

La prévention des pathologies chroniques : enjeu majeur pour l'avenir de l'assurance santé

1^{er} observatoire d'une série d'analyses sur quatre ensembles de pathologies concentrant 95 % des effectifs en ALD et 59 % des dépenses de santé de l'AMO : les **maladies cardiovasculaires**, les cancers, le diabète et les affections mentales. En 2022, on compte **13,8 millions de bénéficiaires ALD**. Ces 20 % de la population représentent 66 % des dépenses de l'AMO¹. Parmi les ALD à la cause médicale précisées, **33 % des bénéficiaires le sont pour des maladies cardiovasculaires**, 27 % pour du diabète, 19 % pour des cancers et 15 % pour des troubles psy de longue durée (y.c. Alzheimer et démences).

ALD, détail 2023 (hors cause médicale d'ALD non-précisée et hors liste)

Source : Cnam, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, 2024

	Effectifs	% femmes	Âge moyen	Taux de décès	<20 ans	20-64 ans	>65 ans
Pathologies cardiovasculaires	4 247 910	40%	73	5,2%	1,0%	22,7%	76,4%
Maladie coronaire	1 457 520	27%	72	4,0%	0,1%	27,0%	73,0%
Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	1 436 590	48%	74	5,8%	2,3%	17,6%	80,1%
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	617 680	36%	72	5,5%	0,1%	24,4%	75,4%
Accident vasculaire cérébral invalidant	501 580	48%	71	5,3%	1,2%	28,5%	70,4%
Hypertension artérielle sévère	234 540	57%	79	7,3%	0,0%	10,0%	90,0%
Diabètes	3 413 060	45%	67	3,0%	0,9%	37,0%	62,1%
Cancers	2 430 070	54%	69	6,1%	0,7%	32,1%	67,3%
Affections mentales	1 957 180	58%	57	4,4%	8,7%	52,2%	39,1%
Affections psychiatriques de longue durée	1 568 060	55%	50	1,9%	10,9%	64,4%	24,7%
Maladie d'Alzheimer et autres démences	389 120	71%	84	14,3%	0,0%	3,0%	97,0%
Total ALD	12 685 090	50%	64	3,5%	4,5%	40,3%	55,2%

Dynamique des maladies cardiovasculaires : plus de bénéficiaires ALD, moins de décès

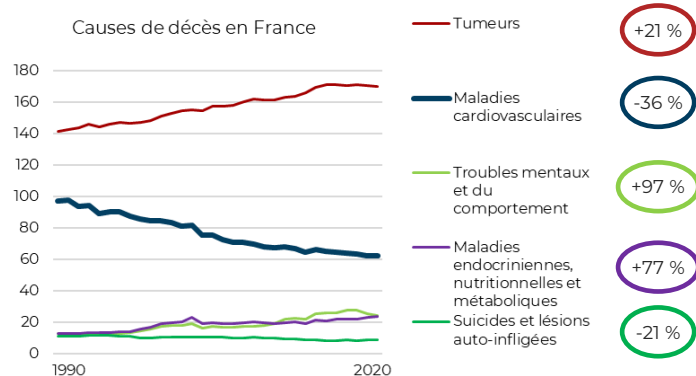
Entre 2008 et 2023, le **TCAM** (taux de croissance annuel moyen) des effectifs en ALD est de :

Bénéficiaires ALD	2008	2023	TCAM
Total	8 285 570	12 685 090	2,9 %
Cardiovasculaire	3 098 710	4 247 910	2,1 %
Diabète	1 640 720	3 413 060	5,0 %
Cancers	1 695 840	2 430 070	2,4 %
Psy	1 179 630	1 957 180	3,4 %

Cette croissance est portée par la démographie (vieillessement et légère croissance de la population), l'allongement de l'espérance de vie (y.c. celle des malades chroniques grâce aux dépistages et traitements), une augmentation de la prévalence de certaines maladies liées aux modes de vie (diabète, affections psychiatriques) mais aussi une **meilleure identification des maladies chroniques via le dépistage**.

1. Et parmi ces dépenses, les ¾ sont liées aux ALD des assurés. Rapporté à l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie, 50% sont liées aux ALD. La différence, ce sont les dépenses des bénéficiaires ALD sans lien avec leur ALD

En 30 ans, le nombre de décès a crû de :



19 % des décès imputés aux maladies cardiovasculaires en 1990, contre 9 % en 2020.

