

DOSSIERS solidarité et *santé*



Impacts de la diminution du taux de remboursement des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes

N° 13
2009



À la suite de la réévaluation du service médical rendu (SMR) d'un grand nombre de médicaments, les veinotoniques, dont le SMR avait été considéré comme insuffisant ont, dans un premier temps, été pris en charge à un taux transitoire de 15 % du 1^{er} février 2006 au 1^{er} janvier 2008, date à laquelle ils ont été finalement déremboursés.

Les patients qui ont suspendu leur prise de veinotoniques suite à la diminution du taux sont notamment les patients les plus jeunes et surtout les hommes. La décision d'arrêter les veinotoniques est principalement prise par le patient. Cependant, deux patients sur trois ont continué ces traitements, mais les quantités prescrites ont diminué faiblement.

Les médecins femmes ont tendance à maintenir ce type de prescriptions, à l'inverse de leurs confrères hommes et des médecins les plus jeunes qui ne prescrivent presque plus les veinotoniques.

Toutefois, les patients âgés bénéficient encore de ces prescriptions, dans une moindre mesure.

Nicolas DUMONTAUX et Sylvain PICHETTI

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
Ministère de la Santé et des Sports

Introduction

LE TAUX de prise en charge d'un médicament par l'assurance maladie obligatoire est directement lié à son service médical rendu (SMR). Le SMR est apprécié par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS), en fonction d'une part de la gravité de la pathologie traitée et d'autre part, de données relatives au médicament (efficacité, effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique, existence d'alternatives thérapeutiques, intérêt pour la santé publique). Aux différents niveaux de SMR définis (majeur, important, modéré, faible et insuffisant) correspondent des niveaux de prise en charge par les régimes de base (100%, 65%, 35% ou non prise en charge). En particulier, l'article R.163-3 du code de la sécurité sociale (décret n° 99-915 du 27 octobre 1999) pose le principe de non-inscription des produits à SMR insuffisant (SMRi) sur la liste des produits remboursables.

L'appréciation du SMR d'un médicament peut évoluer au cours du temps. À la demande du ministère chargé de la santé, la Commission de la transparence a ainsi entrepris en 2001, une réévaluation du SMR de 4490 spécialités remboursables à l'issue de laquelle 835 spécialités ont été jugées comme présentant un SMR insuffisant, susceptible de justifier leur déremboursement. Les veinotoniques se trouvaient dans ce groupe des spécialités à SMR insuffisant mais ils n'ont pas été déremboursés immédiatement, un taux de remboursement transitoire de 15% ayant été créé pour eux entre le 1^{er} mars 2006 et le 1^{er} janvier 2008, date de leur déremboursement.

L'objectif de l'étude est de mieux comprendre les raisons qui ont poussé certains patients à

arrêter leur traitement de veinotoniques après le passage du taux de remboursement de 35% à 15%¹ et de les comparer à ceux qui ont continué à recevoir des prescriptions. Cette étude s'appuie sur les données de la base Disease Analyzer (encadré 1) qui est alimentée par 1300 généralistes et qui permet de suivre dans le temps les diagnostics ou motifs de la consultation du patient ainsi que les prescriptions pharmaceutiques associées.

Un autre axe d'étude envisageable aurait été d'analyser des effets de substitution, les patients consommateurs de veinotoniques pouvant être incités à se tourner vers des médicaments d'une autre classe thérapeutique après la réforme [11]². Cette voie n'a pas été retenue dans la mesure où les veinotoniques ont peu de substituts à l'exception des bas de contention. Or, la prescription de ces produits n'est pas renseignée dans la base Disease Analyzer (encadré 1).

Par ailleurs, si certains médicaments tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les antalgiques peuvent quelquefois être prescrits pour soulager les symptômes de la maladie veineuse, ce motif de prescription demeure marginal par rapport aux nombreuses indications pour lesquelles ils peuvent être prescrits.

La première section de l'étude montre que la décision d'arrêter les veinotoniques après la réforme de la diminution du taux a surtout été prise par les patients et non par les médecins. Par ailleurs, ce sont surtout les patients les plus jeunes et plutôt les hommes qui ont cessé de se faire prescrire des veinotoniques après la réforme. La deuxième section est centrée sur les patients qui ont continué de se faire prescrire des veinotoniques après la réforme, les quantités prescrites ayant en moyenne peu

1. Cette étude ne s'intéresse donc pas aux modifications de prescription qui se sont produites après le déremboursement définitif des veinotoniques, intervenu le 1^{er} janvier 2008. Elle est uniquement centrée sur l'impact du passage du taux de remboursement de 35% à 15%.

2. C'est la problématique qui a notamment été choisie par l'IRDES dans son étude sur les mucolytiques et les expectorants. Les auteurs y montrent que suite au déremboursement, une substitution s'est opérée des expectorants au profit des bronchodilatateurs et des antitussifs.

