

Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée

De 2011 à 2016, les dépenses présentées au remboursement des personnes bénéficiant du dispositif des affections de longue durée (ALD) augmentent de 3,8 % par an en moyenne. La croissance de la population et son vieillissement y contribuent à hauteur de 2,1 points. Le cumul d'affections de longue durée induit, lui, une hausse de 0,6 point par an.

Les autres facteurs d'évolution des dépenses associées aux ALD (épidémiologie, évolution des prix, etc.) entraînent globalement une hausse de 1,6 point en moyenne par an, dont 1,2 point traduit une hausse de la part des personnes en ALD au sein de chaque tranche d'âge. En revanche, l'exclusion, à partir de 2011, de l'hypertension artérielle sévère du périmètre des ALD modère la hausse annuelle moyenne de la dépense des assurés en ALD de 0,5 point.

En 2011 comme en 2016, les soins hospitaliers représentent plus de 40 % des dépenses de santé des personnes en ALD. La part des dépenses restant à la charge des patients en ALD, en lien ou non avec leur affection, est quasi stable durant cette période.

Juliette Grangier (DREES)

Entre 2011 et 2016, les dépenses de santé des personnes ayant une affection de longue durée (ALD) augmentent de 3,8 % en moyenne par an, soit un rythme plus soutenu que l'ensemble des dépenses de soins (2,7 %) [encadré 1]. Le dispositif des affections de longue durée (ALD)¹ vise à réduire le reste à charge des patients atteints d'une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse². Plusieurs tendances de fond peuvent expliquer cette dynamique : le vieillissement de la population, une exposition plus marquée aux facteurs de risques de certaines maladies chroniques due aux évolutions des modes de vie (sédentarité, alimentation, etc.), une qualité et un coût croissant des traitements, une meilleure prise en charge des personnes, etc. En revanche, l'exclusion de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD à partir de 2011 a considérablement modéré la hausse des dépenses des personnes en ALD.

En 2016, les bénéficiaires du dispositif des ALD, qui représentent 16 % des assurés du régime général hors sections locales mutualistes (SLM), concentrent à eux seuls 57 % des dépenses de santé présentées au remboursement. Les quatre groupes de pathologies les plus fréquentes ouvrant droit au dispositif sont : les maladies

...

1. Ce dispositif consiste en une limitation ou une suppression de la participation de l'assuré pour les soins en lien avec l'affection considérée. Les pathologies ouvrant droit au dispositif figurent sur une liste de 30 maladies établie par décret. L'exonération peut également être accordée pour des pathologies « hors-liste » correspondant à une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave (ALD n° 31), ou en cas de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD n° 32).

2. Article L.322-3 du Code de la Sécurité sociale.

cardio-vasculaires³, qui concernent 32 % des assurés en ALD en 2016 ; le diabète (25 %) ; les tumeurs malignes (20 %) et les affections psychiatriques de longues durées (14 %)⁴. Les dépenses de santé des personnes en ALD sont en moyenne

sept fois plus élevées que celles des autres assurés. Cet écart reflète à la fois un âge moyen supérieur et un besoin de soins plus important à âge donné du fait de pathologies graves, parfois compliquées par leur cumul.

L'exclusion de l'hypertension artérielle sévère du périmètre des ALD limite la hausse des effectifs

À compter de juin 2011, l'hypertension artérielle sévère, anciennement ALD n° 12, ne donne plus droit à l'exonération du ticket modérateur⁵. Les patients admis en ALD n° 12 avant cette date peuvent toutefois continuer à en bénéficier. En l'absence de nouvelles admissions, les effectifs de patients exonérés au titre de l'ALD n° 12 ont donc mécaniquement diminué entre 2011 et 2016. Cette modification réglementaire a contribué à modérer, depuis 2011, la hausse des effectifs et des dépenses des patients ayant une ALD⁶. Les dépenses présentées au remboursement de l'ensemble des assurés ayant une ALD augmentent de 3,8 % par an entre 2011 et 2016. Cependant, à périmètre constant (si on exclut les dépenses des personnes uniquement en ALD n° 12), ces dépenses augmentent plus vite : +4,3 % par an entre 2011 et 2016 (*graphique 1*).

