



Les maladies neurodégénératives

A La Réunion

Tableau de bord



Septembre 2019

Rédacteurs :
Mélissa BARDOT (ORS OI)
Sébastien MEDEVIELLE (ORS OI)

Comité de relecture :
Sylvain ARMAND (ARS OI)
Bakary DIAKITE (ARS OI)
Fanny PARENTON (ARS OI)
Sabrina THIBURCE (ARS OI)
Dr Emmanuelle RACHOU (ORS OI)
Monique RICQUEBOURG (ORS OI)

Mise en page :
Mélissa BARDOT (ORS OI)

Tableau de bord commandité et financé par l'Agence de Santé Océan Indien

Sous la direction du Dr Emmanuelle RACHOU

Table des matières

PRESENTATION DU TABLEAU DE BORD.....	4
■ CONTEXTE	4
■ OBJECTIFS	4
■ METHODOLOGIE.....	4
■ LES MALADIES NEURODEGENERATIVES.....	5
CHIFFRES CLES POUR LA REUNION.....	6
DETERMINANTS.....	7
■ CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE	7
■ CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	8
■ FACTEURS DE RISQUES	9
DIAGNOSTIC DE LA MALADIE.....	10
PATIENTS PRIS EN CHARGE	12
■ MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES APPARENTEES	12
■ LA MALADIE DE PARKINSON	14
■ SCLEROSE EN PLAQUES	16
MORTALITE.....	18
■ MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES APPARENTEES	18
■ MALADIE DE PARKINSON.....	18
■ SCLEROSE EN PLAQUE	18
OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE	19
■ LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	19
■ PRISE EN CHARGE A DOMICILE.....	20
■ PRISE EN CHARGE HORS DOMICILE	21
PRINCIPALES SOURCES DE DONNEES	22
■ LES DONNEES DU PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION (PMSI).....	22
■ LES ADMISSIONS ET LES INSCRIPTIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD) PRONONCEES PAR LES 3 PRINCIPAUX REGIMES D'ASSURANCE MALADIE (CCMSA, CNAMTS, RSI)	22
■ CARTOGRAPHIE DES PATHOLOGIES DE L'ASSURANCE MALADIE (AMELI)	22
■ LES STATISTIQUES DE MORTALITE ETABLIES PAR L'INSERM CEPIDC.....	22
■ LE REPERTOIRE PARTAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (RPPS) ET ADELI.....	23
■ LES DONNEES DE L'INSEE	23
REPertoire DE SIGLES	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25

Présentation du tableau de bord

■ Contexte

La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation. A ce titre, l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.

Le vieillissement de la population s'accompagne de l'augmentation de la prévalence de différentes pathologies, notamment des maladies neurodégénératives. En France, environ 600 000 personnes sont prises en charge pour la maladie d'Alzheimer et autres démences, environ 230 000 sont atteintes de la maladie de Parkinson et plus de 90 000 de la Sclérose en plaques.

A La Réunion, bien que la population soit plus jeune que la population métropolitaine, le vieillissement de celle-ci devrait s'accélérer au fil des années. La connaissance de ces maladies sur le territoire réunionnais aujourd'hui est donc une nécessité pour anticiper les problématiques à venir.

Dans le cadre de la convention entre l'ARS OI et l'ORS OI concernant sa mission d'observation, l'ORS OI a été sollicité pour actualiser les données du tableau de bord sur les maladies neurodégénératives. En raison de la multitude de formes que prennent ces maladies, le tableau de bord se focalise sur les maladies les plus fréquentes et faisant partie du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson et Sclérose en plaques (SEP).

La première édition du tableau de bord, concernant uniquement la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, date de 2008. Le tableau de bord a été actualisé en 2014, 2015 et 2016.

■ Objectifs

L'objectif principal est de mettre à disposition les données disponibles et récentes sur la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la Sclérose en plaques (SEP) à La Réunion.

Les objectifs spécifiques de ce travail sont de :

- rassembler et de présenter de manière synthétique des chiffres récents, de nature et d'origine diverses (mortalité, morbidité, offre de soins, ...) sur les maladies neurodégénératives à La Réunion ;
- suivre les évolutions de ces pathologies à La Réunion ;
- faire apparaître les particularités régionales.

L'objectif final est de mettre en place des indicateurs de suivi afin de guider les actions de prévention et de prise en charge.

■ Méthodologie

Ce travail, à visée descriptive, repose sur la collecte, la synthèse des données existantes et la mise à jour d'indicateurs les plus récents sur les maladies neurodégénératives, déclinés autour des thématiques suivantes :

- Déterminants,
- Patients pris en charge,
- Mortalité,
- L'offre de soins et de prise en charge.

Les sources de données et les sigles sont présentés en fin de document.

■ Les maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives sont aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur, au point d'être considérées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le problème de santé le plus grave pour le XXI^e siècle. Ces pathologies se caractérisent par la destruction progressive de certains types de cellules nerveuses. Aujourd'hui incurables, elles sont pour le futur des enjeux majeurs dans la progression de l'espérance de vie.

- **La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées**

La maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative, entraînant progressivement des lésions du système nerveux central. Le terme « démence » est utilisé par les scientifiques pour désigner un diagnostic médical qui signifie : « diminution ou régression des fonctions mentales ou intellectuelles ». Il correspond de façon spécifique à la perte progressive et plus ou moins globale des fonctions intellectuelles (pensée, mémoire, jugement, perception, orientation, raisonnement, capacité d'apprentissage...) mais sans altération de la conscience de la personne malade, qui reste un être unique, à part entière, actif, réactif et porteur d'émotions.

La maladie d'Alzheimer, responsable de 60% à 70% des cas de démences selon l'OMS est la cause de démence la plus courante. Mais n'oublions pas les maladies dites apparentées : la maladie à Corps de Lewy, la démence vasculaire, l'aphasie progressive primaire, la démence sémantique et les dégénérescences fronto-temporales (forme simple ou maladie de Pick)...

Des points communs existent entre ces pathologies : pertes de mémoire, désorientation spatiale et temporelle, difficultés motrices, perte ou difficultés de langage, etc.

- **La maladie de Parkinson**

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative qui se caractérise par la destruction progressive des neurones à dopamine dans la substance noire du cerveau, impliqués dans le contrôle de la motricité. La disparition progressive de la capacité de ces neurones fait apparaître les premiers symptômes de la maladie dès lors que cette destruction atteint 50 % à 70 % de ces neurones. Il s'agit de symptômes moteurs comme l'akinésie, l'hypertonie, ou encore des tremblements, mais également des symptômes non moteurs comme l'anosmie, des troubles du sommeil, des troubles de l'équilibre... Cependant, la maladie est unique pour chacun en raison des symptômes et de son évolution.

Il s'agit de la deuxième cause de démence la plus fréquente en France.

- **La sclérose en plaques (SEP)**

La sclérose en plaque est une maladie inflammatoire du système nerveux central, une maladie auto-immune. C'est en effet un dysfonctionnement du système immunitaire qui attaque la membrane protectrice des neurones, la myéline, entraînant ainsi des lésions (appelées « plaques ») qui provoquent des troubles cognitifs (troubles de la mémoire...), sensitifs (troubles visuels...) et moteurs (faiblesse musculaire...). La sclérose en plaques peut être très différente d'une personne à l'autre, tant dans les symptômes qui se manifestent que dans son évolution.

Il s'agit de la première cause de handicap non traumatique chez les jeunes adultes, et la maladie réduit de 5 à 7 ans l'espérance de vie de la personne atteinte.

