

Sortie de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD en juin 2011 : quel impact sur la consommation de soin ?

Claire Marbot, Drees

Résultats provisoires (novembre 2014), ne pas citer ¹

1. Introduction

Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 supprime l'hypertension artérielle sévère de la liste des « affections longue durée » (ALD). La liste des ALD est établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé. Elle comprend des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et qui, pour cette raison, ouvrent droit à la suppression de la participation de l'assuré pendant une durée de 5 ans renouvelable, pour les prescriptions en lien avec la pathologie concernée.

Le champ des pathologies couvertes par cette liste est un enjeu de taille puisque, si la proportion des assurés en ALD est d'environ 15 %, près des deux tiers des dépenses de l'assurance maladie leur sont consacrées (Baillot, 2011).

Cette liste, qui comporte une trentaine d'affections, a plutôt tendance à s'allonger au cours du temps : la sortie de l'hypertension artérielle (HTA) sévère est à ce jour le seul exemple d'affection effacée de la liste. La justification avancée pour la sortie de l'HTA sévère (ALD n°12) de cette liste est le fait qu'il s'agit de la seule ALD qui soit un facteur de risque et non une pathologie avérée.

Les patients déjà exonérés au titre de cette ALD ne sont toutefois pas affectés par la mesure : ils peuvent continuer à bénéficier de cette exonération, et celle-ci peut être renouvelée dans les conditions qui prévalaient auparavant (c'est l'objet du décret n° 2011-727 du 24 juin 2011).

L'option d'une sortie de la liste des ALD avait été évoquée dès fin 2007. En effet, la Haute Autorité de Santé a adressé le 10 décembre 2007 à la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports un avis sur la liste et les critères médicaux d'admission en ALD. En ce qui concerne l'ALD 12, deux options étaient proposées : durcir les critères d'entrée ou retirer l'HTA sévère de la liste des ALD. En janvier 2011, il a été choisi de durcir les critères médicaux d'admission en ALD 12 par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 (cf Annexe 2).

¹ Les points de vue et éventuelles erreurs contenues dans cet article relèvent de la seule responsabilité de l'auteur et ne sauraient en aucun cas engager la Drees.

Cette étude se donne pour objectif d'étudier les conséquences de cette réduction inédite de la liste des ALD sur la consommation de soin des patients hypertendus sévères. Il s'agit ainsi de comprendre en creux l'apport de la prise en charge d'un patient en ALD. Depuis les travaux historiques de la RAND (Newhouse and the Insurance Experiment Group, 1996), le rôle du niveau de couverture dans le niveau de consommation de soins a été établi. Ces résultats ont inspiré la création du dispositif ALD : dans le cadre français, la raison d'être des ALD est en effet d'éviter que l'existence de tickets modérateurs et de forfaits ne compromette l'accessibilité financière aux soins pour les patients dont l'état de santé nécessite des soins de longue durée et coûteux.

La suppression du bénéfice de l'ALD entraîne mécaniquement une hausse du reste à charge pour les patients non couverts par une complémentaire santé. Cette absence de couverture ne concerne que 4 % des bénéficiaires de l'assurance maladie. Pour les autres, l'impact financier d'une inscription en ALD est nul. Toutefois, plusieurs raisons peuvent laisser penser à l'existence d'un effet propre d'une exonération à 100 % par l'assurance maladie obligatoire. Tout d'abord, l'« étiquette » ALD peut représenter une sacralisation de la maladie, incitant le patient à prendre conscience de sa pathologie et à respecter les recommandations médicales et les traitements prescrits. De plus, elle garantit une prise en charge intégrale, sans la complexité introduite par l'intervention d'un organisme complémentaire dont il faut étudier les modalités de prise en charge. Enfin, la protection que représente cette exonération peut limiter les réticences des médecins à prescrire des examens et médicaments coûteux à leur patients, qui pourraient exister s'ils ne disposent pas d'information sur leur couverture complémentaire et donc sur leur reste à charge.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études s'intéressant à l'impact de l'inscription d'une pathologie au sein de la liste des affections longue durée. Baillot (2011) s'intéresse au coût du dispositif pour l'assurance maladie, sur la base de différentes hypothèses sur les exonérations dont bénéficieraient les patients en l'absence de ce dispositif. L'auteur estime ce coût en 2009 à environ 8 milliards d'euros sur le champ des soins de ville. La rareté des analyses de ce type est sans doute liée à la nécessité d'accéder à des données précises reportant à la fois l'inscription au dispositif ALD et la consommation de soin. Les données de l'assurance maladie exploitées ici répondent à ce besoin.

Pour tenter de comprendre l'impact de l'inscription au dispositif ALD, les données utilisées sont celles de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance Maladie, présentées en partie 2. La partie 3 présente des statistiques descriptives sur les ALD et en particulier l'hypertension artérielle sévère. Enfin, nous détaillons la méthode d'évaluation en partie 4. La stratégie choisie consiste à étudier le comportement des patients qui auraient été classés en ALD n°12 si celle-ci n'avait pas été supprimée. L'identification de ces patients est l'enjeu central de l'étude. Les résultats sont ensuite détaillés en partie 5.

2. Données

Les données sont issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), échantillon au 1/97^è des bénéficiaires de l'Assurance maladie (qu'ils soient ouvriers de droits ou ayants droit). Pour chaque bénéficiaire, les données de remboursement de soins sont extraites du SNIIRAM (Système National d'Informations Inter-régimes de l'Assurance Maladie).

Les données concernent les bénéficiaires du régime général, en dehors des Sections Locales Mutualistes (SLM) qui gèrent les dossiers des fonctionnaires et des étudiants. Les régimes spéciaux ne font pas partie du champ du SNIIRAM. Les données de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du

Régime Social des Indépendants (RSI) sont incluses depuis 2011 : elles n'ont pas été intégrées dans le champ de l'étude car celle-ci utilise des données à partir de 2010 et il a semblé préférable de travailler sur un champ constant.

Les informations disponibles sont les suivantes. Pour chaque individu sont renseignés son sexe, son âge, le bénéfice de la CMU, les ALD dont il bénéficie. La consommation de soins de chaque individu est également renseignée. En particulier, chaque médicament présenté au remboursement est détaillé (sous forme du code CIP, qui identifie précisément la spécialité) avec le montant présenté au remboursement et le montant remboursé.

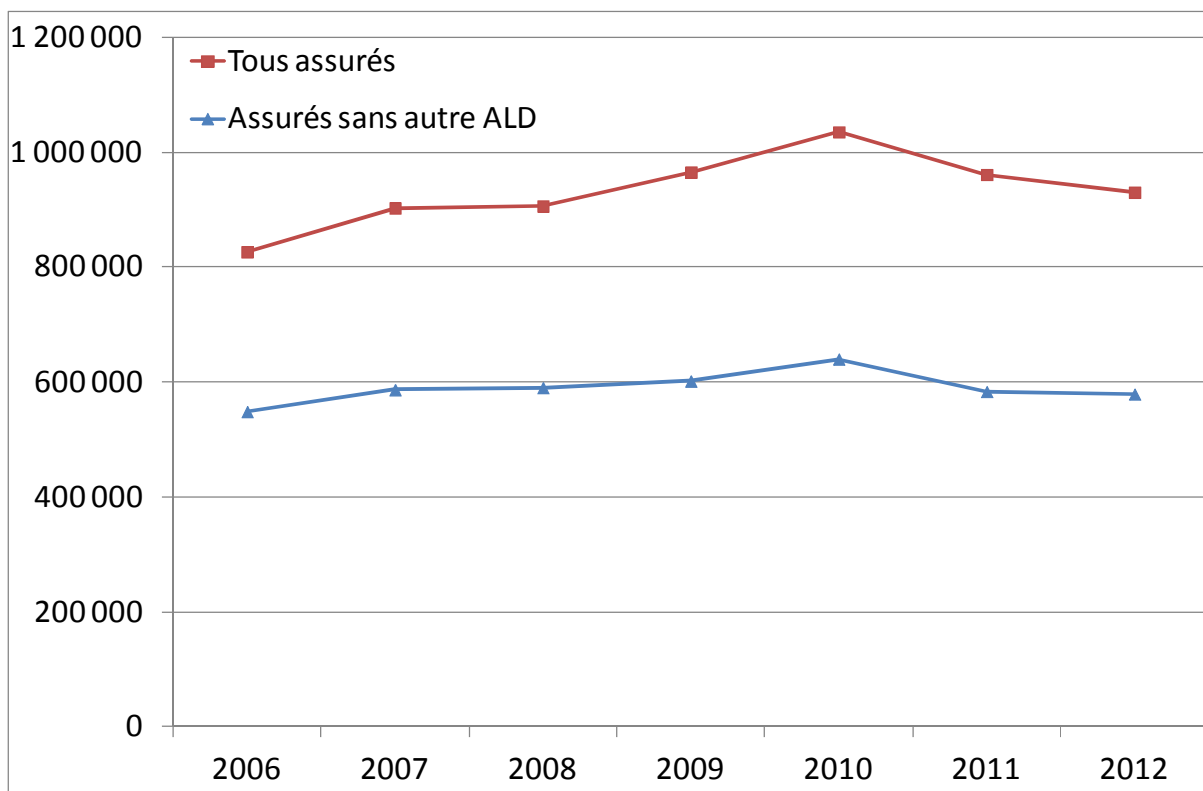
3. Statistiques descriptives

Les affections longue durée (ALD)

Fin 2012, 9,5 millions d'assurés, soit 15 % de la population, bénéficiaient du dispositif ALD, dont certains au titre de plusieurs pathologies. Chaque année, on dénombre environ 900 000 entrées en ALD, dont les deux tiers concernent des personnes non encore inscrites pour une autre ALD (graphique 1a). Après un pic en 2010, le nombre d'entrées en ALD décline : il a baissé de près de 10 % entre 2010 et 2012. L'inscription en ALD est saisonnière, avec un nombre d'entrées plus faible en été (graphique 1b).

