

LA PRISE EN CHARGE DES ASSURES AU TITRE D'UNE AFFECTION LONGUE DUREE (ALD) DEPUIS LA REFORME

La réforme de l'assurance maladie de 2004 a eu entre autres pour objectif de renforcer les dispositifs de prise en charge des patients en ALD en améliorant la coordination des soins entre les professionnels de santé et en impliquant davantage les patients dans leur démarche de soins.

Cela s'est traduit par l'élaboration d'un nouveau formulaire de «protocole de soins»¹ en remplacement de l'ancien protocole inter-régime d'examen spécial (PIRES). Ce protocole est désormais révisable périodiquement en fonction de l'état de santé du patient ainsi que des avancées thérapeutiques ; il est rédigé par le médecin traitant en concertation avec le ou les médecins spécialistes qui soignent le malade. Il est utilisé depuis le début de l'année 2006 pour toutes les nouvelles demandes d'exonération à 100% et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu que toutes les personnes en ALD en disposeraient d'ici le 1er juillet 2008.

Ce protocole est adossé aux nouveaux référentiels d'actes et de prestations publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui a pour mission de mettre à jour l'ensemble des référentiels existants. La HAS a d'ores et déjà publié fin mai 2006 deux référentiels, l'un relatif aux diabètes et l'autre à l'hépatite C. Dans l'attente de la publication des référentiels restants, les nouveaux protocoles sont établis sur la base des anciennes recommandations médicales.

La montée en charge rapide des nouveaux protocoles de soins

Les statistiques de suivi des protocoles traités depuis le début de l'année 2006 témoignent de leur montée en charge rapide. Le nombre de protocoles traités sur les six premiers mois de l'année s'élève à un peu plus de 721 000, passant de 90 000 en janvier à 155 000 en juin. Plusieurs situations donnent lieu à l'élaboration de ce nouveau protocole : il s'agit soit d'une nouvelle demande, soit d'une actualisation. Cette dernière peut relever de plusieurs cas de figures : un renouvellement de la demande d'exonération arrivant à échéance ou bien une actualisation de protocole pour la prise en compte d'une nouvelle pathologie identifiée² mais également la nécessité d'un nouveau traitement justifié par l'état du patient ou de nouvelles thérapeutiques qui donne alors lieu à un nouvel avis du médecin conseil des caisses d'assurance maladie. Cela peut aussi être le cas lorsqu'un nouveau référentiel ALD paraît. Depuis janvier 2006, le pourcentage de protocoles actualisés est en nette progression, de même que le nombre de pathologies déclarées par protocole. Ces premiers résultats témoignent d'une nette amélioration de la déclaration des différentes ALD qui devrait permettre un meilleur suivi de la prise en charge des affections et une meilleure connaissance des situations de co-morbidité³. Il est néanmoins encore trop tôt pour dire si ce dispositif aura un impact sur l'ampleur des flux d'admissions en 2006 et dans les années à venir.

Tableau 1 : Suivi des nouveaux protocoles de soins depuis janvier 2006

	Nb total de protocoles traités	Total des avis rendus	Actualisation de protocole	Nombre d'avis par protocole traité	Avis actualisés/ total des avis rendus
janv-06	90 510	108 341	20 430	1,20	18,9%
févr-06	102 338	129 191	28 886	1,26	22,4%
mars-06	138 555	180 323	42 519	1,30	23,6%
avr-06	110 277	145 984	35 255	1,32	24,1%
mai-06	124 211	166 053	41 927	1,34	25,2%
juin-06	155 468	214 283	56 014	1,38	26,1%
total	721 359	944 175	225 031	1,31	23,8%

