

# points de repère



## Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005

En 2014, près de 10 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée ou ALD (96 % au titre d'une affection sur liste, 7 % au titre d'une affection hors liste grave caractérisée et 1 % au titre d'une polypathologie invalidante), soit 16,4 % de la population du régime général de l'Assurance Maladie. Quatre affections correspondent à 78 % des personnes qui bénéficient du dispositif des ALD sur liste : les maladies cardio-neurovasculaires (3,3 millions de personnes, 35 % des affections sur liste), le diabète (2,4 millions, 25 %), les tumeurs malignes (2 millions, 21 %), les affections psychiatriques (1,2 million, 13 %).

Environ 1,3 million de personnes ont bénéficié de l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2014 dont 360 000 pour maladie cardio-neurovasculaire, 290 000 pour tumeur maligne, 210 000 pour diabète, 130 000 pour affection psychiatrique.

La croissance des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste s'est ralentie à compter de 2011. Elle est estimée à +4,9 % par an entre 2005 et 2012, puis +2,7 % par an entre 2012 et 2014. Cette croissance résulte d'effets multiples : évolutions réglementaires, croissance et vieillissement de la population, augmentation de l'incidence de certaines pathologies et de l'espérance de vie des patients atteints, recours au dispositif et guérison plus fréquents pour certaines pathologies. Ces effets sont variables selon les pathologies, les territoires, le recours à la couverture maladie universelle et dans le temps. L'ALD est un élément important de repérage des pathologies lors d'études épidémiologiques ou médico-économiques, mais ce marqueur doit être combiné à d'autres marqueurs du fait de ces variations.

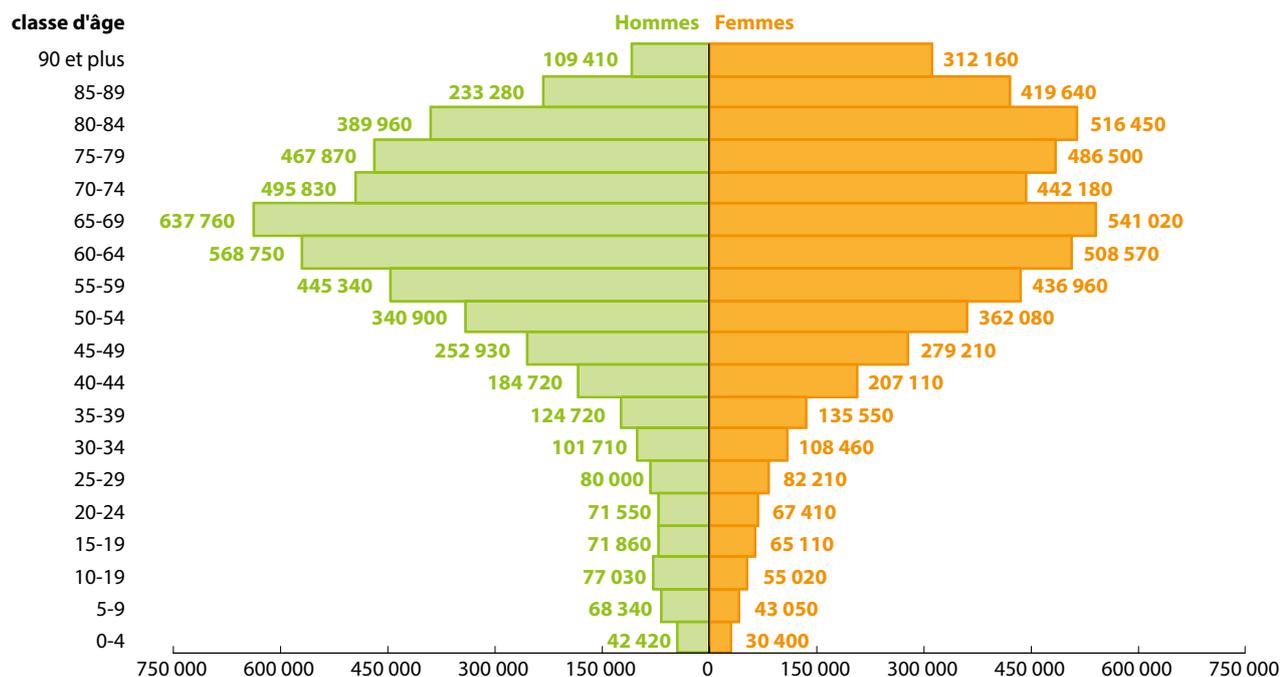
Le poids des maladies chroniques s'accroît à la fois sur la population et sur le système de santé, du fait de nombreux facteurs et en particulier des évolutions démographiques et des améliorations qui surviennent dans la prise en charge de certaines pathologies. Le recours au dispositif des affections de longue durée (ALD) fait l'objet d'un suivi réalisé par l'Assurance Maladie, compte tenu des dépenses engagées dans le cadre de la prise en charge à 100 % du coût des soins relatifs à ces affections (encadré 1).

L'objet de ce *Points de repère* est de décrire les effectifs, les taux de prévalence (part des bénéficiaires du dispositif des ALD dans la population) et les caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour affection de longue durée en 2014 au sein du régime général de l'Assurance Maladie. Une analyse des évolutions depuis 2005 est présentée : par modalité d'exonération du ticket modérateur (au titre d'une des affections sur liste, d'une affection hors liste grave caractérisée ou d'une polypathologie invalidante) et par type d'affection. Enfin, les effectifs et taux d'incidence des patients ayant bénéficié de l'ouverture d'une nouvelle exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2014 sont décrits.

- Michel Païta, Sébastien Rivière, Stéphane Tala, Anne Fagot-Campagna (Cnamts)

Figure 1

### Pyramide des âges des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2014



Remarque : les effectifs sont arrondis à la dizaine.

Champ : Régime général - France entière  
Source : Cnamts

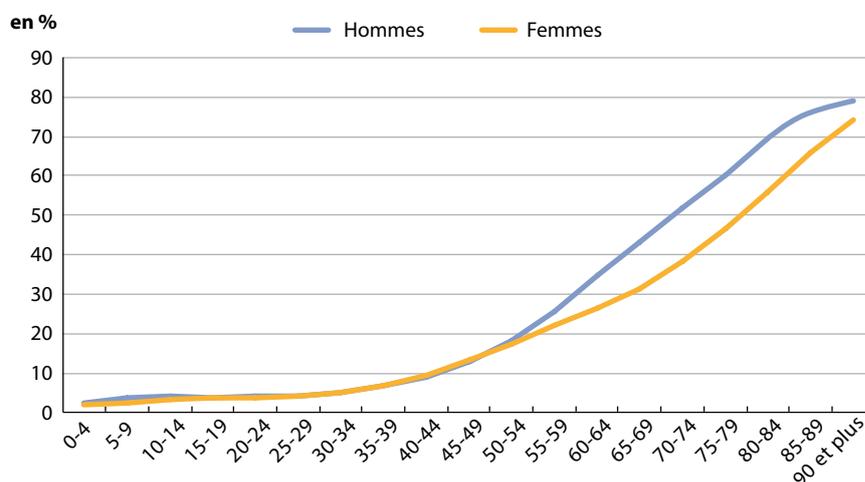
Par ailleurs, le dispositif des ALD permet de repérer des patients pris en charge pour des pathologies chroniques et de réaliser des études médico-économiques ou épidémiologiques en utilisant le critère d'ALD, seul ou combiné à d'autres marqueurs de soins, dans le système national d'information interrégime de l'Assurance Maladie (Sniiram). La contribution du dispositif des affections sur liste dans le repérage de patients pris en charge pour différentes pathologies est analysée. L'évolution dans le temps de ce rôle, ainsi que des différences de recours au dispositif des affections sur liste selon les régions et les populations concernées, est documentée par l'exemple du diabète.

#### ● Bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014

Au cours de l'année 2014, près de 10 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie ont bénéficié du dispositif des ALD (tableau 1), soit 16,4% de la population<sup>1</sup>. Dans les départements d'outre-mer (Mayotte exclue), cette fréquence est de 14,6% (287 300 bénéficiaires du dispositif).

Figure 2

### Taux de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD, par classes d'âge et sexe, en 2014



Champ : Régime général - France entière  
Source : Cnamts

Les bénéficiaires du dispositif des ALD sont en moyenne âgés de 62 ans. La prévalence des bénéficiaires dans la population assurée augmente très fortement avec l'âge pour atteindre 75% chez les personnes de plus de 90 ans (figures 1

et 2). À partir de 50 ans, la prévalence est plus élevée chez l'homme que chez la femme : 60% pour les hommes âgés de 75 à 79 ans versus 46% pour les femmes du même âge.

<sup>1</sup> On dénombre 60 048 550 bénéficiaires du régime général en 2014 dont 1 962 100 sont domiciliés outre-mer, Mayotte étant exclue (source : répertoire national interrégimes de l'Assurance Maladie - Rniarm).

Tous âges confondus, la proportion de femmes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD est toutefois légèrement plus élevée (52%) que celle des hommes, ce qui reflète essentiellement des différences de structure d'âge et d'espérance de vie entre les sexes.

Parmi les 10 millions de personnes bénéficiant du dispositif des ALD, au moins une affection sur liste est enregistrée pour 96 % d'entre elles (9,5 millions de personnes), une affection hors liste grave caractérisée pour 7 % (679 710 personnes) et une polyopathie invalidante pour 1 % (81 320 personnes) (tableau 1). Certains patients peuvent bénéficier de plusieurs modalités d'exonérations.

Le nombre moyen d'affections par personne bénéficiant du dispositif des affections sur liste est de 1,3. Ce nombre augmente avec l'âge et varie selon le sexe : 77 % des patients (75 % des hommes et 78 % des femmes) bénéficient d'une exonération pour une seule affection, 18 % (19 % des hommes et 17 % des femmes) pour deux affections et 5 % (6 % des hommes et 5 % des femmes) pour trois affections ou plus. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 66 % ont une exonération pour une seule affection, 25 % pour deux affections et 9 % pour trois affections ou plus.

#### ● **Diagnostiques des affections de longue durée en 2014**

Quatre pathologies représentent plus de 78 % des 9,5 millions de personnes exonérées au titre d'une affection sur liste en 2014, certaines personnes pouvant être exonérées au titre de plusieurs affections. L'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires concernent près de 3,3 millions de personnes (35 % des exonérations pour affection sur liste) (tableau 1). Elles regroupent cinq affections, soit plus d'un million de personnes ayant un diagnostic de maladie coronaire, un peu moins d'un million concernées par l'ALD n°5 relative à l'« insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves », un demi-million de personnes avec un diagnostic d'artériopathie chronique avec manifestations ischémiques, 380 000 avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral invalidant et près de 0,9 million prises en charge pour hypertension artérielle sévère.

