

Plafonnement des restes à charge en fonction de l'état de santé. Le cas de la mucoviscidose

Amélie CARRÈRE¹

Au 31 décembre 2011, le Registre français de la mucoviscidose comptabilisait 5 993 patients, vus au moins une fois dans l'année par les centres participant à la collecte, dont l'âge moyen était de 18,7 ans (Bellis *et al.*, 2013). La mucoviscidose (ou fibrose kystique du pancréas) est une maladie transmise aux individus ayant hérité de mutations provenant simultanément de la mère et du père. Les personnes atteintes subissent de nombreuses gênes au niveau des voies respiratoires, du tube digestif, du pancréas et parfois du foie, nécessitant des traitements longs, contraignants et coûteux.

La sévérité de cette pathologie l'a conduite à apparaître dans la liste des 30 affections de longue durée (ALD). Chaque individu atteint d'une affection figurant dans cette liste a droit à une exonération du ticket modérateur pour cette pathologie. Ainsi, tous les soins médicaux qui lui sont liés et inscrits dans le protocole de soins donnent lieu à un remboursement à 100 % par la Sécurité sociale, hors dépassements d'honoraires et participations forfaitaires. Le dispositif ALD a été mis en place de sorte à limiter les risques de reste à charge catastrophique et de renoncement aux soins chez les plus malades. Un reste à charge est dit catastrophique lorsqu'il affecte le niveau de vie de l'individu. Ce dernier peut alors être contraint de renoncer aux soins. En dépit d'une meilleure prise en charge, les individus en ALD subissent toujours un reste à charge médical important. Pour la population atteinte de la mucoviscidose, celui-ci s'élève à 1 050 € par an et par personne, supérieur à celui de la population générale : 416 €.

Dans l'optique de couvrir les soins de chaque individu à hauteur de ses besoins, il est proposé ici de confronter différents systèmes de prise en charge médicale et d'en mesurer les conséquences sur les personnes atteintes de la mucoviscidose. Dans une première partie, nous présenterons le système médical actuel et les inégalités qu'il génère. Dans une seconde partie, nous exposerons la méthodologie mise en place pour simuler les différentes réformes. Enfin, dans une dernière partie, nous présenterons les résultats obtenus.

¹ Cette recherche a été initiée lors d'un stage effectué à l'Ined durant l'été 1991 sous la responsabilité de Gil Bellis et Alain Parant.

1. Le système actuel

1.1. Généralités sur le système des ALD

Les frais de santé sont composés de plusieurs postes (figure 1) : les dépassements d'honoraires et le tarif de convention ou tarif de base. Ce dernier est constitué du ticket modérateur, du remboursement de la Sécurité sociale et de participations forfaitaires. La part des remboursements issus de la Sécurité sociale correspond à 70 % du tarif de base, hors participations forfaitaires. Le ticket modérateur correspond donc aux 30 % restants.

À cette règle s'ajoutent des prises en charge supplémentaires dans le cas du dispositif ALD. Celui-ci permet une exonération du ticket modérateur de certains soins pour toute personne contractant une pathologie figurant dans la liste des 30 ALD¹. Un individu « non ALD » devra payer les dépassements d'honoraires, le ticket modérateur et les participations forfaitaires, alors qu'un individu bénéficiant du dispositif ALD paiera seulement les dépassements d'honoraires et les participations forfaitaires pour tous les soins figurant dans le protocole de soins de l'affection contractée.

FIGURE 1 : DÉCOMPOSITION DES FRAIS DE SANTÉ

Dépassement d'honoraires	Ticket modérateur	Remboursement de la Sécurité sociale	Participation forfaitaire
	Tarif de convention		

Source : auteur.

Au premier abord, le système actuel semble mieux prendre en charge les plus malades, puisqu'il y a une différenciation de la prise en charge selon l'état de santé.