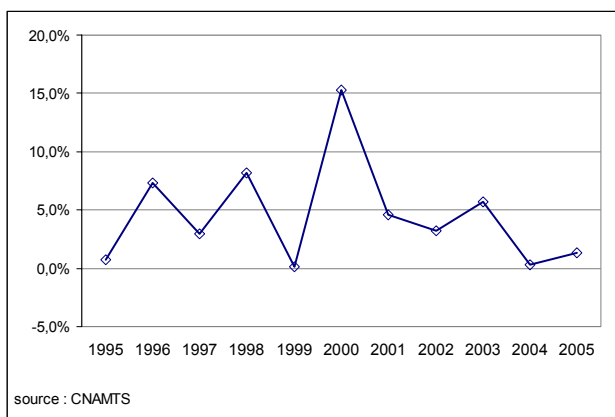
source : CNAMTS - champ ALD 30,31 et 32

Graphique 1 : Variation annuelle des flux d'admissions en ALD 30 depuis 1995

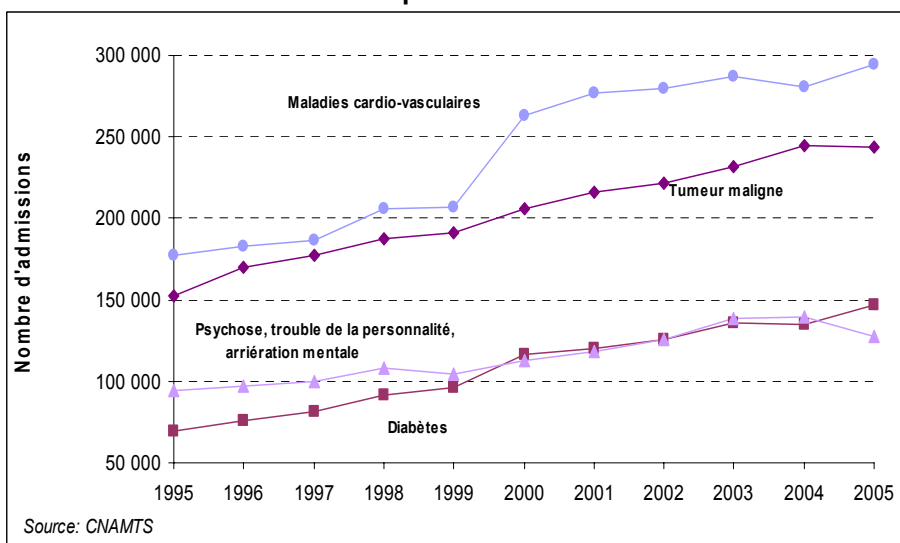
¹ Ce formulaire est un document cerfa composé de 4 volets. Les trois premiers volets comportent les éléments médicaux du protocole. Chacun de ces volets est conservé respectivement par le médecin conseil, médecin traitant et le patient. Un dernier volet concerne le versement rémunération du médecin traitant

² C'est désormais une obligation suite à la réforme

³ Coexistence de plusieurs pathologies pour un même patient



Graphique 2 : Evolution du nombre annuel d'admissions relatives aux pathologies les plus représentées



Une croissance modérée des flux d'admission en 2004 et 2005

Entre 1994 et 2005, les flux des admissions en ALD ont augmenté à un rythme moyen annuel de 4,4%. A titre de comparaison, le rythme de croissance annuel moyen de la population couverte par le régime général a été de 1% sur la période 1994-2004 et celui de la population âgée de plus de 75 ans a été de +3,1% entre 1994 et 2005. La croissance des admissions en ALD ralentit toutefois en fin de période : +0,3% en 2004 et +1,3% en 2005.

Les pathologies les plus fréquentes concernent les maladies cardio-vasculaires (31% des admissions), les tumeurs malignes (25%), le diabète (15%) et les maladies mentales (13%). D'une année sur l'autre les évolutions sont très fluctuantes. Elles résultent de plusieurs effets selon les pathologies concernées. Il s'agit principalement de facteurs démographiques, épidémiologiques et médicaux, et dans une moindre mesure des impacts réglementaires et tarifaires¹.

En 2004, le nombre de personnes atteintes d'affections longue durée pour les trois régimes principaux représentait près de 8 millions de personnes, dont 6,6 pour le seul régime général. Il est fréquent qu'une personne en ALD soit porteuse de plusieurs pathologies : en moyenne, en 2004, ce nombre était de 1,14 ALD déclarées par patients. Ce chiffre est très probablement sous-estimé, car avant la mise en place des nouveaux protocoles, la déclaration de l'ensemble des ALD attribuées au patient n'était pas systématiquement appliquée.

