenaires/ip02/ip02.pdf

-
31. PETROVITCH H., WHITE LR., IZMIRILIAN G. et al. Midlife blood pressure and neuritic plaques, neurofibrillary tangles and brain weight at death: The HAAS. *Neurobiol Aging*. 2000; 21:pp. 57-62.
32. QIU C., WINBLAD B., FRATIGLIONI L. The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *Lancet Neurol*. 2005; 4:pp. 487-499.
33. QIU C, WINBLAD B., FRATIGLIONI L. Low diastolic pressure and risk of dementia in very old people: a longitudinal study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 28 (3):pp. 213-219.
34. HANON O., LATOU F., SEUX ML, et al. Evolution of blood pressure in patients with Alzheimer's disease : a one-year survey of french cohort (REAL. FR). *J Nutr Health Aging* 9(2):pp. 106-11.
35. HAAG MD., HOFMAN A., KOUDSTAAL PJ., et al. Duration of antihypertensive drug use and the risk of dementia : a prospective cohort study. *Neurology* 72 (20) :pp. 1716-1717.
36. PEILA R., RODRIGUEZ BL., LAUNER LJ. Type 2 diabetes, APOE gene, and the risk for dementia and related pathologies – The Honolulu-Asia Aging Study. *Diabetes* 2002; 51:pp. 1256-1262.
37. BIESSELS GJ, DEARY IJ., RYAN CM. Cognition and diabetes: a lifespan perspective. *The Lancet Neurology*. 2008;7:pp. 184-190.
38. KUUSISTO J., KOIVISTO K., MYKKANEN L., et al. Association between features of the insulin resistance syndrome and Alzheimer's disease independently of apolipoprotein E4 phenotype: cross sectional population based study. *BMJ* 1997; 315:pp. 1045-1049.
39. KUSNIK-JOINVILLE O., WEILL A., RICORDEAU P., ALLEMAND H. Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [en ligne]. novembre 2008, n°43 [consulté le 01 juin 2013], pp 409-413. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/43/beh_43_2008.pdf
40. Prévalence et incidence du diabète. *Institut de Veille Sanitaire* [en ligne]. Novembre 2012 [réf. Du 13 novembre 2012]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
41. Le diabète à la Réunion Tableau de bord. *Observatoire Régional de la Santé de la Réunion*. [en ligne]. Décembre 2009[consulté le 01/06/2013], 20 p. Disponible sur: http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/tb_diabete_2009.pdf
42. KIVIPELTO M., HELKALA EL., LAAKSO MP., et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ* 2001; 322:pp. 1447-51.
43. ORGOGOZO JM, DARTIGUES JF, LAFONT S, et al. Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol* 1997; 153:pp. 185-192.
44. Les addictions à la Réunion Tableau de bord. *Observatoire Régional de la santé La Réunion*. [en ligne]. Décembre 2011 [consulté le 06 juin 2013], 12 p. Disponible sur : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_addictions_2011_synthese_produit.pdf
45. GALLEZ C. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, Rapport n° 466 fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé [en ligne]. 2005, [consulté le 01 juin 2013]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp>
46. PIN S., BODARD J., RICHARD J. Regards croisés sur la maladie d'Alzheimer : perceptions, opinions et attitudes du grand public, des aidants proches et des aidants professionnels. *INPES* [en ligne]. Septembre 2010, n°21 [consulté le 01/06/2013], 6 p. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1318.pdf>
47. PIN-LE CORRE S. Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer Synthèse de la littérature. *INPES* [en ligne]. Novembre 2008 [consulté le 01/06/2013], 18 p. Disponible sur : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_de_litterature_sur_le_regard_sur_la_maladie_-_novembre_2008.pdf
48. Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer en France. *INPES* [en ligne]. Mars 2009 [consulté le 01 juin 2013]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2009/013.asp>

-
49. PIN-LE CORRE S. Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer par les personnes malades et leurs aidants familiaux. *INPES* [en ligne]. Février 2010 [consulté le 01/06/2013], 13 p. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/PMAF_synthese.pdf
50. NGATCH-RIBERT L. Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales. *Psychologie et Neuro-Psychiatrie du Vieillissement*, vol.2, n°1, pp. 49-66.
51. POURCHEZ L. De quelques métissage autour de la santé. Thérapies et religion à l'île de la Réunion. Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Laurent Pordié, *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, chapitre 13, pp. 287-306. Paris : Éditions Karthala, 2005, 326 p.
52. CATTEAU C., SISSOKO D., GAUZERE B., AUBRY P. Situation et enjeux sanitaires à l'île de la Réunion en 2005. *Revue Med. Trop.* 2005; 65 : pp. 515-524.
53. CATTEAU L. La Réunion : état de santé des populations et pratique de promotion de la santé. *INPES SANTE* [en ligne]. novembre-décembre 2009, N° 404, [consulté le 16/06/2013]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/404/04.htm#>
54. STOJCIC I. La représentation du corps à l'île de la Réunion. *Mémoire de maîtrise Anthropologie* : Bordeaux : 1993.
55. ENJOLRAS Frank. Incidence du pronostic sur la construction des modèles explicatifs de la maladie d'Alzheimer à l'île de la Réunion. *Sciences Sociales et Santé*. Septembre 2005, Vol.23, n°3. 93 p.
56. Territoires de santé Réunion –Mayotte. *Dossier statistiques Agence Régional Santé* [en ligne]. Février 2012 n°5 [consulté le 01 juin 2013], 30 p. Disponible sur : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ARSOI_COM_Dossier_statistique_territoire_sante-VD.pdf
57. Grand Age, Alzheimer et perte d'autonomie Guide pour l'orientation. *MAIA* [en ligne]. 2013 [consulté le 01 juillet 2013]. 54 p. Disponible sur : http://maia.re/documents/Guide_orientation.pdf
58. Table tactique Relevé de décision. *MAIA* [en ligne]. 16 novembre 2012. [consulté le 01 juin 2013]. 5p. Disponible sur : http://maia.re/documents/TableT_NE_CR_20121116.pdf
59. Les personnes âgées à la Réunion : Anticiper les risques et les besoins. *Conseil économique social et environnemental Régional* [en ligne]. 28 juin 2011. [consulté le 01 juin 2013]. 43 p. Disponible sur : http://www.ceser-reunion.fr/fileadmin/user_upload/tx_pubdb/archives/11.06.28_Note_dependance.pdf
60. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. *Recommandation de bonne pratique HAS* [en ligne]. Décembre 2011. [consulté le 01/06/2013]. 49 p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf
61. American Psychiatric association. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition. Traduction française par Guelfi JD. Paris : Masson ; 1996.
62. DUBOIS B., FELDMAN H., JACOVA C., et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurology*, Novembre 2010 ; 9 : pp 1118-1127.
63. Niveau d'étude en hausse mais encore trop de sortants sans qualification. *Revue de l'économie de la Réunion* [en ligne]. Juin 2010, N°8, [consulté le 01/06/2013], pp.10-13. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=16379
64. CANTEGREIL-KALLEN I., LIEBERHERR D., GARCIA A. et al. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste: résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *La revue de médecine interne*, 2004 ;5 :pp. 548-555.
65. VERNOOIJ-DASSEN MJ., VAN HOUT HP., HUND KL. et al. Information for dementia patients and their caregivers: what information does a memory clinic pass on, and to whom? *Aging Ment Health* 2003; 7: pp. 34-38.