Ce dynamisme provient surtout d'une hausse importante des effectifs en ALD (+3,2 % par an entre 2011 et 2016) et, dans une moindre mesure, de l'augmentation de la dépense moyenne par personne en ALD (+1,0 %). Le nombre de bénéficiaires pris en charge par ce dispositif, hors ALD n° 12, augmente en effet entre 2011 et 2016 à un rythme annuel plus élevé que celui de l'ensemble des assurés du régime général (+1,1 %) [*graphique 1*]. Au cours de la période, l'expansion de la population assurée par le régime général⁷ explique à elle seule un tiers de la hausse du nombre de bénéficiaires de l'ALD (1,1 point sur 3,2 %) [*tableau 1*], soit en définitive un quart de l'augmentation des dépenses des personnes reconnues atteintes d'une ALD (1,1 point sur 4,3 %) [*encadré 2*].

Le vieillissement entraîne une hausse de 1 point par an des dépenses des assurés en ALD

Le vieillissement de la population peut accroître les dépenses de soins des personnes en ALD de deux façons : la part des patients bénéficiant du dispositif augmente ; et la dépense moyenne par personne en ALD croît. Entre 2011 et 2016, le premier effet (+0,9 point par an de dépenses relatives aux ALD) domine le

•••
3. Regroupement des ALD n° 1 (accident vasculaire cérébral invalidant), n° 3 (artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques), n° 5 (insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves), n° 12 (hypertension artérielle sévère), n° 13 (maladie coronaire).

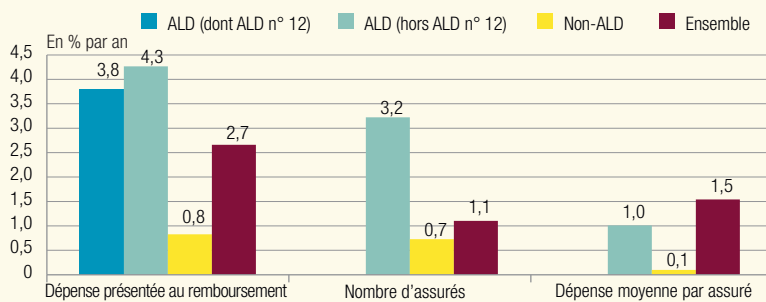
4. La somme des pourcentages indiqués dépasse 100 % car certaines personnes peuvent bénéficier du dispositif des ALD au titre de plusieurs pathologies.

5. Décret n° 2011-726 du 24 juin 2011.

6. Toutefois, une partie des patients qui auraient été admis en ALD n° 12 ont pu déclarer une autre ALD, notamment cardio-vasculaire, au cours de la période.

7. Au cours de la période considérée, les effectifs du régime général sont plus dynamiques que l'ensemble de la population telle que mesurée par l'Insee (*encadré 1*). En conséquence, l'incidence de la croissance de ces effectifs sur celle des dépenses est supérieure à celle de la croissance de la population totale sur les dépenses de l'ensemble des régimes.

GRAPHIQUE 1
 Taux d'évolution annuels moyens de 2011 à 2016 des dépenses et des effectifs, selon le bénéfice du dispositif des ALD



Note • Sont considérées ici des évolutions annuelles moyennes des effectifs et des dépenses moyennes, et non leurs contributions à l'évolution des dépenses totales (présentées dans le tableau 1). Les évolutions considérées étant de faible ampleur, les écarts entre les chiffres d'évolutions et de contributions sont en pratique négligeables. Par ailleurs, afin de raisonner à champ constant, les personnes admises en ALD uniquement au titre de l'ALD n° 12 (hypertension artérielle sévère) sont comptabilisées avec les non-ALD. Elles représentent 4,7 % des dépenses des personnes qui ne sont pas en ALD en 2011, et 2,7 % en 2016.

Lecture • De 2011 à 2016, les dépenses de santé des assurés du régime général augmentent de 2,7 % par an.

Champ • Régime général hors SLM ; dépenses présentées au remboursement en ville, en cliniques privées et en hospitalisation dans le secteur public.

Sources • EGB (CNAM) et PMSI (ATIH) ; calculs DREES.

