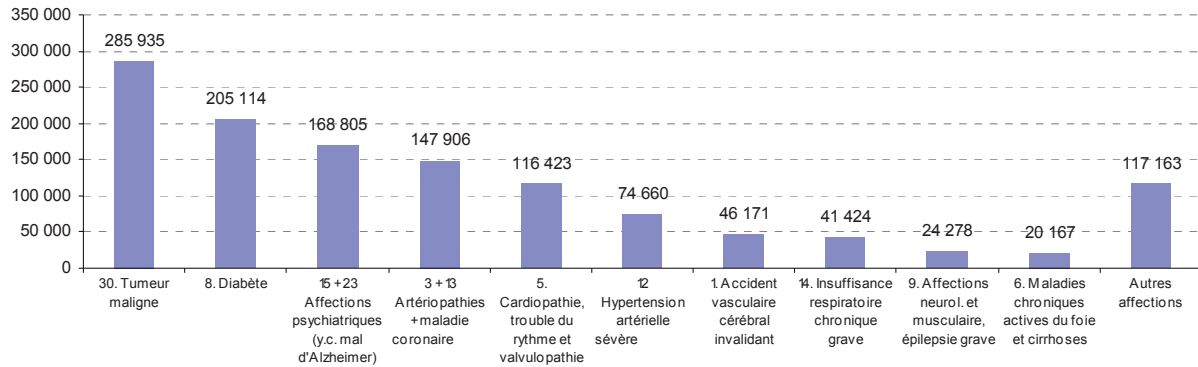


Indicateur n°14 : Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée

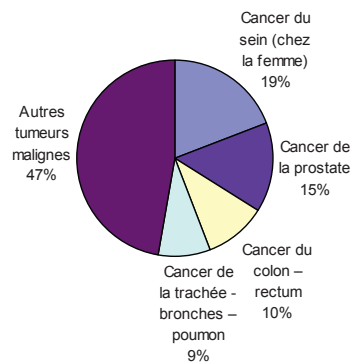
Sous-indicateur n°14-1 : effectif annuel des maladies admises au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD30)

Nombre d'admissions en ALD30 par affection en 2011



Source : CNAMTS. Champ : régime général.
Le numéro précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD₃₀.

Décomposition de l'ALD 30 tumeur maligne en 2011



Source : CNAMTS. Champ : régime général.

En 2010, 63% des dépenses d'assurance maladie (régime général) étaient affectées à la prise en charge des patients en affection de longue durée, selon les dernières données disponibles sur l'ensemble des champs de dépense. Ces patients, qui étaient 8,9 millions au seul régime général 2010 représentaient 16% de la population totale. La part des dépenses imputable aux soins prodigués à des assurés atteints d'une ALD₃₀ augmente constamment (cf. 2^{ème} sous-indicateur). Le suivi annuel du nombre de personnes en ALD₃₀ représente donc un enjeu majeur.

Le nombre d'assurés acceptés en ALD₃₀, au régime général, est passé de 869 000 en 2001 à 1 250 000 en 2011, soit une augmentation plus rapide que celle de l'ensemble de la population couverte. Au cours des dix dernières années écoulées, les admissions en ALD₃₀ ont augmenté à un rythme annuel moyen de + 3,7%. Le nombre d'admission en 2011 est en baisse pour la première fois (-4,1%), mais cette diminution fait suite à une très forte augmentation l'année précédente (+8,3% en 2010) et constitue un certain rééquilibrage du nombre d'admissions. En considérant les deux dernières années, le nombre d'admission augmente de près de 4%. En effet, les évolutions ne peuvent pas être appréhendées sur ces périodes distinctes sous un angle purement épidémiologique, mais semblent d'avantage s'expliquer par des modifications réglementaires importantes. Le ralentissement de la progression des admissions en ALD résulte essentiellement de la forte baisse du nombre d'admission en ALD « hypertension artérielle sévère » suite à la modification de la réglementation intervenue en juin 2011 excluant les cas d'hypertension isolée, non associée à d'autres risques cardio-vasculaires (près de 52% d'admissions en moins en 2011).

