

**MEMOIRE DE CAPACITE DE GERIATRIE
ANNEE 2004**

Par

Florence MULLER

Née le 20 décembre 1973 à Fort de France

TITRE :

**CONSULTATIONS MEMOIRE EN ILE DE FRANCE :
RECENSEMENT, MOYENS ET ACTIVITES**

F. Muller*, L. Lechowski*, B. Denis*, M. De Stampa*, B. Verlhac*, L. Teillet*, B. Dubois**, A.S. Rigaud***

*Groupe Hospitalier Sainte Périne, 11 rue Chardon Lagache, 75016 Paris, France

**Hôpital de la Salpêtrière, 47 Bd de l'hôpital, 75013 Paris, France

***Hôpital Broca, 54-56 rue Pascal, 75013 Paris, France

Directeur d'enseignement : Olivier Henry

INTRODUCTION3

1. Les plans Alzheimer	4
1.1. Programme d'actions destinés aux personnes souffrant de MA et maladies apparentés : circulaire DHOS 2002/222.	
1.1.1 Identifier les premiers symptômes et orienter	
1.1.2 Soutenir et aider les personnes malades et leurs familles	
1.1.3 Améliorer la qualité des structures d'hébergement	
1.1.4 Favoriser les études et la recherche clinique	
1.1.5 Structurer l'accès à un diagnostic de qualité	
1.1.6 Préserver la dignité des personnes	
1.2. Plan Alzheimer 2004 - 2007	
2.Structurer l'accès à un diagnostic de qualité	9
2.1. Premier niveau : les consultations mémoire (cahier des charges)	
2.2. Deuxième niveau : les centres de mémoire de ressource et de recherche (cahier des charges)	
3.Le réseau mémoire en Ile-de-France	13
3.1. Structure	
3.2. Actions	
3.3. Synthèse des activités de recherche du CMRR-IF	
4.Données démographiques et médico-sociales en Ile de France	15
4.1.La population âgée	
4.2. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées	
4.3. Les incapacités et le handicap des personnes âgées	
4.4. Les offres d'hébergement pour personnes atteintes de la MA	
4.5. Etats des lieux des offres de formation des professionnels en gériatrie	
5.Recensement des Consultations mémoire de Proximité en Ile de France : bilan 2004.....	25
5.1.Objectifs	
5.2.Méthodes	
5.3.Résultats	
5.4.Discussion	
CONCLUSION	49
ANNEXES	51
BIBLIOGRAPHIES	62
INTRODUCTION	

Les démences, et particulièrement la maladie d'Alzheimer, deviennent un problème majeur de santé publique (135000 nouveaux cas par an).

La prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette maladie nécessite des moyens qui restent encore insuffisants.

Un plan d'action ministériel ciblé sur la maladie d'Alzheimer a été mis en place fin 2001 et a permis pour promouvoir la recherche et structurer les centres de prise en charge la création et la labellisation de Consultations Mémoire de Proximité (CMP) et de Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR). En Ile-de-France (IDF), 20% de la population française, l'état des lieux des consultations Mémoire dits de proximité n'est pas fait (localisation, moyens, besoins).

L'objectif de notre travail était d'établir au nom du CMRR-IDF, l'état des lieux des consultations mémoire répertoriées (Consultations mémoire non labellisées et CMP), en IDF, en tenant compte des moyens actuels et des besoins (professionnels, formation, outils, recherche, accès à un plateau technique).

Dans ce but, nous avons conçu un questionnaire inspiré d'une étude européenne sur des centres d'expertise des démences. Ce questionnaire a été envoyé par courrier ou par E-mail dans chaque centre répertorié soit par le CMRR IDF, soit par un registre financé par un industriel.

Cette enquête nous a permis d'estimer les ressources disponibles dans les CMP d'IDF, de mettre en évidence des inégalités dans la répartition géographique et d'objectiver l'insuffisance des moyens humains.

1.Plans Alzheimer

La maladie d'Alzheimer (MA) est de loin la cause de démence la plus fréquente et concerne près de 600 000 personnes en France âgées de 75 ans et plus en 2000. Ce chiffre ne fera qu'augmenter dans les années à venir devant le vieillissement inéluctable de la population de la population française.

Trop longtemps considérée comme un vieillissement accéléré du vieillissement cérébral normal, elle reste actuellement une maladie sous diagnostiquée et surtout peu médicalisée. Avec nos connaissances actuelles, même s'il n'existe aucun traitement curatif de la MA, son diagnostic précoce permet l'élaboration d'un projet de soins médico-psycho-social adapté à chaque malade et à son entourage.

L'objectif général de ce plan d'aide est de limiter la perte d'autonomie des personnes malades et de limiter le retentissement physique, psychologique et financier de cette maladie sur les aidants.

1.1 Programme d'actions destinés aux personnes souffrant de MA et maladies apparentés : circulaire DHOS 2002/222.

En Octobre 2001, le ministre délégué à la santé, Monsieur Bernard Kouchner, a présenté un programme d'actions destinée aux personnes souffrant de MA et maladies apparentés.

Ces mesures devraient donner une réponse à la fois médicale et sociale sur ces maladies à part entière devenues une priorité dans le domaine de la santé publique.

Six objectifs ont été abordés :

1.1.1 Identifier les premiers symptômes et Orienter la prise en charge :

Pour pouvoir faire un diagnostic précoce, il faut connaître et détecter les premiers symptômes souvent banalisés par le patient et son entourage car mis sur le compte de l'âge. Les troubles mnésiques constituent un élément essentiel pour évoquer un syndrome démentiel débutant. Les médecins généralistes doivent systématiquement identifier ces plaintes afin de pouvoir orienter les patients vers une consultation mémoire ou un neurologue. D'autres atteintes cognitives comme une aphasie, une apraxie, une agnosie ou une atteinte des fonctions exécutives doivent être recherchées. Ces atteintes, souvent méconnues par les médecins

généralistes, restent dans certains cas difficile à diagnostiquer. Des troubles du comportement ou un déclin de l'autonomie doivent également amener le médecin généraliste à orienter le patient vers un centre mémoire. Certains outils diagnostics (MMS, épreuve des 5 mots de Dubois, test de l'horloge...) de passation facile, permettent d'identifier ces atteintes.

Les actions :

-L'INSERM doit valider des outils d'évaluation des fonctions cognitives adaptés à la médecine de ville.

-Un plan de formation national des médecins généralistes est en cours.

1.1.2 Soutenir et aider les personnes malades et leur familles :

La MA est la cause principale d'entrée en institution pour les personnes âgées. Un des facteurs prédisposant à cette institutionnalisation est lié à l'épuisement des aidants.

Le retentissement de la maladie sur l'entourage est majeur que ce soit au niveau physique, psychologique ou financier. La MA entraîne une perte d'autonomie progressive allant d'une aide partielle pour certains actes de la vie quotidienne (s'habiller, manger,...) à une grabatisation associée à toutes les complications de décubitus. Les symptômes psychologiques et comportementaux comme les hallucinations, une irritabilité, un syndrome dépressif sont difficile à gérer au domicile et peuvent aboutir à des situations de crise et des hospitalisations inadaptées.

La reconnaissance et le développement des dispositifs de répit pour les aidants sont impératifs d'autant plus qu'une forte proportion de patients détériorés même à un stade évolué vivent à domicile.

Les accueils de jour sont des structures réservées aux personnes détériorées, vivant à domicile avec comme principal objectif la poursuite du maintien à domicile en préservant ou maintenant ou restaurant leur autonomie. Ils doivent travailler en étroite collaboration avec les consultations mémoire afin de faire évoluer et adapter le projet de soins.

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limité dans le temps et ne doit en aucun cas se substituer à une hospitalisation en soins de suite et réadaptation. Il est utile en cas de

situation de crise ou comme par exemple un premier essai de vie en collectivité avant d'entrer définitivement en institution.

Ces deux structures doivent répondre à un cahier des charges pour pouvoir bénéficier d'un financement de l'assurance maladie.

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLICS) sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles. Selon leur niveau de labellisation, ils peuvent aussi mettre en œuvre, suivre et adapter un plan d'aide personnalisé.

Les actions :

- création de places supplémentaires pour les accueils de jour et pour les hébergements temporaires

- développement des CLICS : 1000 centres s'ouvriront sur 5 ans (il en existe 427 actuellement)

- mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en 01/02 = aide financière pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (GIR entre 1 et 4).

1.1.3 Améliorer la qualité des structures d'hébergement :

La qualité de la vie et des soins des personnes âgées et notamment celles présentant une détérioration intellectuelle dans les structures d'hébergement collectif reste une priorité.

Les EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) doivent répondre à leurs besoins spécifiques par un projet d'établissement définissant un projet de vie et de soins adapté à chaque résident.

Les actions :

- Un guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD a été diffusé fin 2003 aux professionnels afin d'améliorer cette qualité des soins dans des situations cliniques nécessitant une prise en charge gériatrique.

- Médicalisation sur 5 ans des EHPAD en adaptant les effectifs de personnels (IDE, AS, psychologues..) et création de postes de médecins coordinateurs.

- Qualification et restructuration architecturale

- Réforme de tarification de l'hébergement

1.1.4 Favoriser les études et la recherche

-Le Programme Hospitalier de recherche Clinique en 2002 a retenu comme prioritaire la gériatrie et la psychiatrie.

-Le PHRC 2002 : PLASA= définir un plan de soins de la MA.

-Une étude trois cités « 3C » est en cours menée par l'INSERM afin d'identifier les facteurs de risque de démence.

-Développer des outils de formation et d'éducation à la santé sur la MA.

Les deux derniers objectifs seront

1.1.5 De structurer l'accès à un diagnostic de qualité

1.1.6 Préserver la dignité des personnes âgées

1.2 Plan Alzheimer 2004-2007 :

En Septembre 2004, le ministre délégué à la santé, Mr Philippe Douste-Blazy, a présenté le nouveau plan Alzheimer 2004-2007 s'articulant autour de l'amélioration de la qualité de vie des malades et des proches. Les six objectifs énoncés précédemment restent d'actualité avec de nouvelles orientations comme :

Reconnaître la MA et les maladies apparentées comme une ALD à part entière. Actuellement ces maladies sont prise en charge à 100% dans le cadre de l'ALD 23 intitulée « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ». Un décret inscrit la MA et les maladies apparentées en 15ème position sur la liste ALD.

Afin d'aider les professionnels de santé et les familles dans leur pratique quotidienne, une réflexion éthique autour de cinq moments clés de la maladie (autour du diagnostic, être malade et vivre à domicile, projet de soins, poursuivre la relation à un stade avancée de la maladie et la fin de vie) sera organisée sous forme de rencontres régionales.

La mise en place de l'Instance Prospective Alzheimer en Février 2003 par Hubert Falco permet de mieux prendre en compte les besoins des malades et des familles et de mettre en place une offre plus adaptée. Par exemple on peut citer la création d'un « memento Alzheimer » expliquant les différentes structures de soins et d'accueils gériatriques et l'aide à l'ouverture de nouveaux services comme les gardes itinérantes de nuit.

Faciliter le diagnostic précoce reste une priorité puisqu'il permet d'orienter rapidement le malade dans une filière de soins adaptés. La création de consultation de prévention avec une évaluation cognitive à partir de 70 ans devraient permettre de repérer les patients ayant des troubles cognitifs.

Afin de favoriser le maintien à domicile des malades et d'éviter l'épuisement des aidants, les accueils de jour et les hébergements temporaires appelés « petites unités de vie » devraient passer de 1820 places en 2004 à 15500 places en 2007. Le développement des réseaux ville-hôpital et des réseaux gérontologiques tient également une place primordiale dans l'accompagnement des malades qui vivent à domicile.

En situation de crise, la création de courts séjours gériatriques pour chaque établissement possédant un SAU devraient améliorer la qualité de la prise en charge de ces patients âgés fragilisés.

Les aidants pourront également s'orienter vers des groupes de paroles patients et ou aidants animés par des psychologues, un numéro Azur d'aide et de conseil au famille sera mis en place d'ici 2005 en lien avec l'association France Alzheimer.

La formation des professionnels de santé sur le projet de soins et d'aide s'appuiera sur un CD Rom qui sera largement diffusé donnant des informations sur la maladie, des recommandations thérapeutiques, le suivi, la prévention et le traitement des complications somatiques et le soutien des familles avec la mise en place d'aides adaptées. Des formateurs seront également envoyés sur le terrain afin de sensibiliser et former les professionnels de santé sur la relation et le comportement à avoir vis à vis du malade.

2.Structurer l'accès à un diagnostic de qualité

Poser un diagnostic précoce de maladie d'Alzheimer probable ou de maladies apparentées reste très complexe et nécessite une équipe expérimentée ayant des compétences pluridisciplinaires. Afin de structurer l'accès à un diagnostic de qualité, une des missions de la circulaire N : 2002/22 est la mise en place d'un dispositif gradué et spécialisé : le premier niveau concerne le développement des consultations mémoire de proximité et le deuxième niveau la création de Centres Mémoire de Ressources et de Recherche.