ENCADRÉ 1

La base de données Disease Analyzer (DA)

L'étude de la DREES s'appuie principalement sur la base de données Disease Analyzer (IMS Health). Cette base, alimentée par 1 300 généralistes¹ en contrat avec IMS, permet de suivre dans le temps les diagnostics ou motifs de la consultation du patient ainsi que les prescriptions pharmaceutiques associées et renseigne sur les caractéristiques des médecins prescripteurs (âge, sexe, lieu de prescription) ainsi que sur les caractéristiques des patients (âge, sexe, pathologie). À ce stade, la base ne comporte pas de données sur la catégorie socioprofessionnelle du patient. Elle ne permet pas de savoir non plus si le patient est en affection de longue durée (ALD) ou s'il bénéficie de la CMU.

Le généraliste qui figure dans le panel affecte un code qui identifie chaque patient. L'intérêt de Disease Analyzer est de permettre de suivre dans le temps les diagnostics et prescriptions attachées au patient que l'on identifie par le biais de ce code. Cependant, ce code est propre au médecin. Ainsi, un patient qui consulterait deux médecins différents du panel serait considéré comme deux patients différents.

La DREES a été associée à un groupe de travail, incluant notamment l'IRDES² et l'AFSSAPS³, dont le but était d'évaluer la qualité et l'intérêt des données du panel « Disease Analyzer » d'IMS Health.

Chacun des trois organismes a bénéficié d'une extraction de données spécifique pour chaque problématique choisie (analyse du déremboursement des mucolytiques pour l'IRDES, étude de l'impact du retrait du marché de certains médicaments de la classe des immunostimulants pour l'AFSSAPS et analyse de l'impact de la diminution du taux de remboursements des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes pour la DREES). Celle de la DREES incluait tous les patients traités par des veinotoniques au cours de l'année 2005 et qui sont retournés voir leur médecin en 2006 ou en 2007, quel que soit le motif de consultation. L'extraction DREES n'est pas représentative du marché français en 2004, en 2006 et en 2007 puisque les patients qui auraient consommé des veinotoniques au cours de ces années mais auraient interrompu leur consommation en 2005 ne figurent pas dans la base. C'est la raison pour laquelle les données de cadrage macroéconomique ont été fournies par la base de données EPPM (étude permanente de la prescription médicale) qui recueille des informations provenant de spécialistes et de généralistes exerçant en pratique libérale.

1. Les médecins panélistes exercent en France métropolitaine et en Corse (à l'exclusion des DOM).

2. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

3. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

diminué. Si les médecins n'ont pas influencé la décision d'arrêter ou de continuer les veinotoniques, ce sont eux qui ont en revanche déterminé le volume de prescription de ceux qui ont décidé de continuer.

L'objectif de l'étude est d'expliquer les raisons qui ont poussé certains patients à suspendre leur prise de veinotoniques à la suite de la réforme tandis que d'autres patients continuaient à en consommer. Les consommateurs occasionnels (19455 individus dans l'échantillon Disease Analyzer), c'est-à-dire ceux qui se font prescrire des veinotoniques pendant une durée d'un mois au maximum, ont été écartés dans la mesure où leur consommation ponctuelle ne permettait pas de mesurer l'impact de la réforme. Seuls ont été considérés dans cette étude les consommateurs réguliers³ (51995 individus dans l'échantillon Disease Analyzer) qui se répartissent dans deux groupes distincts :

• **Le groupe des patients qui arrêtent** (17344 patients soit un tiers des patients consommateurs réguliers) : il s'agit de patients qui recevaient des prescriptions de veinotoniques en 2005 et ont arrêté à partir de mai 2006.

• **Le groupe des patients qui continuent** (34651 patients soit les deux tiers des patients consommateurs réguliers) : ce sont les patients qui recevaient des prescriptions de veinotoniques en 2005 et qui ont continué après avril 2006.

Plusieurs caractéristiques peuvent exercer une influence sur la décision de ne plus prendre des veinotoniques. Pour quantifier l'impact de chaque facteur potentiellement explicatif, une analyse toutes choses égales par ailleurs (modèle logit) a été conduite sur les patients consommateurs réguliers de veinotoniques (tableau 1).

Un taux de remboursement inédit pour les veinotoniques entre 2006 et 2008

À la suite de la réévaluation du service médical rendu de plusieurs spécialités remboursables opérée par la Commission de la Transparence en 2001, le déremboursement d'une partie des médicaments à SMR insuffisant s'est produit en plusieurs vagues : en 2003, 82 spécialités ont été déremboursées ; en 2006, 282 spécialités supplémentaires ont été

3. Par construction, le groupe des « consommateurs réguliers » réunit des consommateurs dont les durées de traitement sont assez variables (de deux mois à plus de 36 mois). Ceux dont la durée de prescription est assez faible auraient fini par arrêter les veinotoniques même en l'absence de réforme. Pour autant, la proportion de consommateurs réguliers dont la durée de prescription est supérieure à 13 mois est élevée (54%).