### Encadré 1

#### **Le dispositif des affections de longue durée (ALD) : de quoi parle-t-on ?**

Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale dans le cadre de l'article L324.1 du code de la Sécurité sociale. Ce dispositif permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, conformément à l'article L160-14-3 et L160-14-4 du code de la Sécurité sociale. Une liste établie par décret fixe le nombre d'affections dites « sur liste » ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. En pratique, la majorité des affections ayant un caractère habituel de gravité (cancers, maladies cardio-neurovasculaires, diabète, troubles graves de la santé mentale, infection par le VIH...) est couverte par le champ des ALD sur liste. L'obtention de cette prise en charge est subordonnée à une demande du médecin à la caisse d'affiliation de l'assuré et donc à l'accord du service du contrôle médical. L'admission dans le dispositif des ALD peut être antérieure à la date de la demande afin de prendre en charge les soins occasionnés par l'affection.

À cette liste des ALD, s'ajoutent les formes graves d'une maladie ou les formes évolutives ou invalidantes d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste (ALD<sub>31</sub>), ou la présence de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD<sub>32</sub>), lesquels nécessitent un traitement prévisible supérieur à six mois et particulièrement coûteux. Une pathologie présente sur la liste des ALD sera toutefois toujours codée dans le cadre de cette liste, l'autre pathologie permettant alors l'inscription en ALD<sub>32</sub>. Une ALD non exonérante peut également être attribuée à des patients en arrêt de travail depuis plus de 6 mois dans le cadre de l'article L324.1 du code de la Sécurité sociale. En effet, un avis favorable du service du contrôle médical est nécessaire pour prendre en charge les indemnités journalières maladie de plus de 6 mois. Les ALD faisant partie de ce dispositif spécifique aux arrêts de travail ne sont pas abordées dans ce *Points de repère*.

Les lois du 13 août 2004 et du 19 janvier 2011 ont modifié le dispositif des ALD, en introduisant notamment de nouveaux protocoles de soins inter-régimes pour tout patient entrant dans le dispositif. Ce protocole de soins est établi conjointement par le médecin traitant et par le médecin conseil de l'assurance maladie, et signé par le patient. La durée d'admission a aussi été modifiée en limitant les ALD<sub>30</sub> à 2 ou 5 ans selon l'affection, par le décret du 19 janvier 2011 pris après avis de la Haute Autorité de Santé. La période de 2 ans qui limitait l'exonération du ticket modérateur pour les ALD<sub>31-32</sub> a en revanche été étendue à 2 ou 5 ans en 2009. Les admissions au titre de l'hypertension artérielle sévère, considérée comme facteur de risque vasculaire, n'ont plus été possibles après le décret du 24 juin 2011. Cette mesure n'a toutefois pas concerné les patients qui étaient déjà exonérés au titre de cette ALD, lesquels ont continué à bénéficier d'une prise en charge à 100% de leurs soins pour hypertension artérielle sévère. De plus, ces deux décrets ont modifié la dénomination, le champ et les critères médicaux d'admission et de renouvellement de plusieurs ALD sur liste, après avis de la Haute Autorité de santé.

Plus récemment, l'article 198 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé simplifie le processus d'admission en ALD sur liste. L'examen conjoint entre le médecin traitant et le médecin conseil n'est plus prévu. Le médecin traitant rédige seul le protocole de soins. Il certifie la conformité de l'état de son patient aux critères médicaux d'admission en ALD sur liste prévues par l'article D.160-4 du code de la Sécurité sociale et son annexe. Il s'engage sur un projet thérapeutique conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé. La durée de ce processus est raccourcie : à défaut d'observations du service du contrôle médical transmises dans un délai fixé par voie réglementaire, l'avis de ce service est réputé favorable.

Tableau 1

## Effectifs, taux et caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2014

Intitulé de l'affection	Effectif 2014	Taux pour 100 000	Femmes %	Âge moyen (ans)	Taux de décès en 2014 %
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	3 287 570	5 480	43	71	5,0
- Maladie coronaire (ALD <sub>13</sub> )	1 083 610	1 810	30	71	4,1
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD <sub>3</sub> )	931 590	1 550	50	72	5,7
- Hypertension artérielle sévère (ALD <sub>12</sub> )	867 600	1 450	57	74	4,5
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD <sub>3</sub> )	507 440	850	33	72	5,4
- Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD <sub>3</sub> )	382 040	640	48	69	4,9
<b>Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD<sub>8</sub>)</b>	2 362 620	3 940	47	66	2,7
<b>Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD<sub>30</sub>)</b>	2 010 140	3 350	55	67	6,3
- Tumeur maligne du sein chez la femme	562 490	940	100	66	3,0
- Tumeur maligne de la prostate	349 670	580	0	74	4,5
- Tumeur maligne du côlon	208 350	350	50	72	7,5
- Tumeur de la vessie	92 990	160	19	73	7,4
- Tumeur maligne des bronches et du poumon	89 440	150	34	67	22,5
<b>Affections psychiatriques de longue durée (ALD<sub>23</sub>)</b>	1 231 660	2 050	55	50	1,8
<b>Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD<sub>14</sub>)</b>	380 080	630	50	62	5,0
<b>Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD<sub>15</sub>)</b>	312 810	520	73	84	12,5
<b>Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (ALD<sub>9</sub>)</b>	276 730	460	50	47	2,4
<b>Polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD<sub>22</sub>)</b>	216 740	360	73	63	2,1
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD<sub>6</sub>)</b>	177 730	300	42	58	4,5
<b>Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD<sub>19</sub>)</b>	148 690	250	46	64	5,6
<b>Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD<sub>24</sub>)</b>	145 220	240	56	48	0,7
<b>Maladie de Parkinson (ALD<sub>16</sub>)</b>	113 820	190	51	76	7,5
<b>Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) (ALD<sub>7</sub>)</b>	110 040	180	34	47	1,0
<b>Spondylarthrite grave (ALD<sub>27</sub>)</b>	98 930	170	50	51	0,7
<b>Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodémie systémique (ALD<sub>21</sub>)</b>	91 720	150	80	61	2,2
<b>Sclérose en plaques (ALD<sub>25</sub>)</b>	78 760	130	73	50	1,2
<b>Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé (ALD<sub>17</sub>)</b>	66 840	110	47	49	1,3
<b>Paraplégie (ALD<sub>20</sub>)</b>	33 980	60	40	51	2,6
<b>Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD<sub>11</sub>)</b>	33 490	60	52	51	1,4
<b>Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne (ALD<sub>26</sub>)</b>	30 170	50	82	28	0,5
<b>Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD<sub>2</sub>)</b>	21 410	40	57	68	9,4
<b>Hémoglobinoopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (ALD<sub>10</sub>)</b>	16 780	30	56	29	1,1
<b>Tuberculose active, lèpre (ALD<sub>29</sub>)</b>	11 430	20	47	51	2,3
<b>Suites de transplantation d'organe (ALD<sub>28</sub>)</b>	9 850	20	41	53	2,8
<b>Mucoviscidose (ALD<sub>18</sub>)</b>	6 350	10	49	22	1,3
<b>Bilharziose compliquée (ALD<sub>4</sub>)</b>	150	0	26	53	3,5
<b>Cause médicale d'ALD non précisée</b>	561 610	940	58	58	2,5
<b>Total patients en ALD sur liste</b>	<b>9 511 710</b>	<b>15 840</b>	<b>51</b>	<b>63</b>	<b>3,5</b>
<b>Total patients en ALD<sub>31</sub></b>	<b>679 710</b>	<b>1 130</b>	<b>60</b>	<b>55</b>	<b>2,6</b>
<b>Total patients en ALD<sub>32</sub></b>	<b>81 320</b>	<b>140</b>	<b>76</b>	<b>79</b>	<b>9,6</b>
<b>Total patients en ALD<sub>31-32</sub> et sur liste (a)</b>	<b>9 863 680</b>	<b>16 430</b>	<b>52</b>	<b>62</b>	<b>3,4</b>

(a) Un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD

Remarque : les effectifs sont arrondis à la dizaine.

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnamts

Les quatre autres affections les plus fréquentes sont le diabète (2,4 millions de personnes, 25% des exonérations pour affection sur liste), les tumeurs malignes (2 millions, 21%) et les affections psychiatriques de longue durée (1,2 million, 13%). À l'opposé, 13 affections de longue durée regroupent moins de 100 000 personnes chacune, soit au total 5% des exonérations au titre d'une affection sur liste.

Parmi les diagnostics les plus fréquents correspondant aux 679 710 personnes exonérées pour affections hors liste graves caractérisées, on retrouve la dégénérescence maculaire liée à l'âge, l'embolie pulmonaire, l'ostéoporose avec fracture pathologique, la polyarthrose et le syndrome d'apnées du sommeil. Les dix causes les plus fréquentes ne constituent toutefois que 24% des affections hors liste du fait de la forte diversité des affections hors liste. Enfin, 14% des prises en charge pour affection hors liste sont attribuées à 92 000 enfants âgés de moins de 15 ans, principalement pour pied bot, troubles de la parole, retard du développement, puberté précoce, petit poids de naissance, troubles de la croissance, fente palatine, etc.

Les diagnostics correspondant aux 81 320 personnes exonérées pour poly-pathologie invalidante ne sont pas disponibles au niveau national pour l'année

2014. Leur attribution est toutefois accordée en présence de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et donc essentiellement pour dépendance de personnes âgées envers une tierce personne.

L'âge moyen des bénéficiaires du dispositif des ALD varie fortement en fonction des différentes modalités d'exonération, de 55 ans en cas d'affection hors liste à 63 ans en cas d'affection sur liste et 79 ans en cas de polypathologie (tableau 1 et figure 3). Parmi les bénéficiaires du dispositif des affections sur liste, l'âge moyen varie également fortement en fonction de l'affection, de 22 ans en cas de mucoviscidose (ALD n°18) à 50 ans pour les affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23), 66 ans pour le diabète (ALD n°8), 67 ans pour les tumeurs malignes (ALD n°30), 71 ans pour l'ensemble des pathologies cardio-vasculaires (ALD n°1, 3, 5, 12 et 13) et 84 ans pour la maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD n°15).