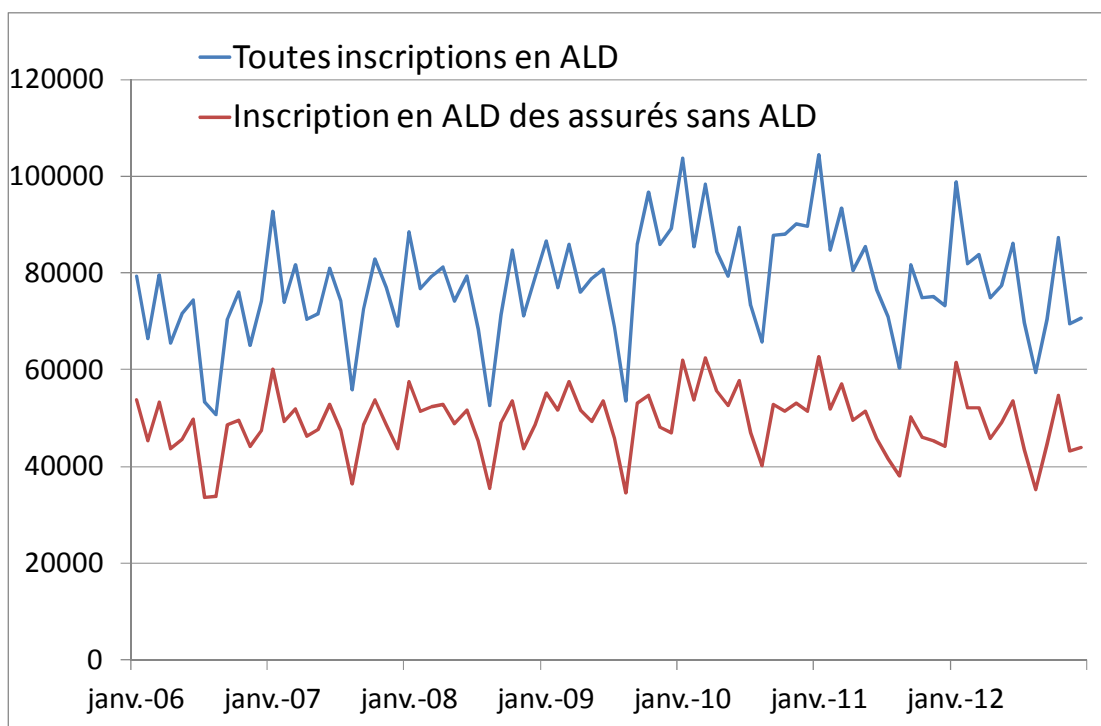
Graphique 1. Entrées en ALD (toutes ALD confondues) des assurés du régime général, entre 2006 et 2012.

1a. Entrées annuelles



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

1b. Entrées mensuelles



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle se définit par une élévation trop importante de pression dans les artères, qui persiste alors que le sujet est au repos. Pour parler d'HTA, il faut une élévation de la pression artérielle systolique à 140 millimètres de mercure (mmHg) ou plus, ou une élévation de la pression artérielle diastolique à 90 mmHg ou plus. Ces mesures doivent être constatées à plusieurs reprises lors de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois (en cas d'HTA très importante, le traitement est mis en place dans un délai plus court). On parle d'HTA sévère lorsque ces deux chiffres dépassent respectivement 180 mmHg et 110 mmHg. On estime à 12 millions le nombre d'hypertendus traités en France².

L'hypertension est notamment favorisée par une alimentation riche en sel et pauvre en fruits et légumes, une consommation importante d'alcool, une activité physique insuffisante, un excès de poids, la consommation de tabac, et le stress. Sa prévalence augmente avec l'âge.

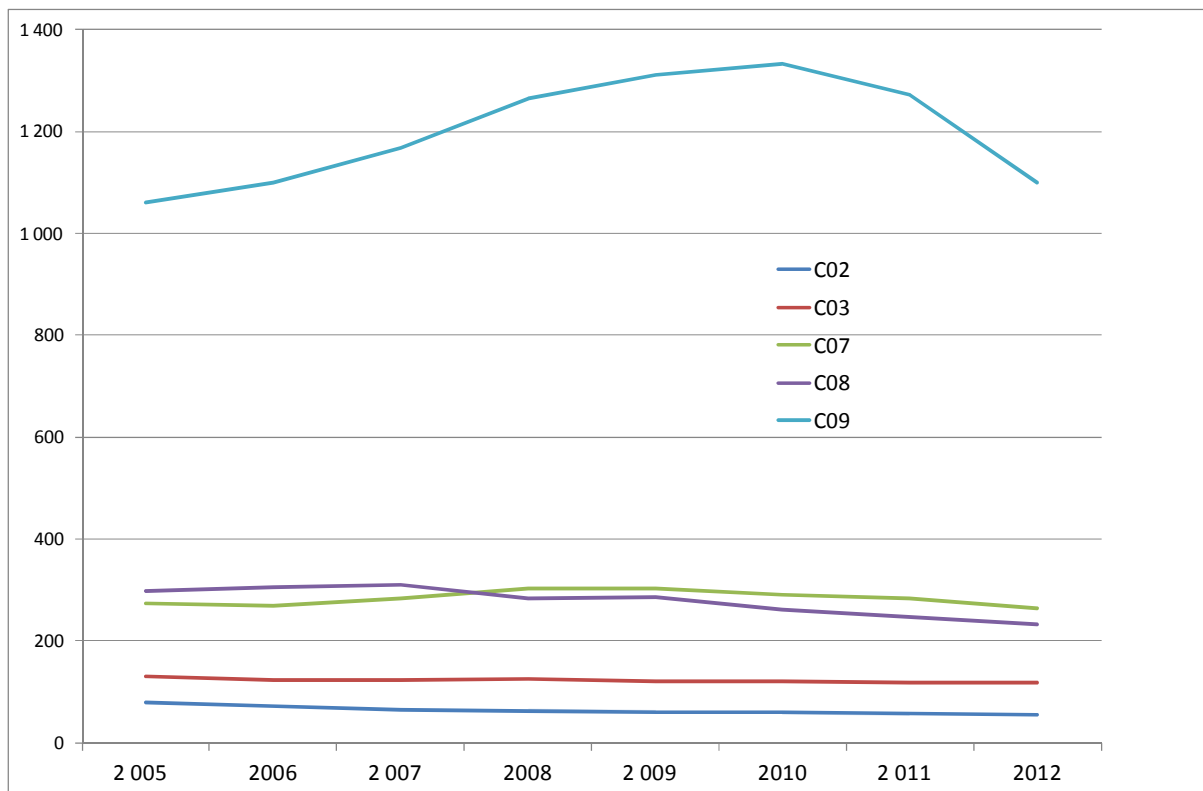
Elle constitue un facteur de risque dans la survenue des maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et des artères comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'anévrisme, qui résultent du dépôt de graisses sur les parois des artères). Ces dépôts finissent par constituer des « plaques d'athérome » qui gênent la circulation du sang dans les artères, en particulier vers les organes vitaux comme le cœur et le cerveau. L'évaluation du risque cardiovasculaire global du patient prend en compte la tension artérielle, mais aussi les facteurs suivants : âge, tabagisme, diabète, cholestérol, sédentarité, obésité, antécédents familiaux, alcool.

Cinq classes de médicaments (au niveau 2 de la classification anatomique, thérapeutique et chimique) traitent l'hypertension : les antihypertenseurs (classe ATC C02), les diurétiques (C03), les bêtabloquants (C07), les inhibiteurs calciques (C08), les médicaments agissant sur le régime rénine-angiotensine (C09). Le marché des antihypertenseurs représentait 400 millions d'euros en 1980 (Clerc, Juillard-Condat, Legal, Khamsing, 2013). Sa valeur a été multipliée par cinq entre 1980 et 2010. Au cours de cette période, Clerc et alii (2013) ont mis en évidence la profonde transformation de la structure de consommation au profit des médicaments les plus récents (les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, IEC, apparus en 1982 et les sartans en 1995), plus coûteux, et le développement des associations fixes de deux classes thérapeutiques. Le volume consommé a fortement augmenté, du fait notamment de la hausse du nombre de patients concernés. La hausse de la croissance des dépenses a été contenue par une baisse constante des prix, liée à l'essor des médicaments génériques.