TABLEAU 1

les déterminants de l'arrêt de la prise des veinotoniques à partir de mai 2006

	Coefficient estimé	Écart-type	Odds ratio	Intervalle de confiance 95 % odds ratio	
Constante	-0,24	0,03			
Patient					
Homme	0,34	0,02	1,41	1,34	1,47
Femme			1,00		
Plus de 75 ans	-0,72	0,03	0,49	0,46	0,51
Entre 61 et 75 ans	-0,63	0,03	0,53	0,51	0,56
Entre 51 et 60 ans	-0,38	0,03	0,68	0,65	0,72
Au plus 50 ans			1		
Médecin					
Femme	-0,05	0,03	0,95	0,89	1,01
Homme			1,00		
Plus de 55 ans			1,00		
Entre 51 et 55 ans	0,01	0,03	1,01	0,96	1,06
Entre 46 et 50 ans	0,02	0,03	1,02	0,97	1,08
Au plus 45 ans	-0,02	0,03	0,98	0,93	1,04
région					
Paris	-0,06	0,05	0,94	0,86	1,03
Sud-Ouest	-0,05	0,03	0,95	0,89	1,02
Sud-Est			1,00		
Centre	-0,5	0,04	0,95	0,88	1,02
Centre-Est	0,00	0,03	1,00	0,94	1,06
Est	-0,19	0,03	0,83	0,78	0,88
Nord	-0,13	0,03	0,88	0,82	0,94
Ouest	0,05	0,03	1,05	0,98	1,13
Nombre d'observations	51 386	51 386	51 386	51 386	51 386

Note de lecture • Les coefficients sont estimés à partir d'un modèle Logit. La variable d'intérêt est une variable indicatrice valant 1 si le patient ne prend pas de veinotoniques à partir de mai 2006. La situation de référence est celle d'une patiente régulière de moins de 51 ans consultant un médecin de plus de 55 ans dans le Sud Est de la France. Par rapport à cette situation de référence, les coefficients positifs (respectivement négatifs) correspondent à des situations où les chances de ne plus prendre des veinotoniques à partir de mai 2006 sont plus fortes (respectivement plus faibles) et ce d'autant plus que la valeur absolue du coefficient est grande. Les odds ratio donnent le rapport des probabilités de ne pas prendre des veinotoniques à partir de mai 2006 entre la modalité et la modalité de référence. Les coefficients en gras sont significativement différents de 0 au seuil de 1 %.

Champ • Les médecins qui figurent dans la base Disease Analyzer.

Sources • Disease Analyzer, calculs DREES.

retirées de la liste des spécialités remboursables, notamment les anti-diarrhéiques, les mucolytiques et la phytothérapie sédative. Les veinotoniques, dont le service médical rendu avait été considéré comme insuffisant, n'ont finalement pas été déremboursés au cours de cette seconde vague. Le passage du taux de remboursement des veinotoniques de 35 % à celui de 15 % s'est fait progressivement entre le 1^{er} février 2006 et le 1^{er} mai 2006⁴. Pendant cette période de transition de trois mois, les boîtes remboursées à 35 % et celles remboursées à 15 % ont été écoulées sur le marché.

Dans certains pays européens, les veinotoniques ont été déremboursés, assez précocement : en Italie dès 1994, plus récemment au Luxembourg (2002), en Espagne (2003) et en Allemagne (2004) [14].

Indications et prescriptions de traitement très variables

Les veinotoniques sont principalement indiqués dans le traitement de l'insuffisance veineuse chronique ou des hémorroïdes. Les autres indications (phlébites et thrombo-phlébites, maladies de l'œil, maladies capillaires, affections de l'organe génital féminin) restent très marginales [20]. Les facteurs de risque favorisant l'apparition de la maladie veineuse sont nombreux : le fait d'être une femme, l'hérédité, le nombre de grossesses à terme, l'excès de poids, l'alimentation et le mode de vie, l'exposition à la chaleur et la station debout [20] notamment.

Les veinotoniques ont peu de substituts médicamenteux : les anti-inflammatoires non sté-

4. L'arrêté du 17 janvier 2006 stipule que « les pharmaciens d'officine peuvent continuer à commercialiser à titre transitoire, pendant une période de quatre semaines à compter du 1^{er} février 2006, les stocks de ces spécialités vignettées au taux de participation antérieur qu'ils détiennent en stock. Les unités délivrées pendant la période transitoire définie ci-dessus, comportant des vignettes avec la mention de l'ancien taux de participation, peuvent continuer à faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement. Quatre semaines après le 1^{er} février 2006, les stocks détenus à cette date comportant des vignettes avec la mention de l'ancien taux de participation ne peuvent être écoulés et pris en charge qu'au nouveau taux de participation ».

roïdiens ou les antalgiques [8]⁵ peuvent remplir ce rôle mais ils sont surtout prescrits pour d'autres motifs. En revanche, la contention élastique constitue dans la littérature internationale la thérapeutique principale des symptômes de l'insuffisance veineuse chronique. Par ailleurs, ces symptômes peuvent être diminués si le patient observe des règles hygiéno-diététiques : pratique d'une activité sportive dynamique et prolongée [23], réduction d'une surcharge pondérale [17], rééquilibrage des habitudes alimentaires [4].