Chiffres clés pour La Réunion

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

4 500 réunionnais pris en charge pour maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en 2016

Plus de femmes concernées que d'hommes



Taux standardisé de **8,51 %** hommes réunionnais pris en charge



Taux standardisé de **14,06 %** femmes réunionnaises prises en charge

Les réunionnais autant concernés que les métropolitains



Taux standardisé de **11,39 %** réunionnais pris en charge



Taux standardisé de **10,84 %** métropolitains pris en charge

400 nouvelles admissions en ALD en moyenne **par an** à La Réunion (période 2012-2014)

150 décès en moyenne **par an** à La Réunion (période 2013-2015)

Maladie de Parkinson

1 600 réunionnais pris en charge pour maladie de Parkinson en 2016

Plus d'hommes concernés que de femmes



Taux standardisé de **3,89 %** hommes réunionnais pris en charge



Taux standardisé de **2,99 %** femmes réunionnaises prises en charge

Les réunionnais moins concernés que les métropolitains



Taux standardisé de **3,40 %** réunionnais pris en charge



Taux standardisé de **4,16 %** métropolitains pris en charge

140 nouvelles admissions en ALD en moyenne **par an** à La Réunion (période 2012-2014)

30 décès en moyenne **par an** à La Réunion (période 2013-2015)

Sclérose en plaques (SEP)

200 réunionnais pris en charge pour une SEP en 2016

Plus de femmes concernées que d'hommes



Taux standardisé de **0,22 %** hommes réunionnais pris en charge



Taux standardisé de **0,31 %** femmes réunionnaises prises en charge

Les réunionnais moins concernés que les métropolitains



Taux standardisé de **0,27 %** réunionnais pris en charge



Taux standardisé de **1,62 %** métropolitains pris en charge

20 nouvelles admissions en ALD en moyenne **par an** à La Réunion (période 2012-2014)

<5 décès en moyenne **par an** à La Réunion (période 2013-2015)

Contexte démographique

Plus d'une personne sur dix a 60 ans et plus à La Réunion en 2019

Au 1^{er} janvier 2019, l'Insee dénombre plus de 153 000 habitants âgés de 60 ans ou plus à La Réunion, représentant 18 % de la population du département. La population réunionnaise est plus jeune que la population métropolitaine, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus y atteignant 26 %.

Selon l'estimation de l'Insee, 5 % des réunionnais étaient âgés de 75 ans ou plus, cette part dépassant les 9 % en Métropole. A noter qu'à La Réunion comme en Métropole, les femmes représentent 61 % des 75 ans et plus, et sont 2 fois plus nombreuses que les hommes à partir de 85 ans. La sur représentation des femmes aux âges élevés est due à une espérance de vie plus importante (83 ans pour les femmes) au regard de celle des hommes (76 ans).

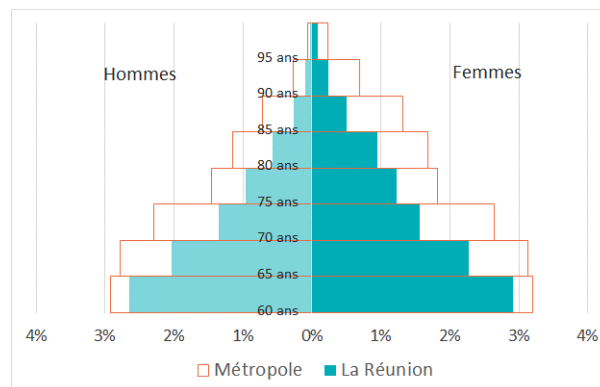
Une population jeune mais qui vieillit

Bien que le vieillissement de la population soit moins marqué à La Réunion qu'en Métropole, le département voit sa population vieillir au fil des années. L'Insee, à travers ses projections de population OMPHALE (scénario central), estime la population des 60 ans et plus aux environs de 237 000 personnes à l'horizon 2050, et à près de 113 000 personnes pour les 75 ans et plus. La population des 60 ans et plus serait quasiment multiplié par 1,9, et celle des 75 ans et plus serait 3,2 fois plus importante en 2050.

En 2050, la part des 60 ans et plus devrait donc représenter plus de 26% de la population réunionnaise (33% prévu pour la Métropole). Les 75 ans et plus devraient quant à eux représenter plus de 16% de la population réunionnaise (12 % prévu en Métropole).

Un âge avancé étant un facteur de risque quant aux maladies neurodégénératives, l'augmentation de la part de personnes âgées à venir peut laisser envisager une augmentation du nombre de personnes atteintes par les maladies neurodégénératives.

Figure 1 : Pyramide des âges de la population réunionnaise de 60 ans et plus en 2019



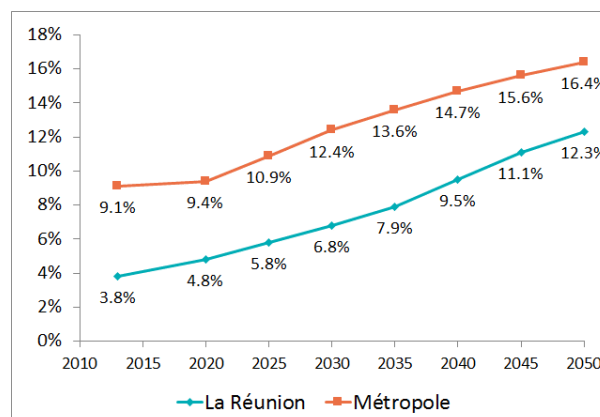
Source : Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019

Tableau 1 : Effectif et part dans l'ensemble de la population des personnes âgées de 60 ans et plus à La Réunion et en Métropole en 2019

	La Réunion		Métropole
	Effectif	%	%
60 ans et plus			
Hommes	68 966	8,0 %	11,7 %
Femmes	84 489	9,8 %	14,7 %
Ensemble	153 455	17,7 %	26,4 %
75 ans et plus			
Hommes	16 607	1,9 %	3,7 %
Femmes	25 969	3,0 %	5,8 %
Ensemble	42 576	4,9 %	9,4 %

Source : Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019

Figure 2 : Evolution des 75 ans et plus à La Réunion et en Métropole à l'horizon 2050



Source : Insee, Projection départementale et régionale de la population à l'horizon 2050

■ Contexte socio-économique

• Un niveau de formation qui augmente

En 2015, huit réunionnais âgés de 65 ans ou plus sur dix ne sont pas diplômés. En métropole, pour la même tranche d'âge la part des non diplômés est moins élevée.

Les prochaines générations qui atteindront le 3^{ème} et 4^{ème} âge dans les années à venir sont plus diplômées.

Le niveau de formation des seniors réunionnais va progresser d'années en années.

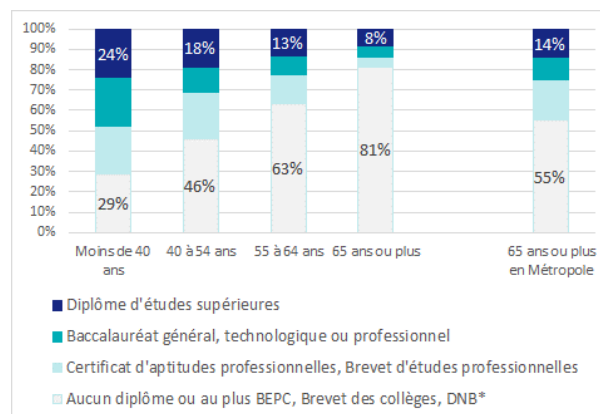
• Un taux d'illettrisme élevé

A La Réunion, le taux d'illettrisme des personnes âgées de 60 à 65 ans est passé de 52 % en 2007 à 40 % en 2011, dernière année disponible pour cet indicateur. Ce taux est fortement supérieur à celui observé en Métropole la même année (12 % pour la même tranche d'âge).