-
66. OLAFSDOTTIR M., FOLDEVI M., MARCUSSON J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care*. 2001; 19:pp. 194-198.
67. LETENNEUR L., GILLERON V., COMMENGES D., et al. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66: pp. 177-183
68. HELMER C., PASQUIER F., DARTIGUES JF. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *Med Sci*. 2006 ; 22 : pp. 288-296.
69. DELOBEL Remy. Consultation mémoire au CHU de Fort de France (Martinique). Analyse descriptive. 218 pages. Th. D : Médecine : Bordeaux : 2004 ; n°108.
70. PRINCE M., 10/66 Dementia Research Group. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 ; 19: pp. 170-177.
71. ANTOINE V., ROIGT F., BODENAN L., et al. Consultation mémoire de proximité : quelles sont les personnes âgées n'accédant pas aux soins ? *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, décembre 2007 ; 7 :pp. 35-48.
72. Communication écrite, un adulte sur cinq en situation préoccupante. *INSEE*. [en ligne]. Octobre 2008. [consulté le 01/06/2013]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=17851
73. PASQUIER F., LEBERT F., PETIT H. Organisation des centres de la mémoire et perspectives, *Rev Neurol (Paris)* 1999; 155: 4S, pp. 83-92.
74. DARTIGUES JF., GAGNON M., MICHEL P. et al. Le programme de recherche Paquid sur l'épidémiologie de la démence. Méthodes et résultats initiaux. *Rev Neurol (Paris)* 1991 ; 147 :pp. 225-230.
75. DARTIGUES JF., HELMER C., LETENNERU L. et al. Paquid 2012 : illustration et bilan. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10 (3) : pp. 325-331.
76. MATHIEUX F. Les consultations de la mémoire intérêts et limites. *La presse médicale*. Avril 2000 ; 29, n°15, pp. 863-869.
77. HUVENT-GRELLE D., PUISIEUX F., CAMILLERI S., et al. Comparaison de deux expériences lilloises : la consultation mémoire du centre mémoire de ressource et de recherche et la consultation mémoire de proximité de l'hôpital gériatrique Les Bateliers. *La revue de Gériatrie*, novembre 2006 ; Tome 31, N°9, pp. 705-712.
78. PHELAN EA., HELMER C., BARBERGER-GATEAU P. et al. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over : updated results of the PAQUID cohort. *Rev Neurol*, 2003; 159: pp. 405-411.
79. VERNY M. Circonstances d'hospitalisation des patients âgés atteints de maladie d'Alzheimer. *La revue de médecine interne*. 2011, 32S ; S14-S16.
80. RAHKONEN T., LUUKKAINEN-MARKKULA R., PAANILA S., et al. Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2-year follow-up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69:pp. 519-521.
81. DARTIGUES J-F., HELMER C., LETENNEUR L., et al. Paquid 2012 : Illustration et bilan. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10(3) : pp. 325-331.
82. Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France. *Collection les études du réseau les ORS FNORS*. 2006-2008. P17.
83. ARTAZ M-A., BODDAERT J., HERICHE-TAILLANDIER E., DIEUDONNE B., VERNY M., le groupe REAL.FR. Comorbidités et maladie d'Alzheimer : données à l'inclusion de la cohorte gériatrique REAL. FR. *La Revue de médecine interne*, 2006 ; 27, pp. 91-97.
84. REITZ C., BRAYNE C., MAYEUX R. Epidemiology of Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2011; 7:pp. 137-52.
85. Les addictions à la Réunion. *Tableau de bord Observatoire Régional de la Santé de la Réunion* [en ligne]. 2011 [consulté le 01 juin 2013] 12 p. Disponible sur : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_addictions_2011_synthese_produit.pdf

