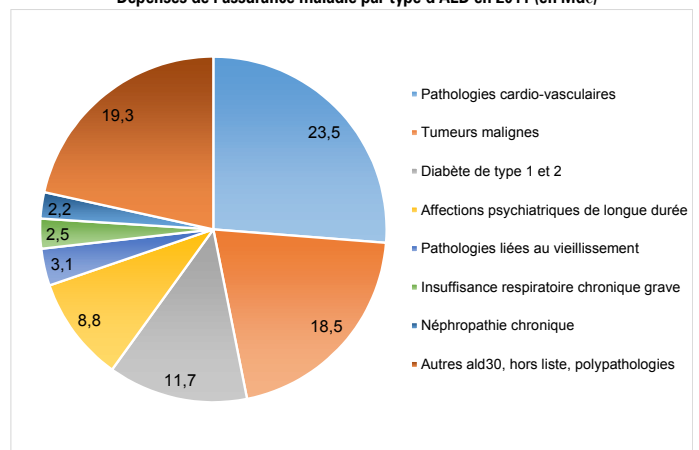


## Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?

- Les dépenses des personnes ayant une affection de longue durée (ALD) représentent aujourd'hui une part prépondérante des dépenses de santé remboursées (90 Md€ en 2011). Le dispositif ALD en lui-même, qui complète les remboursements de droit commun en exonérant de ticket modérateur les actes en lien avec ces pathologies, représente un surcoût pour l'assurance maladie de 12,5 Md€ mais qui ne représente qu'une faible part (14 %) du montant des dépenses de santé remboursées aux assurés ayant une ALD.
- Du fait du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques, les dépenses de santé remboursées augmenteraient, selon la projection réalisée, de 1,6 point de PIB en quinze ans pour atteindre 8,3 % du PIB en 2025. Cette progression proviendrait à parts égales du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. La part des personnes en ALD passerait ainsi de 15,4 % de la population en 2011 à 19,7 % en 2025.
- Le dispositif ALD génère des inégalités de traitement entre patients et peut leur laisser des restes à charge élevés. D'une part, du fait de son approche médicalisée, plutôt qu'économique (spécificité française), le dispositif ALD peut conduire à ce que deux assurés faisant face à des dépenses de santé semblables bénéficient *in fine* de remboursements très différents si l'un est exonéré au titre de l'ALD et l'autre pas. D'autre part, il n'atteint que partiellement son objectif de limiter les restes à charge des patients puisqu'un assuré sur vingt dépense encore plus de 900 € par an (hors dépassement et hors prise en charge par l'assurance maladie complémentaire) en soins et bien médicaux. Les malades en ALD, qui représentent un tiers de cette population (soit presque deux fois plus que leur part dans la population totale), demeurent à la merci de forts restes à charge pour des consommations sans lien avec leur ALD.
- Si des améliorations à la marge du dispositif ALD sont souhaitables, dont certaines sont d'ailleurs déjà engagées, (contrôle de l'ordonnancier bizonne, cohérence de la liste des pathologies couvertes par le dispositif ALD, introduction d'une durée de l'ALD), elles permettront de ne palier qu'imparfaitement les limites du dispositif. Une réforme systémique plus ambitieuse régulant la dépense publique et le reste à charge à partir de paramètres à définir (montant du plafond de reste à charge, niveau d'une éventuelle franchise, valeurs des tickets modérateurs) pourrait s'avérer plus pertinente. La prise en charge de la dépense de santé par l'assurance maladie obligatoire à partir de critères économiques rétablirait ainsi l'équité entre les malades, indépendamment de leur pathologie, tout en leur évitant des restes à charges trop élevés.

Dépenses de l'assurance maladie par type d'ALD en 2011 (en Md€)

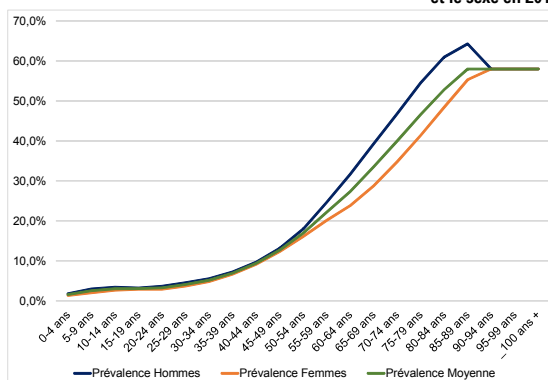


Source : CNAM, dépenses du régime général, extrapolées tous régimes, calculs DG Trésor.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge, dans le cas général, la totalité d'une dépense de santé. L'assuré participe en effet financièrement au coût des soins sous la forme d'un ticket modérateur<sup>1</sup>. Mis en place en 1945, le dispositif des affections de longue durée (ALD) exonère de ce ticket modérateur les malades atteints d'« affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »<sup>2</sup>. Les pathologies ouvrant droit au dispositif figurent sur une liste de trente maladies (ALD 30) établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé. En plus de ces affections, ont été créées, en 1986, deux ALD pour les pathologies « hors listes » : l'ALD 31 pour les cas où « le malade est atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave » et l'ALD 32 pour les cas où « le malade est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant grave ». Pour chacune des ALD 30, des critères médicaux définissent les conditions requises pour être admis au bénéfice du dispositif et par conséquent être exonéré de ticket modérateur. Une fois le diagnostic prononcé, l'admission d'un assuré en ALD est subordonnée à l'accord d'un médecin-conseil de l'assurance maladie. Depuis 1986, et en particulier avec l'introduction de l'ordonnancier « bizonne » en 1993, seuls les actes en rapport avec la pathologie de l'ALD sont effectivement exonérés de ticket modérateur.