• Plus de 23 000 réunionnais de 65 ans et plus vivent seuls

En 2015, un peu plus d'un ménage sur quatre est constitué d'une personne seule. L'isolement augmentant avec l'âge, les ménages d'une seule personne représentent 40 % chez les 65 ans et plus, et 44 % chez les 75 ans et plus. En comparaison à ce que l'on constate en Métropole, les taux observés à La Réunion sont bien inférieurs. En effet, 35 % des ménages métropolitains sont constitués d'une personne seule, et 48 % des ménages des 65 ans et plus sont constitués d'une personne seule (56 % chez les 75 ans et plus).

Figure 3 : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans et plus par tranche d'âge à La Réunion en 2015.



Source : Insee, RP2015 exploitation principale, géographie au 01/01/2017

*DNB : Diplôme national du Brevet

Tableau 2 : Taux d'illettrisme dans la population de 60 à 65 ans à La Réunion et en Métropole.

	La Réunion		Métropole
	2007	2011	2011
	51,8 %	39,5 %	12,2 %

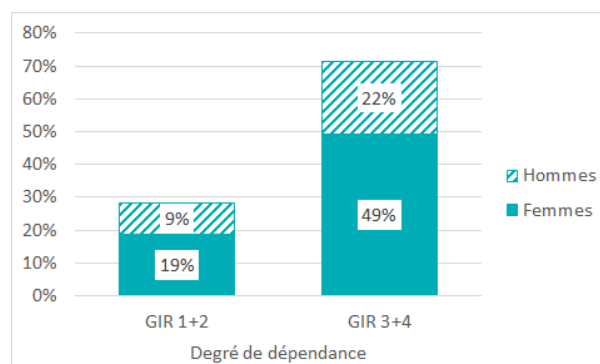
Source : Insee, Enquêtes IVQ 2007 et 2011

• 10 % des réunionnais de 60 ans bénéficient d'une allocation dépendance

Les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent bénéficier de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui accompagne financièrement des personnes souffrant de dépendance.

En 2019, 16 500 réunionnais bénéficient de l'APA. Plus d'un quart des bénéficiaire (28 %) sont très dépendants, classés en GIR 1 ou 2.

Figure 4 : Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le sexe et le GIR* en 2019 à La Réunion



Source : Département de La Réunion

*GIR : Groupe iso-ressource (1 et 2 plus forte dépendance)

Facteurs de risques

Que ce soit pour la **maladie d'Alzheimer** ou la **maladie de Parkinson**, **l'âge est le principal facteur de risque** [1], et la prédisposition génétique / héréditaire à une incidence faible sur ces maladies.

La recherche de facteurs associés à ces pathologies montre que l'environnement, le cadre de vie et les comportements ont leur importance dans l'apparition de ces maladies. Dans ces facteurs de risque, on peut citer les risques cardiovasculaires (diabète, hypertension, hyperlipidémie), le manque d'activités physiques, ne pas avoir fait d'études et ne pas avoir un travail stimulant ainsi qu'avoir une vie sociale pas assez active, l'exposition aux pesticides ou encore le tabagisme (pour la maladie d'Alzheimer).

En ce qui concerne la **Sclérose en plaques** [2], **maladie des jeunes adultes**, il ne s'agit pas d'une maladie héréditaire, bien que des prédispositions génétiques puissent amener à la déclaration de la maladie chez plusieurs membres d'une même famille. **Les facteurs de risques de la Sclérose en plaques sont encore mal connus**, mais certains facteurs environnementaux et comportementaux comme le climat et le tabagisme sont soupçonnés comme étant des déclencheurs de la maladie. La piste infectieuse est également considérée.

Sauf indication contraire, les résultats présentés ci-après sont issus de l'enquête Baromètre santé DOM réalisée en 2014 par Santé publique France (ex Inpes) auprès des habitants de 15 à 75 ans et montrent que les facteurs de risques des maladies neurodégénératives sont bien présents sur le territoire.

L'obésité [3]



- 30 % des 15-75 ans en surpoids
- 11% en situation d'obésité (comparable à la Métropole)
- Les hommes sont plus touchés par le surpoids **MAIS** les femmes sont plus touchées par l'obésité

L'inactivité physique [3]

- 12 % des 15-75 ans ne pratiquent que rarement ou jamais une activité physique (moins d'une fois par semaine)
- Les 60 ans et plus sont largement plus concernés par l'inactivité physique (17 %)
- Une pratique régulière d'activité physique moins fréquente chez les femmes.



Le tabagisme



- 25 % des réunionnais fument quotidiennement (31 % des hommes et 20 % des femmes)
- Fréquence du tabagisme comparable à La Réunion et en Métropole
- Mortalité directement imputée au tabac plus élevée à La Réunion qu'en Métropole [4]

La dépression

- 8 % de la population a connu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois
- 11 % des femmes sont concernées (6 % des hommes)
- Les 60 ans et plus sont les moins concernés (4 %)



Le diabète



- Prévalence standardisée du diabète de 10 % à La Réunion (deux fois plus élevé qu'en Métropole à structure d'âge identique)
- Contrairement à la Métropole, les femmes sont davantage concernées par le diabète que les hommes à La Réunion
- Plus de 64 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement à La Réunion, soit 7,5 % de la population du département¹ [5].

¹ Source : Sniiram – DCIR, 2016, exploitation Santé publique France

Diagnostic de la maladie

• Diagnostic de la maladie d'Alzheimer

Selon France Alzheimer [6], seul un patient sur deux est diagnostiqué, ce qui représente 225 000 personnes par an sur le territoire national.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est un processus long et complexe en raison des formes que peut prendre la maladie et le caractère progressif de ses symptômes. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise un diagnostic fondé sur une évaluation cognitive approfondie réalisée de préférence dans une consultation mémoire spécialisée.

Les consultations mémoires sont menées par une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe pose le diagnostic et le communique au patient, met en place un plan d'aides et de soins, un traitement médical et en assure le suivi. La multiplication des examens, et l'association de professionnels de la santé permet de distinguer ce qui relèverait du bénin de ce qui relèverait effectivement de la maladie d'Alzheimer.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer se fait donc à travers différents examens :

- L'imagerie cérébrale (IRM) pour observer des atrophies potentielles dans certaines zones du cerveau

- Le bilan neuropsychologique pour évaluer les troubles cognitifs du patient (mémorisation, langage, compréhension...)

- L'examen neurologique pour déceler d'éventuels troubles neurologiques

- Le bilan médical : s'assurer que le patient n'est pas atteint d'une maladie organique ou autre, impliquant alors une prise en charge différente.

A La Réunion, plusieurs centres de consultation mémoire se trouvent sur les territoires Sud, Ouest et Nord du département :

- Un CCM au Centre hospitalier universitaire (CHU) à Saint-Denis
- Un CCM au Centre hospitalier universitaire (CHU) à Saint-Pierre
- Un CCM au Centre hospitalier Ouest à Saint-Paul

Il existe également une consultation gériatrique du Groupe hospitalier Est Réunion (GHER) à Saint-Benoit, en voie de reconnaissance pour devenir une consultation mémoire avancée. En 2017, 175 consultations ont eu lieu au GHER mais le nombre de patients diagnostiqués n'est cependant pas disponible pour l'année 2017.