2.1.Premier niveau : les consultations mémoire de proximité (CMP)

Le programme d'actions a pris le parti de ne pas créer des consultations mémoire (sauf si il existe des difficultés d'accès aux soins dans une région) mais plutôt de s'appuyer sur des structures déjà existantes, en concertation avec les ARH, et de renforcer leurs moyens. Ces consultations mémoires de proximité doivent répondre à un cahier des charges :

Leurs missions :

- affirmer le trouble mnésique, diagnostiquer le syndrome démentiel et le type de démence
- rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi
- identifier les situations complexes justifiant le recours aux CMRR
- mettre en place un projet de soins personnalisé et l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain et / ou les CLIC
- participer au suivi des malades en partenariat avec les médecins de ville et les professionnels médico-sociaux
- participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels (médecins généralistes, Services de soins infirmiers à domicile...)
- établir annuellement un compte rendu d'activité

Leurs moyens :

-humains = une équipe multidisciplinaire composée d'un gériatre ou d'un neurologue avec la possibilité de faire appel à un psychiatre, un neuropsychologue et un personnel soignant chargé de l'accueil, de la coordination des intervenants et du recueil de l'activité

-paracliniques = tests neuropsychologiques et accès organisé à l'imagerie cérébrale

-outils de suivi d'activités (nombre de patients suivis, nombre de nouveaux patients, les diagnostics réalisés, les motifs d'arrêt du suivi, les caractéristiques socio-démographiques des patients)

Implantation préférentiellement dans un établissements de soins de court séjour avec un accès à des places d'hôpitaux de jour afin de faciliter le bilan pluri-disciplinaire. Il est nécessaire que les consultations déjà existantes dans les établissements, en particulier gériatriques ou dans les cabinets ambulatoires, élaborent des conventions ou des relations formalisées avec les établissements de court séjour avoisinants.

2.2.Deuxième niveau : les centres de mémoire de ressource et de recherche

La labellisation de ces Centres de Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR) se fait comme pour les consultations mémoire à partir d'un cahier des charges :

Leurs missions :

- être un recours pour les CMP et les spécialistes pour les cas difficiles
- assurer les missions d'une CMP pour leur secteur géographique
- développer des activités de recherche
- assurer des formations universitaires
- structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les CMP
- aborder et traiter les questions à caractère éthique
- justifier d'une activité clinique dans le domaine des pathologies démentielles

Leurs moyens :

- une équipe pluridisciplinaire (neurologue, gériatre, psychiatre, neuropsychologue, IDE, orthophoniste, assistante sociale, secrétaire, attaché de recherche clinique et si possible ergothérapeute)
- un plateau technique dont une IRM et un équipement d'imagerie fonctionnelle.
- des places en hospitalisation de jour

Le développement des consultations mémoire de proximité est un élément essentiel pour améliorer la qualité de prise en charge de ces personnes malades et favoriser leur maintien à domicile par l'intermédiaire d'un travail en réseau des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux qu'ils soient hospitaliers ou de ville.

Actuellement en l'absence de tout traitement curatif, le diagnostic précoce de MA reste la seule façon de lutter contre cette perte d'autonomie en mettant en place un projet de soins médico-psycho-social incluant le malade et sa famille.

Apporter un soutien et un accompagnement aux familles devraient limiter les situations de crise et les hospitalisations en urgence le plus souvent dans des structures hospitalières inadaptées.

Le développement de ces structures (les CMP et les CMRR) effacera l'inégalité géographique de l'accessibilité à un diagnostic de qualité dans les différentes régions de France. Une des priorités financières pour ce plan d'action reste d'augmenter le temps des neuro-psychologues afin de limiter les délais d'attente pour la réalisation des tests psychométriques indispensables pour confirmer l'existence d'un syndrome démentiel surtout dans les formes débutantes.

Cette étroite collaboration entre les différents intervenants médico-psycho-sociaux devrait pouvoir homogénéiser, au moins au niveau régional, les pratiques de chacun et élaborer des outils communs de travail afin d'améliorer la qualité des pratiques de diagnostic et de suivi.

Ces différentes structures (CMP et CMRR) devraient être évaluées quelques années après leur labellisation et leurs aides financières devraient monter en charge progressivement.

On compte actuellement 16 CMRR et 232 CMP en France.

Le plan Alzheimer 2004-2007 devrait renforcer les moyens des structures déjà existantes mais devraient également permettre la création de nouveaux CMRR et de nouvelles CMP.

3. Le réseau mémoire en Ile de France

3.1. Structure

Deux consultations ont été labellisées CMRR de la région IDF : le service de gériatrie clinique du Pr Anne-Sophie Rigaud, (Hôpital Broca, CHU Cochin Port-Royal, Université René Descartes, Paris V, 54/56 rue Pascal, 75013 Paris) et le centre de Neuropsychologie du Pr Bruno Dubois, (Fédération de Neurologie, Hôpital de la Salpêtrière, 47 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris).

Un centre expert serait en cours de labellisation entre les CH d'Argenteuil et D'Eaubonne-Montmorency.

Selon le dernier recensement de l'ARHIF (2003), il existe 43 centres répondant au cahier des charges des consultations mémoire (liste à détailler).

Une des missions des CMRR d'IDF est de structurer et animer un réseau mémoire régional en partenariat avec ces consultations mémoire mais aussi interrégional avec la Fédération Nationale des CMRR.

Un site Web est actif depuis Septembre 2004 : www.cmrr.vermeil.org

3.2. Actions

Ce réseau s'articule autour de nombreux professionnels médico-psycho-sociaux volontaires.

Différentes commissions se sont créées autour des différentes missions d'un CMRR :

- élaboration d'un dossier minimum commun et partage des données entre les différentes consultations mémoire (bilan initial ; suivi ; données communes épidémiologiques, médicales, neuropsychologiques, biologiques et radiologiques) via un réseau informatisé à long terme favorisant la coordination et la communication entre les différents professionnels villes- hôpitaux.

- développer la formation universitaire et continue des professionnels médicaux et paramédicaux (médecins généralistes, étudiants en médecine, psychologues, aidants,

soignants, personnels des CMP...) en coordination avec les CLICS, les associations déjà existantes (Paris Point Emeraude, France – Alzheimer, Fondation Mederic- Alzheimer, les SSIAD, sociétés prestataires d’auxiliaires de vie...).

-recensement

-développer un espace de rencontres éthiques (annonce du diagnostic ; consentement aux soins = traitement, institutionnalisation ; mise en place de protection juridique ; soins palliatifs ; participation à des recherches ; accompagnement des familles...).

-développer des travaux de recherche.

Deux autres commissions sont en cours de création : une concernera les EHPAD (réflexion sur la prise en charge des déments et du rôle du médecin coordinateur) et l’autre les accueils , centres et hôpitaux de jour.

3.3. Synthèse des activités de recherche du CMRR-IF

En **recherche clinique** : PHRC : diagnostic précoce de la maladie d’alzheimer

CRIC 1998 : approche multidisciplinaire dans le diagnostic différentiel entre maladie d’Alzheimer, démence fronto-temporale et dépression

PLASA 2002 : définir un plan de soins de la MA

En **recherche fondamentale** : INSERM =DRC 1998 : Etude DHEAge, étude multicentrique évaluant les effets de la déhydroepiandrosterone chez les sujets de 60 à 80 ans

En **recherche thérapeutique** : CRIC 2002 = Neurostéroïdes et cognition chez l’humain, étude de l’administration de prégnelone chez le sujet âgé de plus de 70 ans.

4. Données démographiques et médico-sociales en Ile de France

4.1. La population âgée

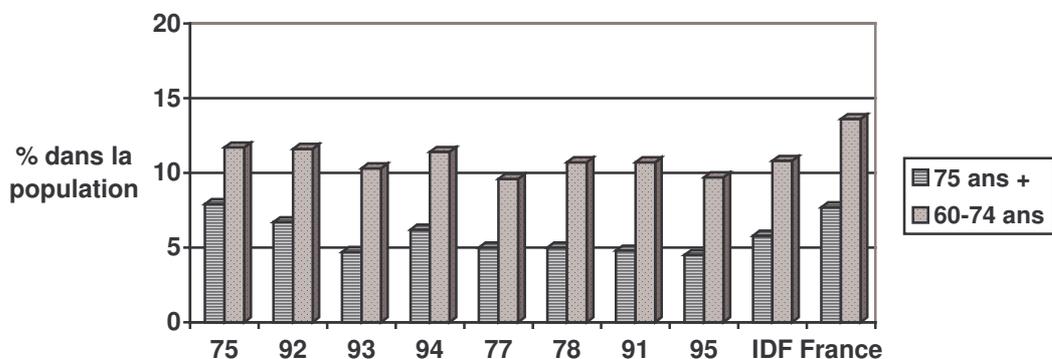
En 1999, les français de plus de 60 ans sont au nombre de 12,5 millions (21,3% de la population française) soit 1,2 million de plus qu'en 1990. Les personnes de 75 ans et plus représentent 7,7% de la population totale. Dans un contexte de fort vieillissement de la population française, celui de la population francilienne se confirme sur le recensement de l'année 1999 mais de façon plus modérée que la moyenne nationale.

Sur près de 11 millions de franciliens recensés en 1999, les personnes âgées de 60 ans ou plus sont de 1,8 millions soit 16,6% de la population en IDF. Les personnes de 75 ans représentent près de 6% soit 636 000 personnes.

La population des 75 ans et plus a augmenté de 5,2% en l'espace de 9 ans (recensement de la population entre 1990 et 1999) avec surtout une augmentation de 24,8% des 85 ans et plus et une stagnation des 75-84 ans (-2,3%).

La population âgée est majoritairement féminine. Les femmes représentent près des 2/3 des personnes âgées de 75 à 84 ans et près des 3/4 des personnes âgées de 85 ans et plus

Tableau1 : Nombre de personnes âgées, par tranche d'âges, et par département au recensement de la population de 1999 en IDF



Paris, les Hauts-de-Seine (92) et le Val-de-Marne (94) sont les départements comportant le plus fort pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus.

Vingt trois pour cent des 65 ans ou plus sont à Paris, 37% des 65 ans ou plus sont en petite couronne (PC : 92, 93 et 94)C et 40% des 65 ans ou plus sont en grande couronne (GC : 77, 78, 91 et 95).

Selon les projections de population de l'INSEE d'ici 2030, on observera une forte progression de la population francilienne âgée de 60 ans et plus (+60%) qui devrait atteindre 2 800 000 personnes en 2030. Les 75 ans et plus, comme les 85 ans et plus, pourraient quasiment doubler, pour atteindre respectivement 1 142 000 (+95%) et 346 000 (+88%) personnes en 2030.

Selon les projections départementales de l'INSEE d'ici 2030, on observera une modification de la répartition géographique des 75 ans et plus au profit des départements de la GC.

En GC, l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus devrait augmenter de 170% en 30 ans passant de 218 700 à près de 590 000 en 2030. Le département de Seine et Marne (77) serait le plus touché par cette augmentation. Les départements de PC verraient une augmentation des 75 ans et plus d'environ 60% contre seulement 22% à Paris.

Tableau 2 : Projections de populations âgée de 75 ans et plus en IDF entre 2000 et 2030

Enquête ORSIF en janvier 2003

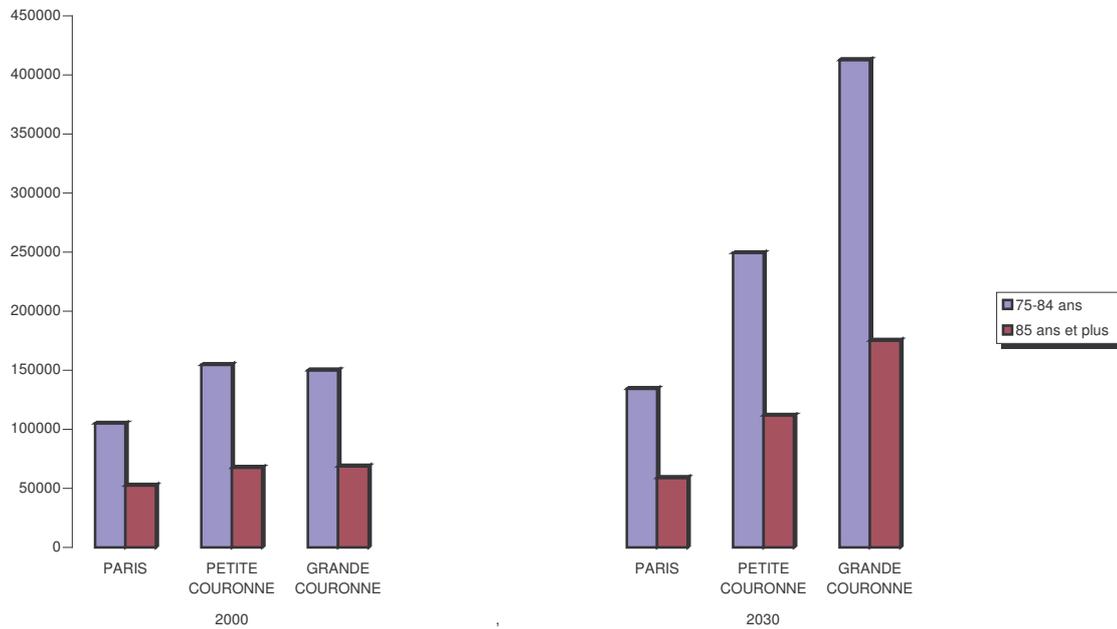
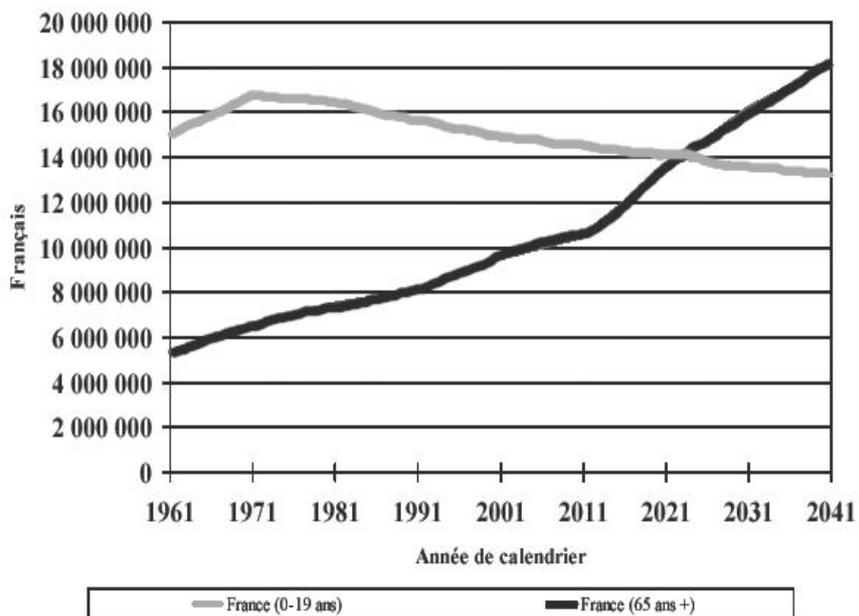


Tableau 3 : Population de 0 à 19 ans et de 65 ans et plus, France, 1961 à 2041



Sources : INSEE et ISQ

La majorité des franciliens âgés vit à domicile : 98 % des 60-74 ans et 92 % des 75 ans et plus.

