

Direction des Etudes des
Répertoires et des Statistiques

ETUDE

Mai 2015

Multimorbidités chroniques
des affections de longue durée
au régime agricole
au 31 décembre 2012
et lien avec l'éducation
thérapeutique du patient

Multimorbidités chroniques des Affections de Longue Durée au régime agricole au 31 décembre 2012 et lien avec l'éducation thérapeutique du patient

DIRECTION DES ETUDES, DES REPERTOIRES
ET DES STATISTIQUES

Directeur de la publication :
Alain PELC

pelc.alain@ccmsa.msa.fr

Département "Régulation, Evaluation
et Etudes en Santé" :

Véronique DANGUY

danguy.veronique@ccmsa.msa.fr

Réalisé par :

Sophie GOSSELIN

gosselin.sophie@ccmsa.msa.fr

Cédric VALLEE

vallee.cedric@ccmsa.msa.fr

Rédacteur en Chef :

David FOUCAUD

foucaud.david@ccmsa.msa.fr

Mise en forme :

Michèle LALLAOURET

Diffusion :

Claudine GAILLARD

gaillard.claudine@ccmsa.msa.fr

Mireille MEDELICE

medelice.mireille@ccmsa.msa.fr

DIRECTION DES POLITIQUES PUBLIQUES
ECHELON NATIONAL DU CONTROLE MEDICAL

François FRETE

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX	3
LISTE DES GRAPHIQUES	4
LISTE DES ANNEXES	4
RÉSUMÉ	5
I) LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE AU REGIME AGRICOLE	6
A) Données générales	6
B) Les polyopathologies	7
C) Multimorbidités chroniques : les associations d'ALD les plus fréquentes	9
D) L'approche par les codes CIM10	10
II) LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES	13
A) Caractéristiques	13
B) Les ALD cardio-vasculaires et leurs associations	17
III) L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)	20
A) Identification de la population cible ETP	20
B) Les limites du dénombrement basé sur les ALD	22
Sigles cités	29

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Effectifs et taux de prévalence brut des patients en ALD au 31 décembre 2012 au régime agricole - Les 10 ALD de la liste les plus fréquentes et taux de prévalence au 31 décembre 2007- Évolution 2007-2012	6
Tableau 2 : Répartition des patients en ALD 1 à 32 au 31 décembre 2012 selon leur nombre d'ALD.....	8
Tableau 3 : Effectifs et répartition des principales associations d'affections de longue durée au 31 décembre 2012.....	9
Tableau 4 : Principales associations de codes CIM10 ayant une forte corrélation chez les patients ayant une association de deux affections	11
Tableau 5 : Effectifs des patients en ALD au 31 décembre 2012 pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire	13
Tableau 6 : Taux de prévalence standardisé par âge et sexe, par régime, des patients en ALD au régime agricole pour une affection cardio-vasculaire au 31 décembre 2012, et taux de prévalence brut au 31 décembre 2012 des patients en ALD pour une affection du groupe cardio-vasculaire au régime général	16
Tableau 7 : Taux de prévalence brut et standardisé selon les associations ou non d'affections cardio-vasculaires, par sexe.....	17
Tableau 8 : Répartition des principales ALD associées aux affections cardio-vasculaires.....	19
Tableau 9 : Effectifs et répartition par sexe des patients ayant une ALD cardio-vasculaire au 31 décembre 2012, à l'exception des patients ayant : une ALD n°15 et/ou une ALD n°30 associée, et/ou une ALD n°5 pour une affection d'origine congénitale et/ou une ALD 32	20
Tableau 10 : Effectifs de patients en ALD au 31 décembre 2012 selon les affections et associations les plus fréquentes et selon les critères d'éligibilité à l'ETP	21
Tableau 11 : Effectifs et répartition des personnes protégées en maladie au régime agricole, par sexe et tranche d'âge au 1er janvier 2013.....	29

Liste des graphiques

Graphique 1 : Nombre d'ALD selon l'âge des patients du régime agricole au 31 décembre 2012.....	8
Graphique 2 : Pyramide des âges des patients en ALD au 31 décembre 2012 pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire, pour au moins une ALD 1 à 32 au 31 décembre 2012, et population couverte en maladie au 1er janvier 2013 (source : RNIAM)	14
Graphique 3 : Taux de prévalence pour 1000 par tranche d'âge des 5 affections cardio- vasculaires.....	15
Graphique 4 : Risque relatif d'être en ALD cardio-vasculaire, en mono ALD et en poly ALD, selon le sexe, au 31 décembre 2012	18
Graphique 5 : Taux de prévalence pour 1000 par âge et sexe au 31 décembre 2012 des patients en ALD pour une affection du groupe cardio-vasculaire, pour un diabète, et pour l'association diabète et cardio-vasculaire.....	21

Liste des annexes

Annexe 1 : Les ALD au régime agricole : définitions et mode de recueil.....	24
Annexe 2 : Liste des 30 affections de longue durée	25
Annexe 3 : Liste des codes CIM10 associés aux ALD cardio-vasculaires	26
Annexe 4 : Effectifs et taux de prévalence brut des patients en ALD 1 à 32 au 31 décembre 2012	28
Annexe 5 : Population de référence	29

Résumé

La population protégée en maladie au régime agricole au 1^{er} janvier 2013

Au 1^{er} janvier 2013, la population protégée en maladie au régime agricole est de 3 316 998 personnes - source : RNIAM (- 1,8 % par rapport à 2012). Cette population, dont l'âge moyen est de 50,7 ans, se compose de 52,3 % de salariés agricoles et de 47,7 % de non-salariés agricoles.

Ces deux régimes présentent des caractéristiques populationnelles différentes. En effet, 61,6 % des non-salariés agricoles ont plus de 60 ans, alors que cette proportion est de 24,8 % chez les salariés agricoles. Avec un âge moyen de 41,5 ans, les salariés agricoles se concentrent essentiellement sur la tranche d'âge 40-49 ans, soit sur la période d'activité professionnelle. A l'inverse, l'âge moyen des non-salariés agricoles est de 62 ans au 1^{er} janvier 2013, et la classe modale se concentre essentiellement sur la tranche d'âge 80-89 ans.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) consiste à enseigner aux patients, dans le cadre d'activités dispensées dans un groupe, à mieux gérer leur maladie et leur traitement. En devenant acteurs, les patients anticipent et contrôlent les crises, et diminuent ainsi les complications liées à leur maladie.

L'ETP s'est dans un premier temps concentrée sur le diabète et l'asthme. Mais l'accroissement des affections cardio-vasculaires a suscité de nouvelles problématiques. Au-delà de la simple augmentation de la prévalence des affections chroniques, la littérature signale de plus en plus souvent l'émergence de l'association de maladies chroniques.

Sur la base de ce constat, la MSA, (impliquée dans l'éducation thérapeutique du patient - ETP - depuis 2004), a décidé d'expérimenter un programme d'ETP adapté à ces malades polyopathologiques, centré sur une approche globale de leurs besoins complexes et non plus segmentée sur une « mono-affection ». Le principe général de cette ETP est de s'adapter au plus grand nombre de patients, l'opportunité d'intervention d'un tel programme dans l'évolution des affections n'étant pas défini, y compris dans la littérature. Un travail préalable, présenté ici, a consisté à explorer les données relatives à la polyopathie à travers les affections de longue durée à la MSA¹.

L'étude de la population prise en charge en ALD par le régime agricole permet d'approcher la morbidité de cette population. En 10 ans, le taux de prévalence² a progressé de + 24 %, passant de 174,4 ‰ au 31 décembre 2002 à 216,5 ‰ au 31 décembre 2012.

L'augmentation de la prévalence de certaines affections pèse particulièrement dans l'accroissement du nombre de patients pris en charge. Ainsi en 10 ans, la population bénéficiant d'une reconnaissance d'ALD au titre de l'ALD 30 - cancers - s'est-elle accrue de 17 600 patients. La tendance est identique pour les reconnaissances d'ALD 5 - insuffisance cardiaque - et d'ALD 8 - diabète - avec des augmentations respectives de 47 200 patients et 50 000 patients bénéficiant d'une reconnaissance au titre de ces ALD.

Les données actuelles concernant les ALD mettent en évidence non seulement une part importante des affections cardio-vasculaires mais aussi une multimorbidité chronique.

Cette étude illustre le lien entre la connaissance de la morbidité de la population du régime agricole et la mise en place d'un programme d'ETP à la MSA.

Elle se décline en trois points : dans un premier temps, les ALD sont décrites globalement en mettant en évidence les associations les plus fréquentes ; dans un second temps les affections cardio-vasculaires et leurs associations sont décrites. Enfin, le lien entre les ALD et l'éligibilité avec l'ETP est explicité.

¹ La prise en charge d'un patient pour une Affection de Longue Durée implique une prise en charge à 100% pour l'affection concernée (voir annexe 1).

² Rapport entre l'effectif au 31 décembre des patients (vivants) exonérés du ticket modérateur pour une ALD et la population couverte en maladie

I) Les Affections de longue durée au régime agricole

A) Données générales

Au régime agricole 718 134 personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD 1 à 32³ au 31/12/2012, soit 216,5 ‰ de la population couverte en maladie.

