

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

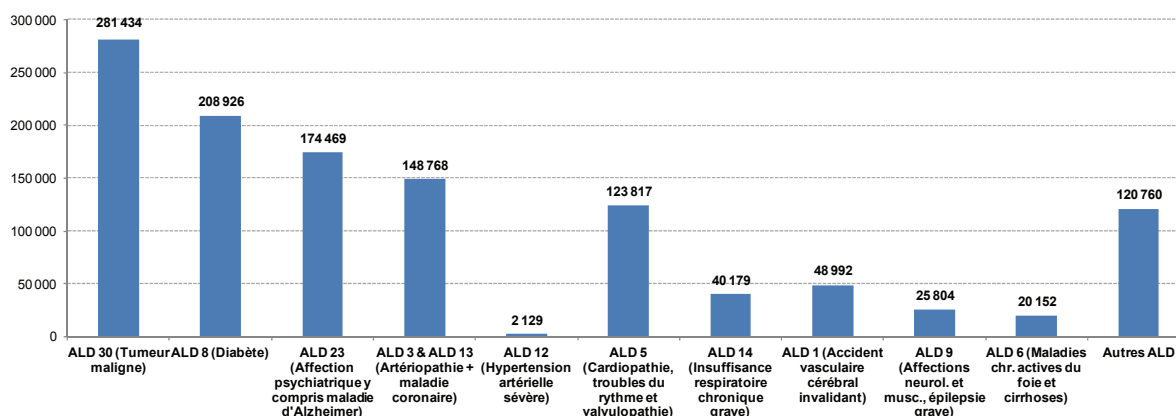
Sous-indicateur n°14-1 : effectif annuel des maladies admises au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD30)

En 2011, 60% des dépenses d'assurance maladie (régime général) étaient affectées à la prise en charge des patients en affection de longue durée (ALD) selon les dernières données disponibles et constituent la principale dynamique de l'évolution de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (cf. sous-indicateur 14-2). En 2012, ces prises en charges concernaient 9,5 millions au seul régime général, soit 16% de la population couverte. Le suivi annuel du nombre de personnes en ALD₃₀ représente donc un enjeu majeur.

Evolution des admissions en ALD (incidence)

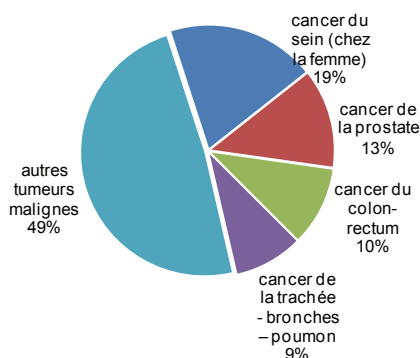
Le nombre d'admissions en ALD₃₀, au régime général, est passé de 869 000 en 2001 à 1 250 000 en 2012, soit une augmentation plus rapide que celle de l'ensemble de la population couverte. Entre 2001 et 2011, les admissions en ALD₃₀ ont augmenté à un rythme annuel moyen de 3,7%. Toutefois, pour la deuxième année consécutive, le nombre d'admission en ALD₃₀ est en baisse par rapport à l'année précédente : -4,2% en 2012 et -4,1% en 2011.

Nombre d'admissions en ALD30 par affection en 2012



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

Décomposition des admissions en ALD₃₀ (tumeur maligne) en 2012



Source : CNAMTS. Champ : régime général.

En 2011, la baisse observée s'expliquait par principalement par un « rééquilibrage » du nombre d'admission par rapport à 2010 où la croissance avait été forte (+8,3%) et la forte baisse (-52%) du nombre d'admission en ALD 12 (hypertension artérielle sévère) consécutive à la modification de la

réglementation intervenue en juin 2011 excluant les cas d'hypertension isolée, non associée à d'autres risques cardio-vasculaires.