Taux de croissance annuel des admissions (incidences)

Nature de l'affection	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution annuelle moyenne de 2001 à 2011
30. Tumeur maligne	-0,2%	5,7%	1,1%	1,4%	3,7%	4,4%	2,8%
8. Diabète	5,5%	14,8%	4,0%	2,4%	10,4%	-1,8%	5,5%
23 + 15 Affections psychiatriques (yc maladie d'Alzheimer)	-4,1%	14,5%	5,2%	3,0%	9,5%	1,6%	3,7%
3 + 13. Artériopathie et maladie coronaire	11,6%	6,4%	0,6%	7,0%	8,5%	0,3%	3,5%
12. Hypertension artérielle sévère	25,7%	10,7%	-0,2%	11,7%	9,5%	-51,9%	-2,0%
5. Cardiopathie, trouble du rythme et valvulopathie	15,5%	9,1%	5,1%	8,1%	12,6%	7,4%	8,6%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	13,3%	13,9%	-1,5%	12,6%	9,6%	-4,6%	3,1%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	3,3%	10,8%	8,5%	9,4%	10,2%	4,2%	4,6%
9. Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	4,9%	7,8%	2,2%	1,1%	8,8%	1,9%	4,5%
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	-3,4%	7,2%	-0,6%	-1,6%	3,2%	-2,3%	0,1%
Autres affections	2,1%	8,1%	3,5%	5,1%	8,1%	7,1%	5,0%
Total	5,7%	9,7%	2,5%	4,9%	8,3%	-4,1%	3,7%

Source : CNAMTS - DSES. Champ : régime général.

Globalement, sur la période 2001-2011, les admissions pour maladies cardiovasculaires ont particulièrement augmenté, avec notamment les cardiopathies (+ 8,6% en moyenne par an). L'hypertension artérielle sévère (HTA), avant la modification du critère d'admission en 2011, enregistrait des progressions dynamiques (+6% en moyenne par an jusqu'en 2010). Les maladies cardio-vasculaires ont contribué pour près de 30% à l'augmentation des admissions totales sur la période 2001-2011 (et jusqu'à 40% avant la modification du critère d'admission de l'HTA). Viennent ensuite les admissions pour diabète, qui ont contribué pour 23% à l'augmentation des admissions totales, puis les admissions pour tumeurs (18%). Ces augmentations s'expliquent à la fois par des raisons épidémiologiques (augmentation des pathologies sévères en lien par exemple avec l'augmentation de l'obésité), démographiques (vieillesse de la population), mais aussi par des programmes de dépistage qui permettent de détecter plus précocement certaines pathologies graves (cancers, maladies neurologiques) et par suite de couvrir une population plus large.

L'augmentation du nombre de patients couverts par une ALD constitue le principal facteur d'accroissement des dépenses ALD sur la période 2005 - 2010 (cf. le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010, fiche 10-02 sur la dynamique des dépenses d'assurance maladie et des coûts par pathologie). Elle est même quasi-exclusive pour les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète, qui constituent près de 55% des dépenses ALD.

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 1,16 à 1,26 entre 2005 et 2010. 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, 1^{er} sous-indicateur :

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.

