



EPIDEMIOLOGIE des DEMENCES

- FACTEURS de RISQUE
 - FACTEURS PROTECTEURS
 - PREVENTION POSSIBLE ?
 - COÛT SOCIAL
-
- Dr. V. LEFEBVRE des NOETTES AP-HP

PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES

- En France d'après INSEE projections 2010 en milliers d'habitants
- AGE 65/69 75/79 **80/84** 85/89 90 +
- Hom 1171 933 645 346 96
- Dif -8% +7% **+94%** +22% -17%
- Fem 1326 1316 1098 761 310
- Dif -10% +2% **+90%** +20% -20%



PREVALENCE

- Def :
- Proportion d'une population qui ,à un moment donné, est affectée par une pathologie.Elle est exprimée en pourcentage.



INCIDENCE

- Déf :
- Nombre de nouveaux cas qui apparaissent, dans un intervalle de temps donné, et pour un nombre d'habitants donné.



PREVALENCE DES DEMENCES EN FRANCE

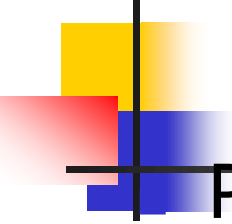
- Démences toutes causes confondues
- 6,4%
- Maladie d'Alzheimer
- 4,4%
- Démences vasculaires ou mixtes
- 1,6%
- Autres démences
- 0,4%



EN FRANCE

- + 870 000 CAS DE MA
- AGE de début 68,7 +/- 7ans
- Pour la DFT 54,5 +/- 9,7 ans
- 2010 + 1000 000 de déments
- 1 patients sur 2 est diagnostiqués
- 1 patients sur 3 est traités

CONTEXTE

- 
- Pas de registre de population ou d'indicateur sanitaire fiable.
 - Estimation à partir d'études de cohorte en population.
 - Prévalence de la démence : 870 000 cas
 - Incidence : 220 000 cas
 - 45% des cas surviennent après 85 ans
 - 330 000 cas de démence sévère et 150 000 nouveaux cas par an.



D'APRES PAQUID

- Démences = 1% de la population française
- La MA = 70% des démences
- 15% des déments < 65 ans
- 5 à 10% + 65 ans
- 20% + 80 ans