1.2. Des disparités de prise en charge médicale

Bien que les individus en ALD soient, proportionnellement à leurs dépenses de soins, mieux pris en charge, ils supportent, en valeur, un reste à charge plus élevé (tableau 1). Alors que le reste à charge des individus hors dispositif ALD est de 380 € par an et par personne, il s'élève à 620 € pour les individus « ALD » et à 1 050 € pour les malades de la mucoviscidose, et, ce, malgré une prise en charge à 95 % des dépenses. Cette disparité s'explique par deux effets : un effet quantité et un effet coût unitaire. Les individus très malades étant susceptibles d'avoir un suivi et une consommation plus réguliers, ainsi, même une faible portion à leur charge représente beaucoup. De plus, les individus en ALD ont potentiellement des traitements plus lourds, donc plus coûteux.

¹ Il existe aussi des ALD dites hors liste (ALD31) qui permettent une exonération du ticket modérateur pour les patients atteints d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas dans la liste des ALD 30 (exemple : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère).

TABLEAU 1 : DÉPENSES, REMBOURSEMENTS ET RESTES À CHARGE (RAC) MOYENS EN 2008 (EN €)

	Effectifs	Dépenses	Remboursements	RAC	Taux de remboursement
ALD	7 685 200	6 140	5 530	620	90 %
Mucoviscidose	5 357	23 240	22 090	1 050	95 %
Non ALD	48 083 200	1 030	650	380	63 %
Consommants	43 998 300	1 130	710	420	63 %
Non consommateurs	7 084 900	0	0	0	-

Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

Du reste, la prise en charge est très dispersée entre les individus. Dans la population totale, 10 % des individus supportent plus de 40 % des restes à charge. Au sein de la population ALD, la dispersion est plus faible car les individus sont moins hétérogènes. 10 % des individus en ALD supportent 30 % du reste à charge total (Vallier *et al.*, 2006a). Ce constat vaut pour la population ayant la mucoviscidose : 10 % des malades supportent 22 % du reste à charge total.

Le système actuel ne permet plus d'assurer les plus fragiles (Tabuteau, 2010). C'est pourquoi nous avons simulé des plafonds de reste à charge qui limitent en valeur la dépense supportée par les patients. Contrairement à de nombreux auteurs (Bras *et al.*, 2007 ; Briet *et al.*, 2007 ; Debrand Sorasith, 2010 ; Geoffard De Lagasnerie, 2012 ; Lachaud-Fiume *et al.*, 1998), nous introduisons aussi un bouclier en fonction de l'état de santé.

2. Méthodologie

Face au constat précédent, nous proposons d'affiner la prise en charge médicale en confrontant différents boucliers sanitaires.

2.1. Bases de données utilisées

Nous disposons de la base de données Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008, appariée avec les données de consommation de soins. Nous avons ajouté à cette base 1 438 individus adultes ayant la mucoviscidose (encadré 1).

Nous avons *in fine* 12 082 individus. L'échantillon surreprésentant la population ayant la mucoviscidose, il a fallu le repondérer grâce à un calage sur marges.

Encadré 1 : méthodologie

Nous disposons de 10 644 individus dans la base de données ESPS 2008, appariée avec les données de consommation de soins (Allonier *et al.*, 2010). La structure des individus ALD dans la base diffère de celle de la population générale (Païta et Weill, 2009 ; RSI 2009 ; Vallier *et al.*, 2006b ; Weill *et al.*, 2006). Comme seulement deux individus atteints de la mucoviscidose étaient présents dans la base, nous avons ajouté 1 438 individus ayant la mucoviscidose issus du Registre français de la mucoviscidose. Nous disposions, pour ces individus, de leur âge et de leur catégorie socio-professionnelle. Nous leur avons attribué un état de santé, un sexe et un reste à charge (avec la consommation liée), de façon à respecter

les distributions respectives de ces variables (CNAM, 2004 ; Boutrelle *et al.*, 2007 ; Gadenne *et al.*, 2008 ; Laborde-Castérot, 2010).