#### ● Évolution des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste de 2005 à 2014

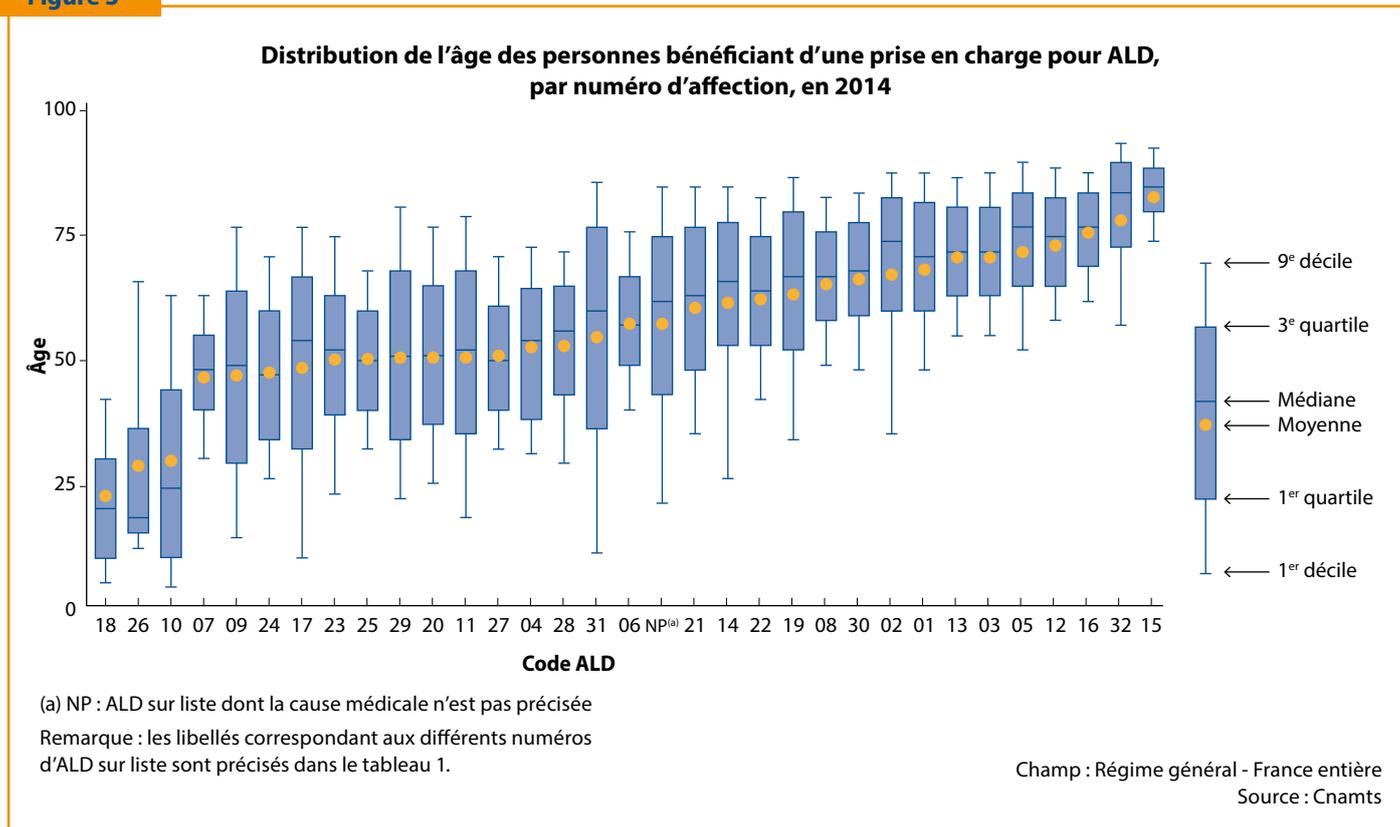
En raison des changements intervenus dans le dispositif des affections sur liste en 2011, en particulier la suppression des

admissions pour hypertension artérielle sévère (encadré 1), ainsi que des modifications méthodologiques introduites dans le traitement des données en 2012 (encadré 2), les évolutions des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste ont été étudiées durant deux périodes distinctes : de 2005 à 2012 puis de 2012 à 2014. L'année 2012 a été traitée selon l'ancienne et la nouvelle méthode de calcul, afin de prendre en compte la rupture de série intervenue en 2012.

Les effectifs de patients exonérés au titre de l'ensemble du dispositif des affections sur liste ont crû de 7 121 400 en 2005 à 9 194 000 en 2014. L'évolution s'est toutefois ralentie entre 2012 et 2014. Le taux de croissance annuel moyen des effectifs est de +4,9% entre 2005 et 2012 puis de +2,7% entre 2012 et 2014. La prévalence brute des bénéficiaires du dispositif des affections sur liste a crû sur un rythme similaire, passant de 13,1% en 2005 à 15,6% en 2012 puis 15,8% en 2014. La prévalence brute des bénéficiaires de l'ensemble du dispositif des ALD a également crû, passant de 13,6% en 2005 à 16,1% en 2012 puis 16,4% en 2014.

Trois graphiques détaillent les évolutions des effectifs de la presque totalité des affections sur liste en fonction de leur fréquence, de 2005 à 2014 (figures 4, 5 et 6).

Figure 3



## ● Évolution des affections sur liste les plus fréquentes

Sept affections sur liste concernent plus de 500 000 personnes chacune. Ce sont, par ordre de fréquence décroissante : le diabète, les tumeurs malignes, les affections psychiatriques de longue durée, la maladie coronaire, l'ALD n°5 regroupant l'« insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves, les cardiopathies congénitales graves », celle relative à l'hypertension artérielle sévère, et celle relative aux artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (figure 4).

Les évolutions des effectifs de deux affections, d'une part le diabète et d'autre part l'ALD n°5 « insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves », ont été particulièrement dynamiques. Leurs taux de croissance annuels moyens se sont élevés à respectivement + 7 % et + 8,5 % entre 2005 et 2012. Ces taux ont ensuite diminué entre 2012 et 2014, respectivement + 5 % et + 7 %. Cette croissance a fait de l'ALD diabète la plus fréquente des affections, devant les tumeurs malignes (respectivement 2,4 et 2 millions de personnes) – si l'on sépare les cinq affections cardio-neurovasculaires.

Les évolutions des cinq autres affections sur liste les plus fréquentes ont été un peu moins rapides de 2005 à 2012 (entre + 3 % et + 5 % par an) et ont également ralenti entre 2012 et 2014. L'évolution des effectifs relatifs aux tumeurs malignes a été atypique. Croissants sur un rythme annuel moyen de + 4 % entre 2005 et 2012, les effectifs se sont stabilisés à partir de 2010, inflexion confirmée entre 2012 et 2014 (+ 0,5 % par an). La réduction réglementaire de la durée d'admission en ALD tumeur maligne à 5 ans depuis 2011 est la cause probable de cette inflexion, particulièrement marquée par rapport à d'autres affections du fait d'un taux de guérison probablement important. Par ailleurs, les effectifs correspondant à l'ALD hypertension artérielle sévère ont décliné de manière rapide (- 13 % par an entre 2012 et 2014) du fait de l'absence d'entrée dans ce dispositif depuis la modification réglementaire de 2011, mais un report sur les autres affections cardio-neurovasculaires ou sur le diabète a pu avoir lieu.

### Encadré 2

#### Méthodologie d'analyse des données relatives aux ALD

Le dénombrement des bénéficiaires du dispositif d'ALD affiliés au régime général de l'Assurance Maladie a été réalisé à partir de traitements opérés sur la base de données du Sniiram (arrêté du 22 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie, publication au Journal officiel du 19 août 2005). Les données des sections locales mutualistes : fonctionnaires, étudiants... sont incluses dans cette étude, ainsi que les données de métropole et de quatre départements d'outre-mer (Mayotte a été exclue, les données étant incomplètes pour ce territoire). Cette base anonymisée et exhaustive est alimentée à compter de 2005. Les informations individuelles sont conservées pendant trois années au-delà de l'année en cours.

La population étudiée comprend toutes les personnes assurées ou ayant droit qui ont bénéficié d'au moins un remboursement médical au cours de l'année en cours dans le Sniiram, au régime général. Sont considérées comme prises en charge au titre d'une ALD les personnes pour lesquelles une prestation a été remboursée avec la mention « en rapport » ou « sans rapport » avec une ALD.

Le diagnostic de l'ALD est ensuite recherché pour les personnes prises en charge au titre d'une ALD sur liste et hors liste, par jointure avec les données médicales nationales (ou référentiel médicalisé des bénéficiaires). Ces données proviennent des avis des médecins-conseils qui codent les pathologies selon la dixième classification internationale des maladies (CIM-10). Une table de codage spécifique attribue par la suite le numéro de l'une des ALD sur liste. Pour certains bénéficiaires, il n'a pas été retrouvé dans la base de données médicales de diagnostic. Ces cas correspondent dans les tableaux à l'intitulé « cause médicale d'ALD non précisée ».

Une modification méthodologique est intervenue en 2011-2012 dans le traitement des données. Jusqu'à cette date, la prévalence des patients bénéficiant du dispositif d'ALD était estimée au 31 décembre de l'année lorsque l'analyse était réalisée par type d'ALD sur liste, mais dans l'année lorsqu'elle était considérée dans l'ensemble des ALD sur liste. En effet, lorsque le patient quittait le dispositif dans l'année (l'exonération n'étant pas renouvelée ou le patient étant décédé), il était alors retiré des effectifs correspondant à l'affection et comptabilisé dans les effectifs des « causes médicales d'ALD non précisées ». À partir de 2012, un individu est comptabilisé s'il a eu au moins une prestation dans l'année en rapport ou sans rapport avec une ALD dans le Sniiram. Cette modification dans le traitement des prévalences a diminué de plus de 150 000 le nombre de personnes considérées artificiellement comme ayant une « cause médicale d'ALD non précisée » en 2012 par rapport à 2011. Les prévalences correspondent maintenant toutes à une prévalence dans l'année.

Les données relatives à la polyopathie invalidante se limitent au dénombrement des patients, aucune transmission de leur pathologies n'étant actuellement réalisée dans le Sniiram pour les patients du régime général.

## ● Évolution des affections sur liste les moins fréquentes

Pour les affections sur liste concernant entre 100 000 et 500 000 personnes, les évolutions les plus soutenues (plus de 6 % par an en moyenne) ont concerné l'accident vasculaire cérébral invalidant (+ 7,3 % de 2005 à 2012, puis + 6,5 % de 2012 à 2014 avec un effectif en 2014 de plus de 380 000 personnes) ainsi que la néphropathie chronique grave et syn-

drome néphrotique primitif (+ 8,2 % puis + 8,9 %, avec un effectif un peu plus modeste de près de 150 000 personnes en 2014) (figure 5). L'augmentation de l'espérance de vie de la population générale a probablement joué un rôle important pour ces deux affections qui surviennent à des âges avancés.