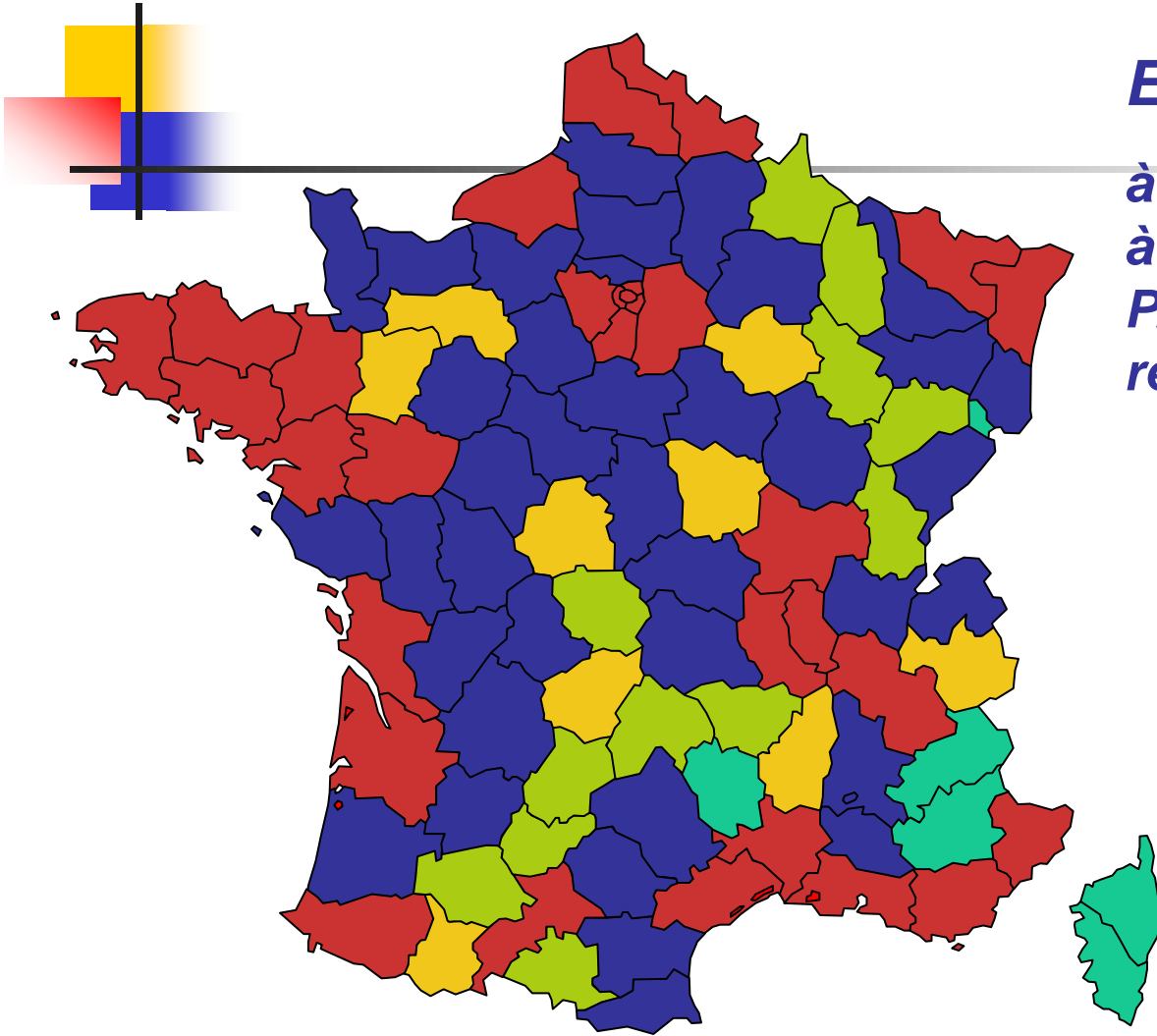
45% au delà de 90 ans

MA tous stades confondus

Estimation de la prévalence en France métropolitaine






<i>Tranche d'âge</i>	Hommes	Femmes	Total
<i>75 à 79</i>	40 477	47 493	87 970
<i>80 à 84</i>	31 898	88 781	120 679
<i>85 à 89</i>	43 462	151 709	195 171
<i>90 et plus</i>	25 281	178 775	204 056
<i>Total</i>	141 118	466 758	607 876

Répartition géographique des patients Alzheimer > 75 ans tous stades confondus



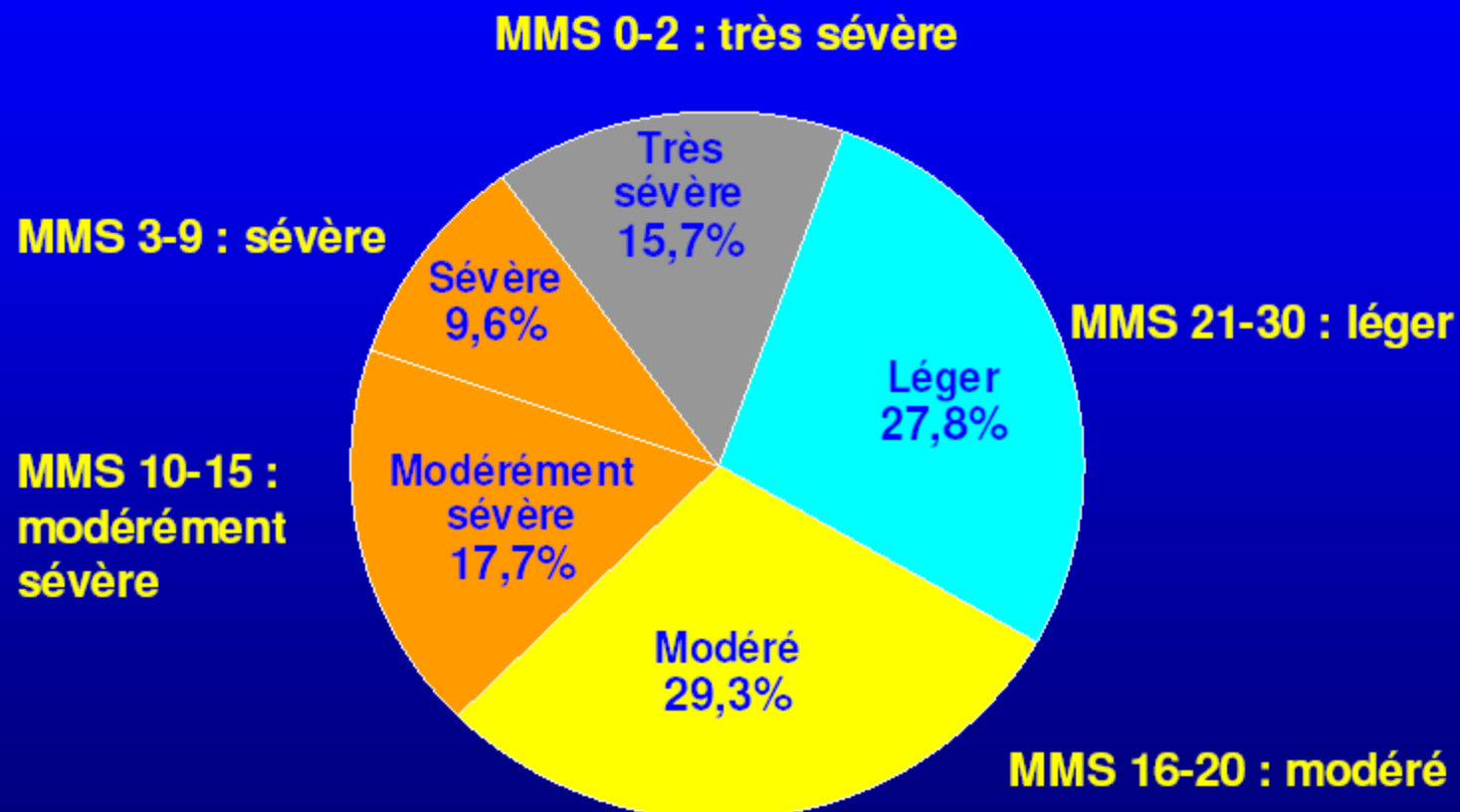
ESTIMATION

*à partir du suivi prospectif
à 10 ans de la cohorte
PAQUID* et du
recensement INSEE 1999*

