

10-4

LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES EN EUROPE

Les maladies cardio-vasculaires occupent la première place dans les dépenses de santé des pays développés. En France, 2,2 millions de personnes sont traitées en affection de longue durée pour des maladies cardio-vasculaires, pour un coût évalué pour le régime général à 17,9 Md€ en 2007 selon la CNAMTS¹. Si d'importants progrès ont été réalisés en termes de mortalité dans la plupart des pays, la dynamique des dépenses d'assurance maladie continue d'être tirée par ces maladies (suivies par les cancers et le diabète).

La mortalité causée par les maladies cardio-vasculaires a fortement chuté, même si des écarts importants subsistent entre les pays

Les maladies cardio-vasculaires entraînent chaque année près de 2 millions de décès dans l'ensemble de l'Union européenne à 27, soit une part prédominante (42%) du total des décès (45% chez les femmes et 38% chez les hommes)². Les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent près des deux tiers des décès causés par ces maladies en 2006 (respectivement 37% et 25%)³.

Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et les pays du sud de l'Europe, dont la France, enregistrent les taux de mortalité par crise cardiaque les plus faibles. A l'inverse, les pays baltes, la Slovaquie, la Hongrie et la République tchèque ont les taux les plus élevés (cf. graphique 1). Selon l'OCDE, les écarts de mortalité par crise cardiaque entre les pays s'expliquent notamment par des facteurs de risque communément évoqués tels que le régime alimentaire. En ce qui concerne les AVC, la France a avec l'Irlande l'un des taux les plus bas. En revanche, les pays baltes, la Roumanie, la Bulgarie, la Hongrie et le Portugal affichent les niveaux les plus élevés (cf. graphique 2).

Depuis 30 ans, la mortalité liée à ces maladies a chuté dans la plupart des pays européens, sauf dans les pays d'Europe centrale et orientale, où elle n'a pas diminué aussi vite, voire a augmenté (cf. graphiques 3 et 4). La baisse s'explique en partie par une réduction des facteurs de risque liée à la consommation de tabac et à l'hypertension, mais également par les progrès en matière de traitements médicaux de l'AVC et des crises cardiaques.

Les maladies cardio-vasculaires demeurent les plus coûteuses

En France, les estimations de référence sur le coût des maladies cardio-vasculaires demeurent celles établies par la DREES en 2006 à partir des comptes nationaux de la santé de l'année 2002⁴. Selon ces estimations, les maladies cardio-vasculaires représentent le poste le plus important de dépenses au sein de la consommation de biens et services médicaux (CSBM) hors prévention, à savoir 12,6% des dépenses devant les troubles mentaux et les maladies ostéo-articulaires (respectivement 10,6% et 9%). Des travaux internationaux sont en cours afin de définir une nomenclature comptable commune pour les comptes de la santé et d'harmoniser les règles méthodologiques de coûts par pathologie⁵. Les études internationales de coûts par pathologie qui cherchent à

¹ Source : CNAMTS (2010), « Segmentation des assurés du Régime général », Journées CNAMTS.

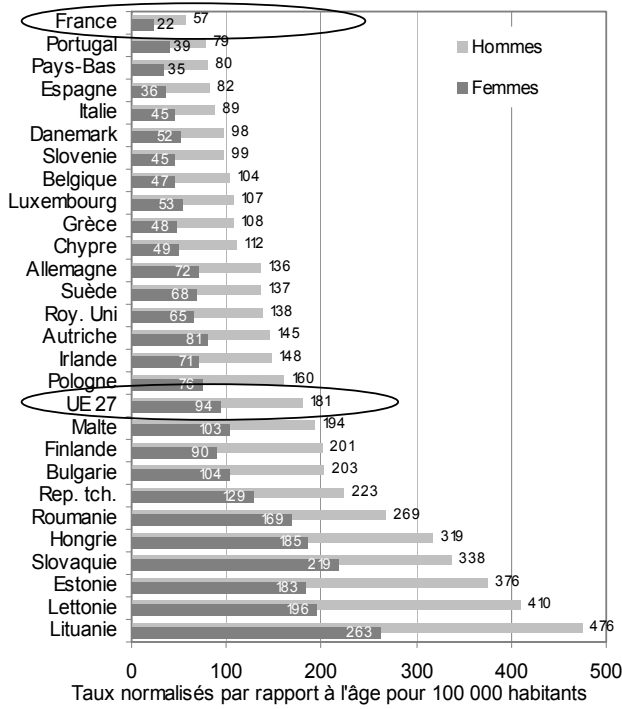
² Source : *European cardiovascular disease statistics 2008*, European Heart Network.