Si, en 2011, 15 % de la population était en ALD, cette part était très fortement croissante avec l'âge et dépassait 50 % à partir de 80 ans (cf. Graphique 1). La plupart de ces malades étaient atteints par des maladies cardio-vasculaires, des tumeurs malignes et le diabète (cf. Tableau 1).

Graphique 1 : taux de prévalence des affections de longue durée selon l'âge et le sexe en 2011



Source : CNAMTS, retraitement DG Trésor aux âges élevés.

Note : du fait d'échantillons de taille restreinte aux grands âges le taux de prévalence des ALD au-delà de 90 ans semblerait fortement sous-estimé dans l'ensemble de la population, nous considérons alors que les taux de prévalence des ALD après 90 ans sont les mêmes pour les deux sexes et égaux au taux de prévalence de l'ensemble de la population âgée de 85 à 89 ans.

Tableau 1 : Groupes d'ALD : effectif et dépense prise en charge par l'ensemble des régimes d'assurance maladie en 2011

	Effectif (en milliers)	Remboursement annuel moyen des personnes en ALD (en €)	Dépense de l'assurance maladie (en Md€)
Pathologies cardio-vasculaires	2 566	9 200	23,5
Tumeurs malignes	1 712	10 800	18,5
Diabète de type 1 et 2	1 596	7 300	11,7
Affections psychiatriques de longue durée	949	9 300	8,8
Pathologies liées au vieillissement	290	10 600	3,1
Insuffisance respiratoire chronique grave	229	10 700	2,5
Néphropathie chronique	70	31 500	2,2
Autres ALD 30, hors liste, polyopathologies	2 349	8 200	19,3
<b>Total</b>	<b>9 763</b>	<b>9 200</b>	<b>89,6</b>

Source : CNAM, dépenses du régime général, extrapolées tous régimes (calculs DG Trésor).

## 1. Le dispositif ALD coûte 12,5 Md€ par an à l'assurance maladie (soit 9 % de ses dépenses)

On considère parfois que les montants couverts par le dispositif ALD correspondent au remboursement des personnes ayant une ALD (89,6 Md€ en 2011 ; cf. figure 2). Sur le champ de la CSBM<sup>3</sup> hors imputation des enveloppes forfaitaires hospitalières, ces remboursements représentent deux tiers des remboursements totaux de l'assurance maladie. Pourtant, ce montant ne représente pas le coût du dispositif ALD car :

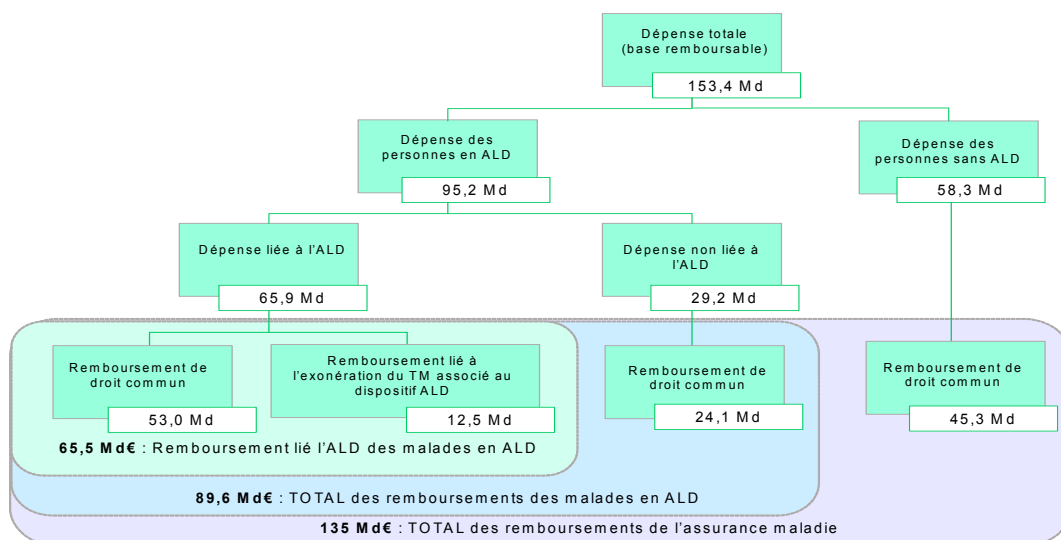
- Il inclut des dépenses sans lien avec la pathologie exonérante, même si elles ne représentent que le tiers des dépenses des bénéficiaires du dispositif ALD.
- Il inclut les remboursements de droit commun. Seule l'exonération du ticket modérateur constitue en effet un surcoût du dispositif par rapport au droit commun pour l'assurance maladie.

