

Comparaison des coûts du parcours diagnostique de la maladie d'Alzheimer en ambulatoire et à l'hôpital

B. Défontaines*, S. Denolle*, M. Menot*, R. Gnassounou*, E. Bisot*, P. Slama*, B. Robert*, P. François*, N. Bonnet**, H. Lauby**, L. Frely**, Y. Pizay** (* Réseau mémoire Aloïs, Paris; ** Cabinet Kéa & Partners, Malakoff)

Contexte

L'augmentation de l'espérance de vie et l'accélération du vieillissement de la population dans les pays industrialisés conduisent à un développement considérable des maladies liées au vieillissement : parmi ces maladies, les démences et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer (MA). En France, on estime que près de 850 000 personnes sont atteintes de la MA ou d'une maladie apparentée. Ce chiffre devrait atteindre 1,2 million en 2020, avec plus de 200 000 nouveaux patients par an. La MA est donc un véritable problème de santé publique, et compte tenu de l'expression des symptômes, il s'agit d'une urgence sociale.

Traditionnellement en France les consultations mémoires sont hospitalières (Centres mémoire de proximité [CMP] ou Centres mémoire de ressources et de recherche [CMRR]). Aujourd'hui, de nouveaux types de parcours émergent en complémentarité des structures existantes : les consultations en ambulatoire, qui permettent aux patients de bénéficier hors de l'hôpital des étapes nécessaires au diagnostic, et notamment de la neuropsychologie.

But de l'étude

Pour la première fois en France, une étude a été réalisée avec les objectifs suivants :

- évaluer l'ensemble des dépenses liées à la MA et leur financement : en plus des souffrances individuelles, la MA a un coût social et économique mésestimé, depuis la première plainte du patient jusqu'à la fin de sa vie, en tenant compte aussi de l'état de santé des aidants et des répercussions de la maladie sur leur vie professionnelle ;

- au sein de ces dépenses ainsi évaluées : faire le point sur le parcours diagnostique en comparant les coûts en ambulatoire et ceux à l'hôpital selon le stade d'avancement de la maladie, et en isolant la prise en charge de chaque financeur.

Nous avons choisi dans cet article – pour commencer – de présenter la partie axée sur les parcours initiaux de diagnostic. Le reste de l'étude pourra faire l'objet d'une seconde publication.

patients présentant des troubles cognitifs une consultation mémoire ambulatoire, accessible à tous ceux qui le souhaitent. C'est dans une démarche de prévention de la dépendance et d'anticipation des complications liées à la maladie que s'inscrivent ses principales missions :

1. Coordination d'une consultation mémoire en ambulatoire : évaluation – diagnostic – intégration dans un parcours de soins – information/orientation médico-psychosociale ;
2. Proposition de formations personnalisées aux patients, aux aidants et aux professionnels : ateliers, sessions, conférences ;
3. Organisation de l'intégration des patients de ville dans des cohortes et des protocoles de recherche sur la MA ou maladies apparentées ;
4. Développement d'un réseau de "téléconsultation mémoire" dans les déserts médicaux, pour les personnes à mobilité réduite (en EHPAD) ou éloignées (Français de l'étranger) [en parallèle : lancement d'une étude de validation de ce nouveau procédé pour publication].

Aloïs a diagnostiqué et accompagné plus de 1 000 patients en 2013 et travaille avec 500 médecins et professionnels de santé. Pour 2012 et 2013, Aloïs est la première consultation mémoire d'Île-de-France en nombre de nouveaux patients rentrés dans la Banque nationale Alzheimer, et commence à se développer hors de l'Île-de-France.

Aloïs est financé pour partie par l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, au titre d'expérimentation en soins de ville (fonds d'intervention régional [FIR]). Ces subventions prendront fin en 2016 et le relais vers un autre financement n'est pas encore assuré.

Cette étude a été réalisée par Kea & Partners, à la demande d'Aloïs, en mécénat de compétences. Kea & Partners est un cabinet indépendant de conseil en stratégie et management fondé en 2001, qui compte aujourd'hui près de 120 consultants. Il opère en France et à l'international : en 2010 The Transformation Alliance a été créée, réseau de cabinets de conseils indépendants fort de 300 consultants en Europe. La transformation, discipline désormais stratégique, est la spécialité développée par le cabinet.