-
86. SALVE A., LECLERCQ S., PONA VOY E. et al. Conduites addictives du sujet âgé. *EMC Psychiatrie* 2011 ; 37, 14 p.
87. MENE CIER P. Les aînés et l'alcool. Toulouse : Erès, 2010. Coll. Pratiques gérontologique.
88. FITZPATRICK AL., KULLER LH., LOPEZ OL., KAWAS CH., JAGUST W. Survival following dementia onset: Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Neurol Sci* 2005; 229-230: pp. 43-49.
89. LOBO A., LAUNER LI., FRATIGLIONI L. et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54 (suppl 5): S4-9.
90. CHUI HC., MACK W., JACKSON JE. et al. Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: a multicenter study of comparability and interrater reliability. *Arch Neurol* 2000; 57:pp. 191-196.
91. ROBIN Léo. Mode d'admission des patients déments en hospitalisation de cout séjour : comparaison avant – après l'instauration d'une filière gériatrique dans le Sud de la Réunion. 94 pages. Th.D : Médecine générale : Bordeaux : 2013 ; n°57.
92. JORM AF., JOLLEY D. The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*. 1998 ; 51 :pp. 728-733.
93. DUBOIS M., HEBERT R. The incidence of vascular dementia in Canada: a comparaison with Europe and East asia. *Neuroepidemiology* 2001; 20:pp. 179-187.
94. KNOP MAN DS., ROCCA WA., CHA RH. et al. Incidence of vascular dementia in Rochester, Minn, 1985-1989. *Arch Neurol*. 2002; 59:pp. 1605-1610.
95. Les professions de santé à Mayotte et à la Réunion au 1^{er} janvier 2012. *ARS*[en ligne]. 2012. [consulté le 01 juin 2013] Disponible sur : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Dossiers-Statistiques-Les-pr.140853.0.html>
96. The 3C study group. Vascular factors and risk of dementia: design of the Three-City Study and baseline characteristics of the study population. *Neuroépidemiology* .2003; 22:pp. 316-325.
97. ROZOTTE Corinne, De l'usure naturelle au ramollissement cérébral, *Retraite et société*, 2003 ; n°39, pp. 148-175.
98. AQUINO JP., FONTAINE D., BERARD A. Les médecins généralistes et la maladie d'Alzheimer. *La Revue de Gériatrie*. 2011 juin N°6 ; 36 :pp. 381-391.
99. AQUINO JP., FONTAINE D., HERAULT T., LION A. Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours. La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, *La Revue de Gériatrie*. 2010 ; 35 :pp. 415-420.

[Annexe 2] GRILLE DE RECUEIL

Questionnaire

Patient n° :

Date de la première consultation

.../.../2011

Date de naissance :

.../.../19...

Age au moment de la première consultation

... Ans

Sexe M=1, F=2

Demandé par :

1= propre initiative

2= famille

3= médecin traitant

4= spécialiste

5= suite à une hospitalisation

6= conseil général

Accompagnant à la consultation :

1= conjoint

2= enfant ou membre famille

3= autre

4= seul

Facteurs sociodémographiques

Lieu d'habitation :

Code postal 974

Lieu du domicile :

1= domicile

2= famille d'accueil

3= institution

Statut matrimonial :

1= marié (e) ou concubinage

2= veuf (ve)

3= séparé ou célibataire

Mode de vie :

1= avec conjoint

2= avec famille

3= seul

4= autre

Aidants :

1= sans

2= autres

3= enfants non à domicile

4= enfants à domicile

5= conjoint

6= aide à domicile

GIR (groupe iso ressource)

1= 1

2= 2

3= 3

4= 4

5= 5

6= 6

Niveau d'étude : (échelle de Poitrenaud)

1= ne sait pas lire, ni écrire

2= sait lire et écrire

3= CEP seul

4= BEPC

5= obtention d'un BEP

6= Bac seul

7= Tout diplôme universitaire

ANTECEDENTS

Antécédent familiaux de maladie d'Alzheimer

: O/N

Maladie neurologique :

AVC: O/N

Epilepsie : O/N

Parkinson : O/N

autres: O/N

Antécédents de traumatisme crânien :

: O/N

Maladie psychiatrique :

: O/N

FDRCV

HTA: O/N

Diabète: O/N

Dyslipidémie: O/N

Tabac: O/N

cardiopathie: O/N

Alcool: O/N

Déficit neuro sensoriel :

: O/N

Ancienneté des troubles

1= moins de 6 mois

2= 6 mois à 1 an

3= 1-2 ans

4= 3-4 ans

5= plus de 4 ans

Premiers troubles :

1= troubles mnésiques

2= troubles du langage

3= trouble psy

4= désorientation

5= chutes/trouble de la marche

6= perte de poids/trouble de l'alimentation

7= perte de l'autonomie

Examen neuropsychologique :

MMSE initial : .../30

CDR

1=0

2=0.5

3= débutant

4= modéré

5= sévère

IADL : .../4

Bilan neuropsych demandé :

1=oui

0=non

EXAMEN PARACLINIQUE :

Bilan biologique :

O=1

N=0

IRM cérébrale :

O=1

N=0

Scanner cérébral

O=1

N=0

Ponction lombaire :

O=1

N=0

DIAGNOSTIC :

Démence :

O=1

N=0

Si oui :

1=MA

2=Démence vasculaire

3= Démence mixte

4= Démence d'origine alcoolique
Ou autres toxiques

5= Démence à corps de lewy

6=Démence fronto-temporale

7= démence sémantique

8= Maladie de parkinson

9= diagnostic en attente

10= autres

11=non concerné

Si non :