TABLEAU 1
 Contribution de chacun des facteurs à l'évolution des dépenses de santé des bénéficiaires du dispositif des ALD entre 2011 et 2016

Facteurs contribuant à la hausse...	...de la dépense totale de soins des personnes en ALD (1) = (2)+(3)	En points de pourcentage, par an	
		... du nombre de personnes en ALD (2)	... de la dépense moyenne par personne en ALD (3)
Croissance de la population du régime général	1,1	1,1	
Vieillesse	1,0	0,9	0,1
Part de « poly-ALD » au sein des personnes en ALD	0,6		0,6
Autres (épidémiologie, régulation, prix, comportements autour de la demande d'admission en ALD...)	1,6	1,2	0,3
Contribution totale	4,3	3,2	1,0

Note • Les contributions étant arrondies au dixième de points, les sommes peuvent différer légèrement du total. L'évolution de la dépense de santé s'entend hors ALD n° 12 (hypertension artérielle sévère).

Lecture • Entre 2011 et 2016, le vieillissement de la population assurée au régime général entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une hausse des dépenses de santé des patients en ALD de 1,0 point par an, sur une hausse observée de 4,3 % par an. Cette contribution de 1,0 point s'explique par la hausse des effectifs de personnes en ALD (0,9 point) et celle leur dépense moyenne (0,1 point).

Champ • Assurés du régime général hors SLM bénéficiant du dispositif des ALD (hors ALD n° 12) ; dépenses présentées au remboursement en ville, en cliniques privées et en hospitalisation dans le secteur public.

Sources • EGB (CNAM) et PMSI (ATIH) ; calculs DREES.

second (+0,1 point par an). Le vieillissement induit ainsi au total une hausse de 1,0 point par an des dépenses des assurés en ALD (tableau 1).

Comme pour l'ensemble des assurés (Grangier *et al.*, 2017), la pyramide des âges de ceux du régime général se déforme sous l'effet du vieillissement de la population : la part des assurés âgés de 60 ans ou plus passe ainsi de 21,7 % en 2011 à 23,5 % en 2016 (tableau 2). Or, les pathologies couvertes par le dispositif des ALD étant plus fréquentes chez les personnes âgées (Païta *et al.*, 2016), la part des personnes en ALD augmente très fortement avec l'âge. Cette dernière est donc passée, au sein du régime général, de 14,4 % à 16,0 % entre 2011 et 2016,

soit une augmentation de 1,6 point, dont 0,7 point attribuable au vieillissement de la population. Ainsi, le vieillissement explique +0,9 point de l'accroissement moyen annuel du nombre de bénéficiaires de l'ALD entre 2011 et 2016, et donc de la croissance des dépenses de santé de ces bénéficiaires.

La déformation de la structure par âge des assurés en ALD suit celle de l'ensemble de la population, même si les classes d'âge élevées y sont largement surreprésentées : la part des assurés âgés de 60 ans ou plus parmi les bénéficiaires du dispositif des ALD passe de 59,2 % en 2011 à 61,5 % en 2016. Par ailleurs, chez les personnes bénéficiant du dispositif des ALD – comme chez les autres assurés – la dépense de

soins augmente avec l'âge, en raison d'un besoin de soins plus important. Les dépenses des personnes 85 ans ou plus en ALD sont ainsi 1,5 fois plus élevée que celles des personnes de 40 à 49 ans en ALD (ce rapport est de 3 pour les autres assurés). Le vieillissement de la population en ALD pourrait donc se traduire par une augmentation de leur dépense individuelle moyenne. Toutefois, au cours de la période considérée, l'incidence du vieillissement sur la dépense moyenne par bénéficiaire, et en conséquence sur la dépense totale, reste très modérée (0,1 point par an) [tableau 1].

•••
 8. L'hypertension artérielle sévère (ALD n° 12) n'est pas retenue pour l'indicateur de polyopathie afin de raisonner de manière homogène pour l'ensemble de la période étudiée.