La base finale contient 12 082 individus, pour lesquels nous avons recalculé les pondérations par un calage sur marges. Nous avons considéré les variables auxiliaires suivantes : l'âge (effectif par classe d'âge : [0; 19], [20; 39], [40; 59], [60; 79] et [80; +∞[), le sexe (effectif par sexe), les ALD (effectif par ALD, ainsi que l'effectif non ALD) et les coûts totaux (par ALD et non-ALD). Nous avons choisi la méthode *raking ratio*, qui permet d'obtenir des poids positifs et non bornés positivement. La procédure a été réalisée à l'aide de la macro Calmar (Sautory, 1993).

2.2. Microsimulation

Pour évaluer l'impact de différentes réformes de prise en charge médicale, nous avons développé un modèle de microsimulation :

- à comportements exogènes : la consommation de soins étant peu élastique par rapport aux prix (Newhouse, 2004), une hausse de la prise en charge – et donc un tarif plus faible – ne devrait pas provoquer une augmentation de la consommation de soins ;
- bouclé : les remboursements totaux de la Sécurité sociale seront identiques avant et après la réforme ;
- statique : l'impact immédiat de la réforme est privilégié.

2.3. Boucliers proposés

Nous avons testé un modèle où tout le monde contribue en supprimant toutes les exonérations existantes (ALD, CMU, régimes spéciaux...). Dans ce contexte, nous testons trois types de bouclier sanitaire :

- un bouclier uniforme (BU), qui définit un plafond unique tel que, pour toute dépense supérieure à ce plafond, l'individu est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Ceci permet un traitement égalitaire ;
- un bouclier en fonction de l'état de santé (BFS), qui définit un plafond proportionnel à l'état de santé tel que, pour toute dépense supérieure à ce plafond, l'individu est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Le traitement est équitable selon l'état de santé (encadré 2 : construction du score de santé) ;
- un bouclier en fonction du revenu (BFR), qui définit un plafond proportionnel au revenu tel que, pour toute dépense supérieure à ce plafond, l'individu est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Le traitement est équitable selon le revenu.

Nous maintenons les participations forfaitaires à leur niveau actuel. Elles viennent donc gonfler les restes à charge mais sont remboursées une fois le plafond dépassé. Pour chacun des boucliers, nous simulons deux variantes. La première supprime complètement le ticket modérateur, la seconde le maintient à 30 % du montant consommé. Cette seconde variante assure une prise en charge médicale avant que le plafond ne soit dépassé.

Par ailleurs, nous fixons un plancher des dépassements d'honoraires. Ces derniers font partie du reste à charge mais sont très dispersés : la moyenne des dépassements sur l'échantillon est de 168 € et la valeur maximale de dépassement est 17 295 €. Ainsi, pour éviter de faire « gonfler » le plafond des restes à charge quand on inclut les dépassements, nous avons fixé un plancher des dépassements égal à la moyenne des dépassements sur les trois dernières enquêtes (2004, 2006 et 2008), soit 174 €. Ce plancher correspond au montant en dessous duquel l'individu est remboursé par l'Assurance maladie.

Encadré 2 : indicateurs de santé

Dans la base de l'ESPS, l'indicateur de santé SF36 était construit, mais pas pour les individus ayant la mucoviscidose. Nous avons construit un score de santé à partir des données dont nous disposions pour la population ayant la mucoviscidose. Ce score de santé correspond à la valeur prédite du score SF36 grâce aux variables suivantes : santé perçue, nombre d'ALD contractées, contraction d'une maladie chronique, présence de douleurs et présence de limitations dans la vie de tous les jours pour des raisons de santé, revenu, sexe, âge. Un score proche de 100 signifie une meilleure santé.

Ce nouvel indicateur (proche de SF36) permet d'avoir une vision sur l'état de santé de l'individu. Il est bien évidemment incomplet, puisque l'état de santé est multidimensionnel et ne peut être résumé par le biais de données déclaratives.