Près de la moitié des personnes de 75 ans ou plus vivent seules et sont en majorité des femmes (82%).

On observe des disparités entre les différents départements d'IDF : Paris reste le département où les personnes de 60 ans et plus vivant seules sont les plus nombreuses (36% alors qu'elles ne sont que 18% dans l'Essonne) comme pour les personnes de 75 ans et plus (54% à Paris contre 42% dans l'Essonne).

L'espérance de vie :

L'espérance de vie (EDV) à 75 ans en IDF est de 13,3 années pour les femmes et de 10,6 années pour les hommes (INSEE, données pour l'année 1995). Ces résultats, comparée à l'EDV à 75 ans sur l'ensemble du territoire, sont meilleurs (12,6 pour les femmes et 9,9 pour les hommes).

4.2. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées en IDF :

En extrapolant les résultats d'une étude européenne (EURODERM), on peut évaluer en IDF, le taux d'incidence total à 0,2% et le taux de prévalence total à 6,9%.

Ce qui ferait près de 100 000 cas de MA et 24 000 nouveaux cas en IDF.

Les données récentes de la cohorte PAQUID montre que la prévalence de la démence pour les personnes de 75 ans et plus est à 18% soit environ 800 000 personnes en France dont près de 600 000 cas de Maladie d'Alzheimer probable. Cette prévalence augmente avec l'âge dans les deux sexes mais est plus élevée chez la femme et double tous les cinq ans (6,5% de 75 à 80 ans, 47% après 90 ans). On dénombre près de 130 000 nouveaux cas par an.

Plus de la moitié des personnes démentes de la cohorte PAQUID vivent à domicile (60%). La majorité de ces derniers ont une démence modérée à très légère. Ce qui est marquant, c'est que sur la totalité des déments sévères (14%), plus d'un tiers (33%) vivent encore au domicile.

En appliquant ces données à la population francilienne, on peut estimer à 110 000 le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de la MA en 1999. En 2030, ce chiffre devraient doubler en l'absence d'innovations thérapeutiques marquantes.

On estime qu'un médecin généraliste aura 2 à 3 cas prévalents de démence type Alzheimer dans sa clientèle et un nouveau cas par an en France.

En comparant la prévalence attendue (14 500 cas) et la prévalence observée (5046) à Paris, on constate que la MA est sous diagnostiquée (34,8%) et peu médicalisée (35% des sujets traités sur les cas observés).

Même si ces chiffres diffèrent, avec le vieillissement de la population, ces données actuelles, font de la démence, et notamment la MA, un problème majeur de santé publique.

La morbi-mortalité :

Même s'il existe peu d'études sur la mortalité des personnes atteintes de MA dans la population générale, elle est responsable de nombreux décès du fait d'une difficulté de prise en charge des pathologies associées et des complications liées à la dépendance (chute, dénutrition).

L'espérance de vie au moment du diagnostic posé de MA est réduite de façon significative avec une survie moyenne à 8 ans.

4.3. Les incapacités et le handicap des personnes âgées en IDF :

Devant l'accroissement de la population âgée , l'augmentation de l'espérance de vie et les données épidémiologiques de la MA, la population à risque de dépendance ne peut que s'accroître dans les prochaines années. En 2000, en France, 800 000 personnes de 60 ou plus sont estimées comme dépendantes (GIR entre 1 et 4).

Une exploitation de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances estiment en IDF à 118 000 le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus dont 89 000 sont âgés de 75 ans

ou plus. Selon une hypothèse, les franciliens dépendants de 75 ans ou plus seraient 121 000 en 2030.

On devrait également observer d'ici 2030, une répartition très hétérogène en IDF du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus. Cette population connaîtrait une baisse de 14% à Paris, une hausse de 19% en petite couronne et surtout une hausse de 88% (soit 30 000 personnes supplémentaires) en grande couronne.

La MA est une des causes de dépendance lourde et d'entrée en institution.

Dans l'étude PAQUID, 70% des sujets classés dans les GIR 1 à 4 sont déments. Dans le GIR 1, ils ont tous été diagnostiqués déments. Il est intéressant de noter que dans la population de cette étude, 40% des sujets déments ne rentrent pas dans les critères de dépendance permettant de bénéficier de l'APA (GIR entre 1 et 4).

L'enquête menée par l'ORSIF montre que 1 résident sur 2 en maison de retraite est très dépendants (GIR entre 1 et 2), on retrouve 2 patients détériorés sur 3 avec un GIR à 1 et 2. En unité de soins longue durée, plus de 2 résidents sur 3 ont un GIR entre 1 et 2. Cette population est majoritairement féminine, âgée de plus de 80 ans et détériorée.

A domicile, les SSIAD ont dans leur population pris en charge des sujets âgés de 80 ans ou plus présentant majoritairement une incapacité pour accomplir certains actes de la vie courante (13% présentent une dépendance physique totale et 20% ont une dépendance totale pour l'hygiène et l'habillement avec souvent une aide nécessaire pour leurs déplacements).

La majorité des demandes potentielles d'APA est liée à la perte d'autonomie de personnes démentes. Fin 2003, 827 000 malades bénéficient de l'APA en France dont 70% souffrent de MA ou troubles apparentés.

Au 30 septembre 2002, cinq départements franciliens déclarent verser l'APA à près de 29 000 bénéficiaires (dont 53% à domicile), le montant mensuel moyen de la prestation est de 500 euros à domicile et de 370 euros en établissement (données DRESS, études et résultats, numéro 205, Décembre 2002).

4.4. Les offres d'hébergement pour personnes atteintes de la MA en IDF (enquête FNORS-IF, décembre 2002)

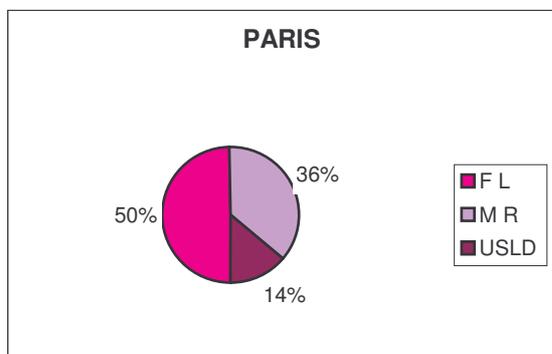
A domicile, il existe peu de dispositifs d'aide aux aidants en dehors des dispositifs de répit comme les hébergements temporaires et les places d'accueil de jour. Certaines associations comme l'union nationale des associations Alzheimer, les CLICS, certains centres hospitaliers proposent des activités d'information, d'échange entre familles, de formation et surtout des activités animées par un psychologue.

Les Hébergements collectifs en IDF (Foyer logement, maison de retraite et unité de soins longue durée) :

Près de 85 000 places au total soit 52 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.
Plus d'un établissement sur 3 accueillent les personnes atteintes de MA.

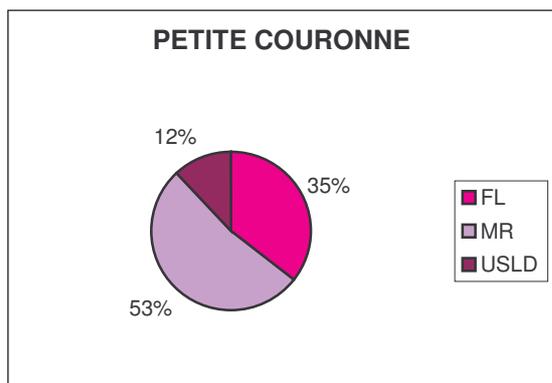
Tableau 4 : Les Hébergements collectifs en IDF (enquête FNORS-IF, décembre 2002)

FOYERS - LOGEMENTS



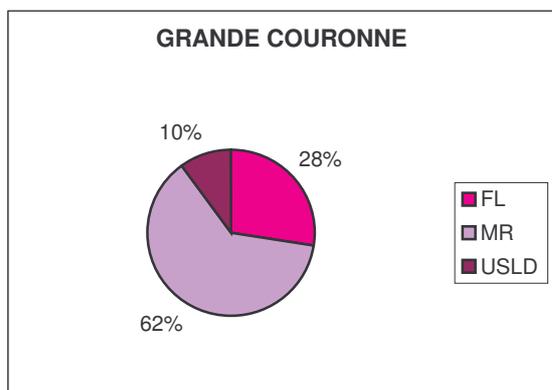
	PARIS	PROCHE COURONNE	GRANDE COURONNE
NOMBRE PLACE	131 6320	164 9901	182 11823
Accueils de personnes atteintes de MA (%)	0	0	2,3

MAISONS DE RETRAITE



	PARIS	PROCHE COURONNE	GRANDE COURONNE
NOMBRE PLACE	494 600	169 688	14 352 26 706
Accueils de personnes atteintes de MA (%)	53	72	71,5

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE



	PARIS	PROCHE COURONNE	GRANDE COURONNE
Nombre / Place	9 1 778	24 3 347	43 4 313
Accueils de personnes atteintes de MA (%)	100	100	100

Les hébergements temporaires pour personne atteintes de la MA :

Il existent 355 structures soient 1 établissement sur 3 : 1/3 à Paris et en proche couronne et 2/3 en grande couronne.

Soit au total 1,6 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus

Mode de prise en charge de jour :

	PARIS	PROCHE COURONNE	GRANDE COURONNE
Accueil de jour	0	7	11
Hôpitaux de jour	8	5	4

1,2 places d'accueil de jour pour 1000 personnes de 75 ans ou plus

4.5. Etats des lieux des offres de formation des professionnels en gériatrie

Les médecins :

-Enseignement théorique au cours du deuxième cycle des études médicales seulement depuis 1998

-DESC de gériatrie (créé en 1990), s'adressant aux internes de spécialités titulaires d'un DES : 26 médecins ont validé cette formation en Ile-de-France, soit moins de 3 par an.

-Capacité de gériatrie (créée en 1988), dispensée par 3 UFR franciliennes : en 2001, une cinquantaine de médecins y ont été formés, dont environ 40 vont exercer dans la région.

-DIU (cardiologie, nutrition, psycho-gériatrie...)

-mise en place de réseaux informels ou de mode d'organisation particuliers entre professionnels libéraux et hospitaliers.

Au total, près de 400 médecins franciliens, d'exercice essentiellement hospitalier, ont suivi une formation à la gériatrie.

Sur les résultats d'une enquête réalisée en 2000 sur l'offre gériatrique en établissements de santé, seulement 16 % des établissements de santé franciliens ont organisé une Formation Médicale Continue en gériatrie en 1998 ou 1999.

Résultats de l'enquête en Janvier 2003 menée par l'ARHIF (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en IDF) :

Seuls 6 établissements de court séjour exclusif (deux établissements privés et 4 établissements de l'AP-HP sièges de SAU) sur 104, soit 5,8 % déclaraient disposer d'un médecin compétent en gériatrie.

On peut estimer que 30 % des structures de soins de suite disposent de médecins compétents en gériatrie.

Les établissements de soins de longue durée disposent pour la plupart d'une compétence gériatrique.

Ce sont essentiellement les établissements publics et les établissements participant au service public hospitalier qui disposent de médecins compétents en gériatrie.

Les professionnels paramédicaux et sociaux :

- Enseignement sur les problématiques du vieillissement (1 à 3 mois pour les IDE, 1 mois pour les aides soignantes).
- Plans de formation continue au sein des établissements publics de santé non gérontologiques surtout dans les structure de soins palliatifs, et de prise en charge de la douleur.
- Création en mars 2002 d'un diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale. Les participants acquièrent des compétences pour intervenir à domicile auprès de personnes fragiles dont les sujets âgés, quelque soient leur degré de dépendance

5. Recensement des Consultations mémoire de Proximité en Ile de France : bilan 2004

5.1. Objectifs

Les troubles cognitifs chez les patients âgés représentent un véritable problème de santé publique en terme de diagnostic et de prise en charge sur le long court.