(1) En sus d'éventuels dépassements d'honoraires facturés pour certains actes dont le tarif excède le tarif de la sécurité sociale.

(2) Article L 322-3 du code de la sécurité sociale.

(3) La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM), agrégat des Comptes nationaux de la santé, comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins de ville, de transports de malades et de médicaments et autres biens médicaux.

Figure 2 : répartition des dépenses prise en charge par l'assurance maladie en 2011 et remboursements associés entre personnes bénéficiant du régime ALD et personnes n'en bénéficiant pas (en Md€)



Source : CNAMTS, retraitements DG Trésor.

Note : Les dépenses liées à l'ALD ne sont pas totalement remboursées du fait des franchises et participations forfaitaires.

Au final, si les remboursements des personnes en ALD représentent deux tiers des remboursements totaux de l'assurance maladie et l'essentiel de la croissance des dépenses, le coût associé au dispositif ALD est de 12,5 Md€ en 2011 (voir

encadré 1). Le coût du dispositif ALD ne représente donc que 19 % des remboursements liés à une ALD, 14 % des remboursements des personnes ayant une ALD et 9 % des dépenses de l'assurance maladie.

### Encadré 1 : Estimation du coût du dispositif des ALD

Les principales données utilisées dans cette note ont été fournies par la CNAMTS à partir d'une exploitation des données exhaustives du SNIIR-AM<sup>a</sup> sur le régime général en 2011. Elles sont extrapolées pour permettre un calcul sur l'ensemble des régimes. Le ratio entre le montant remboursé et la base de remboursement, que l'on appellera taux effectif de remboursement, est en moyenne plus élevé pour les personnes en ALD que pour les assurés sans ALD (cf. Tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 : Moyenne des taux effectifs de remboursement (en %) de la dépense remboursable en 2011

	Personnes souffrant d'une ALD	Personnes ne souffrant pas d'une ALD	Différence
Soins de ville	90,7	65,1	25,6
Hôpital	97,4	93,3	4,1
<b>Total</b>	<b>94,2</b>	<b>76,8</b>	<b>17,4</b>

Source : SNIIR-AM.

La différence est toutefois très faible à l'hôpital (50,4 % des remboursements des personnes en ALD contre 45,8 % pour les personnes sans ALD), où le ticket modérateur est souvent exonéré pour d'autres motifs que l'ALD<sup>b</sup>.

Pour déterminer le coût du dispositif ALD, il est d'abord nécessaire de distinguer les dépenses qui sont exonérées de ticket modérateur au titre de l'ALD de celles qui ne le sont pas. Ce partage est retranscrit dans un ordonnancier bizonne. Une fois isolées les participations forfaitaires et les franchises médicales (57 € en moyenne par malade en ALD<sup>c</sup>), on sait que la partie non remboursée des personnes en ALD provient de l'application du ticket modérateur sur la partie des dépenses sans lien avec l'ALD. À partir du niveau connu de dépenses non remboursées et du taux de remboursement des personnes sans ALD, le niveau de dépenses sans lien avec l'ALD peut donc être reconstitué<sup>d</sup>.

En l'absence du dispositif ALD, les assurés sociaux seraient remboursés selon les règles de droit commun. Par conséquent, le coût du dispositif peut être évalué par différence entre les remboursements effectifs et les remboursements qui auraient été réalisés selon les règles de droit commun. Cette évaluation fait implicitement l'hypothèse que le niveau de dépenses des personnes en ALD serait le même en l'absence du dispositif et que leur structure de consommation de soin serait comparable à celle que l'on observe sur les personnes sans ALD<sup>e</sup>.

**Le coût du dispositif ALD est ainsi estimé à 12,5 Md€ en 2011.** Sur le seul champ de soins de ville le coût pour l'ensemble des régimes est estimé à 10,7 Md€. Ce montant est cohérent avec celui calculé par la DRESS<sup>g</sup> qui évalue à 7,9 Md€ le coût du dispositif ALD trois ans plus tôt, en 2008, sur les soins de ville du seul régime général en utilisant les données de l'EGB<sup>h</sup>.

- Le SNIIR-AM est le Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie. Il contient toutes les prestations remboursées avec le codage détaillé de la prestation, ainsi que des informations sur l'âge, le sexe, le statut vis-à-vis de la CMU-C, la couverture au titre d'une affection de longue durée, le département et la région de résidence et enfin la date de décès. La base de données de l'année 2011 contient 58 240 000 individus.
- Rapport annuel du HCAAM 2013 « Les restes à charge à l'hôpital (public et privé) ».
- Les participations forfaitaires d'une part, les franchises médicales d'autre part, introduites respectivement en 2005 et 2008 sont plafonnées à 50 € par an. 57 € en moyenne correspond à la moyenne de la somme de ces deux contributions.
- La validité de cette dernière hypothèse est assurée par le fait de raisonner sur des groupes de personnes homogènes en termes d'âge, de sexe et de proximité vis-à-vis de leur date de décès. De plus les comparaisons des taux de remboursements ALD et non ALD sont menées indépendamment sur trois types de soins : soins de ville, soin en hôpital privé, soins en hôpital public.
- Cf. note précédente.
- Dont 1,8 Md€ pour l'hôpital et 10,7Md€ pour les soins de ville.
- Baillet A. (2010), « Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie », DREES, comptes nationaux de la santé.
- Echantillon généraliste de bénéficiaires, géré par la CNAMTS.