Thème 1 : les risques cardiovasculaires

Que sont les pathologies cardiovasculaires et qui est concerné ?

De quoi parle-t-on ?

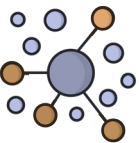
Les risques cardiovasculaires regroupent plusieurs maladies reconnues comme ALD : les maladies coronariennes (rétrécissement des artères qui alimentent le cœur), l'insuffisance cardiaque, les artériopathies chroniques, les AVC invalidant et l'hypertension artérielle sévère.

A fin 2023, 4,3M de Français sont bénéficiaires du dispositif ALD au titre de l'une de ces 5 affections¹.

En 2022, en termes de dépenses pour l'assurance maladie, les maladies et traitements cardioneurovasculaires, cardiovasculaires et les traitements du risque cardio vasculaire **pèsent 52Mds€** (soit 27 % des dépenses annuelles AMO)². Ils représentent 55 % des soins infirmiers remboursés par l'AMO ou 37 % des soins de kinésithérapie mais seulement 24 % des soins d'hospitalisation.

Un ensemble de pathologies regroupées mais variées

Les maladies cardiovasculaires regroupent plusieurs affections graves affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Les **maladies coronariennes**, dues à l'accumulation de plaques de cholestérol dans les artères, réduisent l'apport d'oxygène au cœur et peuvent provoquer des infarctus. L'**insuffisance cardiaque**, qui résulte d'un affaiblissement du muscle cardiaque, entraîne fatigue et essoufflement, voire des œdèmes. Les **artériopathies**, qui entraînent un rétrécissement des artères, et touchent notamment les membres inférieurs, gênent la circulation sanguine et peuvent mener à des complications sévères. Les **AVC**, causés par un caillot ou une hémorragie cérébrale, provoquent des lésions souvent invalidantes en interrompant l'afflux sanguin au cerveau. L'**hypertension artérielle sévère**, qui accroît fortement les risques de ces pathologies, fragilise les artères et le cœur.



Caractéristiques de la population exposée³

Le risque augmente fortement avec l'âge (le risque d'infarctus fait x5 à x10 entre des 30-50 ans et des +65 ans) ; **l'âge moyen est de 73 ans** pour les personnes en ALD pour risque cardiovasculaire

L'obésité, le diabète ou l'hypertension accentuent le risque de développer des complications

À 60 % des hommes ; après la ménopause, les femmes présentent un risque qui tend vers celui des hommes

- Comportements à risques élevés :
- La combinaison **pilule + cigarette**
 - La **sédentarité**
 - **Le tabagisme**
 - **Le stress aigu**
 - **Une mauvaise alimentation**



Les **populations** vivant dans des conditions **socio-économiques défavorisées**

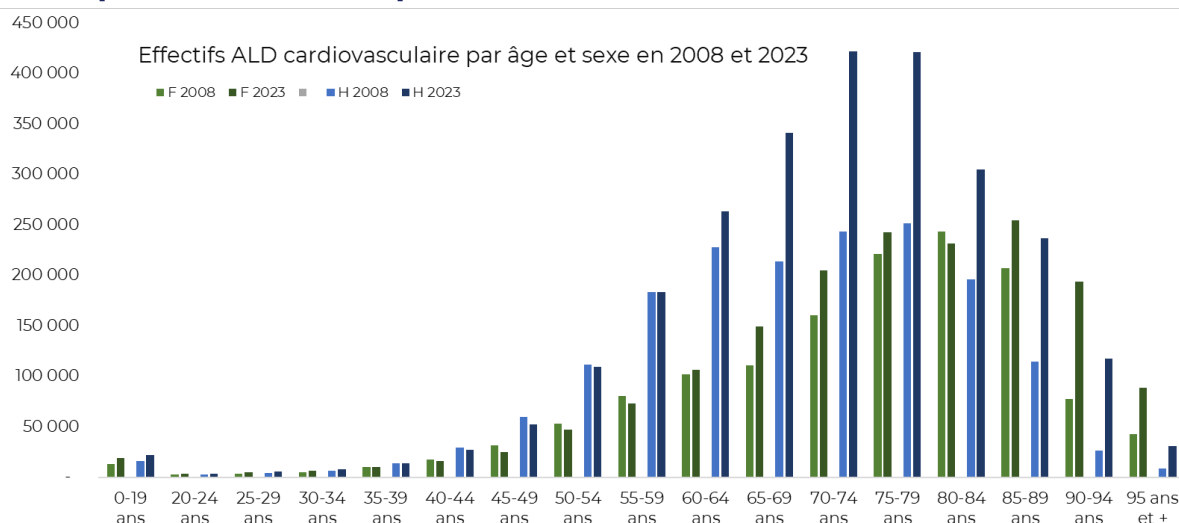
Les **antécédents familiaux**
(infarctus précoces des ascendants)