La croissance des dépenses liées aux champ ALD dans le périmètre des soins de ville a légèrement fléchi en 2005

Parallèlement à l'analyse des flux d'admission, il est intéressant d'examiner les éléments financiers des dépenses relatives aux ALD. Ces données sont issues du suivi statistique des dépenses de patients en ALD que celles-ci soient ou non en rapport avec l'affection. Afin de comparer l'année 2005 à l'année 2004, elles ont fait l'objet d'un redressement dont les modalités sont retracées dans un encadré méthodologique. Le périmètre examiné est celui des soins de ville à quelques modalités près (cf. encadré 1).

En 2004, la contribution des dépenses relatives aux ALD à la croissance des soins de ville a été plus forte que l'année précédente (voir tableau 2). Cette évolution s'explique essentiellement par une décélération des dépenses non-ALD qui peut s'expliquer par l'absence d'épisode grippal (qui impacte d'habitude plus les dépenses des personnes non exonérées).

En 2005, la croissance des dépenses exonérées au titre d'une ALD dans le champ des soins de ville a légèrement fléchi. A la lueur des évolutions par poste, le ralentissement est plus marqué sur les dépenses de médicament (voir tableau 3) et plus particulièrement sur les médicaments vignettés à 100%. Une des raisons probables associée à ce fléchissement serait liée aux effets de la politique d'encadrement des prix des médicaments délivrés à l'hôpital que ce soit la rétrocession ou les médicaments de la liste en sus ainsi que du passage de l'EPO en ville dont les prix ont également été mis sous contrôle. Au total les économies dégagées par ces mesures auraient été de près de 210 M€ en 2005.

¹ Ainsi attribue-t-on une partie des admissions de l'année 2000 aux modifications apportées à la rémunération des visites des médecins. En 2002, la Majoration de Maintien à Domicile (MMD) de 9,15€ concernait les personnes âgées de 75 ans et plus dans le cadre d'une visite à domicile.

Tableau 2 : Evolution des soins de ville

	Evolutions de la dépense remboursable			contribution à la croissance	
	ALD	NON ALD	TOTAL	ALD	NON ALD
2003/2002	10,4%	4,3%	6,2%	3,3%	2,9%
2004/2003	11,8%	1,5%	4,9%	3,9%	1,0%
2005/2004(*)	7,4%	1,9%	3,9%	2,6%	1,2%
2005/2004(**)	8,9%	1,1%	3,9%	3,1%	0,7%

(*)données brutes

(**)données redressées

Tableau 3 : Evolution de la dépense remboursable des honoraires médicaux et des médicaments et dispositifs médicaux

	Honoraires médicaux			Médicaments et dispositifs médicaux		
	ALD	NON ALD	TOTAL	ALD	NON ALD	TOTAL
2003/2002	7,7%	4,2%	4,9%	11,5%	3,3%	6,5%
2004/2003	7,7%	0,0%	1,4%	13,2%	1,8%	6,5%
2005/2004(*)	4,6%	1,6%	2,2%	8,3%	2,0%	4,8%
2005/2004(**)	8,6%	0,6%	2,2%	9,7%	1,0%	4,8%

(*)données brutes

(**)données redressées

Encadré 1 : Précisions méthodologiques sur les évolutions des dépenses

Source : CNAMTS – Champ : dépenses remboursables – ALD 30,31 et 32. Soins de ville à périmètre 2004 restreint : il ne contient pas les dépenses de scanner et IRMN, les honoraires dentaires, de même que les IJ sont exclues. Année de remboursement. Ensemble des dépenses qu'elles soient en rapport ou sans rapport avec l'affection.

Afin de rendre les évolutions entre 2004 et 2005 comparables, les redressements suivants ont été appliqués sur l'année 2005 :

1/ Sur le poste des honoraires médicaux : rattachement de la rémunération médecin traitant (40€) aux dépenses des patients en ALD. En effet, par défaut les montants comptabilisés au titre du forfait de 40€ ne sont pas comptabilisés dans le suivi statistique des dépenses des patients en ALD(+106 millions sont réintégrés au titre du régime général).