## 2. Près de 20 % de la population bénéficierait du dispositif ALD en 2025

Le nombre d'assurés bénéficiant du dispositif ALD a très fortement crû entre 1994 et 2012 passant de 3,3 millions à 9,5 millions<sup>4</sup>. Le vieillissement de la population n'explique qu'en partie cette progression. En effet, le principal facteur de croissance est l'augmentation de la prévalence des pathologies des ALD à âge et sexe donnés qui a progressé de +3,7 % par an entre 2001 et 2011<sup>5</sup>. Plusieurs hypothèses

peuvent être avancées pour expliquer cette évolution. Les premières, optimistes, y voient l'effet d'un meilleur dépistage ou la conséquence d'une meilleure survie dans les maladies. Une vision plus pessimiste associe ces augmentations à une détérioration des conditions et des modes de vie (sédentarité, pollution, mauvaise alimentation, etc.).

### Encadré 2 : Méthodologie de la projection

La méthodologie retenue est directement inspirée de celle du modèle PROMEDE<sup>a</sup> adapté pour les besoins de cette étude. Dans un premier temps, le scénario central de la dernière projection démographique de l'Insee est mobilisé pour déterminer, chaque année, le nombre de personnes d'âge et de sexe donnés décédant ou non dans l'année. Le fait de décéder dans l'année ou de survivre est un élément qu'il faut prendre en compte dans l'estimation de dépenses de santé puisque la consommation lors de la dernière année de vie est très élevée<sup>b</sup>.

On applique le taux de prévalence d'ALD observé en 2011 en fonction de l'âge, du sexe et du fait de survivre l'année suivante pour répartir la population en deux catégories, ALD et non ALD.

Il est ensuite imputé à chacune de ces catégories le montant de dépenses remboursées par personne de 2011.

La version originale du modèle PROMEDE est affinée pour tenir compte de la spécificité des différentes ALD. Au lieu d'être regroupées en une classe générale, les ALD sont réparties en huit catégories en fonction de leur proximité médicale (cf. Tableau 3) et toutes les statistiques utilisées (prévalence, remboursement moyen par âge et sexe) le sont avec ce niveau de détail. Elles sont issues des données exhaustives du SNIIR-AM sur le régime général en 2011<sup>c</sup>.

Tableau 3 : Évolution annuelle moyenne de la prévalence par groupe d'ALD entre 2008 et 2011

ALD	Évolution annuelle moyenne
Diabète de type 1 et 2	6 %
Insuffisance respiratoire grave	3 %
Néphropathie chronique	7 %
Pathologies cardio-vasculaires	4 %
Pathologies liées au vieillissement	4 %
Tumeurs malignes	2 %
Affectations psychiatriques longue durée	3 %
Autres ALD	5 %
<b>Total</b>	<b>3 %</b>

Source : CNAMTS, SNIIR-AM.

Pour la projection, là où le modèle PROMEDE prévoyait une hausse des dépenses en utilisant une élasticité au PIB dont l'interprétation est difficile, la projection réalisée ici repose uniquement sur la hausse attendue des effectifs en ALD. Cette méthodologie semble mieux correspondre à la dynamique observée sur la dernière décennie. Les prévalences ont ainsi été prolongées en suivant les tendances observées sur les années passées (cf. Tableau 3). Puisque ces tendances ne peuvent se poursuivre indéfiniment<sup>d</sup>, on suppose que la progression annuelle de la prévalence décroît au cours du temps, de 10 % par an. Le supplément de dynamique des dépenses de santé par rapport au PIB étant pris en compte par l'augmentation de la prévalence, les dépenses moyennes par âge et sexe sont supposées constantes (en € 2011).

Avec ces hypothèses, en 2025, 13,2 millions de personnes seraient en ALD, soit 19,7 % de la population contre 15,4 % en 2011.

Le surcoût engendré par le dispositif ALD prévu par le modèle en 2025 est de 17,1 Md en euros constants contre 12,5 Md€ en 2011. Cette hausse de 4,6 Md€ par rapport à 2011 peut être décomposée en un effet démographique lié à la taille de la population et à son vieillissement (+2,4 Md€) et un effet dû à l'accroissement de la prévalence (+2,2 Md€). **La hausse de la dépense associée aux ALD est due autant aux changements démographiques qu'à l'augmentation de la prévalence des pathologies.**

Cette augmentation du surcoût de l'ALD se place dans un contexte plus général d'augmentation des dépenses de santé. En 2025, selon notre projection, les remboursements totaux de soins de santé représenteraient l'équivalent de 168 Md€ (8,3 % du PIB, +32 Md€) de 2011.