Les veinotoniques sont très majoritairement délivrés en ville, le marché hospitalier représente une proportion négligeable du marché total (0,2% du marché en 2006⁶). Si les généralistes occupent une place importante dans la prescription des veinotoniques en médecine de ville (86% en 2006⁷), d'autres professionnels de santé sont également prescripteurs de veinotoniques tels que les angio-phlébologues (7%), les gynécologues (3%) et encore d'autres spécialistes (4%).

Avant la réforme, l'automédication représentait une très faible part de la délivrance des veinotoniques (3% en 2004 et 2005) [19].

Les patients qui reçoivent des prescriptions de veinotoniques sont le plus souvent des femmes âgées. Au total, 72%⁸ des patients sont âgés de plus de 50 ans dont 22% de plus de 75 ans. Ces statistiques sont cohérentes avec les facteurs de risque de l'insuffisance veineuse chronique qui augmentent significativement avec l'âge des patients.

Environ huit patients consommateurs de veinotoniques sur dix sont des femmes. Cette proportion est comparable aux résultats issus d'autres études [12, 21]. Le fait d'être une femme ainsi que les grossesses multiples constituent des facteurs importants de risque d'insuffisance veineuse chronique. Il s'agit notamment de l'évolution hormonale, de l'augmentation de la pression intra-abdominale et de la modification des propriétés des parois vasculaires qui surviennent en cours de grossesse [4, 5].

Par ailleurs, les consommateurs de veinotoniques appartiennent plus souvent à des catégories socioprofessionnelles défavorisées. Une

étude de Le Pen [18] montre ainsi que 85% de la population souffrant de maladies veineuses est constituée de femmes plutôt âgées aux revenus modestes. Le « gradient social » de la consommation de veinotoniques pourrait s'expliquer par le fait que certaines catégories de salariés sont plus exposées compte tenu de conditions de travail plus pénibles. La station debout prolongée est un facteur de développement de problèmes veineux, de même que l'exposition permanente à la chaleur ou le port de charges lourdes.

Parmi l'ensemble des patients ayant eu au moins une prescription de veinotoniques, la proportion de ceux qui ont reçu des prescriptions de veinotoniques pendant une durée inférieure ou égale à un mois s'établit à 27%. Pour les consommateurs plus réguliers, la durée de prescription peut atteindre un niveau élevé. Ainsi, 54% des patients ont reçu des prescriptions de veinotoniques pendant au moins 13 mois et 11% en ont reçu pendant plus de trois ans. Ces durées de prescription apparaissent particulièrement élevées si on les compare aux indications de la référence médicale opposable (RMO) n° 3 du thème 46, portant sur les veinotoniques et qui avait cours à la fin des années 1990 : « il n'y a pas lieu de prescrire des veinotropes pendant plus de trois mois, sauf en cas de réapparition de la symptomatologie fonctionnelle après l'arrêt du traitement ».

La durée de traitement augmente avec l'âge

Les durées de traitement sont d'autant plus élevées que les patients sont âgés. Ainsi, 13% seulement des patients âgés de moins de 50 ans ont des prescriptions de veinotoniques pendant une longue période (plus de 25 mois). Cette proportion passe à 44% pour les patients âgés de plus de 75 ans. Ce résultat est peu surprenant car les facteurs de risque de maladie veineuse augmentent avec l'âge. Les douleurs veineuses plus fréquentes des patients les plus âgés conduisent sans doute les médecins à leur prescrire des veinotoniques pour une plus longue période.

Le choix de diminuer le taux de remboursement des veinotoniques plutôt que de les

5. Dans cette étude menée en 2003, le CRESGE mettait en évidence un possible report de la consommation des veinotoniques vers les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, dans l'hypothèse examinée à l'époque d'un possible déremboursement des veinotoniques.

6. Données AFSSAPS, 2006.

7. Données EPPM (étude permanente de la prescription médicale), 2006.

8. Disease Analyzer, calculs DREES. Les données chiffrées de l'introduction concernent ici l'ensemble des patients qui ont reçu des prescriptions de veinotoniques par leur médecin, quelle que soit la durée de prescription. Le champ est donc plus large que celui retenu pour l'étude qui se concentre sur les patients réguliers pour analyser l'effet de la baisse du taux de remboursement.

dérembourser directement⁹ est sans doute à rapprocher de la forte prescription de cette classe thérapeutique en France. Avant la réforme, la France constituait le premier marché mondial¹⁰ pour les veinotoniques (environ quatre fois plus important que le marché allemand et huit fois plus important que le marché italien) tandis que le marché était à la même période quasiment inexistant aux États-Unis, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas [20]. Il n'y a pas de facteurs épidémiologiques spécifiques qui expliqueraient cette forte consommation française. Les études existantes [20]¹¹ ne permettent en effet pas de conclure que la prévalence de la maladie veineuse serait plus accentuée en France que dans les autres pays. L'explication de la «surconsommation» française de veinotoniques est donc plutôt à chercher du côté de certaines habitudes de prescription ou de consommation particulières à la France. Dans la plupart des autres pays, les médecins privilégient un mode de traitement par contention (port de chaussettes ou de bas de contention) au détriment des traitements médicamenteux.