Méthode et construction des modèles

Niveau individuel

À l'échelle d'un patient, les parcours initiaux de diagnostic possibles et leurs probabilités ont été construits

¹ Premier réseau mondial d'aide aux entrepreneurs sociaux.
www.france.ashoka.org

Parties prenantes

L'étude a été conduite par le réseau Aloïs, association créée en 2004 et reconnue comme une innovation sociale par le réseau Ashoka¹. Son objectif est de proposer aux

par stade d'avancement de la maladie (léger, modéré, sévère), selon que le patient est diagnostiqué en ambulatoire ou à l'hôpital, et en confrontant les différentes pratiques d'une douzaine d'experts du milieu hospitalier ou libéral² rencontrés dans le cadre de l'étude. Ces parcours ne reflètent pas une réalité absolue, mais sont une moyenne des pratiques observées et cherchent à s'approcher au maximum de la réalité des faits.

À titre d'exemple, les **figures 1 et 2** illustrent le modèle de parcours initial au stade léger.

Pour les patients atteints de la MA à un stade modéré et sévère, le parcours nécessite beaucoup moins d'exams car il s'arrête souvent après la deuxième visite chez le spécialiste.

Le coût de chaque parcours (ambulatoire ou hôpital) à chaque stade la maladie (léger, modéré, sévère), et la part qui revient à chaque acteur concerné par son financement (famille, sécurité sociale, complémentaires santé, assurances et mutuelles) ont été évalués à partir d'une estimation des coûts unitaires des consultations et des examens ainsi que de leur prise en charge.

Niveau global

Une fois les coûts de parcours individuels et leur répartition par type de financeur ainsi évalués, ils ont été rapportés à l'ensemble de la population de nouveaux malades (MA ou apparentée) en 2020 en France (évaluée à 229 000 au total), répartie par stade d'avancement de la maladie selon les données de l'étude PAQUID (1). Ceci permet d'estimer et de comparer les coûts des parcours initiaux de diagnostic en 2020 selon 2 projections :

- tous les patients sont diagnostiqués en ambulatoire,
- tous les patients sont diagnostiqués à l'hôpital.

La différence de coûts entre ces 2 projections permet d'évaluer les économies annuelles potentielles maximum en 2020, et la répartition de ces économies par type de financeur.

Résultats

Résultats du modèle individuel

En synthèse, ce modèle évalue les coûts, par patient et par stade d'avancement de la maladie, des parcours initiaux de diagnostic en ambulatoire et à l'hôpital, et donc les économies potentielles d'un diagnostic en ambulatoire versus à l'hôpital.

Le diagnostic en ambulatoire coûte moins cher : il permet une économie de l'ordre de 850 € d'économies en moyenne par patient, croissante du stade léger au stade sévère (figure 3, p. 28).

En ambulatoire les coûts de diagnostic diminuent avec l'avancement de la maladie. En effet, plus le stade de la maladie est avancé, plus un neurologue libéral pose un diagnostic rapidement : très peu d'exams complémentaires sont nécessaires, le diagnostic est presque évident. En revanche en milieu hospitalier, le patient est envoyé de manière quasi systématique en hôpital de jour pour réaliser des examens complémentaires, quel que soit le

Figure 1. Parcours de diagnostic en ambulatoire au stade léger.

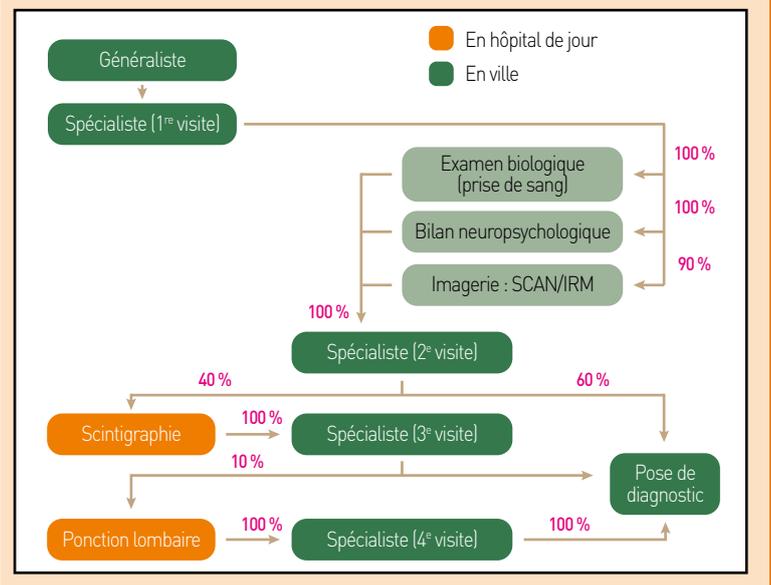
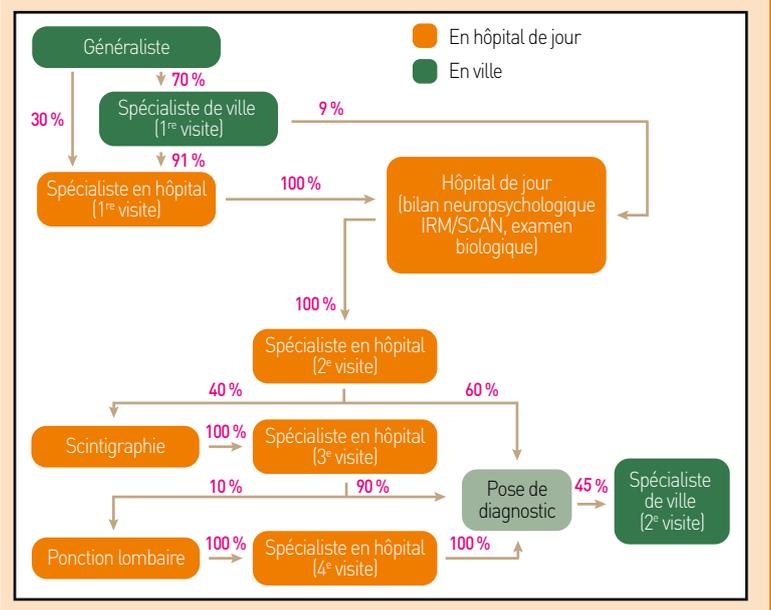