1. ALD 1, 3, 5, 12 et 13

2. Données 2025 CNAM/DSES - Rapport "Charges et Produits pour 2025" (juillet 2024) portant sur 2022

3. Selon la Société Française de Cardiologie, la correction d'un seul facteur de risque diminue le risque d'accident cardiovasculaire de 20 à 40% dans les 5 ans qui suivent

En 15 ans, les profils concernés par l'une des ALD cardiovasculaires ont évolué



Entre 2008 et 2023, on observe une certaine déformation des profils concernés par l'une des 5 ALD cardiovasculaires. Alors que le nombre de bénéficiaires global a évolué de +37 %, **l'augmentation est significativement plus forte sur les profils masculins (+50 %)** et relativement plus faible chez les bénéficiaires féminines (+21 %).

En particulier, le nombre d'hommes en ALD pour une pathologie cardiovasculaire a fortement augmenté sur les profils seniors (>60 ans) alors qu'il est plutôt stable sur les autres catégories d'âge. Chez les femmes, les effectifs ont augmenté en volume entre 65 et 75 ans et au-delà de 85 ans.

Peu perceptible ici, **la croissance des troubles cardiovasculaires détectés sur les populations les plus jeunes est dynamique**, sur les deux sexes : +49 % pour les 5-19 ans, +31 % pour les 20-34 ans.

Projection d'évolution tendancielle des effectifs concernés : déjà un enjeu aujourd'hui, une tendance encore plus lourde demain, du fait du vieillissement

Evolution de l'âge moyen des effectifs en ALD	2008	2023	Δ (années)
Pathologies cardiovasculaires	70	73	+2,5
Maladie coronaire	70	72	+1,5
Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	70	74	+4,2
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	71	72	+1,2
Accident vasculaire cérébral invalidant	68	71	+3,4
Hypertension artérielle sévère	71	79	+7,6
Population en ALD	61	64	+2,5
Population française générale	40	42	+2,5

! L'hypertension artérielle n'est plus ouverte à de nouvelles reconnaissances ALD (décret 2011)

Les profils d'assurés de cette ALD ont suivi le vieillissement global de la population, entre 2008 et 2023.

En parallèle, on observe **une diminution marquée de la mortalité des maladies cardiovasculaires** : les données de l'Inserm et du CépiDc sur les causes de décès démontrent une évolution des décès pour cause maladies cérébrovasculaires ou cardiopathies ischémiques **passant de 19 % du total des décès en France en 1990 (ou 97k décès) à 9 % 30 ans plus tard (62k)**.

Ces éléments statistiques et leur évolution démontrent le succès des premières politiques de prévention menées par l'assurance maladie et par les OCAM, avec notamment la promotion d'un mode de vie plus sain mais également des dépistages précoces et des maladies prises en charge à des stades moins avancés.

La prévention, une réponse prioritaire qui fait consensus

La prévention, premier levier de contrôle de la dérive du risque cardiovasculaire

Les mécanismes de prévention, meilleure stratégie de réduction des risques cardiovasculaires, sont bien connus, répétés lors des campagnes de santé publique, mais exigent beaucoup de rigueur pour les installer durablement dans les comportements individuels. **La difficulté est moins la compréhension des mécanismes que leur adoption pérenne.**

On parle d'adopter un « mode de vie sain » à travers :

1. Une alimentation équilibrée
2. Une bonne gestion du stress
3. La diminution (voire l'arrêt) du tabac et de l'alcool
4. De l'activité physique régulière (qui diminue de 30 % la mortalité cardiovasculaire !)
5. Une bonne hygiène bucco-dentaire (limitant inflammations et infections)
6. Une bonne qualité de sommeil



Le sommeil, levier de prévention le plus complet ?