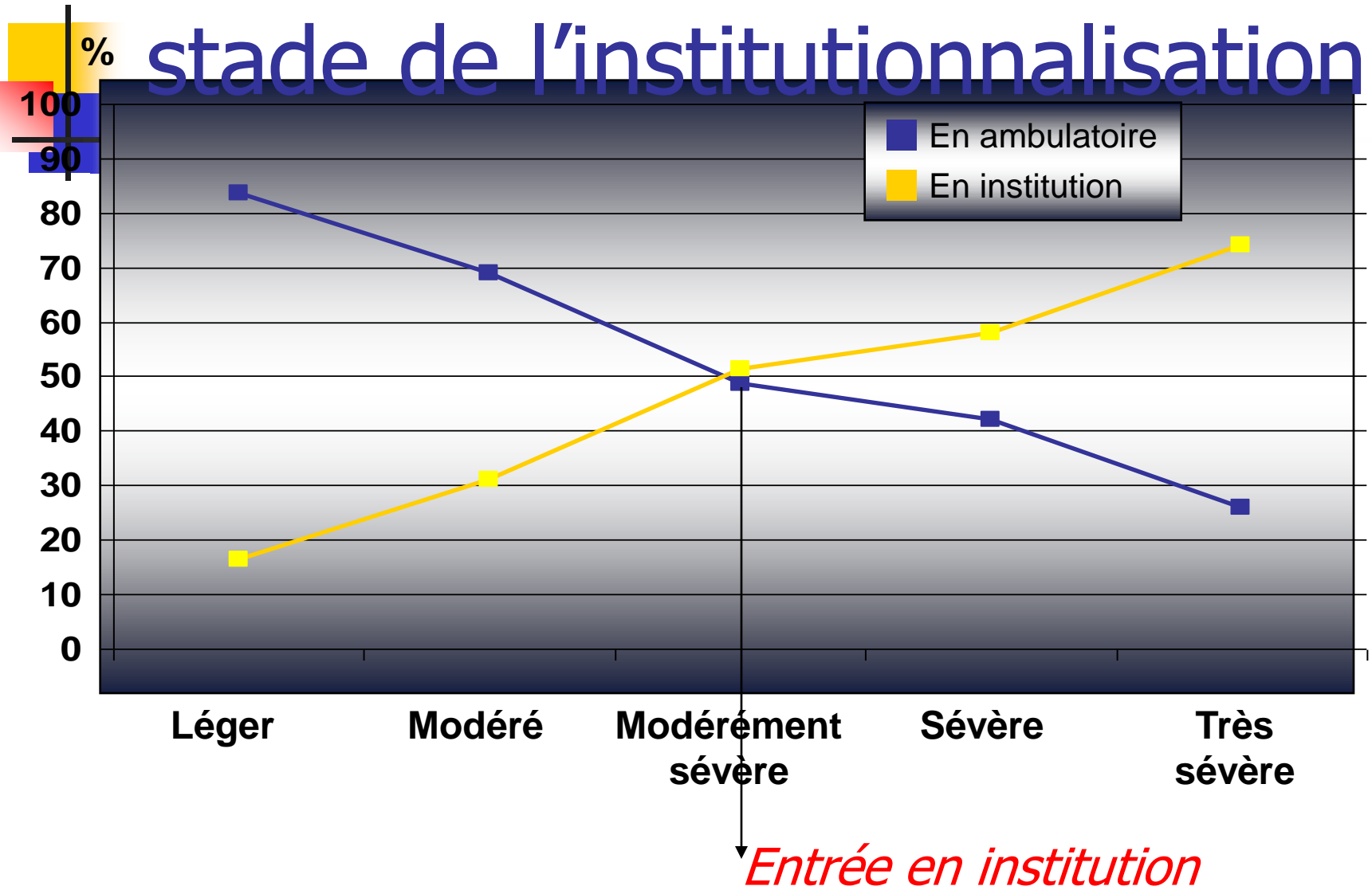
	> 7 000	(31)
	4 000 - 7 000	(38)
	3 000 - 4 000	(9)
	2 000 - 3 000	(12)
	1 000 - 2 000	(6)

*d'après : Ramarosan H, Helmer C. 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 (Paris) 2003 ; 159: 4, 405-411

Estimation du nombre total de patients Alzheimer (patients âgés de 75 ans et plus)