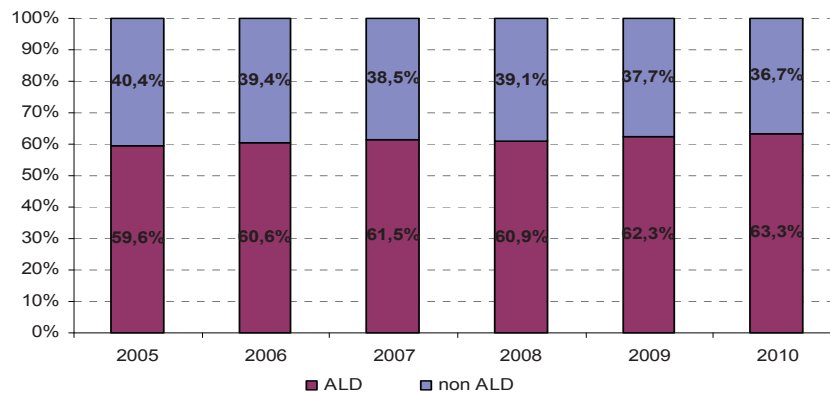
Le nombre d'admissions en 2010 a été revu à la hausse, le taux de croissance est ainsi passé de 4,8%, comme indiqué dans le PQE annexé au PLFSS pour 2011, à 8,3%.

Sous-indicateur n°14-2 : évolution des dépenses d'assurance maladie des assurés en ALD

Les pathologies chroniques les plus sévères expliquent la plus grande partie de la croissance des dépenses d'assurance maladie. C'est parmi ces pathologies, dont le traitement est le plus coûteux, que l'on constate en effet les progressions d'effectifs les plus rapides. Entre 2005 et 2010, les effectifs des personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) se sont accrus de 3,9 % par an alors qu'ils n'évoluaient que de 0,6 % pour les autres assurés.

En raison de cette évolution, les dépenses consacrées au dispositif ALD croissent à un rythme beaucoup plus élevé que l'ensemble des dépenses de santé et leur part dans l'ensemble des dépenses de santé s'accroît d'année en année.

Structure des dépenses de l'assurance maladie de 2005 à 2010



Source : CNAMTS, calculs DSS.

Note : à partir de 2008, la méthodologie d'estimation des dépenses a été modifiée. Les valeurs ne sont pas directement comparables avant et après cette date.

D'après les dernières données disponibles sur l'ensemble des soins, les dépenses d'assurance maladie relatives aux assurés en ALD sont estimées à plus de 100 milliards d'euros en 2010, soit 63 % des dépenses totales de la branche. Ces dépenses ont progressé de manière dynamique depuis 2005 à un taux de 5,0 % en moyenne par an de 2005 à 2008 puis de 5,7% en moyenne de 2008 à 2010 : elles expliquent ainsi en quasi exclusivité l'augmentation de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie qui ont, au total, progressé en moyenne de 3,4 % par an sur la même période 2005-2010 (sur le champ de l'ONDAM, d'après le rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2012). Compte tenu de ces rythmes de progression, la part des dépenses relatives aux ALD est passée d'un peu moins de 60 % en 2005 à plus de 63 % en 2010.

Cette tendance se confirme en 2011, où sur le seul champ des soins de ville, la part des dépenses des assurés en ALD progresse de 0,6 point et s'élève à 53,4%.

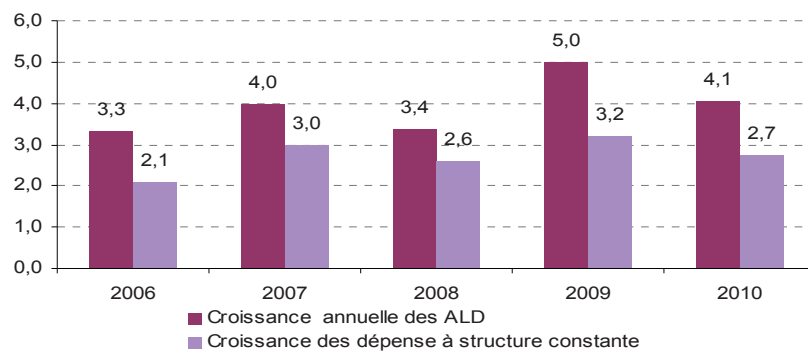
Cette hausse n'est pas tant due à l'évolution de la dépense moyenne consacrée à chaque patient en ALD, qu'à l'augmentation plus rapide que l'ensemble de la population des effectifs de patients en ALD. Comme le note la CNAMTS dans ses différents rapports, les causes de la tendance de fond d'accroissement des patients souffrant de pathologies chroniques sévères sont assez bien connues. Elles tiennent à l'évolution des caractéristiques de la population et aux progrès de la prise en charge sanitaire de celle-ci.