Le manque de sommeil, en déséquilibrant l'horloge interne et l'équilibre hormonal du corps, est associé à un risque accru de maladies cardiovasculaires (moins de 6h de sommeil par nuit augmente significativement ce risque), d'hypertension et de diabète (entraînant des complications cardiovasculaires). Il implique également des troubles de l'humeur et entraîne des répercussions sur la santé mentale (difficulté de mémoire, de concentration, anxiété). Le risque de développer le syndrome métabolique, lui-même facteur de risque cardiovasculaire, est également accru.

L'apnée du sommeil (SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil) **augmente fortement le risque cardiovasculaire**. 4 à 5 % de la population française est concernée mais 70 % des affectés l'ignorent².

Le rôle des politiques publiques de santé

Les États fixent des politiques volontaristes pour améliorer la santé publique, de façon très réactive et dynamique (comme durant la pandémie de Covid-19) ou de manière plus long-termiste et intégrée (prévention, programmes sur la nutrition, l'hygiène, etc.). **En termes de santé cardiovasculaire, le pionnier et la référence est le projet Carélie du Nord en Finlande à partir de 1972. En 40 ans, les efforts publics auraient contribué largement à réduire la mortalité cardiovasculaire (-82 % chez les hommes actifs et -84 % chez les femmes actives).** Les exemples de programme de prévention actuels sont légion :

- En France, le Programme National Nutrition Santé (campagnes « Manger Bouger »), le Nutriscore depuis 2016
- Au Royaume-Uni, le NHS propose un *Health Check Programme* gratuit aux 40-74 ans sans problème de santé : questionnaire d'habitudes de vie, mesure de taille, poids, tour de taille, tension artérielle et cholestérol
- Au Canada, la fondation *Heart and Stroke* mène des actions d'ampleur autour de la prévention du risque cardiaque et d'AVC (roulotte du cœur)
- L'initiative *Million Hearts* aux Etats-Unis tend à optimiser les actions de prévention publique et privée
- En Chine, le programme *Healthy China 2030* lancé en 2016 vise à sensibiliser la population et à améliorer les services de santé

Au-delà des campagnes de communication et d'accès au dépistage et aux soins, l'arme fiscal est un levier puissant de politique publique, avec des taxes spécifiques ciblant les facteurs de risque : sur le tabac, sur les boissons sucrées (*Fat tax* comme au Mexique), ainsi que sur l'alcool (Lituanie).



Le stress, levier de prévention : Le stress psychosocial est la 3^e cause d'infarctus du myocarde (après le cholestérol et le tabagisme) et expliquerait près d'1/3 d'entre eux (ainsi que 10 % des AVC)¹. Le stress favorise l'hypertension artérielle (toutefois sans en être la cause principale), alors que celle-ci explique 56 % des AVC chez l'homme et les 2/3 chez la femme.

1. Fédération Française de Cardiologie, 2021

Des enjeux particulièrement prégnants pour les OCAM...

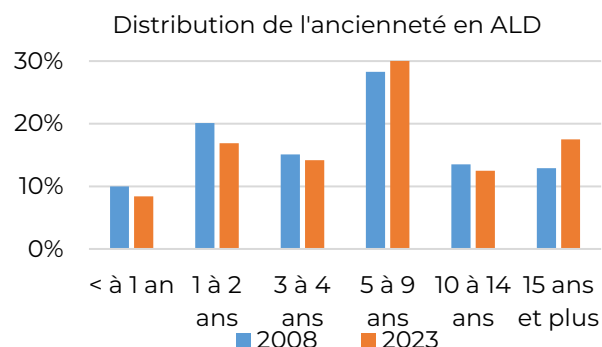
Impacts des affections cardiovasculaires sur les postes de remboursement des OCAM