L'évolutivité a été un peu plus modérée pour les autres affections sur liste de ce groupe, c'est-à-dire pour l'insuffisance

Figure 4

**Évolution des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD sur liste, par type d'affection, entre 2005 et 2014, et taux de croissance annuel moyen avant et après 2012**

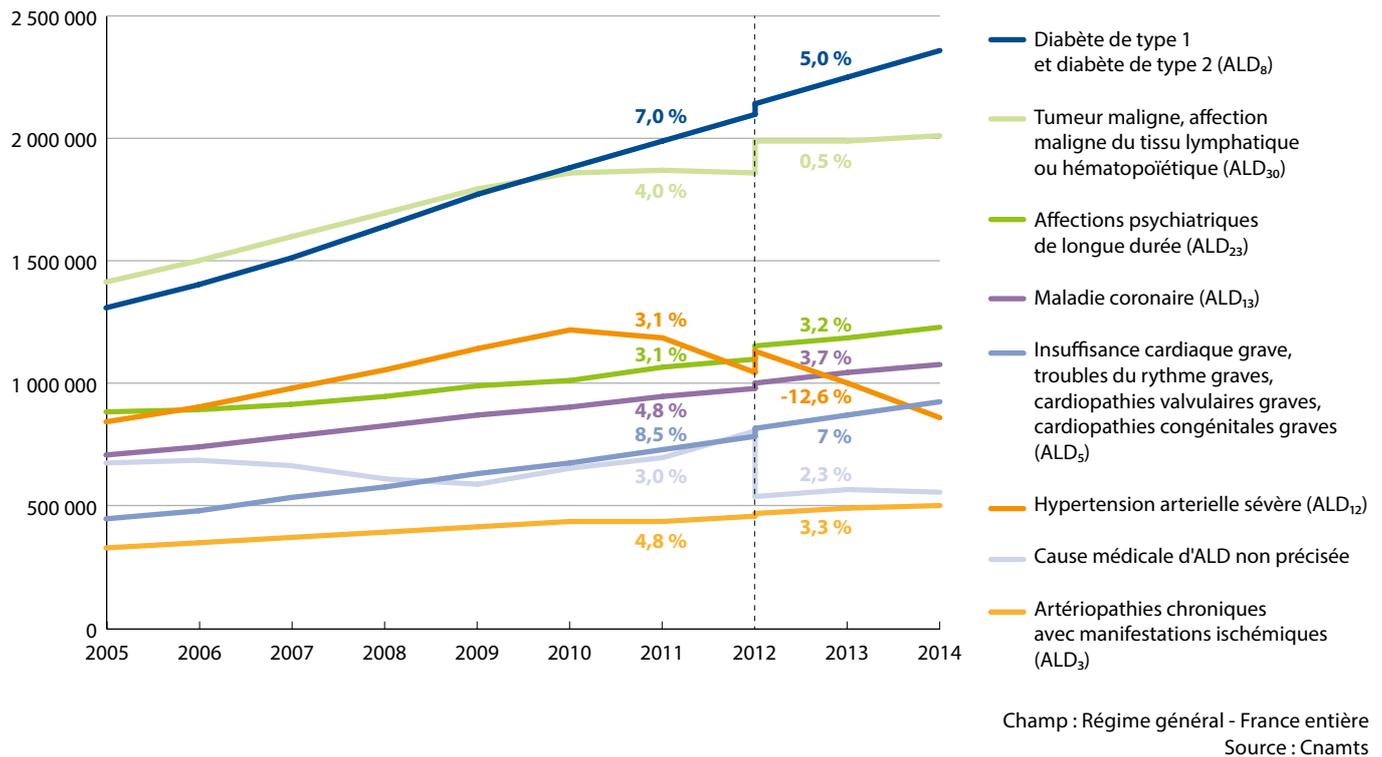


Figure 5

**Évolution des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD sur liste, par type d'affection, entre 2005 et 2014, et taux de croissance annuel moyen avant et après 2012 (suite)**

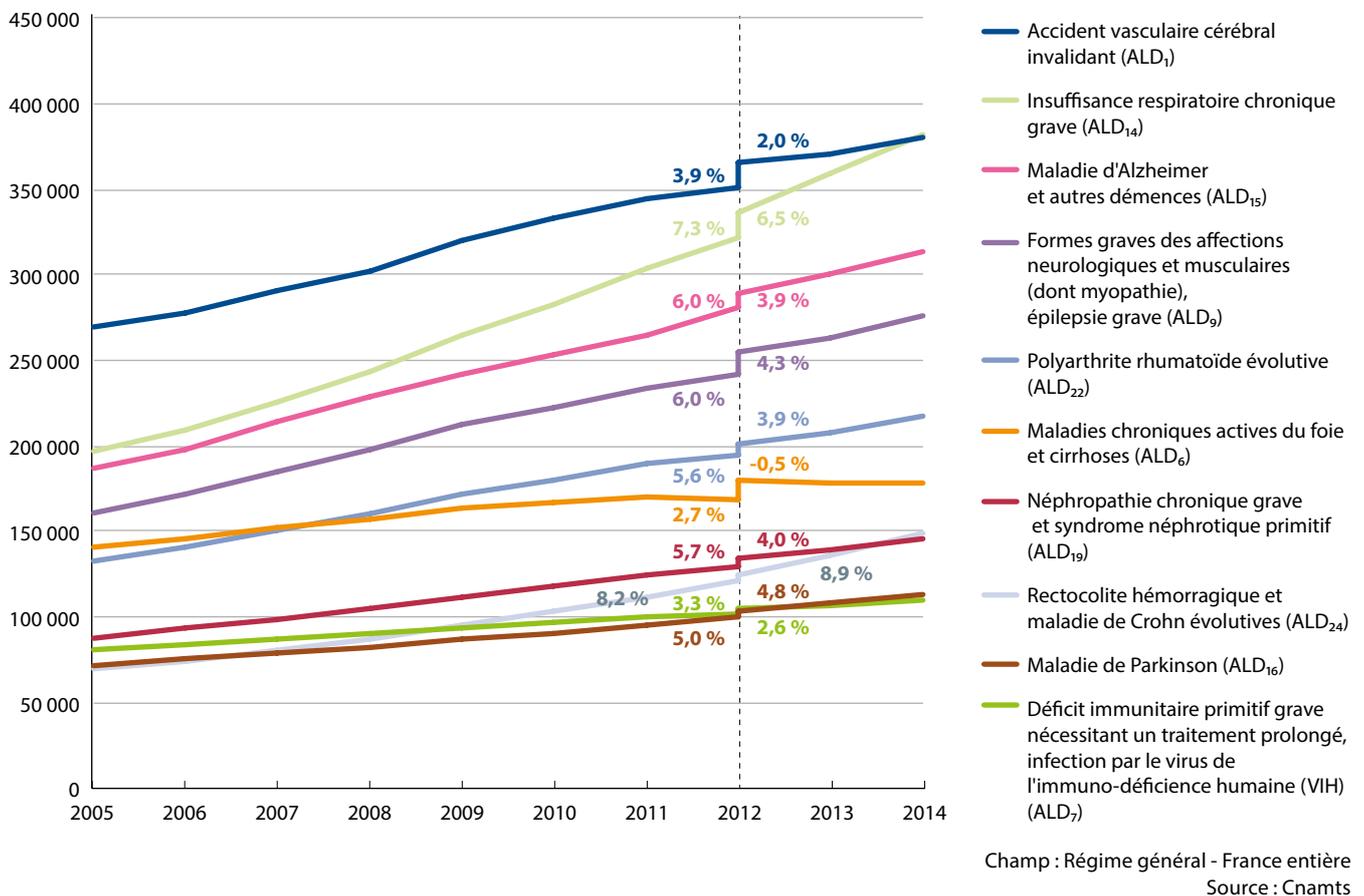
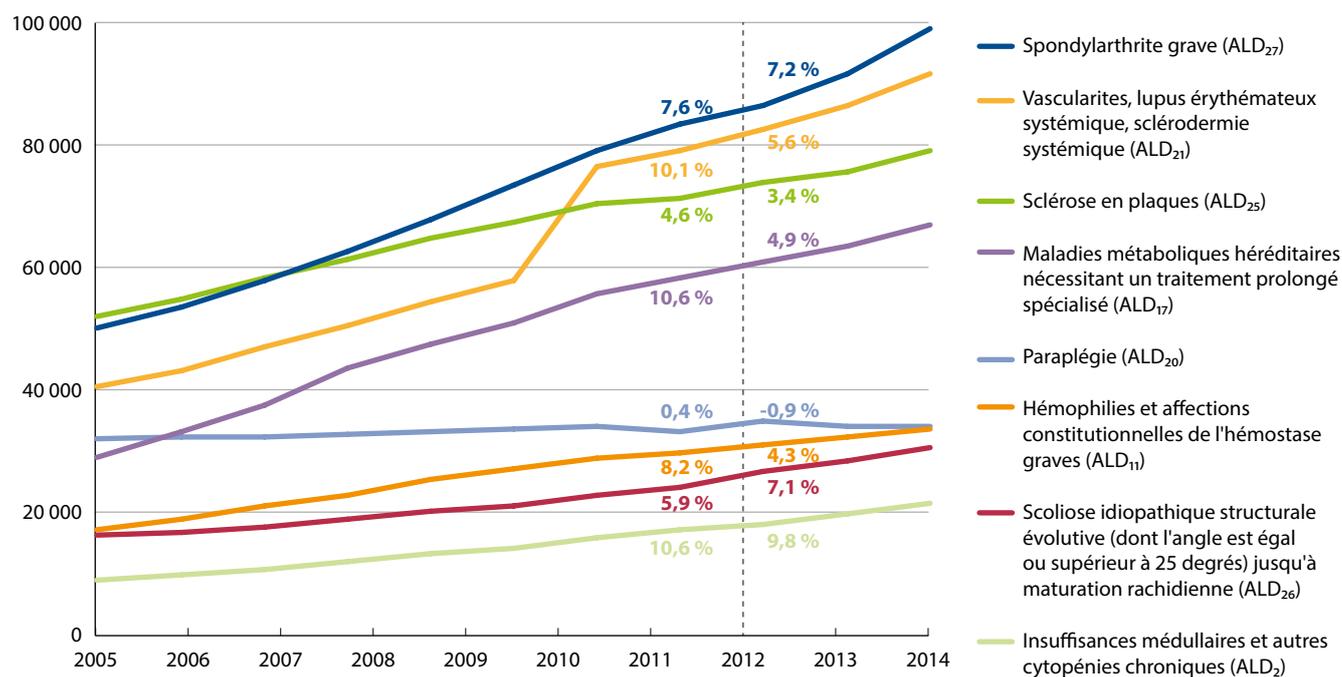


Figure 6

### Évolution des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD sur liste, par type d'affection, entre 2005 et 2014, et taux de croissance annuel moyen avant et après 2012 (suite)



Champ : Régime général - France entière  
Source : Cnamts

respiratoire chronique grave, la maladie d'Alzheimer et les autres démences, les formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont la myopathie) et l'épilepsie, la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave, la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn évolutives, la maladie de Parkinson, le déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et l'infection par le VIH. Les effectifs correspondant aux maladies chroniques actives du foie et aux cirrhoses se sont stabilisés récemment (+2,7% de 2005 à 2012 puis -0,5% de 2012 à 2014).

Enfin, pour les affections sur liste concernant moins de 100 000 personnes en 2014, certaines évolutions ont été dynamiques (figure 6). C'est notamment le cas de l'ALD vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie généralisée, des maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé, ainsi que des insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques. Les effectifs de ces trois groupes d'affections ont crû jusqu'en 2012 sur un rythme moyen annuel de +10%. Un changement intervenu dans la réglementation en 2011 explique en partie l'aug-

mentation brusque des effectifs relatifs à l'ALD vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie généralisée qui regroupe maintenant les pathologies identifiées par le code CIM-10 M31 « autres vasculopathies nécrosantes », antérieurement associées à l'ALD artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.