La progression du cumul de pathologies augmente la dépense moyenne des assurés en ALD

Corollaire du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des maladies chroniques, la présence simultanée de plusieurs pathologies est fréquente (CNAM, 2018). En 2016, 21 % des patients en ALD ont déclaré plusieurs affections de longue durée distinctes (sur liste ou hors liste, hors ALD n° 12). Mesurer le nombre de personnes en situation de polyopathie est délicat. En effet, les pathologies considérées peuvent être définies plus ou moins finement ou, au contraire, regroupées. De plus, certaines affections, telle que l'hypertension artérielle, peuvent être considérées comme une pathologie ou comme un facteur de risque. Choisir de les classer dans l'une ou l'autre de ces catégories a un impact direct sur la mesure réalisée. Ici, la part des assurés en ALD au titre de plusieurs pathologies parmi les personnes bénéficiaires du dispositif (taux dit de « poly-ALD ») repose sur la nomenclature réglementaire des ALD, dans laquelle les pathologies chroniques exonérées sont regroupées en 29 catégories⁸. Par ailleurs, l'admission en ALD est régie par des critères médico-réglementaires et dépend des pratiques des médecins. Par exemple, si une nouvelle affection est diagnostiquée chez un patient déjà en ALD, la demande d'une nouvelle exonération par le médecin traitant et son patient dépend de l'amélioration de la prise en charge financière des soins qu'elle apporte (Païta *et al.*, 2016). Le taux de personnes en poly-ALD est très probablement inférieur au nombre de cas de polyopathologies. Une évolution de ce taux peut refléter non seulement des

TABLEAU 2
 Répartition par âge des assurés et part des assurés en ALD

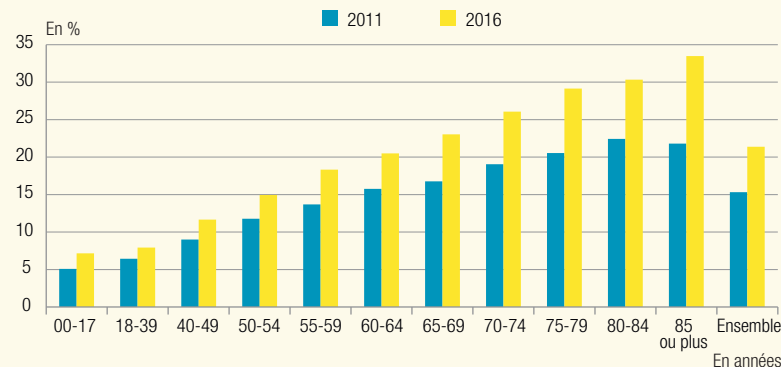
	Répartition par âge				Part des assurés en ALD	
	Ensemble des assurés		Assurés en ALD			
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Moins de 40 ans	51,7	50,2	13,0	12,7	3,6	4,0
40 à 59 ans	26,6	26,4	27,8	25,8	15,0	15,6
60 ans ou plus	21,7	23,5	59,2	61,5	39,2	41,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	14,4	16,0

Note • Afin de raisonner à champ constant, les personnes admises en ALD uniquement au titre de l'ALD n° 12 sont comptabilisées avec les non ALD pour l'ensemble de la période.

Champ • Régime général hors SLM ; dépenses présentées au remboursement en ville, en cliniques privées et en hospitalisation dans le secteur public.

Sources • EGB (CNAM) et PMSI (ATH) ; calculs DREES.

GRAPHIQUE 2
 Part de personnes ayant déclaré plusieurs ALD selon l'âge, en 2011 et en 2016



Lecture • En 2016, parmi les assurés en ALD au régime général hors SLM âgés de 50 à 54 ans, 15 % ont déclaré au moins deux affections de longue durée distinctes.

Champ • Assurés du régime général hors SLM en ALD (hors ALD n° 12) ; dépenses présentées au remboursement en ville, en cliniques privées et en hospitalisation dans le secteur public.

Source • EGB (CNAM) et PMSI (ATH) ; calculs DREES.

évolutions épidémiologiques, mais également des modifications des pratiques individuelles (par exemple, un contrôle plus ou moins strict de l'ordonnance bizonne⁹ ou encore une révision des critères réglementaires de prise en charge pour une affection donnée.