À la suite de la réforme de 2006, une augmentation du reste à charge des consommateurs

La baisse du taux de remboursement s'est traduite par une augmentation du reste à charge des consommateurs de veinotoniques, qui a été cependant atténuée par une diminution de prix – de l'ordre de 12 % en moyenne – décidée par les pouvoirs publics. Pour un assuré consommant une boîte de veinotoniques valant 10 euros, son reste à charge est passé de 6,50 euros avant la réforme à 7,48 euros en moyenne après (au lieu de 8,50 euros s'il n'y avait pas eu de diminution du prix). Cette augmentation du reste à charge a généralement été supportée directement par l'assuré dans la mesure où les mutuelles ont très souvent choisi de ne pas prendre en charge le ticket modérateur des médicaments remboursés à 15 %. D'après l'étude de la DREES auprès des organismes complémentaires [2], seuls 30 % des contrats les plus souscrits auprès des mutuelles les prenaient en charge en 2006. Au contraire, 92 % des contrats des institutions de prévoyance et 99 % de ceux des assurances les incluaient.

Si cette variation du reste à charge est restée mesurée sur le prix d'une seule boîte, elle a été plus conséquente pour les patients qui se font prescrire régulièrement un traitement sur une longue période et pour ceux qui suivent un traitement comportant plusieurs types de veinotoniques. Pour certains patients, cette augmentation a pu motiver l'arrêt de leur traitement après l'entrée en vigueur de la réforme.

Un impact non négligeable sur le CA des ventes de veinotoniques

La réforme a eu un impact significatif sur le chiffre d'affaires des ventes de veinotoniques en France. Même si une tendance à la baisse avait déjà été amorcée, l'année 2006 fait apparaître un décrochage (baisse de 32,2 %, données EPPM) qui marque l'effet de la réforme : le chiffre d'affaires issu des ventes de veinotoniques aux officines passe de 330 millions d'euros en 2005 à 224 millions d'euros en 2006. Le nombre de boîtes de veinotoniques vendues aux officines diminue de 23 % entre 2005 et 2006. La baisse plus marquée encore du chiffre d'affaires (-32,2 %) sur cette période s'explique par le fait que les pouvoirs publics ont accompagné la modification du taux de remboursement d'une baisse des prix des veinotoniques. Par ailleurs, la réforme a également incité les consommateurs à reporter leur consommation sur des veinotoniques moins chers [19], induisant ainsi une diminution du chiffre d'affaires du secteur.

La décision d'arrêter de prendre des veinotoniques est prise par le patient

Aucune des caractéristiques des médecins (sexe et âge) n'exerce d'influence sur la décision d'arrêter la prise de veinotoniques après la réforme. C'est donc vraisemblablement le patient et non le médecin qui prend la décision d'arrêter les veinotoniques après la réforme. Les médecins ont informé leurs patients de la diminution du taux de remboursement des veinotoniques au moment de la réforme mais leur

9. Le déremboursement total des veinotoniques est intervenu le 1^{er} janvier 2008.

10. En 1999, le marché français représentait à lui seul 70 % des ventes annuelles mondiales de veinotoniques.

11. Pour une synthèse des études existantes.

ont laissé prendre la décision de continuer ou de cesser le traitement.

Ce résultat est cohérent avec les conclusions d'une étude [10] menée sur la «pression de prescription» que peuvent exercer les patients sur leurs généralistes. Cette étude, assise sur un échantillon de 600 consultations de médecine générale, montre que les veinotoniques figurent parmi les médicaments qui font le plus souvent l'objet d'une «pression de prescription» de la part des patients sur leurs généralistes. Ce résultat indique donc que le patient joue un rôle important dans la décision de prescription des veinotoniques.

Les patients plus jeunes ont une plus forte probabilité d'arrêter la prise de veinotoniques

L'âge des patients constitue un critère déterminant pour la décision d'arrêter de consommer des veinotoniques. Toutes choses égales par ailleurs, les patients âgés de plus de 75 ans ont deux fois moins de chances que les patients de moins de 50 ans de ne plus consommer de veinotoniques à partir de la réforme (mai 2006). Ce sont donc surtout les patients les plus jeunes qui ont le plus souvent pris la décision d'arrêter de consommer des veinotoniques après l'entrée en vigueur de la réforme.

Ce plus fort attachement des personnes âgées aux veinotoniques peut s'expliquer par le fait que les facteurs de risque de l'insuffisance veineuse chronique augmentent significativement avec l'âge des patients. Il est probable que les douleurs veineuses plus importantes des personnes âgées les incitent à continuer le traitement.

