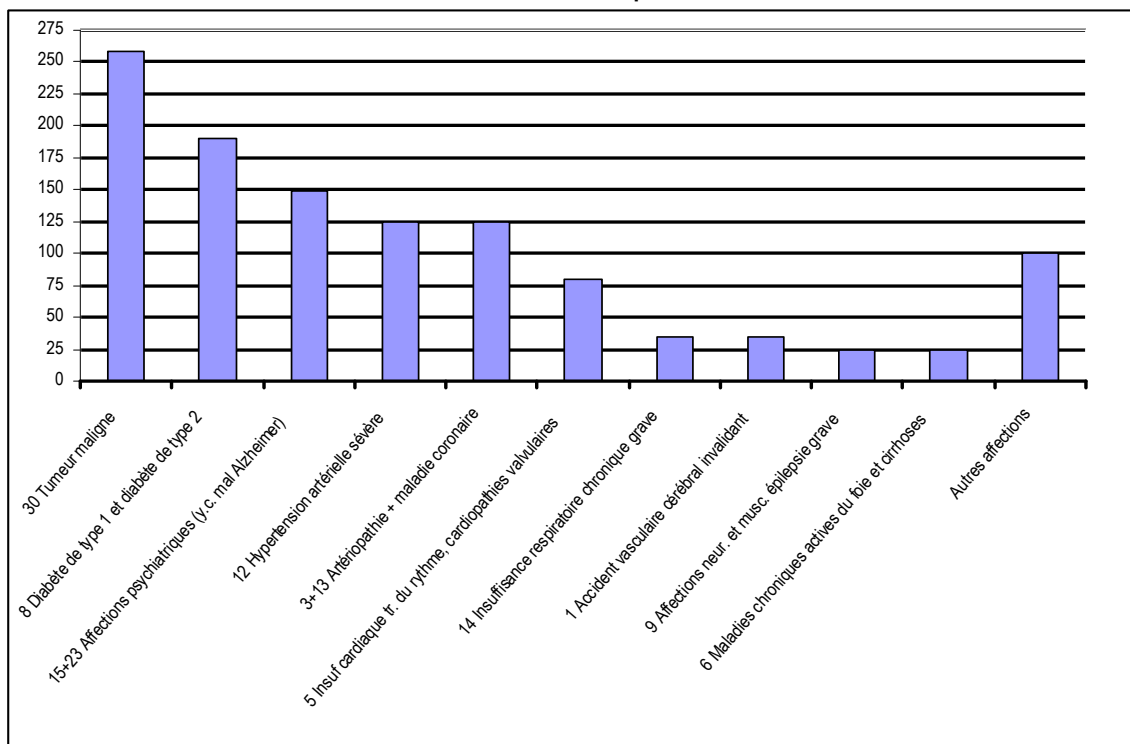


Indicateur n° 14 : Effectif annuel de la population admise au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD₃₀).

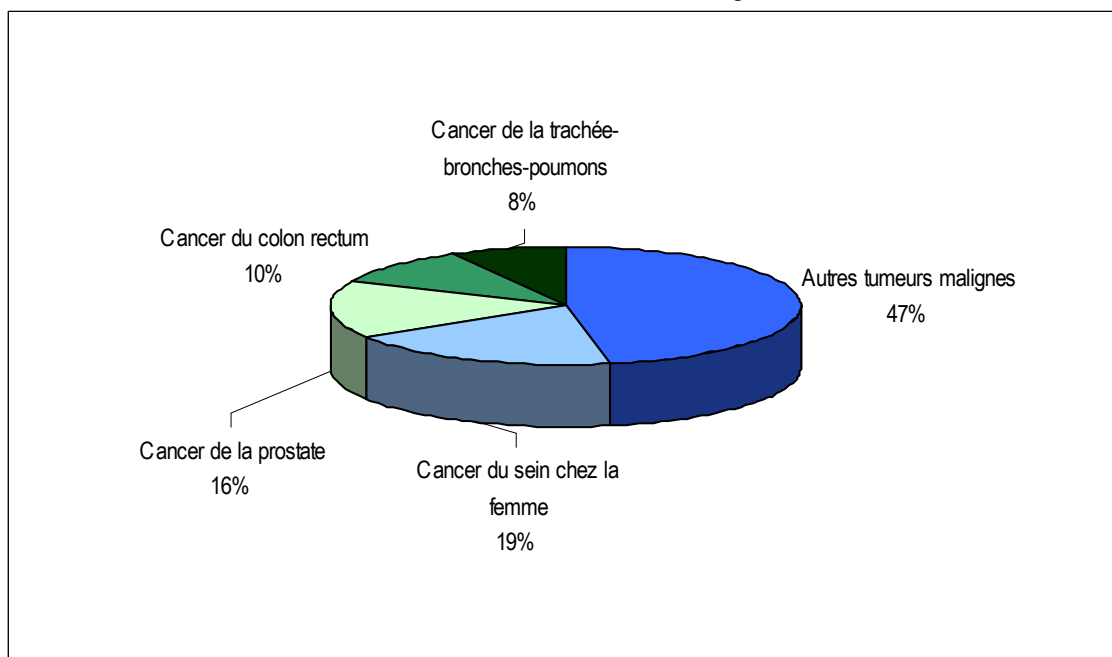
Nombre d'admissions en ALD₃₀ par affection en 2008



Source : CNAMTS-DSES, données 2008.