³ Source : OMS (2010), *European Mortality Database*: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

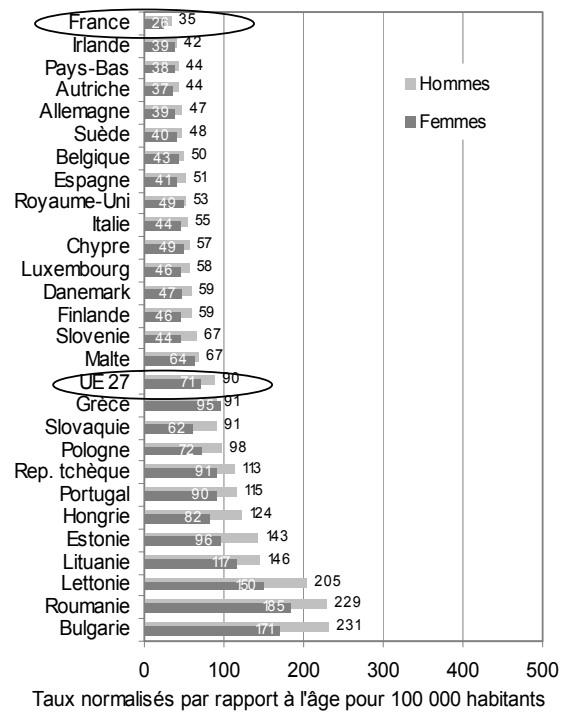
⁴ Source : Drees (2006), « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Etudes et Résultats*, n° 504, juil. Ces travaux, non encore actualisés à ce jour, demandent un travail de consolidation à partir de sources multiples : Comptes de la santé, PMSI pour les soins hospitaliers, étude permanente de la prescription médicale (EPPM) pour les soins ambulatoires et les médicaments, enquête ESPS de l'IRDES pour l'activité des auxiliaires médicaux, enquêtes CNAM....

⁵ Voir : IRDES (2009), « Etudes de coûts par pathologie », *Questions d'économie de la santé*, n° 143.

Graphique 1. Taux de mortalité due à une crise cardiaque, 2006 (ou dernière année disponible)

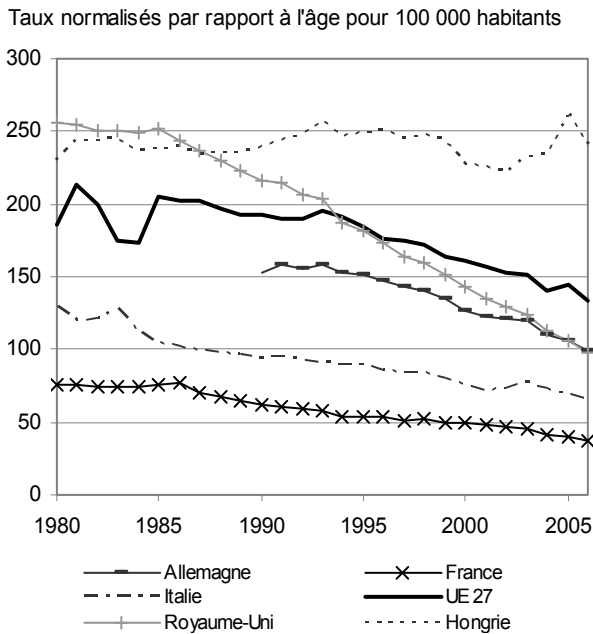


Graphique 2. Taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, 2006 (ou dernière année disponible)

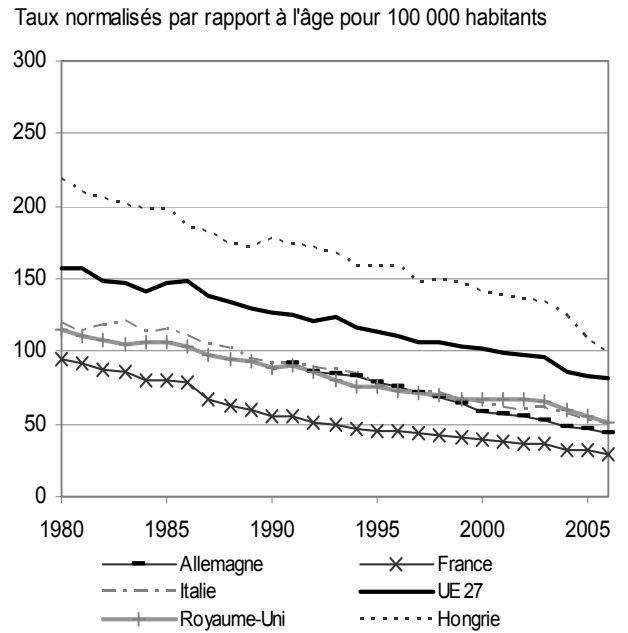


Source: OMS European Mortality Database, janv. 2010. Les données portent sur l'année 2006 -sauf Belgique, Portugal (2004), Espagne, Slovaquie (2005)- et sont normalisées par rapport à la structure par âge de la population.