1= examen normal

2= syndrome anxio-dépressif

3= psychose

4= troubles bipolaires

5= iatrogénie

6= troubles cognitifs légers

7= MCI amnésique

8= MCI non amnésique

9=non concerné

TRAITEMENT PRESCRIT

1= ATD

2= inhibiteur de l'acétyl cholinestérase

3= anti glutamate

4= psychotrope

5= cardio-vasculaire

TRAITEMENT NON

MEDICAMENTEUX

Nutritionnelle : O/N

Kiné : O/N

Orthophoniste : O/N

psychologue/ psychiatre : O/N

ergothérapeute : O/N

consultation autre spécialiste: O/N

Médico-social

APA : O/N

Déclaration ALD: O/N

accueil de jour: O/N

EPHAD: O/N

Mesure de protection :

1= sans

2= tutelle

3= curatelle

4= sans information

[Annexe 3] MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- 1. En quelle année sommes-nous ?
- 2. En quelle saison ?
- 3. En quel mois ?
- 4. Quel jour du mois ?
- 5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

- 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
- 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
- 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
- 9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
- 10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- 14. 93
- 15. 86
- 16. 79
- 17. 72
- 18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

- Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*
- Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**
- 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
- 26. Pliez-la en deux,
- 27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- 28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

- 29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

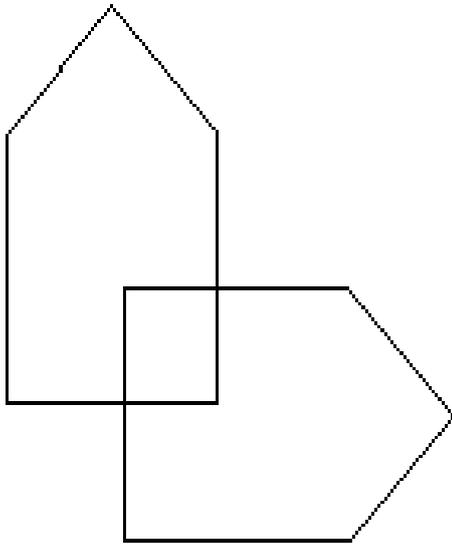
[Annexe 3 suite]

9°

« FERMEZ LES YEUX »

10° Écrire une phrase

11° Copier le dessin



[Annexe 4] Calcul du Clinical Dementia Rating (CDR)

Feuille d'évaluation de la CDR

CACHET DU MÉDECIN

Date..... Nom..... Prénom.....



Sur la base de toutes les évaluations réalisées au cours de cette visite, et en tenant compte du niveau de performance du patient avant sa maladie, coter l'aptitude du patient dans les six domaines ci-dessous. Coter chaque domaine de manière la plus indépendante possible, car il n'est pas rare que les patients présentent divers degrés de détérioration mentale. Les notes 0,5, 1, 2 ou 3 sont données seulement si la détérioration mentale est due à la perte de la faculté cognitive.

Domaine	Démence nulle CDR 0	Diagnostic incertain ou différé CDR 0,5	Démence légère CDR 1	Démence modérée CDR 2	Démence grave CDR 3	
Mémoire	Pas de perte de mémoire ou très léger manque de mémoire de manière irrégulière 0 <input type="checkbox"/>	Manque de mémoire léger mais régulier, souvenirs partiels des événements, manque de mémoire "bénin" 0,5 <input type="checkbox"/>	Perte de mémoire modérée, plus marquée pour les événements récents : ce défaut trouble les activités quotidiennes 1 <input type="checkbox"/>	Perte grave de mémoire : seul ce qui a été appris de longue date est retenu : les choses nouvelles sont rapidement oubliées 2 <input type="checkbox"/>	Perte grave de mémoire ; seuls des fragments restent 3 <input type="checkbox"/>	
Orientation	Parfaitement orienté 0 <input type="checkbox"/>	Parfaitement orienté à l'exception d'une légère difficulté de perception du temps 0,5 <input type="checkbox"/>	Difficulté modérée avec la perception du temps orienté au niveau du lieu de l'examen mais peut connaître une certaine désorientation géographique ailleurs 1 <input type="checkbox"/>	Grave difficulté avec la perception du temps, généralement désorienté dans le temps et souvent dans le lieu 2 <input type="checkbox"/>	Orienté seulement par rapport aux personnes 3 <input type="checkbox"/>	
Jugement et résolution des problèmes	Résout bien les problèmes de tous les jours ; bon jugement par rapport au comportement passé 0 <input type="checkbox"/>	Très légère difficulté à gérer les problèmes, les similitudes, les différences 0,5 <input type="checkbox"/>	Difficulté modérée à gérer les problèmes, les similitudes, les différences, le jugement social est généralement conservé 1 <input type="checkbox"/>	Très nette difficulté à gérer les problèmes, les similitudes, les différences, le jugement social est généralement altéré 2 <input type="checkbox"/>	Incapable de porter un jugement ou de résoudre des problèmes 3 <input type="checkbox"/>	
Position dans la communauté	Degré normal d'indépendance au niveau du travail, du shopping, des activités commerciales ou financières au sein d'un groupe social ou bénévole 0 <input type="checkbox"/>	Légère altération au niveau de ces activités 0,5 <input type="checkbox"/>	Incapable de fonctionner indépendamment au niveau de ces activités mais continue d'en pratiquer certaines ; semble normal au premier abord 1 <input type="checkbox"/>	Pas de fonction indépendante hors du domicile. Semble en assez bonne santé pour être emmené exercer des activités hors du domicile 2 <input type="checkbox"/>	Pas de fonction indépendante hors du domicile. Semble trop malade pour être emmené exercer des activités hors du domicile 3 <input type="checkbox"/>	
Foyer et passe-temps	La vie au foyer, les passe-temps, les intérêts intellectuels sont bien conservés 0 <input type="checkbox"/>	La vie au foyer, les passe-temps, les intérêts intellectuels sont légèrement diminués 0,5 <input type="checkbox"/>	Diminution des fonctions domestiques légère mais réelle, les tâches les plus difficiles sont abandonnées, les passe-temps et intérêts les plus compliqués sont abandonnés 1 <input type="checkbox"/>	Seules les tâches simples sont exécutées : intérêts très limités, ne durent pas 2 <input type="checkbox"/>	Aucune fonction significative au foyer 3 <input type="checkbox"/>	
Hygiène personnelle	Parfaitement capable de s'occuper de soi 0 <input type="checkbox"/>		Doit être sollicité 1 <input type="checkbox"/>	A besoin d'aide pour s'habiller, pour maintenir son hygiène, pour garder ses effets personnels 2 <input type="checkbox"/>	A besoin d'une aide importante au niveau de l'hygiène personnelle, souvent incontinent 3 <input type="checkbox"/>	
Score CDR	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