Tableau 3 : File active des consultations mémoire à La Réunion

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Centres de consultations mémoires						
CHU Nord	723	684	687	722	684	681
CHU Sud	425	524	481	196	309	323
Centre de consultation mémoire avancé						
CHOR (ex-CHGM)	206	299	266	251	221	171
Consultation gériatrique à visée cognitive						
GHER	-	106	243	265	nd	nd

Sources : Rapports d'activité

Tableau 4 : Nombre de consultations mémoires à La Réunion

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Centres de consultations mémoires						
CHU Nord (toutes consultations)	1 304	1 159	1 244	1 406	1 369	1 330
<i>dont consultations médicales</i>	649	591	nd	640	695	623
CHU Sud (toutes consultations)	-	-	-	354	598	455
<i>dont consultations médicales</i>	425	524	481	324	437	455
Centre de consultation mémoire avancé						
CHOR (ex-CHGM)	271	403	315	410	411	176
<i>dont consultations médicales</i>	-	-	220	195	210	176
Consultation gériatrique à visée cognitive						
GHER (consultations médicales uniquement)	-	165	417	474	625	175

Sources : Rapports d'activité

- **Diagnostic de la maladie de Parkinson**

Le diagnostic de la maladie de Parkinson est difficile à poser et demande une expertise. Il s'agit là aussi de s'assurer qu'il s'agit bien de cette maladie, et que les symptômes ne sont pas la résultante d'une autre pathologie, ou de savoir s'il s'agit ou non d'un syndrome parkinsonien plus complexe.

Si un diagnostic tardif de la maladie et un retard dans le début du traitement ne modifient pas l'évolution de la maladie, un diagnostic précoce peut en revanche améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage proche.

Il n'existe aucun examen sanguin permettant de repérer la maladie, et l'imagerie médicale (IRM, scanner...) est utilisée au cas par cas, mais n'est généralement pas utilisée pour poser un diagnostic. En effet, pour poser le diagnostic, le médecin cherche la présence d'au moins deux des trois symptômes majeurs, à savoir une lenteur à initier un mouvement, une raideur musculaire spécifique et le tremblement au repos. L'examen clinique est généralement suffisant, raison pour laquelle le neurologue ne prescrit pas systématiquement un examen par imagerie médicale.

- **Diagnostic de la sclérose en plaques**

Comme pour la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson, le diagnostic de la sclérose en plaques n'est pas aisé, les symptômes pouvant être provoqués par d'autres causes.

Plusieurs examens cliniques sont nécessaires au diagnostic de la sclérose en plaques :

- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour visualiser des lésions dans le cerveau, le tronc cérébral et la moelle épinière
- L'analyse du liquide céphalo-rachidien ou céphalo-spinal pour détecter l'inflammation du système nerveux central
- Des examens sanguins pour écarter d'autres diagnostics possibles
- En complément à l'IRM, l'examen des « potentiels évoqués visuels » peut être fait pour

mesurer le fonctionnement des voies visuelles, auditives et sensitives qui ont été atteintes par le processus inflammatoire, même lorsque les symptômes visuels ont disparu.

D'après la Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques, il est difficile d'avoir des marqueurs prédictifs du handicap au début de la maladie. En effet, 20 % à 40 % des patients ne présentent pas de handicap dans les 15 à 20 ans d'évolution de la maladie. Aussi, bien qu'il n'existe pas de traitement curatif à la sclérose en plaques, un diagnostic précoce de la maladie permettra une meilleure prise en charge et donc améliorera la qualité de vie du patient, la maladie entraînant une diminution de l'espérance de vie de 5 à 7 ans.

Patients pris en charge

■ Maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées

• Personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) en 2016

En 2016, on dénombre 4 520 personnes prises en charge pour maladies d'Alzheimer et autres démences apparentées. Sont prises en compte dans cette estimation les personnes ayant une ALD avec codes CIM10 de démences en 2016, et/ou les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments de la maladie d'Alzheimer en 2015 ou 2016, et/ou les personnes hospitalisées en MCO (DP ou DR) ou RIM-P (DP ou DA) ou SSR pour maladie d'Alzheimer ou autres démences au cours des 5 dernières années, et/ou les personnes hospitalisées en MCO en 2016 pour tout autre motif avec une démence comme complication ou morbidité associée, (à l'exclusion de la démence en lien avec l'infection par le VIH et la maladie de Parkinson).

En suivant cette méthodologie, l'effectif de femmes réunionnaises atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences est plus important que celui estimé pour les hommes. Cette surestimation féminine s'explique par le fait que les femmes sont plus touchées par ces maladies et qu'elles sont plus nombreuses que les hommes aux âges élevés.

Si la population de La Réunion avait la même structure par âge que celle de la France, le taux de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et autres démences serait à peine plus élevé d'un point sur l'île qu'au niveau national.

• Hospitalisations pour maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées

Le nombre de séjours pour la maladie d'Alzheimer ou autres démences apparentées s'élève à 3 200 pour l'année 2017 à La Réunion. Ces séjours ont concerné 2 100 patients, dont 59 % de femmes. Près de la moitié des séjours concernent des patients âgés de 80 à 89 ans.

Tableau 5 : Effectifs* et taux standardisés** des personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) à La Réunion en 2016

	Effectif*	Taux standardisé Réunion	Taux standardisé France
Hommes	1 690	8,51 ‰	-
Femmes	2 830	14,06 ‰	-
Ensemble	4 520	11,39 ‰	10,84 ‰

Source : SNIIRAM/SNDS

Exploitation Assurance Maladie, Cartographie des pathologies et des dépenses

*Effectifs arrondis à la dizaine

** Taux pour 1 000 personnes - standardisation réalisées sur les structures d'âge et de sexe de la population française, estimées par l'Insee au 1^{er} janvier 2017

Tableau 6 : Nombre* de séjours et de patients hospitalisés en MCO ayant pour diagnostic principal, relié ou associé la maladie d'Alzheimer ou autres démences et répartition par sexe et âge à La Réunion en 2017.

	Patients	Séjours
Effectif*	2 100	3 180
Hommes	41%	-
Femmes	59%	-
< 70 ans	12%	12%
70-79 ans	27%	28%
80-89 ans	44%	44%
90 ans et plus	16%	17%

Source : PMSI/SNDS

Exploitation ORS OI

*Effectifs arrondis à la dizaine

- **Bénéficiaires d'une ALD (affection de longue durée) Alzheimer et autres démences**

Au fil des années, accompagnant le vieillissement de la population, le nombre de bénéficiaires d'une ALD 15 pour la maladie d'Alzheimer et autres démences augmente pour atteindre près de 2 300 patients en 2017, dont 80 % ont 75 ans ou plus (tableau 7).

Sur la période 2012-2017, le taux standardisé de bénéficiaires d'une ALD pour maladie d'Alzheimer a augmenté à La Réunion, pour atteindre 500 bénéficiaires pour 100 000 habitants en 2017 sur l'île (426 pour les hommes et 643 pour les femmes).

Cette évolution montre la sur-représentation des femmes par rapport aux hommes (Cf. figure 4).

Il est à noter que si l'estimation des personnes prises en charge est plus élevée à La Réunion qu'en Métropole, le taux d'inscrits en ALD est en revanche moins élevé à La Réunion qu'en Métropole.