Une autre modification réglementaire a conduit à une augmentation des effectifs (+5,9% puis +7,1%) de la scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne. La référence à la maturation rachidienne, qui induisait de fait une limite d'âge, a été supprimée et les critères médicaux ont été assouplis, ce qui a pu permettre d'admettre au titre de cette affection certains patients qui auraient antérieurement été exonérés au titre d'une affection hors liste.

D'autres affections sur liste ont eu des évolutions un peu moins dynamiques (hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves +8,2% de 2005 à 2012 puis +4,3% de 2012 à 2014; spondylarthrite grave +7,6% puis +7,2%; sclérose en plaques +4,6% puis +3,4%).

La paraplégie a été la seule affection sur liste à enregistrer un taux d'évolution négatif (-0,9% depuis 2012), ce que l'on peut probablement relier aux actions de prévention en accidentologie notamment en matière de sécurité routière.

#### ● Augmentation globale des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste mais ralentissement général depuis 2011

Une augmentation globale des effectifs de patients est donc observée pour chaque affection sur liste, à trois exceptions près : les effectifs des patients bénéficiant des ALD tumeur maligne, maladies chroniques actives du foie et cirrhose, et paraplégie se sont stabilisés ou ont diminué. On note par ailleurs un ralentissement général de la croissance des effectifs des autres affections sur liste. Ce ralentissement peut provenir, au moins partiellement, d'un impact de la modification réglementaire de 2011 portant sur la limitation de la durée d'admission dans le dispositif des affections sur liste, en particulier dans le cas de l'ALD tumeur maligne.

Deux pathologies ont toutefois contribué à plus de 50 % de la croissance récente (2012-2014) des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste (après exclusion de l'hypertension artérielle sévère) : l'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires (31 %) et le diabète (26 %). Parmi les maladies cardio-neurovasculaires, l'ALD n°5 relative à l'« insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves » a été la plus contributive (+ 14 %).

Par ailleurs, le nombre moyen d'affections par patient a globalement augmenté, passant de 1,2 en 2005 à 1,3 en 2014. La nécessité de contrôler l'ordonnancier bizonne a en effet conduit l'Assurance Maladie à encourager des demandes d'exonération séparées pour chaque affection et pour un même patient. L'augmentation de l'espérance de vie de la population a aussi pu conduire à une augmentation de la polymorbidité.

#### ● Évolution des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections hors liste et des polyopathologies de 2012 à 2014

Les deux dispositifs des affections hors liste et des polyopathologies concernent beaucoup moins de bénéficiaires que l'ensemble du dispositif des affections sur liste. Ces effectifs ont toutefois connu une évolution récente relativement rapide. Entre 2012 et 2014, les effectifs de patients ont augmenté en moyenne de + 5,9 % par an pour les affections hors liste graves caractérisées jusqu'à atteindre 679 710 personnes en 2014 et de + 4,0 % pour les polyopathologies invalidantes pour atteindre 81 320 personnes, versus + 2,7 % pour l'ensemble des affections sur liste (hors hypertension artérielle sévère) (tableau 2).

En termes de contribution à la croissance de l'ensemble des ALD entre 2012 et 2014, les affections hors liste ont contribué à près de 9 % à celle-ci, alors que les bénéficiaires des affections hors liste ne représentaient que 7 % des patients bénéficiant d'une ALD en 2014, et les polyopathologies ont contribué à moins de 1 % (tableau 2). Parmi les principales affections exonérées au titre des ALD hors liste, deux sont particulièrement dynamiques : la dégénérescence maculaire liée à l'âge (+ 17 %), pour laquelle les efforts de dépistage ont été

marqués et les médicaments sont particulièrement onéreux, et l'embolie pulmonaire (+ 10 %) (tableau 3).

#### ● Évolution des effectifs de bénéficiaires ayant une nouvelle exonération au titre du dispositif des affections sur liste de 2012 à 2014

Près de 872 300 nouvelles exonérations (à l'exclusion des renouvellements) ont été attribuées en 2005 au titre d'une affection sur liste, 1 193 300 en 2012 et 1 281 900 en 2014, au régime général de l'Assurance Maladie (tableau 4, hors hypertension artérielle sévère). Cet effectif a donc augmenté en moyenne de + 4,6 % par an entre 2005 et 2012, puis de + 3,6 % par an entre 2012 et 2014.

Les affections sur liste les plus fréquemment attribuées en 2014 concernent les tumeurs malignes (plus de 290 000 personnes) et le diabète (210 000 personnes). Puis viennent les différentes affections cardio-neurovasculaires avec 360 000 personnes nouvellement exonérées. Leurs motifs ont concerné l'une et/ou l'autre des pathologies suivantes : l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves et les cardiopathies congénitales graves avec 140 000 personnes ; la maladie coronaire avec 100 000 personnes ; les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques avec 60 000 personnes ; l'accident vasculaire cérébral invalidant avec 60 000 personnes. Les affections psychiatriques de longue durée ont concerné environ 130 000 personnes et la maladie d'Alzheimer et autres démences environ 60 000 personnes.

L'ordre de fréquence des affections diffère, selon que l'on s'intéresse aux exonérations en cours ou aux nouvelles exonérations au titre d'une affection sur liste. De plus, les effectifs incidents de l'ensemble des affections sur liste ont évolué un peu plus rapidement que les effectifs prévalents (+ 3,6 % versus + 2,7 % par an entre 2012 et 2014, hors hypertension artérielle sévère). En effet, la guérison de certaines pathologies, amplifiée par la limitation de la durée d'exonération à 2 ou 5 ans à compter de 2011, a atténué les effectifs prévalents sur la période d'observation. C'est le cas de l'ALD tumeur maligne, dont les taux de guérison mais

aussi de décès peuvent expliquer des effectifs prévalents moins élevés et des effectifs incidents plus élevés que dans le cas de l'ALD diabète.

Par ailleurs, l'espérance de vie parfois faible des personnes atteintes, du fait de la gravité de la pathologie ou de l'âge avancé de survenue, a pu jouer, comme dans le cas de l'ALD n°5 « insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves » (taux de décès 6 % – tableau 1, et âge moyen à l'admission 73 ans – tableau 4). Les effectifs incidents de cette ALD dépassent en 2014 ceux des affections psychiatriques de longue durée, contrairement aux effectifs prévalents qui leur sont inférieurs.

Des particularités sont notées pour certaines affections sur liste. Les effectifs des nouvelles exonérations pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ont été stables, comme les effectifs prévalents. Les nouvelles exonérations pour diabète sont devenues stables (+ 0,4 % par an de 2012 à 2014) mais l'évolution des effectifs prévalents a été dynamique (+ 5,0 % par an sur cette période), ce qui reflète peut être une meilleure espérance de vie. Par ailleurs, l'évolution des nouvelles exonérations pour néphropathie chronique et syndrome néphrotique (+ 12 %) a été aussi soutenue que celle des prévalences entre 2012 et 2014 (+ 9 %), les effectifs dépassant 148 000 prévalents et 24 000 incidents en 2014. D'autres évolutions particulièrement dynamiques ont concerné de petits effectifs, qui peuvent être soumis à des fluctuations annuelles.

#### ● Les affections sur liste : un marqueur important de pathologie lors de la réalisation de travaux médico-économiques

L'utilisation des diagnostics des affections sur liste contribue aux travaux épidémiologiques et médico-économiques de repérage des patients pris en charge pour une pathologie chronique, notamment dans l'élaboration par la Cnamts de la cartographie des pathologies et des dépenses. Celle-ci, construite à partir du Sniiram à partir des données de 2010, a pour but de connaître et de suivre le poids des pathologies sur la population assurée ainsi que les dépenses correspondantes pour le système de soins<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>

Tableau 2

## Évolution récente des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour les principales ALD, entre 2012 et 2014

Intitulé de l'affection	Effectif 2012	Effectif 2013	Effectif 2014	TCAM <sup>(a)</sup> 2012-2014	Contribution à l'évolution du TCAM <sup>(a)</sup> 2012-2014
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	2 430 700	2 532 960	2 649 450	4,4	31,4
- Maladie coronaire (ALD <sub>13</sub> )	1 008 200	1 041 560	1 083 610	3,7	8,8
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD <sub>3</sub> )	814 410	868 720	931 590	7,0	13,6
- Hypertension artérielle sévère (ALD <sub>12</sub> )	475 200	488 190	507 440	3,3	3,8
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD <sub>3</sub> )	336 860	358 800	382 040	6,5	5,3
- Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD <sub>3</sub> )	2 142 680	2 250 760	2 362 620	5,0	25,6
<b>Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD<sub>8</sub>)</b>	1 988 250	1 992 380	2 010 140	0,5	2,5
<b>Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD<sub>30</sub>)</b>	560 790	559 780	562 490	0,2	0,2
- Tumeur maligne du sein chez la femme	361 000	354 800	349 670	-1,6	-1,3
- Tumeur maligne de la prostate	207 820	207 560	208 350	0,1	0,1
- Tumeur maligne du côlon	88 050	90 250	92 990	2,8	0,6
- Tumeur de la vessie	82 050	85 130	89 440	4,4	0,9
- Tumeur maligne des bronches et du poumon	1 155 530	1 190 690	1 231 660	3,2	8,9
<b>Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD<sub>14</sub>)</b>	365 200	370 980	380 080	2,0	1,7
<b>Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD<sub>15</sub>)</b>	289 830	300 720	312 810	3,9	2,7
<b>Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (ALD<sub>9</sub>)</b>	254 180	263 070	276 730	4,3	2,6
<b>Polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD<sub>22</sub>)</b>	200 770	207 550	216 740	3,9	1,9
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD<sub>6</sub>)</b>	179 360	178 760	177 730	-0,5	-0,2
<b>Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD<sub>19</sub>)</b>	125 460	135 650	148 690	8,9	2,7
<b>Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD<sub>24</sub>)</b>	134 190	139 670	145 220	4,0	1,3
<b>Maladie de Parkinson (ALD<sub>16</sub>)</b>	103 540	108 120	113 820	4,8	1,2
<b>Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) (ALD<sub>7</sub>)</b>	104 540	106 880	110 040	2,6	0,6
<b>Spondylarthrite grave (ALD<sub>27</sub>)</b>	86 130	91 730	98 930	7,2	1,5
<b>Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodémie systémique (ALD<sub>21</sub>)</b>	82 260	86 390	91 720	5,6	1,1
<b>Sclérose en plaques (ALD<sub>25</sub>)</b>	73 640	75 330	78 760	3,4	0,6
<b>Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé (ALD<sub>17</sub>)</b>	60 700	63 360	66 840	4,9	0,7
<b>Paraplégie (ALD<sub>20</sub>)</b>	34 580	33 770	33 980	-0,9	-0,1
<b>Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD<sub>11</sub>)</b>	30 780	31 970	33 490	4,3	0,3
<b>Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne (ALD<sub>26</sub>)</b>	26 290	27 920	30 170	7,1	0,5
<b>Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD<sub>2</sub>)</b>	17 750	19 580	21 410	9,8	0,4
<b>Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (ALD<sub>10</sub>)</b>	15 210	15 930	16 780	5,1	0,2
<b>Tuberculose active, lèpre (ALD<sub>29</sub>)</b>	12 350	11 990	11 430	-3,8	-0,1
<b>Suites de transplantation d'organe (ALD<sub>28</sub>)</b>	8 480	8 970	9 850	7,8	0,2
<b>Mucoviscidose (ALD<sub>18</sub>)</b>	6 100	6 160	6 350	2,1	0,0
<b>Bilharziose compliquée (ALD<sub>4</sub>)</b>	150	150	150	1,3	0,0
<b>Cause médicale d'ALD non précisée</b>	540 590	564 500	561 610	1,9	2,4
<b>Total patients en ALD sur liste hors hypertension artérielle sévère (ALD<sub>12</sub>)</b>	<b>8 721 060</b>	<b>8 954 510</b>	<b>9 193 550</b>	<b>2,7</b>	
<b>Total patients en ALD<sub>31</sub></b>	<b>606 170</b>	<b>640 660</b>	<b>679 710</b>	<b>5,9</b>	<b>8,6</b>
<b>Total patients en ALD<sub>32</sub></b>	<b>75 250</b>	<b>78 970</b>	<b>81 320</b>	<b>4,0</b>	<b>0,7</b>
<b>Total patients en ALD<sub>31-32</sub> et sur liste hors hypertension artérielle sévère (ALD<sub>12</sub>)</b>	<b>9 066 360</b>	<b>9 315 550</b>	<b>9 565 900</b>	<b>2,7</b>	<b>3,4</b>
<b>Hypertension artérielle sévère (ALD<sub>12</sub>)</b>	<b>1 135 740</b>	<b>1 000 310</b>	<b>867 600</b>	<b>-12,6</b>	
<b>Total patients en ALD<sub>31-32</sub> et sur liste</b>	<b>9 459 660</b>	<b>9 660 160</b>	<b>9 863 680</b>	<b>2,1</b>	