[Annexe 5] Groupe Iso Ressource

Qu'est-ce que le GIR ?

L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale dénommée AGGIR (Autonomie Gérontologie, Groupe Iso Ressource). Cette grille d'évaluation permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes, appelés GIR ("groupe iso ressource").

Elle fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) pour évaluer la perte d'autonomie.

• Les 6 groupes iso ressources : GIR

GIR 1 :

Correspond au degré de dépendance le plus élevé, c'est à dire les personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 :

Sont classées dans ce groupe deux catégories de personnes âgées :

- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

GIR 3 :

Ce groupe réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 :

Sont intégrées les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage.

Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR 5 :

Ce groupe comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 :

Ce groupe réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Test psychométrique des 4 IADL

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Donner la réponse « ne s'applique pas » lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit, par exemple un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive. Lorsque vous n'avez pas d'informations ou peu sûres, notez « ne peut pas être côté ».

	UTILISER LE TELEPHONE
1	Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche les numéros et les compose ect.
2	Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.
3	Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.
4	Ne se sert pas du tout du téléphone.
*	Ne peut pas être côté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.

	UTILISER LES TRANSPORTS
1	Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi ou bien en utilisant sa propre voiture.
2	Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.
3	Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.
4	Ne se déplace du tout à l'extérieur.
*	Ne peut pas être côté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.

	PRENDRE DES MEDICAMENTS
1	Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite.
2	Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.
3	Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.
4	Est incapable de prendre ses médicaments.
*	Ne peut pas être côté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.

	GERER SES FINANCES
1	Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus.
2	Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture ou met son compte bancaire à découvert.
3	Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour les achats importants. Ne peut pas rédiger de chèque ou suivre en détail l'état de ses dépenses
4	Est incapable de s'occuper d'argent.
*	Ne peut pas être côté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.

[Annexe 7] Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
 2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :
1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
 2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
 3. à des affections induites par une substance.
- E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).
- Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :
- Sans perturbation du comportement** : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.
- Avec perturbation du comportement** : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.
- Préciser le sous-type :
- À début précoce** : si le début se situe à 65 ans ou avant.
- À début tardif** : si le début se situe après 65 ans.

[Annexe 7 suite] Critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, NINCDS-ADRA

1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :

- syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le *Mini-Mental State Examination*, le *Blessed Dementia Scale* ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques
- déficit d'au moins deux fonctions cognitives
- altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- absence de trouble de conscience
- survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans
- en l'absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs

2. Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par :

- la détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habilités motrices (apraxie) et perceptives (agnosie)
- la perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement
- une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement
- le résultat aux examens standards suivants :
 - normalité du liquide céphalo-rachidien
 - EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes
 - présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive

3. Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :

- période de plateaux au cours de l'évolution
- présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche.
- crises comitiales aux stades tardifs
- scanner cérébral normal pour l'âge

4. Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :

- début brutal
- déficit neurologique focal tel que hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce
- crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie

5. Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;
- et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

6. Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :

- les critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;
- et la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie.

[Annexe 8] Critères de Dubois

Nouveaux critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer probable (Dubois & al. Lancet, 2007)

Critère majeur

A. Un trouble de mémoire épisodique initial, constitué par :

Des troubles de la mémoire fonctionnels progressifs rapportés par le patient ou l'entourage depuis au moins six mois.

La mise en évidence d'un trouble de mémoire épisodique significatif dans les tests avec un déficit de rappel non significativement amélioré ou non normalisé en situation d'indigage ou de reconnaissance, alors que l'encodage initial de l'information a été contrôlé.

Les troubles de la mémoire épisodique peuvent être isolés ou associés à d'autres troubles cognitifs

Critères secondaires

B. Une atrophie des structures temporales internes :

Atrophie hippocampique, entorhinale ou amygdalienne mise en évidence en IRM par échelle visuelle qualitative ou par volumétrie quantitative, en référence à des sujets témoins du même âge.

C. Une modification du taux de biomarqueurs dans le LCR :

Diminution des taux d'A β 1-42 et/ou augmentation de la concentration totale de protéine Tau ou de phospho-Tau

Modification de tout autre marqueur validé dans le futur

D. Un profil spécifique à la TEMP ou à la TEP :

Diminution du métabolisme du glucose dans les régions temporo-pariétales bilatérales

Toute autre anomalie de distribution de ligand validé dans l'avenir

E. Une mutation autosomale dominante dans la famille directe

Critères d'exclusion

Ils peuvent être liés :

Au mode d'installation :

- Début brutal
- Survenue précoce de troubles de la marche, de crises comitiales, de troubles comportementaux

A la présentation clinique :

- Déficit neurologique focal : hémiparésie, troubles sensoriels, déficit du champ visuel
- Signes extrapyramidaux précoces