- Geay C. et de Lagasnerie G. (2013), « Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE », *Documents de travail de la DG Trésor*, n°8.
- Voir le paragraphe 2.2.2. (p.17 et suivantes) du document précité.
- On fait donc l'hypothèse que les prévalences des ALD dans les autres régimes d'assurance maladie sont les mêmes que celles observées sur le régime général.
- Ceci pour prendre en compte une tendance au ralentissement dans l'augmentation de la prévalence.

(4) Pour les assurés inscrits au régime général.

(5) Source : Annexe 1 du PLFSS 2013 « Programmes de Qualité et d'Efficiency - Maladie », p.67. Champ : régime général.

Compte tenu de ces rythmes de progression, la part des dépenses remboursées relatives aux ALD dans les dépenses totales remboursées par l'assurance maladie est passée de 44 % en 2002 à 59 % en 2009<sup>6</sup>.

Selon le modèle de projection utilisé dans cette étude (cf. encadré 2), cette part passerait de 66 %<sup>7</sup> en 2011 à

68 % en 2025. Les dépenses de santé remboursées atteindraient alors 8,3 % du PIB contre 6,6 % en 2011<sup>8</sup> (+32 Md€) principalement du fait de l'augmentation des dépenses des personnes en ALD. Les malades en ALD représenteraient alors 19,7 % de la population (15,4 % en 2011).

### 3. Le dispositif ALD ne remplit pas pleinement ses objectifs

#### 3.1 Des restes à charge élevés persistent, malgré le dispositif

Ce dispositif, mis en place lors de la création du système d'assurance maladie français en 1945, a pour mission implicite de limiter les restes à charge des assurés ayant des dépenses élevées. Même s'il permet tout de même de diminuer les restes à charge des personnes qui en bénéficient et potentiellement d'améliorer leur accès aux soins<sup>9</sup>, cet objectif n'est pas atteint : les 5 % d'assurés ayant les restes à charge (hors dépassements) les plus élevés dépensent plus de 900 € dans l'année pour leur santé<sup>10</sup>. Cela concerne potentiellement tous les assurés :

- un assuré qui ne bénéficie pas du dispositif ALD peut en effet faire face à des dépenses de soins importantes ; c'est par exemple le cas d'un individu qui subirait des fractures multiples après une chute. Deux tiers des 5 % des assurés ayant les plus forts restes à charge sont dans ce cas. L'approche des ALD, centrée sur le diagnostic médical et une liste de pathologies, est donc insuffisante pour protéger la population contre le risque de subir des restes à charge très élevés - puisque toutes les pathologies coûteuses ne sont pas exonérées - et contre le risque de non-recours qui en découle ;
- les bénéficiaires du dispositif ALD sont eux-aussi exposés à ces risques puisqu'ils représentent un tiers des 5 % des assurés ayant les restes à charge les plus élevés. Même si leur éligibilité au dispositif ALD devrait les prémunir contre les forts restes à charge, ils sont ici plus nombreux que dans l'ensemble de la population dont ils représentent 15 % des assurés. Cela montre les limites du dispositif. Ces forts restes à charge proviennent de l'absence d'exonération des dépenses sans lien avec l'ALD et dans une moindre mesure des franchises et participations forfaitaires de 1 €.

#### 3.2 Les malades sont traités de façon inégale

Le dispositif ALD repose sur une approche purement médicale. Cette spécificité française conduit à ce que deux individus faisant face à des montants de soins semblables puissent être remboursés différemment. Par exemple, si un assuré multiplie les accidents ou pathologies, il pourra subir une dépense de santé importante et un reste à charge élevé

sans bénéficier du même remboursement qu'un malade en ALD avec un niveau de dépense voisin.

De plus, l'admission même au dispositif ALD peut aussi être source d'inégalité de traitement. La relative méconnaissance du dispositif par les assurés sociaux peut les conduire à ne pas solliciter leur classement en ALD quand bien même il serait justifié. Celui-ci sera alors parfois dépendant de l'appréciation du médecin qui peut être variable. En effet, si pour certaines ALD, les critères d'admission sont objectifs (mesure d'un taux de glycémie à jeun par exemple), des paramètres subjectifs entrent parfois en ligne de compte. Une étude de la CNAMTS pointe ainsi que les affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) ne sont pas traitées uniformément dans toutes les régions de France prouvant de ce fait que des critères non strictement médicaux interviennent dans la décision de faire bénéficier à un patient du système des ALD<sup>11</sup>. En particulier, il n'est pas exclu que les médecins-conseil tiennent compte des ressources financières des patients, comme cela avait pu être observé, dans le cas d'hypertension artérielle sévère, par la CNAMTS<sup>12</sup>. Cette démarche s'inscrit vraisemblablement dans un objectif louable de santé publique et de limitation du non recours au soin. Cependant, si de telles considérations devaient intervenir, il serait préférable que ce soit sur des bases objectives et transparentes. À défaut, la prise en compte des ressources financières des assurés pourrait être réalisée par un plafonnement du reste à charge en fonction du revenu (cf. *infra*).