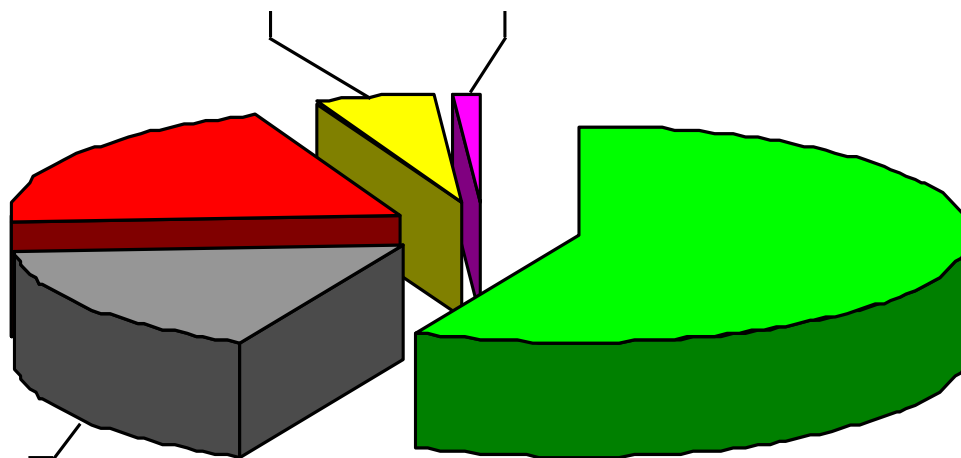


Le stade modérément sévère : stade de l'institutionnalisation



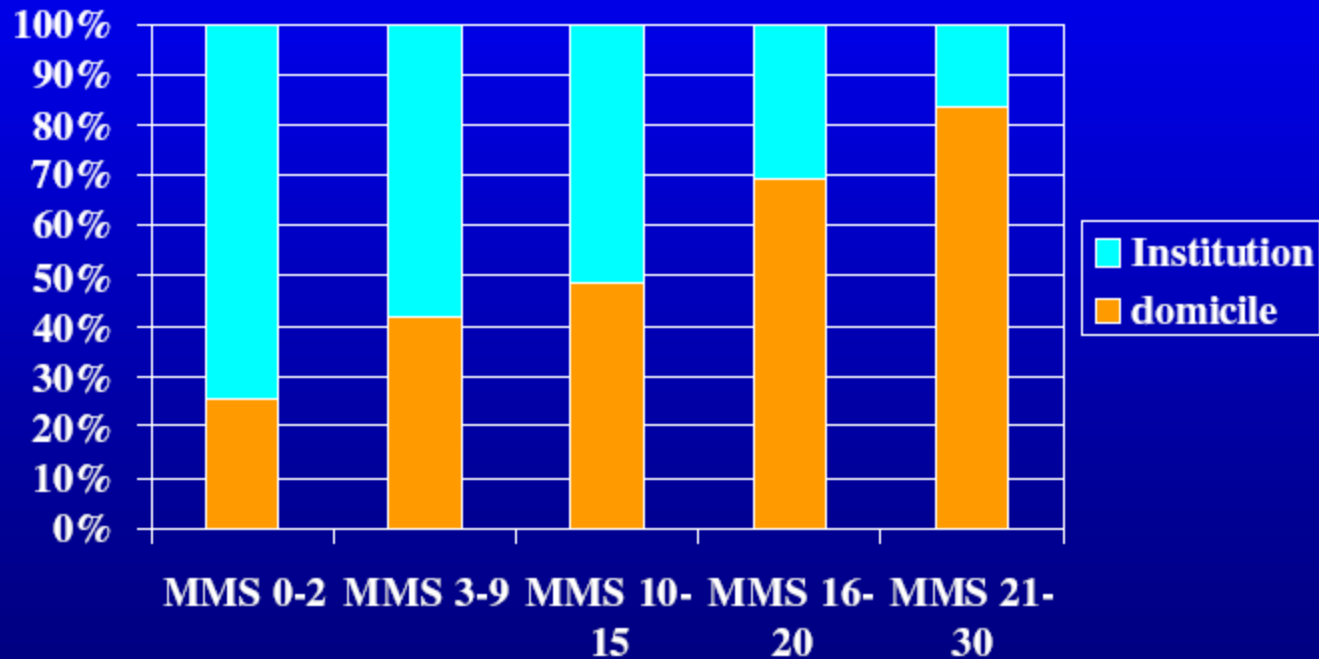
REPARTITION SELON LE LIEU DE VIE DES PATIENTS

TOTAL BASE = 99183 prescriptions

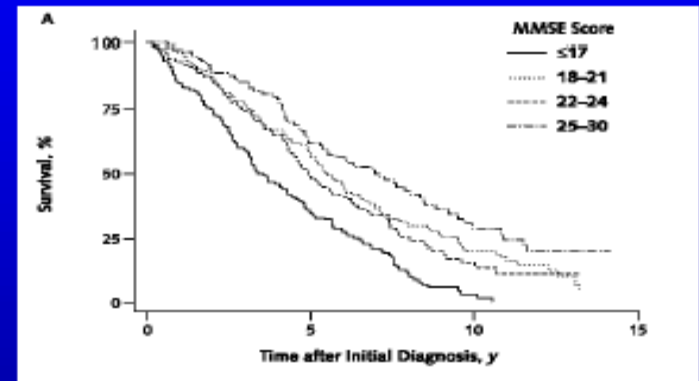
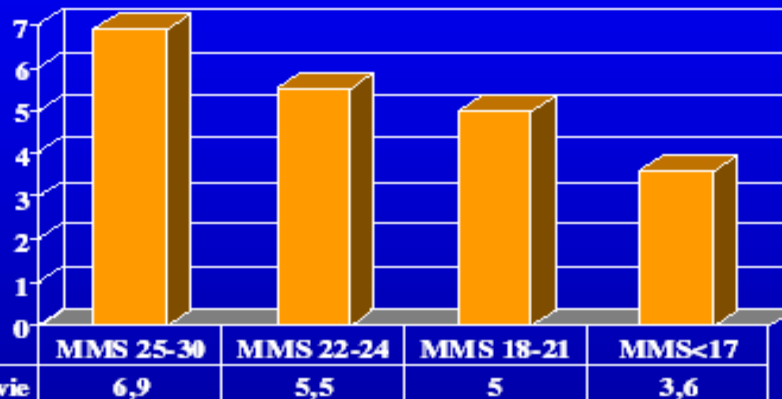


- 74 % des patients vivent à domicile, et majoritairement avec une autre personne (57%).
- 25 % sont en maison de retraite, foyer ou résidence.