(a) TCAM : taux de croissance annuel moyen  
Remarque : les effectifs sont arrondis à la dizaine.

Champ : Régime général - France entière  
Source : Cnamts

Tableau 3

**Effectifs, rangs, taux de personnes prises en charge pour ALD sur liste et hors liste, caractéristiques d'âge et de sexe en 2014 et évolutions récentes 2012-2014, pour les principales affections (par code CIM-10)**

Libellé de la maladie selon la CIM-10	Effectif 2014	Rang	Taux pour 100 000 personnes protégées	TCAM <sup>(a)</sup> 2012-2014	Femmes %	Âge moyen (ans)	Écart-type âge
<b>B18</b> Hépatite virale chronique	90 960	29	151	-2,3	41	54	15
<b>B20</b> Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires	23 200	77	39	0,1	31	49	12
<b>B24</b> Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision	58 580	43	98	2,8	33	47	12
<b>B91</b> Séquelles de poliomyélite	13 360	102	22	-0,1	58	63	14
<b>C15</b> Tumeur maligne de l'oesophage	13 070	106	22	1,9	23	68	12
<b>C16</b> Tumeur maligne de l'estomac	23 000	78	38	1,0	42	71	14
<b>C18</b> Tumeur maligne du côlon	138 370	17	230	0,4	50	73	13
<b>C19</b> Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne	13 100	105	22	0,3	47	71	13
<b>C20</b> Tumeur maligne du rectum	47 380	49	79	0,4	45	71	13
<b>C22</b> Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	13 830	101	23	5,7	28	67	17
<b>C25</b> Tumeur maligne du pancréas	18 920	90	32	6,6	51	68	13
<b>C32</b> Tumeur maligne du larynx	21 220	84	35	-2,3	14	67	12
<b>C34</b> Tumeur maligne des bronches et du poumon	89 210	30	149	4,4	34	67	12
<b>C43</b> Mélanome malin de la peau	57 120	44	95	3,8	57	64	16
<b>C44</b> Autres tumeurs malignes de la peau	32 330	63	54	4,0	49	74	15
<b>C50</b> Tumeur maligne du sein	566 370	4	943	0,2	99	66	13
<b>C53</b> Tumeur maligne du col de l'utérus	26 940	70	45	-1,9	100	61	15
<b>C54</b> Tumeur maligne du corps de l'utérus	35 670	58	59	-1,4	100	71	11
<b>C56</b> Tumeur maligne de l'ovaire	26 830	71	45	0,3	100	65	14
<b>C61</b> Tumeur maligne de la prostate	349 670	6	582	-1,6	0	74	11
<b>C62</b> Tumeur maligne du testicule	17 650	93	29	-2,8	0	44	6
<b>C64</b> Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet	56 010	45	93	2,6	38	67	16
<b>C67</b> Tumeur maligne de la vessie	92 990	28	155	2,8	19	73	13
<b>C71</b> Tumeur maligne de l'encéphale	16 990	96	28	4,3	49	51	21
<b>C73</b> Tumeur maligne de la thyroïde	80 480	37	134	3,1	79	58	15
<b>C81</b> Lymphome de Hodgkin	16 530	97	28	-2,2	49	45	18
<b>C82</b> Lymphome folliculaire	18 630	92	31	2,9	50	65	15
<b>C83</b> Lymphome non folliculaire	19 480	89	32	1,9	48	65	16
<b>C85</b> Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés	21 130	85	35	3,7	49	66	16
<b>C90</b> Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes	21 510	82	36	4,9	52	71	12
<b>C91</b> Leucémie lymphoïde	35 670	59	59	3,7	46	65	22
<b>C92</b> Leucémie myéloïde	17 640	94	29	3,9	49	60	19
<b>D43</b> Tumeur de l'encéphale et du système nerveux central à évolution imprévisible ou inconnue	12 740	108	21	-0,1	60	53	19
<b>D46</b> Syndromes myélodysplasiques	16 020	98	27	8,2	56	74	15
<b>D47</b> Autres tumeurs des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue	18 760	91	31	5,9	60	69	16
<b>D68</b> Autres anomalies de la coagulation	21 970	79	37	7,3	56	54	20
<b>E10</b> Diabète sucré insulino-dépendant	277 400	9	462	0,7	48	57	22

Tableau 3 (suite)

**Effectifs, rangs, taux de personnes prises en charge pour ALD sur liste et hors liste, caractéristiques d'âge et de sexe en 2014 et évolutions récentes 2012-2014, pour les principales affections (par code CIM-10)**

Libellé de la maladie selon la CIM-10	Effectif 2014	Rang	Taux pour 100 000 personnes protégées	TCAM <sup>(a)</sup> 2012-2014	Femmes %	Âge moyen (ans)	Écart-type âge
<b>E11</b> Diabète sucré non insulino-dépendant	2 130 890	1	3 549	5,5	47	67	13
<b>E83</b> Anomalies du métabolisme des minéraux	35 760	57	60	6,4	40	60	16
<b>F00</b> Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-)	210 910	11	351	2,6	75	84	7
<b>F01</b> Démence vasculaire	24 050	75	40	3,2	69	85	8
<b>F03</b> Démence, sans précision	82 830	33	138	8,0	69	83	10
<b>F10</b> Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	48 160	48	80	5,0	31	55	12
<b>F20</b> Schizophrénie	134 400	19	224	1,0	35	47	14
<b>F22</b> Troubles délirants persistants	39 810	53	66	-2,5	54	56	16
<b>F28</b> Autres troubles psychotiques non organiques	24 230	74	40	-0,5	57	55	17
<b>F29</b> Psychose non organique, sans précision	81 710	35	136	6,1	48	50	17
<b>F31</b> Trouble affectif bipolaire	133 670	20	223	4,1	66	56	16
<b>F32</b> Épisodes dépressifs	307 500	8	512	9,9	71	58	16
<b>F33</b> Trouble dépressif récurrent	20 640	87	34	10,4	74	58	15
<b>F41</b> Autres troubles anxieux	31 900	65	53	-3,0	72	61	16
<b>F60</b> Troubles spécifiques de la personnalité	200 970	12	335	-1,9	56	52	18
<b>F79</b> Retard mental, sans précision	108 260	24	180	0,0	46	40	20
<b>F84</b> Troubles envahissants du développement	54 130	46	90	10,9	25	17	16
<b>G20</b> Maladie de Parkinson	111 080	23	185	4,8	51	76	10
<b>G35</b> Sclérose en plaques	78 760	38	131	3,4	73	50	14
<b>G40</b> Épilepsie	119 620	22	199	7,5	50	45	23
<b>G47</b> Troubles du sommeil	20 910	86	35	12,3	35	62	18
<b>G60</b> Neuropathie héréditaire et idiopathique	13 180	103	22	7,9	51	55	22
<b>G62</b> Autres polynévrites	12 060	110	20	0,1	41	65	16
<b>G80</b> Paralysie cérébrale	37 980	55	63	-0,5	46	31	19
<b>G81</b> Hémiplégie	69 060	40	115	-4,1	48	65	20
<b>G82</b> Paraplégie et tétraplégie	33 110	61	55	-0,3	39	51	21
<b>H35</b> Autres affections rétinienues	44 230	50	74	14,1	71	80	12
<b>H353</b> <i>Dégénérescence de la macula et du pôle postérieur (HL)</i>	34 830	-	58	16,7	72	82	9
<b>I05</b> Maladies rhumatismales de la valvule mitrale	23 300	76	39	-1,1	64	70	14
<b>I06</b> Maladies rhumatismales de la valvule aortique	29 990	68	50	0,6	41	72	14
<b>I08</b> Maladies de plusieurs valvules (rhumatismales)	12 870	107	21	10,4	60	71	14
<b>I10</b> Hypertension essentielle (primitive)	860 270	2	1 433	-12,6	57	74	12
<b>I20</b> Angine de poitrine	173 340	15	289	-4,3	35	74	12
<b>I21</b> Infarctus aigu du myocarde	175 770	14	293	2,8	24	66	14
<b>I25</b> Cardiopathie ischémique chronique	782 750	3	1 304	6,1	29	72	13
<b>I26</b> <i>Embolie pulmonaire (HL)</i>	32 520	62	54	10,0	60	69	17
<b>I34</b> Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale	33 370	60	56	3,0	55	70	15
<b>I35</b> Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique	70 310	39	117	6,9	43	73	13

Tableau 3 (suite)

**Effectifs, rangs, taux de personnes prises en charge pour ALD sur liste et hors liste, caractéristiques d'âge et de sexe en 2014 et évolutions récentes 2012-2014, pour les principales affections (par code CIM-10)**