#### 3.3 Le coût augmente sans qu'il soit possible de le maîtriser

Comme on l'a évoqué *supra*, les dépenses de santé vont augmenter, en grande partie tirées par la dépense des personnes en ALD. Même s'il n'est pas illogique que les dépenses de santé progressent plus vite que la création de richesse nationale dans un contexte de progrès technique et de vieillissement de la population, le fait de ne pas disposer d'outil de régulation sur la dépense associée aux ALD peut faire courir un risque pour la soutenabilité du système. Le dispositif ALD n'offre pas d'élément de régulation, ni du côté de l'offre de soin, ni du côté de la demande<sup>13</sup>. Il convient dès lors d'envisager une réflexion portant sur les mesures permettant de mieux maîtriser la dynamique actuelle.

(6) Source : Annexe 1 du PLFSS 2011 « Programmes de Qualité et d'Efficiency - Maladie », p.65. Il n'est pas possible de donner une évolution 2002-2011 du fait d'un changement de méthodologie dans le calcul de la part des dépenses relatives aux personnes en ALD. Le champ sur lequel est calculée cette évolution, qui intègre une imputation individuelle des enveloppes forfaitaires hospitalières se distingue de celui du reste de l'étude.

(7) Ce chiffre est établi sur un champ différent de celui sur lequel a été calculé le chiffre de 59 % pour 2009 mentionné *supra*. En particulier, il n'intègre pas l'imputation individuelle des enveloppes forfaitaires hospitalières.

(8) Le PIB utilisé pour 2025 est celui du scénario B du COR (rapport de décembre 2012).

(9) Dourgnon P., Legos L. et Or Z. (2013), « L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », IRDES.

(10) Source : DG Trésor, calculs réalisés sur l'EGB.

(11) Vallier N., Salanave B., Weill A. (2006), « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », CNAMTS, *Point de repère*, n°1.

(12) Voir *supra*.

(13) En dehors des participations forfaitaires et franchises médicales.

## 4. Quelles évolutions du dispositif ALD pour continuer à protéger les malades ?

Le dispositif ALD souffre donc de limites importantes, il convient dès lors de le moderniser pour en assurer sa pérennité.

### 4.1 Des propositions de réforme du système actuel peuvent être envisagées...

#### 4.1.1 Proposition 1 : réduire le nombre de pathologies couvertes par le dispositif des ALD

Un moyen théorique de freiner la progression des effectifs en ALD est de retirer certaines pathologies du champ couvert. Le retrait en 2011 de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD, hors cas de « gravité clinique avérée », crée un précédent à cette démarche. Toutefois, il faut noter qu'elle a été motivée par le fait que l'hypertension est un facteur de risque et non une maladie (voir l'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le sujet<sup>14</sup>). Cette piste ne peut être envisagée que si le retrait d'une pathologie est justifié pour des raisons médicales.

#### 4.1.2 Proposition 2 : respecter de manière plus stricte l'ordonnancier bizonne

Des éléments laissent penser que l'ordonnancier bizonne<sup>15</sup> n'est pas toujours bien respecté. Cela a pour conséquence une prise en charge trop importante des dépenses de santé considérées à tort comme ayant un rapport avec la pathologie. Un meilleur respect du « bizonne » pourrait être obtenu par des contrôles mais aussi par une meilleure sensibilisation des médecins dès leur formation initiale ou encore en augmentant la pédagogie auprès des patients<sup>16</sup>. Cela permettrait ainsi de limiter la surconsommation et les tensions qui peuvent parfois exister entre patients et professionnels de santé autour de cette prise en charge à 100 %.

Si malgré les efforts récents, des marges de manœuvre existent sur le respect de l'ordonnancier bizonne, l'impact sur les dépenses hospitalières serait limité. En effet, les motifs d'exonération du ticket modérateur autres que l'ALD y sont nombreux (acte coûteux (supérieur à 120 €) réalisé au cours du séjour, invalidité, maternité etc.), si bien que l'exonération du ticket modérateur serait la plupart du temps maintenue, ne modifiant donc ni les comportements ni les remboursements.

Sur les soins de ville en revanche, si, par exemple, 5 % des dépenses en lien avec une ALD étaient reconsidérées pour ne plus être en lien avec leur ALD, les remboursements diminueraient de 530 M€, peut-être davantage si le fait de ne pas rembourser intégralement ces soins en dissuade leur consommation.

#### 4.1.3 Proposition 3 : être plus strict sur les entrées et les sorties d'ALD

Si le respect de l'ordonnancier bizonne était total, l'admission ou non en ALD n'aurait pas de conséquence sur les remboursements. En effet, un patient admis en ALD, mais guéri de sa maladie, n'aurait plus aucune dépense liée à la pathologie exonérante et tous ses soins seraient remboursés selon les règles de droit commun. Toutefois, l'ordonnancier bizonne n'est pas complètement respecté (cf. paragraphe précédent). De plus, il existe nécessairement une marge

d'interprétation lorsqu'un patient est en ALD. Par exemple, une visite chez le médecin généraliste peut couvrir plusieurs sujets et être assez facilement considérée en lien avec la pathologie de l'ALD même si le bénéfice du dispositif ALD est discutable. Malgré la mise en œuvre de l'ordonnancier bizonne, il est donc important d'exclure du dispositif un patient qui n'est pas ou plus éligible.