TABLEAU 1
EFFECTIFS ET TAUX DE PREVALENCE BRUT DES PATIENTS EN ALD
AU 31 DECEMBRE 2012 AU REGIME AGRICOLE
LES 10 ALD DE LA LISTE LES PLUS FREQUENTES⁴ ET TAUX DE PREVALENCE
AU 31 DECEMBRE 2007 EVOLUTION 2007-2012

ALD		2012			Evolution du taux 2007-2012
		Nombre de patients pour l'ALD	Taux de prévalence pour 1000 au 31/12/2012	Taux de prévalence pour 1000 au 31/12/2007	
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	139 288	42,0	31,4	33,7%
12	Hypertension artérielle sévère	122 231	36,8	44,8	-17,7%
13	Maladie coronaire	106 158	32,0	29,8	7,4%
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	44 926	13,5	13,7	-1,1%
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	38 954	11,7	10,4	12,9%
Nbre de patients ayant au moins une ALD du groupe cardio-vasculaire (au moins une ALD 1, 3, 5, 12, 13)		369 630	111,4	107,4	3,8%
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	167 537	50,5	39,8	26,9%
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	155 324	46,8	45,3	3,4%
23	Affections psychiatriques de longue durée	60 525	18,2	18,5	-1,4%
15	Maladie d'Alzheimer	43 171	13,0	10,4	25,1%
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	31 675	9,5	9,4	1,6%

source : MSA

Les 10 ALD les plus fréquentes représentent 86 % de l'ensemble de la population en ALD 1 à 32 au 31/12/2012.

Le diabète (ALD n°8) constitue la première cause de reconnaissance d'ALD au 31 décembre 2012, alors qu'au 31 décembre 2007 il s'agissait de la 3^e cause d'exonération au titre d'une ALD après les cancers et l'Hypertension Artérielle Sévère (la primo admission dans cette ALD a été supprimée en juin 2011 par décret n°2011-726 du 24 juin 2011⁵). Depuis 2007 le taux de prévalence de l'ALD diabète a progressé de + 26,9 %.

L'ALD n°30 - tumeurs malignes - est la 2^e ALD la plus fréquente avec un taux de prévalence de 46,8 ‰. Entre 2007 et 2011, le nombre de personnes exonérées au titre de l'ALD n° 30 a progressé de + 3,2 % sur la période ; une diminution de ces effectifs de - 7,3 % est ensuite observée de 2011 à 2012⁶.

³ Voir annexe 1

⁴ Voir annexe 4 le tableau exhaustif

⁵ Cette suppression a entraîné une diminution du nombre de patients pris en charge de 6,2 % au 31 décembre 2011 par rapport à l'année précédente

⁶ Ce qui est une probable conséquence de la mise en œuvre du dispositif post-ALD (*dispositif d'exonération de la participation des assurés pour certains actes médicaux et examens de biologie, après leur sortie du régime des ALD 30* - Source : AMELI)

L'ALD n° 5 - Insuffisance cardiaque - a connu la plus forte progression depuis 2007 (+ 33,7 %).

Les affections cardio-vasculaires, qui regroupent 5 ALD (1, 3, 5, 12, 13) ont un taux de prévalence élevé (111,4‰). 51,5 % des patients en ALD au 31 décembre 2012 le sont pour au moins une affection de ce groupe.

B) Les polyopathologies

Lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections de la liste, le Code de la Sécurité Sociale prévoit qu'il soit exonéré du ticket modérateur au titre de chacune de ces ALD pour les traitements qu'il reçoit à ce titre (voir 4°) encadré). Ainsi un patient peut-il bénéficier de plus d'une reconnaissance d'ALD.

Article L322-3 du Code de la Sécurité Sociale
Modifié par [LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 43](#)

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de [l'article L. 322-2](#) peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

- 1°) Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- 2°) Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3°) Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article [L. 161-37](#) ;
- 4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :
 - a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
 - b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

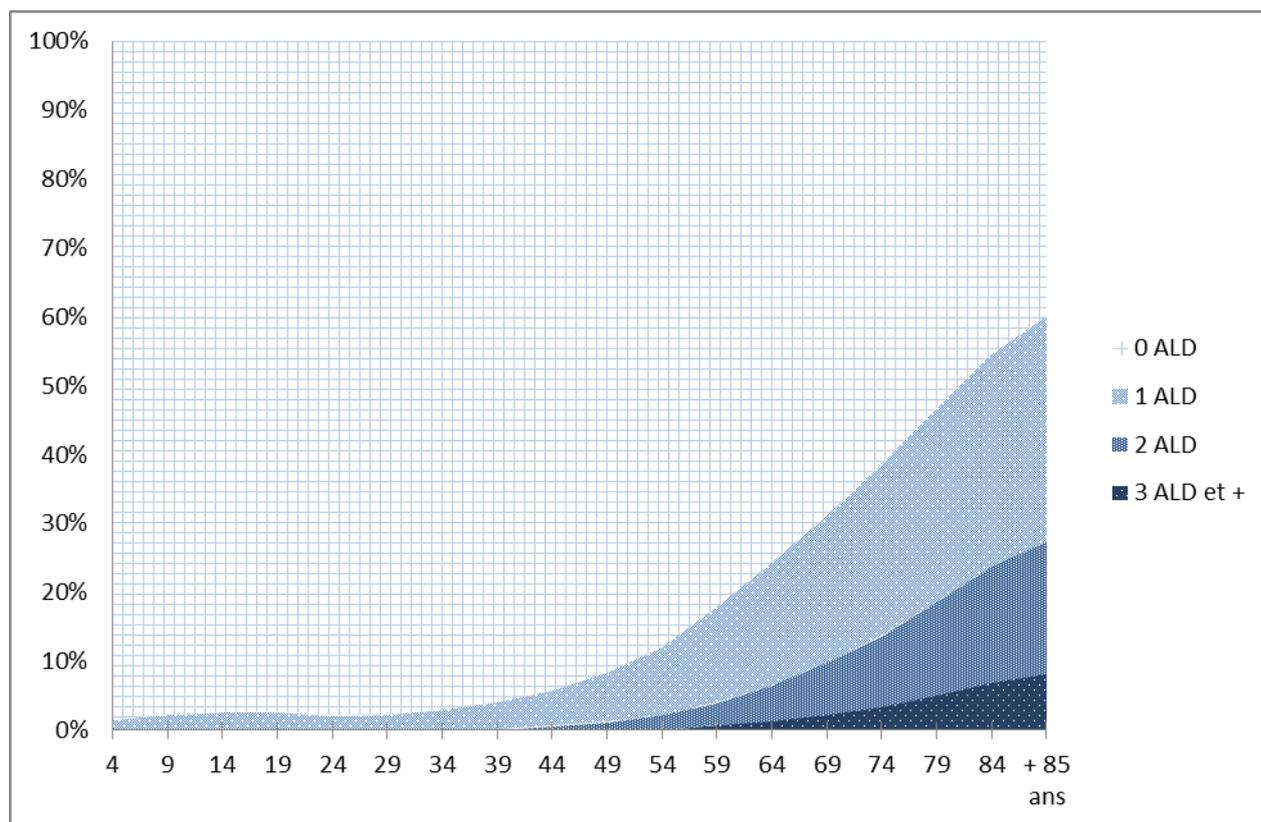
TABLEAU 2
REPARTITION DES PATIENTS EN ALD 1 A 32 AU 31 DECEMBRE 2012 SELON LEUR NOMBRE D'ALD

Nbre de pathologies exonérantes	Nbre de patients	Répartition
1	446 978	62%
2	191 261	27%
3	64 913	9%
4 et plus	14 982	2%
Total	718 134	100%

Source MSA

Au régime agricole au 31 décembre 2012, les patients sont exonérés de 1,5 ALD en moyenne. 38 % des patients en ALD ont au moins deux ALD (2 % ont plus de 4 ALD). Ces polyopathologies s'expliquent par les caractéristiques populationnelles des ressortissants du régime agricole (une population âgée, d'âge moyen 50,7 ans).

GRAPHIQUE 1
NOMBRE D'ALD SELON L'AGE DES PATIENTS DU REGIME AGRICOLE AU 31 DECEMBRE 2012



Si la probabilité d'être en ALD augmente avec l'âge, il en est de même pour la probabilité d'être reconnu en ALD pour deux affections ou plus (graphique 1). Les situations de polyopathologies émergent à partir de 50 ans.