3. Résultats

3.1. Tous les individus

Les différents boucliers, et plus particulièrement le bouclier en fonction de l'état de santé, permettent de mieux assurer les individus les plus malades, tout en limitant les restes à charge des personnes en bonne santé (tableau 2). Le bouclier en fonction de l'état de santé améliore la prise en charge des plus malades : le reste à charge est de 400 € pour le BFS sans ticket modérateur, contre 570 € pour le système actuel. Le bouclier uniforme ne permet pas une assurance aussi importante pour les malades les plus graves, mais assure une dégressivité de prise en charge selon l'état de santé.

TABLEAU 2 : TAUX DE REMBOURSEMENT (EN %) ET RESTES À CHARGE MOYENS (EN EUROS),
SELON L'ÉTAT DE SANTÉ

	Sans ticket modérateur				Avec ticket modérateur		
	Actuel	BU	BFS	BFR	BU	BFS	BFR
Reste à charge							
Score santé=Très mauvais	570	480	400	450	590	500	580
Score santé=Mauvais	410	420	410	410	410	400	410
Score santé=Bon	380	400	410	410	370	370	360
Score santé=Très bon	390	410	440	430	380	390	370
Taux de remboursement							
Score santé=Très mauvais	68 %	72 %	61 %	61 %	70 %	72 %	71 %
Score santé=Mauvais	61 %	70 %	40 %	42 %	67 %	67 %	67 %
Score santé=Bon	58 %	68 %	32 %	32 %	65 %	65 %	65 %
Score santé=Très bon	58 %	67 %	29 %	28 %	64 %	64 %	64 %

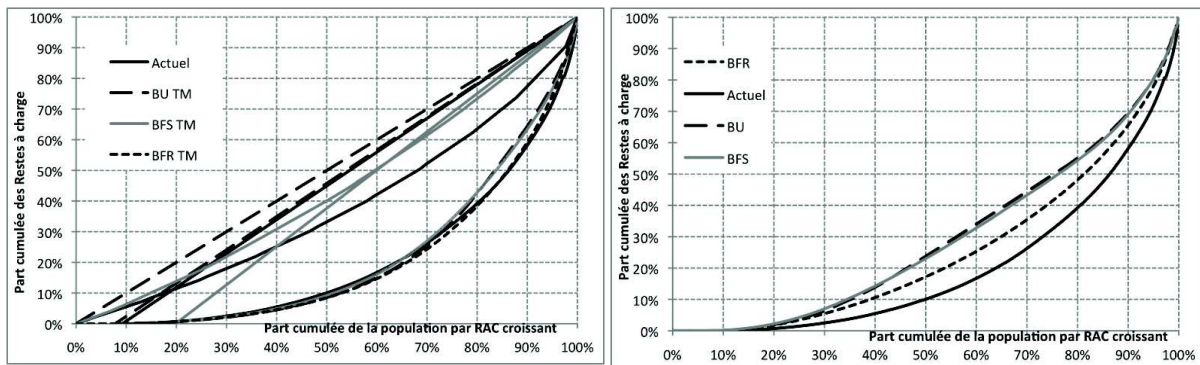
Sources : ESPS 2008, HAS 2008

Les nouveaux boucliers permettent une répartition plus égalitaire des restes à charge (figure 2). Actuellement, 10 % de la population supporte 40 % des restes à charge. Avec le bouclier en fonction du revenu sans ticket modérateur, 10 % de la population supporte 35 % des restes à charge. Les boucliers uniforme et en fonction de l'état de santé sans ticket modérateur réduisent cet écart : 10 % de la population supporte 30 % des restes à charge.

Toutes les réformes envisagées rendent la situation plus équitable vis-à-vis de l'état de santé. En effet, toutes les courbes de concentration se rapprochent de celle de l'état de santé (figure 3). Actuellement, 10 % des plus malades supportent 18 % des restes à charge. Avec le bouclier uniforme sans ticket modérateur, 10 % des plus malades supportent 12 % des restes à charge. Le bouclier en fonction de l'état de santé sans ticket modérateur réduit cet écart : 10 % de la population supportent 10 % des restes à charge. Les boucliers qui maintiennent un ticket modérateur ne modifient que faiblement les dispersions, comparativement à la situation actuelle.