Ce taux de poly-ALD permet cependant d'approcher le cumul de pathologies qui complique les prises en charge de ces patients. La part des assurés en ALD qui ont déclaré plusieurs affections est en effet passée de 15 % en 2011 à 21 % en 2016. Cette évolution est en partie liée au vieillissement de la population en ALD, mais s'observe également au sein de chaque tranche d'âge, en particulier pour les assurés les plus âgés (graphique 2). Les dépenses individuelles des patients déclarant plusieurs ALD sont nettement plus élevées

que celles des patients ne déclarant qu'une seule affection (1,6 fois plus en moyenne). L'augmentation de la part de poly-ALD se traduit donc par une hausse de la dépense moyenne entre 2011 et 2016 : son impact est estimé à 0,6 point en moyenne par an (tableau 1).

Une hausse des dépenses due aussi à la croissance de la part des personnes en ALD à âge donné

Au total, la croissance du nombre d'assurés et le vieillissement de la population auraient entraîné, toutes choses égales par ailleurs, une hausse des dépenses de santé des personnes ayant une ALD de l'ordre de 2,1 points en moyenne par an entre 2011 et 2016 (tableau 1). La progression, approchée par la part de personnes déclarant

plusieurs ALD, des situations de cumul de pathologies pour les personnes en ALD aurait induit une hausse additionnelle de 0,6 point par an.

Une fois pris en compte les effets de la croissance démographique, du vieillissement et de la progression des situations de poly-ALD, d'autres facteurs entraînent une hausse des dépenses des personnes en ALD, de 1,6 point en moyenne par an¹⁰. 1,2 point est attribuable à une hausse de la part des personnes en ALD (hors ALD n° 12) au sein de chaque tranche d'âge, qui résulte de dynamiques différentes selon les pathologies (Païta *et al.*, 2016). Le 0,3 point restant¹¹ provient d'une hausse de la dépense moyenne à âge et taux de poly-ALD constants, qui relève là aussi de dynamiques contrastées des coûts. La cartographie des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) met ainsi en évidence une hausse prononcée du coût par patient des traitements de certaines pathologies graves : cancers actifs, maladies du foie, maladies neuro-dégénératives (CNAM, 2018). En particulier, l'introduction de nouveaux médicaments anticancéreux (Zytiga et Xtandi en 2012, Jevtana en 2013), des antiviraux à action directe pour le traitement de l'hépatite C tirent à la hausse les dépenses des personnes en ALD. Il est également possible qu'une progression des polyopathologies non mesurable par le taux de poly-ALD soit un facteur de hausse de la dépense moyenne. En revanche, l'introduction de génériques pour certains traitements (statines et antihypertenseurs par exemple), les baisses de prix des produits et prestations de santé (par exemple les tarifs hospitaliers ou les cotations de certaines analyses biologiques) exercent un effet à la baisse sur ces dépenses.

Les personnes en ALD recourent plus souvent aux soins hospitaliers

Les personnes en ALD ont un recours particulier aux services de santé par rapport au reste de la population, avec des spécificités selon la pathologie (Baillot, 2011). En effet, les assurés en ALD consomment proportionnellement plus de soins hospitaliers, de médicaments en ambulatoire, de soins infirmiers et de transport de malades (graphique 3). En revanche, la

9. L'ordonnance bizonne permet de distinguer clairement les prescriptions en rapport ou non avec une ALD exonérante. Seuls les actes et prestations prescrits sur la partie haute de l'ordonnance seront remboursés au titre de l'ALD.

10. L'importance de ce facteur est calculée par différence entre l'évolution globale de 4,3 % en moyenne annuelle de la dépense de santé présentée au remboursement des personnes en ALD entre 2011 et 2016 et la somme des facteurs explicatifs susmentionnés (encadré 2).

11. Les contributions étant arrondies au dixième de points, les sommes peuvent différer légèrement du total.

ENCADRÉ 1

Sources et champ de l'étude

Les données utilisées pour cette étude sont issues de l'appariement entre l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO), géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'EGB est un échantillon au 1/97^e des bénéficiaires de l'Assurance maladie, qu'ils soient ouvriers de droits ou ayants droit, qu'ils aient une consommation de soins ou non. Pour chaque bénéficiaire, les soins présentés au remboursement en ville ou en clinique privée sont retracés via le Sniiram (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie, dont l'EGB est un sous-produit), et le PMSI MCO fournit une description médico-économique des soins hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

Afin de disposer de données homogènes pour la période de 2011 à 2016, cette étude porte uniquement sur les assurés du régime général, hors sections locales mutualistes (SLM), soit environ 77 % de la population en 2016. De 2011 à 2016, les effectifs du régime général sont plus dynamiques que l'évolution de l'ensemble de la population¹. Les résultats n'ont pas été extrapolés à la population totale, car les dynamiques de la part des personnes en ALD dans la population et des coûts individuels des ALD pour les autres régimes ne sont pas connues et peuvent différer de celles observées au sein de la population assurée au régime général.