Figure 2. Parcours de diagnostic à l'hôpital au stade léger.



stade d'avancement de la maladie. L'écart de coût global entre le diagnostic en ambulatoire et le diagnostic à l'hôpital repose donc principalement sur le coût du forfait hôpital de jour, évalué ici à 1 300 € en fonction des données publiées par certains hôpitaux. Ce coût est un paramètre important du modèle, qui mériterait d'être confirmé. Cependant, quels que soient les éléments de coût retenus, l'écart reste clairement en faveur des parcours en ambulatoire. On notera également que la ponction lombaire et la scintigraphie ne sont pas nécessaires aux stades modéré et sévère, d'où le léger écart de coûts entre les parcours à l'hôpital selon le stade de la maladie.

² Voir liste des sources en annexe.

Figure 3. Résultats individuels.

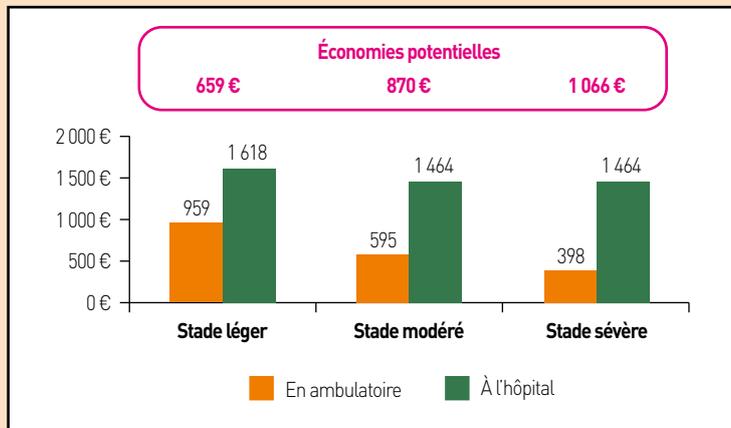


Figure 4. Résultats globaux.