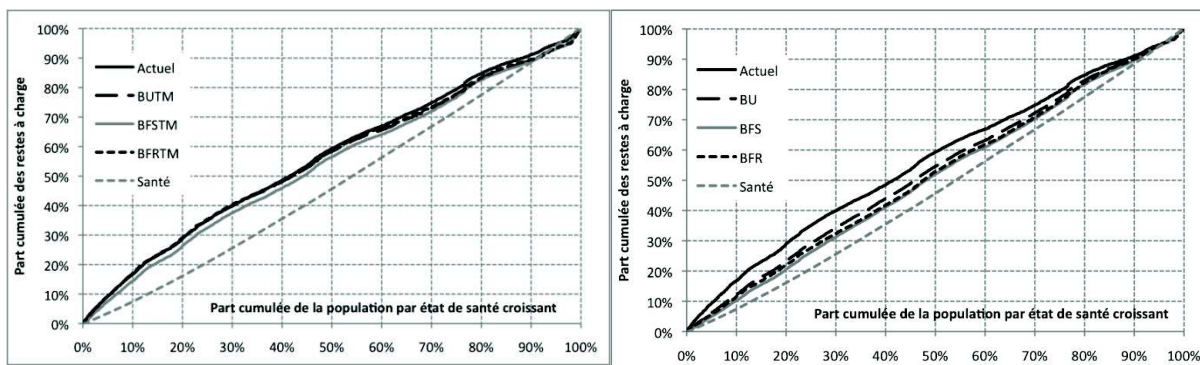
Pour apprécier l'impact de telles réformes sur le niveau de vie, nous avons calculé la proportion de personnes supportant un reste à charge catastrophique, supérieur à 5 % du revenu annuel (tableau 3). Les boucliers sans ticket modérateur permettent de réduire l'incidence de ces restes à charge catastrophiques, surtout pour les individus les plus malades, sans faire supporter aux moins malades une charge trop importante.

FIGURE 2 : COURBES DE LORENZ ASSOCIÉES AUX RÉFORMES. ENSEMBLE DES INDIVIDUS



Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

FIGURE 3 : COURBES DE CONCENTRATION VIS-À-VIS DE L'ÉTAT DE SANTÉ. ENSEMBLE DES INDIVIDUS



Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

TABLEAU 3 : INCIDENCE DES RESTES À CHARGE CATASTROPHIQUES. ENSEMBLE DES INDIVIDUS

	Actuel	Sans ticket modérateur			Avec ticket modérateur		
		BU	BFS	BFR	BU	BFS	BFR
Score santé=Très mauvais	31 %	26 %	18 %	11 %	41 %	33 %	45 %
Score santé=Mauvais	18 %	19 %	18 %	8 %	21 %	20 %	24 %
Score santé=Bon	14 %	13 %	14 %	8 %	15 %	15 %	17 %
Score santé=Très bon	11 %	10 %	12 %	7 %	12 %	12 %	15 %

Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

3.2. Individus ayant la mucoviscidose

Concernant les malades de la mucoviscidose, le bouclier uniforme sans ticket modérateur augmente leur taux de prise en charge (tableau 4). Le montant de reste à charge est identique quelque soit l'état de santé des individus, car tous les patients atteignent le plafond. Le bouclier en fonction de l'état de santé sans ticket modérateur est celui qui permet de limiter au mieux les restes à charge des individus les plus malades : 280 € en moyenne. Les différents boucliers, surtout le bouclier en fonction de l'état de santé, permettent de mieux assurer les plus malades, tout en limitant les restes à charge des personnes en bonne santé.