Les évolutions socio-démographiques de la population accroissent les facteurs de risque qui pèsent sur elle. Le vieillissement de la population joue de ce point de vue un rôle fondamental. Il a certes un effet ambigu sur la dépense de santé globale car d'une part les dépenses de santé augmentent avec l'âge pour une génération donnée mais d'autre part on constate à âge donné une augmentation des dépenses au fil des générations. En revanche, le vieillissement a un effet indéniable sur l'accroissement des cas de pathologie lourde. Les évolutions des modes de vie augmentent de leur côté les risques de survenue de certaines pathologies chroniques. L'exemple emblématique en la matière est le fort accroissement du nombre des patients atteints de diabète, pathologie qui renvoie à

des causes héréditaires mais également entre autres facteurs, à l'accroissement de la sédentarité, à l'évolution de l'alimentation et au développement de l'obésité.

La meilleure prise en charge des pathologies chroniques contribue également à l'accroissement des dépenses de santé. Les soins apportés aux patients s'améliorent considérablement au fil du temps. Ainsi, les dépistages précoces permettent de traiter les pathologies avec de meilleures chances d'endiguer leur progression et prolongent ainsi l'espérance de vie des patients atteints, avec la conséquence paradoxale d'amplifier encore la croissance des effectifs en ALD. L'innovation rapide rend par ailleurs disponibles de nouveaux traitements plus performants, qui permettent de traiter plus de patients et de prévenir de manière plus fiable les complications qui surviennent. Enfin, grâce à un meilleur suivi de leur état de santé, les patients souffrant de pathologie chronique lourde sont mieux couverts par le dispositif ALD. Ainsi, comme le note la CNAMTS, 80 % des patients diabétiques traités sont aujourd'hui pris en charge au titre du dispositif ALD, alors qu'ils n'étaient que 62 % en 1993.

Evolution des dépenses d'assurance maladie au titre des ALD et estimation du coût de la dynamique des dépenses ALD (à structure constante), en milliards d'euros



Source : CNAMTS, calculs DSS.

Note : à partir de 2008, la méthodologie d'estimation des dépenses a été modifiée. Les valeurs ne sont pas directement comparables avant et après cette date.

Note de lecture : en 2006, les dépenses en rapport avec les ALD ont augmenté de 3,3 Md€ par rapport à 2002. Si la structure des dépenses était restée la même qu'en 2005, entre ALD et non ALD, les dépenses ALD n'auraient augmenté que de 2,1Md€.

Les principaux facteurs de la déformation de la structure des dépenses de l'assurance maladie entre patients selon qu'ils sont en ALD ou non demeurent à documenter. Pour quantifier les différents phénomènes en jeu, des analyses ont été effectuées en lien avec la DREES et la CNAMTS sur le coût spécifique du dispositif ALD (cf. le rapport sur les comptes de la santé en 2010). Elles seront étendues à une analyse détaillée de la dynamique des dépenses des bénéficiaires de ce dispositif.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 14, 2^{ème} sous-indicateur :

Les données sont issues de la CNAMTS, extraites des bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). La méthodologie d'estimation des dépenses liées aux ALD est différente de celle présentée dans le PQE annexé au PLFSS pour 2011, et n'est par conséquent pas comparable. Par ailleurs, à partir de 2008, la méthode d'estimation est modifiée car issue des bases exhaustives (et non plus basée sur un échantillon représentatif). Les valeurs présentées dans les graphiques ne sont pas directement comparables avant et après cette date.

Une nouvelle méthodologie est en cours d'élaboration par la CNAMTS pour déterminer les dépenses relatives aux ALD. Ses résultats seront disponibles pour la prochaine édition des PQE.