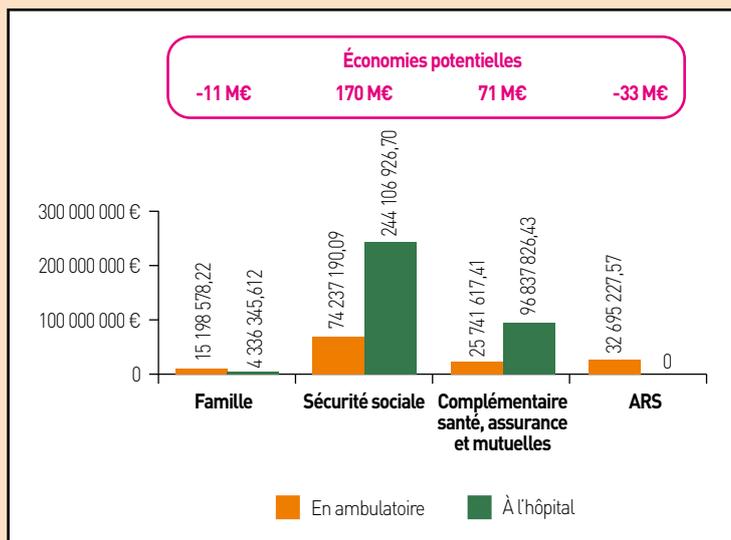
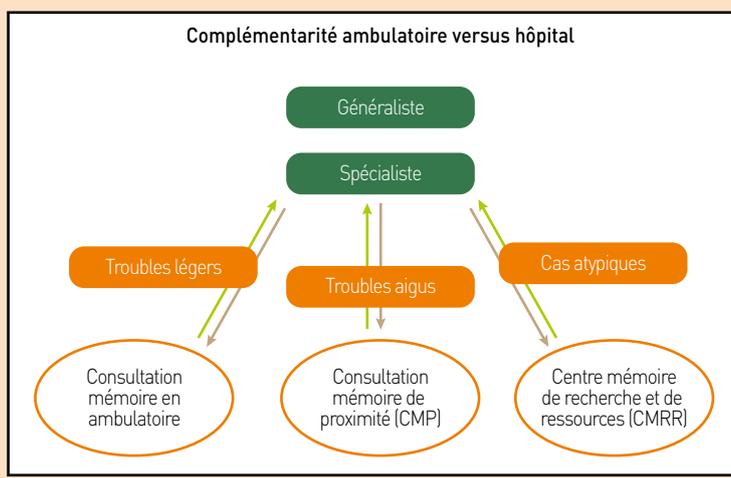


Figure 5. Complémentarité ambulatoire et hôpital.



Résultats du modèle global

En projetant les résultats individuels sur l'ensemble de la population de nouveaux malades estimée en 2020, soit 229 000 nouveaux malades, il est possible de calculer les économies potentielles par type de financeur. Au global, la généralisation du diagnostic en ambulatoire pour tous les nouveaux malades diagnostiqués générerait des gains de l'ordre de 200 millions d'euros (figure 4) dont :

- 135 millions d'euros d'économies pour la Sécurité sociale et les ARS ;
- 70 millions d'euros d'économies pour les mutuelles, assurances et complémentaires santé.

Les principaux écarts de coûts entre le diagnostic en ambulatoire et à l'hôpital s'expliquent dans le modèle comme suit :

- Les familles prennent en charge en plus, en ambulatoire, une part des dépassements d'honoraires des consultations de libéraux (30% du prix de la consultation), ainsi qu'une partie du bilan neuropsychologique (à hauteur de 20%).
- La Sécurité sociale (hors ARS) prend en charge, à l'hôpital, les doublons de consultations de spécialistes libéraux (à hauteur de 70% du tarif de la consultation) et le forfait hôpital de jour (à hauteur de 70%).
- Les complémentaires santé, assurances et mutuelles prennent en charge, à l'hôpital, les doublons de consultations de spécialistes (à hauteur de 30% du tarif de la consultation) et le forfait hôpital de jour (à hauteur de 30%).
- L'ARS, dans notre modèle, prend en charge en plus, en ambulatoire, une partie du bilan neuropsychologique (à hauteur de 80%), alors que le coût correspondant est à la charge des missions d'intérêt général (MIG) pour les hôpitaux.

Discussion

Les parcours de diagnostic en ambulatoire :

- représentent une véritable opportunité économique pour la politique de santé : une économie potentielle maximale de l'ordre de 200 millions d'euros si tous les nouveaux patients en 2020 sont diagnostiqués en ambulatoire ;
- font l'objet d'un large consensus des médecins rencontrés :
- ils ont pour vocation de faire un diagnostic rapide au moment opportun via un parcours de proximité moins traumatisant, notamment au stade léger ;
- ils doivent fonctionner en complémentarité avec les hôpitaux : en permettant le diagnostic de troubles légers en ville, ils favorisent le désengorgement de certains hôpitaux tout en permettant à ces patients d'être inclus dans des protocoles de recherche ;
- de telles structures peuvent faciliter le travail des neurologues libéraux (saisie des données dans la Banque nationale Alzheimer, accès direct aux examens complémentaires et à l'hospitalisation de jour, etc.) et la coordination du parcours médicosocial post diagnostic. Même si le tout ambulatoire n'est pas à souhaiter, car l'ambulatoire et l'hôpital doivent rester complémentaires,

ce chiffre de 200 millions d'euros constitue une base de réflexion pour organiser une nouvelle ventilation des patients (**figure 5**).

Ainsi, décider d'orienter les troubles légers uniquement en ambulatoire représenterait encore une économie globale annuelle de l'ordre de **42 millions d'euros**.

