

**Indicateur n° 3-4 : Indicateurs de suivi du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 – 2012.**

Finalités : le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 - 2012, lancé par le Président de la République le 1<sup>er</sup> février 2008, comporte un ensemble de 44 mesures répondant au triple objectif de l'amélioration de la qualité de vie des malades d'Alzheimer et de leurs familles, de la prise de conscience par la société des enjeux éthiques et sociaux que soulève la maladie, et des progrès de la connaissance scientifique des pathologies associées et de leurs traitements. L'indicateur reprend un sous-ensemble des données permettant le suivi du premier de ces indicateurs, pour son aspect médico-social.

Résultats : le tableau présente les premiers résultats observés des indicateurs de suivi du Plan Alzheimer 2008 – 2012 :

	2007	2008	2009	Objectif 2012
<b>Nombre d'aidants formés</b>	0	0	nd-	<b>60 000</b>
<b>Nombre de places d'accompagnement et de répit</b>	7 123	8 756	nd	<b>23 723 (+16 600)</b>
<b>Nombre de places d'équipes spécialisées en SSIAD</b>	0	0	400	<b>5000</b>
<b>Nombre de malades pris en charge par un système intégré (MAIA)</b>	0	0	0	<b>A définir</b>
<b>Nombre de places en unités spécifiques d'EHPAD</b>	0	0	nd	<b>30 000</b>
<b>Nombre de professionnels spécialisés formés à la maladie (ASG, psychomotriciens, ergothérapeutes)</b>	0	0	nd	<b>8000</b>
<b>Pourcentage de malades sous prescription inappropriée de médicaments délétères (neuroleptiques)</b>	16,9 %	16,1 %	nd	<b>10 %</b>

Source : CNSA, DGAS, DREES, équipe pilotage des MAIA, HAS

Nd : non disponible.

Construction de l'indicateur :

Afin d'apporter un soutien accru aux aidants, la mesure 2 du plan prévoit deux jours de formation pour chaque aidant familial. Le nombre d'aidants formés est suivi par la CNSA qui finance la mesure sur sa section IV.

La mesure 1 prévoit quant à elle d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants. Dans le cadre de l'expérimentation puis la généralisation de formules de répit innovantes, 12 plateformes de répit et d'accompagnement sont en cours d'expérimentation depuis juin 2009. Le plan prévoit la création de 11 000 places d'accueil de jours ou équivalent et 5 600 places d'hébergement temporaire supplémentaires. Le nombre de places existantes fin 2007 et 2008 a été estimé sur la base d'une enquête spécifique de la CNSA auprès des DDASS. Pour la suite, une enquête *ad hoc* sur l'activité de ces structures, réalisée par la DREES, permettra d'obtenir ces chiffres, ainsi que des données plus qualitatives.

Pour favoriser le libre choix de la vie à domicile, des équipes spécialisées composées d'assistants de soins en gérontologie et de psychomotriciens ou ergothérapeutes au sein de services spécialisés de soins fourniront au domicile des malades une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » (mesure 6 du plan). 40 équipes pilotes (400 places) ont été sélectionnées en juillet 2009 pour déterminer la tarification à

appliquer lors de la généralisation. La DGAS suit annuellement par enquête le nombre d'équipes spécialisées, le nombre de places et la file active de malades pris en charge par ces équipes.

Afin de simplifier la vie quotidienne des patients et aidants et d'intégrer la multitude de services de soins et de prise en charge existant localement, des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA, mesure 4), portes d'entrée unique dans le dispositif, vont être créées sur le territoire, par transformation de structures déjà existantes. 17 MAIA sont actuellement en cours d'expérimentation depuis février 2009, soutenues par une équipe de pilotage spécifique. Elles seront généralisées à compter de 2011. Chaque MAIA suit le nombre de patients qu'elle prend en charge et remonte ces chiffres auprès de l'équipe projet qui les agrège.

Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie, deux types d'unités spécifiques seront créées (mesure 16) : dans des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA, 25 000 places), proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ; des unités d'hébergement renforcées (UHR, 5 000 places) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins. Le nombre de places est suivi par la DGAS par l'intermédiaire de FINESS.

La meilleure prise en charge des patients Alzheimer repose sur la spécialisation de professionnels à la prise en charge des troubles cognitifs (mesure 20). Les assistants de soins en gériatrie et les psychomotriciens ou ergothérapeutes interviendront auprès des malades pour apporter des soins de réhabilitation.

Pour faire face aux troubles du comportement chez les malades d'Alzheimer (85% en présentent pendant leur maladie), il existe en France une sur-prescription de neuroleptiques au long cours chez les malades d'Alzheimer, alors qu'elle n'est pas indiquée : en 2007, 18% des patients Alzheimer se sont vu prescrire de façon régulière des neuroleptiques. Une bonne prise en charge des patients doit permettre de faire chuter fortement ce taux (mesure 15). La Haute Autorité de santé suit annuellement ces chiffres repères.