C) Multimorbidités chroniques : les associations d'ALD les plus fréquentes

TABLEAU 3
EFFECTIFS ET REPARTITION DES PRINCIPALES ASSOCIATIONS D'AFFECTIONS DE LONGUE DUREE AU 31 DECEMBRE 2012

N° ALD	Libellé affections	Nbre total d'assurés atteints de cette ALD	Assurés atteints uniquement de cette ALD		Assurés atteints d'au moins une autre ALD		dont :												Nbre moyen d'ALD associée chez les plus d'1 ALD	Nbre moyen d'ALD associée chez les plus d'1 ALD de plus de 65 ans
							Maladies cardio-vasculaires	Diabète	Cancer	Insuffisance respiratoire	APLD	MAAD								
1,3,5,12,13	Maladies cardio-vasculaires	369 630	204 193	55%	165 437	45%	/	/	71 165	19%	42 271	11%	15 746	4%	13 283	4%	15 499	4%	1,23	1,23
8	Diabète	167 537	74 550	44%	92 987	56%	71 165	42%	/	/	15 886	9%	4 651	3%	6 476	4%	4 479	3%	1,26	1,28
30	Cancer	155 324	92 321	59%	63 003	41%	42 271	27%	15 886	10%	/	/	3 504	2%	4 503	3%	3 447	2%	1,30	1,31
14	Insuffisance respiratoire	31 675	9 792	31%	21 883	69%	15 746	50%	4 651	15%	3 504	11%	/	/	1 759	6%	931	3%	1,44	1,45
23	APLD	60 525	33 921	56%	26 604	44%	13 283	22%	6 476	11%	4 503	7%	1 759	3%	/	/	1 424	2%	1,36	1,41
15	MAAD	43 171	20 027	46%	23 144	54%	15 499	36%	4 479	10%	3 447	8%	931	2%	1 424	3%	/	/	1,33	1,33

Source : MSA

APLD = Affections psychiatriques de longue durée

MAAD = Maladie d'Alzheimer et autres démences

Note méthodologique : l'ensemble des patients en ALD 1 à 32 au 31 décembre 2012 a été pris en compte pour établir le tableau ci-dessus. Pour faciliter la lecture, n'apparaissent dans ce tableau que les pathologies dont les effectifs totaux sont supérieurs à 30 000 patients. Un patient est compté autant de fois qu'il a d'associations décrites dans ce tableau.

Clé de lecture : 369 630 patients sont en ALD pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire au 31 décembre 2012 ; 204 193 d'entre eux (soit 55 %) n'ont qu'une ALD de ce groupe ; 71 165 d'entre eux (soit 19 %) ont également une exonération pour une ALD diabète. Le nombre moyen d'ALD associées chez les patients ayant une affection du groupe cardio-vasculaire et au moins une autre affection est de 1,23. Au sein de la population des plus de 65 ans, ce nombre moyen d'ALD associées est également de 1,23.

L'association la plus fréquente est celle des ALD du groupe cardio-vasculaire et du diabète, qui comptabilise 71 165 patients au 31 décembre 2012 soit 10 % de la population en ALD 1 à 32. 19 % des patients atteints d'au moins une affection du groupe cardio vasculaire ont un diabète, et 42 % des patients ayant un diabète ont au moins une affection du groupe cardio-vasculaire.

La deuxième association la plus fréquente concerne les patients atteints d'au moins une affection du groupe cardio-vasculaire et d'un cancer, soit 42 271 patients représentant 6 % des patients en ALD 1 à 32.

L'ALD la plus marquée par la multimorbidité est l'ALD n° 14 (insuffisance respiratoire chronique grave). En effet, 69 % des patients exonérés du ticket modérateur pour cette ALD ont au moins une autre ALD. La moitié des patients exonérés du ticket modérateur pour une ALD n° 14 ont une affection du groupe cardio-vasculaire.

D) L'approche par les codes CIM10

Indépendamment des ALD, l'approche des associations à partir des codes de la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes 10^e révision -CIM10 permet de cibler plus précisément les affections concernées.

Cette approche a été réalisée par la méthode des associations et a permis de mettre en évidence 494 871 types d'associations pour lesquelles un lien de corrélation positive a été observé.

TABLEAU 4
PRINCIPALES ASSOCIATIONS DE CODES CIM10 AYANT UNE FORTE CORRÉLATION CHEZ LES PATIENTS
AYANT UNE ASSOCIATION DE DEUX AFFECTIONS

Affection 1		Affection 2		Nombre de patients	Répartition
Libellé	Code CIM10	Libellé	Code CIM10		
Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	Hypertension essentielle	I10	32 976	7%
Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	Cardiopathie ischémique chronique	I25	11 965	2%
Hypertension essentielle	I10	Fibrillation et flutter auriculaire	I48	10 756	2%
Hypertension essentielle	I10	Cardiopathie ischémique chronique	I25	8 864	2%
Fibrillation et flutter auriculaire	I48	Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	6 930	1%
Insuffisance cardiaque	I50	Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	5 403	1%
Insuffisance cardiaque	I50	Hypertension essentielle	I10	4 645	1%
Hypertension essentielle	I10	Athérosclérose des artères distales	I702	4 275	1%
Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	Tumeur maligne de la prostate	C61	4 198	1%
Insuffisance cardiaque	I50	Fibrillation et flutter auriculaire	I48	3 946	1%
Autres associations				395 127	81%
Ensemble associations				489 085	100%

Sur l'ensemble des patients ayant une association de deux affections, l'association la plus fréquente est celle du diabète non insulino-dépendant (Code CIM10 E11, ALD n°8) avec l'Hypertension essentielle (Code CIM10 I10, ALD n°12). Elle représente 7 % des associations de deux affections, soit 32 976 patients (bien que l'ALD 12 ait été supprimée de la liste des primo-exonération en ALD 30 en juin 2011).

Parmi les pathologies qui arrivent le plus fréquemment dans les associations de deux affections, l'hypertension essentielle sévère est la plus fréquente ; elle représente 28 % de l'ensemble soit 138 451 patients.

Le diabète sucré non insulino-dépendant représente 25 % de l'ensemble des associations de deux codes CIM10 avec une corrélation positive et concerne 120 102 patients.

II) Les affections cardio-vasculaires

A) Caractéristiques

Le groupe des affections cardio-vasculaire couvre 5 ALD :

- l'ALD 1 : Accident Vasculaire Cérébral Invalidant,
- l'ALD 3 : Artériopathie chronique avec manifestations ischémiques,
- l'ALD 5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves,
- l'ALD 12 : Hypertension artérielle sévère,
- l'ALD 13 : Maladie coronaire.

Au titre d'au moins une ALD du groupe cardio-vasculaire, 369 630 patients bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au 31 décembre 2012, soit une prévalence de 111,4 ‰, ce qui représente 51,5 % des patients en ALD 1 à 32. Un patient pouvant avoir plusieurs affections, ce groupe correspond à un total de 465 911 affections.

TABLEAU 5
EFFECTIFS DE PATIENTS EN ALD AU 31 DECEMBRE 2012 POUR AU MOINS UNE AFFECTION
DU GROUPE CARDIO-VASCULAIRE

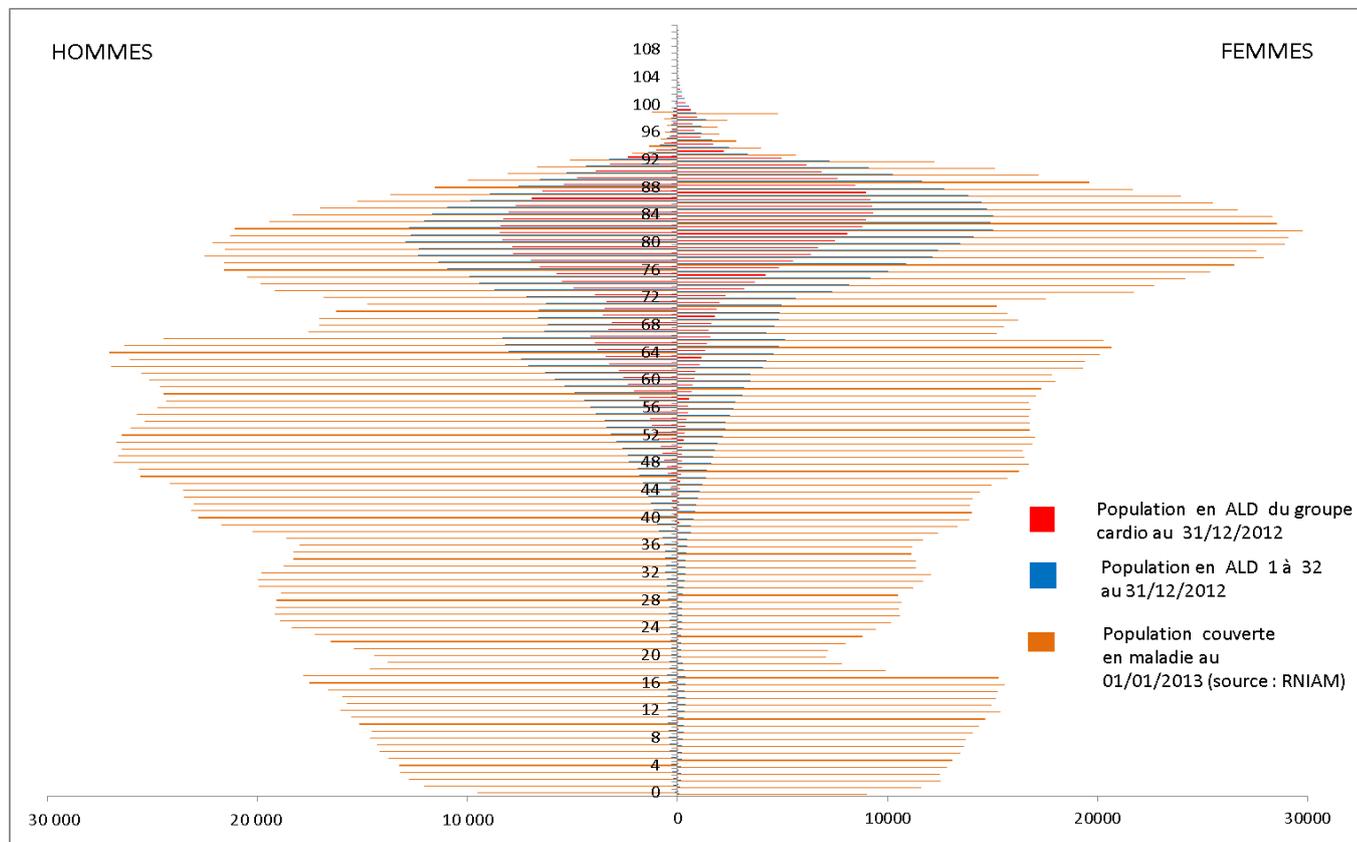
sexe	Effectifs de patients	Répartition	Taux de prévalence pour 1000	Age moyen	Ecart-type	Taux de prévalence standardisé par âge	Risques relatifs		
							RR F/H	IC 95% RR	
Femmes	173 924	47%	113,6	80,8	10,4	91,4			
Hommes	195 706	53%	109,6	75,2	12,0	133,9	0,68	0,68	0,69
Ensemble	369 630	100%	111,4	77,9	11,6	/			