Graphique 3. Evolution des taux de mortalité due à une crise cardiaque, 1980-2006



Graphique 4. Evolution des taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, 1980-2006



comparer les performances des différents pays évaluent à la fois les coûts économiques directs et les différents coûts indirects liés à leur prise en charge (cf. encadré 1).

En Europe, le coût direct des maladies cardio-vasculaires est évalué, selon les statistiques établies par l'Université d'Oxford, pour l'ensemble des financeurs des dépenses de santé à près de 110 Md€, soit un coût moyen annuel par habitant de 223 € en 2006 (cf. graphique 5)¹. Cela représente environ 10% de la dépense de santé des pays européens. Plus de la moitié des dépenses seraient relatives aux soins hospitaliers (54%), 28 % aux médicaments, le reste étant consacré aux soins ambulatoires (16%) et aux urgences (2%). En France, la répartition des coûts directs serait quasiment similaire (cf. graphique 6). Avec un coût total direct des maladies cardio-vasculaires estimé à 13 Md€ à partir de la consommation de biens et services médicaux (CSBM), soit une dépense moyenne par tête de 207 €, la France se situe à un niveau inférieur à la moyenne européenne mais surtout inférieur à celui des pays ayant les systèmes de financement de la santé les plus comparables, à savoir l'Allemagne et l'Italie (respectivement 413 € et 235 € par tête). Si l'on rapporte ce montant à la dépense courante de santé en 2006, cela donne une part des dépenses consacrées aux maladies cardio-vasculaires évaluée à près de 7% en France, contre plus de 14% en Allemagne et près de 11% en Italie. La France se distingue ainsi par un moindre coût de la prise en charge de ces maladies et de bons résultats en termes de mortalité.

En incluant les dépenses indirectes, davantage sujettes à caution (cf. encadré 1), le coût total des maladies cardio-vasculaires serait évalué pour l'ensemble de l'Union européenne à 192 Md€ par an, répartis entre 57% de coûts directs liés aux soins, 21% aux pertes indirectes de productivité et 22% à l'aide informelle fournie aux personnes atteintes de ces maladies. Dans le cas français, les coûts indirects seraient de l'ordre de 9 Md€, ce qui majorerait la dépense directe de près de 70 % pour atteindre 22 Md€ au total. La dépense totale se répartirait alors en France en 57% de coûts directs, 14% de coûts liés à des pertes de productivité et 29% à de l'aide informelle apportée aux patients. Ces coûts sont toutefois à mettre en regard des gains en nombre et qualité d'années de vie gagnées grâce aux soins.

Le poids des maladies cardio-vasculaires devrait encore augmenter avec le vieillissement de la population et l'intensification des traitements

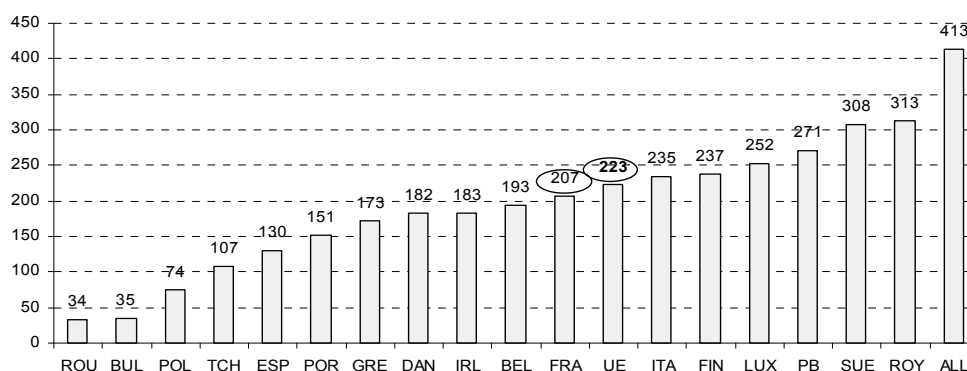
En France, la dépense remboursée en volume liée aux maladies cardio-vasculaires a augmenté de 5,8% en moyenne de 2005 à 2007 pour le régime général. A elles seules, les pathologies cardio-vasculaires expliquent ainsi 0,8 des 3,3 points annuels de la croissance de la dépense remboursée sur la période, soit environ un quart de l'évolution totale (contre 17% pour les tumeurs malignes et 15% pour le diabète). Si l'on prolonge les dernières tendances connues, la croissance annuelle moyenne des dépenses liées aux pathologies cardio-vasculaires continuerait d'être soutenue à l'avenir (+5,2% de 2008 à 2011) quoiqu'en léger ralentissement par rapport à la période récente.