Libellé de la maladie selon la CIM-10	Effectif 2014	Rang	Taux pour 100 000 personnes protégées	TCAM <sup>(a)</sup> 2012-2014	Femmes %	Âge moyen (ans)	Écart-type âge
I42 Myocardiopathie	98 290	27	164	5,4	40	69	16
I48 Fibrillation et flutter auriculaires	343 380	7	572	14,7	49	77	10
I49 Autres arythmies cardiaques	107 250	25	179	2,7	51	75	15
I50 Insuffisance cardiaque	213 340	10	355	5,8	53	77	13
I61 Hémorragie intracérébrale	21 250	83	35	5,0	47	63	19
I63 Infarctus cérébral	58 940	42	98	2,2	47	70	16
I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	191 910	13	320	15,8	48	71	16
I65 Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral	25 940	72	43	7,7	45	74	12
I67 Autres maladies cérébrovasculaires	14 340	99	24	-3,3	54	70	18
I69 Séquelles de maladies cérébrovasculaires	53 720	47	89	8,2	49	71	17
I70 Athérosclérose	395 350	5	658	3,7	31	72	13
I71 Anévrisme aortique et dissection	41 460	51	69	7,5	20	71	14
I72 Autres anévrismes et dissections	13 130	104	22	4,3	51	62	15
I73 Autres maladies vasculaires périphériques	13 910	100	23	-9,5	38	71	18
J42 Bronchite chronique, sans précision	81 600	36	136	12,2	39	70	14
J45 Asthme	163 050	16	272	1,0	59	51	23
J96 Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs	137 050	18	228	-1,3	45	71	15
K50 Maladie de Crohn [entérite régionale]	81 900	34	136	4,2	59	45	16
K51 Recto-colite hémorragique [colite ulcéreuse]	66 320	41	110	4,1	52	51	17
K70 Maladie alcoolique du foie	39 020	54	65	-0,4	34	62	11
K74 Fibrose et cirrhose du foie	40 420	52	67	2,2	47	62	14
M05 Polyarthrite rhumatoïde séropositive	84 910	32	141	6,3	76	63	15
M06 Autres polyarthrites rhumatoïdes	104 970	26	175	1,7	76	66	16
M07 Arthropathies psoriasiques et entéropathiques	28 640	69	48	5,9	56	57	14
M15 Polyarthrose (HL)	21 860	80	36	3,8	83	77	12
M31 Autres vasculopathies nécrosantes	20 630	88	34	4,7	71	75	14
M32 Lupus érythémateux disséminé	30 310	67	50	4,6	88	50	16
M35 Autres atteintes systémiques du tissu conjonctif	36 160	56	60	8,0	79	63	17
M41 Scoliose	32 110	64	53	6,1	82	30	23
M45 Spondylarthrite ankylosante	86 260	31	144	6,9	49	51	14
M46 Autres spondylopathies inflammatoires	12 460	109	21	8,8	56	55	15
M80 Ostéoporose avec fracture pathologique (HL)	30 860	66	51	5,4	88	78	11
N18 Maladie rénale chronique	124 010	21	207	10,2	46	68	18
Q21 Malformations congénitales des cloisons cardiaques	21 700	81	36	1,0	55	28	24
Q90 Syndrome de Down	24 330	73	41	1,7	47	32	18
Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immuno-déficience humaine [VIH]	17 200	95	29	0,3	35	47	12

(a) TCAM : taux de croissance annuel moyen  
Remarque : les effectifs sont arrondis à la dizaine.

Champ : Régime général - France entière  
Source : Cnamts

Tableau 4

## Effectifs des nouvelles exonérations pour ALD sur liste et évolutions récentes 2012-2014

Nature de l'affection	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014	TCAM <sup>(a)</sup> 2012-2014	Âge moyen (ans)
Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD <sub>1</sub> )	48 990	54 480	58 820	8,0%	9,6%	69
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD <sub>2</sub> )	3 930	4 220	4 370	3,6%	5,4%	68
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD <sub>3</sub> )	54 720	54 870	59 070	7,7%	3,9%	69
Bilharziose compliquée (ALD <sub>4</sub> )	10	20	20	0,0%	41,4%	42
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD <sub>5</sub> )	123 820	129 480	142 270	9,9%	7,2%	73
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD <sub>6</sub> )	20 150	19 980	20 130	0,8%	0,0%	55
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) (ALD <sub>7</sub> )	7 670	7 550	7 710	2,1%	0,3%	36
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD <sub>8</sub> )	208 930	211 320	210 680	-0,3%	0,4%	61
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (ALD <sub>9</sub> )	25 800	27 480	29 630	7,8%	7,2%	47
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (ALD <sub>10</sub> )	1 590	1 740	1 830	5,2%	7,3%	25
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD <sub>11</sub> )	3 030	3 180	3 470	9,1%	7,0%	49
Maladie coronaire (ALD <sub>13</sub> )	94 050	94 070	99 210	5,5%	2,7%	67
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD <sub>14</sub> )	40 180	40 470	43 020	6,3%	3,5%	60
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD <sub>15</sub> )	60 060	60 670	63 730	5,0%	3,0%	83
Maladie de Parkinson (ALD <sub>16</sub> )	15 700	15 780	17 030	7,9%	4,1%	75
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé (ALD <sub>17</sub> )	5 800	6 210	6 500	4,7%	5,9%	45
Mucoviscidose (ALD <sub>18</sub> )	360	340	370	8,8%	1,4%	14
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD <sub>19</sub> )	19 720	21 580	24 550	13,8%	11,6%	68
Paraplégie (ALD <sub>20</sub> )	1 800	1 790	1 940	8,4%	3,8%	50
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique (ALD <sub>21</sub> )	8 670	9 470	10 620	12,1%	10,7%	59
Polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD <sub>22</sub> )	17 320	17 850	19 120	7,1%	5,1%	58
Affections psychiatriques de longue durée (ALD <sub>23</sub> )	114 410	119 490	125 600	5,1%	4,8%	45
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD <sub>24</sub> )	12 200	12 360	13 090	5,9%	3,6%	39
Sclérose en plaques (ALD <sub>25</sub> )	5 000	4 860	5 280	8,6%	2,8%	41
Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne (ALD <sub>26</sub> )	5 090	5 300	5 800	9,4%	6,7%	28
Spondylarthrite grave (ALD <sub>27</sub> )	8 660	9 100	9 950	9,3%	7,2%	44
Suites de transplantation d'organe (ALD <sub>28</sub> )	620	680	790	16,2%	12,9%	51
Tuberculose active, lèpre (ALD <sub>29</sub> )	3 600	3 560	3 370	-5,3%	-3,2%	43
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD <sub>30</sub> )	281 430	285 150	293 930	3,1%	2,2%	65
<b>Total</b>	<b>1 193 300</b>	<b>1 223 030</b>	<b>1 281 910</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,6%</b>	<b>63</b>

(a) TCAM : taux de croissance annuel moyen  
Remarque : les effectifs sont arrondis à la dizaine.

Champ : Régime général – France entière  
Source : Cnamts

Les algorithmes qui permettent d'identifier les patients pris en charge pour 56 groupes de pathologies, traitements et événements de santé repérables dans le Sniiram (lorsqu'ils sont fréquents, graves ou coûteux) combinent différentes informations. Il s'agit, selon les pathologies, des diagnostics issus des affections sur liste, des diagnostics principaux, reliés ou associés, racines de groupes homogènes de malades (GHM) ou actes spécifiques issus de la classification commune des actes médicaux (CCAM) codés lors de séjours hospitaliers dans le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), des délivrances de médicaments spécifiques d'une pathologie, et des forfaits de dialyse ou d'autres actes marqueurs.

### ● Contribution des affections sur liste variable selon la pathologie à étudier

La contribution du dispositif de l'affection sur liste dans le repérage des

personnes atteintes de différentes pathologies chroniques, c'est-à-dire le pourcentage de personnes repérées par une affection sur liste parmi celles ayant un marqueur de prise en charge pour une pathologie, a été étudiée sur l'année 2013. Cette contribution varie fortement en fonction de la pathologie et bien sûr de l'algorithme de repérage de celle-ci et donc du recours aux autres marqueurs (médicaments, séjours hospitaliers, actes) dans le Sniiram (figure 7).

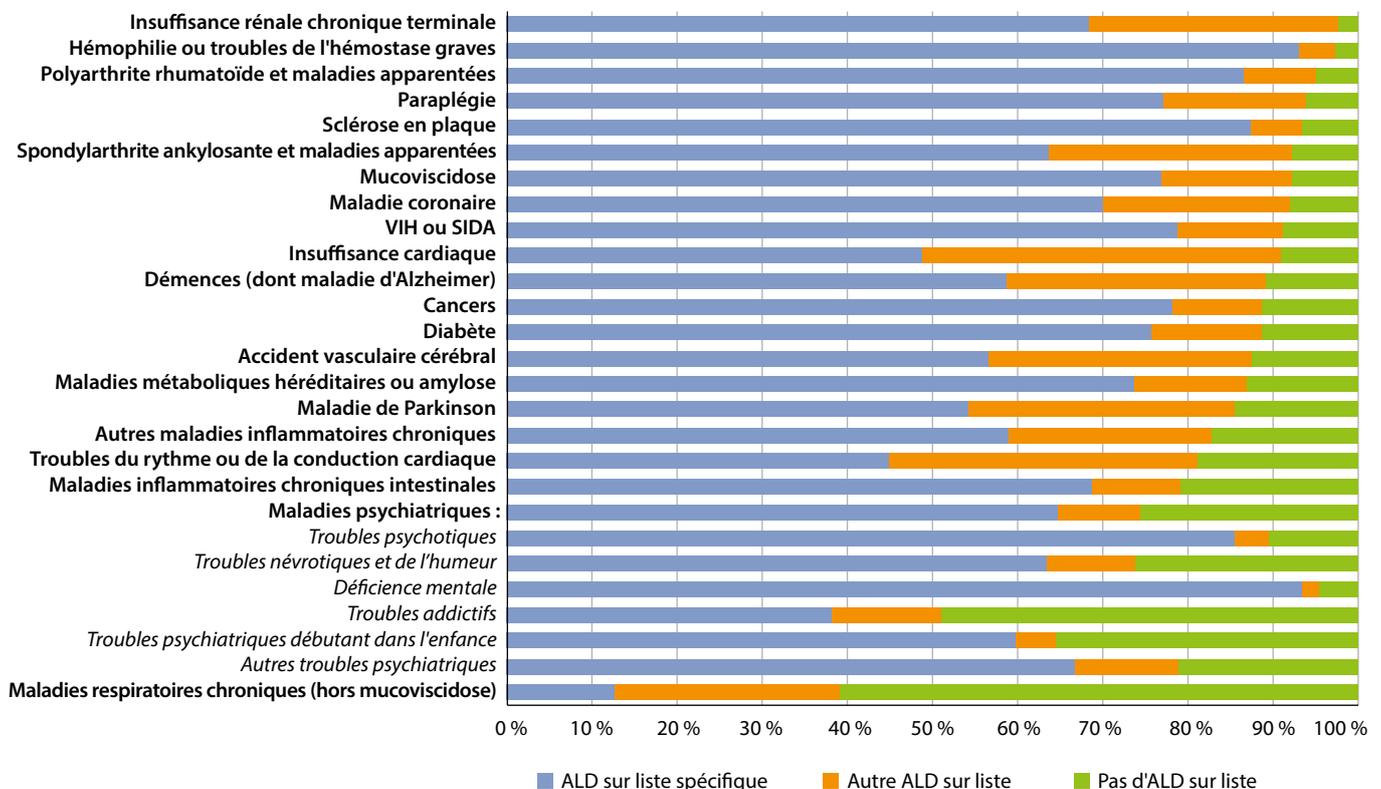
Cette contribution de l'affection sur liste est par définition élevée pour les pathologies qui nécessitent un recours aux soins important et spécifique. L'ALD spécifique correspondante repère ainsi 93 % des patients pris en charge pour déficience mentale, 93 % pour hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase grave, 87 % pour sclérose en plaque, 87 % pour polyarthrite rhumatoïde, 85 % pour troubles psychotiques, 79 % pour VIH et 77 % pour paraplégie comme pour mucoviscidose.