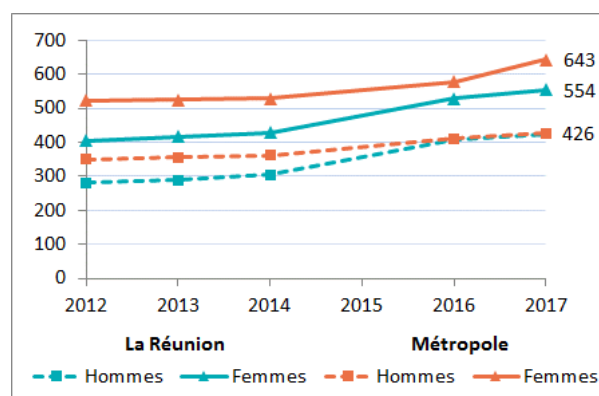
Tableau 7 : Nombre de patients en ALD 15 à La Réunion en 2012 et 2017, répartition par sexe et tranche d'âge.

	2012	2017
Nombre d'inscrits*	1 520	2 310
Hommes	31%	33%
Femmes	69%	67%
< 75 ans	29%	26%
75 ans et plus	71%	74%

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

*Effectifs arrondis à la dizaine

Figure 5 : Evolution des taux standardisés* d'inscrits en ALD 15 entre 2012 et 2017



*Taux pour 100 000 habitants, standardisation sur la population France entière 2006

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

- **Nouvelles admissions en ALD Alzheimer et autres démences**

Entre 2012 et 2014, on dénombre en moyenne 402 admissions en ALD au titre de la maladie d'Alzheimer par an (tableau 8). Depuis la période triennale 2007-2009, le nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour la maladie d'Alzheimer augmente progressivement (+44 % entre les deux périodes).

En comparaison à la France métropolitaine, La Réunion est caractérisée par une sous-admission en ALD pour la maladie d'Alzheimer.

En effet, si la structure par âge des deux populations était identique, on compterait 97 nouvelles admissions pour 100 000 habitants en 2014 à La Réunion contre 113 en Métropole (tableau 9).

Et en 2014, plus de trois admissions en ALD sur quatre (78 %) pour la maladie d'Alzheimer sont constituées par les 75 ans et plus.

Par rapport à la Métropole, La Réunion se caractérise également par une admission plus précoce. 24 % des nouvelles admissions concernent des patients de moins de 75 ans à La Réunion contre 11 % en Métropole (tableau 10).

Tableau 8 : Nombre moyen annuel d'admissions en ALD 15 à La Réunion sur les périodes 2007-2009 et 2012-2014

	2007-2009	2012-2014
Hommes	96	138
Femmes	183	264
Ensemble	279	402

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

Tableau 9 : Taux standardisés d'admissions en ALD 15 pour 100 000 habitants à La Réunion et en Métropole en 2014

	La Réunion	Métropole
Hommes	83,0	88,0
Femmes	104,9	127,6
Ensemble	97,1	112,7

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee

Tableau 10 : Part des nouveaux admis en ALD 15 âgés de moins de 75 ans dans l'ensemble des admissions en ALD 15 sur la période 2012-2014

	La Réunion	Métropole
Hommes	32,4 %	16,8 %
Femmes	19,7 %	8,7 %
Ensemble	24,1 %	11,2 %

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

■ La maladie de Parkinson

• Personnes prises en charge pour maladie de Parkinson en 2016

En 2016, on dénombre 1 600 personnes prises en charge pour maladie de Parkinson à La Réunion. Sont prises en compte dans cette estimation les personnes en ALD au cours de l'année 2016 avec code CIM 10 de maladie de Parkinson et/ou les personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques en 2016 et/ou les personnes hospitalisées MCO (DP ou DR) ou RIM-P (DP ou DA) pour maladie de Parkinson dans les 5 dernières années et/ou les personnes hospitalisées en MCO pour un autre motif en 2016 avec une maladie de Parkinson ou une démente de la maladie de Parkinson comme complication ou morbidité associée.

La maladie de Parkinson atteint plus d'hommes que de femmes.

A structure d'âge de population égale, les hommes sont plus touchés par la maladie de Parkinson que les femmes et les réunionnais sont moins touchés qu'au niveau national.

• Hospitalisations pour maladie de Parkinson

Le nombre de séjours pour la maladie de Parkinson s'élève à 700 pour l'année 2017 à La Réunion. Ces séjours ont concerné 400 patients, dont 58 % d'hommes.

Un quart des patients hospitalisés sont âgés de moins de 70 ans.

Tableau 11 : Effectifs* et taux standardisés** des personnes prises en charge pour maladie de Parkinson à La Réunion en 2016

	Effectif*	Taux standardisé Réunion	Taux standardisé France
Hommes	880	3,89 ‰	-
Femmes	720	2,99 ‰	-
Ensemble	1 600	3,40 ‰	4,16 ‰

Source : SNIIRAM/SNDS

Exploitation Assurance Maladie, Cartographie des pathologies et des dépenses

*Effectifs arrondis à la dizaine

** Taux pour 1 000 personnes - standardisation réalisées sur les structures d'âge et de sexe de la population française, estimées par l'Insee au 1^{er} janvier 2017

Tableau 12 : Nombre* de séjours et de patients hospitalisés en MCO ayant pour diagnostic principal, relié ou associé la maladie de Parkinson et répartition par sexe et âge à La Réunion en 2017.

	Patients	Séjours
Effectif*	420	690
Hommes	58%	-
Femmes	42%	-
< 70 ans	26%	29%
70-79 ans	41%	39%
80-89 ans	28%	28%
90 ans et plus	5%	4%

Source : PMSI/SNDS

Exploitation ORS OI

*Effectifs arrondis à la dizaine

- **Bénéficiaires d'une ALD pour maladie de Parkinson**

Le nombre de bénéficiaires d'une ALD 16 (pour maladie de Parkinson) s'élève à 900 réunionnais en 2017.

Depuis 2012, l'augmentation des bénéficiaires pour cette ALD est plus prononcée dans la population masculine que féminine et l'écart se réduit entre le taux standardisé d'hommes inscrits en ALD 16 à La Réunion et en Métropole.

Cependant, le taux reste en dessous de celui observé au niveau national pour les hommes et pour les femmes.

La population bénéficiaire d'une ALD 16 à La Réunion est plus jeune en 2017 qu'en 2012 puisque plus de la moitié des bénéficiaires sont maintenant âgés de moins de 75 ans.

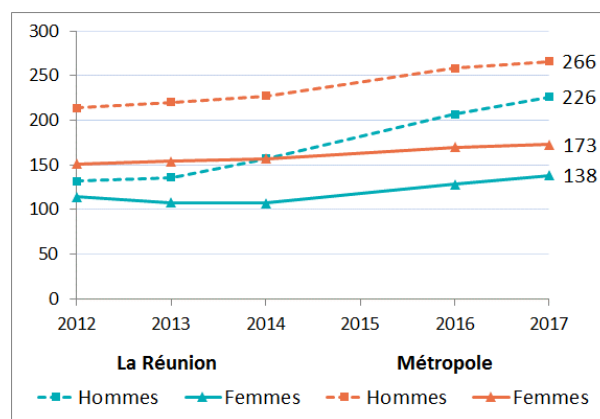
Tableau 13 : Nombre de patients inscrits en ALD 16 à La Réunion en 2012 et 2017, répartition par sexe et tranche d'âge.