Lieu de vie et sévérité de la démence



Durée moyenne de survie en fonction du MMS

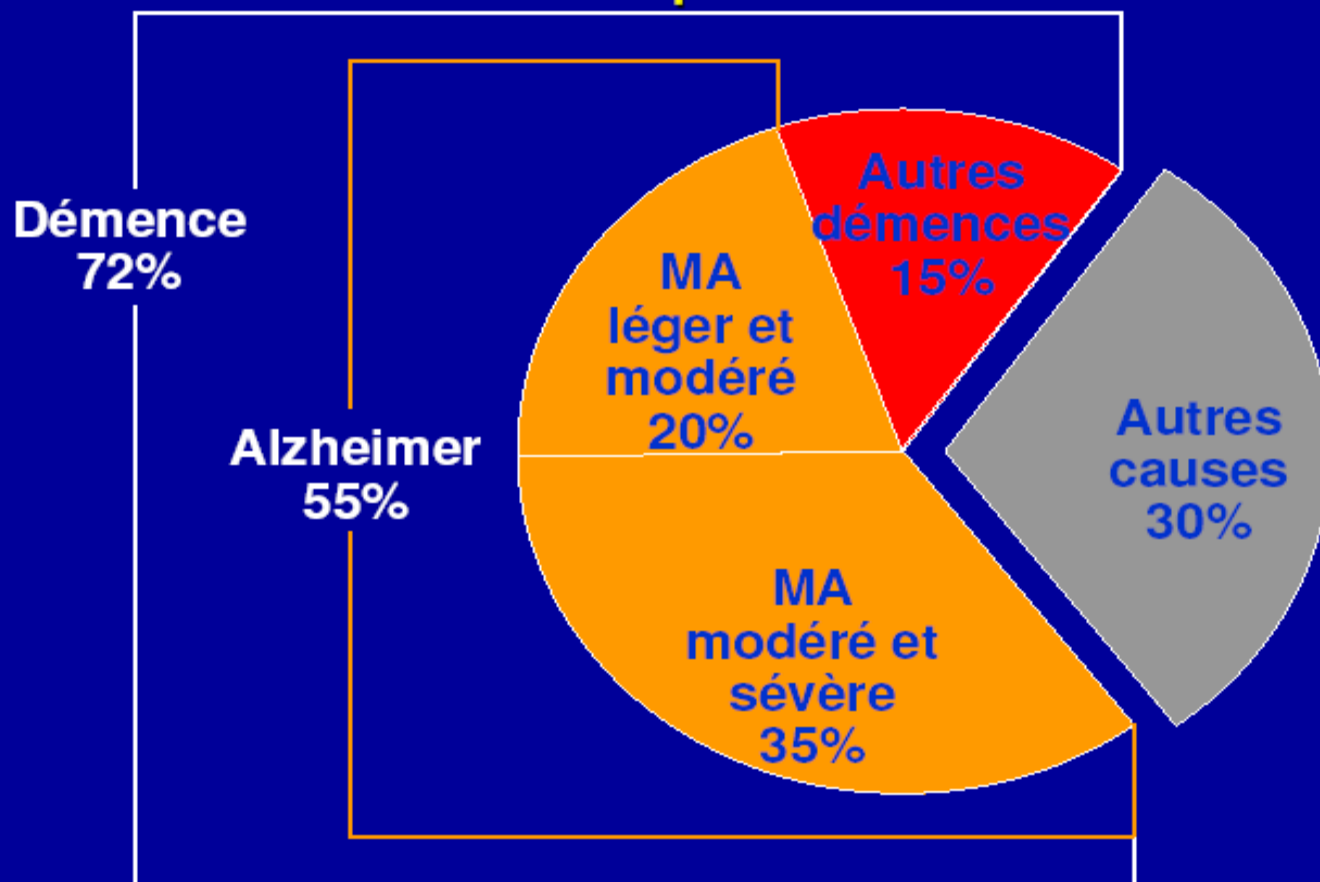


Ann Intern Med. 2004;140:501-509.

23000 personnes >60 ans suivies à Seattle depuis 1987
587 patients suivis jusqu'à leur décès.

Médiane de survie:
4,2 ans pour les hommes,
5,7 pour les femmes

APA : dépendance et suivi prospectif à 10 ans de la cohorte Paquid : GIR 1 à 4



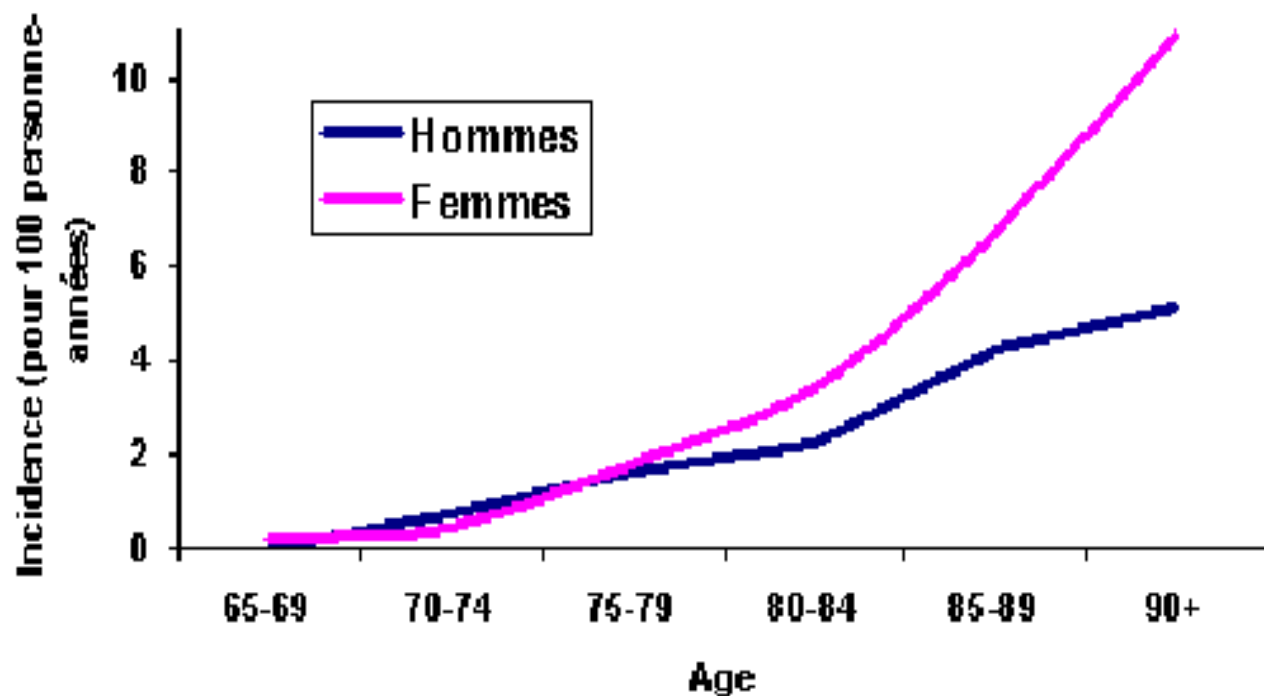
1. Rapport d'expert J.F. Dartigues : dossier technique Ebixa®; commission de la transparence 2002
2. Ministère des Affaires Sociales, du travail et de la Solidarité, Communiqué de presse d'Hubert Falco, Secrétaire d'État aux Personnes Âgées, 16/01/2003
3. Rev Neurol (Paris) 2003 ; 159: 4, 405-411