Le champ retenu pour les postes de soins est le plus large possible compte tenu des données hospitalières appariées à l'EGB disponibles pour l'ensemble de la période considérée. Il s'agit des soins remboursables et présentés au remboursement, réalisés entre 2011 et 2016, en ville, au cours d'un séjour à l'hôpital public (secteur MCO seulement) ou en clinique privée. Les soins en psychiatrie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) du secteur public et les consultations externes à l'hôpital public n'entrent donc pas dans le périmètre couvert ; de même, les soins non remboursables ou non présentés au remboursement sont exclus de l'analyse.

Les montants de dépenses étudiés ici diffèrent de ceux, plus exhaustifs, présentés dans les comptes de la santé, en raison des différences de champ et de périmètre mais aussi de la marge d'incertitude liée à l'échantillonnage.

Selon les estimations de la CNAM, en 2016, 10,4 millions de personnes étaient prises en charge au titre d'une affection de longue durée (régime général, y compris SLM) et, en 2015, les dépenses d'assurance maladie relatives aux assurés en ALD sont estimées à plus de 97,1 milliards d'euros (tous régimes)².

1. Cette différence est due à plusieurs facteurs. D'une part, le régime général est structurellement plus dynamique que d'autres régimes, comme le régime agricole, du fait d'une salarisation croissante des emplois sur longue période. D'autre part, le régime général a absorbé la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) en 2013. Enfin, les effectifs du régime général seraient surestimés : en 2013, le Répertoire national interrégimes de l'assurance maladie (RNIAM) recense plus de trois millions d'effectifs surnuméraires par rapport à l'Insee, et les caisses sept millions (IGAS-IGF, 2013).

2. Programme de qualité et d'efficience « Maladie » annexé au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2018, indicateur n° 14.

part des dépenses de médecins, généralistes ou spécialistes, et de soins dentaires est moindre. Ainsi, les soins hospitaliers

représentent 44 % de leur consommation de soins en 2016, contre 33 % pour les autres assurés, hors hospitalisations

à domicile, en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR) dans le secteur public (encadré 1). Cet écart, plus marqué dans le secteur public, reflète à la fois un recours plus fréquent à l'hospitalisation et des séjours plus longs. En 2016, 42 % des assurés du régime général en ALD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, contre 16 % parmi les autres assurés. Parmi les personnes hospitalisées au moins une fois en 2016 en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, la durée passée à l'hôpital dans ces disciplines est de 16 jours pour les assurés en ALD et de 4 jours pour les autres. Enfin, les assurés qui ne sont pas en ALD sont plus souvent hospitalisés en chirurgie¹² que ceux en ALD, qui sont majoritairement hospitalisés en médecine¹³.

La part des médicaments dans la consommation de soins diminue de 2011 à 2016 chez les personnes en ALD (24 % à 22 %) comme chez les autres assurés (18 % à 14 %). Au cours de la période, la diminution du prix des médicaments remboursables a modéré la dynamique des dépenses de médicament en valeur, ce qui explique le mouvement commun de baisse. En revanche, en 2014, l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C sous la forme de produits rétrocédés a entraîné un fort dynamisme du poste, très concentré sur la consommation des assurés en ALD.

- 12. Séjours avec un acte classant opératoire dans le PMSI.
- 13. Séjour sans acte classant ou technique peu invasive dans le PMSI.

ENCADRÉ 2 Décomposition des évolutions des dépenses de santé des assurés ayant une ALD

Cette étude présente une décomposition de l'évolution des dépenses de santé des personnes bénéficiant du dispositif des ALD (hors ALD n° 12) entre 2011 et 2016 selon différents facteurs explicatifs. Les résultats sont présentés sous la forme d'évolution annuelle moyenne pour plus de lisibilité. La dépense de santé des personnes ayant une ALD est le produit du nombre d'assurés, de la part des patients bénéficiant du dispositif au sein du total des assurés, et de la dépense moyenne par personne en ALD.