	2012	2017
Nombre d'inscrits*	570	910
Hommes	46%	55%
Femmes	54%	45%
< 75 ans	50%	56%
75 ans et plus	50%	44%

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

*Effectifs arrondis à la dizaine

Figure 6 : Evolution des taux standardisés* d'inscrits en ALD 16 à La Réunion et en Métropole par sexe entre 2012 et 2017



*Taux pour 100 000 habitants, standardisation sur la population France entière 2006

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

- **Nouvelles admissions en ALD pour la maladie de Parkinson**

Sur la période 2012 à 2014, on dénombre en moyenne par an 140 nouvelles admissions en ALD 16 au titre de la maladie de Parkinson. Depuis la période 2007-2009, le nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour maladie de Parkinson augmente progressivement (+77 % entre les périodes 2007-2009 et 2012-2014), en particulier pour les hommes (tableau 14).

Les admissions annuelles en ALD pour maladie de Parkinson pour 100 000 habitants sont équivalentes à La Réunion et en Métropole dans le cas où la structure par âge de la population serait similaire.

L'écart entre les admissions des hommes et celles des femmes est un peu plus marqué dans l'île qu'au niveau national. Les nouvelles admissions sont deux fois plus importantes pour les hommes que pour les femmes.

Tableau 14 : Nombre moyen annuel d'admissions en ALD 16 à La Réunion sur les périodes 2007-2009 et 2012-2014

	2007-2009	2012-2014
Hommes	41	78
Femmes	37	58
Ensemble	77	136

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

Tableau 15 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD 16 pour 100 000 habitants à La Réunion et en Métropole sur la période 2012-2014

	La Réunion	Métropole
Hommes	40,0	38,5
Femmes	20,5	23,2
Ensemble	27,8	29,4

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee

■ Sclérose en Plaques

• Personnes prises en charge pour la sclérose en plaques en 2016

En 2016, on dénombre 220 personnes prises en charge pour la sclérose en plaques (SEP) à La Réunion. Il s'agit de personnes ayant une ALD avec un code CIM 10 de sclérose en plaque en 2016, et/ou de personnes hospitalisées pour sclérose en plaque au cours de 5 dernières années ou ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques en 2016.

A structure de population comparable, la région Réunion est moins touchée par cette maladie que l'ensemble de la France.

Tableau 16 : Effectifs* et taux standardisés** des personnes prise en charge pour la sclérose en plaques à La Réunion en 2016

	Effectif*	Taux standardisé Réunion	Taux standardisé France
Hommes	80	0,22 ‰	-
Femmes	140	0,31 ‰	-
Ensemble	220	0,27 ‰	1,62 ‰

Source : SNIIRAM/SNDS

Exploitation Assurance Maladie, Cartographie des pathologies et des dépenses

*Effectifs arrondis à la dizaine

** Taux pour 1 000 personnes - standardisation réalisées sur les structures d'âge et de sexe de la population française, estimées par l'Insee au 1^{er} janvier 2017

• Hospitalisations pour SEP

Le nombre de séjours pour la sclérose en plaques s'élève à moins de 300 pour l'année 2017 à La Réunion. Ces séjours ont concerné moins de 100 patients, dont 58 % de femmes.

En observant la répartition par âge des séjours et des patients, on note que les hospitalisations sont plus fréquentes lorsque les patients sont plus jeunes.

Tableau 17 : Nombre* de séjours et de patients hospitalisés en MCO pour sclérose en plaques et répartition par sexe et âge à La Réunion en 2017.

	Patients	Séjours
Effectif	90	270
Hommes	42%	-
Femmes	58%	-
< 40 ans	42%	63%
40-60 ans	39%	26%
60 ans et plus	19%	11%

Source : PMSI/SNDS

Exploitation ORS OI

*Effectifs arrondis à la dizaine

- **Bénéficiaires d'une ALD pour la SEP**

Le nombre de bénéficiaires inscrits en ALD 25 au titre de la sclérose en plaques a doublé en 5 ans pour atteindre 200 réunionnais.

Les taux standardisés de bénéficiaires de l'ALD 25 sont quatre fois moins élevés pour les réunionnais que pour les métropolitains et sept fois moins élevés pour les femmes réunionnaises que pour les métropolitaines.

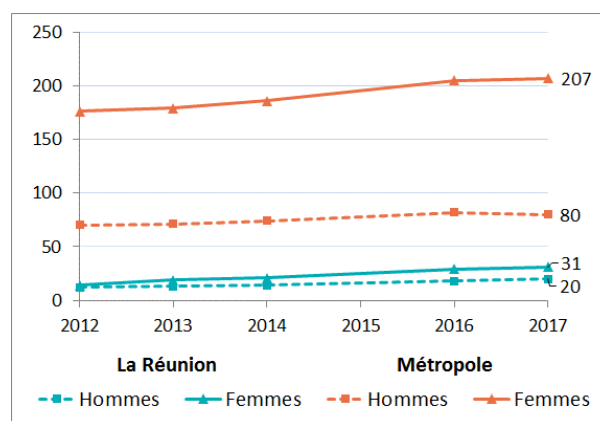
Tableau 18 : Nombre* de patients en ALD 25 à La Réunion en 2012 et 2017, répartition par sexe et tranche d'âge

	2012	2017
Nombre d'inscrits*	100	200
Hommes	44%	37%
Femmes	56%	63%
< 75 ans	98%	99%
75 ans et plus	2%	1%

Source : CNAMTS, MSA, RSI

*Effectifs arrondis à la dizaine

Figure 7 : Evolution des taux standardisés* d'inscrits en ALD 25 à La Réunion et en Métropole par sexe entre 2012 et 2017



*Taux pour 100 000 habitants, standardisation sur la population France entière 2006

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

- **Nouvelles admissions en ALD pour la SEP**

Sur la période 2012 à 2014, on dénombre en moyenne moins de 20 nouvelles admissions en ALD au titre de la sclérose en plaques par an.

Depuis la période 2007-2009, le nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour la SEP augmente progressivement (+50 % entre les périodes 2007-2009 et 2012-2014).

Chaque année et à structure de population comparable, la part de réunionnais entrant dans le dispositif ALD SEP est moins importante que la part de personnes métropolitaines.

Tableau 19 : Nombre moyen annuel d'admissions en ALD 25 à La Réunion sur les périodes 2007-2009 et 2012-2014

	2007-2009	2012-2014
Hommes	3	4
Femmes	6	14
Ensemble	9	18

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

Tableau 20 : Taux standardisés* d'admissions en ALD 25 à La Réunion et en Métropole en 2014

	La Réunion	Métropole
Hommes	1,0	5,6
Femmes	3,3	13,2
Ensemble	2,2	9,4

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

*Taux pour 100 000 habitants, standardisation sur la population France entière 2006

Mortalité

■ Maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées

Sur la période 2013-2015, à La Réunion, moins de 150 décès par an sont enregistrés avec comme diagnostic principal la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Ces décès concernent 50 hommes et 100 femmes.

Si la structure de la population à La Réunion était identique à celle de la Métropole, la mortalité pour cause de maladies d'Alzheimer et apparentées serait moins élevée sur l'île qu'au niveau national.

Tableau 21 : Effectifs annuels moyens et taux de mortalité standardisés* pour la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, par sexe, à La Réunion sur la période 2013-2015

	Effectif annuel moyen	Taux standardisé Réunion	Taux standardisé Métropole
Hommes	50	36,1	43,7
Femmes	96	35,7	47,8
Ensemble	146	-	-

Source : Inserm CépiDc

*Taux pour 100 000 habitants, standardisation sur la population France entière 2006

■ Maladie de Parkinson

En moyenne, 30 décès directement liés à la maladie de Parkinson ont été enregistrés sur la période 2013-2015 à La Réunion.