Dans le plan Alzheimer 2002, la volonté politique insiste sur le diagnostic précoce et sur la structuration de l'offre de soin à travers la création des Consultations Mémoire de Proximité et des Centres Mémoire de Ressources et de Recherches. Cette initiative a pour but d'améliorer l'accessibilité et la prise en charge sur le long terme après la réalisation du diagnostic mais il existe peu de données actuellement sur ces centres et sur leur fonctionnement réel.

C'est pourquoi, dans cette étude nous avons eu pour objectif de recenser l'ensemble des consultations Mémoire en IDF (labellisées et non labellisées par les tutelles) au nom du CMRR-IDF afin de décrire leurs activités, les moyens utilisés et les pratiques professionnelles en vigueur.

A partir de l'échantillon de notre étude, on a pu identifier le profils des consultants.

Il est essentiel dans le cadre de la planification de faire un état des lieux de ces centres afin de répondre à la demande croissante de prise en charge de cette pathologie.

Il est nécessaire pour le CMRR d'identifier ces différents centres pour mieux coordonner les moyens disponibles et apprécier les besoins en IDF.

5.2.Méthodes

5.2.1 Repérage des consultations mémoire

L'échantillon des consultations mémoire a été repéré à partir de la base de données du CMRR-IDF et à partir de différents annuaires de consultations mémoire (IPSEN et fondation Médéric Alzheimer). Ce repérage s'est effectué entre Avril et Mai 2004.

Cinquante trois consultations mémoire ont été recensées pour notre enquête.

Un recensement officiel par les ARH paru en septembre 2004, dénombre les CMP à 48 dont sept centres ne faisaient pas partis de notre enquête : Melun (77), Meulan (78), Dourdan (91), Orsay (91), Les Magnolias à Boulainvilliers (91), Colombes (92), Arpajon (91).

Le nombre total de centres mémoire est donc de 60 en IDF.

Vingt pour cent des centres mémoire sont donc non recensés par les ARH.

Trente deux consultations mémoire répertoriées (60%) ont répondu.

Tableau 5 : Répartition géographique (Paris, PC et GC) des consultation mémoire en totalité en IDF (N)

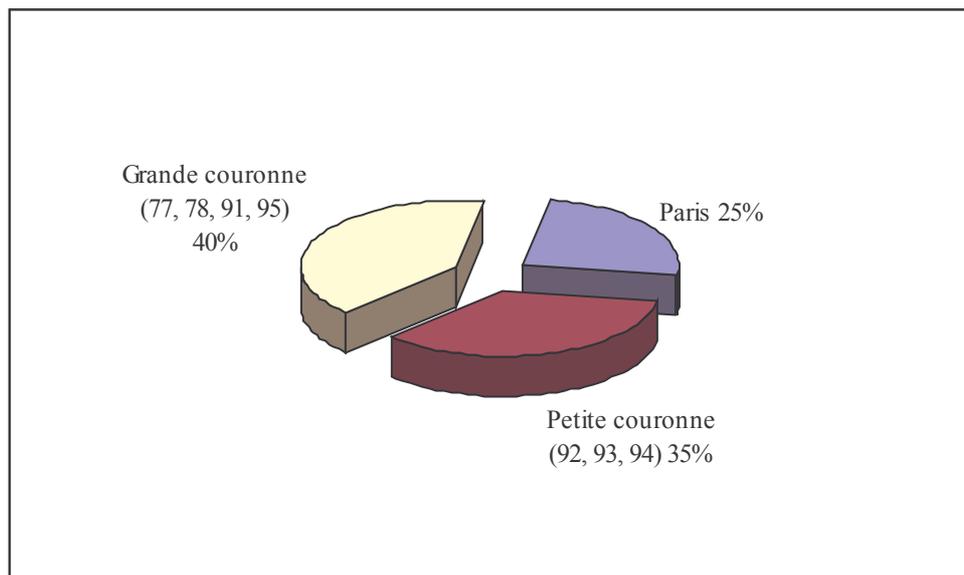
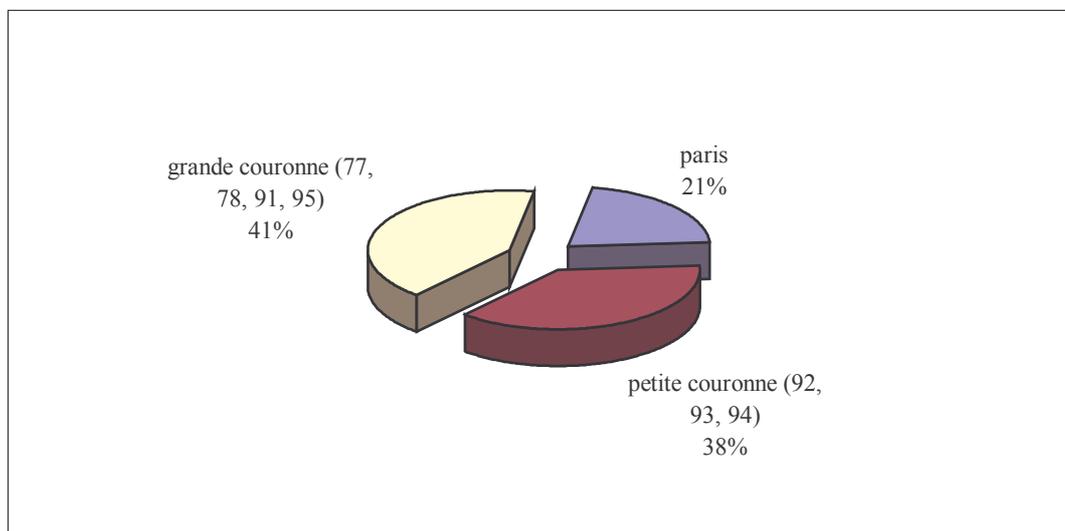


Tableau 6 : Répartition géographique (Paris, PC et GC) des consultations mémoire labellisées en IDF (%)



5.2.2 Recueil des données

Les données par consultation mémoire ont été recueillies à partir d'un questionnaire conçu à partir d'une étude européenne sur des centres d'expertise des démences. Ce questionnaire a été envoyé par courrier ou par E-mail dans chaque consultation mémoire répertoriée.

Une lettre d'information précédait l'envoi des questionnaires afin de sensibiliser chaque responsable de l'importance de cette enquête : aboutir entre autre à une meilleure connaissance des besoins en IDF afin que le CMRR puisse informer le plus justement les autorités de tutelles.

Le recueil des données a été réalisé de Juin à Septembre 2004.

5.2.3 Description du questionnaire

Ce questionnaire comprend un premier volet administratif (structure, activité, épidémiologie...).

Le deuxième volet concerne les pratiques des professionnels médicaux et paramédicaux dont les neuropsychologues ç'est à dire les outils utilisés pour le diagnostic et le suivi des malades.

Les moyens : Evaluation du profil des consultations mémoire

-Renseignements administratifs : adresse, téléphone, date de création, qualité et nom du responsable, structure d'accueil (hôpital public, Hôpital public gériatrique, clinique et autre) et accessibilité du centre (accès ambulance, étages avec ascenseur).

-Composition de l'équipe et quotité de présence par semaine des professionnels.

-Possibilités d'admission en hôpital de jour ou en hospitalisation (gériatrie aiguë et Soins de suite et réadaptation).

-Nombre de locaux de consultation/évaluation.

-Présence d'un plateau technique (radio standard, biologie, TDM, IRM, EEG).

-Activités de formation, de recherche et de soutien des malades et des aidants.

L'activité : Evaluation du profil des consultations

-Nombre total de consultations sur l'année 2003.

-Nombre de nouveaux patients en 2003.

-Nombre de patients ayant une MA probable (diagnostic ou suivi).

-Nombre de patients diagnostiqués autre démence.

-Délai de rendez-vous de la première consultation avec un médecin et avec un neuropsychologue (jours).

Les pratiques professionnelles (diagnostic et suivi)

-Durée de la consultation initiale (heures).

-Existence d'un dossier systématisé.

-Recenser les pratiques de diagnostic et de suivi (tests, échelles et bilan complémentaire).

-Intervalle de suivi entre deux consultations avec un médecin et avec un neuropsychologue.

Evaluation du profil des consultants

- Sex ratio (F/H)
- Patients âgés de moins de 75 ans, de 75 à moins de 85 ans et de 85 ans et plus (%).
- Situation matrimoniale (%) : veuf, marié, célibataire.
- Origine géographique (distance entre le lieu de consultation et le lieu de résidence des patients) (%) : 0-30 km, 30-50 km et supérieur à 50 km.
- Lieu de vie (%) : domicile ou chez leurs enfants, institution et foyer logement.
- Origine de la demande d'évaluation (%) : médecin généraliste, spécialiste libéral, médecin hospitalier, la famille ou le patient lui même et autre.

5.2.4. Statistiques

Les données ont été analysées à partir du logiciel SPSS pour la description des 43 variables quantitatives dichotomiques et continues. Pour chaque moyenne et fréquence, ont été retenues les valeurs extrêmes afin d'apprécier la variabilité de notre échantillon.

Recueil de données sur questionnaire rétrospectif durant l'année 2003 (43 variables).

5.3.Résultats

5.3.1 Répartition géographique

Cinquante trois consultations mémoire ont été recensées dans notre enquête.

Un recensement officiel par les ARH, paru en septembre 2004, dénombre les CMP à 48 (labellisés) dont sept ne faisant pas partis de notre enquête : Melun (77), Meulan (78), Dourdan (91), Orsay (91), Les Magnolias à Boulainvilliers (91), Colombes (92), Arpajon (91).

Le nombre total de consultations mémoire est donc de 60 en IDF.

20% des consultations mémoire sont non recensées par les ARH.

Sur les 53 CM interrogées, 32 ont répondu soit un taux de participation de 60%.

Tableau 7 : répartition des consultation mémoire en totalité (recensés par les ARH et par l'enquête) et % des consultation mémoire par département en ID

	Répartition des consultations mémoire (N)	Répartition des CMP (N)
Paris 75	25 (15)	66,7 (10)
Seine et Marne 77	8,3 (5)	100 (5)
Yvelines 78	13,3 (8)	87,5 (7)
Essonne 91	11,7 (7)	100 (7)
Hauts de Seine 92	13,3 (8)	75 (6)
Seine Saint Denis 93	10 (6)	66,6(4)
Val de Marne 94	13,3 (8)	87,5 (7)
Val d'Oise 95	5 (3)	66,7 (2)
Total	100 (60)	100 (48)

► Par région, il n'y a pas de répartition équivalente des consultations mémoire : 25% à Paris, 35% en PC et 40% en GC.

Par département, il existe une disparité géographique ou les départements de Seine et Marne (77) et le Val d'Oise (95) représentent chacun moins de 10%. Paris est le département possédant le plus de centres (25%). Dans les autres départements, la répartition des centres est équivalente, entre 10 et 13%.

► La labellisation est variable d'un département à l'autre variant entre 66% et 100% : les départements 75, 93 et 95 ont le taux de labellisation le plus faible avec respectivement : 66,6% pour le 93 et 66,7% pour le 75 et le 95. En Seine et Marne (77) et dans l'Essonne (91) toutes les consultations mémoire sont des CMP. Près de 80% des consultations mémoire sont labellisées dans le 78, le 92 et le 94.

► Par région, la répartition des CMP est aussi inégale : 21% à Paris, 37,5% en PC et 41,5% en GC.

Tableau 8 : Répartition géographique par département des CM en IDF participant à l'étude (%)

	Répartition des consultations mémoire	Répartition des CMP contactés (N)	% de réponse
Paris 75	28 (15)	24 (10)	67
Seine et Marne 77	8 (4)	10 (4)	75
Yvelines 78	13 (7)	15 (6)	71
Essonne 91	6 (3)	7 (3)	100
Hauts de Seine 92	13 (7)	10 (4)	43
Seine Saint Denis 93	11 (6)	12 (5)	17
Val de Marne 94	15 (8)	17 (7)	75
Val d'Oise 95	6 (3)	5 (2)	33

► La participation moyenne est de 60% mais avec une forte disparité par département variant entre 17% et 100% :

Les départements 93 (17% de répondants), 95 (33% de répondants) et 92 (43% de répondants) se sont les moins mobilisés.

Dans les autres départements, la répartition des centres ayant participé à l'enquête est équivalente de l'ordre de 70%. Dans l'Essonne, 100% des centres ont répondu.

Tableau 9 : Nombre de participants en fonction des CM labellisés et non labellisés (%)

	Label +	Label -	Total
Réponse –	13	8	21
Réponse +	28	4	32
Total (%)	41 (77)	12 (23)	53

77% (41) des centres participant à l'étude sont labellisés. 68% (28) centres labellisés ont répondu aux questionnaires. 33% (4) centres non labellisés ont répondu aux questionnaires.

5.3.2 Les moyens : Evaluation du profil des consultations mémoire de proximité

Tableau 10 : Profil des CMP en terme de moyens à Paris, dans la petite couronne et la grande couronne

		Paris	Petite Couronne	Grande Couronne
Structure (%)	hôpital public	46	20	63
	hôpital public gériatrique	36	70	28
	clinique	0	0	9
	autre	18	10	0
Nombre de locaux d'évaluation par centre		3	3	4
Présence d'HDJ (%)		80	50	60
Possibilité d'hospitalisation (%)		80	80	67
Présence d'un plateau technique (%)	scanner	50	60	50
	IRM	30	20	25
	Radio standard	100	90	83
	Biologie	70	100	91
Activités extra-cliniciennes(%)	formation	90	80	60
	recherche	80	60	42
	soutien	100	80	67

- ▶ Plus d'hôpitaux public à Paris et en grande couronne possédant des consultations mémoire.
- ▶ Plus d'hôpitaux public gériatrique en petite couronne possédant des consultations mémoire.