Graphique 2. Médicaments antihypertenseurs consommés entre 2005 et 2012 (en millions d'euros) selon la classe thérapeutique

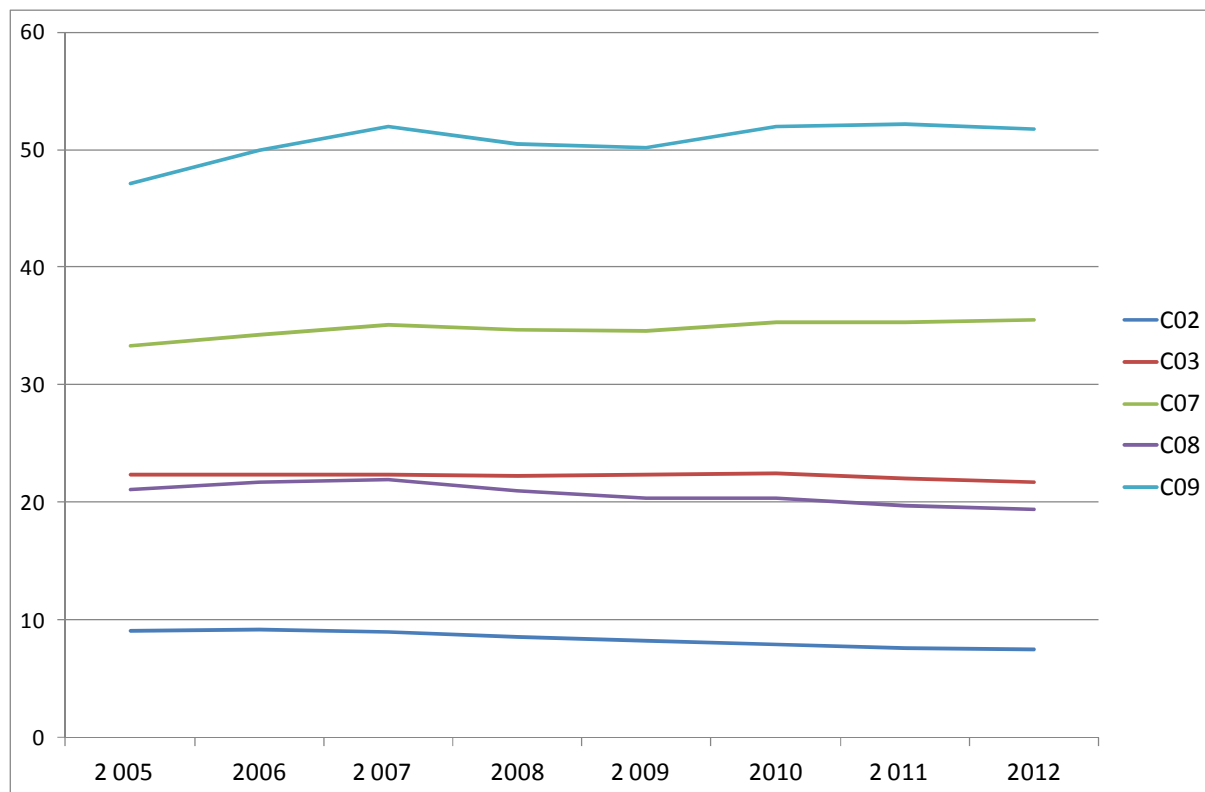
2a. Montant

² Source : ameli.fr



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

2b. Nombre de boîtes



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

Les patients inscrits en ALD 12

Fin 2010, avant l'interruption des entrées en ALD « hypertension artérielle sévère », cette ALD concernait 1,217 millions d'assurés. Deux ans plus tard, 1,136 millions d'assurés continuaient de bénéficier d'une exonération à ce titre.

Les patients en ALD 12 étaient âgés en moyenne de 69 ans en 2010 (période au cours de laquelle il était encore possible de s'inscrire) : depuis juin 2011, l'âge moyen des patients en ALD 12 augmente puisque le vieillissement des inscrits n'est plus compensé par l'entrée de nouveaux patients. A titre de comparaison, les hypertendus dans leur ensemble, définis comme les patients ayant consommé un antihypertenseur au cours de l'année, sont en moyenne âgés de 65 ans. La majorité (54 %) des patients en ALD 12 sont des femmes, ce qui résulte probablement essentiellement de la différence d'espérance de vie entre sexes.

Pendant le semestre précédant la mise en ALD, les patients consomment 14,5 médicaments différents et 3,1 médicaments antihypertenseurs différents, dont 2,2 de classes différentes (cf tableau de l'Annexe 1).

Parmi les 5 classes de médicaments antihypertenseurs, ceux agissant contre le système rénine-angiotensine (classes C09 incluant IEC et sartans) sont les plus fréquemment prescrits : 77 % des patients en ALD 12 et 57 % des hypertendus en ont consommé au cours du semestre étudié.

Tableau 1. Consommation d'antihypertenseurs des patients hypertendus et en particulier des inscrits en ALD 12 au cours du premier semestre 2010.

	Taux de recours		Montant (en euros)	
	ALD12	Tous hypertendus	ALD12	Tous hypertendus
C02 Antihypertenseurs	15,1%	4,9%	8,0	2,3
C03 Diurétiques	24,9%	20,4%	7,1	5,5
C07 Béta-bloquants	41,4%	37,7%	18,4	15,0
C08 Inhibiteurs calciques	37,1%	21,1%	24,5	13,1
C09 Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	77,2%	57,3%	109,0	69,2

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

Note : le montant moyen est calculé sur les patients consommant ou non des antihypertenseurs.

Ces chiffres concernent la définition la plus large des hypertendus (voir tableau 2)

Évolution des entrées en ALD 12

Avant sa suppression, entre 5 000 et 15 000 patients étaient inscrits chaque mois en ALD 12 (graphique 2b). Entre 2006 et 2010, le nombre de personnes par an mises en ALD 12 a augmenté de 94 000 à 127 000 (graphique 2a). Toutefois, le nombre de personnes mises en ALD 12 et sans autre ALD a été stable sur la période.

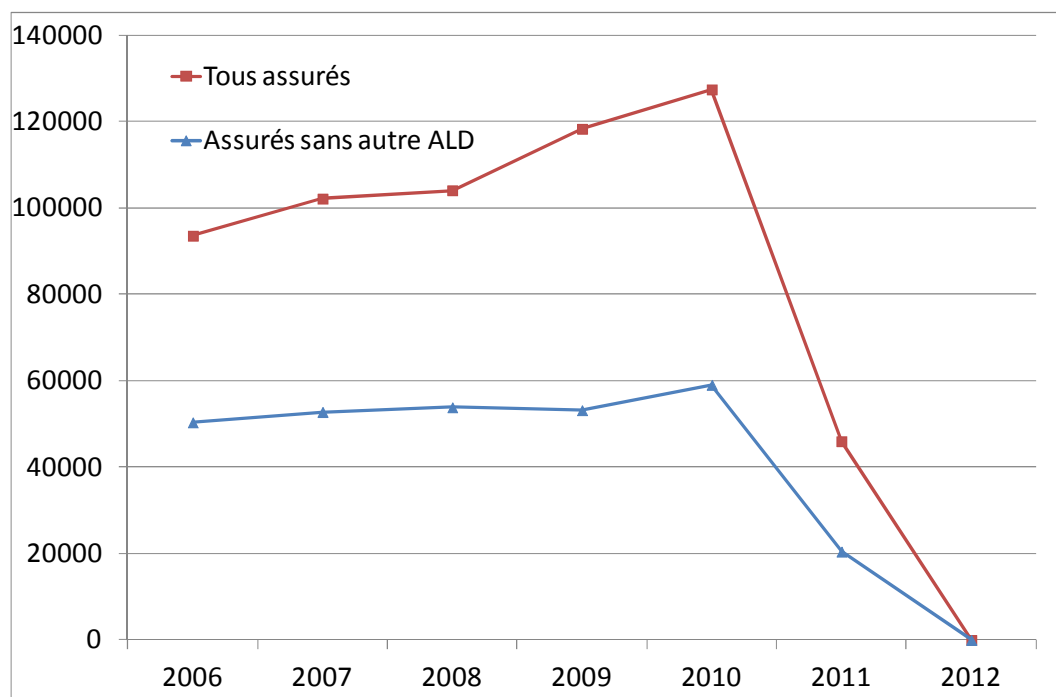
La progression du nombre d'entrées en 2009 et 2010 pourrait correspondre à l'anticipation de la suppression des entrées en ALD 12. En effet, cette option a été évoquée dès fin 2007 (voir plus haut).

L'hypertension artérielle sévère va fréquemment de pair avec d'autres pathologies, pour l'essentiel cardiovasculaires. Les trois quarts des personnes mises en ALD 12 sont déjà exonérées au titre d'une autre ALD au moment de leur mise en ALD 12. Les ALD les plus fréquentes au moment de la mise en ALD 12 sont, par ordre décroissant de fréquence : le diabète (ALD n°8, 32 %), l'insuffisance cardiaque grave (ALD n°5, 10 %), la tumeur maligne (ALD n°30, 10%), les artériopathies chroniques (ALD n°3, 7%). Les maladies coronaires (ALD n°13, 7 %). Certaines prescriptions liées peuvent être imputables à ces maladies comme à l'hypertension artérielle sévère.

Suite à la suppression de l'ALD, on peut donc s'attendre à un effet de report sur les autres ALD cardiovasculaires (soit les ALD : AVC invalidant (n°1), artériopathies artérielles chroniques (n°3), insuffisance cardiaque grave (n°5), diabète (n°8), maladie coronaire (n°13), cf Annexe 2). Aucun report marqué ne semble toutefois s'être produit au vu de l'évolution des entrées dans ces ALD cardiovasculaires, que ce soit pour l'ensemble des patients entrant en ALD 12 (graphique 3a) ou uniquement pour ceux pour qui il s'agit de la première inscription en ALD (graphique 3b).