2/ Avant 2005, les médicaments et dispositifs médicaux prescrits dans le cadre d'une hospitalisation privée étaient rattachées aux dépenses de soins de ville. Depuis 2005, ils sont intégrés dans le suivi des dépenses des établissements privés. Par souci de comparaison avec 2004, en 2005 la partie de ces dépenses comptabilisée dans les montants de consommations de la liste en sus (médicaments non compris dans les GHS mais prescrits par les praticiens des établissements privés) est rattachée aux dépenses de soins de ville. Toutefois, ces montants ne tiennent pas compte du fait qu'une partie des transferts a été intégrée au tarif des GHS ; ce montant a été évalué à 200M€ tous régimes par la DHOS (dont 110M€ sur les médicaments et 90M€ sur les dispositifs médicaux). Par conséquent, un montant de 166M€ a été réintégré dans les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux au titre du régime général. Il est possible que ce montant soit légèrement surestimé car certains médicaments peuvent être pris en charge à 100% pour d'autres motifs que celui de l'exonération ALD.

Ce ralentissement s'observe également sur les honoraires médicaux. L'augmentation des honoraires est de 4,6% contre 7,7% les années précédentes. Néanmoins, en réintégrant la revalorisation au titre du médecin traitant de 40€, l'augmentation serait de 8,6%. Cette rémunération mise en place avec la réforme est versée chaque trimestre à tous les médecins qui ont été désignés médecin traitant par leur patient en ALD et se substitue à l'ancienne rémunération du PIRES¹. Elle est entrée en vigueur lentement en raison de la montée en charge progressive du dispositif du médecin traitant. Elle aura ainsi coûté 130M€ à l'assurance maladie (voir tableau 4) en 2005. Si l'on extrapole les derniers trimestres connus à l'ensemble de l'année, cette mesure devrait coûter environ 240M€ en année pleine.

Enfin, des économies ont pu être réalisées grâce au meilleur respect de l'ordonnancier bi-zone. Selon la CNAMTS, elles ont été de 88M€ tous régimes en 2005. Cette évaluation repose sur l'hypothèse d'une augmentation tendancielle annuelle de 0,7 point du ratio de dépenses en rapport avec l'ALD. Ainsi, le taux atteint en décembre 2005 a permis de gagner 1,2 point par rapport à celui escompté dans l'ensemble des soins de ville prescrits et exécutés par les médecins libéraux, soit 80,5% au lieu 81,7%.

Ces résultats restent fragiles pour plusieurs raisons : ce sont des dépenses mesurées en date de remboursement, donc sensibles au ralentissement de la liquidation des caisses qui s'est produit en 2005 en raison de la mise en place conjointe du parcours de soin et de la facturation à l'activité dans les établissements. Ensuite, elles ne représentent qu'une partie des dépenses consacrées aux ALD, dont on estime que 60% relève de la dépense hospitalière. C'est pourquoi, comme le souligne la Cour des comptes dans son dernier rapport sur la sécurité sociale, un ralentissement véritable des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) est « illusoire » sans la mise en place de mesures plus contraignantes.

¹ le PIRES donnait lieu à une rémunération ponctuelle lors de son établissement de 2,5C (soit 50€) ; la rémunération du médecin traitant de 40€ est quant à elle annuelle

Tableau 4 : Montants remboursés au titre de la rémunération médecin traitant (40€) en 2005 et 2006 (en millions d'€)

	régime général	tous régimes(*)
mai-05	16,8	20,6
août-05	34,9	42,8
nov-05	54,5	66,9
total 2005	106	130
févr-06	52,8	64,7
mai-06	48,3	59,3

Source : extraction SNIIRAM - France entière

(*) extrapolation

Tableau 5 : Ratio bi-zone : dépense remboursable en rapport avec l'ALD / total de la dépense remboursable

Total des actes de soins de ville exécutés et prescrits par les médecins libéraux

	2002	2003	2004	2005	2006(*)
en %	79,6	80,5	81,0	80,5	80,2

Source : cnamts - Champ : régime général - France métropolitaine - ALD30

(*) ratio du cumul constaté à fin juin