Dès lors que vous rentrez dans le dispositif ALD, les soins en lien avec votre affection sont pris en charge à 100 % par l'AMO ; du moins, le ticket modérateur est intégralement remboursé. Mais restent les franchises, le forfait hospitalier ou les dépassements d'honoraires, et surtout les soins non liés à la pathologie exonérante (80 % du RAC AMO des bénéficiaires ALD !) :

- Dégradation de l'oreille interne (zone fortement vascularisée) augmentant ou accélérant la **perte auditive**
- Pour les assurés diabétiques, complications de la **vision oculaire**
- **Forfait hospitalier** (en cas d'hospitalisation ; la durée médiane d'hospitalisation des patients ayant eu un AVC est de 10 jours et ce avant les soins de suite et de réadaptation)
- **Dégradation psychique des assurés victimes d'un trouble cardiaque** (anxiété, stress post-traumatique, dépression) : l'AVC est la première cause de handicap chez l'adulte et la deuxième cause de démence ; en outre, 1/3 des personnes ayant fait un infarctus du myocarde font une dépression
- **Médecine douce**

	Jeunes (<20)	Actifs (20-64)	Seniors (>64)
Croissance des effectifs en 15 ans	+37 %	+2 %	+53 %

Les actifs sont aussi nombreux en ALD cardiovasculaire en 2023 qu'ils ne l'étaient en 2008. En revanche, les jeunes sont nettement plus nombreux (bien qu'encore modeste, au total). +53 % de personnes en ALD au profil *sénior*.



En volume, les seniors représentent les 3/4 des effectifs en ALD cardiovasculaire. Il s'agit principalement d'assurés à titre individuel, majoritairement couverts par des mutuelles 45, moins présentes sur la santé collective. Ainsi, bien que l'enjeu de la prévention implique tous les OCAM, le risque de dérive du risque le plus fort concerne les complémentaires dont l'activité est concentrée sur la santé individuelle.

... qui plus est avec les menaces diffuses qui se précisent

Changement climatique et pollution de l'air, importants facteurs de risque

La **pollution de l'air** a un impact conséquent sur le risque cardiovasculaire (qui est la cause de 70 à 80 % des décès prématurés dus à la pollution de l'air !). Les **extrêmes en température** (grand froid ou période durable supérieure à 30°C) augmentent fortement les risques cardiovasculaires. Et de façon indirecte, **le changement climatique en affectant la santé mentale accentue encore le risque cardiovasculaire.**

Un système qui pourrait évoluer : l'hypothèse d'un désengagement de la Sécurité sociale

Dans un rapport¹ de juin 2024, publié en septembre, l'IGAS-IGF explore la **possible évolution du dispositif ALD** (datant de 1945 et élargi de 5 à 30 ALD en 1986) avec plusieurs pistes, dont la création d'un TM ALD (ticket modérateur spécifique), voire de différencier deux niveaux de reconnaissance ALD selon la sévérité de la pathologie et le coût des traitements induits ; le premier niveau limiterait l'exonération de TM aux soins préventifs. **3 à 4M de bénéficiaires ALD pourraient être concernés.**

1. Rapport IGF-IGAS - Revue de dépenses relative aux affections de longue durée, 2024

Des rôles à (re-)définir et des financements à trouver

Plusieurs scénarios possibles d'évolution des ALD et des politiques de prévention susceptibles d'impacter les OCAM

Scénarios	Objectifs et moyens	Impact pour l'assuré	Impact pour les OCAM
1 : durcissement des conditions de reconnaissance ALD (économies AMO)	Économies AMO (transfert de charge aux OCAM)	Risque de renoncement aux soins (et dégradation de la santé)	Transferts de charge (davantage de TM à couvrir)
2 : prévention renforcée des OCAM (incitation fiscale ou autre mécanisme facilitant l'activité préventive des OCAM)	Amélioration de la prévention complémentaire (davantage de moyens alloués)	Meilleure sensibilisation au risque cardiovasculaire	A court terme, investissement dans la prévention ; à moyen terme, baisse des prestations
3 : rôle élargi des OCAM dans l'accompagnement des assurés malades (parcours de soins, éducation thérapeutique)	Optimisation des parcours de soins des profils malades (meilleure articulation AMO-AMC)	Amélioration de la situation dans la maladie : prise en charge, stress, perte de temps	Extension du rôle au-delà du remboursement et soutien aux profils d'assurés malades