- ▶ Moins d'HDJ en banlieue parisienne surtout en petite couronne.
- ▶ Moins de possibilité d'hospitalisation en grande couronne.
- ▶ Homogénéité des plateaux techniques entre paris, PC et GC : 1 centre sur 2 en moyenne est équipé d'un TDM, près d'un tiers des centres est équipé d'une IRM.
- ▶ Nettement moins de formation, de recherche et soutien en PC et GC avec un clivage beaucoup plus marqué entre Paris et GC que Paris et PC : Plus d'un tiers des centres en GC n'ont pas une activité de soutien et de formation, et près de la moitié en GC n'a pas une activité de recherche.

Les moyens humains

Tableau 11 : Moyenne du nombre de demi-journées entre Paris, la PC et la GC de chaque professionnel composant une équipe de consultation mémoire

		Paris		Petite Couronne		Grande Couronne	
		M	Min-max	M	Min-max	M	Min-max
nombre de 1/2 journées	gériatre	12	2-22	5	1-10	5	0-15
	neurologue	1,8	0-6	1,5	0-10	0,7	0-5
	psychiatre	2,1	0-10	1,3	0-5	1,4	0-10
	neuropsychologue	11	5-22	6	0-10	6	0-10
	psychologue	4	0-15	3,5	0-10	2,8	0-5
	IDE	14	0-30	7	0-20	7,3	0-40
	aide soignante	4,7	0-20	5	0-20	8,3	0-40
	kiné	1,8	0-10	0,1	0-1	1,1	0-10
	orthophoniste	2	0-10	0,3	0-2	1,2	0-8
	assistante sociale	4,6	0-10	0,2	0-1	0,7	0-3
	secrétaire	12	0-35	5	0-10	7,4	0-10
autres	4,7	0-30	1	0-10	2,6	0-20	

► Inégalité dans le nombre de demi-journées des professionnels par centres entre Paris et ailleurs :

12 demi-journées en moyenne pour un gériatre comparées à 5, 11 demi-journées pour un neuropsychologue contre 6, plus d'IDE avec 14 demi-journées comparées à 7, plus de demi-journées pour une secrétaire sociale passant de 12 à 6.

Pour l'assistante sociale, plus de 4 demi-journées comparées à moins de 1.

Par ailleurs, on retrouve les mêmes tendances pour la présence d'un neurologue, d'un psychiatre, d'une orthophoniste et d'un kinésithérapeute : environ 2 demi-journées comparées à près d'une demi-journée.

Dans autres sont classés les psychomotriciens ou les ergothérapeutes.

D'une façon générale, les consultations mémoire parisiennes ont des équipes multidisciplinaires avec des temps de présence deux fois plus importants qu'en banlieue.

En comparant la PC et la GC, le temps de présence des aides soignantes, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des assistantes sociales et des secrétaires est diminué de près de moitié pour la PC.

Tableau 12 : Nombre de temps plein en moyenne entre Paris et la banlieue pour une équipe de CMP

	gériatre	neurologue	psychiatre	Neuro psychologue	psychologue	IDE	aide soignante	kiné	orthophoniste	secrétaire	assistante sociale
Paris	1,2	0,2	0,2	1,1	0,4	1,4	0,4	0,2	0,2	1,2	0,4
Petite couronne et grande couronne	0,5	<0,2	<0,2	0,5	0,3	0,5	0,5	-	-	0,5	-

5.3.3 L'activité : Evaluation du profil des consultations.

Tableau 13 : profil des consultations entre Paris et la banlieue (moyenne)

		Paris	Banlieue
nombre total de consultation médicales en 2003		1084	550
nouveaux patients en 2003		331	183
nombre de maladie d'Alzheimer probable (diagnostic et/ou suivi) en 2003		200	127
autre démence en 2003		117	37
délais de rendez-vous (jours)	médecin	59	54
	neuropsychologue	62	53
durée de la consultation initiale (heures)		1,3	1,7
existence d'un dossier spécifique (%)		70	77
intervalle de suivi > 6mois (%)	médecin	52	55
	neuropsychologue	90	84,5

► Les CMP parisiens ont une activité en moyenne deux fois plus importante que ceux se situant en banlieue parisienne.

► Sur 1000 consultations durant l'année 2003, 200 patients ont une maladie d'Alzheimer probable et 117 ont été diagnostiqués « autre démence ».

► Deux mois d'attente pour une première consultation avec un médecin et un neuropsychologue avec des délais variant en fonction de la zone géographique : Le délai moyen total pour un médecin varie de 15 à 150 jours et pour un neuropsychologue, il varie de 8 à 180 jours.

A Paris, les rendez-vous avec un médecin varient de 20 à 150 jours et les rendez-vous avec un neuropsychologue varient de 20 à 180 jours

En PC, pour un médecin, les délais sont compris entre 30 et 90 jours et pour un neuropsychologue entre 8 et 90 jours.

En GC, les rendez-vous avec un médecin varient de 15 à 120 jours et les rendez-vous avec un neuropsychologue varient de 15 à 180 jours.

- ▶ La consultation initiale avec un médecin dure en moyenne 1,5 heures, le diagnostic est souvent posé après la deux ou troisième consultation.
- ▶ Deux tiers des CMP utilisent un dossier spécifique pour leur consultation.
- ▶ Plus de la moitié des CMP revoient deux fois par an leurs patients sur le plan médical, le bilan neuropsychologique est réalisé une fois par an pour près de 90 % des centres.

5.3.4. Les pratiques de diagnostic et de suivi réalisées de façon systématique (tests, échelles et bilan) :

Evaluation cognitive initiale (%):

- MMS = 97
- Epreuve des 5 mots de Dubois = 74
- Test de l' horloge = 87
- Fluence verbale = 87
- Similitudes = 41
- BREF = 40

Echelles pour l'évaluation initiale (%):

- ADL = 58
- IADL = 87,5
- AGGIR = 37,5
- MNA = 22
- GDS = 31
- NPI = 18

Bilan (%):

- Avis d'un gériatre = 91
- Avis d'un psychiatre = 18
- Avis d'un neurologue = 19
- Bilan avec un neuropsychologue = 69
- Biologie = 81
- TDM cérébrale = 78
- IRM cérébrale = 21
- Entretien avec l'aidant = 100
- Entretien avec une assistante sociale = 28
- Bilan avec un kinésithérapeute = 3
- Bilan avec une orthophoniste = 6

Echelles de suivi (%) :

- MMS = 100
- ADL = 58
- IADL = 71
- MNA = 26
- ZARIT = 29

5.3.5 Comparaison entre les consultations mémoire labellisés et les consultations mémoire non labellisés

4 consultations mémoire non labellisées sur 12 ont participé à l'enquête.

28 CMP sur 41 ont participé à l'enquête.

Tableau 14 : Profil des CM labellisées et non labellisées (moyenne)

		Consultations Labellisées	Consultations non labellisées
Présence d'HDJ (%)		68	5
Possibilités d'hospitalisation		93	75
Activités (%)	Recherche	64	25
	Formation	78	50
	Soutien	82	75
Présence d'un plateau technique	TDM	46	25
	IRM	28	0

Tableau 15 : Profil de la consultation des consultations labellisées et non labellisées (moyenne)

		Consultations Labellisées	Consultations non labellisées
Nombre de demi-journées	Géronte	7	7
	Neuropsychologue	8	6
	Secrétaire	7	8
	IDE	9	13
Nombre totale de consultations en 2003		749	470
Nouveaux patients en consultation		244	156
Délais de rendez vous (j)	Médecin	56	57
	Neuropsychologue	55	47

5.3.6 Profil des consultants

Tableau 16 : Profil des patients en fonction de leur lieu de résidence (moyenne)

		Paris	Banlieue
Sex ratio (F/H)		1,8	2,1
Adressé par	médecin généraliste	51	56
	médecin hospitalier	16	9
	famille	16	23
	autre	16,5	12
Age (%)	<75 ans	19	27
	75 - 85 ans	57	56
	> 85 ans	24	17
Statut matrimonial(%)	marié	42	46
	veuf	48	47
	célibat	10	7
Lieu de résidence (%)	Domicile	84	83
	Foyer logement	5	6
	Maison de retraite	11	11
Provenance Distance entre le lieu de consultation et le lieu de résidence des patients	Entre 0 et 30 km	75	89
	Entre 30 et 50 km	19	9
	Plus de 50 km	6	2

► 1 patient sur deux est adressé par son médecin généraliste. Moins de 2 consultants sur 10 sont adressés par des médecins hospitaliers ou par les CLICS, les associations Alzheimer et les assistantes sociales. La famille ou le patient lui même représentent également moins d'2 consultants sur 10.

► Deux tiers des consultants sont des femmes. La majorité des consultant vivent au domicile ou en foyer logement (environ 90%) et 10% provient des maisons de retraite.

► La majorité des consultants ont entre 75 et 85 ans :

A Paris, la proportion des consultants de plus de 85 ans est de 23,5 contre 17 en banlieue.

En banlieue, la proportion des consultants de moins de 75 ans est de 26,5 contre 19,5 à Paris.

- ▶ Les patients veufs et célibataires (environ 60%) sont majoritaires par rapport aux patients mariés. En banlieue, on observe autant de consultants veuf que mariés. A Paris, on observe une légère prédominance des consultants veufs que mariés (48% contre 42%).
- ▶ 90% des consultants résident dans un rayon à moins de 30 km. A Paris, 25% des consultants résident à plus de 30 km de leur centre mémoire.

5.4.Discussion

5.4.1. Le recensement

Le terme de consultation mémoire représente un ensemble de consultations hétérogènes dont le seul point commun est d'évaluer la fonction cognitive.

Une évaluation cognitive peut être faite par différents professionnels, les neurologues, les psychiatres, les neuropsychologues et les gériatres dans un cadre fonctionnant sur des modes différents. Certaines consultations mémoire se font en libéral ou en public : un seul praticien voit le patient qui après décide ou pas d'orienter le patient à d'autres correspondants sur place ou dans un autre site. Les CMP disposent d'une équipe pluridisciplinaire sur place avec des moyens paracliniques (possibilité de réaliser des tests neuropsychologiques et accès à l'imagerie) et ont accès autant que possible à des places d'hospitalisation de jour. Ces consultations mémoire deviennent labellisés s'ils répondent à un cahier des charges établi dans la circulaire 2002/222. Cette complexité de définition complique le recensement de ces centres mémoires. Les consultations mémoire pluridisciplinaires, pouvant être définies par le CMRR comme une consultation mémoire de proximité, se confondent dans la multitude de consultations mémoire existantes ce qui rend difficile leur recensement.

Il est donc difficile pour les professionnels comme pour les patients de s'y retrouver.

Dans cette enquête, nous avons cherché à identifier les consultations mémoire pouvant répondre aux critères d'une CMP jusque là non identifiée par le CMRR-IDF.

Les consultations mémoire ont été sélectionnées sur l'existence d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins d'un médecin (gériatre ou neurologue ou psychiatre), un

neuropsychologue et un autre personnel (secrétaire, assistante sociale, IDE...), avec un plateau technique sur place ou une accessibilité à une imagerie cérébrale et/ou une possibilité d'hospitalisation en HDJ, court séjour ou en Soins de Suite et Réadaptation. D'après la circulaire 222/2002, il est dit que les CMP doivent s'implanter plutôt dans une structure de court séjour avec une possibilité d'HDJ, mais en pratique il existe peu de court séjour gériatrique et certaines consultations mémoire utilisent leurs lits de Soins de Suite et Réadaptation pour faciliter la réalisation d'un bilan complémentaire.

Dans notre étude, les consultations ne sont donc pas toutes implantées dans un établissement de court séjour mais ont une équipe pluridisciplinaire, une accessibilité à l'imagerie cérébrale et une possibilité d'admission dans une structure médicale.

En IDF, il existe une multitude de consultations mémoire recensées dans des annuaires financés par un industriel et parallèlement il existe une liste officielle mise à jour annuellement par les ARH mais ces fichiers restent incomplets. Par exemple, sept consultations mémoire labellisées dernièrement n'apparaissaient sur aucune des listes précédentes et non pu faire partie de cette enquête mais nous les avons rajoutées pour avoir une évaluation plus précise des consultations mémoire en IDF.

D'après notre enquête :

Le nombre total des CMP et des consultations mémoire répertoriées seraient de 60 en IDF. Douze consultations mémoire (20%) sont actuellement non labellisées par l'ARH.

Paris comporte 21% des CMP labellisées comparé à la PC et à la GC qui respectivement ont 38% et 41% des CMP.

On constate des disparités pour chaque département francilien. Les départements 75, 93 et 95 ont chacun une répartition moindre de CMP: 4 (66,6%) dans le 93, 10 (66,7%) dans le 75 et 2 (66,7%) dans le 95. 100% des consultations mémoire dans le 77 et le 91 sont labellisées. Plus de 8 consultations sur 10 sont labellisées dans le 78, 92 et le 94.