TABLEAU 4 : TAUX DE REMBOURSEMENT (EN %) ET RESTES À CHARGE MOYENS (EN EUROS), SELON L'ÉTAT DE SANTÉ, POUR LES MALADES DE LA MUCOVISCIDOSE

	Actuel	Sans ticket modérateur			Avec ticket modérateur		
		BU	BFS	BFR	BU	BFS	BFR
Reste à charge							
Score santé=Très mauvais	1 220	430	280	800	900	570	1 830
Score santé=Mauvais	670	430	400	970	900	810	1 670
Score santé=Bon	620	430	440	1100	900	890	910
Score santé=Très bon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Taux de remboursement							
Score santé=Très mauvais	92 %	96 %	97 %	0,94	92 %	94 %	86 %
Score santé=Mauvais	78 %	85 %	86 %	0,72	69 %	72 %	57 %
Score santé=Bon	70 %	79 %	79 %	0,46	56 %	57 %	56 %
Score santé=Très bon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

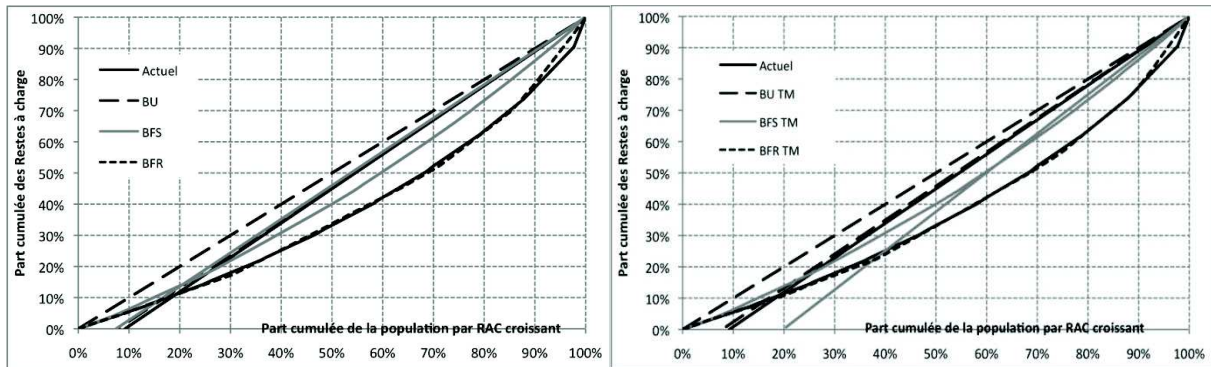
Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

Les boucliers envisagés permettent une répartition plus égalitaire des restes à charge, sauf pour les BFR (figure 4). Actuellement, 10 % de la population supportent 22 % des restes à charge. Avec le bouclier uniforme sans ticket modérateur, 10 % de la population supporte 10 % des restes à charge. Avec le bouclier en fonction de l'état de santé sans ticket modérateur, 10 % de la population supporte 15 % des restes à charge.

Les boucliers permettent une répartition plus équitable des restes à charge en regard de l'état de santé (figure 5). Actuellement, 10 % des plus malades supportent 22 % des restes à charge. Avec le bouclier uniforme sans ticket modérateur, 10 % des plus malades supportent 10 % des restes à charge. Avec le bouclie en fonction de l'état de santé sans ticket modérateur, 10 % des plus malades supportent 7 % des restes à charge.