L'effet de la hausse du nombre d'assurés sur les dépenses correspond à l'accroissement des effectifs entre 2011 et 2016. Elle résulte à la fois de la croissance démographique française et de la dynamique spécifique du régime général (voir note 1 de l'encadré 1).

Le vieillissement (augmentation de la part des personnes âgées dans la population) a un double effet, sur la part des assurés en ALD d'une part et sur la dépense moyenne d'autre part :

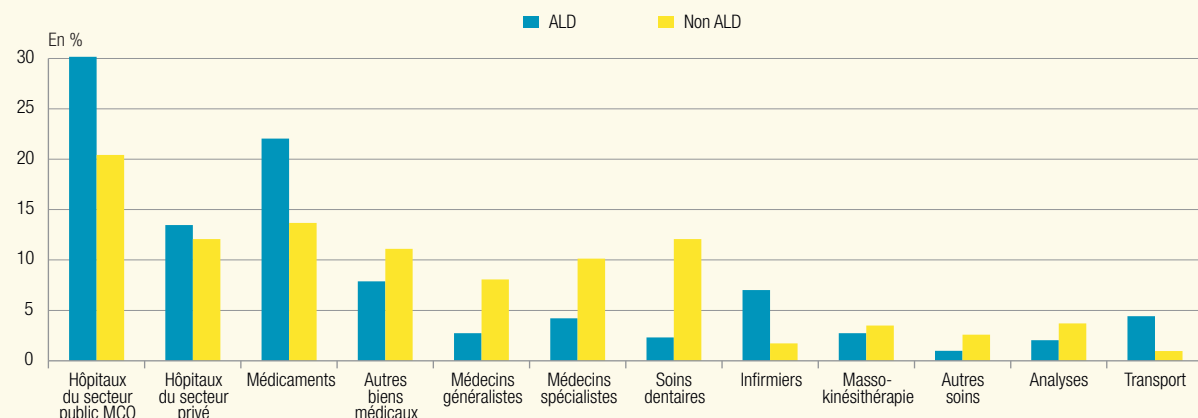
- **l'effet de structure lié au vieillissement sur la part des assurés en ALD** correspond à la hausse des dépenses qui serait observée si la taille de la population assurée au régime général, les parts de personnes en ALD par tranche d'âge et la dépense moyenne individuelle des personnes en ALD restaient constants entre 2011 et 2016, à un niveau correspondant à la moyenne entre 2011 et 2016 ;

- **l'effet de structure lié au vieillissement sur les dépenses moyennes** individuelles des personnes en ALD correspond à la hausse des dépenses qui serait observée si la taille de la population assurée au régime général, la part des personnes en ALD par tranche d'âge et la dépense moyenne individuelle par tranche d'âge des personnes en ALD restaient constants entre 2011 et 2016, à un niveau correspondant à la moyenne entre 2011 et 2016.

La dépense moyenne par tranche d'âge des personnes en ALD augmente au cours la période. Elle est influencée notamment par **la progression des situations d'ALD au titre de plusieurs pathologies** (taux de poly-ALD). Celle-ci correspond à la hausse des dépenses qui serait observée si la taille de la population assurée au régime général, la part des personnes en ALD dans cette population, la structure par âge des personnes en ALD et le surcoût moyen par individu déclarant une poly-ALD au sein de chaque tranche d'âge restaient constants entre 2011 et 2016, à un niveau correspondant à la moyenne entre 2011 et 2016.

La hausse attribuée aux « autres facteurs » correspond d'une part à la hausse de la part des personnes en ALD au sein de chaque tranche d'âge, et d'autre part à l'augmentation de la dépense moyenne des personnes en ALD au sein de chaque tranche d'âge, à taux de poly-ALD fixé.

GRAPHIQUE 3 Répartition par poste des dépenses en 2016 selon le bénéficiaire du dispositif des ALD



Note • Afin de raisonner à champ constant, les personnes admises en ALD uniquement au titre de l'ALD n° 12 sont comptabilisées avec les non ALD.