A l'existence de conditions médicales pouvant rendre compte, à elles seules, des troubles de mémoire ou cognitifs :

- Démences non Alzheimer
- Dépression majeure
- Pathologie cérébro-vasculaire
- Troubles métaboliques ou toxiques
- Anomalies IRM en FLAIR ou en T2 dans la région temporale interne, évoquant une atteinte infectieuse ou vasculaire

Critères pour la maladie d'Alzheimer définie

La maladie d'Alzheimer est considérée comme définie si les deux critères suivants sont présents :

Le critère majeur A

L'existence:

- d'une preuve histologique (biopsie corticale ou autopsie)
- ou génétique (mutation génique sur les chromosomes 1, 14 ou 21) de maladie d'Alzheimer

[Annexe 9] Critères résumés de démence vasculaire probable ou possible, NINDS-AIREN

Ces critères associent une démence avec la définition suivante, une maladie cérébro-vasculaire, et une relation entre les deux, établie soit par la survenue de la démence dans les 3 mois qui suivent l'accident vasculaire cérébral, soit par une évolution fluctuante, en marche d'escalier.

Les critères suivants permettent de diagnostiquer une démence vasculaire :

• Probable :

1/ Démence :

- déclin cognitif par rapport au niveau antérieur
- déclin mnésique et d'au moins 2 autres domaines cognitifs
- interférant avec les activités de la vie quotidienne

2/ Maladie cérébro-vasculaire :

- présence de signes focaux à l'examen neurologique
- preuve TDM ou IRM de lésion vasculaire cérébrale

3/ Relation entre les 2 affections ci-dessus, d'après :

- début de la démence dans les 3 mois après un AVC
- détérioration brusque des fonctions cognitives, ou aggravation fluctuante ou par à coups des déficits cognitifs

4/ Critères en faveur du diagnostic (facultatifs) :

- troubles de la marche, précoces
- antécédents d'instabilité, de chutes spontanées
- troubles du contrôle mictionnel
- paralysie pseudo-bulbaire, incontinence émotionnelle
- modification de la personnalité et de l'humeur

• Possible :

Mêmes que probable, sauf :

1/ Absence de preuve TDM ou IRM de lésion vasculaire cérébrale

2/ Ou absence de relation temporelle claire entre démence et AVC

3/ Ou début insidieux à évolution variable (plateau, amélioration)

• Certaine:

Mêmes que probable, plus :

1/ Signes histopathologiques de maladie cérébro-vasculaire

2/ Absence de dégénérescence neurofibrillaire et de plaques séniles

3/ Absence d'autres affections cliniques ou neuropathologiques pouvant être la cause de démence

D'après Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993;43(2) :250-60.

[Annexe 9 suite] Critères de démence vasculaire DSM-IV-TR

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- (1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
 - (2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. Signes et symptômes neurologiques en foyer (p. ex., exagération des réflexes ostéo-tendineux, réflexe cutané plantaire en extension, paralysie pseudo-bulbaire, troubles de la marche, faiblesse d'une extrémité) ou mise en évidence d'après les examens complémentaires d'une maladie cérébro-vasculaire (p. ex., infarctus multiples dans le cortex et la substance blanche sous-corticale) jugée liée étiologiquement à la perturbation.

D. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

Codification fondée sur les caractéristiques prédominantes :

Avec syndrome confusionnel : si un syndrome confusionnel est surajouté à la démence.

Avec idées délirantes : si les idées délirantes sont la caractéristique prédominante.

Avec humeur dépressive : si l'humeur dépressive (notamment des tableaux cliniques comportant les critères symptomatiques d'un épisode dépressif majeur) est la caractéristique prédominante, on ne fait pas un diagnostic séparé de troubles de l'humeur dus à une affection médicale générale.

Non compliquée : ce sous-type est utilisé si aucun des symptômes ou syndromes ci-dessus ne prédomine dans le tableau actuel.

Spécifier si : (peut s'appliquer à n'importe lequel des sous-types cités ci-dessus).

Avec perturbation du comportement : s'il existe une perturbation du comportement cliniquement significative (p. ex. errance)

[Annexe 10] Critères révisés pour le diagnostic clinique de la démence à corps de Lewy

1. Manifestation centrale (essentielle pour le diagnostic d'une probable ou possible DCL)

- Déclin cognitif progressif dont la sévérité entraîne un retentissement sur l'autonomie et les relations sociales ou professionnelles.
- Une altération mnésique, au premier plan ou persistante, n'est pas nécessairement présente pendant les stades précoces, mais devient habituellement patente avec l'évolution.
- Des déficits observés aux tests d'attention et des fonctions exécutives et l'atteinte des capacités visuo-spatiales peuvent être au premier plan.

2. Signes cardinaux (deux signes sont suffisants pour le diagnostic d'une DCL probable, un pour une DCL possible)

- Fluctuations cognitives avec des variations prononcées de l'attention et de la vigilance
- Hallucinations visuelles récurrentes typiquement bien détaillées et construites
- Caractéristiques motrices spontanées d'un syndrome parkinsonien.

3. Manifestations évoquant une DCL (la présence d'au moins une de ces manifestations en plus d'au moins un signe cardinal est suffisante pour le diagnostic de DCL probable, et en l'absence de signe cardinal pour le diagnostic de DCL possible)

- Troubles du sommeil paradoxal (qui peuvent précéder la démence de plusieurs années)
- Hypersensibilité aux neuroleptiques
- Anomalie (réduction) de fixation du transporteur de dopamine dans le striatum en tomographie d'émission monophotonique ou du MIBG (Méta-iodo-benzyl-guanidine) en scintigraphie myocardique.