Si le forfait annuel de 40 € perçu depuis 2005 par le médecin traitant pour le suivi des patients en ALD peut constituer pour ce dernier une incitation au classement et au maintien de patients en ALD, l'inscription en 2011 dans le code de la sécurité sociale d'une durée *a priori* de l'ALD de 2 ou 5 ans devrait avoir un effet régulateur pour que les individus guéris ne bénéficient plus de statut ALD. Pour que l'inscription en ALD soit reconduite il faut en effet émettre une demande argumentée au médecin-conseil. Cet effort de régulation devrait être maintenu.

#### 4.1.4 Proposition 4 : objectiver les pathologies des ALD 31 et 32

La Haute autorité de santé (HAS) pourrait mener des études plus régulières et plus systématiques de la liste des ALD afin de tenir compte du progrès médical et de l'évolution des coûts des traitements dans la liste des pathologies couvertes. L'admission aux ALD 31 et 32 pourrait être objectivée *via* des listes de pathologies et de polyopathologies. Cet allongement de la liste pourrait se traduire par un meilleur contrôle des admissions puisque l'inscription d'un assuré au dispositif ALD serait décidée par un collège d'expert au sein de la Haute autorité de santé et non plus par l'appréciation individuelle de chaque médecin-conseil comme c'est actuellement le cas.

### 4.2 ... Même s'il est préférable de réfléchir à une réforme systémique de la prise en charge des soins

On présente ici des idées de réformes plus structurelles du système de santé français qui, sans lui être forcément spécifiques, auraient un impact particulier sur le dispositif ALD assurant ainsi sa soutenabilité. Un avis de la HAS de 2007 rappelle la confusion parfois faite entre le dispositif ALD entendu comme mécanisme d'exonération du ticket modérateur - l'objet de cette publication - et le dispositif ALD en tant que mécanisme de protocolisation des soins. Ces deux sens doivent être dissociés, et la protocolisation, souhaitable par ailleurs, ne sera pas évoquée ici.

#### 4.2.1 Agir sur la prévalence des ALD

La projection réalisée dans ce document montre que la moitié de l'augmentation de la dépense associée au dispositif de prise en charge des ALD attendue ces dix prochaines années est due à l'augmentation attendue de la prévalence. Si des mesures de prévention parvenaient à réduire de moitié l'augmentation de la prévalence attendue, cela permettrait de réduire la dépense publique de santé de 7 Md€<sup>17</sup> par an à horizon 2025.

Il peut donc s'avérer payant d'investir dans les dispositifs de prévention des ALD<sup>18</sup>.

(14) HAS (2011), « Avis de la HAS sur le projet de décret visant à la suppression de l'ALD hypertension artérielle ».

(15) Vallier N., Salanave B., Weill A. (2006), « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », CNAMTS, *Point de repère*, n°1.

(16) Ce qui aurait comme externalité positive d'avoir des citoyens mieux informés du rôle de l'assurance maladie obligatoire augmentant leur consentement à payer mais aussi leur information lors du choix d'une complémentaire santé.

(17) Chiffre incluant le surcoût lié au dispositif ALD mais aussi les remboursements de droit commun.

(18) La prévention est entendue ici au sens de « empêcher l'apparition de maladies ».

#### 4.2.2 Rembourser en fonction de la dépense et non en fonction de la pathologie.

Le remboursement différencié selon des critères médicaux et une liste de pathologies est une spécificité française. La plupart des autres pays préfèrent une démarche plus économique avec un plafond annuel de reste à charge (cf. encadré 3). La dimension économique n'est pour autant pas complètement absente de la démarche française, puisque pour être qualifié en ALD, le traitement d'une affec-

tion doit remplir un critère médical (sa gravité), temporel (durer plus de six mois) mais aussi être « particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements »<sup>19</sup>. La définition de ce qu'est un acte particulièrement coûteux n'est toutefois plus précisée réglementairement depuis 1986. La limite de participation de l'assuré était alors fixée à 80 francs par mois (l'équivalent de 20 € en 2014) instaurant de fait un plafond de reste à charge.

#### Encadré 3 : Comparaison des systèmes de limitation de la charge financière des assurés pour les maladies chroniques dans 4 pays européens

Pays	Conditions d'accès au dispositif de maladie chronique	Mesures visant à limiter la charge financière
France	Liste de pathologies qui ouvrent l'accès au dispositif (et certaines hors liste) après accord du médecin-conseil de l'assurance maladie.	Exonération du ticket modérateur pour les soins en rapport avec l'ALD (système d'ordonnancier bizona).
Allemagne	Patient suivi médicalement pendant un an + dépendance forte ou handicap d'au moins 60 % ou traitement médicamenteux continu nécessaire.	Plafond de dépense à 1 % des revenus annuels du ménage (au lieu de 2 % pour les personnes en dehors du dispositif).
Belgique	Personnes nécessitant des soins infirmiers longs, ayant été beaucoup hospitalisées, bénéficiaires d'allocations sociales ou pour personnes âgées.	Allocation forfaitaire de 253,6 € par an. Il faut une dépense au moins égale à 365 € (pour les personnes défavorisées) ou 450 € pour y accéder.
Suède	Pas de dispositif spécifique pour les maladies chroniques.	Plafond à 100 € pour les consultations, 200 € pour les médicaments et 222 € pour les dispositifs médicaux soit un plafond global de 522 €.