Les hommes ont une plus forte probabilité d'interrompre leur consommation que les femmes

Toutes choses égales par ailleurs, un homme a 40% de chances de plus qu'une femme d'arrêter de prendre des veinotoniques à l'issue de la réforme du taux de remboursement.

Une étude [21] centrée sur la perception des veinotoniques par les patients et les médecins

montre que les femmes atteintes de troubles de la circulation veineuse sont davantage convaincues des bienfaits des veinotoniques que les hommes souffrant des mêmes symptômes. Ainsi 25% des femmes atteintes considèrent les veinotoniques comme tout à fait indispensables contre seulement 19% des hommes. Par ailleurs, 66% des femmes estiment que les veinotoniques ont «une utilité importante» contre seulement 57% des hommes.

Il est vraisemblable que les *a priori* moins positifs des hommes à l'égard des veinotoniques expliquent au moins une partie de l'interruption plus brutale de leur consommation de veinotoniques après l'entrée en vigueur de la réforme.

Par ailleurs, le marketing des laboratoires producteurs de veinotoniques est davantage ciblé sur les femmes. On peut supposer que les campagnes de publicité mises en place après la réforme ont eu plus d'impact sur elles que sur les hommes.

L'arrêt de la prescription n'est pas homogène selon la localisation du patient

Toutes choses égales par ailleurs, les patients qui résident dans le Nord et dans l'Est de la France ont 10% de chances en moins d'arrêter la prise de veinotoniques que les patients localisés dans les autres régions.

Cette hétérogénéité régionale est difficile à analyser, sauf à invoquer des traditions de consommation plus ancrées dans certaines régions que dans d'autres.

Les quantités prescrites aux patients qui ont continué à consommer des veinotoniques ont diminué faiblement

Deux patients sur trois ont continué de recevoir un traitement après le mois de mai 2006.

TABLEAU 2

Prescription moyenne avant et après la réforme

	Moyenne prescription avant	Moyenne prescription après	Durée moyenne avant (en mois)	Durée moyenne après (en mois)
Total	3,5	3,3	10,0	9,0
Hommes	3,6	3,4	9,9	8,9
Femmes	3,5	3,3	10,0	9,1

Note de lecture • Avant la réforme, les patients consommateurs réguliers de veinotoniques recevaient en moyenne 3,5 prescriptions de veinotoniques. Après l'entrée en vigueur de la réforme, ils n'en recevaient que 3,3 en moyenne.

Champ • Les médecins qui figurent dans la base Disease Analyzer.

Sources • Disease Analyzer, calculs DREES.

Pour mesurer un éventuel impact de la réforme sur le volume prescrit, les prescriptions des patients qui continuent ont été comparées entre deux périodes :

- La période « avant » couvre 12 mois avant la réforme, à partir de février 2005 jusqu'à janvier 2006.
- La période « après » débute en mai 2006 et s'achève en avril 2007.

Ces deux périodes de 12 mois chacune permettent de neutraliser la saisonnalité¹² des prescriptions de veinotoniques. Des périodes plus courtes mais ne comportant pas exactement les mêmes mois du calendrier auraient été sources de biais.

Pour ceux qui continuent de consommer des veinotoniques, la prescription moyenne diminue faiblement à la suite de la mise en place de la réforme (de l'ordre de 5,7%) (tableau 2). Il n'y a pas de différence significative entre la diminution observée pour les hommes et pour les femmes.

Cette diminution assez faible vient du fait que seuls 40% des patients qui continuent de se faire prescrire des veinotoniques voient leur prescription diminuer à la suite de la réforme tandis que les 60% restants enregistrent une stagnation ou une légère augmentation de leur prescription.

La durée moyenne de prescription diminue de 10% à la suite de la réforme.

S'agissant des 40% de patients qui voient diminuer leurs prescriptions, plusieurs caractéristiques liées à la fois aux médecins ou aux patients peuvent expliquer la diminution (tableau 3).

TABLEAU 3

Les déterminants de la diminution de la consommation de veinotoniques à partir de mai 2006

Paramètre	Coefficient estimé	Écart-type	Odds-ratio
Constante = 1	-0,85	0,04	
Constante = 0	0,37	0,04	
Patient			
Homme	0,01	0,03	1,01
Femme			
Plus de 75 ans	-0,12	0,03	0,89
Entre 61 et 75 ans	-0,07	0,03	0,94
Entre 51 et 60 ans	-0,06	0,03	0,94
Au plus 50 ans			
Médecin			
Femme	-0,15	0,04	0,86
Homme			
Plus de 55 ans			
Entre 51 et 55 ans	0,08	0,03	1,08
Entre 46 et 50 ans	0	0,03	1
Au plus 45 ans	0,12	0,03	1,12
Région			
Paris	0,07	0,05	1,07
Sud-Ouest	0	0,04	1
Sud-Est			
Centre	0,18	0,04	1,2
Centre-Est	0,02	0,04	1,02
Est	0,08	0,04	1,09
Nord	0,12	0,04	1,13
Ouest	0,17	0,04	1,19
Nombre d'observations	32 136	32 136	32 136