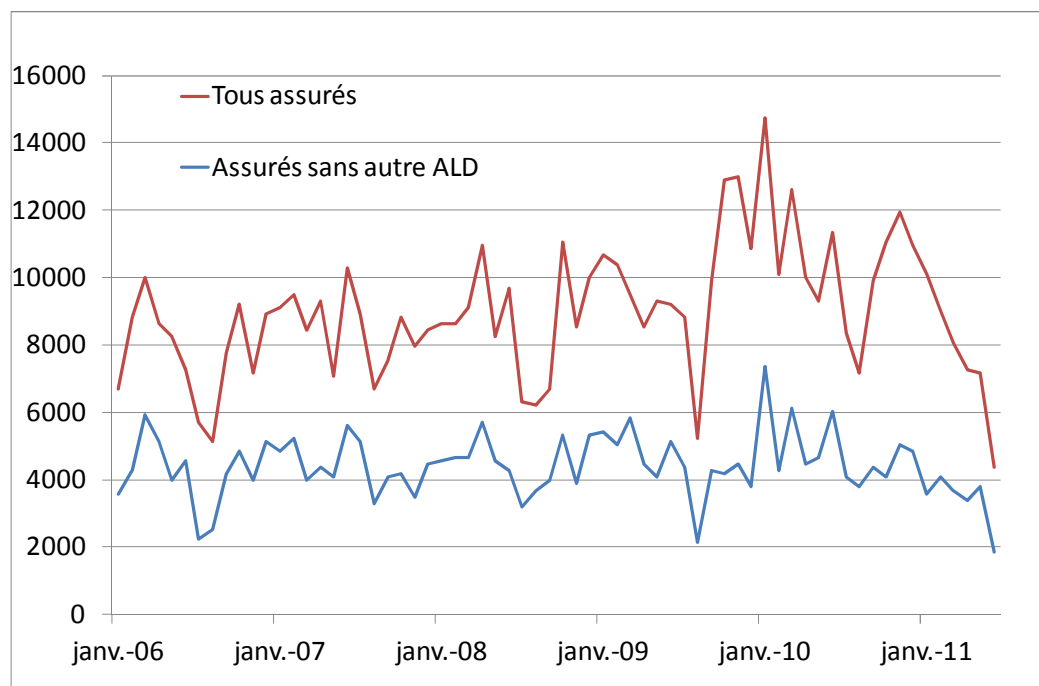
Graphique 2. Nombre d'entrées en ALD 12 entre 2006 et 2012 (assurés au régime général)

2a. Entrées annuelles



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

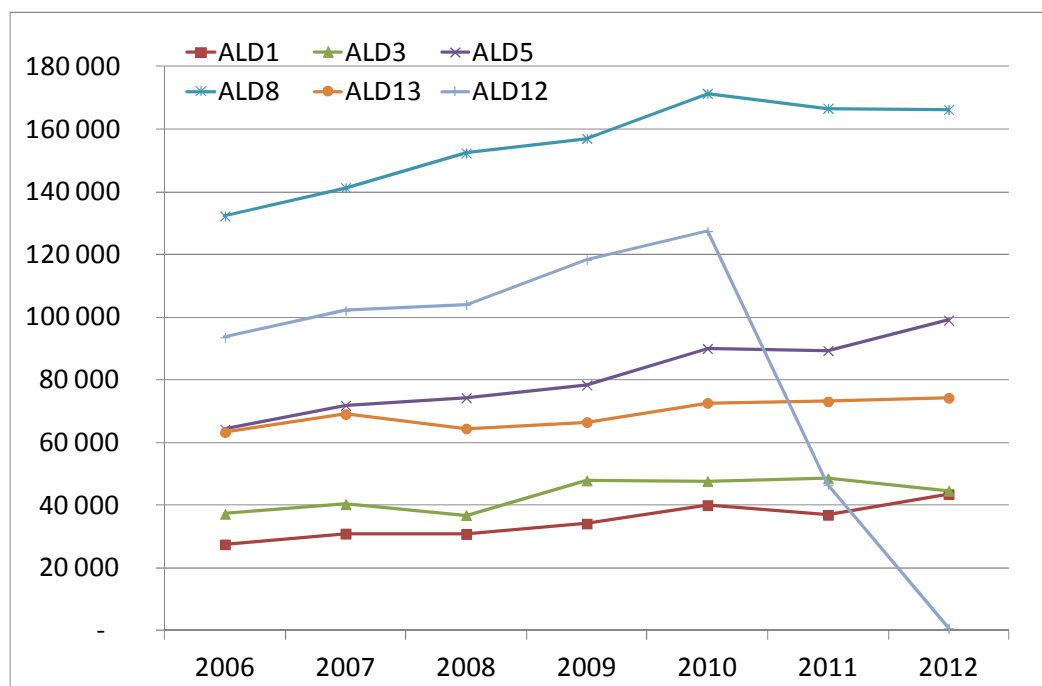
2a. Entrées mensuelles



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

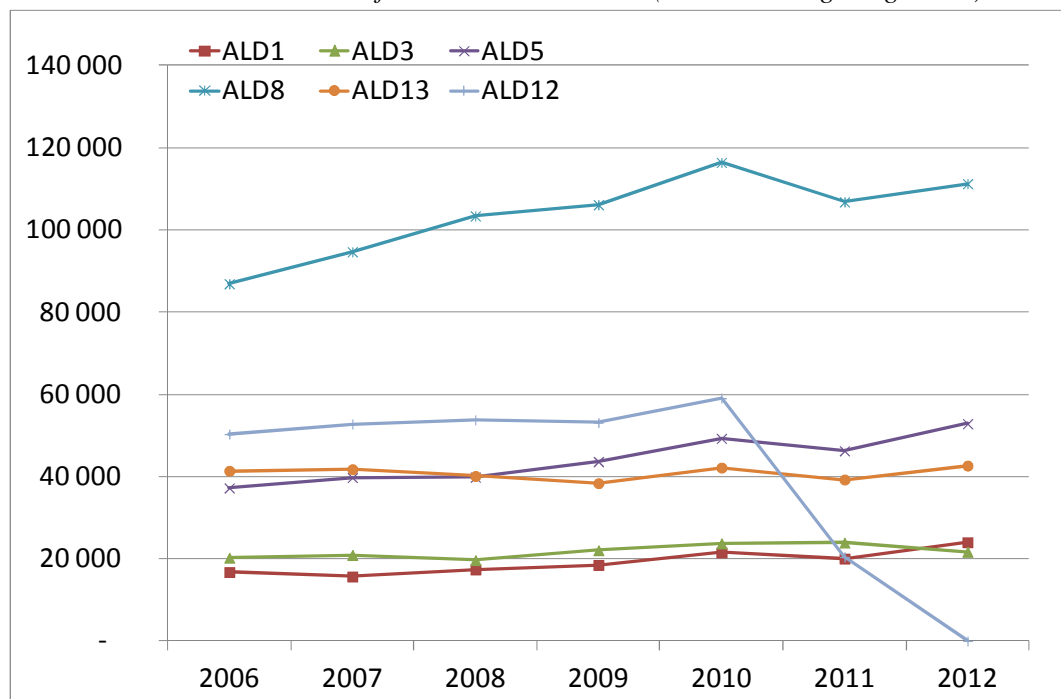
Graphique 3. Nombre d'entrées annuelles en ALD cardiovasculaires entre 2006 et 2012 (assurés au régime général)

3a. Entrées de l'ensemble des assurés



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

3b. Entrées des assurés ne bénéficiant d'aucune ALD (assurés au régime général)



Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2006-2012

Coût du dispositif ALD 12

Le coût, pour les pouvoirs publics, de l'exonération ALD 12, peut être approché en estimant la prise en charge par les pouvoirs publics de la consommation de soin de ces patients, s'ils n'avaient pas été exonérés au titre de l'ALD 12. L'enjeu de cet exercice réside dans l'évaluation du taux de remboursement contrefactuel : celui qui s'appliquerait à ces patients en l'absence du dispositif ALD 12. Un tel exercice a été réalisé par Baillot (2011) pour le dispositif global d'exonération au titre des ALD. Plusieurs taux de remboursements contrefactuels ont été choisis successivement, de façon à évaluer la sensibilité du résultat au choix d'un contrefactuel.

La méthode utilisée ici s'inspire de celle de Baillot (2011). Toutefois, la méthode doit être adaptée à notre cas car nous évaluons le coût de l'une des exonérations ALD et non de l'ensemble du dispositif, si bien que les patients bénéficiant de l'ALD 12 peuvent ou auraient pu bénéficier d'autres ALD.

Deux méthodes de calcul ont été testées :

- Le taux moyen de remboursement des dépenses présentées au remboursement des patients hypertendus non inscrits en ALD12 (moyenne des taux moyens calculés au niveau patient, soit 66 %) est appliqué aux patients inscrits en ALD12 en 2010 (que leur inscription date de 2010 ou d'une date antérieure).
- Le taux moyen de remboursement des dépenses présentées au remboursement des patients hypertendus en 2012 identifiés comme "ALD12 fictifs" (soit 68 %) est appliqué aux dépenses des patients en ALD12 en 2010. L'avantage de cette méthode est qu'elle permet d'intégrer le fait que, si l'ALD 12 n'existe pas, les patients qui auraient été inscrit en ALD 12 peuvent dans certains cas (cumul de pathologies) se reporter sur d'autres ALD.

Les premiers résultats (très préliminaires) aboutissent à une estimation du « coût de l'ALD 12 » sous ces hypothèses de 100 (selon la seconde méthode) à 120 (selon la première) millions d'euros.

4. Évaluation

a. Stratégie

La stratégie d'évaluation consiste à identifier des patients qui auraient été mis en ALD 12 si les entrées en ALD 12 avaient perduré après juin 2011, et à les comparer à des patients qui ont effectivement été mis en ALD 12 (avant juin 2011, donc). Cette stratégie soulève plusieurs difficultés.