Source : HAS (2007), « La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens », document de travail de la HAS.

L'approche économique fondée sur le montant remboursé et un plafond de reste à charge a l'avantage de traiter indifféremment les patients selon leur pathologie. Comme le souligne un avis de la Haute autorité de santé (décembre 2007)<sup>20</sup>, il y a en effet une relative injustice entre les patients dont la pathologie est sur la liste des ALD et qui sont exonérés de ticket modérateur et ceux qui ne le sont pas alors même qu'ils ont des dépenses et des restes à charge élevés.

Le fait que les polyopathologies constituent un motif d'exonération (ALD 32) peut être perçu comme une distanciation vis-à-vis d'une liste de pathologies et le début de généralisation qui conduit à décider du niveau de prise en charge en fonction de la dépense et non du diagnostic.

D'après le modèle ISIS<sup>21</sup>, sur les soins de ville, à niveau de dépense de l'assurance maladie inchangé, la suppression du dispositif ALD permettrait la mise en place d'un plafond de reste à charge de 570 €<sup>22</sup> pour l'année 2010 (5 % des assurés ayant actuellement un reste à charge excédant 900 €). Financé par redéploiement, ce système permettrait de plafonner réellement le reste à charge des assurés, actuellement en ALD ou non, mais pourrait augmenter la charge pesant sur certains malades répertoriés en ALD ayant une faible consommation de soins sans rapport avec leur ALD.

#### Conclusion

Le dispositif des affections longue durée est parfois dénoncé comme responsable de l'augmentation des dépenses de santé. Pourtant, si l'exonération de ticket modérateur représente effectivement un surcoût pour l'assurance maladie, celui-ci est limité (9 % de la dépense totale). Sa dynamique importante résulte autant du vieillissement démographique que de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ce dispositif, qui concernera en 2025 un Français sur cinq, ne permet cependant pas de limiter les restes à charge des assurés sans offrir de réelles garanties de soutenabilité.

Si des ajustements à la marge au dispositif peuvent être envisagés (assurer une homogénéité du classement en ALD, assurer un meilleur respect de l'ordonnancier bizona, revoir la liste pour faire disparaître les ALD 31 et 32), une réforme d'envergure pourrait s'avérer plus pertinente. Elle pourrait consister en l'abandon du dispositif ALD et de son approche médicale autour d'une liste de pathologies au profit d'un dispositif qui fixerait la participation de l'assurance maladie en fonction du niveau de dépense du patient. Elle permettrait tout à la fois d'assurer l'équité entre tous les assurés quelles que soient leurs pathologies, de prévenir des restes à charge élevés et de disposer d'un système ajustable (montant du plafond de dépense, niveau d'une éventuelle franchise, taux moyen de remboursement, etc.) pouvant concilier la maîtrise de la dépense de santé et la qualité de la prise en charge médicale.

**Daniel CABY, Alexis EIDELMAN**

(19) Article R322-6 du code de la sécurité sociale.

(20) HAS (2007), « Affections de longue durée : liste et critères médicaux d'admission », Avis.

(21) De Lagasnerie G. (2012), « Évaluation de modifications du système de remboursement des soins, enseignements de la maquette ISIS », Documents de travail de la DG Trésor, n°4.

(22) Montant n'incluant pas les dépassements d'honoraires et ne prenant pas en compte les remboursements des assurances complémentaires.

**Éditeur :**

Ministère des Finances  
et des Comptes publics  
et Ministère de l'Économie  
de l'Industrie et du Numérique

Direction générale du Trésor  
139, rue de Bercy  
75575 Paris CEDEX 12

**Directeur de la Publication :**

Sandrine Duchêne

**Rédacteur en chef :**

Jean-Philippe Vincent  
(01 44 87 18 51)  
tresor-eco@dgtresor.gouv.fr

**Mise en page :**

Maryse Dos Santos  
ISSN 1777-8050  
eISSN 2417-9620

**Derniers numéros parus****Avril 2015**

**n°144.** La situation économique mondiale au printemps 2015 : l'activité mondiale accélère, portée par les pays avancés

Marie Albert, Flore Bouvard, Guillaume Cléaud, Thomas Gillet

**Février 2015**

**n°143.** Quelle mobilité du travail pour l'Europe ?

Yves-Emmanuel Bara, Maxence Brischoux, Arthur Sode

**Janvier 2015**

**n°142.** Enfants, politique familiale et fiscalité : les transferts du système socio-fiscal aux familles en 2014

Denis Boismault, Anne Fichen

**n°141.** Temps partiel et partage du travail : une comparaison France / Allemagne

Nicolas Costes, Laurence Rambert, Emmanuel Saillard

<http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-eco>

*Ce document a été élaboré sous la responsabilité de la direction générale du Trésor et ne reflète pas nécessairement la position du ministère des Finances et des Comptes publics et du ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique.*