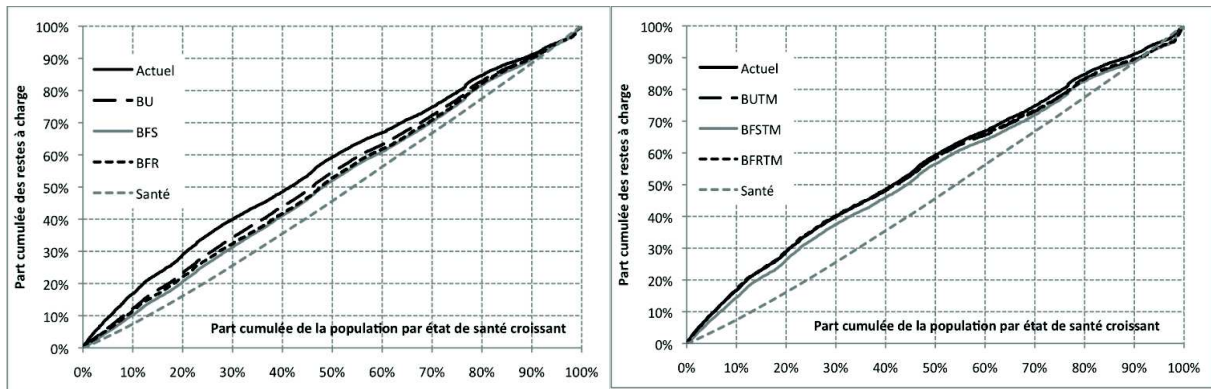
Les boucliers sans ticket modérateur permettent de supprimer complètement les restes à charge catastrophiques chez les personnes atteintes de la mucoviscidose (tableau 5).

FIGURE 4 : COURBES DE LORENZ. MALADES DE LA MUCOVISCIDOSE



Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

FIGURE 5 : COURBES DE CONCENTRATION VIS-À-VIS DE L'ÉTAT DE SANTÉ. MALADES DE LA MUCOVISCIDOSE



Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

TABLEAU 5 : INCIDENCE DES RESTES À CHARGE CATASTROPHIQUES. MALADES DE LA MUCOVISCIDOSE (EN %)

	Actuel	Sans ticket modérateur			Avec ticket modérateur		
		BU	BFS	BFR	BU	BFS	BFR
Score santé=Très mauvais	36 %	0 %	0 %	0 %	32 %	0 %	98 %
Score santé=Mauvais	5 %	0 %	0 %	0 %	17 %	3 %	50 %
Score santé=Bon	0 %	0 %	0 %	0 %	6 %	6 %	6 %
Score santé=Très bon	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Sources : ESPS 2008, HAS 2008.

Conclusion et discussion

L'état actuel des finances publiques françaises est très inquiétant : la dette publique française s'est élevée à 82 % du PIB en 2011, contre 64 % en 2007. Le poste de la Sécurité sociale est celui qui se dégrade le plus rapidement (Fenina, 2007). La question se pose des mesures à instaurer pour améliorer l'état des finances, tout en pérennisant la mission de protection sociale. Le critère actuellement retenu, l'appartenance à une liste de

30 pathologies, apparaît d'autant plus injuste qu'existent divers degrés de sévérité des mutations entre les patients. Ainsi, certains patients sont pris en charge par le dispositif ALD mais ont des besoins plus faibles que d'autres malades non pris en charge. Enfin, des individus peuvent bénéficier d'exonérations du fait d'un avantage informationnel, dû à la complexité même du système.

Dans l'optique du remplacement du système actuel, nous avons simulé différents boucliers sanitaires : boucliers uniformes, boucliers en fonction de l'état de santé et boucliers en fonction du revenu. Ces réformes sont simulées dans deux contextes : le maintien ou la suppression du ticket modérateur. Les différents boucliers permettent de limiter la variabilité des restes à charge des individus. Par ailleurs, ils sont plus équitables au regard de l'état de santé, puisqu'ils réduisent la charge pour les individus les plus malades tout en limitant celle des moins malades. Enfin, ils diminuent la proportion des restes à charge catastrophiques, surtout pour les plus malades. Plus spécifiquement, sur la population atteinte de la mucoviscidose, le bouclier en fonction de l'état de santé semble le plus favorable.

Une question reste en suspens, celle de la faisabilité d'une telle réforme. En effet, une mesure unique de l'état de santé est difficile à établir car les situations sont différentes. Ensuite, l'état de santé évolue, ce qui nécessite des évaluations fréquentes de celui-ci. Enfin, la mise en place d'un tel système pourrait rendre plus vulnérables les moins malades en les désincitant de recourir aux soins puisqu'ils seraient moins pris en charge. La prévention serait alors amoindrie et les détections de maladies repoussées.