Note de lecture • Les coefficients sont estimés à partir d'un modèle Logit ordonné. La variable d'intérêt est une variable indicatrice valant 1 si le patient augmente le nombre de prescriptions entre la période avant et après, 0 si le nombre de prescriptions est identique et -1 s'il diminue le nombre de prescriptions. La situation de référence est celle d'une patiente régulière de moins de 51 ans consultant un médecin de plus de 55 ans dans le Sud-est de la France. Par rapport à cette situation de référence, les coefficients positifs (respectivement négatifs) correspondent à des situations où les chances de diminuer le nombre de prescriptions sont plus fortes (respectivement plus faibles) et ce d'autant que la valeur absolue du coefficient est grande. Les odds ratio donnent le rapport des probabilités de diminuer le nombre de prescriptions entre la modalité et la modalité de référence. Les coefficients en gras sont significativement différents de 0 au seuil de 1%, les coefficients soulignés différents de 0 au seuil de 5% et les coefficients en italique différents de 0 au seuil de 10%.

Champ • Les patients réguliers qui ont reçu une prescription de veinotoniques dans la période avant et dans la période après l'entrée en vigueur de la réforme.

¹² Les ventes de veinotoniques sont soumises à des cycles saisonniers : elles ont tendance à augmenter pendant l'hiver et au printemps jusqu'au mois de juin puis elles diminuent ensuite.

Si la décision d'arrêter de consommer des veinotoniques est prise par le patient, c'est le médecin qui décide de diminuer les volumes de prescription des patients qui continuent de consommer des veinotoniques.

Les femmes médecins diminuent moins souvent les prescriptions que leurs confrères masculins

Après l'entrée en vigueur de la réforme, toutes choses égales par ailleurs, les patients consultant une femme médecin ont 14% de chances en moins de voir diminuer leurs prescriptions de veinotoniques que les patients consultant un homme. Ce résultat est assez cohérent avec l'étude de Saily *et al.* [21]¹³ qui montre que les médecins femmes ont une perception plus positive des veinotoniques que les médecins hommes. Dans ce contexte, elles hésitent plus souvent à diminuer les prescriptions de ces médicaments qu'elles jugent plutôt utiles tandis que les médecins hommes, qui ont plus souvent un *a priori* mitigé sur les veinotoniques, diminuent plus fréquemment les prescriptions.

Les médecins les plus jeunes réduisent plus souvent les prescriptions de veinotoniques

Les patients qui consultent les médecins les plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) ont 12% de plus de chances de diminuer leur consommation de veinotoniques que les patients consultant les généralistes les plus âgés. Le mode de prescription des médecins jeunes, encore influencé par les enseignements reçus à la faculté, se différencie de celui des médecins plus âgés.

Les médecins réduisent moins souvent les prescriptions des personnes âgées

Les personnes âgées de plus de 75 ans ont 11% de chances en moins de voir leur prescription de veinotoniques diminuer après mai 2006 que les patients jeunes de moins de cinquante ans. Les patients les plus âgés

accueillent sans doute les modifications de traitement avec plus de réticence que les personnes plus jeunes. Ces patients âgés sont probablement moins réceptifs aux conseils hygiéno-diététiques qui peuvent, dans certains cas, atténuer les douleurs liées aux maladies veineuses. Par ailleurs, les facteurs de risque de l'insuffisance veineuse chronique augmentent significativement avec l'âge des patients, ce qui peut conduire les médecins à maintenir le traitement à base de veinotoniques pour les patients les plus âgés.

Les patients du Centre et de l'Ouest ont plus de chances de voir leur prescription de veinotoniques diminuer

Les patients du Centre et de l'Ouest qui ont continué à consommer des veinotoniques après mai 2006 ont 20% plus de chances de voir leur prescription de veinotoniques diminuer que les patients résidant dans le Sud-est de la France. Ces deux régions représentent plutôt une faible part des consommateurs de veinotoniques (8% pour la région Centre, 11% pour la région Ouest).

Conclusion

La diminution du taux de remboursement des veinotoniques, intervenue entre février et avril 2006 en France a eu un effet significatif sur le chiffre d'affaires du secteur (baisse de 32% entre 2006 et 2005, données EPPM).

Les résultats de l'étude montrent qu'un tiers des patients consommateurs réguliers de veinotoniques a arrêté le traitement après la réforme. Cette baisse ne doit toutefois pas être entièrement imputée à la réforme car une partie de ces consommateurs aurait arrêté même en l'absence de baisse du remboursement. Toutefois, la décision d'arrêter de consommer des veinotoniques semble avoir été prise par les patients plutôt que par les médecins. Par ailleurs, ce sont principalement les patients jeunes et surtout les hommes qui ont le plus souvent pris la décision d'arrêter le traitement à base de veinotoniques après la réforme.