Source : MSA

Avec un âge moyen de 77,9 ans, les patients avec une ALD appartenant au groupe des affections cardio-vasculaires sont plus âgés que l'ensemble des autres patients en ALD, quelle qu'en soit l'origine (67,6 ans – $p < 0,05$).

Télécharger les données au format Excel : 

GRAPHIQUE 2
PYRAMIDE DES AGES DES PATIENTS EN ALD AU 31 DECEMBRE 2012 POUR AU MOINS UNE AFFECTION DU GROUPE CARDIO-VASCULAIRE, POUR AU MOINS UNE ALD 1 A 32 AU 31 DECEMBRE 2012, ET POPULATION COUVERTE EN MALADIE AU 01 JANVIER 2013 (SOURCE : RNIAM)

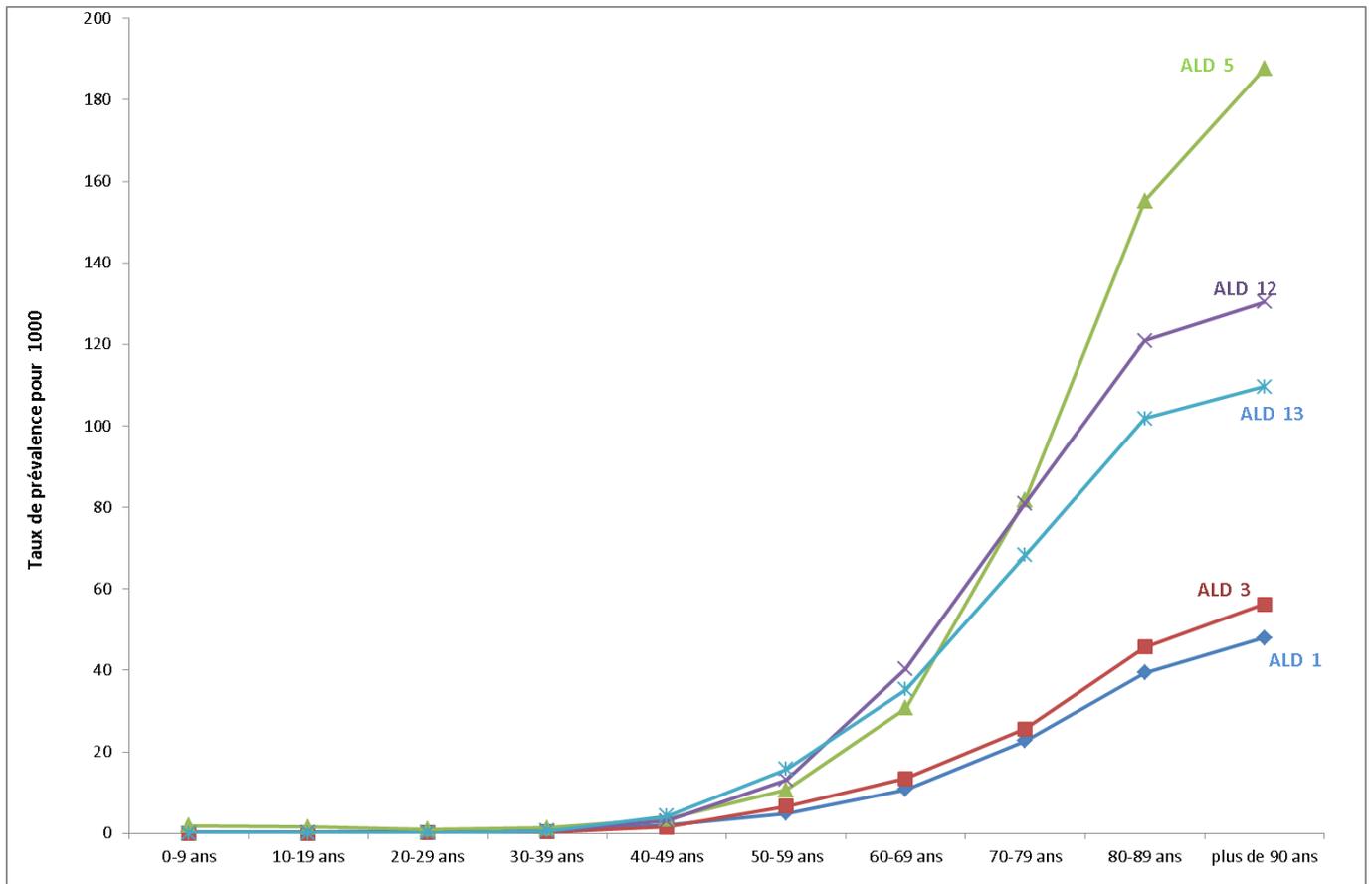


Source : MSA

La pyramide des âges de la population protégée en maladie, en ALD ou non, fait apparaître une sur représentation des hommes entre 40 et 65 ans et une sur représentation des femmes au-delà de 70 ans. Dans la population en ALD 1 à 32 les hommes sont sur représentés avant 75 ans. A partir de 76 ans le sexe ratio est inversé.

La structure de la population ayant une affection du groupe cardio-vasculaire est proche de celle ayant une ALD 1 à 32. En dessous de 35 ans, le groupe cardio-vasculaire regroupe 0,5 % de l'ensemble des patients en ALD de ce groupe.

GRAPHIQUE 3
TAUX DE PREVALENCE POUR 1000 PAR TRANCHE D'AGE
DES 5 AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES



Pour les 5 ALD du groupe cardio-vasculaire, la prévalence augmente fortement à partir de 60 ans. Les ALD 12, 13 et 5 augmentent fortement jusqu'à 80-90 ans. La prévalence de l'ALD 5 progresse régulièrement jusqu'à plus de 90 ans tandis que pour les ALD 12 et 13, l'augmentation de la prévalence au-delà de 90 ans est modérée.

La progression des ALD 1 et 3 avec l'âge est moins marquée que celle des trois autres ALD. Elles prennent des valeurs très proches jusqu'à 80 ans, âge à partir duquel l'ALD 3 prend des valeurs légèrement supérieures à celles de l'ALD 1.

L'histoire naturelle de ces affections permet d'expliquer ces prévalences et leurs évolutions avec l'âge. Une partie importante des cas d'ALD 5 (insuffisance cardiaque) correspond à des complications des autres ALD cardiovasculaires ou à celles d'affections responsables d'un vieillissement cardiaque accéléré. En général, cette ALD représente le stade final de toute cardiopathie qui n'a pas entraîné un décès subit ou rapide. En outre, pour un certain nombre d'assurés, la primo admission en ALD a lieu au stade de cette affection terminale. L'augmentation importante de sa prévalence jusqu'en fin de vie, avec une faible cassure de sa courbe, est donc logique.

Les quatre autres ALD, notamment les ALD 12 et 13 sont caractérisées par un infléchissement plus ou moins marqué des courbes de prévalence dans la dernière tranche d'âge.

Des raisons peuvent expliquer ce moindre lien apparent entre prévalence et vieillissement.

Globalement, après 85 ans, la probabilité que le motif d'ALD corresponde à un stade plus évolué parmi les affections cardiovasculaires augmente. Les pathologies cardio vasculaires survenant au grand âge sont ainsi plus fréquentes, l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme correspondant à l'ALD 5.