Les OCAM sont déjà investis dans la lutte contre le risque ALD

La prévention comme levier¹ pour lutter contre les maladies chroniques

Les OCAM, bien qu'ils ne communiquent pas toujours sur leurs actions, interviennent déjà largement en prévention auprès de leurs assurés, sains ou malades, via leur action sociale, leurs services et leurs liens avec les professionnels de santé. Cependant, cette prévention est souvent peu ciblée et donc pas toujours adaptée (profil de l'assuré, pertinence du moment et du canal). La prévention primaire, générale et peu coûteuse, est facile à déployer, tandis que la prévention secondaire, visant à détecter précocement des pathologies, est plus chère et complexe (dépistage mobile en entreprise, etc.). La prévention tertiaire, qui améliore les conditions de vie des assurés malades, combine création de contenu et animation d'ateliers.

Les OCAM proposent des **actions de prévention** pour les non-détectés comme pour accompagner les malades :

- **Dépistages précoces et bilans de santé gratuits** pour identifier les facteurs de risque cardiovasculaire : calcul de l'IMC, mesure de la tension, l'activité cardiaque, la glycémie, le cholestérol. Certains OCAM ont proposé des réductions tarifaires à leurs assurés qui consultaient au moins une fois dans l'année leur généraliste et/ou un dentiste
- **Coaching santé et programmes personnalisés d'accompagnement** : *Mon Bilan Cardio*, par Malakoff Humanis, programme Vivoptim de la MGEN, services Alan...
- Prise en charge de **l'activité physique adaptée**, de plus en plus fréquente dans les contrats
- **Création de contenu** et animation d'ateliers de sensibilisation (blog, application, etc.) : rencontres « cœur de femmes » de la Mutualité française
- **Aides financières** (via l'action sociale), pour les assurés renonçant à des soins faute de moyens
- Financement de la recherche, partenariats

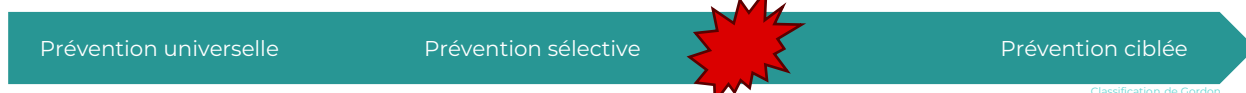
Le succès des programmes de prévention repose pour partie sur leur adoption pérenne par les assurés ; la forte progression de la prévalence liée à l'importante réduction de la mortalité cardiovasculaire indique que la détection précoce menée par l'AMO et l'AMC est efficace et doit être renforcée.

1. Y.c. comme levier concurrentiel : une prévention efficace ou un service digital adapté devient un levier de différenciation commercial

Une prévention mieux ciblée pour une action plus efficiente

Pour être sensibilisés par le message préventif ou par l'action de prévention, les assurés doivent avoir accès à la bonne information ou au bon dispositif au bon moment, éléments qui vont dépendre de leur profil, leur(s) risque(s) potentiel(s) et leurs besoins.

Prévention primaire et secondaire **Incident cardiaque** Prévention tertiaire



Profil	Jeunes, actifs, retraités	Malades chroniques, retraités
Besoin	Soutien à l'évolution des comportements sur un horizon de temps long (habitudes de vie, usages à risque) Sensibilisation et éducation Bilan de santé (analyses, examen) et dépistages Suivi médical régulier si risque détecté (soins, contrôles, éducation thérapeutique, soutien psychologique)	Rééducation (kinésithérapie, nutrition, psychologie) Suivi régulier du cœur Accompagnement au mieux-vivre avec une maladie au quotidien (travail, autonomie, vie sociale)

Exploiter les données de prestations pour identifier et caractériser les profils en ALD

Le cardiologue, acteur cardinal

L'observation des profils d'assurés ayant recours à la prestation « consultation d'un cardiologue » est riche d'enseignements.

La consultation d'un spécialiste du cœur est un peu plus fréquente chez les hommes, quasi tous âges confondus ; entre 45 et 62 ans, on observe néanmoins une augmentation de la fréquence de recours à ce soin (en lien avec l'âge recommandé du bilan cardiaque, entre 45 et 50 ans).