Plus généralement, les dépenses de santé continuent d'être tirées par les affections de longue durée car les effectifs de malades traités augmentent plus rapidement que la population française (par exemple, +4,6% pour les pathologies cardio-vasculaires alors que la croissance de la population française était de moins de 1% par an entre 2006 et 2007) et que les coûts unitaires de traitement s'accroissent². L'augmentation du nombre de malades est liée à des facteurs démographiques (vieillesse de la population) et épidémiologiques (obésité) mais également à une intensification des traitements (dépistage et prise en charge plus précoces, efficacité des traitements...). Pour assurer la pérennité du système, la diffusion des progrès dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires doit donc se poursuivre en intégrant une optimisation de l'allocation des ressources, soit en favorisant notamment les prises en charge les moins coûteuses à efficacité thérapeutique équivalente.

¹ Source : Données 2006. *European cardiovascular disease statistics 2008*, European Heart Network.

² Source : CNAMTS (2010), « Qu'est-ce qui explique la croissance des dépenses ? », CSDS, janvier.

Graphique 5. Dépenses directes de santé par habitant liées aux maladies cardio-vasculaires en 2006 (en €)



Note : Ces dépenses par habitant ne sont pas corrigées des différences de structure par âge entre pays.

Source : Etude de l'European Cardiovascular statistics, publiée en 2008.

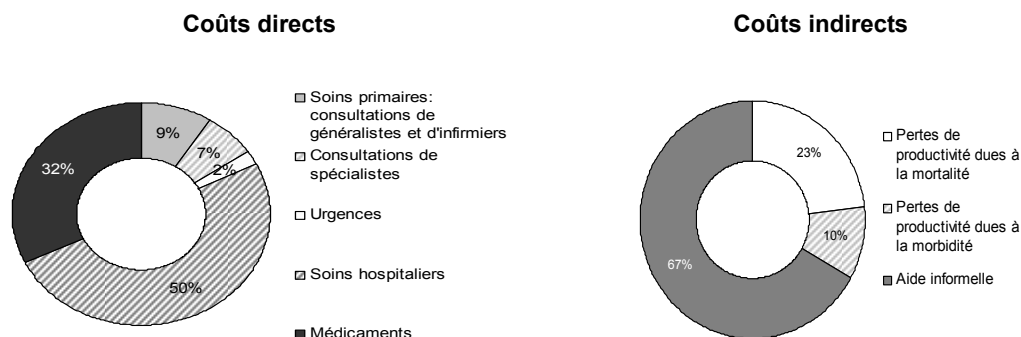
Encadré 1. La mesure du poids économique des maladies cardio-vasculaires

La littérature économique considère principalement deux catégories de coûts associés à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires et à leurs risques associés :

- **les coûts directs**: ce sont les coûts des ressources mobilisées pour traiter la maladie (soins hospitaliers, médicaments, soins ambulatoires) ;
- **les coûts indirects** : il s'agit des conséquences indirectes des maladies chroniques, à savoir la perte de productivité liée à la mortalité prématurée et à la morbidité sur la participation au marché du travail et le coût d'opportunité de l'aide informelle apportée à ces patients.

Les estimations de ces coûts doivent cependant être considérées avec précaution. Par exemple, les données relatives aux coûts directs présentées dans l'ouvrage *European Cardiovascular statistics 2008* portent en général sur l'année 2006. Or, pour la France, cette étude mobilise des données datant de 1998 et les actualise en utilisant l'évolution d'un indice de prix général entre 1998 et 2006, ce qui n'est pas exempt de critiques. En ce qui concerne les coûts indirects, il est délicat d'utiliser ce genre d'estimation car : d'une part, elles reviennent à ne prendre en compte que les décès de personnes en âge de travailler, et donc implicitement à dire que les décès après 60 ans ne représentent pas un coût pour la société ; et d'autre part, les estimations des pertes de production peuvent se faire en utilisant des méthodes assez différentes (prise en compte ou non des situations de chômage notamment), et reposent sur des hypothèses parfois assez frustes (notamment dans les études sur plusieurs pays). Les résultats peuvent donc varier fortement d'une étude à l'autre.

Graphique 6. Répartition du coût des maladies cardio-vasculaires en France (2006)



Source : European Cardiovascular statistics 2008.