La disparition, en 2011, de la possibilité d'admission en ALD 12 a peut-être contribué à diminuer sa prévalence, même après 85 ans. Cette mesure et la reprise en masse des protocoles de soins de plus de 5 ans au cours de l'année 2012 a certainement entraîné un transfert de la prise en charge de l'ALD 12 vers les autres ALD cardiovasculaires, notamment l'ALD 5.

Une sous déclaration de l'ALD 3 (artérite) est probable car cette affection correspond dans un certain nombre de cas à une complication de l'ALD 12 ou est associée à une ALD 13 ou 1, déjà prises en charge en ALD.

Le déterminisme de certaines ALD 1 et 3, lie une partie de ces affections à des facteurs indépendants du vieillissement : sensibilité particulière au tabac, maladies inflammatoires, troubles de la coagulation.

Enfin, l'aplatissement de la courbe des ALD 1⁷ et 13 est probablement lié à la limitation de l'espérance de vie moyenne de la population des malades qui en sont atteints. L'incidence des AVC graves s'élève avec l'âge, leur gravité aussi, et l'espérance de vie moyenne après AVC diminue probablement en fonction inverse de l'âge de sa survenue. Le même raisonnement peut s'appliquer aux victimes d'un infarctus grave, qui représentent une partie des ALD 13. Au total, cette survie raccourcie est responsable de décès dans un délai moyen relativement bref après le début de prise en charge en ALD, atténuant ainsi l'effet de la croissance de la prévalence avec l'âge.

TABLEAU 6

TAUX DE PREVALENCE STANDARDISE PAR AGE ET SEXE, PAR RÉGIME, DES PATIENTS EN ALD AU RÉGIME AGRICOLE POUR UNE AFFECTION CARDIO-VASCULAIRE AU 31 DECEMBRE 2012, ET TAUX DE PREVALENCE BRUT AU 31 DECEMBRE 2012 DES PATIENTS EN ALD POUR UNE AFFECTION DU GROUPE CARDIO-VASCULAIRE AU RÉGIME GENERAL⁸

		Taux de prévalence standardisé pour 1000 (2)
MSA	Non-salariés	67,5
	Salariés	69,2
	Ensemble	68,6

Source : MSA

	Taux de prévalence brut pour 1000
Régime général	64,300

Le taux de prévalence des affections cardio-vasculaires standardisé par âge et sexe sur la base de la population française métropolitaine est plus élevé au régime agricole qu'au régime général (RR=1,08 ; IC 95 % [1,07-1,08]). Cette différence est plus marquée pour les salariés agricoles (RR=1,07 ; IC 95 % [1,07-1,08]) que pour les non salariés agricoles (RR=1,06 ; IC 95 % [1,05-1,07]).

⁷ L'ALD 1 « AVC avec séquelles » correspond à des malades victimes d'un AVC grave mais qui ont survécu ; les accidents ischémiques transitoires ne relèvent pas de l'ALD.

⁸ Source : AMELI

B) Les ALD cardio-vasculaires et leurs associations

Les affections cardio-vasculaires concernent plus de la moitié des patients en ALD 1 à 32 au 31 décembre 2012 au régime agricole. Chez ces patients en ALD pour maladies cardio-vasculaires, ces pathologies sont souvent associées à d'autres ALD.

Sur les 369 630 patients ayant au moins une affection de ce groupe, 165 437 patients, soient 45 %, ont au moins une autre ALD. Leur âge moyen est de 78,4 ans et il s'agit en majorité d'hommes (52 %).

Chez les patients ne présentant pas d'association, l'âge moyen est moins élevé (77,4 ans - la différence d'âge entre les deux groupes est significative à 5 %). Ces patients sont également en majorité des hommes (54 %).

Les taux de prévalence bruts des affections cardio-vasculaires chez les hommes sont proches de ceux des femmes, que ce soit sans autre association ou avec une autre association.

TABLEAU 7
TAUX DE PREVALENCE BRUT ET STANDARDISÉ SELON LES ASSOCIATIONS OU NON D'AFFECTIONS
CARDIO-VASCULAIRES, PAR SEXE

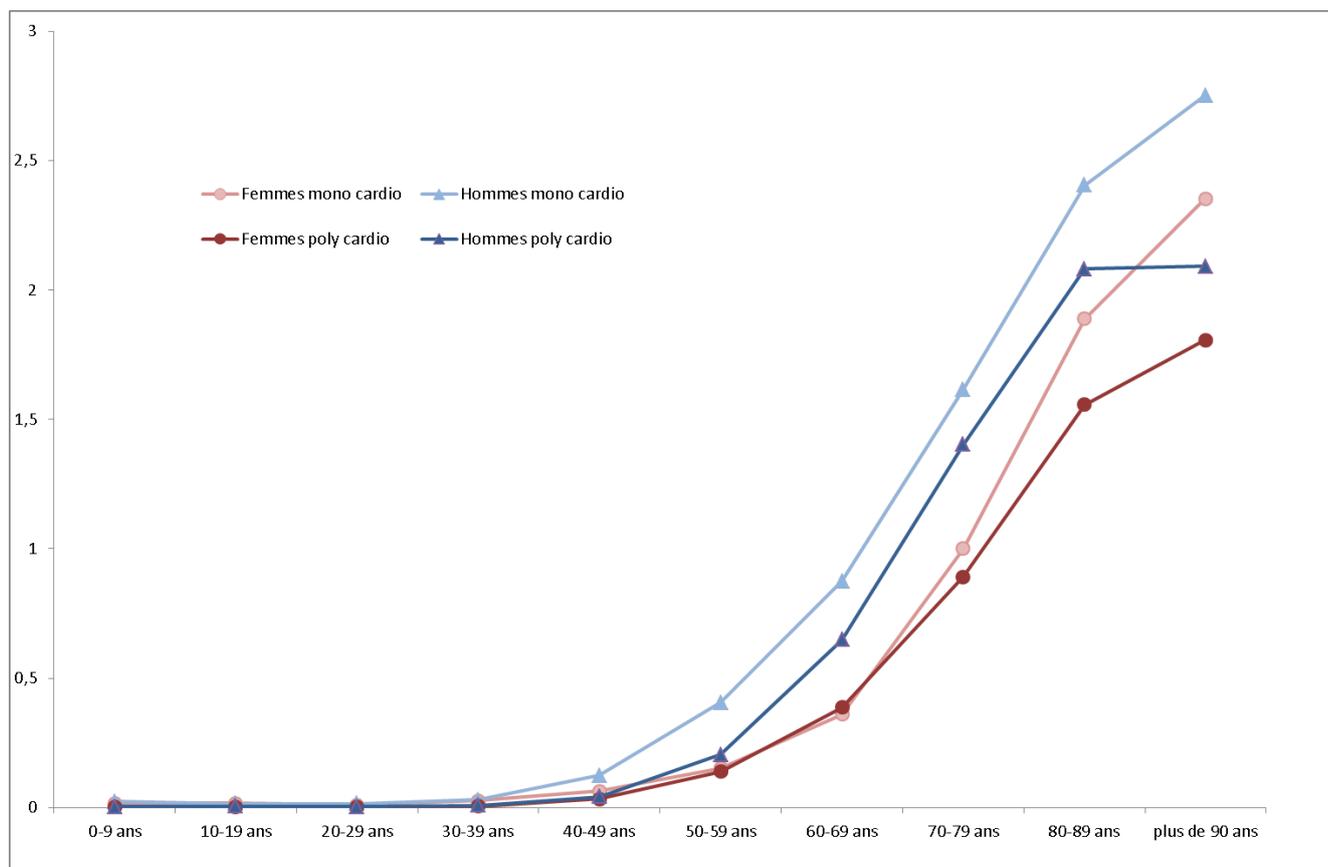
	Femmes		Hommes		RR Femmes/Hommes	IC 95% RR	
	Taux bruts pour 1000	Taux stand. Pour 1000	Taux bruts pour 1000	Taux stand. Pour 1000			
Mono cardio	61,7	49,5	61,4	74,5	0,66	0,66	0,67
Poly cardio	51,9	41,9	48,1	59,4	0,71	0,70	0,71
Poly cardio (à l'exception de l'ALD 12)	42,5	33,5	44,0	55,1	0,61	0,60	0,61

Source : MSA

La standardisation par âge sur la base de la population protégée en maladie au régime agricole fait baisser le taux chez les femmes et à l'inverse augmente le taux chez les hommes.

Les hommes à âge identique sont plus touchés que les femmes par les affections cardio-vasculaires, que ces affections soient associées ou non à d'autres pathologies. L'écart est particulièrement important pour les affections cardio-vasculaires sans association (74,5 ‰ chez les hommes contre 49,5 ‰ chez les femmes).