La mortalité régionale pour cette cause ne diffère pas de la mortalité observée en Métropole si les deux populations avaient la même structure par âge de population. Dans les deux cas, elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 22 : Effectifs annuels moyens et taux de mortalité standardisés* pour maladie de Parkinson, par sexe, à La Réunion sur la période 2013-2015

	Effectif annuel moyen	Taux standardisé Réunion	Taux standardisé Métropole
Hommes	17	11,5	11,7
Femmes	14	5,4	5,2
Ensemble	31	-	-

Source : Inserm CépiDc

*Taux pour 100 000 habitants, standardisation sur la population France entière 2006

■ Sclérose en plaque

Si la sclérose en plaque réduit l'espérance de vie des patients qui en sont atteints, les décès où cette maladie est la cause initiale sont très rares. En moyenne, 5 décès

par an pour cause de SEP ont été enregistrés à La Réunion sur la période 2013-2015.

Offre de soins et de prise en charge

■ Les professionnels de santé

Différents types de professionnel de santé sont mobilisés dans la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives. Le rôle du médecin généraliste est de fluidifier le parcours de santé du patient : il favorise l'accès au dépistage pour tous, garantit une orientation rapide vers une équipe de spécialistes adaptée.

L'offre régionale s'appuie sur les 23 neurologues pour le diagnostic des maladies neurodégénératives en plus des

patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui peuvent être orientés par leur médecin vers les centres de consultations mémoire.

Les densités de professionnels intervenant dans la prise en charge médicale et paramédicale des patients souffrant de maladie neurodégénérative sont moins élevées à La Réunion qu'en Métropole hormis la densité des orthophonistes.

Tableau 23 : Démographie des principaux professionnels de santé soignant des maladies neurodégénératives à La Réunion au 1^{er} janvier 2018

Profession	La Réunion			Densités*	Métropole Densités*
	Effectifs Libéraux ou mixtes	Effectifs Salariés	Effectifs Ensemble		
Médecins généralistes	831	378	1 212	140	141
Géiatres	3	9	12	1,4	2,9
Neurologues	10	13	23	2,7	3,9
Neurochirurgiens	1	5	6	0,7	0,9
Psychiatres	34	106	140	16,2	22,8
Infirmiers	2 114	5 341	7 455	861	963
Ergothérapeutes	8	131	139	16	18
Masseurs-kinésithérapeutes	1 325	136	1 461	169	nd.
Orthophonistes	440	43	483	56	37
Psychomotriciens	12	121	133	15	19

Sources : ARS OI (ADELI, RPPS, DREES), Insee (Estimation de population 2018)

*Densité pour 100 000 habitants

nd. : Non disponible

■ Prise en charge à domicile

• Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les SAAD constituent un maillon de soutien à domicile, en assurant des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les actes de la vie quotidienne (entretien du logement, préparation des repas, aide à la toilette...). Les SAAD ne peuvent cependant pas se substituer à l'infirmier·ère.

A La Réunion, les services à domicile augmentent grâce à la montée en charge des prestataires privés.

Tableau 24 : Nombre de SAAD à La Réunion

	2016	2017	2018	2019
Gestion Prestataires privés	15	17	23	27
Gestion CCAS	11	11	11	11
Services proposés* :				
Mode prestataire	20	20	24	27
Mode mandataire	16	18	21	22

Source : Département de La Réunion

* Chaque opérateur peut proposer l'un ou l'autre des services ou les deux. C'est pour cela que la somme des services n'est pas égal au nombre d'opérateurs

• Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les SSIAD constituent un maillon du soutien à domicile en offrant des prestations de soins, notamment auprès des personnes âgées sur prescriptions médicales. Ces soins permettent de prévenir ou de différer les séjours hospitaliers ou dans un établissement d'hébergement ou même d'en raccourcir la durée.

Il existe en septembre 2019, 4 SSIAD à La Réunion pour une capacité de **539** places.

A noter que 2 SSIAD proposent une prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des équipes spécialisées. Cette prise en charge spécifique représente 30 places de SSIAD en 2019.

• Dispositif « répit-repos »

En 2016, 2 700 personnes ont bénéficié du dispositif « répit-repos », dont 497 dans le cadre des bourses d'heures et 1 254 dans le cadre des séjours Vacances grand air. En revanche, il n'est pas possible de dénombrer les aidants familiaux selon le type de pathologie du patient car ce dispositif répond à l'ensemble des populations en situation de handicap ou de dépendance.

Tableau 25 : Nombre de bénéficiaires du dispositif « répit-repos » à La Réunion

	2014	2015	2016
Ensemble	2 190	2 544	2 686
Dont bourses heures	1 082	572	497
Dont Séjours Vacances Grand R	881	1 181	1 254
Dont Kaz grand'R*	140	545	692
Dont café des aidants*	87	246	243

Source : Département de La Réunion

*Outils portés par le GIP SAP

■ Prise en charge hors domicile

• Les familles d'accueil

Au 31 décembre 2018, on compte près de 1 500 places d'accueil pour personnes âgées et/ou handicapées à La Réunion hébergées chez près de 700 familles d'accueil ayant reçu un agrément.

Des actions de formation spécifiques sont proposées aux familles d'accueil pour les accompagner à la prise en charge des personnes vulnérables.

Comme chaque année depuis 2013, 4 sessions de formations spécifiques « Alzheimer » d'une capacité de 12 participants sont programmées à La Réunion. En 2018, 44 familles d'accueil ont bénéficié de cette formation.

Tableau 26 : Nombre de familles et de places d'accueil à La Réunion selon la micro-région au 31 décembre 2018

	Nombre de familles	Nombre de places d'accueil
Nord	64	137
Est	133	257
Ouest	101	221
Sud	393	852
Ensemble	691	1 476

Source : Département de La Réunion

• La prise en charge en institution

Au 1^{er} janvier 2019, 19 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) existaient à La Réunion pour une capacité de 1 500 places installées.

Sur les 19 EHPAD à La Réunion, 11 sont pourvus d'unités Alzheimer, 10 proposent un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA).

Tableau 27 : Nombre et capacité des différents modes d'accueil dans les EHPAD permanents à La Réunion au 1^{er} janvier 2019

	EHPAD		Unités Alzheimer		Unités d'Hébergement Renforcé		PASA*		Hébergement temporaire	
	Nombre	Places	Nombre	Places	Nombre	Places	Nombre	Places	Nombre	Places
Est	4	217	1	12	-	-	1	13	1	3
Nord	4	340	3	48	-	-	2	26	1	2
Ouest	5	444	4	71	2	28	4	52	2	5
Sud	6	500	3	53	-	-	3	39	2	2
Ensemble	19	1 501	11	184	2	28	10	130	6	12

Source : ARSOI-FINESS

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

Principales sources de données

■ Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Les données d'hospitalisation recensent les maladies ou événement morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqué comme diagnostic principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Les séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.

■ Les admissions et les inscriptions en Affection de Longue Durée (ALD) prononcées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (CCMSA, CNAMTS, RSI)

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et coûteux, le code de Sécurité Sociale prévoit l'exonération du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et concerne 30 affectations ou groupes d'affectations. Les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. En effet, les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie.

Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les 3 régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, CCMSA).

Les taux (d'admission ou d'inscription) sous-estiment peut-être l'incidence et la prévalence réelle des maladies. On peut penser en effet que les médecins sont moins enclins à demander le bénéfice de l'ALD dans la mesure où leurs patients bénéficient déjà d'une prise en charge du ticket modérateur plus large au titre de la CMU-C. A La Réunion, les bénéficiaires de la CMUC représentent plus d'un tiers de la population (37% en 2015), soit une part 5 fois plus élevée qu'en métropole (7%). Cette surreprésentation de la population bénéficiaire de la CMUC à La Réunion peut expliquer en partie peut-être la sous-morbidité régionale pour les ALD au titre d'une maladie neurodégénérative.