Le numéro précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD₃₀.

Ventilation de l'ALD 30 tumeur maligne



Source : CNAMTS-DSES, données 2008.

Taux de croissance annuel moyen des admissions (incidences)

Nature de l'affection	De 2007 à 2008	2001 à 2008
30. Tumeur maligne	1,1%	2,7%
8. Diabète	4,0%	6,4%
23 Affection psychiatrique	5,2%	3,2%
3 + 13. Artériopathie + maladie coronaire	-0,2%	4,8%
12. Hypertension artérielle sévère	0,6%	2,8%
5. Cardiopathie, tr du rythme et valvulopathie	5,1%	8,3%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	-1,5%	2,1%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	8,5%	3,2%
9. Affections neurol. et musc., épilepsie grave	2,2%	4,8%
6. Maladies chr. actives du foie et cirrhoses	-0,6%	0,2%
Autres affections	3,5%	4,3%
Total	2,5%	4,1%

Source : CNAMTS-DSES.

En 2008, 62 % des dépenses d'assurance maladie (régime général) étaient affectés à la prise en charge des malades en affection de longue durée (ALD₃₀). Ces patients, qui étaient 8,3 millions au seul régime général au 31 décembre 2008, représentaient moins de 15 % de la population totale. Selon les comptes de la santé établis par la Drees qui portent sur l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, la part des dépenses imputable aux soins prodigués à des assurés atteints d'une ALD₃₀ a augmenté de quatorze points entre 2002 et 2008. Le suivi annuel du nombre de personnes entrant en ALD₃₀ représente donc un enjeu majeur.

Le nombre d'admissions en ALD₃₀, au régime général, est passé de 869 000 en 2001 à 1 145 437 en 2008, soit une augmentation plus rapide que celle de l'ensemble de la population couverte. L'année 2008 a connu cependant un ralentissement du taux de croissance des admissions (+ 2,5%, dont +1.1% pour le cancer, +4.5% pour le diabète, - 0,2 % pour l'hypertension artérielle sévère), après une année 2007 particulièrement dynamique en termes d'admissions en ALD (+ 9,7 %), avec un plus grand nombre de déclarations de maladies différentes pour chaque patient en ALD.

Sur cette période, l'augmentation des nouveaux cas de diabète a contribué pour 23,4% à l'accroissement global des admissions en partie en raison de facteurs de risques comme la sédentarité, le surpoids qui augmente régulièrement dans la population résidente en France. Les tumeurs malignes ont contribué à 15,9% à l'accroissement global, en raison d'un meilleur dépistage (prévalence en hausse de + 6,1 % pour l'ensemble des tumeurs en 2008). Les admissions pour maladies cardiovasculaires ont également augmenté avec notamment les cardiopathies (+8,3% %) et l'hypertension artérielle sévère (+4,8 %), entre 2001 et 2008.

La réforme de l'assurance maladie entrée en vigueur en 2005 a mis en place des outils visant une plus grande efficacité de la prise en charge des patients en ALD. Cela s'est traduit par la mise à jour de l'ensemble des référentiels ALD et aussi par la mise en œuvre d'un nouveau protocole de soins. Ce protocole a pour but de favoriser la coordination des professionnels de santé et une déclaration plus précise des pathologies des patients en ALD. Utilisé depuis le début d'année 2006, ce nouveau protocole de soins a ainsi contribué à la meilleure reconnaissance des ALD, laquelle s'est concrétisée par une augmentation du nombre moyen d'affections déclarées par patient en ALD passant de 1,165 à 1,224 entre 2005 et 2008. Cette augmentation concerne l'ensemble des pathologies mais plus spécifiquement les pathologies dites « facteurs de risque » comme le diabète et l'hypertension artérielle qui se cumulent fréquemment avec d'autres pathologies cardio-vasculaires.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 14 :

L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale au titre d'une des 30 affections de longue durée de la liste est subordonnée à une demande par le bénéficiaire ou son médecin traitant à la caisse d'assurance maladie puis à l'accord du médecin-conseil. Le service du contrôle médical recueille de façon systématique dans l'applicatif de saisie Hippocrate les demandes d'ALD₃₀ et les avis correspondants, à partir desquels est calculé l'indicateur d'évolution des effectifs des admis en ALD₃₀ relevant du régime général de l'assurance maladie.