GRAPHIQUE 4
RISQUE RELATIF D'ÊTRE EN ALD CARDIO-VASCULAIRE, EN MONO ALD ET EN POLY ALD,
SELON LE SEXE⁹, AU 31 DECEMBRE 2012



Source : MSA

Avant 50 ans, le risque relatif d'être en ALD pour une affection cardio-vasculaire, seule ou associée, est faible pour les deux sexes. Après 55 ans, le risque pour les hommes d'être en affection de longue durée pour une ou plusieurs affections du groupe cardio-vasculaire est plus important que pour les femmes. Le risque est plus élevé pour les hommes ayant des affections cardiaques associées à d'autres pathologies. Chez les femmes, le risque d'être en ALD pour une affection cardio-vasculaire seule, ou associée à une autre ALD, est le même jusqu'à 65 ans. Après 65 ans, le risque d'être en ALD pour une affection cardio-vasculaire seule augmente par rapport au risque d'être atteint d'une affection cardio-vasculaire associée à une autre ALD chez les femmes. Sur la classe d'âge supérieure à 90 ans, le risque pour les femmes d'être en ALD pour une affection cardio-vasculaire seule est plus élevé que le risque d'être atteint par une affection cardio-vasculaire associée à une autre ALD chez les hommes.

⁹ Catégorie de référence : Femmes en mono ALD, de la tranche d'âge 70-79 ans.

TABLEAU 8
REPARTITION DES PRINCIPALES ALD ASSOCIEES AUX AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

N° ALD	Libellé ALD	Effectifs	Proportion de l'association des 2 ALD
8	Diabète	71 165	43%
30	Tumeurs	42 271	26%
14	Insuffisance respiratoire	15 746	10%
15	Maladie d'Alzheimer	15 499	9%
23	Affections psychiatriques de longue durée	13 283	8%
19	Néphropathie chronique	5 194	3%
16	Maladie de Parkinson	4 763	3%
22	Polyarthrite	4 414	3%
9	Affections neurologiques musculaires	3 090	2%
31	Hors liste	18 422	11%
Autres affections		9 106	6%
Ensemble des affections		202 953	/
Nbre total de patients ayant une association		165 437	

Source : MSA

Clé de lecture : parmi les 165 437 patients ayant une affection Cardio-vasculaire associée à au moins une autre ALD, 71 165 patients présentent également une association avec une ALD diabète.

Le diabète, les tumeurs, l'insuffisance respiratoire, la Maladie d'Alzheimer et les affections psychiatriques de longue durée représentent les principales affections associées aux pathologies du groupe cardio-vasculaire. Ces 5 affections regroupent 78 % des affections associées au groupe cardio-vasculaire.

Télécharger les données au format Excel : 

III) L'Education thérapeutique du patient (ETP)

A) Identification de la population cible ETP

L'Education Thérapeutique du patient, à travers des séances découpées en ateliers thématiques (comprenant un nombre restreint de patients) vise à mieux informer et éduquer les patients sur leur maladie et leur traitement afin de les impliquer dans l'autogestion de leur maladie.

Afin de répondre au mieux aux besoins et pour des motifs pratiques d'organisation et de recrutement, l'expérimentation d'un programme ETP pour malades multimorbides, doit s'adapter aux affections les plus fréquentes et à leurs associations.

Or, les patients pris en charge en soins de santé primaires présentent de plus en plus souvent une multimorbidité avec association au long cours de plusieurs affections chroniques dont certaines sont prises en charge au titre d'une ALD. La nécessité d'une approche éducative globale de ces malades a amené la MSA à expérimenter, avec des experts et des équipes éducatives en soins de santé primaires, un programme d'éducation thérapeutique collectif, dispensable en maisons de santé pluri-professionnelle, à des patients porteurs d'une multimorbidité chronique.

Par ailleurs, l'Education Thérapeutique du Patient demandant une pleine disponibilité psychologique et des capacités cognitives, le comité de pilotage, les experts et les équipes expérimentatrices ont préféré ne pas inclure les patients pris en charge en ALD pour une maladie d'Alzheimer et autres démences¹⁰ (ALD 15), pour un cancer¹¹ (ALD 30) et pour des affections psychiatriques de longue durée¹² (ALD 23), malgré la prévalence élevée de ces affections.

En outre, les assurés en ALD hors liste pour état polypathologique invalidant (ALD 32) n'ont pas été comptabilisés en raison des difficultés potentielles à suivre un programme collectif hors de leur domicile. Enfin, les effectifs retenus dans le groupe des affections cardiovasculaire ne tiennent pas compte des cardiopathies congénitales (codes CIM10 Q20 à Q26 de l'ALD n°5), touchant une population différente de celle atteinte d'affections dégénératives.

Finalement, il a été décidé que le programme d'ETP expérimental s'adresserait aux patients atteints d'une ALD cardiovasculaire (sauf congénitale) et ou d'une ALD insuffisance respiratoire et ou d'une ALD diabète.

TABLEAU 9

EFFECTIFS ET REPARTITION PAR SEXE DES PATIENTS AYANT UNE ALD CARDIO-VASCULAIRE AU 31 DECEMBRE 2012, A L'EXCEPTION DES PATIENTS AYANT : UNE ALD N°15 ET/OU UNE ALD N°30 ASSOCIEE, ET/OU UNE ALD N°5 POUR UNE AFFECTION D'ORIGINE CONGENITALE ET/OU UNE ALD 32

	Effectifs	Répartition	Taux de prévalence pour 1000	Age moyen	Ecart-type
Femmes	139 892	47%	91,4	80 ,5	10 ,4
Hommes	159 538	53%	89,3	74 ,6	12 ,0
Ensemble	299 430	100%	90,3	77 ,4	11 ,7

Source : MSA

¹⁰ Capacités cognitives déficientes

¹¹ Caractère temporairement envahissant de l'affection

¹² Etat psychologique fluctuant

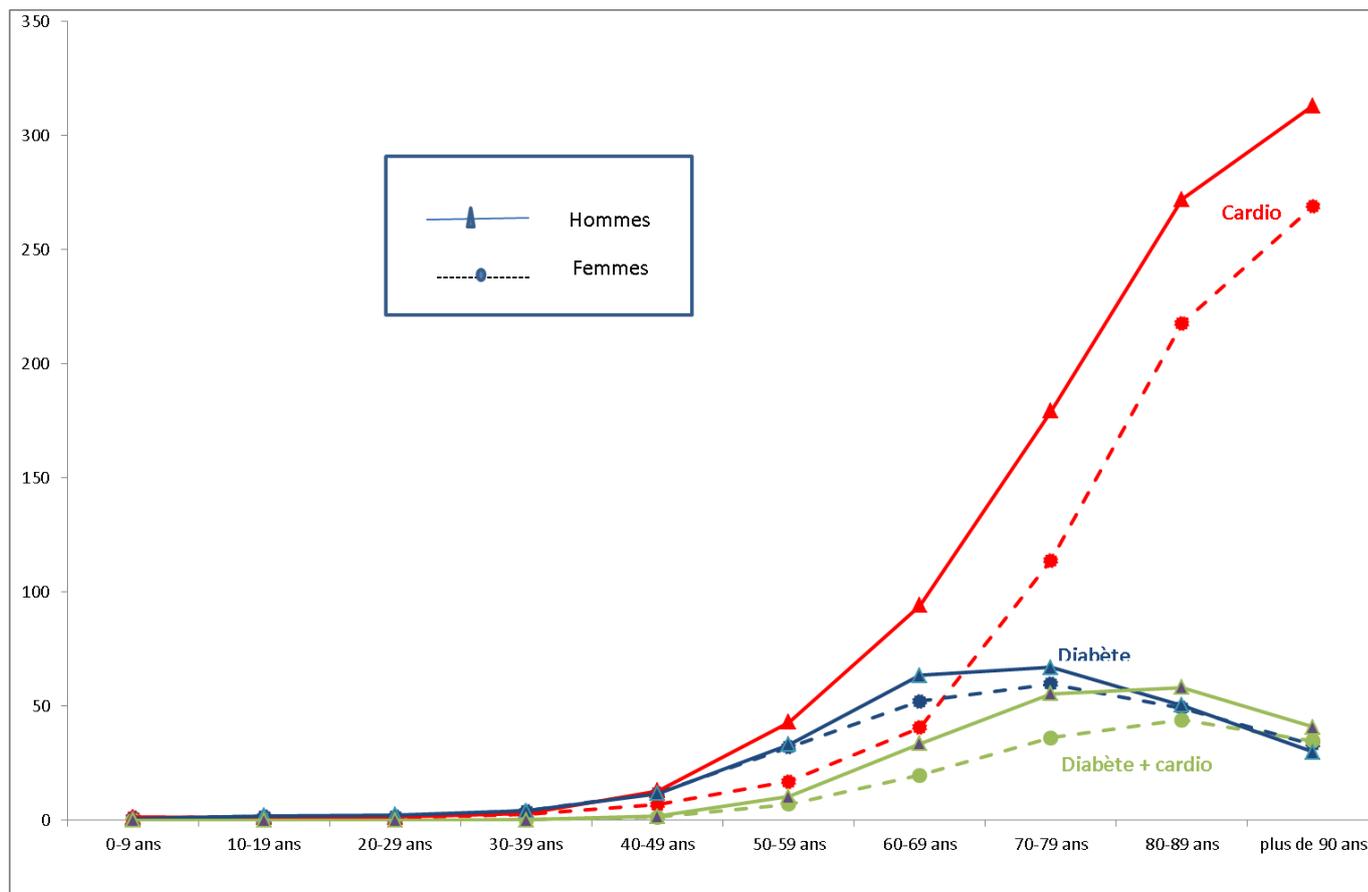
Après application de ces caractéristiques limitatives à l'ETP, 299 430 patients sont potentiellement éligibles à une ETP cardio-vasculaire soit 9 % des patients relevant du régime agricole. Leur âge moyen est élevé (77,4 ans), et les hommes sont majoritaires dans cette population (53 %). 203 550 de ces patients n'ont pas déclaré d'autres pathologies associées, soit 68 % des bénéficiaires d'une ALD.