Tout d'abord, la comparaison porte sur la consommation de soins de patients à des dates différentes. Or, les traitements évoluent dans le temps : les consommations de soins à des dates différentes ne sont donc pas directement comparables. Pour cette raison notamment, la consommation de soin de ces patients sera toujours comparée à celle de l'ensemble des patients « hypertendus ». La définition de cette population de référence n'est pas immédiate : plusieurs définitions seront adoptées afin d'évaluer la sensibilité des résultats à la définition retenue (voir partie suivante 4b).

Ensuite, l'enjeu et la difficulté majeurs d'une telle méthode résident dans l'identification de patients « ALD 12 fictifs », c'est-à-dire de patients dont on considère que, si la possibilité d'être mis en ALD

12 avait perduré, ils en auraient bénéficié. Pour identifier ces patients, une première étape consiste à estimer un modèle de probabilité d'être mis en ALD 12, qui relie ce classement en ALD aux caractéristiques des patients. Dans une deuxième étape, ce modèle permet, en connaissant les caractéristiques des patients, d'estimer la probabilité de chacun d'entrer en ALD 12 si cette possibilité avait perduré. Ces étapes sont détaillées plus loin.

b. La population de référence : définition des hypertendus

La base de données de l'assurance maladie permet l'identification des pathologies à partir de la consommation de soins des patients exclusivement. Dans le cas des antihypertenseurs, la difficulté réside dans le fait que certains antihypertenseurs peuvent être prescrits pour des pathologies autres que l'hypertension. Deux éléments peuvent nous aider à définir une population d'hypertendus pertinente :

1. Dans le cadre de sa cartographie des pathologies et traitements permettant une analyse médicalisée de l'Ondam (présentée dans le rapport Charges et produits 2014), la Cnamts identifie les hypertendus comme les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques.
2. La Haute Autorité de Santé rappelle, dans un document daté de novembre 2007, les critères d'entrée en ALD 12, parmi lesquels la prescription continue depuis 3 mois de 2 principes antihypertenseurs. Dans le même document, la HAS propose deux options : la suppression de l'ALD 12 et le durcissement des critères, avec notamment la prescription continue depuis 3 mois au moins d'au moins *trois* classes d'antihypertenseurs.

Quatre groupes de patients « hypertendus » ont été définis, avec des critères de sévérité croissante (tableau 2). Le groupe 1 est notre référence principale.

Tableau 2. Définitions de la population de référence des hypertendus et effectifs dans la base EGB et extrapolés

Catégorie d'hypertendus	Effectif RG dans la base EGB	Effectif extrapolé tous régimes	Définitions
Hypertendus 0	73 654	8 930 548	patients ayant consommé des antihypertenseurs au moins une fois au cours du semestre
Hypertendus 1	55 910	6 779 088	patients ayant consommé des antihypertenseurs avec au moins 3 délivrances au cours du semestre
Hypertendus 2	20 203	2 449 614	patients ayant consommé des antihypertenseurs d'au moins 2 classes différentes simultanément avec pour chacune des classes au moins 3 délivrances au cours du semestre
Hypertendus 3	4 849	587 941	patients ayant consommé des antihypertenseurs d'au moins 3 classes différentes simultanément avec pour chacune des classes au moins 3 délivrances au cours du semestre

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2010

c. Statistiques descriptives : impact d'une mise en ALD

Un patient inscrit en ALD bénéficie de l'exonération des franchises et tickets modérateurs sur ses consommations de soin en rapport avec l'affection qui a justifié l'inscription. Il est donc remboursé par l'assurance maladie obligatoire (AMO) à 100 % sur cette partie de ces consommations. Les données de remboursement dont nous disposons permettent d'estimer l'impact d'une telle inscription sur la part des soins remboursés par l'AMO.

La proportion de la dépense remboursée à 100 % augmente en moyenne de 17 points. La hausse est de 24 points pour les patients non encore inscrits en ALD, de 15 points pour les autres. Suite à la mise en ALD, cette proportion atteint 57 % (respectivement 45 % pour les premiers et 60 % pour les seconds).

Le taux apparent de remboursement par l'AMO (ratio du montant remboursé sur le montant dépensé) augmente également, de 62 % à 74 %. Les patients déjà inscrits en ALD sont, après mise en ALD 12, pris en charge à 77 %, contre 69 % pour les patients bénéficiant uniquement de l'ALD 12.

La mise en ALD s'accompagne en moyenne d'une hausse de la dépense : pour la moitié des patients, celle-ci a augmenté d'au moins 21%. Cette dépense médiane est de 24 % pour les patients déjà inscrits à une ALD et 14 % pour les autres.

Tableau 3. Comparaison de la dépense et du remboursement dans le semestre précédant et le semestre suivant la mise en ALD.

	Avant	Après	Différence	
			abs.	%
Ratio remboursement sur dépense - Médiane				
Tous	62%	74%	12%	
Patient sans autre ALD	60%	69%	9%	
Patient déjà inscrit en ALD	65%	77%	12%	
Part de la dépense exonérée à 100% (au titre d'une ALD ou d'une autre exonération) - Moyenne				
Tous	39%	57%	17%	
Patient sans autre ALD	21%	45%	24%	
Patient déjà inscrit en ALD	45%	60%	15%	
Part de la dépense exonérée à 100% au titre d'une ALD -				
Tous	20%	39%	19%	
Patient sans autre ALD	2%	28%	26%	
Patient déjà inscrit en ALD	26%	43%	17%	
Dépense semestrielle totale - Médiane				
Tous	1 174	1 415	241	21%
Patient sans autre ALD	950	1 084	134	14%
Patient déjà inscrit en ALD	1 239	1 536	297	24%

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2010

d. Résultats

Identification des patients « ALD 12 fictifs »

Méthode

Dans un premier temps, un modèle de probabilité qu'un patient commence à bénéficier de l'ALD 12 sachant qu'il est hypertendu est estimé. Ce modèle est estimé en considérant les individus mis en ALD 12 en 2010. Pour ces individus, la consommation de soin pendant le semestre précédant cette mise en ALD est étudiée, tandis que pour les patients hypertendus on considère la consommation de soins au premier semestre 2010.

Le choix de considérer les mises en ALD de l'année 2010 s'est effectué à la suite d'un arbitrage entre deux exigences. La première a été de considérer des entrées en ALD bien antérieures à la suppression de la possibilité de mise en ALD 12 : cette période a en effet pu être marquée par un assouplissement des critères d'entrée, afin d'éviter à des patients qui seraient, en l'absence de la réforme, entrés plus tard, de manquer l'opportunité d'une inscription en ALD 12. La possibilité d'une suppression des entrées en ALD 12 avait été évoquée depuis plusieurs années (voir plus haut), il était donc difficile de se situer avant toute discussion autour de cette éventualité. Mais l'étude de l'évolution du nombre d'entrées en ALD 12 ne révèle pas de discontinuité particulière à l'approche de la réforme et en particulier autour de l'année 2010.

La seconde exigence est celle de limiter l'espace de temps entre les données sur lesquels le modèle d'identification des patients ALD 12 est estimé et les données sur lesquelles les ALD 12 fictifs sont identifiés. En effet, les traitements évoluent, et le type de consommation des patients qui caractérisent la période précédant leur mise en ALD peut changer au cours du temps. Ici, deux ans séparent les deux séries de données. Une expertise médicale a déterminé l'absence probable d'évènements pouvant affecter les traitements au cours de la période.

Création des données

Dans notre échantillon au 1/97è, parmi les assurés du régime général, 91 434 sont hypertendus en 2010 (au sens le plus large défini ici (patients ayant consommé des antihypertenseurs au moins une fois dans l'année), 1 237 ont été mis en ALD 12 en 2010, 10 275 ont été mis en ALD avant ou après 2010 et 79 902 n'ont jamais été en ALD 12.

Pour les patients mis en ALD 12, sont sélectionnés les médicaments consommés dans les 6 mois précédant la mise en ALD et, pour les autres patients hypertendus, pendant le premier semestre de l'année 2010.

Estimation d'une probabilité d'être mis en ALD 12

Les caractéristiques individuelles des patients - âge, sexe, bénéfice éventuel de la CMU - sont incluses dans le modèle de probabilité, ainsi que le nombre de médicaments, le nombre d'antihypertenseurs et le nombre de classes différentes d'antihypertenseurs, consommés au cours du semestre considéré. En ce qui concerne le recours à des classes de médicaments et le montant consommé, ainsi que le bénéfice d'une ALD autre que l'ALD 12, seules les classes de médicaments et les ALD telle que la moyenne est significativement différente entre hypertendus et ALD 12 sont sélectionnés. Les classes thérapeutiques et les ALD sélectionnées sont décrites en Annexe 2. La liste varie selon la définition

des individus hypertendus utilisée. Pour les 5 classes d'antihypertenseurs, la différence est significative pour la plupart des définitions des hypertendus.

Les moyennes observées sur les deux sous-échantillons (ALD 12 et hypertendus jamais mis en ALD 12) sont présentées en Annexe 1. La proportion d'hommes est plus élevée parmi les ALD 12 (46 % contre 44 % parmi les hypertendus). L'âge moyen est également plus élevé (69 ans contre 66 ans), ainsi que la proportion de patients inscrits à la CMU (6,0 % contre 3,8 %). Les autres ALD auxquelles les patients hypertendus sont le plus fréquemment inscrits sont l'ALD 8 - diabète (31 % parmi les ALD 12, 13 % parmi les autres hypertendus), l'ALD 5 - Insuffisance cardiaque (11 % contre 6 %). L'ALD 13 - maladie coronaire - concerne moins les hypertendus lorsqu'ils sont ALD 12 (7 % contre 9 %).