Lecture • En 2016, sur le champ considéré, les soins en hôpitaux du secteur MCO public concentrent 30 % des dépenses des assurés en ALD contre seulement 20 % des dépenses des autres assurés.

Champ • Assurés du régime général hors SLM ; dépenses présentées au remboursement en ville, en cliniques privées et en hospitalisation dans le secteur public.

Sources • EGB (CNAM) et PMSI (ATIH) ; calculs DREES.

Un reste à charge après remboursement par l'assurance maladie quasi stable pour les personnes en ALD

Pour les soins en rapport avec la pathologie déclarée, les assurés en ALD sont exonérés du ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 euros exigible pour les actes médicaux lourds. Ils ne sont cependant pas exonérés du forfait journalier hospitalier, de la participation forfaitaire de

1 euro ni des franchises médicales¹⁴. Les soins sans rapport avec la ou les affection(s) déclarée(s) sont pris en charge au même taux que les soins des autres patients. Ainsi, en 2016, parmi les assurés en ALD, le reste à charge après remboursement de la seule assurance maladie obligatoire¹⁵ (AMO) représente 10,9 % de leurs dépenses de santé, soit environ 820 euros par personne et par an. Le reste à charge des personnes sans ALD atteint un niveau proportionnellement supérieur (plus du tiers

de leurs dépenses), mais celui-ci est plus faible en valeur absolue (430 euros par assuré et par an en moyenne) du fait de leur moindre niveau de dépense. Au total, entre 2011 et 2016, le reste à charge des assurés du régime général a progressivement diminué de 1,1 point (tableau 3). Cette baisse globale découle principalement d'un effet de structure imputable à la part croissante des ALD parmi les assurés. Plus précisément, pour la période 2011-2015, les effets combinés du vieillissement et de la hausse des ALD expliquent la moitié de la baisse du reste à charge après AMO (Grangier *et al.*, 2017). En effet, que la personne bénéficie du dispositif des ALD ou non, le reste à charge moyen pour l'ensemble des dépenses de soins est quasi stable (respectivement -0,3 à +0,3 point). Néanmoins, l'écart de taux de remboursement moyen entre les personnes bénéficiant du dispositif des ALD et les autres assurés se creuse entre 2011 et 2016, en raison d'une baisse de la part des dépenses de médicaments restant à la charge des assurés en ALD, et d'une hausse parallèle de la part des dépenses hospitalières restant à la charge des personnes sans ALD. ■

- • •
- 14. 50 centimes par boîte de médicaments ou acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire.
- 15. C'est-à-dire avant remboursement par la complémentaire santé, le cas échéant. Il s'agit donc du reste à charge supporté conjointement par les ménages, les organismes complémentaires et le Fonds CMU.

TABLEAU 3

Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire

	En % de la dépense présentée au remboursement		Écart en points de %	En euros par assuré, par an
	2011	2016	2011-2016	2016
ALD	11,2	10,9	-0,3	820
Sans ALD	37,4	37,8	0,3	430
Ensemble	23,9	22,8	-1,1	490

Note • Afin de raisonner à champ constant, les personnes admises en ALD uniquement au titre de l'ALD n° 12 sont comptabilisées avec les non ALD pour l'ensemble de la période.
Champ • Assurés du régime général hors SLM ; dépenses présentées au remboursement en ville, en cliniques privées et en hospitalisation dans le secteur public.
Sources • EGB (CNAM) et PMSI (ATIH) ; calculs DREES.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Baillet, A.** (2011). Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie. Dans A-M. Brocas (dir.), *Comptes nationaux de la santé 2010*. Paris, France : DREES, 99-120.
- **Caby, D., Eidelman, A.** (2015, avril). Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? *Trésor-Éco*, 145.
- **CNAM** (2018, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019.
- **Cour des Comptes** (2016). *La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre*. Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 205-244.
- **Grangier, J., Mikou, M., Roussel, R., Solard, J.** (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1025.
- **Païta, M., Rivière, S., Tala, S., Fagot-Campagna, A.** (2016, juin). Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005. CNAM, *Points de repère*, 46.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger
Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault
Composition et mise en pages : T. B.
Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384