TABEAU 10
EFFECTIFS DE PATIENTS EN ALD AU 31 DECEMBRE 2012 SELON LES AFFECTIONS
ET ASSOCIATIONS LES PLUS FREQUENTES ET SELON LES CRITERES D'ELIGIBILITE A L'ETP

Affections	Effectifs de patients éligibles à l'ETP	Taux de prévalence brut pour 1000	Age moyen
Cardio + diabète	59 705	18,0	75,7
Cardio + Insuffisance respiratoire	12 700	3,8	79,2
Cardio + diabète + Insuffisance respiratoire	2 306	0,7	77,0

Source : MSA

GRAPHIQUE 5
TAUX DE PREVALENCE POUR 1000 PAR AGE ET SEXE AU 31 DECEMBRE 2012 DES PATIENTS EN ALD POUR UNE
AFFECTION DU GROUPE CARDIO-VASCULAIRE, POUR UN DIABETE,
ET POUR L'ASSOCIATION DIABETE ET CARDIO-VASCULAIRE



Au sein de cette population, il est constaté un fléchissement de la prévalence des affections cardio-vasculaires associées à un diabète après 90 ans, et une augmentation beaucoup moins soutenue que pour les ALD cardio-vasculaires seules dès 60 ans (graphique 5).

La courbe de prévalence du diabète seul plafonne dès 65 ans et décroît après 75 ans, témoignant de la limitation de l'espérance de vie des diabétiques aux âges élevés. La courbe de prévalence du diabète associé à une maladie cardiovasculaire en ALD subit les influences divergentes de la prévalence des ALD cardiovasculaire, qui continue à croître même dans le grand âge, et de la prévalence du diabète en ALD, qui baisse. Ainsi, la croissance de la prévalence de la prise en charge en ALD pour association diabète et maladie cardiovasculaire est modérée. Paradoxalement, pour les hommes de plus de 85 ans, cette prévalence est supérieure à celle du diabète seul.

B) Les limites du dénombrement basé sur les ALD

Si les nouveaux programmes d'ETP pour les affections cardio-vasculaires et affections liées se développent, un peu plus de 299 000 patients devraient être concernés. Toutefois, près de 74 600 patients présentant un diabète sans autre association, pourraient à l'avenir également intégrer ce type de programme, d'autant plus que les deux affections sont très liées.

L'Education Thérapeutique du Patient pourrait concerner les affections cardio-vasculaires, ou le diabète, ou l'insuffisance respiratoire, ou l'association de deux voire trois de ces affections, ce qui représente 366 500 patients en tout si les affections sans association sont incluses (soit 11 % de la population protégée en maladie).

La présente étude permet de mettre en évidence les effectifs des principales associations. Toutefois le prisme des ALD conduit à une sous estimation de la multimorbidité, en particulier pour les patients déjà exonérés du ticket modérateur pour une première ALD et pour lesquels la déclaration de la 2^e ALD est omise dans une proportion importante. Les ALD restent toutefois le meilleur marqueur pour approcher de façon globale l'état de santé des assurés du régime agricole.

Cette étude nous a permis de mettre en évidence les affections les plus fréquentes et leurs associations éligibles à un programme d'ETP. L'âge élevé de la population concernée implique des adaptations de ce programme, dont les modalités sont encore à définir. La segmentation par tranche d'âge des patients, ou des affections, de leur stade, ou de leurs associations, peut être posée comme une démarche pertinente. Une mesure alternative serait d'adapter un programme d'ETP généraliste pour cibler le plus grand nombre de patients.

Des explorations complémentaires à partir de la consommation de soins (actes et médicaments traceurs) seraient utiles pour mieux approcher la multimorbidité au régime agricole. Par ailleurs ce même type d'informations pourrait être utilisé pour évaluer l'effet du programme d'ETP multimorbidité expérimenté. Néanmoins, l'exploitation des données présentées dans cette étude a déjà permis de guider sa conception, tant pour le choix des affections concernées que pour la priorisation des objectifs pédagogiques.

En effet, l'approche actuelle de l'éducation thérapeutique est davantage basée sur les compétences psychosociales des patients que, comme il y a quelques années, sur leurs compétences biomédicales. Par exemple, les premières séances éducatives s'intéressent davantage aux symptômes ressentis, à la gestion des crises, au retentissement de la maladie dans la vie du patient qu'à l'étude des facteurs de risque et du déterminisme des maladies, qui sont abordés lors des séances ultérieures.

L'étude des ALD au régime agricole corrobore les conclusions de la littérature au sujet de la multimorbidité.

La connaissance des ALD des ressortissants du régime agricole permet de mieux appréhender les affections les plus fréquentes et leurs associations, et par conséquent de diversifier l'offre de soins.

Ce travail a permis de concevoir un programme d'ETP expérimental convenant à la grande majorité des malades chroniques assurés à la MSA. S'il doit toucher le plus grand nombre de patients, l'âge élevé de la population concernée nécessitera certainement une segmentation des groupes en particulier au niveau des âges.

Le nombre de patients présentant un diabète et une affection cardio-vasculaire, déjà conséquent aujourd'hui, progressera probablement avec le vieillissement de la population et peut-être l'évolution des modes d'alimentation.

Ainsi cette étude pourrait également être complétée par une exploration des coûts et également par une étude de la consommation de soins.

Ces explorations complémentaires pourraient faire l'objet d'une seconde approche.

Enfin, l'efficacité du programme est une problématique posée, mais dont les retours, autres que qualitatifs, sont difficilement mesurables. Une étude approfondie des comportements, couplée à l'étude de consommations de soins, et comparée à un groupe témoin, pourrait partiellement répondre aux apports de ce programme expérimental généraliste et peu coûteux.

Télécharger les données au format Excel :



Annexe 1 : Les ALD au régime agricole : définitions et mode de recueil

A) Définitions et problématique

Le code de la Sécurité Sociale régit le dispositif des affections de longue durée (ALD). Outre ses vocations initiales, qui sont de limiter la participation financière de l'assuré et de contribuer à améliorer la qualité de sa prise en charge médicale, le dispositif ALD fournit des données épidémiologiques sur les affections chroniques. Parmi les ALD, celles de la liste fixée par l'article D-322-1 du code de la Sécurité Sociale sont clairement définies et possèdent des critères médicaux d'admissions précis. Même si, pour la majorité d'entre elles, ces ALD ne représentent que les formes évoluées et déclarées des affections chroniques, elles reflètent l'essentiel des affections graves et prévalentes. Le recensement des données concernant ces ALD de la liste, affinées grâce au codage CIM 10, permet d'estimer l'incidence et la prévalence des affections chroniques correspondantes.

B) La source des données

Les données étudiées sont issues de requêtes sur l'infocentre CMCD (Système informatique des contrôles médicaux et dentaires de chaque caisse de MSA) et portent sur les dates de début et de fin d'ALD, sur les affections, l'état des droits, le régime et des données socio-démographiques.

Ces données recueillies ainsi que leur traitement ont fait l'objet d'une déclaration CNIL n°1158580 et d'une décision CIL n°13-08 relative à un *traitement de données à caractère personnel concernant la connaissance des affections de longue durée au régime agricole*.

A partir de cette base de données brutes, transmise par les caisses, un traitement permet de sélectionner la population en ALD au 31 décembre de l'année considérée, indépendamment de la date d'attribution de l'ALD, et les nouveaux cas d'attribution d'exonération au titre d'une ALD survenus dans le courant de l'année.

C) Traitement des données

L'ensemble des données a été traité au niveau central pour garantir la cohérence des variables sélectives et l'homogénéité des critères de sélection.

D'abord remontées sous forme de fichiers Excel®, les données ont ensuite été traitées sur le logiciel SAS® Enterprise Guide.

D) Limites de la base de données

Les résultats statistiques présentés correspondent uniquement aux affections exonérantes déclarées. Elles ne sont qu'un reflet de la morbidité prévalente de ces affections au régime agricole.

Les pratiques déclaratives des médecins traitants et l'appréciation des médecins conseils, les habitudes de codage et de saisie locales constituent une source de biais potentiel.

E) Indicateurs

Dénombrement des patients et des pathologies : le nombre de pathologies exonérantes est toujours supérieur au nombre d'individus bénéficiant d'une exonération, un individu pouvant avoir plusieurs pathologies au sein de la même ALD, mais également plusieurs ALD.

Taux de prévalence brut : nombre de patients recensés à une date donnée, rapporté au nombre de patients susceptibles d'être touchés par la maladie ; la population de référence utilisée est la population du RNIAM¹³, c'est-à-dire la population couverte en maladie par le régime agricole à la même date.