Sur 53 destinataires des questionnaires envoyés, 32 ont répondu soit un taux moyen de participation élevé de 60%.

Cette participation varie d'un département à l'autre. Les départements 93 (16,7% de répondants), 95 (33,3% de répondants) et 92 (43% de répondants) se sont les moins mobilisés.

On constate une plus forte mobilisation des consultations déjà labellisées. Soixante huit pour cent (28) des CMP ont répondu aux questionnaires contre seulement 33% des consultations non labellisées (4).

5.4.2. Comparaison Paris, Petite Couronne et Grande Couronne

La répartition des consultations mémoire ne paraît pas équivalente mais en comparant cette répartition géographique à celle des plus de 75 ans on constate une superposition quasi parfaite et donc une implantation géographique plutôt bien coordonnée.

Répartition des plus de 75 ans et des CM par département

	Répartition des consultations mémoire (N)	Répartition des CMP (N)
Paris 75	25 (15)	66,7 (10)
Seine et Marne 77	8,3 (5)	100 (5)
Yvelines 78	13,3 (8)	87,5 (7)
Essonne 91	11,7 (7)	100 (7)
Hauts de Seine 92	13,3 (8)	75 (6)
Seine Saint Denis 93	10 (6)	66,6(4)
Val de Marne 94	13,3 (8)	87,5 (7)
Val d'Oise 95	5 (3)	66,7 (2)
Total	100 (60)	100 (48)

Si on regarde le nombre de personnes âgées, par tranche d'âges, et par département au recensement de la population de 1999 en IDF, Paris, les Hauts-de-Seine (92) et le Val-de-Marne (94) sont les départements comportant le plus fort pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus.

Selon les projections départementales de l'INSEE d'ici 2030, on observera une modification de la répartition géographique des 75 ans et plus au profit des départements de la grande couronne (77, 78, 91, 95). D'ou l'importance d'adapter les besoins futurs au regard des prévisions démographiques de la population âgée en favorisant la création de CMP dans les départements de la GC. Même si actuellement 35% des consultations mémoire sont en GC, le 77 et le 95 représentent moins de 10% des consultations mémoire.

5.4.3. Analyse des moyens : Profil des consultations mémoire de proximité et moyens humains

Le lieu d'implantation des centres

Les CMP labellisées doivent se situer dans des services de court séjour avec autant que possible un accès à des places d'hospitalisation de jour.

Dans notre enquête, les consultations qui ont répondu sont majoritairement labellisés ce qui favorise probablement un lieu d'implantation dans des hôpitaux publics, gériatriques ou non.

Les lieux d'implantation sont en majorité des hôpitaux publics à Paris et en GC et des hôpitaux publics gériatriques en PC. Il est intéressant de noter qu'à Paris près de 20% des consultations recensées ne sont ni des hôpitaux publics ni des cliniques.

A ce jour, il existe peu de réseaux ville-hôpitaux s'articulant autour du diagnostic et du suivi de patients atteints de MA. Un réseau libéral va être effectif en Novembre 2004, le réseau Mémoire Marcel Proust sur les communes de Vanves, Malakoff, Montrouge et Paris Sud regroupant des médecins généralistes, des neurologues, des psychiatres, des neuropsychologues et des orthophonistes. L'objectif de ce réseau est le diagnostic précoce de troubles cognitifs et le suivi des patients atteints de MA.

Le financement sera assuré par les fonds de l'URCAM et par la Mairie de Paris.

Les réseaux ville-hôpitaux à terme devraient permettre de structurer l'organisation des consultations mémoire libérales afin d'améliorer la qualité de la prise en charge médico-psycho-sociale de ville pour les patients atteints de MA.

Possibilités d'HDJ et d'hospitalisation

On constate moins d'hôpitaux de jour et moins de possibilité d'hospitalisation en banlieue parisienne : la PC a moins d'HDJ que la GC mais la PC a une capacité d'hospitalisation plus importante que la GC :

-50 à 60% des consultations en banlieue n'ont pas d'hôpital de jour, alors que 80% des centres parisiens ont un HDJ. Pour poser un diagnostic de syndrome démentiel, il est nécessaire de faire une évaluation pluridisciplinaire faisant intervenir un médecin spécialiste, un neuropsychologue et une assistante sociale. Un bilan complémentaire est souvent nécessaire (biologie, tomodensitométrie cérébrale...). La présence d'un hôpital de jour facilite cette évaluation longue et souvent éprouvante pour les personnes âgées. Pour les centres qui

n'ont pas d'HDJ, les patients sont souvent obligés de se déplacer plusieurs fois avant qu'un diagnostic soit posé alors que souvent, ils ont du mal à se déplacer.

-Pour pallier ce manque d'HDJ, la majorité des centres ont la possibilité pour les patients les plus fragiles de les hospitaliser (entre 60 et 80% des centres) dans une structure gériatrique (le plus souvent des SSR ou des courts séjours). Il existe peu de courts séjours gériatriques. Ces « HDJ » deviennent des hôpitaux « de semaine » souvent dans un SSR ne faisant qu'emboliser ces structures avec un risque de décompensation plus important à l'hôpital pour ces personnes âgées souvent fragiles.

L'accessibilité à une imagerie cérébrale

Une consultation sur 2 en moyenne est équipée d'une TDM, près d'un sur trois est équipé d'une IRM. On constate des consultations bien équipées avec une homogénéité des plateaux techniques entre Paris, PC et GC.

Près de 8 médecins sur 10 demande de façon systématique une TDM cérébrale suite à la consultation initiale.

Les consultations mémoire contrairement aux CMRR dans leur cahier des charges doivent avoir un accès organisé à l'imagerie cérébrale et non un plateau technique sur place. Nous n'avons pas évalué dans l'enquête les délais de rendez vous pour obtenir une TDM cérébrale mais dans les besoins et attentes formulés par les responsables de centre, la présence d'une TDM ou d'une meilleure coordination de l'accès à l'imagerie cérébrale n'ont pas été formulées.

Les activités extra-cliniciennes

Il est important de développer et soutenir les activités de soutien (aidants et patients), de formation et de recherche en banlieue :

Il y a nettement moins de formation, de recherche et soutien en PC et GC qu'à Paris, avec un clivage beaucoup plus marqué entre Paris et GC que Paris et PC : Plus d'un tiers des centres en GC n'ont pas une activité de soutien (33%) et de formation (40%), et près de la moitié en GC (48%) n'ont pas une activité de recherche. Un des piliers du maintien au domicile d'une personne âgée ayant une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés est la présence d'aidant(s). Les consultations mémoire doivent assurer dans leur suivi un soutien pour les patients et les aidants et la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant d'un syndrome démentiel (médecins généralistes, services de soins infirmiers à domicile...). Le développement des activités de recherche est une mission du

CMRR et non des CMP. La participation des CMP, à une activité de recherche, est plus élevée à Paris (70%, Broca faisant parti du CMRR-IDF) qu'en PC (60%) et GC (42%).

La coordination par le CMRR des projets de recherche devrait permettre aux CMP de participer plus fréquemment à ces activités de recherche, avec un fonctionnement en réseau.

Les moyens humains

On constate une insuffisance des moyens humains en IDF mais qui est nettement plus marquée en dehors de Paris.

D'une façon générale, les consultations mémoire parisiennes ont des équipes multidisciplinaires avec des temps de présence deux fois plus importants qu'en banlieue. En banlieue, on observe également une inégalité des temps de présence, la PC semble avoir moins de moyens humains que la GC pour certaines professions (kinésithérapeutes, orthophonistes, assistantes sociales, autres, secrétaires).

En moyenne, les gériatres et les secrétaires ont des temps de présence équivalents et sont souvent les plus représentés dans les équipes : la moyenne des demies journées d'un gériatre et d'une secrétaire à Paris est de 12 alors qu'en banlieue elle est de 5.

Les neuropsychologues ont un temps de présence légèrement inférieur aux gériatres à Paris avec une moyenne de leurs demi-journées estimée à 11 à Paris et à 6 en banlieue. Il est intéressant de noter que le temps de présence des neuropsychologues en banlieue est légèrement plus élevé que celui des gériatres en banlieue. Même si le temps de présence des neuropsychologues est proche de celui des gériatres, il reste insuffisant puisque la durée de leur consultation est généralement plus longue que celle d'un médecin. Afin d'améliorer un diagnostic précoce, une des priorités du plan Alzheimer est d'augmenter le temps de présence de ces professionnels.

Les psychiatres et les neurologues ont des quotités de présence très inférieures aux autres catégories professionnelles (moyenne de 2 demi-journées à Paris contre 1 demi-journée par semaine en banlieue). Une équipe multidisciplinaire d'un CMP se compose sur le plan médical de différents médecins spécialisés dans le domaine de la démence. Néanmoins il existe d'importantes disparités de temps de présence. La quotité de présence des neurologues et des psychiatres est rarement supérieure à 2 demi-journées par semaine. On peut supposer que dans le fonctionnement habituel, ce sont les gériatres qui effectuent la consultation initiale et le suivi, les autres professions médicales interviennent plutôt en cas de doute diagnostic ou de problèmes spécifiques rencontrés dans la prise en charge.

Les psychologues cliniciens jouent un rôle dans la prise en charge diagnostic mais surtout dans le suivi. Ils mettent notamment en place des réunions d'information et de soutien pour les patients et les aidants. Leur temps de présence est en moyenne de 4 demi-journées à Paris et de 3 demi-journées en banlieue.

Dans la catégorie autres sont représentés les psychomotriciens et les ergothérapeutes. En moyenne, leur temps de présence est de 4,7 à Paris et de 2,6 en banlieue. Mais si on regarde en détail leur répartition par centre, on observe que seules 7 consultations proposent ce type de prise en charge. Dans les années à venir, il semble important d'incorporer de façon plus systématique ces professionnels.

Les kinésithérapeutes et les orthophonistes ont un temps de présence très faible et quasi nul en banlieue (2 demi-journées en moyenne à Paris, 1 en GC et moins de ½ en PC). Ces résultats sont surprenant vu l'importance de ces professionnels dans la prise en charge des patients atteints de MA (troubles de la marche et atteinte du langage).

Il en est de même pour les assistantes sociales (4,6 demi-journées à Paris, 0,2 en PC et 0,7 en GC). La qualité du maintien à domicile des patients atteints de MA repose entre autres sur une bonne prise en charge sociale. Même si les CMP doivent mettre en place un projet de soins personnalisé médico-psycho-social et l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain et/ou les CLIC, trop souvent on observe un clivage entre les structures sociales et médicales. Dans les CMP, l'aspect social reste donc sous représenté par rapport aux aspects médicaux et psychologiques.

Le temps de présence des IDE est nettement supérieur au temps de présence des autres professionnels (moyenne à 14 à Paris et 7 en banlieue) puisqu'il représente en général des temps plein avec plusieurs postes pour faire fonctionner l'HDJ. Si on regarde en détail leur répartition par centre en tenant compte de la présence ou pas d'un HDJ, elles sont sous représentée dans les consultations sans HDJ (12 demi-journées en moyenne dans les CMP avec HDJ et près de 3 demi-journées dans les CMP sans HDJ). Pour les CMP qui n'ont pas d'HDJ, souvent l'IDE est responsable de l'accueil, de la coordination des intervenants médico-sociaux et du recueil de l'activité. Leur temps de présence dans ces structures semble donc bien insuffisant.

5.4.4. L'activité : Evaluation du profil des consultations

Si on extrapole, le nombre de personnes de plus de 65 ans en IDF avec la prévalence de la MA à 65 ans, on obtient près de 80 000 patients atteints de MA en IDF. On peut évaluer le nombre moyen de MA diagnostiquées et/ou suivies dans les CMP en 2003. En prenant la moyenne du nombre de patients MA multipliée par le nombre de CMP, on obtient environ près de 9000 patients MA pris en charge dans ces CMP soit un peu plus de 10%. Cette activité décrite est insuffisante par rapport à la prévalence estimée de la maladie d'Alzheimer au sein de la population francilienne. La MA reste sous diagnostiquée et insuffisamment prise en charge.

Les CMP sont tenus dans leur cahier des charges d'établir annuellement un compte rendu d'activité.

Les CMP parisiens ont une activité en moyenne deux fois plus importante que ceux se situant en banlieue parisienne.

En Paris, on note 1000 consultations en moyenne par an avec un minimum de 260 et un maximum de 3500 consultations pour les consultations médicales. Pour les bilans neuropsychologiques, on note une moyenne de 460 bilans allant de 100 à 1500.

En banlieue, on note 550 consultations en moyenne par an avec un minimum de 41 et un maximum de 3500 consultations pour les consultations médicales. Pour les bilans neuropsychologiques, on note une moyenne de 230 bilans allant de 40 à 660.

A Paris, sur 1000 consultations durant l'année 2003, 200 patients ont une maladie d'Alzheimer probable (diagnostiquée et suivie) et 117 ont été diagnostiqués « autre démence ».

En banlieue, sur 550 consultations durant l'année 2003, 127 patients ont une maladie d'Alzheimer probable (diagnostiquée et suivie) et 37 ont été diagnostiqués « autre démence ».

On observe deux mois d'attente en moyenne pour une première consultation avec un médecin et un neuropsychologue avec des délais variant en fonction de la zone géographique : Le délai moyen total pour un médecin varie de 15 à 150 jours et pour un neuropsychologue, il varie de 8 à 180 jours.