Toutes choses étant égales par ailleurs, **les profils d'assurés qui consultent un cardiologue au cours de l'année ont une prime pure très largement supérieure à celle des autres assurés, signe d'une santé globalement plus dégradée** ; si la consultation a eu lieu lors des années précédentes, le surcoût demeure mais se réduit.

Les profils d'assurés avec une pathologie cardiaque probable à un instant donné restent à risque dans le temps. Avoir vu un cardiologue une année accroît considérablement la probabilité d'en voir un, l'année suivante ; idem si le cardiologue a été vu 2 ans auparavant, quoiqu'avec un impact atténué.



/!\ Un biais de vision existe sur les données des OCAM dans la mesure où une partie des soins cardiovasculaires n'est pas visible (la prestation étant intégralement prise en charge par l'AMO). Ainsi, la pharmacie est entièrement couverte (les statines comme le Tahor® et ses génériques, ou bien le Kardégic®, le Plavix®, el Lipanthyl® ou l'Ezetrol®).

Pour autant, **l'analyse dans les données de certains signaux, isolés ou combinés entre eux, va permettre d'identifier de façon probable une partie des profils concernés.**

- ✓ Dépassements d'honoraires chez le cardiologue
- ✓ Prestations de confort en cas d'hospitalisation (chambre particulière)
- ✓ Réduction du stress (consultations psy, médecine douce [sophrologie])
- ✓ Activité physique adaptée
- ✓ Sevrage tabagique

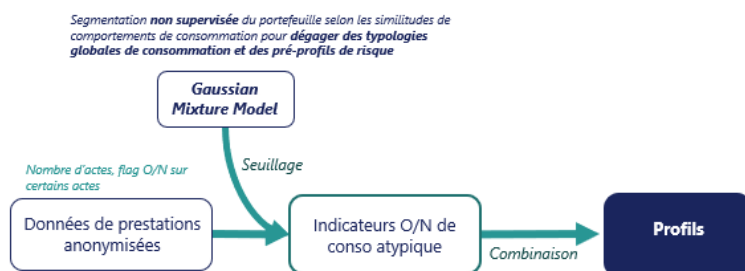


L'expertise Addactis pour construire une prévention pertinente

Afin d'optimiser la prévention, notamment des risques cardiovasculaires, auprès des assurés AMC, les équipes Addactis ont développé des outils pour réaliser **des cartographies des risques de portefeuilles santé**.

S'appuyant sur un processus statistique et analytique éprouvé, adapté aux données effectivement disponibles et aux objectifs prioritaires visés, les outils construits vont permettre de :

- 1) **Qualifier les différents profils d'état de santé spécifiques des populations analysées**
- 2) **Caractériser les profils et segments plus particulièrement à risque**
- 3) **Identifier les sous-groupes d'assurés** pour lesquels des actions de prévention pertinentes sont à mener



Et pour aller plus loin : l'exploitation de données externes pour enrichir la connaissance du risque cardiovasculaire

En France, les **données DAMIR**, base agrégée sur les données de l'AMO (il manque une majeure partie des dépenses hospitalières), incluent une variable qui spécifie le motif d'exonération du TM et permet d'identifier l'ALD (EXO_MTF) et un référentiel ALD (IR_IMB_R) avec le numéro de l'ALD (IMB_ALD_NUM associé à MED_MTF_COD).

Plusieurs autres bases de données peuvent être utilisées de façon exogène pour mieux comprendre le risque cardiovasculaire, comme celles issues du NHANES¹, du catalogue GWAS², ou bien celles référencées sur le site de l'European Society of Cardiology (comme l'euCanShare) ou de la World Heart Federation.

1. National Health and Nutrition Examination Survey
2. Genome-Wide Association Studies



Nos experts sont disponibles pour tout échange et complément d'informations sur cette publication.

Contactez vos interlocuteurs habituels ou écrivez-nous à : pricing-data-l&h@addactis.com

Spécialiste du marché de la prévoyance/santé et éditeur de solutions, Addactis est un observateur privilégié de ce marché depuis plus de 25 ans.

Nos experts mettent à votre disposition leur compréhension fine des enjeux stratégiques, techniques et marketing propres aux OCAM.