■ Cartographie des pathologies de l'Assurance Maladie (AMELI)

Les estimations de personnes prises en charge pour les maladies neurodégénératives présentées dans ce tableau de bord sont calculées par l'Assurance maladie avec les données issues du Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie), dont le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'Information). Elle concerne les bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) ayant eu recours à des soins remboursés dans l'année, que ce soit à partir des diagnostics mentionnés dans le PMSI à la suite d'une hospitalisation, ou du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour Affection de longue durée (ALD).

■ Les statistiques de mortalité établies par l'Inserm CépiDc

Les données sont issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès. Les statistiques annuellement élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (Cépidc) sont établies à partir des données recueillies à partir de deux documents : le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès et le bulletin d'État civil de décès. Le certificat de décès comporte le domicile du décédé, sa date de naissance et sa date de décès ainsi que des renseignements médicaux, en particulier les causes du décès, en partant de

la cause initiale jusqu'à la cause terminale, et d'éventuels états morbides ou physiologiques associés. Le bulletin de décès, quant à lui, est établi par l'officier d'état civil à la mairie. Il comprend des renseignements d'état civil ainsi que les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies, 10ème révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10) ou des causes associées.

Concernant la mortalité, les données sont très dépendantes du remplissage du certificat de décès et de la qualité du codage. Les données sont donc basées sur l'appréciation du médecin rapportée sur le certificat au moment du décès. Le médecin qui remplit les causes de décès (initiales ou associées) ne détient pas nécessairement l'ensemble des éléments pour pouvoir poser le bon diagnostic (absence des antécédents familiaux ou des comorbidités, ...). De fait, la mortalité par maladies neurodégénératives peut être sur-estimée. D'un autre côté, la mortalité par maladies neurodégénératives présentée ici est probablement sous-estimée car l'analyse des données ne prend en compte que les décès pour lesquels ces maladies apparaissent en cause initiale des décès.

■ Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et Adeli

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) est le répertoire unique de référence qui rassemble et publie des informations permettant d'identifier les professionnels santé de certaines professions à ordre, sur la base d'un numéro RPPS attribué au professionnel toute sa vie.

Le répertoire Adeli (Automatisation Des Listes) est un système de traitement de données à caractère personnel de gestion de l'enregistrement des listes départementales des certaines professions de santé hors RPPS.

■ Les données de l'Insee

L'Institut national de la statistique et des études économiques collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société françaises :

- [Les données du recensement de population de l'Insee](#)

Le recensement de la population permet de connaître la diversité et l'évolution de la population de la France. L'Insee fournit ainsi des statistiques sur les habitants et les logements, leur nombre et leurs caractéristiques : répartition par sexe et âge, professions, diplômes-formation, conditions de logement, modes de transport, déplacements domicile-travail, ...

Les populations légales de l'année N des circonscriptions administratives de France métropolitaine, de Martinique, Guadeloupe, Guyane, de La Réunion, de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon sont ainsi actualisées tous les ans et mises en ligne au mois de juin de l'année N+3.

- [Les estimations de la population de l'Insee](#)

Les effectifs utilisés pour le calcul des taux (bruts ou standardisés) sont issus des estimations de population au 1er janvier. Les données issues des recensements de population et des projections de populations ont également été utilisées pour fournir des indicateurs de contextes et de risques.

- [Les projections démographiques Omphale](#)

Le modèle Omphale permet de réaliser des projections démographiques à moyen/long terme (horizon 2050) sur tout territoire de plus de 50 000 habitants. Il s'appuie sur les résultats 2013 du recensement de la population.

Répertoire de sigles

Adeli	Automatisation Des Listes
ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
ARS OI	Agence de santé Océan Indien
CCM	Centre de consultation mémoire
CHOR	Centre Hospitalier Ouest Réunion
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHGM	Centre Hospitalier Gabriel Martin
CIM	Classification internationale des maladies
CnamTs	Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DA	Diagnostique associé
DP	Diagnostique principal
DR	Diagnostique relié
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GIP-SAP	Groupement d'intérêt public pour les services à la personne
HAS	Haute autorité de santé
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut National de la Santé, de l'Epidémiologie et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MAMA	Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MSA	Mutualité sociale agricole
SEP	Sclérose en plaques
SNDS	Système national des données de santé
OMPHALE	Outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS OI	Observatoire régional de la santé Océan Indien
PASA	Plateforme d'Activités et de Soins Adaptés
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RIMP	Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSI	Régime social des indépendants
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SEP	Sclérose en plaques
SNDS	Système national des Données de Santé
Sniiram	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation

Bibliographie

[1] Causes et facteurs de risques de la maladie d'Alzheimer. (page consultée le 23/08/19). Fondation pour la Recherche sur Alzheimer, [en ligne]. Disponible sur :

<https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/facteurs-de-risques/>

[2] Leray E, Brassat D. Les facteurs de risque de la sclérose en plaques. Ivry-sur-Seine: Fondation ARSEP; 2018.

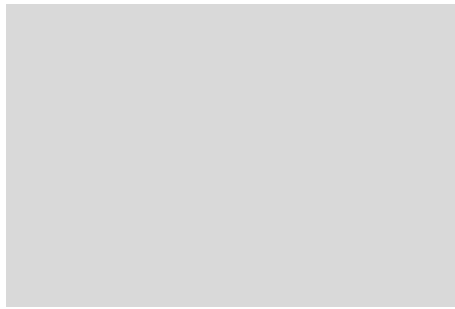
[3] Ricquebourg M. La nutrition-santé à La Réunion. Tableau de bord. Saint-Denis: ORSOI; 2018.

[4] Ricquebourg M, Vilain P, Chenaf-Poizat C, Crosse A. Les comportements addictifs à La Réunion. Actualisation 2017 des indicateurs de suivi. Tableau de bord. Saint-Denis: ORSOI; 2018.

[5] Le diabète à La Réunion Chiffres clés. Saint-Denis: ORSOI; 2018.

[6] Les traitements pour la maladie d'Alzheimer. Maladie d'Alzheimer : Vos questions, nos réponses : La maladie d'Alzheimer en chiffres. (infographie consultée le 23/08/19). France Alzheimer et maladies apparentées, [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/#>



Ce tableau de bord a pu être réalisé grâce au financement de l'ARS OI.
Nous tenons à remercier les organismes qui ont fourni leurs données.

Citation recommandée :

Bardot M., Medevielle S. Les maladies neurodégénératives à La Réunion. Tableau de Bord. Saint-Denis: ORSOI; 2019.

Disponible à partir de l'URL : www.ors-ocean-indien.org/

Pour toute utilisation des données et indicateurs de ce document, merci d'indiquer les sources de données telles qu'elles figurent sur chaque illustration (carte, graphique ou tableau).



Financement ARS OI



Site de La Réunion - Siège social

12 rue Colbert
97400 SAINT DENIS
Tél : 0262 94 38 13
Fax : 0262 94 38 14

Site de Mayotte

26 rue M'Hogoni
97605 PASSAMAINTY
Tél : 02 69 52 05 15
GSM : 06 39 23 65 98

Centre de documentation : documentation@orsoi.net

Site Internet : <http://www.ors-ocean-indien.org>

Facebook : [ORS Océan Indien](https://www.facebook.com/ORS-Océan-Indien)