En ce qui concerne le recours aux médicaments, il est plus fréquent parmi les patients qui seront mis en ALD 12 dans les six mois : ceux-ci ont consommé 14,7 médicaments différents pendant le semestre étudié contre 12,9 pour les autres hypertendus, et 2,2 classes d'antihypertenseurs différentes contre 1,6 pour les autres hypertendus. Le recours aux antihypertenseurs est plus fréquent chez les ALD 12, quelle que soit la classe mais en particulier pour la classe des médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (78 % des ALD 12 ont présenté au remboursement des médicaments de cette classe, contre 63 % des autres hypertendus).

Les résultats de cette estimation sont présentés dans le tableau 3. Le pourcentage de paires concordantes, qui est un indicateur de la qualité de l'estimation, est compris entre 75 et 80 % selon la définition des hypertendus utilisée. Les coefficients des variables de taux de recours aux classes d'antihypertenseurs sont significativement positifs ; en revanche parmi les coefficients des montants consommés dans ces cinq classes c'est uniquement le cas de celui de la classe C09 (IEC, sartans). Le fait de recourir aux antihypertenseurs influe donc significativement sur la probabilité d'une mise en ALD 12, mais pas le montant consommé.

Tableau 4. Estimation d'un modèle probit de probabilité, pour un patient hypertendu, d'être mis en ALD 12 dans les six mois.

	Coefficient estimé	Écart-type	p-value	Effet marginal
Constante	- 3,0513	0,2416	<,0001	
Caractéristiques sociodémographiques				
cmu	0,2323	0,0589	<,0001	0,8%
age	0,0102	0,0075	0,1720	0,0%
agesq	- 0,0001	0,0001	0,1757	0,0%
homme	0,0020	0,0297	0,9452	0,0%
Consommation de médicaments				
(1)	- 0,0070	0,0024	0,0040	0,0%
(2)	0,0399	0,0144	0,0058	0,1%
(3)	0,0061	0,0250	0,8081	0,0%

Inscription en ALD					
ALD n°1		0,4007	0,0714	<,0001	1,4%
ALD n°3		0,3858	0,0579	<,0001	1,4%
ALD n°5		0,3174	0,0484	<,0001	1,1%
ALD n°8		1,0792	0,0652	<,0001	3,8%
ALD n°9		0,4957	0,1184	<,0001	1,7%
ALD n°11		0,8283	0,2641	0,0017	2,9%
ALD n°13	-	0,1183	0,0542	0,0291	-0,4%
ALD n°14		0,3016	0,0793	0,0001	1,1%
ALD n°15		0,5951	0,0833	<,0001	2,1%
ALD n°19		0,2751	0,1085	0,0112	1,0%
ALD n°22		0,3453	0,1092	0,0016	1,2%
ALD n°23		0,3112	0,0662	<,0001	1,1%
Taux de recours aux classes de médicaments					
A10	-	0,5724	0,0708	<,0001	-2,0%
A16		0,2783	0,1325	0,0356	1,0%
B01	-	0,1462	0,0341	<,0001	-0,5%
C02		0,4807	0,0819	<,0001	1,7%
C03		0,0094	0,0408	0,8169	0,0%
C08		0,2051	0,0560	0,0003	0,7%
C09		0,0620	0,0495	0,2104	0,2%
C10	-	0,0230	0,0286	0,4216	-0,1%
D02		0,0066	0,0463	0,8867	0,0%
G03	-	0,0712	0,0562	0,2054	-0,3%
G04		0,0082	0,0474	0,8631	0,0%
H01		0,3863	0,2671	0,1481	1,4%
J07		1,7941	0,0635	<,0001	6,3%
M02		0,1119	0,0455	0,0140	0,4%
M04		0,0428	0,0457	0,3488	0,2%
M09		0,1446	0,0685	0,0350	0,5%
N02		0,0270	0,0300	0,3688	0,1%
S01		0,0216	0,0326	0,5089	0,1%
Montants consommés des médicaments des classes					
A10	-	0,0010	0,0002	<,0001	0,0%
C02	-	0,0017	0,0013	0,1854	0,0%
C07		0,0013	0,0005	0,0126	0,0%
C08		0,0004	0,0006	0,5480	0,0%
C09		0,0017	0,0002	<,0001	0,0%
D08		0,0035	0,0053	0,5101	0,0%
J07	-	0,0578	0,0048	<,0001	-0,2%
M02	-	0,0015	0,0049	0,7598	0,0%
R01	-	0,0036	0,0017	0,0360	0,0%

(1) Nombre de médicaments différents

(2) Nombre de médicaments antihypertenseurs différents

(3) Nombre de classes de médicaments antihypertenseurs différentes

Résultats

Le modèle d'estimation d'un score est ensuite appliqué aux données du premier semestre 2012 : est affectée aux patients hypertendus en 2012 une probabilité d'être mis en ALD 12 au terme de ce semestre. Cette application est déclinée selon nos 4 définitions des hypertendus. Pour chaque patient est ensuite tiré aléatoirement dans une loi uniforme sur [0,1] un nombre compris entre 0 et 1 : si ce nombre est inférieur à la probabilité estimée, le patient est considéré comme « ALD 12 fictif » (il aurait été mis en ALD 12 si cette possibilité avait perduré), sinon il est considéré comme faisant partie des autres hypertendus. Par exemple, si l'on considère les hypertendus selon la définition 1, sur les 85 220 hypertendus, 1 509 sont ainsi considérés comme ALD 12 fictifs. Les caractéristiques de ces patients, comparées à celle des ALD 12 de l'année 2010, sont présentées en Annexe 1.

Évaluation de l'effet d'une mise en ALD 12

Des résultats détaillés sont présentés pour les hypertendus selon la définition n°1.

Au cours du second semestre 2012, les ALD 12 fictifs ont présenté au remboursement une dépense de 289 euros inférieure celle que les ALD 12 ont présentée au second semestre 2010. A première vue, il y aurait donc une consommation inférieure liée à l'absence de prise en charge à 100 % au titre de l'ALD 12. Toutefois, si on approche l'évolution du coût des traitements entre 2010 et 2012 par la différence de montant présenté au remboursement entre hypertendus (non mis en ALD 12) au second semestre en 2010 et en 2012, la différence est de 80 euros (Tableau 5a). La double différence est donc de 370 euros, ce qui signifie que le fait de ne pas attribuer le statut d'ALD 12 aurait découragé à hauteur de 370 euros par semestre, soit 17 %, la dépense de soins des hypertendus sévères. De la même façon, la baisse du montant des consultations due à la réforme serait de 40 euros, soit 20 %. Le montant des actes présentés au remboursement est celui qui aurait connu la baisse la plus importante : 65 euros par semestre, soit 45 %.

Tableau 5a. Double différence de consommation de soin entre patients mis en ALD et non mis en ALD 12 – Montants présentés au remboursement. Entre 0 et 6 mois après la mise en ALD.

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Tous médicaments	Médicaments contre l'hypertension	Dentaire
ALD 12 fictifs (2012)	1 871	253	163	90	518	128	60
ALD 12 (2010)	2 161	344	198	146	683	191	79
Différence	- 289	- 90	- 35	- 55	- 165	- 63	- 18
Hypertendus (2012)	1 732	252	150	102	491	97	78
Hypertendus (2010)	1 652	238	145	93	527	120	80
Différence	80	15	5	10	- 36	- 23	- 2
Double différence	- 370	- 105	- 40	- 65	- 129	- 40	- 16
Double différence (%)	-17%	-31%	-20%	-45%	-19%	-21%	-21%
	***	***	***	***	***	***	ns

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2009-2012

Champ : Prestations en ville (les prestations dans le cadre d'hospitalisations dans des cliniques privées qui sont incluses dans l'EGB ont été exclues). Hypertendus selon la définition n°1.

Tableau 5b. Double différence de consommation de soin entre patients mis en ALD et non mis en ALD 12 – Montants remboursés. Entre 0 et 6 mois après la mise en ALD.

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Dentaire
ALD 12 fictifs (2012)	1 769	203	132	71	19
ALD 12 (2010)	1 939	266	153	113	23
Différence	- 169	- 63	- 21	- 42	- 4
Hypertendus (2012)	1 645	195	115	80	23
Hypertendus (2010)	1 523	182	109	72	23
Différence	122	14	6	8	- 1
Double différence	- 291	- 77	- 26	- 50	- 4
Double différence (%)	-15%	-29%	-17%	-44%	-15%
	*	***	***	***	ns

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2009-2012

Champ : Prestations en ville (les prestations dans le cadre d'hospitalisations dans des cliniques privées qui sont incluses dans l'EGB ont été exclues). Hypertendus selon la définition n°1.

Ces résultats sont obtenus en considérant le trimestre suivant immédiatement la mise en ALD. Cependant, de nombreux patients peuvent reporter certains examens coûteux lorsque leur mise en ALD est imminente, de façon à bénéficier de la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. La consommation des ALD 12 de 2010 peut être augmentée par cet effet, et ainsi la différence entre ALD 12 fictifs de 2012 et ALD 12 réels de 2010 se trouver accentuée.

Les estimations sont donc reproduites en considérant non pas le trimestre suivant immédiatement la mise en ALD de 2010 (ou la mise en ALD fictive en 2012), mais le trimestre suivant.

Au cours du premier semestre 2013, les ALD 12 fictifs ont présenté au remboursement une dépense de 163 euros inférieure celle que les ALD 12 ont présentée au premier semestre 2011. L'évolution du coût des traitements entre 2011 et 2013 approchée par la différence de montant présenté au remboursement entre hypertendus (non mis en ALD 12) au premier semestre en 2011 et en 2013 est de 25 euros (Tableau 6a). La double différence est de 187 euros, soit 9 %, la dépense de soins des hypertendus sévères, mais elle n'est pas significative. Les résultats significatifs sont la baisse du montant des consultations (-14 %), du montant des médicaments (-10 %) et en particulier des médicaments contre l'hypertension (-19 %).