INCIDENCE

- 220 000 nouveaux cas par an de MA
- Soit 1,5/1000 entre 65 et 69 ans
- et 53,5/1000 après 90 ans .

Courbe d'incidence de la démence en fonction du sexe. Paquid 1988-1999.





AUTRES CHIFFRES

- FORMES FAMILIALES AUTOSOMIQUES DOMINANT 3/1000
- SOIT 1000 cas pour la France
- Donc moins de 2%
- NB de décès de MA /an 80 à 100 000
- NB de diag. CERTAINS pour toute la France=100 à 200 cas soit 1/3000

Autres chiffres

- 10 à 15 000 DFT en France
- DV = 10%
- D MIXTES = 20%
- 80 000 PARKINSONNIENS
- NB de CENTENAIRES en 1953 = 200
- En 1988 = 800 , en 1996 + 6000
- Avec 1 homme pour 7 femmes chez les centenaires
- Espérance de vie : 84,5 pour F/ 77,8 pour H
- *RETARDER d'1 an diminue la prévalence 25%*



Facteurs de risques de MA

- **AGE** = principal facteur de risque avec une incidence DOUBLANT par tranche de 5ans à partir de 65 ans
- Sexe féminin après 80ans (oestrogènes
- Facteurs génétiques APO E4
- Atcd familiaux de démences (RR à 3) par rapport à ceux qui n'en ont pas. Mais données non retrouvées dans les grandes études de cohortes européennes



Facteurs de risques de démences

Bas niveau d'études (petite réserve cérébrale)

Petite taille du périmètre crânien

Célibataires (RRx2/couples)

Pauvre réseau social

Antcd de traumatismes crâniens +/-

Antcd d'AVC

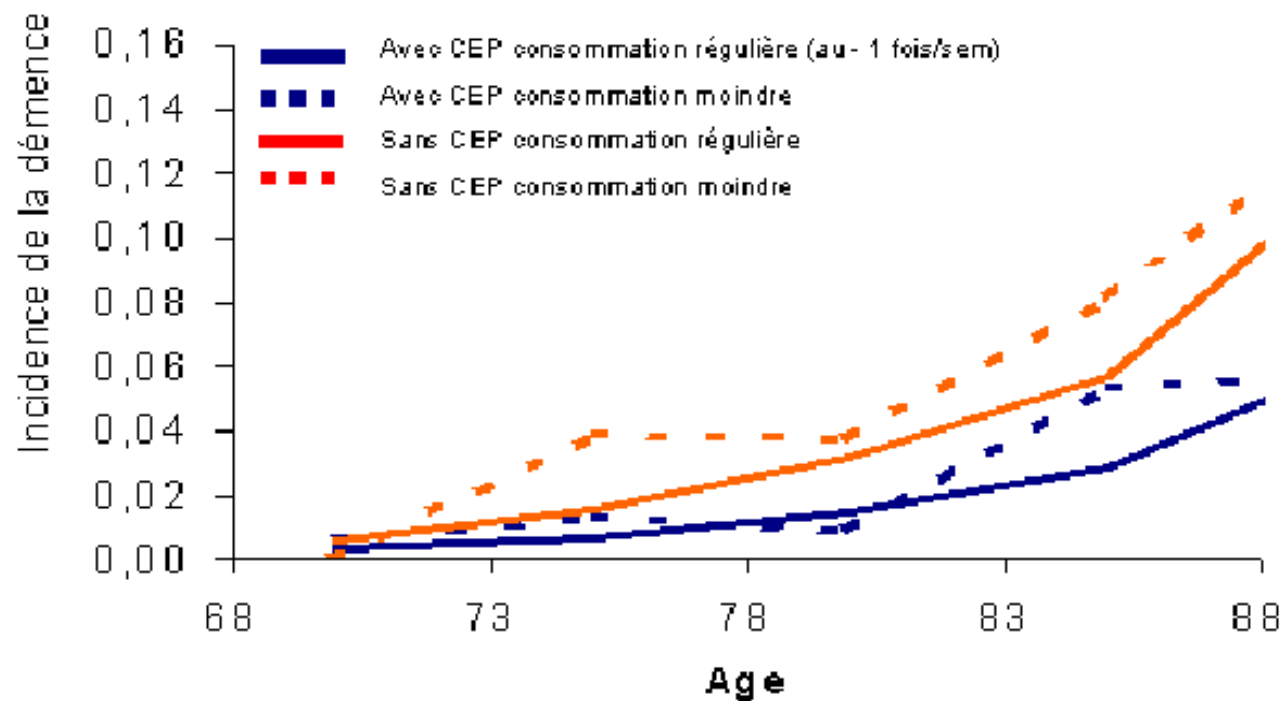
Dépression (RR de 1,16 à 3,5)


Taux aluminium + dans l'eau (RR à 2)

HTA

Diabète

Graphique : Incidence de la démence en personne-années selon la consommation de poisson et le niveau d'études - PAQUID.