4. Symptômes en faveur d'une DCL (souvent présents mais manquant de spécificité)

- Chutes répétées et syncopes
- Pertes de connaissance brèves et inexplicables
- Dysautonomie sévère pouvant survenir tôt dans la maladie telle qu'une hypotension orthostatique, une incontinence urinaire, etc.
- Hallucinations autres que visuelles
- Idées délirantes systématisées
- Dépression
- Préservation relative des structures temporelles internes à l'IRM ou au scanner
- Diminution de fixation généralisée du traceur de perfusion en TEMP ou TEP avec réduction de l'activité occipitale
- Ondes lentes sur l'EEG avec activité pointue transitoire dans les régions temporelles

5. Le diagnostic de DCL est moins probable en présence :

- d'une maladie cérébro-vasculaire se manifestant par des signes neurologiques focaux ou sur l'imagerie cérébrale
- d'une affection physique ou de toute autre affection cérébrale suffisante pour expliquer en partie ou en totalité le tableau clinique.

D'après Mc Keith IG *et al.* *Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium.* Neurology 2005;65:1863-1872.

[Annexe 11] Dégénérescences lobaires fronto-temporales

A. DÉMENCE FRONTO-TEMPORALE CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES

I - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PRINCIPAUX

- Début insidieux et évolution progressive.
- Déclin dans les conduites sociales et interpersonnelles.
- Trouble de l'autorégulation et du contrôle dans les conduites personnelles
- Émoussement émotionnel.
- Perte des capacités d'introspection (perte de conscience des symptômes mentaux).

II - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES COMPLÉMENTAIRES

Troubles du comportement

- Déclin de l'hygiène corporelle et de la tenue vestimentaire.
- Rigidité mentale et difficultés à s'adapter.
- Distractibilité et manque de ténacité.
- Hyperoralité, changement des habitudes alimentaires.
- Persévérations et stéréotypies comportementales.
- Comportement d'utilisation.

Discours et langage

- Altération de l'expression orale : aspontanéité, réduction du discours, logorrhée.
- Discours stéréotypé.
- Écholalie.
- Persévérations.
- Mutisme.

Symptômes physiques

- Réflexes archaïques.
- Négligence du contrôle des sphincters.
- Akinésie, rigidité, tremblements.
- Pression artérielle basse et labile.

Examens complémentaires

Neuropsychologie : altération significative des « tests frontaux » en l'absence d'une amnésie sévère d'une aphasie ou de troubles perceptifs et spatiaux.

EEG : normal malgré des signes cliniques évidents de démence.

Imagerie cérébrale (structurale ou fonctionnelle) : anomalies prédominant dans les régions antérieure frontales et/ ou temporales.

B. APHASIE NON FLUENTE PROGRESSIVE CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES

I - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PRINCIPAUX

- Début insidieux et évolution progressive.
- Discours spontané non fluent avec au moins l'une des caractéristiques suivantes : agrammatisme, paraphasies phonémiques, anomie.

II - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES COMPLÉMENTAIRES

Discours et langage

- Bégaiement ou apraxie bucco-faciale.
- Répétition altérée.
- Alexie, agraphie.
- Précocement : préservation du sens des mots
- Tardivement : mutisme.

Comportement

- Précocement : préservation des habiletés sociales.
- Tardivement : changements comportementaux similaires à ceux de la démence fronto-temporale.

Symptômes physiques

- Tardivement : atteinte des réflexes archaïques controlatéraux, akinésie, rigidité, tremblements.

Examens complémentaires :

Neuropsychologie : aphasia non fluente en l'absence d'amnésie sévère ou de désordres perceptifs et spatiaux.

EEG : normal ou ralentissement asymétrique mineur.

Imagerie cérébrale (structurale et/ou fonctionnelle) : anomalies asymétriques prédominant sur l'hémisphère dominant (habituellement gauche).

**C. DÉMENCE SÉMANTIQUE (APHASIE SÉMANTIQUE + AGNOSIE ASSOCIATIVE)
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES**

I - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PRINCIPAUX

- Début insidieux et évolution progressive.

- Troubles du langage caractérisés par :

- un discours spontané fluent mais peu informatif

- trouble sémantique se manifestant par une altération de l'évocation et de la compréhension des mots

- paraphasies sémantiques.

- Et/ou des troubles de la perception caractérisés par :

* prosopagnosie (altération de l'identification des visages familiers)

* et/ou agnosie associative (altération de l'identification de la fonction des objets).

- Préservation des capacités perceptives d'appariement et de reproduction de dessins.

- Préservation de la répétition de mots isolés.

- Préservation de la lecture à haute voix et de l'écriture sous dictée de mots réguliers.

II - CRITÈRES COMPLÉMENTAIRES

Discours et langage

- Logorrhée.

- Usage idiosyncratique des mots.

- Absence de paraphasies phonémiques.

- Dyslexie/dysorthographe de surface.

- Préservation des capacités de calcul.

Comportement

- Perte des capacités d'empathie et de sympathie dans la relation avec les autres.

- Limitation des intérêts.

- Avarice.

Symptômes physiques

- Réflexes archaïques absents ou présents tardivement.

- Akinésie, rigidité, tremblements.

Examens complémentaires

Neuropsychologie :

- atteinte sémantique profonde qui se manifeste par l'impossibilité de compréhension et d'évocation de mots et/ou de l'identification d'objets et de visages connus.

- phonologie et syntaxe préservées, traitement de l'information perceptive correct, habiletés spatiales et mémoire du quotidien non altérées.

EEG : normal.

Imagerie cérébrale (structurale et/ou fonctionnelle) : anomalies prédominant au niveau du lobe temporal antérieur (symétrique ou asymétrique).