Tableau 6a. Double différence de consommation de soin entre patients mis en ALD et non mis en ALD 12 – Montants présentés au remboursement. **Entre 6 et 12 mois après la mise en ALD.**

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Tous médicaments	Médicaments contre l'hypertension	Dentaire
ALD 12 fictifs (2012)	1 948	275	166	109	530	120	59
ALD 12 (2010)	2 111	322	199	123	645	178	78
Différence	- 163	- 47	- 33	- 14	- 115	- 58	- 18
Hypertendus (2012)	1 776	267	155	112	478	93	86
Hypertendus (2010)	1 752	265	159	106	527	116	88
Différence	25	3	- 4	7	- 49	- 23	- 2
Double différence	- 187	- 50	- 29	- 21	- 66	- 35	- 16
Double différence (%)	-9%	-15%	-14%	-17%	-10%	-19%	-21%
	ns	***	***	ns	*	***	ns

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2009-2012

Champ : Prestations en ville (les prestations dans le cadre d'hospitalisations dans des cliniques privées qui sont incluses dans l'EGB ont été exclues). Hypertendus selon la définition n°1.

Tableau 6b. Double différence de consommation de soin entre patients mis en ALD et non mis en ALD 12 – Montants remboursés. **Entre 6 et 12 mois après la mise en ALD.**

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Dentaire
ALD 12 fictifs (2012)	1 796	220	133	87	18
ALD 12 (2010)	1 935	265	167	98	24
Différence	- 139	- 44	- 33	- 11	- 6
Hypertendus (2012)	1 665	206	118	88	25
Hypertendus (2010)	1 588	200	119	81	26
Différence	77	6	- 1	7	- 1
Double différence	- 215	- 50	- 32	- 18	- 5
Double différence (%)	-11%	-19%	-19%	-18%	-19%
	ns	***	***	ns	ns

Source : CNAMTS, SNIIR-AM - Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, 2009-2012

Champ : Prestations en ville (les prestations dans le cadre d'hospitalisations dans des cliniques privées qui sont incluses dans l'EGB ont été exclues). Hypertendus selon la définition n°1.

Les tableaux 7 et 8 donnent les résultats pour chacun des groupes d'hypertendus et illustrent ainsi la sensibilité des résultats au choix de la définition de la population des hypertendus.

Tableau 7a. Résultats principaux selon la définition des hypertendus choisie – Montants présentés au remboursement. **Entre 0 et 6 mois après la mise en ALD.**

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Tous médicaments	Médicaments contre l'hypertension	Dentaire
Hypertendus 0	-10% *	-29% ***	-20% ***	-40% ***	-9% *	-21% ***	17% ns
Hypertendus 1	-17% ***	-31% ***	-20% ***	-45% ***	-19% ***	-21% ***	-21% ns
Hypertendus 2	-9% ns	-31% ***	-20% ***	-47% ***	-1% ns	-16% ***	-33% ns
Hypertendus 3	3% ns	-11% ns	-9% ns	-15% ns	5% ns	-14% ***	-55% **

Tableau 7b. Résultats principaux selon la définition des hypertendus choisie – Montants remboursés. **Entre 0 et 6 mois après la mise en ALD.**

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Dentaire
Hypertendus 0	-5% ns	-27% ***	-17% ***	-39% ***	10% ns
Hypertendus 1	-15% *	-29% ***	-17% ***	-44% ***	-15% ns
Hypertendus 2	1% ns	-28% ***	-15% ***	-47% ***	-25% ns
Hypertendus 3	19% ns	-6% ns	-2% ns	-11% ns	-47% **

Tableau 8a. Résultats principaux selon la définition des hypertendus choisie – Montants présentés au remboursement. **Entre 6 et 12 mois après la mise en ALD.**

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Tous médicaments	Médicaments contre l'hypertension	Dentaire
Hypertendus 0	5% ns	-5% ns	-10% ***	3% ns	0% ns	-19% ***	21% ns
Hypertendus 1	-9% ns	-15% ***	-14% ***	-17% ns	-10% *	-19% ***	-21% ns
Hypertendus 2	6% ns	-7% ns	-9% **	-4% ns	7% ns	-14% ***	4% ns
Hypertendus 3	-5% ns	-14% ns	-3% ns	-28% ns	12% ns	-11% ***	-37% ns

Tableau 8b. Résultats principaux selon la définition des hypertendus choisie – Montants remboursés. Entre 6 et 12 mois après la mise en ALD.

	Toutes prestations	Consultations et actes	Consultations	Actes	Dentaire
Hypertendus 0	5%	-7%	-14%	4%	24%
	ns	ns	***	ns	ns
Hypertendus 1	-11%	-19%	-19%	-18%	-19%
	ns	***	***	ns	ns
Hypertendus 2	11%	-4%	-10%	6%	15%
	ns	ns	**	ns	ns
Hypertendus 3	2%	-16%	-4%	-32%	-26%
	ns	ns	ns	ns	ns

5. Conclusion

Les résultats de l'étude suggèrent que la suppression de la possibilité d'entrer dans le dispositif ALD 12 a eu un petit effet sur la consommation de soins des patients hypertendus. La dépense globale de soins n'aurait pas été affectée mais la dépense de consultations et de médicaments contre l'hypertension aurait connu une baisse significative.

Avec la suppression de l'entrée possible en ALD 12, les patients présentant une hypertension artérielle sévère, soit un facteur de risque cardiovasculaire important, ne bénéficient plus d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Si l'impact financier est minime pour les bénéficiaires d'une couverture complémentaire, le non-bénéfice de l'« étiquette » ALD peut induire une moindre incitation des patients à consulter et à poursuivre un traitement médicamenteux pour réduire leur tension artérielle. Nos résultats peuvent traduire un effet de ce type.

Si la prise en charge de ce facteur de risque qu'est l'hypertension, chez les patients non encore concernés par une pathologie cardiovasculaire déclarée, est moins bonne, les conséquences sur la santé des patients pourraient se situer à plus long terme, avec une occurrence plus fréquente de maladies cardiovasculaires qu'un suivi régulier de l'hypertension aurait pu permettre d'éviter. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de tels travaux, mais de telles investigations pourraient constituer un prolongement naturel de ces travaux.

On notera enfin que l'analyse qui est menée ici ne permet pas de tirer de conclusions quant aux autres dispositifs ALD. En effet, la suppression des entrées en ALD 12 a eu lieu dans un contexte où le bénéfice d'autres ALD, dont certaines liées à des maladies cardiovasculaires souvent couplées avec l'hypertension artérielle sévère, perdurait. Si les données relatives au nombre de bénéficiaires des autres exonérations ALD suggère l'absence d'effets de report significatifs, certains patients atteints d'autres pathologies que l'hypertension ont cependant pu commencer ou continuer à être pris en charge par une ALD autre. Cela ne serait pas nécessairement le cas si le bénéfice d'autres exonérations ALD venait à être supprimé, et l'ampleur des effets pourrait ainsi être d'une ampleur différente.

Bibliographie

Baillot, A. (2011), *Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général de l'assurance maladie*, Drees, Les Comptes de la santé 2010 ;

Clerc, M.A., Juillard-Condat B., Legal R., Thao Khamsing W. (2013), *Trente ans de dépenses de médicaments antihypertenseurs en France : une analyse rétrospective sur la période 1980-2010*, Revue française des affaires sociales n°3 ;

Cnamts (2013), *Méthodologie de la cartographie des pathologies et traitements*, Annexe 4 du Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 ».

Givord, P. (2010), *Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques*, INSEE, Document de travail de la DESE.

Juillard-Condat B., Thao Khamsing W. (2013), *Comparaison des ventes de médicaments antihypertenseurs dans cinq pays européens en 2009*, Revue française des affaires sociales n°3 ;

Newhouse and the Insurance Experiment Group., 1996 : *Free for All ? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge.

ANNEXES

Annexe 1. Choix des variables entrant dans la composition du score

En dehors d'une liste de variables (âge, âge au carré, sexe, bénéfice de la CMU, nombre de médicaments, nombre de médicaments antihypertenseurs et nombre de classes de médicaments antihypertenseurs, délivrés au cours de la période de 6 mois considérée), les variables utilisées pour le score ont été sélectionnées parce qu'il existait une différence statistiquement significative entre la moyenne parmi les patients mis en ALD 12 en 2010 et parmi les autres patients hypertendus. Les variables de recours et de dépense par classe ATC de niveau 2 ont été sélectionnées selon cette procédure, ainsi que l'inscription à une ALD autre que l'ALD 12, au moment de la mise en ALD 12 le cas échéant, et pour les patients hypertendus non inscrits en ALD 12, au premier semestre 2010. Pour chaque définition des patients hypertendus est détaillée ci-dessous la liste des variables sélectionnées.