Groupes	N	Incidence de la démence (%)
I : Pas de trouble ressenti ni exprimé, performances normales	413	0,36
II : Pas de trouble ressenti ni exprimé, performances basses	176	0,96
III : Trouble ressenti mais non exprimé, performances normales	401	0,33
IV : Trouble ressenti mais non exprimé, performances basses	280	2,45
V : Trouble ressenti et exprimé, performances normales	124	1,42
VI : Trouble ressenti et exprimé, performances basses	109	3,64

La plainte mnésique est significativement prédictrice de démence pour les groupes IV (RR=3,8), V (RR=3,3) et VI (RR=6,1). La prise en compte du niveau d'études, de la symptomatologie dépressive et de l'estime de soi ne change pas ces résultats

Plainte mnésique et incidence M.A.



FACTEURS EXTRA-INDIVIDUELS :

Inhibiteurs de la cholinestérase, rééducation, support social, attitudes sociales envers la démence, législation et facteurs économiques, institutionnalisation, ...



FACTEURS DE RISQUE :
Age, éducation, célibat, apoE, ...




FACTEURS INTRA-INDIVIDUELS :
Comportementaux, psychosociaux, dépression, ...
Sélection, optimisation et compensation des activités.

Prévalence des incapacités

(Barberger-Gateau et al 1991, Rev Gériatrie)

Dépendance (IADL –ADL) et M.A.

Facteurs « protecteurs »

- 
- Haut niveau d'éducation(réserve cognitive)
 - Activités de loisirs: voyages, bricolage,
 - Jardinage, tricot = tâches planifiées
 - Couple et/ou vie sociale développée
 - VIN (2verres/jours)anti-oxydant tannins et convivialité
 - Poisson(2X/semaine),fruits et légumes frais
 - Oméga 3,régime crétois,anti-oxydants
 - Oestrogènes +/- , AINS +/-
 - nicotine +/-



Facteurs « protecteurs »

Contrôle du diabète

Contrôle de l'HTA sys. Par inhibiteur calcique (-50% incidence de MA)

Contrôle de l'hypercholestérolémie (statines)

Consommation élevée de VITA A,C,E

Et de FOLATES (- 20% de risque MA)



Prévention des démences: que peut-on faire ?

- Il existe des corrélations entre:
- HTA, diabète hypercholestérolémie,
- AC/FA, AVC et apparition de démences vasculaires ou dégénératives=
- Une PREVENTION est POSSIBLE
- Par les ttt. Antihypertenseur, antidiabétique, hypocholestérolémiant, antioxydant, antiinflammatoires ou antiagrégants plaquettaire, et, la stimulation cognitive, les activités de loisirs, la marche 1/2h t/lj, le régime crétois



CONTEXTE

Vieillessement de la population

- Maladie d'Alzheimer : maladie émergente
- Rapport Girard (2000)
- Plan Alzheimer 2001-2004
- Plan Alzheimer 2004-2007
- Rapport Gallez (2005)
- Maladie d'Alzheimer : Grande Cause Nationale(2008-2012)
- MND 2014-2018



CONTEXTE

- Cause principale de dépendance lourde du sujet âgé.
- Motif principal d'entrée en institution.

- 75% des sujets vivant en institution sont déments.
- 72% des sujets éligibles pour l'APA sont déments.

- Si l'incidence et la durée de la maladie ne change pas
- En 2020 1 200 000 déments
- En 2040 2 100 000 déments

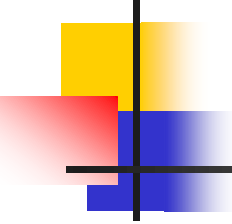


COÛT SOCIAL

- Nb de patients déments à dom. 65 à 88%
- Prise en charge à dom totalement à charge de la famille dans 50% des cas
- Garde-malade jour+nuit =
5000 euros/mois.
- Hébergement médicalisé IDF = 3000 à 5000 euros/mois.
- Accueil de jour = 150 euros /jour
- TTT anticholinesthésique = 90 euros /mois

Dépenses totales en M€ liées à la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentées en France en 2005

Catégorie	Assur. maladie	Conseil Général	Famille	Ensemble	%
Médical	910,5	0	23,5	934	9,4
Médico-social	2419,6	2138,8	4408,0	8966,4	90,6
Ensemble	3330,1	2138,8	4431,5	9900,4	100
%	33,7	21,6	44,8	100	