En 2012, c'est essentiellement la quasi-disparition des admissions en ALD 12 (-97%)² qui explique la baisse du nombre d'admissions. En excluant les admissions en ALD 12, on constate au contraire une progression du nombre total d'admission en ALD de 2,4% entre 2010 et 2011 et de 1,7% entre 2011 et 2012. Le rythme de progression est cependant nettement plus faible que celui observé avant 2011 (+4,1% par an en moyenne entre 2006 et 2011).

Taux d'évolution annuel des admissions de 2006 à 2012

Nature de l'affection	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution annuelle moyenne	
								2006/2011	2006/2012
30. Tumeur maligne	-0,2%	5,7%	1,1%	1,4%	3,7%	4,4%	-1,6%	3,3%	2,4%
8. Diabète	5,5%	14,8%	4,0%	2,4%	10,4%	-1,8%	1,9%	5,8%	5,1%
23 + 15 Affections psychiatriques (yc maladie d'Alzheimer)	-4,1%	14,5%	5,2%	3,0%	9,5%	1,6%	3,4%	6,6%	6,1%
3 + 13. Artériopathie et maladie coronaire	11,6%	6,4%	0,6%	7,0%	8,5%	0,3%	0,6%	4,5%	3,8%
12. Hypertension artérielle sévère	25,7%	10,7%	-0,2%	11,7%	9,5%	-51,9%	-97,1%	-8,2%	-48,6%
5. Cardiopathie, trouble du rythme et valvulopathie	15,5%	9,1%	5,1%	8,1%	12,6%	7,4%	6,4%	8,4%	8,1%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	13,3%	13,9%	-1,5%	12,6%	9,6%	-4,6%	-3,0%	5,7%	4,2%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	3,3%	10,8%	8,5%	9,4%	10,2%	4,2%	6,1%	8,6%	8,2%
9. Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	4,9%	7,8%	2,2%	1,1%	8,8%	1,9%	6,3%	4,3%	4,6%
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	-3,4%	7,2%	-0,6%	-1,6%	3,2%	-2,3%	-0,1%	1,1%	0,9%
Autres affections	2,1%	8,1%	3,5%	5,1%	8,1%	7,1%	3,1%	6,4%	5,8%
Total	5,7%	9,7%	2,5%	4,9%	8,3%	-4,1%	-4,2%	4,1%	2,7%
Total hors ALD 12						2,4%	1,7%		

Source : CNAMTS - DSES. Champ : régime général

En 2012, bien que la progression du nombre d'admissions en ALD 5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie) soit moins forte (+6,4% par rapport à 2011) que celle observée sur les périodes précédentes (+8,4% par an sur la période 2006-2011), l'ALD 5 a contribué à près de 40% à l'augmentation des admissions en ALD (hors ALD 12) par rapport à 2011. Le reste de la croissance (hors ALD 12) est essentiellement porté par l'augmentation du nombre d'admissions pour affections psychiatriques (ALD 23 et ALD 15) ainsi que celles pour diabète (ALD 8) qui expliquent respectivement près de 30% et 20% de la croissance.

De façon générale, il convient d'être prudent dans l'interprétation des évolutions observées qui ne peuvent s'expliquer sous un angle purement épidémiologique (augmentation des pathologies sévères en lien avec par exemple l'augmentation de l'obésité) ou démographique (vieillesse de la population) dans la mesure où, comme le montrent les évolutions observées ces dernières années, le nombre d'admission en ALD est très sensible aux modifications des règles médico-administratives mais aussi à toutes actions ou programmes nouveaux visant à détecter plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible.

Evolution de la prévalence des ALD

Une analyse de la prévalence des ALD₃₀, exprimée ici en nombre d'individus bénéficiant d'une ALD donnée sachant qu'un individu peut bénéficier de plusieurs ALD, permet de mieux comprendre l'évolution des dépenses d'ALD (cf. sous-indicateur 14-2).