Pour cette analyse, nous avons utilisé des données d'enquêtes afin de mesurer l'état de santé des individus. Cette première approche permet de disposer d'ordres de grandeur dans le cas d'une refonte du système actuel. Ces éléments pourraient être confrontés à des données de santé pour déceler si l'indicateur de santé utilisé est une bonne représentation de l'état de santé des individus.

Bibliographie

ALLONIER C., DOURGNON P. et ROCHEREAU TH., 2010, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*, Rapport Irdes, n° 547 (biblio n° 1800).

BELLIS G., CAZES M.-H., LEMONNIER L. et SPONGA M., 2013, *Bilan des données 2011*, Registre français de la mucoviscidose.

BOUTRELLE A., VALLIER N., GASPARI F., PÉPIN S. et WEILL A., 2007, « Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée », Paris, CNAMTS, *Points de repère*, n° 7, mars.

BRAS P.-L., GRASS É. et OBRECHT O., 2007, « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit social*, n° 3, p. 463-471.

BRIET R., FRAGONARD B. et LANCRY P.-J., 2007, *Mission Bouclier sanitaire*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS), 2004, « L'évolution de la consommation médicale des patients atteints d'une affection de longue

durée entre 2000 et 2002 : une étude sur échantillon », in « Des tendances de fond aux mouvements de court terme », *Point de conjoncture*, n^{os} 29-30, p. 43-45.

DEBRAND TH. et SORASITH CH., 2010, *Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle ARAMMIS*, Irdes, Document de travail, n^o 32.

FENINA A., 2007, « Cinquante-cinq années de dépenses de santé. Une rétopolation de 1950 à 2005 », Drees, *Études et résultats*, n^o 572, mai.

GADENNE S., FAGNANI F. et TORRETON É., 2008, *Analyse du reste à charge des patients atteints de mucoviscidose*, rapport final pour la Haute Autorité de santé.

GEOFFARD P.-Y. et LAGASNERIE G. DE, 2012, « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », *Économie et statistique*, n^{os} 455-456, p. 89-113.

LABORDE-CASTEROT H., 2010, « Travailler avec la mucoviscidose : étude transversale sur l'insertion professionnelle de 207 patients », thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Université Paris Descartes.

LACHAUD-FIUME C., LARGERON-LETÉNO CH. et ROCHAIX-RANSON L., 1998, « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale. Microsimulation d'une voie de responsabilisation des usagers du système de soins », *Économie et statistique*, n^o 315, p. 51-72.

NEWHOUSE J.P., 2004, "Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment", *Health Affairs*, vol. 23, n^o 6, p. 107-113.

PAÏTA M. et WEILL A., 2009, « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 », CNAMTS, *Points de repère*, n^o 27, décembre.

RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (RSI), 2009, « Les affections de longue durée », *L'Essentiel médical*, n^o 03, novembre.

SAUTORY O., 1993, « La macro Calmar. Redressement d'un échantillon par calage sur marges », Insee, Série des documents de travail de la Direction des statistiques démographiques et sociales, Document n^o F9310.

TABUTEAU D., 2010, « L'avenir de l'Assurance maladie. Un enjeu politique majeur pour la France », *Futuribles*, n^o 368, p. 5-22.

VALLIER N., WEILL A., SALANAVE B., BOURREL R., CAYLA M., SUAREZ C., RICORDEAU PH. et ALLEMAND H., 2006, « Coût des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004 », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 37, n^o 4, octobre-décembre, p. 267-283.

VALLIER N., SALANAVE B. et WEILL A., 2006b, « Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie », CNAMTS, *Points de repère*, n^o 3, octobre.

WEILL Alain, VALLIER N., SALANAVE B., BOURREL R., CAYLA M., SUAREZ C., RICORDEAU PH. et ALLEMAND H., 2006, « Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'assurance maladie en 2004 », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 37, n^o 3, juillet-septembre, p. 173-188.