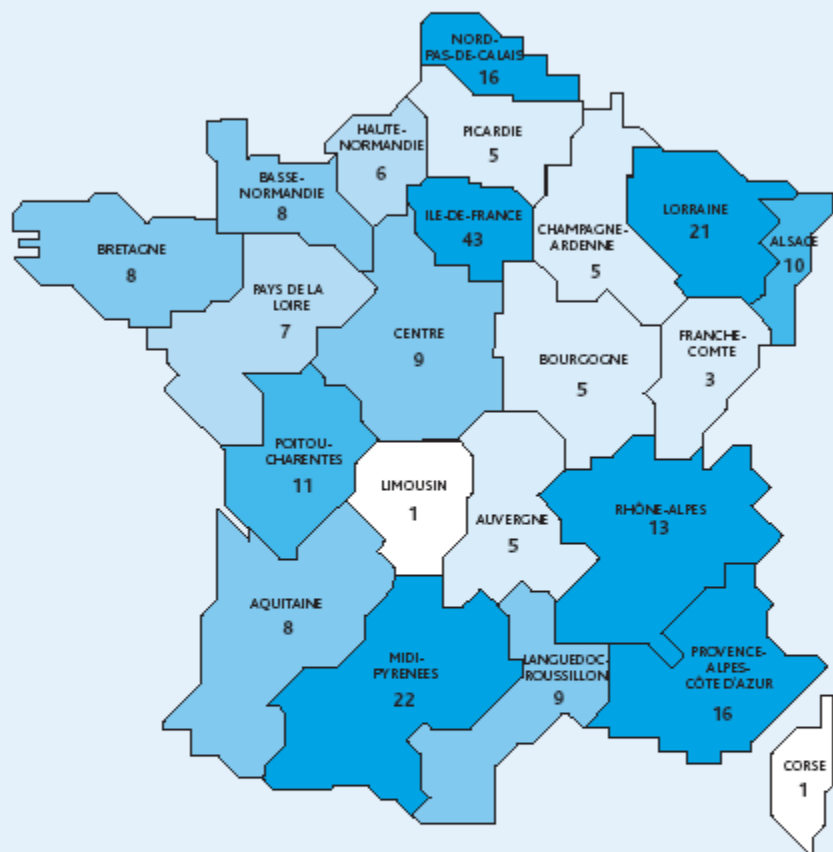


Plan démence 2001 (B.Kouchner)

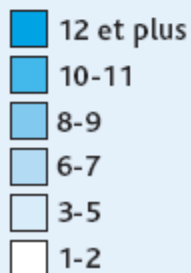
- 6 points: CMP , CMRR, C.A.
,C.L.I.C.,formation, recherche.
- Pas de financement pérenne à ce jour
- Plan démence 2004 (P. Douste- Blazy)
- Diagnostique précoce
- Implication et formation des généralistes
(mallette)
- Renforcement des C.M.P.
- Développer l'accueil de jour
- Aide aux aidants

CONSULTATIONS MÉMOIRE

RÉPARTITION RÉGIONALE AU 31 DÉCEMBRE 2003



Répartition des 232 consultations mémoire en France métropolitaine



DOM
6 consultations mémoire

QUA DELOUPE : 2
MARTINIQUE : 1
LA RÉUNION : 3

CENTRES MÉMOIRE DE RESSOURCE ET DE RECHERCHE

LOCALISATION AU 31 DÉCEMBRE 2003



Lille : villes dans lesquelles se situe le centre mémoire de ressource et de recherche de la région



Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille

Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

10 objectifs pour améliorer la qualité de vie
des malades et de leurs proches





Recommandations

- ~~6) Saisir la Haute Autorité de Santé pour établir des recommandations officielles pour le suivi des patients.~~
- 7) Répondre aux besoins urgents de lits d'EHPAD dans les 5 ans qui viennent tout en réduisant les déséquilibres régionaux
- 8) Développer les accueils de jours et les hébergements temporaires par des aides spécifiques et une tarification plus incitative.
- 9) Inciter à la souscription d'une assurance dépendance en complément de la couverture publique.
- 10) Donner un nouvel élan à la recherche clinique et en santé publique, sans oublier la recherche fondamentale par la réalisation d'un appel d'offre ambitieux couvrant tous les aspects de la prise en charge de la maladie.

Plan sarkozy 2008/2012 sur la base du rapport Ménard

10 mesures phares

Améliorer le diag.

- 8-consultation annonce
- 13-renforcement consultation mémoire

Mieux soigner et accompagner

- 4- MAIA(maison pour autonomie et intégration des malades Alzheimer)
- 5-care gaver ou coordonnateurs de cas
- 6-renforcer le soutien au dom /personnels qualifiés
- 16-UCC en SSR
- 19-création centre national de référence pour malades Alzheimer Jeunes

Pour aider plus et mieux

- 1-développer des structures de répit
- 35- numéro unique et site internet d'info et d'orientation local


Pour mieux chercher

- 21- fondation de coopération scientifique



CONCLUSION

La prévalence de la maladie d'Alzheimer est plus élevée en 2003 qu'en 1990 par la combinaison d'un diagnostic plus précoce et probablement d'un allongement de la survie des malades⁽¹⁾

- 
- La prévalence de la MA est plus élevée chez les femmes quelle que soit la sévérité, mais la prédominance féminine est d'autant plus marquée que la démence est sévère⁽²⁾

1. Ramarosan.H, Helmer.C. 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 (Paris) 2003 ; 159: 4, 405-411

2. Rapport d'Expert J.F. Dartigues : annexe au dossier technique Ebixa®; Commission de la Transparence 2002 (Annexe 3)



CONCLUSION

- LA MALADIE D'ALZHEIMER est devenue une des priorités et un des défis de santé public des décennies à venir avec une nécessité de renforcer:
 - Le diagnostic précoce
 - La prévention des facteurs de risque
 - l'aide au maintien à domicile , les alternatives à l'hospitalisation
 - La formation et la recherche