Taux de prévalence standardisé par âge et sexe : c'est le taux de cas attendus dans la population observée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe qu'une population de référence (par exemple : population du RNIAM au 1er janvier 2012, population française INSEE...). Ces taux peuvent varier en fonction de la base utilisée pour la standardisation.

¹³ Registre National Inter-régime de l'Assurance Maladie

Annexe 2 : Liste des 30 affections de longue durée

[Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse]

- ALD 1** : Accident vasculaire cérébral invalidant
- ALD 2** : Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- ALD 3** : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- ALD 4** : Bilharziose compliquée
- ALD 5** : Insuffisance cardiaque grave, troubles des rythmes graves, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves
- ALD 6** : Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- ALD 7** : Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH
- ALD 8** : Diabète de type 1 et diabète de type 2
- ALD 9** : Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- ALD 10** : Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- ALD 11** : Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- ALD 12** : *Hypertension artérielle sévère (par décret n°2011-726 du 24 juin 2011, cette ALD est supprimée de la liste des ALD 30)*
- ALD 13** : Maladie coronaire
- ALD 14** : Insuffisance respiratoire chronique grave
- ALD 15** : Maladie d'Alzheimer et autres démences
- ALD 16** : Maladie de Parkinson
- ALD 17** : Maladies métaboliques héréditaires
- ALD 18** : Mucoviscidose
- ALD 19** : Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- ALD 20** : Paraplégie
- ALD 21** : Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
- ALD 22** : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
- ALD 23** : Affections psychiatriques de longue durée
- ALD 24** : Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives
- ALD 25** : Sclérose en plaques
- ALD 26** : Scoliose structurale évolutive
- ALD 27** : Spondylarthrite ankylosante grave
- ALD 28** : Suites de transplantation d'organe
- ALD 29** : Tuberculose active et lèpre
- ALD 30** : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Annexe 3 : Liste des codes CIM10 associés aux ALD cardio-vasculaires

ALD 1 ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT

Code CIM10	Affection
G81	hemiplegie
I64	accident vasculaire cerebral, non precise comme etant hemorragique ou par infarctus
I63	infarctus cerebral
I61	hemorragie intracerebrale
I60	hemorragie sous-arachnoidienne
I62	autres hemorragies intra-craniennes non traumatiques
G08	phlebite et thrombophlebite intracraniennes et intrarachidiennes
I69	sequelles de maladies cerebrovasculaires

ALD 3 ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES

Code CIM10	Affection
I65	occlusion et stenose des arteres pre-cerebrales n'entrainant pas un infarctus cerebral
I66	occlusion et stenose des arteres cerebrales n'entrainant pas un infarctus cerebral
I67	autres maladies cerebro-vasculaires
I70	atherosclerose
I70.2	atherosclerose des arteres distales
I71	anevrisme aortique et dissection
I72	autres anevrysmes
I73	autres maladies vasculaires peripheriques
I74	embolie et thrombose arterielle
K55	troubles vasculaires de l'intestin

ALD 5**INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE, TROUBLES DES RYTHMES GRAVES,
CARDIOPATHIES VALVULAIRES, CARDIOPATHIES CONGENITALES GRAVES**

Code CIM10	Affection
I05	maladies rhumatismales de la valvule mitrale
I06	maladies rhumatismales de la valvule aortique
I07	maladies rhumatismales de la valvule tricuspide
I08	maladies de plusieurs valvules cardiaques
I34	atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale
I35	atteintes non rhumatismales de la valvule aortique
I36	atteintes non rhumatismales de la valvule tricuspide
I37	atteintes de la valvule pulmonaire
I42	myocardiopathie
I49	autres arythmies cardiaques
I27	autres affections cardiopulmonaires
I50	insuffisance cardiaque
I47	tachycardie paroxystique
I48	fibrillation et flutter auriculaires
I51	complications cardiopathies et maladies cardiaques mal definies
Q20	malformations congenitales des cavites et des orifices cardiaques
Q21	malformations congenitales
Q22	malformations congenitales de la valve pulmonaire et de la valvule tricuspide
Q23	malformations congenitales des valvules aortique et mitrale
Q24	autres malformations congenitales cardiaques
Q25	malformations congenitales des gros vaisseaux
Q26	malformations congenitales des grandes veines

ALD 12**HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE (PAR DECRET N°2011-726 DU 24 JUIN 2011,
CETTE ALD EST SUPPRIMEE DE LA LISTE DES ALD 30)**

Code CIM10	Affection
I10	hypertension essentielle (primitive)
I15	hypertension secondaire

ALD 13**MALADIE CORONAIRE**

Code CIM10	Affection
I21	infarctus aigu du myocarde
I25	cardiopathie ischémique chronique
I20	angine de poitrine

Annexe 4 : Effectifs et taux de prévalence brut des patients en ALD 1 à 32 au 31 décembre 2012

		Nombre de patients pour l'ALD	Taux de prévalence pour 1000
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	139 288	42,0
12	Hypertension artérielle sévère	122 231	36,8
13	Maladie coronaire	106 158	32,0
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	44 926	13,5
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	38 954	11,7
Nbre de patients ayant au moins une ALD du groupe cardio-vasculaire (au moins une ALD 1, 3, 5, 12, 13)		369 630	111,4
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	167 537	50,5
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	155 324	46,8
23	Affections psychiatriques de longue durée	60 525	18,2
15	Maladie d'Alzheimer	43 171	13,0
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	31 675	9,5
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	17 010	5,1
16	Maladie de Parkinson	14 356	4,3
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	12 480	3,8
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	9 821	3,0
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	6 943	2,1
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodémie généralisée évolutive	6 660	2,0
24	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	5 463	1,6
27	Spondylarthrite ankylosante grave	4 312	1,3
25	Sclérose en plaques	3 092	0,9
17	Maladies Métaboliques héréditaires	2 959	0,9
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 759	0,5
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	1 612	0,5
20	Paraplégie	1 370	0,4
11	Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	978	0,3
26	Scoliose structurale évolutive	816	0,2
28	Suites de transplantation d'organe	715	0,2
29	Tuberculose active	555	0,2
10	Hémoglobinopathies, Hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	234	0,1
18	Mucoviscidose	162	0,0
Nbre de patients ayant au moins une ALD 1 à 30		694 940	209,5
31	Hors liste	47 902	14,4
32	Polypathologies	7 051	2,1

Source : MSA

Annexe 5 : Population de référence

TABLEAU 11
EFFECTIFS ET REPARTITION DES PERSONNES PROTEGÉES EN MALADIE AU RÉGIME AGRICOLE, PAR SEXE ET
TRANCHE D'ÂGE AU 1ER JANVIER 2013

Tranche d'âge	Femmes	Proportion de femmes	Hommes	Proportion d'hommes	Total	Répartition ensemble
0-9 ans	126 421	49%	132 163	51%	258 584	8%
10-19 ans	138 327	47%	158 856	53%	297 183	9%
20-29 ans	92 893	34%	177 117	66%	270 010	8%
30-39 ans	117 350	38%	193 595	62%	310 945	9%
40-49 ans	150 455	38%	244 836	62%	395 291	12%
50-59 ans	168 506	40%	254 987	60%	423 493	13%
60-69 ans	182 525	44%	233 180	56%	415 705	13%
70-79 ans	224 385	54%	194 587	46%	418 972	13%
80-89 ans	262 006	61%	169 668	39%	431 674	13%
plus de 90 ans	68 052	72%	27 089	28%	95 141	3%
Ensemble	1 530 920	46%	1 786 078	54%	3 316 998	100%

Source : RNIAM

Sigles cités :

- ALD : Affection de longue durée
- CIM : Classification Internationale des maladies
- ETP : Education thérapeutique du patient
- MSA : Mutualité Sociale Agricole

Bibliographie

- Guthrie B., Payne K., Alderson, P., McMurdo, M.E.T., and Mercer, S.W. (2012) *Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity*. British Medical Journal, 345 (oct04). E6341-e6341. ISSN 0959-535X
- Haggerty J., *Ordering the chaos for patients with multimorbidity*. (2012) British Medical Journal, 345e 5915
- Chabot J.M., *Des protocoles pluriprofessionnels pour des malades polypathologiques*, (2012) La revue du Praticien, vol62, 815
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research and medical education: a cross sectional study. Lancet 2012 May 9. [Epub ahead of print].
- Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Pratiques et Organisation des Soins volume 39 n° 1 / janvier-mars 2008
- Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M.E.T., and Mercer, S.W. (2012) *Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity*. *BMJ* 2012;345:e6341
- Tableau de bord ALD : incidence 2012 et prévalence au 31/12/2012 Direction des Etudes, des Recherches et des Statistiques – MSA

MSA Caisse Centrale

Les Mercuriales

40, rue Jean Jaurès

93547 Bagnolet Cedex

Direction de la Santé

Echelon National du contrôle Médical

Dr François FRETE,

Direction des Etudes et des Répertoires Statistiques

Alain PELC

Dép. régulation, Evaluation et Etudes en Santé

Véronique DANGUY, Sophie GOSSELIN, Cédric VALLEE



L'essentiel & plus encore