A Paris et en GC, les délais de rendez-vous avec un médecin et un neuropsychologue sont assez proches : pour un médecin le délai de rendez-vous variait de 20 à 150 jours et les rendez-vous avec un neuropsychologue variaient de 20 à 180 jours.

Par contre en PC, ces délais sont moins importants : pour un médecin, les délais sont compris entre 30 et 90 et pour un neuropsychologue entre 8 et 90 jours.

Ces délais d'attente restent un frein au diagnostic précoce de MA et confirment l'importance de l'augmentation du temps de présence des neuropsychologues mais aussi des médecins.

La consultation initiale avec un médecin dure en moyenne 1,5 heures, le diagnostic est souvent posé après la deux ou troisième consultation.

Deux tiers des centres mémoire utilisent un dossier spécifique pour leur consultation.

Plus de la moitié des centres revoient deux fois par an leurs patients sur le plan médical. Le bilan neuropsychologique est réalisé une fois par an pour près de 90 % des centres.

5.4.5. Les pratiques de diagnostic et de suivi réalisées de façon systématique (tests, échelles et bilan)

Il n'a pas de consensus dans les pratiques de diagnostic et de suivi pour la prise en charge des patients déments.

Une des missions du CMRR-IDF est d'établir et d'adapter des outils communs pour permettre aux CMRR d'améliorer la qualité des pratiques en terme de diagnostic et de suivi.

Une commission travaille sur la création d'un dossier commun partagé.

Au niveau des pratiques diagnostic, le MMS, le test de l'horloge, l'évaluation de la fluence verbale et l'épreuve des 5 mots de Dubois sont les plus fréquemment pratiquées de façon systématique. La BREF et les similitudes de WAISS ne sont réalisées que dans 40% des cas de façon systématique. Le MMS est systématiquement fait dans les consultations de suivi.

En ce qui concerne, les échelles de suivi, c'est surtout l'évaluation de l'handicap avec l'IADL et l'ADL qui sont pratiquées de façon systématique. Le MNA, la ZARIT et la NPI sont en pratique peu utilisés.

Le bilan biologique, le bilan neuropsychologique, la réalisation d'une tomodensitométrie cérébrale et un entretien avec l'aidant sont pratiqués de façon systématique dans près de 80%.

5.4.6. Comparaison des consultations mémoire labellisées et non labellisés

Seulement un tiers (4/12) des consultations mémoire non labellisées ont répondu à cette enquête contre près de deux tiers (28/41) des CMP.

Devant ce faible échantillonnage, ces résultats ne sont qu'une approximation et restent critiquable.

Sur les 12 consultations mémoire non labellisées participant à cette enquête, 4 sont à Paris et 8 sont en banlieue. Les 4 qui ont répondu sont toutes situées à Paris, aucune non labellisée en banlieue n'ont répondu.

Ce qui ne permet pas de rendre compte du vrai fonctionnement de ces consultations mémoire non labellisées à Paris et en banlieue.

Il s'agit donc d'une comparaison entre les CMP et les consultations mémoire non labellisées parisiennes.

Le manque d'HDJ et d'activités extra cliniciennes dont surtout la formation et la recherche est flagrant pour les consultations mémoire non labellisées parisiennes.

La moyenne du temps de présence des gériatres dans les CMP est identique à celle des autres consultations mémoire parisiennes.

On note moins de demi-journées pour les neuropsychologues mais plus de temps de présence pour les secrétaires et les IDE dans les consultations mémoire non labellisées parisiennes.

Les délais de rendez-vous avec un médecin et un neuropsychologue sont équivalents dans ces deux types de structures (en moyenne 2 mois).

Le nombre moyens de consultations dans les CMP est deux fois plus importante que celle des autres consultations parisiennes (750 consultations dans les CMP contre 470 pour les autres consultations non labellisées).

5.4.7. En analysant le profil des patients en fonction de leur lieu de résidence

Les patients consultants ont majoritairement entre 75 et 85 ans (56%). A Paris, la classe d'âges des 85 ans (24%) et plus est plus importante que les 75 ans et moins (16%) alors qu'en banlieue, on observe le phénomène inverse. D'après le recensement 1999, Paris est le département francilien le plus âgé ce qui pourrait expliquer cette proportion plus importante des 85 ans et plus dans ce département.

Deux tiers des consultants sont des femmes. La majorité des consultants vivent au domicile ou en foyer logement (environ 90%) et 10% provient des maisons de retraite.

Ces données démographiques correspondent à celle de la population âgée francilienne.

Concernant le statut matrimonial des consultants, les veufs ou célibataires (60%) sont plus nombreux que les personnes mariées.

Les consultations mémoire de banlieue ont un rôle de proximité puisque 90% des patients résident dans un rayon à moins de 30 km. A Paris, 25% des consultants résident à plus de 30 km de leur centre mémoire.

Les professionnels qui orientent les patients vers un CMP, les médecins généralistes, sont majoritaires ils adressent plus d'un patient sur 2. Le médecin généraliste apparaît comme un pivot pour orienter dans ces CMP les patients avec des troubles cognitifs ou se plaignant de troubles de la mémoire. Mais les médecins spécialistes, hospitaliers et professionnels libéraux s'occupant des personnes âgées semblent peu sensibilisés (16-% sont adressés par eux). Il en est de même pour les familles et le patient lui même. Hors nombreux sont les personnes âgées se plaignant de troubles mémoire (banalisation des troubles ?).

CONCLUSION

Les démences, et particulièrement la maladie d'Alzheimer, restent un problème majeur de santé publique en terme de diagnostic et de prise en charge sur le long court.

Dans le plan Alzheimer 2002, la volonté politique insiste sur le diagnostic précoce et sur la structuration de l'offre de soin à travers la création des Consultations Mémoire de Proximité et des Centres Mémoire de Ressources et de Recherches. Le plan Alzheimer 2004-2007 devrait renforcer les moyens des structures déjà existantes mais devraient également permettre la création de nouveaux CMRR et de nouvelles consultations mémoire de proximité.

Dans cette étude nous avons eu pour objectif de recenser l'ensemble des consultations Mémoire en Ile-de-France (labellisées et non labellisées par les tutelles) au nom du CMRR-IDF afin de décrire leurs activités, les moyens utilisés et les pratiques professionnelles en vigueur puisque depuis leur mise en place, il existe peu de données sur ces consultations mémoire et sur leur fonctionnement réel.

Le nombre total des consultations mémoire de proximité et des consultations mémoire répertoriées seraient de 60 en IDF. Quarante huit consultations mémoire (80%) sont actuellement labellisées par l'ARH.

La répartition des consultations mémoire par région et par département est superposable à celle des personnes de plus de 75 ans mais il paraît important d'adapter leurs moyens aux besoins réels et aux projections démographiques.

On constate moins d'hôpitaux de jour et moins de possibilité d'hospitalisation en banlieue parisienne : la petite couronne a moins d'HDJ que la grande couronne mais la PC a une capacité d'hospitalisation plus importante que la grande couronne.

Toutes ces consultations sont bien équipées avec une homogénéité de leurs plateaux techniques.

Il y a nettement moins de formation, de recherche et de soutien en banlieue qu'à Paris, avec un clivage beaucoup plus marqué entre Paris et la grande couronne que Paris et la petite couronne.

On constate une insuffisance des moyens humains en Ile-de-France, qui est nettement plus marquée en dehors de Paris. Les gériatres, les neuropsychologues, les secrétaires et les IDE sont les professionnels les plus représentés en temps de présence.

On évalue à près de 9000 les patients ayant une maladie d'Alzheimer prise en charge dans ces consultations mémoire soit un peu plus de 10% des patients atteints de MA en IDF. La MA reste sous diagnostiquée et insuffisamment prise en charge.

Les CMP parisiens ont une activité en moyenne deux fois plus importante que ceux se situant en banlieue parisienne.

On observe deux mois d'attente en moyenne pour une première consultation avec un médecin et un neuropsychologue avec des délais variant en fonction de la zone géographique.

La consultation initiale avec un médecin dure en moyenne 1,5 heures, le diagnostic est souvent posé après la deux ou troisième consultation.

Deux tiers des centres mémoire utilisent un dossier spécifique pour leur consultation.

Plus de la moitié des centres revoient deux fois par an leurs patients sur le plan médical. Le bilan neuropsychologique est réalisé une fois par an pour près de 90 % des centres.

Les consultations mémoire de banlieue ont un rôle de proximité puisque 90% des patients résident dans un rayon à moins de 30 km. A Paris, 25% des consultants résident à plus de 30 km de leur centre mémoire.

Les professionnels qui orientent les patients vers un CMP, les médecins généralistes, sont majoritaires ils adressent plus d'un patient sur 2.

Les médecins spécialistes, hospitaliers et professionnels libéraux s'occupant des personnes âgées semblent peu sensibilisés (16% sont adressés par eux). Il en est de même pour les familles et le patient lui même.

L'implantation des consultations mémoire a respecté la répartition géographique de la population âgée mais reste insuffisante en terme quantitatif et inégalitaire en terme qualitatif. Grâce à ce nouveau réseau de prise en charge des patients atteints de démence, on n'a pu faire une évaluation des ressources disponibles en IDF et ainsi permettre au CMRR-IDF de mieux répondre à leur mission d'optimisation des ressources.

Il est donc nécessaire pour les consultations mémoire de se faire connaître auprès du CMRR-IDF pour valider leurs actions et permettre au CMRR-IDF de coordonner ses actions en anticipant et en adaptant les moyens disponibles.

Annexe 1

Recensement des consultations mémoire répertoriées en Ile-de-France en Septembre 2004

(en gras les consultations labellisées)

Responsable	Service	adresse	Code postal	Ville
PARIS (75)				
Dr Cohen	Unité de Gériatrie, Centre Médico Social O.S.E	106 rue vieille du temple	75003	Paris
Dr Cornud	CATTP Denise Grey	7.13 rue du Brisson St Louis	75010	Paris
Pr Lidy	Hôpital Fernand Widal	200 rue du Fbg. Saint-Denis	75010	Paris
Pr Piette Dr Tissandier	Gériatrie Hopital Rotschild	33 boulevard de Picpus	75012	Paris
Dr Lacomblez	Fédération neurologie Mazarin - Hôpital Salpêtrière	47 Bvd de l'hôpital	75013	Paris
Pr Dubois	Centre de Neuropsychologie - Hôpital Salpêtrière	47 bd de l'Hôpital	75013	Paris
Pr Rigaud	Hôpital Broca	54-56 ave Pascal	75013	Paris
Dr Volpe- Gillot Dr Smaghe	Hôpital Notre-Dame-de- Bon-Secours	68 rue des plantes	75014	Paris
Pr Saint Jean	HEGP	20-40 rue Leblanc	75015	Paris
Dr Laudet – Dr Okra	Hôpital Vaugirard	10 rue Vaugelas	75015	Paris
Dr Magistrelli Dr Migeon	Centre de Gériatrie Henry Dunant	95 rue Michel Ange	75016	Paris
Dr Christophe De Jaeger	Centre d'évaluation gériatrique	7 rue de l'Yvette	75016	Paris
Pr Ankri	Centre gériatrique	49 rue Mirabeau	75016	Paris
Pr Legrain	Hopital Bichat	48 rue Henri Huchard	75018	Paris
Dr Zinetti Dr Wolmark	Hôpital Bretonneau	23 rue Joseph de Maistre	75018	Paris
SEINE et MARNE (77)				
Dr Cabretosa	<u>CH Marc Jacquet</u>	2 rue Fréteau de Pény	77000	Melun

Responsable	Service	adresse	Code postal	Ville
Dr Doubrère	Hôpital de Montereau	1 bis rue Victor-Hugo	77130	Montereau
Dr Peyre	CH Léon Binet	Route de Chalautre	77160	Provins
Dr Cote	CHG Fontainebleau	55 Bvd Joffre	77300	Fontainebleau
Dr Poulain	CHU de Lagny-Marne-la-Vallée Secrétariat de gériatrie	31 Av du Général Leclerc	77400	Lagny
YVELINES (78)				
Dr Pittiferrandi	Dr J.P. Aquino - Clinique Médicale de la Porte Verte	6 avenue Maréchal Franchet d'Esperey	78000	Versailles
Dr Bazin Dr Marlière	Hôpital Richaud	1 rue Richaud	78000	Versailles
Dr de la Forest Divonne	Gériatrie, Centre Hospitalier intercommunal	20 rue Armagis	78100	St Germain en Laye
Dr Allard	consultation d'évaluation gérontologique	26 rue Pasteur	78120	Rambouillet
Dr Berthelot	Centre Brigitte Gros CHI Meulan-Les Mureaux	1 Quai albert I^{er}	78250	Meulan
Dr Barthelemy Dr Antoine	Gériatrie - Soins de longue durée	"Les maisonnées" - 10 rue du Champ Gaillard	78300	Poissy
Dr Drunat	Hôpital de Plaisir-Grignon	220 rue Mansard	78375	Plaisir
Dr Tuzet	Hôpital de Houdan	42 rue de Paris	78550	Houdan
ESSONE (91)				
Dr Rabus Dr Galbrun	Service G6, Hôpital Dupuytren	1 rue Eugène - Delacroix	91110	Draveil
Dr Bussone	Gériatrie Centre Hospitalier d'Etampes	26 Avenue Charles-de-Gaulle	91152	Etampes cedex
	Hopital gériatrique Les Magnolias	77 rue du Perray	91160	Ballainvilliers
Dr Maugourd Dr Baptiste	Gériatrie Hôpital Georges Clémenceau		91750	Champcueil
Dr Barroux	Gériatrie CH Arpajon	18 avenue de Verdun	91294	Arpajon