La contribution du dispositif de l'affection sur liste est un peu moins importante dans le cas de pathologies beaucoup plus fréquentes mais de gravité probablement variable et pour lesquelles les comorbidités sont fréquentes. Ainsi, pour les pathologies les plus graves ou fréquentes, 78 % des personnes prises en charge pour tumeur maligne sont repérées par l'ALD tumeur maligne, 76 % des cas de diabète par l'ALD diabète (mais 85 % en cas de diabète insulino-traité), 70 % en cas de maladie coronaire, 63 % pour les troubles névrotiques et de l'humeur, 59 % pour les démences, 56 % pour l'accident vasculaire cérébral, 54 % pour la maladie de Parkinson, 49 % pour l'insuffisance cardiaque et 45 % pour les troubles du rythme et de la conduction cardiaque.

Certains cas particuliers sont notables. La contribution de l'ALD spécifique à une pathologie peut être faible quand ce recours aux soins est modeste et dans certains cas même lorsqu'il est a priori important. Parmi les personnes prises

Figure 7

#### Proportion de patients exonérés au titre d'une ALD sur liste spécifique ou non, parmi ceux pris en charge pour certaines pathologies chroniques spécifiques dans la cartographie des pathologies et des dépenses<sup>(a)</sup>, en 2013



(a) <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>

en charge pour maladie respiratoire chronique (essentiellement l'asthme et la bronchopathie chronique obstructive), 13% seulement sont exonérées au titre de l'ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave, un critère de gravité étant requis pour permettre l'exonération au titre de cette ALD. Ces personnes sont donc principalement repérées par la délivrance de médicaments spécifiques. Parmi les personnes repérées par une prise en charge pour troubles addictifs, 38% sont exonérées au titre de l'ALD pour troubles psychiatriques de longue durée. Ces personnes sont essentiellement repérées par une hospitalisation. Parmi les personnes dialysées, greffées ou suivies après greffe rénale, 68% seulement sont exonérées au titre d'une ALD pour néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou pour suivi de greffe.

Toutefois, un autre diagnostic d'ALD peut avoir précédemment ouvert les droits à une exonération du ticket modérateur. Une nouvelle exonération peut être ou non demandée par le médecin traitant et son patient, selon ce qu'elle peut apporter à la prise en charge du patient. Dans le cas de la dialyse ou de la greffe rénale, alors que 68% des patients seulement sont exonérés au titre d'une ALD pour néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou suivi de greffe, 98% sont pris en charge pour une affection sur liste quelle qu'elle soit. Il s'agit dans ce cas fréquemment de la pathologie causale (pathologie cardiovasculaire, hypertension artérielle sévère, diabète, etc.). L'insuffisance cardiaque illustre également cette situation : 49% seulement des patients repérés dans le Sniiram par une prise en charge pour insuffisance cardiaque sont pris en charge au titre de l'ALD spécifique mais 91% au titre d'une affection sur liste quelle qu'elle soit (principalement une autre pathologie cardio-neurovasculaire ou un diabète). Par ailleurs, le dispositif global des affections sur liste couvre seulement

39% des patients pris en charge pour maladie respiratoire chronique et 51% de ceux pris en charge pour troubles addictifs. Le dispositif des affections sur liste est donc ouvert principalement pour les affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, mais il dépend bien sûr des critères qui en limitent l'accès et aussi de la demande du patient et de son médecin traitant et de l'existence potentielle d'une autre exonération.

#### ● Recours au dispositif des affections sur liste variable au cours du temps

Le recours au dispositif des affections sur liste a évolué au cours du temps. Une analyse a été réalisée à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), une population un peu différente de celle étudiée dans le Sniiram, puisqu'elle exclut les personnes affiliées aux sections locales mutualistes (étudiants, enseignants, etc). Cette exclusion explique des différences d'estimation avec les analyses précédentes. L'échantillon permet toutefois de réaliser des analyses sur des séries longues.

Parmi les personnes diabétiques traitées<sup>3</sup>, la part des personnes bénéficiant d'une exonération au titre de l'ALD diabète et la part des personnes ayant une exonération au titre d'une affection sur liste quelle que soit l'affection (diabète compris), ont augmenté fortement entre 2005 et 2014. Ces deux parts se sont progressivement rapprochées. En 2005, 66% des personnes diabétiques disposent d'une exonération au titre de l'ALD diabète et 79% au titre d'une affection sur liste en général, alors qu'en 2014 ces pourcentages atteignent respectivement 79% et 88%. Le recours au dispositif des ALD pour diabète ou pour une autre affection est donc devenu de plus en plus fréquent chez les personnes diabétiques pharmacologiquement traitées, sans qu'un plateau ne soit atteint en 2014.

#### ● Recours au dispositif des affections sur liste variable selon les territoires et les caractéristiques des patients

Le recours au dispositif des affections sur liste varie aussi en fonction du territoire étudié. Toujours parmi les patients diabétiques traités pharmacologiquement en 2014, le pourcentage ayant eu recours au dispositif des affections sur liste varie entre les régions métropolitaines, par exemple de 76% en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 84% en Lorraine pour l'ALD diabète. Il varie aussi de 86% pour le Languedoc-Roussillon à 92% en Bretagne pour l'ensemble des affections sur liste. Dans les quatre départements d'outre-mer, ces pourcentages approchent les plus faibles taux métropolitains, soit 77% pour l'ALD diabète et 85% pour l'ensemble des affections sur liste.

Ces pourcentages peuvent dépendre des caractéristiques de la maladie (plus ou moins évolutive) mais aussi des patients eux-mêmes. Ainsi, en métropole, les patients diabétiques pharmacologiquement traités et âgés de moins de 60 ans qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, liée à de faibles ressources, remplacée au-delà de 60 ans par d'autres prestations sociales) sont exonérés dans 78% des cas au titre de l'ALD diabète et dans 82% des cas au titre d'une affection sur liste quelle qu'elle soit, versus 81% et 87% des personnes diabétiques de même âge qui ne bénéficient pas de la CMU-C. En revanche, dans les quatre départements d'outre-mer, ces pourcentages respectifs sont plus élevés pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ils s'établissent pour l'ALD diabète à 81% des bénéficiaires de la CMU-C versus 73% des non bénéficiaires, et pour une affection sur liste quelle qu'elle soit à 85% des bénéficiaires de la CMU-C versus 76% des non bénéficiaires.

<sup>3</sup> C'est-à-dire les personnes qui ont reçu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline dans l'année.



## Conclusion

En 2014, près de 10 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie ont bénéficié du dispositif des ALD et pour 96 % d'entre elles au titre d'une affection sur liste. L'effectif total correspond à 16,4 % de la population. Les maladies cardio-neurovasculaires (3,3 millions de personnes), le diabète (2,4 millions), les tumeurs malignes (2 millions), les affections psychiatriques (1,2 million) concernent 78 % des personnes qui bénéficient du dispositif des affections sur liste. Environ 1,3 million de personnes ont bénéficié de l'ouverture d'une nouvelle exonération au titre de l'affection sur liste en 2014, essentiellement pour maladie cardio-neurovasculaire, tumeur maligne, diabète ou affection psychiatrique.

La prévalence brute des bénéficiaires de l'ensemble du dispositif des ALD a augmenté, passant de 13,6 % en 2005 à 16,1 % en 2012 puis 16,4 % en 2014. La croissance des effectifs de bénéficiaires du disposi-

tif des affections sur liste est estimée à +4,9 % par an entre 2005 et 2012, puis +2,7 % par an entre 2012 et 2014. Cette progression s'est donc ralentie à compter de 2011, date correspondant à des modifications réglementaires, et ce malgré la croissance et le vieillissement de la population. La progression observée des effectifs, ainsi que la progression des nouvelles exonérations, résulte des effets combinés de nombreux facteurs. Il s'agit essentiellement des évolutions réglementaires, de la croissance et du vieillissement de la population (l'âge moyen des patients a augmenté d'un an de 2005 à 2014, passant de 62 à 63 ans), de la progression de l'incidence et de l'allongement de l'espérance de vie propres à certaines pathologies, ainsi que d'un diagnostic mais aussi d'une guérison potentiellement plus fréquents pour certaines pathologies et d'un recours au dispositif parfois plus fréquent du fait d'une médicalisation croissante et de traitements plus onéreux. Ces nombreux effets peuvent avoir varié

dans le temps et selon les pathologies. En conséquence, leurs impacts respectifs peuvent difficilement être distingués les uns des autres.

Dans le cadre d'études épidémiologiques ou médico-économiques, l'ALD constitue un marqueur important de repérage de pathologies chroniques et contribue à la surveillance de l'impact des différentes pathologies sur la population et le système de soins. L'interprétation de ces données doit toutefois prendre en compte les variations potentielles liées à la pathologie en cause, l'existence d'une exonération préalable pour une autre ALD ou de la couverture maladie universelle, les pratiques régionales et les modifications réglementaires. L'utilisation de l'ALD comme marqueur de pathologie doit donc être complétée par d'autres marqueurs, médicaments ou actes spécifiques, diagnostics mentionnés lors des séjours hospitaliers, etc., lorsqu'ils sont présents.

**Nous tenons à remercier pour la lecture critique de ce travail les Drs Ayden Tajahmady, Pierre Gabach et Alain Weill, ainsi que l'ensemble des personnes qui contribuent à l'amélioration des systèmes d'information de l'Assurance Maladie : informaticiens, statisticiens, maîtrise d'ouvrage et acteurs des projets Sniiram et Hippocrate.**

Des données complémentaires sur les personnes en affection de longue durée (ALD) sont disponibles sur <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>; elles concernent notamment les effectifs de bénéficiaires de chaque ALD par tranche d'âge, sexe, départements et régions.

Les données complémentaires sur la cartographie des pathologies et des dépenses sont également disponibles sur <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php> ainsi que la méthodologie de construction de cet outil.

**Contact :** michel.paita@cnamts.fr