Classe ou numéro d'ALD	Nom de la classe thérapeutique ou de l'ALD	Type d'hypertendus			
		0	1	2	3
Classe ATC - dépense de médicaments dans la classe					
A02	Médicaments pour les troubles de l'acidité	0	0	1	1
A09	Médicaments de la digestion, enzymes incluses	0	0	1	0
A10	Médicaments du diabète	1	1	0	1
A12	Suppléments minéraux toniques	1	0	0	0
B01	Antithrombotiques	0	0	1	1
C01	Médicaments en cardiologie	0	0	1	1
C02	Antihypertenseurs	1	1	1	1
C03	Diurétiques	1	0	1	1
C04	Vasodilatateurs périphériques	1	0	0	0
C07	Béta-bloquants	1	1	1	1
C08	Inhibiteurs calciques	1	1	1	1
C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	1	1	1	1
C10	Hypolipémiants	0	0	1	1
D08	Antiseptiques et désinfectants	1	1	0	0
D11	Autres préparations dermatologiques	0	0	0	1
G01	Antiinfectieux usage gynécologique	1	0	0	0
G02	Autres médicaments gynécologiques	0	0	1	0
G03	Hormones sexuelles	0	0	0	1
H02	Corticoïdes à usage systémique	0	0	1	0
J06	Immunsérums et Immunoglobulines	0	0	1	1
J07	Vaccins	1	1	1	1
M01	Antiinflammatoires et antirhumatismaux	0	0	0	1
M02	Topiques pour douleurs articulaires	1	1	0	0
M04	Antigoutteux	1	0	0	0
N07	Autres médicaments du système nerveux	0	0	1	0
R01	Préparations nasales	1	1	0	0
R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	1	0	0	0
R06	Antihistaminiques à usage systémique	0	0	0	1
S03	Préparations ophtalmologiques et otologiques	1	1	1	1
V01	Allergènes	0	0	0	1

Classe ATC - indicatrice de recours aux médicaments de la classe					
A09	Médicaments de la digestion, enzymes incluses	0	0	1	0
A10	Médicaments du diabète	1	1	0	1
A16	Autres médicaments des voies digestives et d umétabolisme	1	1	0	0
B01	Antithrombotiques	1	1	1	1
C01	Médicaments en cardiologie	1	0	1	1
C02	Antihypertenseurs	1	1	1	1
C03	Diurétiques	1	1	1	1
C04	Vasodilatateurs périphériques	1	0	0	0
C07	Béta-bloquants	1	0	1	1
C08	Inhibiteurs calciques	1	1	1	0
C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	1	1	0	1
C10	Hypolipidémiants	1	1	1	1
D02	Émollients, protecteurs	1	1	0	0
D11	Autres préparations dermatologiques	0	0	0	1
G01	Antiinfectieux usage gynécologique	1	0	0	0
G03	Hormones sexuelles	1	1	0	1
G04	Médicaments urologiques	1	1	0	0
H01	Hormones hypophysaires, pythalamiques et anaogues	1	1	1	0
J01	Antibactériens à usage systémique	0	0	1	1
J06	Immunosérums et Immunoglobulines	0	0	0	1
J07	Vaccins	1	1	1	1
M01	Antiinflammatoires et antirhumatismaux	0	0	1	1
M02	Topiques pour douleurs articulaires	1	1	0	1
M04	Antigoutteux	1	1	0	0
M09	Autres médicaments des désordres musculo-squelettiques	1	1	0	0
N02	Analgésiques	1	1	0	0
R06	Antihistaminiques à usage systémique	0	0	0	1
S01	Médicaments ophtalmologiques	1	1	0	0
S03	Préparations ophtalmologiques et otologiques	1	1	1	1
V01	Allergènes	0	0	0	1
V04	Médicaments pour diagnostic	0	0	1	0
ALD - indicatrice d'inscription dans une ALD au premier semestre 2010					
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	1	1	1	0
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	1	1	0	0
4	Bilharziose compliquée	1	1	1	1
5	Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires.	1	1	0	0
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	1	1	1	0
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie g	1	1	1	1
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	1	1	0	0
13	Maladie coronaire	1	1	1	1
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	1	1	1	0
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	1	1	1	0
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	1	1	1	1
22	Polyarthrite rhumatoïde	1	1	0	0
23	Affections psychiatriques de longue durée	1	1	1	0
29	Tuberculose active, lèpre	0	0	1	0
30	Tumeur maligne	0	0	0	1

Annexe 2. Moyenne des variables entrant dans la composition du score sur les échantillons 2010 et 2012

Variables	Échantillon 2010		Échantillon 2012	
	Hypertendus	ALD 12	Hypertendus	ALD 12 fictifs
EFFECTIFS	70 468	1 208	83 711	1 509
Caractéristiques socio-démographiques				
CMU	3,8%	6,0%	3,9%	6,4%
âge	66,0	68,5	67,3	70,4
âge au carré	4 539	4 860	4 719	5 118
homme	43,7%	45,8%	44,1%	45,7%
Consommation de médicaments				
Nombre de médicaments	12,9	14,7	17,81	20,98
Nombre d'antihypertenseurs	2,2	3,0	2,95	4,79
Nombre de classes d'antihypertenseurs	1,6	2,2	1,61	2,15
Classe ATC - dépense				
A10	31,53	41,93	-	-
C02	2,67	8,25	39,42	48,01
C07	16,64	18,96	3,24	10,00
C08	13,92	24,88	16,05	19,95
C09	77,52	111,33	13,89	24,98
D08	0,64	0,83	68,34	97,18
J07	0,71	2,40	0,69	0,93
M02	1,27	1,65	0,74	2,51
R01	2,58	2,06	1,27	1,62
S03	-	-	2,28	1,92
Classe ATC - recours				
A10	17%	27%	20%	30%
A16	1%	1%	1%	1%
B01	33%	36%	38%	43%
C02	5%	16%	6%	18%
C03	22%	26%	23%	31%
C08	22%	37%	24%	41%
C09	63%	78%	66%	80%
C10	45%	49%	48%	51%
D02	8%	10%	7%	8%
G03	8%	6%	7%	5%
G04	8%	10%	9%	9%
H01	0%	0%	0%	0%
J07	4%	28%	4%	26%
M02	20%	24%	19%	25%
M04	7%	11%	9%	13%
M09	3%	4%	0%	0%
N02	62%	66%	64%	68%
S01	21%	24%	22%	24%
S03	0%	0%	0%	0%

Inscription en ALD				
1	2%	4%	2%	5%
3	3%	7%	4%	9%
4	0%	0%	0%	0%
5	6%	11%	7%	14%
8	13%	31%	16%	35%
9	1%	2%	1%	1%
11	0%	0%	0%	1%
13	9%	7%	10%	7%
14	2%	4%	2%	5%
15	1%	4%	1%	4%
19	1%	2%	1%	3%
22	1%	2%	1%	2%
23	3%	5%	3%	5%

Annexe 3. Textes de loi relatifs à l'ALD n°12 « hypertension artérielle sévère »

3 décrets

1/ décret n° 2011-726

2/ décret n° 2011-727

du 24 juin 2011

publiés au JO du 26 juin 2011

3/ Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré

CRITÈRES MÉDICAUX UTILISÉS POUR LA DÉFINITION DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE OUVRANT DROIT À LA SUPPRESSION DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ AU TITRE DE L'ARTICLE L. 322-3 [\(3°\) DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE](#)

12. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « hypertension artérielle sévère »

L'exonération du ticket modérateur pour hypertension artérielle sévère est accordée devant l'existence de deux des trois constatations suivantes :

1° Attestation par le médecin traitant que la pression artérielle en l'absence du traitement a été égale ou supérieure à 180 mmHg (pression artérielle systolique/ PAS) et/ ou 110 mmHg (pression artérielle diastolique/ PAD) à trois consultations successives, sauf contexte d'urgence, qu'il y ait ou non des signes cliniques ou paracliniques de retentissement tels que ceux décrits ci-dessous ;

2° Attestation par le médecin traitant que la pression artérielle quoique inférieure à 180 mmHg (PAS) et/ ou à 110 mmHg (PAD) a été supérieure à 140 mmHg (PAS) et/ ou 90 mmHg (PAD), à plusieurs consultations successives espacées de plusieurs semaines ou que le diagnostic d'HTA a été confirmé par automesure ou mesure ambulatoire et qu'elle est associée à au moins l'un des signes de retentissement organiques suivants :

- hypertrophie ventriculaire gauche et/ ou ischémie myocardique ;
- insuffisance coronarienne ;
- microalbuminurie à 30 mg/ j ou 20 mg/ l ;
- insuffisance rénale (DFG , 60 ml/ min) ou protéinurie ¹ 500 mg/ j ;
- accident ischémique transitoire (AIT) ou accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- hémorragies ou exsudats à l'examen du fond d'œil (stade III) ou œdème papillaire (stade IV) ;
- artériopathie des membres inférieurs et aorto-iliaque ;

3° Prescription continue depuis trois mois, de trois classes d'antihypertenseurs au moins, reconnus comme tels par les commissions compétentes, et prescrits chacun à la dose quotidienne optimale. L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Annexe 4. Liste des ALD

- 1 Accident vasculaire cérébral invalidant
- 2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- 3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- 4 Bilharziose compliquée
- 5 Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
- 6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- 7 Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
- 8 Diabète de type 1 et diabète de type 2
- 9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
- 10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- 11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- 12 Hypertension artérielle sévère
- 13 Maladie coronaire
- 14 Insuffisance respiratoire chronique grave
- 15 Maladie d'Alzheimer et autres démences
- 16 Maladie de Parkinson
- 17 Maladies métaboliques héréditaires
- 18 Mucoviscidose
- 19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
- 20 Paraplégie
- 21 PAN, LEAD, sclérodermie généralisée
- 22 Polyarthrite rhumatoïde
- 23 Affections psychiatriques de longue durée
- 24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- 25 Sclérose en plaques
- 26 Scoliose structurale évolutive
- 27 Spondylarthrite ankylosante grave
- 28 Suites de transplantation d'organe
- 29 Tuberculose active, lèpre
- 30 Tumeur maligne
- 31 Forme grave d'une maladie, ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste des ALD 30
- 32 Polypathologies