13. Cette étude s'intéresse à la perception des veinotoniques par les médecins et par les patients.

Pour les patients consommateurs réguliers souhaitant continuer de consommer des veinotoniques après la réforme, les quantités prescrites ont diminué faiblement. Le médecin ne semble pas avoir influencé la décision de continuer ou d'arrêter le traitement, il a en revanche agi sur le volume de prescription des patients qui ont choisi de continuer le traite-

ment. Les femmes médecins ont moins souvent réduit les prescriptions que leurs confrères masculins. Par ailleurs, les médecins ont moins souvent réduit les prescriptions des personnes âgées. Enfin, ce sont les médecins les plus jeunes qui ont le plus souvent diminué les prescriptions des patients consommateurs de veinotoniques.

Bibliographie

- [1] Allaert F.-A., Levardon M., Vin F., 1991, « Influence de l'obésité sur la maladie veineuse. Étude des facteurs concomitants », *Phlébologie*, 44, pp. 271-280.
- [2] Arnould M.-L. et Rattier M.-O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 635, mai.
- [3] Becker F., 1994, « Mécanismes, épidémiologie et évaluation clinique de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs », *Revue du Praticien*, 44, pp. 726-731.
- [4] Blanchemaison P., « Épidémiologie de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs », *Phlébologie*, pp. 293-96.
- [5] Callam M.-J., 1994 « Epidemiology of varicose veins », *British Journal of Surgery*, 81, pp. 167-173.
- [6] Centre de Recherches International pour la Santé, 1993, « Enjeux médico-sociaux et économiques d'une pathologie : application à la pathologie veineuse », premier atelier européen.
- [7] CRESGE, 1998, « Étude de la prise en charge de l'insuffisance veineuse en médecine de ville », *FP-SAN 306*, résultats préliminaires. Étude non publiée.
- [8] CRESGE, 2003, « Déremboursements des veinotoniques et changement thérapeutique des médecins : un essai de modélisation », résultats de l'étude réalisée pour les laboratoires Beaufour Ipsen.
- [9] De Backer G., 1997, « Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency », *Angiology*, 48, pp. 569-576.
- [10] Delga C., Megnin Y., Oustric S., Laurent C., Pauly L., Vergez J.-P., Charlet J.-P., Montastruc J.-L. et Arlet P., 2003, « Pression de prescription : étude pilote en médecine générale », *Thérapie*, novembre-décembre, 58 (6), pp. 513-517.
- [11] Devaux M., Grandfils N. et Sermet C., 2007 « Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 128, décembre.
- [12] EPPM-IMS/Panel DOREMA (maladies et médicaments) de 1994 à 1998. Étude non publiée.
- [13] Geroulakos G., Nicolaidis A.-N., 1994, « Controlled Studies of Daflon 500 mg in Chronic Venous Insufficiency », *Angiology*, 45, pp. 549-553.
- [14] Haute Autorité de Santé, 2005, « Recommandation de la HAS sur le bien fondé de la prise en charge des médicaments à service médical rendu insuffisant (2^e phase).
- [15] Hobson J., 1997, « Venous insufficiency at work », *Angiology*, 48, pp. 577-582.
- [16] INPES, 2005, « Baromètre 2005. Attitudes et comportements de santé ».
- [17] Krijnen R.M.A., de Boer E.M., Bruynzeel D.P., 1997, « Epidemiology of venous disorders in the general and occupational populations », *Epidemiologic Reviews*, 19, pp. 294-309.
- [18] Le Pen C., Lévy E., 1993, « Socio-économie de la maladie veineuse : les enseignements d'une enquête sur les consommateurs de médicaments phlébotoniques en France », *Phlébologie*, 1993, 46 : 47-63.
- [19] Mutualité Française, 2007, « Les études de la mutualité française sur le médicament. Impact économique de la modification des conditions de remboursement des SMRi en 2006 », juin.
- [20] Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments et Agence du Médicament, 1999, « Étude de la prescription et de la consommation des veinotoniques en ambulatoire ».
- [21] Saille J.-C., Carpentier P.-H., Lebrun T., 2002, « L'insuffisance veineuse : prise en charge et perception des traitements en France en population générale et chez les médecins généralistes », *Phlébologie*, vol. 55(3), pp. 209-216.
- [22] Shami S.K., Sarin S., Scurr J.H., 1997, « Chronic venous insufficiency disease », *International Journal of Angiology*, 6, pp. 30-48.
- [23] Sobaszek A., Domont A. ; Frimat P., Dreyfus J.-P., Mirabaud C., Catilina P., 1996, « L'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs en entreprise : enquête réalisée auprès de trois populations de salariés français », *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale*, 57, pp. 157-167.
- [24] Vanhoutte P.M., Corcaud S., de Montrion C., 1997, « Venous Disease : From Pathophysiology to Quality of Life », *Angiology*, 48, pp. 559-567.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas
Secrétariat de rédaction : Élisabeth Hini; Mise en page : La Souris

ISSN : 1958-587X