² Un assuré bénéficiant de l'ALD 12 et qui change de régime sera considéré d'un point de vue administratif comme une admission, ce qui explique la persistance en 2012 d'un certain nombre d'admission en ALD 12 (environ 2 000) malgré la modification réglementaire intervenue en juin 2011.

En 2012, la prévalence des ALD a augmenté en moyenne 6,4% par rapport à 2011. Les plus forts taux de croissance ont été observés pour l'ALD 5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie) et ALD 1 (accident vasculaire cérébral) avec dans les deux cas un taux de croissance supérieur à 10%. Toutefois, ce sont surtout les tumeurs malignes (ALD 30) et le diabète (ALD 8) qui, compte tenu de leurs effectifs et de taux de croissance élevés (respectivement 6,2% et 7,5%), expliquent (au global) près de 40% de la croissance. Par rapport à 2011, le nombre de bénéficiaires de l'ALD 12 (hypertension artérielle sévère) a diminué en 2012 de 4%, conséquence des modifications réglementaires intervenues en juin 2011 (cf. supra).

Prévalence des ALD 30 par affection en 2012

Nature de l'ALD	2011	2012*	Evolution en 2012	Part dans le total des ALD en 2012	Contribution à la croissance 2012
30. Tumeur maligne	1 872 135	1 988 252	6,2%	17,6%	17,2%
8. Diabète	1 993 623	2 142 682	7,5%	19,0%	22,0%
23 + 15 Affections psychiatriques (yc maladie d'Alzheimer)	1 328 975	1 445 354	8,8%	12,8%	17,2%
3 + 13. Artériopathie et maladie coronaire	1 391 766	1 483 399	6,6%	13,2%	13,6%
12. Hypertension artérielle sévère	1 183 124	1 135 738	-4,0%	10,1%	-7,0%
5. Cardiopathie, trouble du rythme et valvulopathie	731 321	814 413	11,4%	7,2%	12,3%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	343 721	365 198	6,2%	3,2%	3,2%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	304 224	336 859	10,7%	3,0%	4,8%
9. Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	233 372	254 179	8,9%	2,3%	3,1%
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	170 326	179 357	5,3%	1,6%	1,3%
Autres affections	1 039 670	1 122 916	8,0%	10,0%	12,3%
Ensemble des ALD	10 592 257	11 268 347	6,4%	100,0%	100,0%
Nature de l'ald 30 non identifiée ⁽¹⁾	700 343	540 590	-22,8%		
Ensemble yc ALD non identifiée	11 292 600	11 808 937	4,6%		
Nombre de bénéficiaires en ALD⁽²⁾	9 237 365	9 459 664	2,4%		

Source : CNAMTS. Champ : régime général

Le numéro précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD30 en 2012

⁽¹⁾ En 2012 une modification de la méthodologie de calcul des prévalences a permis de diminuer sensiblement les ALD.

⁽²⁾ Un patient peut avoir plusieurs 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 en 2005 à 1,24 en 2012.

Précisions méthodologiques:

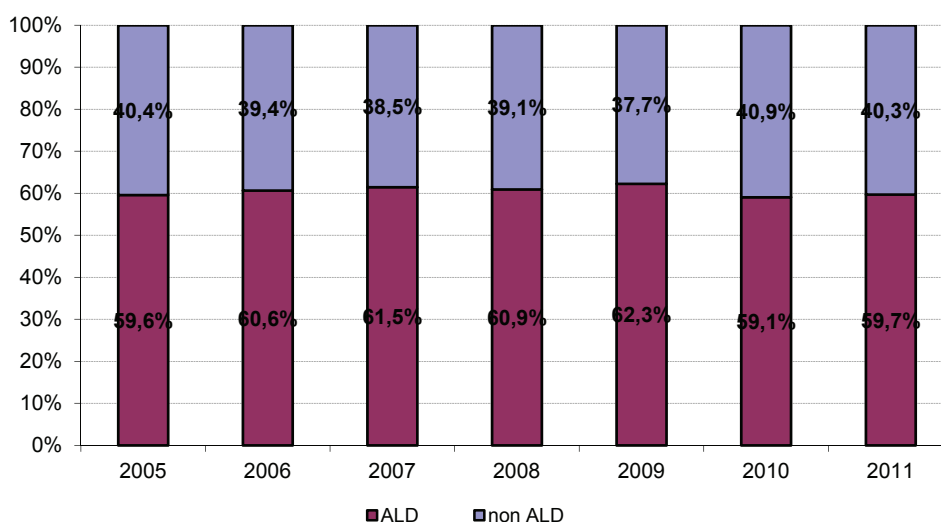
L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale au titre d'une des 30 affections de longue durée de la liste est subordonnée à une demande par le bénéficiaire ou son médecin traitant à la caisse d'assurance maladie puis à l'accord du médecin-conseil. Le service du contrôle médical recueille de 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.