Responsable	Service	adresse	Code postal	Ville
	CH Orsay	4 place du Général Leclerc	91406	Orsay
	CH Dourdan	2 rue Potelet	91415	Dourdan
HAUTS DE SEINE (92)				
Dr Graveleau	Hôpital Foch	40 rue Worth	92150	Suresnes
Dr Decroix	Hôpital Foch	40 rue Worth	92150	Suresnes
Dr Arvieu	Centre de gérontologie "les Abondances"	56 rue des abondances	92100	Boulogne Billancourt
Dr Codis	Fondation Roguet	58 rue Georges-Boisseau	92110	Clichy-la Garenne
Dr Mathieu	Gérontologie, Hôpital Corentin Celton	38 rue Ernest Renan	92130	Issy les moulineaux
Dr Boquet	Gérontologie, Hôpital Corentin Celton	38 rue Ernest Renan	92130	Issy Les Moulineaux
Dr Metais	Department de Medecine et Geriatrie, CH Courbevoie-Neuilly	30 rue Kilford	92400	Courbevoie
	CH Louis Mourier	178 rue des renouillers	92701	Colombes
SEINE SAINT DENIS (93)				
Dr Belin	Neurologie, CHU Avicenne	125 route de Stalingrad	93009	Bobigny cedex
Dr Le Goff Dr Martinez Almoyna Dr Giulli	Neurologie, Gériatrie et Psychiatrie, CH de Saint Denis	2 rue du Dr Delafontaine	93200	St Denis
Dr Sebbane	Batiment Gallien - Hôpital René Muret Bigottini	Avenue du Dr.Schaeffner	93270	Sevran
Dr Zacharias	Médecine B Gériatrique (Court séjour et SSR)	CHI Le Raincy Montfermeil - 73 bd de l'Ouest	93340	Le Raincy
Dr Cornu	Gerontologie clinique Hopital rené muret - Bigottini	52 av Docteur Schaeffner	93270	Sevran
Dr Lanöe	Service de neurologie Hôpital Robert Ballanger	bd Robert Ballanger	93602	Aulnay-Sous-Bois
VAL DE MARNE (94)				
Dr Bachoud-Levi	Service du Pr Cesaro Hôpital Henri-Mondor	51 av du Marechal de Lattre de Tassigny	94000	Créteil

Responsable	Service	adresse	Code postal	Ville
Dr Pariel	Service du Pr Belmain - Hôpital Charles foix	7 Avenue de la république	94200	Ivry sur seine
Dr Mahieux	CEGAP - Hôpital Charles Foix	7 avenue de la république	94200	Ivry sur Seine
Dr Hervy	Gérontologie - CHU Bicêtre	12 rue Séverine	94270	Kremlin Bicêtre
Dr Lefebvre Des Nouettes	Gérontologie Clinique, CH Emile Roux	1 avenue de Verdun	94450	Limeil Brevannes
Dr Fabre	Gérontologie Clinique, CH Emile Roux	1 avenue de Verdun	94450	Limeil Brevannes
Dr Jean Philippe David	Hopital de jour Geriatrique, Hopital E. Roux	1 avenue de Verdun	94450	Limeil Brevannes
Dr Feteanu	Gérontologie, Hôpital Paul Brousse	14 avenue Paul Vaillant Couturier	94804	Villejuif
VAL D'OISE (95)				
Dr Babadjian	Hopital Victor Dupouy	69 rue du Lieut- col Prudhon	95100	Argenteuil
Dr Al-Aloucy Dr Roudier	Service de Gerontologie , Hopital Charles Richet (HDJ)	Avenue Charles Richet	95400	Villiers le Bel
Dr Elghozi	Centre hospitalier d'Eaubonne	28 rue Dr Roux	95600	Eaubonne

Annexe 2



Questionnaire pour les centres mémoire de proximité d'Ile-de-France

Centre Mémoire de Ressource et de Recherche de la région Ile de France

Pr Bruno Dubois
Hôpital de la Salpêtrière
47 Bd de l'Hôpital - 75651 PARIS CEDEX 13
☎ Secrétariat 01.42.16.00.59 - fax 01.42.16.41.95
☎ Consultation 01.42.16.17.94

Pr Anne-Sophie Rigaud
Hôpital Broca
54-56 Rue Pascal - 751013 PARIS
☎ Secrétariat 01.44.08.35.03 - fax 01.44.08.35.10
Hôpital de Jour ☎ 01.44.08.36.36 - fax 01.44.08.36.18

1. Structure

1.1. Renseignements administratifs

Nom et adresse du centre :

Téléphone :

Fax :

Année de création du centre :

Qualité et nom du responsable du centre :

E-mail :

Structure d'accueil :

(hôpital public / hôpital public gériatrique / clinique / autre)

Accessibilité du centre :

- Rez-de-chaussée avec accès ambulance
- Rez-de-chaussée sans accès ambulance
- Etage avec ascenseur
- Etage sans ascenseur

Nombre de locaux de consultation/évaluation :

Possibilités d'admissions en HDJ ou en hospitalisation :

1.2. Composition de l'équipe

QUALITE	NOMBRE	QUOTITE de présence par semaine
GERIATRE		
NEUROLOGUE		
PSYCHIATRE		
PSYCHOLOGUE		
NEURO-PSYCHOLOGUE		
ORTHOPHONISTE		
KINESITHERAPEUTE		
ASSISTANTE SOCIALE		
IDE		
AIDE SOIGNANTE		
SECRETAIRE		
AUTRES		

2. Patients

2.1. Origine de la demande de l'évaluation (%) :

- Médecin généraliste :
- Médecin spécialiste :
- Médecin hospitalier :
- Psychologue :
- Assistant(e) social(e) :
- Famille :
- Patient :
- Autre(s) :

2.2. Données démographiques

Age moyen des patients (%) :

- <75 ans :
- de 75 à 85 ans :
- >85 ans :

Sex-ratio :

Statut matrimonial des malades (%) :

- Marié(e) :
- Veuf(ve) :
- Célibataire :

Lieu de vie (%) :

- Domicile ou chez les enfants :
- Institution :
- Foyer logement :

Origine géographique des patients (%) :

- 0-30 km :
- 30-50km :
- >100 km :

En 2003, Nombre de patients diagnostiqués par vous « maladie d'Alzheimer possible ou probable » :

En 2003, Nombre de patients diagnostiqués par vous « autre démence » :

3.Activité

Délai de premier RDV médecin (simulation de prise de RDV par l'enquêtrice) :

Délai de premier RDV neuropsychologique :

Nombre de nouveaux patients vus en 2003 :

Nombre total de consultations médicales en 2003 :

Nombre de consultations Neuropsychologiques en 2003 :

Votre centre participe t-il a une activité de recherche ?

- Etude diagnostique :
- Etude de suivi :
- Essai thérapeutique :

Votre centre a t-il été investigateur principal dans l'une de ces activités de recherche ?

Votre centre participe t-il a une activité de formation ?

Votre centre propose t-il des activités aux malades ou aux familles ? (animations, ateliers...)

4.Pratiques

4.1.Première consultation mémoire

Durée moyenne de la première consultation mémoire (évaluation) ?

Utilisez-vous un dossier clinique systématisé ?

Quelles sont les principaux tests neuropsychologiques réalisés ?

- Pour l'étude des troubles de la mémoire :
- Des praxies :
- Des gnosies :
- Du langage :
- Des fonctions exécutives :

	SYSTEMATIQUE	NON SYSTEMATIQUE
MMS		
5 MOTS DE DUBOIS		
TEST DE L'HORLOGE		
FLUENCE VERBALE		
SIMILITUDES DE LA WAIS		
BREF		

Utilisez vous des échelles d'évaluation ?

	SYSTEMATIQUE	NON SYSTEMATIQUE
ADL		
IADL		
AGGIR		
MNA		
GDS		
NPI		

Examens proposés aux patients (réalisés dans votre centre ou non)

	SYSTEMATIQUE	NON SYSTEMATIQUE
Examen clinique par un gériatre si personne âgée		
Avis psychiatrique		
Avis neurologique		
Bilan neuropsychologique		
Bilan biologique		
Echo-Doppler des TSA		
Scanner cerebral		
IRM		
PET SCAN		
SPECT		
EEG		
EEG quantifié		
Entretien avec aidant		
Entretien famille-assistant social		
Bilan par un kinésithérapeute		
Bilan orthophonique		

Autre		
-------	--	--

Quelle est la proportion de patients orientée vers un (%) :

- Neurologue
- Psychiatre
- Neuropsychologue
- Orthophoniste
- Kinésithérapeute

Existe-t-il dans votre structure un plateau technique avec ? (O/N)

- Radiologie conventionnelle :
- Biologie :
- IRM :
- Scanner :
- IRM fonctionnelle :
- EEG :
- EEG quantifié :
- PET scan :
- SPECT :

Si vous n'avez pas une telle imagerie dans votre structure, orientez-vous facilement les patients vers : (O/N)

- Scanner :
- IRM :
- IRM fonctionnelle :
- EEG :
- EEG quantifié :
- PET scan :
- SPECT

Quels critères utilisés-vous pour le diagnostic de :

- Démence :
- Maladie d'Alzheimer :
- Démence à corps de Léwy :
- Démences Fronto-Temporales :
- Démences vasculaires:

4.2.Suivi

En moyenne, après combien de consultations (ou journées HDJ), un diagnostic est-il posé ?

Le suivi des malades comporte t-il des évaluations neuropsychologiques régulières ?

si oui, à quel rythme ?

Quel est la périodicité du suivi médical ?

Utilisez vous dans votre suivi certaines échelles de façon systématique ?

ECHELLES	OUI	NON
MMS		
MNA		
ADL		
ZARIT		
IADL		

Faites vous une synthèse pour chacun de vos patients à intervalle régulier ? (Si oui, sous quelle forme ? à quel rythme ?)

Existe t'il un relais formalisé entre le centre et les intervenants de ville ? (médecins libéraux, service de soins à domicile, réseaux,...)

5.Besoins ou Attentes

Humaines, matérielles....

BIBLIOGRAPHIES

Colin C. Le nombre des personnes âgées dépendantes, Etudes et résultats, DRESS 2000, (94)

Colon C, Coutton V. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance. Ministère de l'emploi et de la solidarité-DRESS, Etudes et résultats, N 94, décembre 2000.

Henrard JC, Ankri J. Vieillesse, grand âge et santé publique. ENSP 2003, Rennes, 277p.

Maria F, Pepin P. les personnes âgées en Ile de France : évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance, ORSIF, Janvier 2003.

Quang-Chi Dinh. Projections de population totale pour la France métropolitaine. Base RP 90-horizons 1990-2050, INSEE résultats N 44, 1995.

Ramaronson 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 (4) : 405-11.

Sermet C. Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France, INSERM-CREDES, 1998, Paris.

Touilly V, Chicoye A, Chauvenet M et al. Tableau de bord santé N 3, les enjeux du vieillissement, LEEM/LIR, mai 2003.

Recensement de la population 1999. INSEE Première, N 746, novembre 2000.

ARHIF. Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en IDF, Janvier 2003.

Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, DRESS, Etudes et résultats, N 160, février 2002.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5D N2002-157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Programme d'actions destinés aux personnes souffrant de MA et maladies apparentés : circulaire DHOS 2002/222.

RESUME :

Les démences, et particulièrement la maladie d'Alzheimer, deviennent un problème majeur de santé publique (135000 nouveaux cas par an).

Les troubles cognitifs chez les patients âgés représentent un véritable problème de santé publique en terme de diagnostic et de prise en charge sur le long court.

Dans le plan Alzheimer 2002, la volonté politique insiste sur le diagnostic précoce et sur la structuration de l'offre de soin à travers la création des Consultations Mémoire de Proximité et des Centres Mémoire de Ressources et de Recherches. Cette initiative a pour but d'améliorer l'accessibilité et la prise en charge sur le long terme après la réalisation du diagnostic.

L'objectif de notre travail était d'établir au nom du CMRR-IDF, l'état des lieux des consultations mémoire répertoriées (Consultations mémoire non labellisées et CMP), en IDF, en tenant compte des moyens actuels et des besoins (professionnels, formation, outils, recherche, accès à un plateau technique) puisque depuis la création de ces structures, il existe peu de données sur leur fonctionnement réel.

Le nombre total des consultations mémoire de proximité et des consultations mémoire répertoriées seraient de 60 en IDF. Quarante huit consultations mémoire (80%) sont actuellement labellisées par l'ARH.

L'implantation des consultations mémoire a respecté la répartition géographique de la population âgée mais reste insuffisante en terme quantitatif et inégalitaire en terme qualitatif. Grâce à ce nouveau réseau de prise en charge des patients atteints de démence, on n'a pu faire une évaluation des ressources disponibles en IDF et ainsi permettre au CMRR-IDF de mieux répondre à leur mission d'optimisation des ressources.

Il est nécessaire pour les consultations mémoire de se faire connaître auprès du CMRR-IDF pour valider leurs actions et permettre au CMRR-IDF de coordonner ses actions en anticipant et en adaptant les moyens disponibles.

MOTS CLES :

Troubles de la mémoire – santé publique – enquête – ressources sanitaires