Le diagnostic de la MA en ambulatoire représente donc un levier d'économies immédiatement accessibles et une véritable opportunité économique pour la politique de santé. Dans ce domaine aussi, il est temps de remettre en cause un système traditionnel exclusivement organisé autour de l'hôpital, et de reconnaître officiellement la notion de "consultation mémoire ambulatoire"... avec les lignes de financements correspondantes.

Référence bibliographique

1. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF, PAQUID. 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.

Pour en savoir plus...

- Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Assemblée nationale/Sénat, juillet 2005.
- Ameli. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine. Disponible en ligne : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole_loire-atlantique.php
- Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Alzheimer, diagnostiquer le plus précocement possible. Accessible en ligne : <http://www.aphp.fr/offredesoins/alzheimer-diagnostiquer-le-precocement/>
- Ameli. Le forfait 18 euros. Disponible en ligne : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-non-concernes_loire-atlantique.php
- Ameli. Les tarifs des médecins spécialistes. Disponible en ligne : [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-specialistes/les-tarifs-des-medecins-specialistes-en-metropole_loire-atlantique.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-specialistes/les-tarifs-des-medecins-specialistes/tarifs-des-medecins-specialistes-en-metropole_loire-atlantique.php)
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Journées d'hospitalisation complète en MCO par âge pour l'ensemble des diagnostics. Disponible en ligne : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/journees-d-hospitalisation-complete-en-mco-par-age-pour-l-ensemble-des-diagnostics/>
- CHRU de Lille. Les frais d'hospitalisation. Disponible en ligne : <http://www.chru-lille.fr/hospitalisation/frais-hospitalisation/index.html>
- Ameli. Relevé et taux de remboursement. Disponible en ligne : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement_loire-atlantique.php
- CHU de Lyon. Tarifs d'hospitalisation. Disponible en ligne : http://www.chu-lyon.fr/web/attached_file/Affiche%20tarifs_BA_general_2014.pdf?ComponentId=kmelia16&attachementId=22434
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Biologie médicale – Nomenclature des actes. Accessible en ligne : http://www.codage.ext.cnams.fr/f_mediam/fo/nabm/DOC.pdf
- Ameli. Les tarifs conventionnels – Laboratoires d'analyses médicales. Disponible en ligne : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-de-laboratoires-d-analyses-medicales/votre-convention/les-tarifs-conventionnels_loire-atlantique.php
- Cour des comptes. La politique d'équipement en imagerie médicale. Sécurité Sociale, Paris, 2010.

Annexes

Sources

Médecins de ville

Dr Jean-Denis Turc, neurologue libéral, président de l'ANLLF (Association des neurologues libéraux de langue française), Marseille

Dr Jérôme Blandin, neurologue libéral, Châtillon

Dr Bénédicte Défontaines, neurologue libéral, Paris,

fondatrice et directrice du Réseau mémoire Aloïs

Dr Philippe Slama, médecin généraliste, président du réseau Aloïs, Paris

Dr Pascal Chainé, neurologue libéral, Paris

Dr Bruno Mastain, neurologue libéral, Paris

Dr Catherine Wong, psychiatre libéral, Paris

Dr Bertrand Robert, médecin généraliste, Paris

Médecins hospitaliers

Dr Florence Pasquier, docteur en psychologie cognitive, responsable du CMRR du CHRU de Lille

Dr Olivier Rouaud, neurologue, responsable

du CMRR du CHRU de Dijon

Dr Renaud David, psychiatre, médecin du CMRR

du CHRU de Nice

Responsables d'établissement de soins

Dr Philippe Denormandie, directeur général adjoint, Groupe Korian

Dr Marc Cohen, gériatre, directeur du pôle Prévention, Santé, Économie de l'OSE

Pr Jean-Louis Pelletier, directeur d'établissements de médecine nucléaire

Épidémiologistes et chercheurs

Pr Jean-François Dartigues, neurologue, professeur des universités – praticien hospitalier en épidémiologie, économie de la santé et prévention, directeur de recherche Inserm

Pr Christophe Tzourio, neurologue, professeur des universités – praticien hospitalier, directeur de recherche Inserm

Dr Stéphane Schück, médecin en santé publique, président et directeur scientifique Kappa Santé

Nathalie Texier, vice-présidente et directrice opérationnelle Kappa Santé

Marie-Ève Joëlle, professeur-chercheuse du LEGOS à Paris Dauphine

Autre

Dr Suzanne Tartière, directrice médicale du SAMU social de Paris

Agnès Robert, associée Ariane Santé Social

Julie Talibon, assistante sociale et pilote d'une MAIA dans le 93