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 2012, les effectifs des personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) se sont accrus de 3,5% par an, un rythme supérieur à celui des 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 2011



Source : CNAMTS, calculs DSS

Note : En 2008, la méthodologie d'estimation des dépenses a été modifiée. Les valeurs ne sont pas directement comparables avant et après cette date. Il en est de même à partir de 2010. Périodes avec méthodologie distincte: 2005-2007, 2008-2009 et 2010-2011.

D'après les dernières données disponibles sur l'ensemble des soins 2010 et 2011 (cf. précisions méthodologiques), les dépenses d'assurance maladie relatives aux assurés en ALD sont estimées à plus de 86 milliards d'euros en 2011, soit 60% des dépenses totales de la branche. Ces dépenses ont progressé de manière dynamique en 2011 à un taux de 3,2% : elles expliquent ainsi en quasi exclusivité l'augmentation de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (contribution de plus de 90%), les dépenses des non ALD progressant de +0,4%.

Sur le champ des données 2010 et 2011, les remboursements de soins ont augmenté de près de 3 Md€ entre 2011 et 2010, dont 2,7 Md€ pour ce qui concerne les seuls bénéficiaires d'une ALD. Si la structure des remboursements de soins était restée la même qu'en 2010 entre ALD et non ALD, les remboursements de soins des bénéficiaires d'une ALD n'auraient augmenté que de 1,7 Md€ entre les deux années.

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. Sur la période récente, la progression des effectifs en ALD s'est toutefois ralentie en raison notamment de la non admission depuis 2011 des patients souffrant d'hypertension isolée non associée à d'autres risques cardio-vasculaires.

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 sociodémographiques 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 de 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 d'une pathologie chronique lourde sont mieux couverts par le dispositif ALD.

Afin de mieux rendre compte de l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques, la CNAMTS a procédé à une analyse qui repose sur une meilleure connaissance par grand type de pathologie et de besoin de soins et non plus uniquement sur la répartition des dépenses selon qu'elles sont prises en charge ou non au titre d'une ALD (voir rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014).

Précisions méthodologiques :

Les données sont issues de la CNAMTS, extraites des bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) (et également du PMSI pour la période 2010-2011). La méthodologie d'estimation des dépenses liées aux ALD est différente selon la période observée (2005-2007, 2008-2009 et 2010-2011), et n'est par conséquent pas directement comparable. À partir de 2008, la méthode d'estimation est modifiée car issue des bases exhaustives (et non plus basée sur un échantillon représentatif). À partir de 2010, les données sont issues des travaux de cartographie des dépenses par pathologies. Les chiffres sont extraits pour le régime général (y compris SLM) en France entière puis extrapolés à l'ensemble des régimes. Précisions sur le champ de la méthode pour 2010-2011 : tous postes de l'ONDAM + IJ maternité et invalidité, hors dépenses (non individualisables) relevant des MIGAC, FMESPP, FAC, FIR et hors dépenses relevant de l'ONDAM médico-social.

Les valeurs présentées dans les graphiques ne sont pas directement comparables avant et après cette date.