**D. CRITÈRES COMMUNS AUX TROIS SYNDROMES CLINIQUES DE
DÉGÉNÉRESCENCE LOBAIRE FRONTO-TEMPORALE**

I - CRITÈRES COMPLÉMENTAIRES

- Début avant 65 ans.

- Présence d'un même trouble chez les parents du premier degré.

- Paralyse bulbaire, faiblesse musculaire, fasciculation (association à une maladie des neurones moteurs présente dans une minorité de cas).

II - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'EXCLUSION

a) Antécédents et clinique

- Début brutal avec AVC.
- Existence d'une relation entre le début du trouble et un traumatisme crânien.
- Amnésie sévère précoce.
- Désorientation spatiale précoce.
- Logoclonies, discours festinant (festination du discours, accélération) avec perte du cours de la pensée.
- Myoclonus.
- Atteinte cortico-spinale.
- Ataxie cérébelleuse.
- Choréo-athétose.

b) Examens complémentaires

- *Imagerie cérébrale* : prédominance d'anomalies (structurales ou fonctionnelles) à localisations postérieures ou centrales. Lésions multifocales au scanner et à la RMN.
- *Examens biologiques* : présence d'un trouble métabolique ou inflammatoire comme la sclérose en plaques, la syphilis, le sida et l'herpès encéphalitique.

III - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES RELATIFS D'EXCLUSION

- ATCD atypiques d'alcoolisme chronique.
- Hypertension.
- ATCD de maladie vasculaire (ex : angine de poitrine).

D'après Robert PH, Lafont V, Snowden JS, Lebert F. Critères diagnostiques des dégénérescences lobaires fronto-temporales. L'Encéphale, 1999; 25 (6) 612-621

TITRE ET RESUME EN ANGLAIS

Study population of patients aged 75 and older, with cognitive disorders, examined during a memory consultation at the Félix Guyon Hospital in Reunion Island during the year 2011.

Topic: Alzheimer's disease and associated syndromes in Reunion Island. The PAQUID cohort is to be the reference.

Objectives: The aim of the study was to describe the socio-demographic and cardio-vascular characteristics of the patients aged 75 or more, coming to a memory consultation at the Félix Guyon in 2011 and, to determine the etiology of dementia in this population. The second objective was to define the profile of the patients suffering from dementia and who do not come to the consultation.

Method: Retrospective study of the files of the patients examined for the first time at the memory center, then of all the files of the patients seen during the year 2011. The aim was to be able to evaluate the prevalence of dementia taken in charge within a year, and compare them to the estimated patients suffering from dementia in the north-east region, thanks to the extension of the PAQUID study. We could evaluate the covering needs on a year.

Results: Among the 333 people who came to consultation, 123 were there for the first time. The average age was 83 (70% were women, 56% were school drop-outs, average MMSE 18 among which 22% superior to 24). 94% of these people who came to consultation lived at home. 52% could have access to the APA. 22% didn't have any help. Vascular dementia was the final diagnostic in 29% of the cases; followed mixt dementia (23%), then Alzheimer's disease (23%). The activity of the memory consultation covered only 15% of the needs per year. It didn't pay full attention to the forms of dementia in its early stage, to the patients aged more than 85, to those who live in a medical establishment.

Conclusion: Describing the socio demographic and cardio vascular characteristics of the patients coming to the memory consultation in the geriatrics branch, and evaluating the needs allows us to define the axes of reflection and suggestions of actions, while taking into account the local particularities of Reunion Island.

Résumé en français :

Justification : Très peu d'études ont été menées autour du sujet « Maladie d'Alzheimer et apparentées » à la Réunion. L'étude PAQUID sert de référence.

Objectifs : L'objectif de l'étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cardiovasculaires des patients de 75 ans et plus, venant en consultation mémoire du CHU Felix Guyon en 2011 et de déterminer les étiologies de démence dans cette population. L'objectif secondaire était de définir le profil de patients déments n'accédant pas à la consultation.

Méthode : Etude rétrospective des dossiers de patients vus pour la première fois au centre mémoire puis des dossiers de tous les patients vus au moins une fois en 2011. Le but était de pouvoir calculer la prévalence des démences prises en charge sur une année et les comparer aux patients déments estimés dans la région Nord-Est grâce à l'extrapolation de l'étude PAQUID. Nous pouvions estimer la couverture des besoins sur un an.

Résultats : Parmi les 333 consultants, 123 étaient des primo-consultants. L'âge moyen était de 83 ans (70% de femmes, 56% n'avaient pas de certificat d'étude, MMSE moyen à 18 dont 22% supérieur à 24). 94% des consultants vivaient à domicile, 52% pouvaient accéder à l'APA, 22% n'avaient pas d'aidant. La démence vasculaire était diagnostiquée dans 29% des cas, suivie de la démence mixte (23%) puis de la maladie d'Alzheimer (23%). L'activité de la consultation mémoire ne couvrait que 15% des besoins sur un an. Elle n'intégrait pas suffisamment les démences à stade précoce, les patients de plus de 85 ans, ceux vivant en institution.

Conclusion : Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cardiovasculaires des patients en consultation mémoire de la filière gériatrique et estimer les besoins permet de définir des axes de réflexions et des propositions d'actions en tenant compte des particularités locales à la Réunion.

DISCIPLINE: Gériatrie- Neurologie- Médecine Générale

MOTS-CLEFS: Consultation mémoire. Démence. Epidémiologie. Facteurs de risque. Maladie d'Alzheimer. MMSE. Personnes âgées. Réunion. Troubles cognitifs. Vieillesse.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

UFR Victor Segalen Bordeaux 2 146, rue Léo Saignat- 33 076 Bordeaux cedex France