

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?

Bidénam Kambia-Chopin^a, Marc Perronnin^a, Irdes

Les franchises de 0,5 € sur les boîtes de médicaments, mises en place le 1^{er} janvier 2008, avaient notamment pour objectif d'inciter les individus à réguler leur consommation de médicaments. Néanmoins, la somme prélevée par boîte étant la même quels que soient la nature du médicament, le niveau de ressources et l'état de santé des individus, cette charge financière pèse plus fortement sur les individus malades ou à faibles revenus et peut les contraindre à renoncer à des soins utiles. Afin d'apporter un premier éclairage sur ces hypothèses, une analyse a été menée à partir de données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008.

12 % des enquêtés déclarent avoir modifié leurs achats de médicaments suite à la mise en place des franchises. Ce comportement est influencé par le niveau de revenu et l'état de santé : la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 € par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1 167 € par mois, soit un quasi-doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparés aux autres. Une différence similaire est observée entre les individus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais comparés à ceux qui se déclarent en bonne santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, des franchises sont appliquées sur les remboursements de l'Assurance maladie pour plusieurs catégories de soins : 0,5 € sur les boîtes de médicaments et les soins d'auxiliaire et 2 € sur les transports sanitaires. Le montant cumulé de ces franchises est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des prestations concernées. En sont exonérés les individus âgés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ainsi que les femmes enceintes à partir de leur sixième mois de grossesse, mais pas les individus en Affection de longue durée (ALD).

Un des objectifs¹ des pouvoirs publics à travers l'instauration de ces franchises est de responsabiliser le patient et les professionnels de santé auxquels celui-ci a recours. Cet objectif se rattache explicitement à la problématique du risque moral : celle-ci présuppose qu'une couverture élevée des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire incite les individus à consommer trop de soins ou des soins trop chers au regard de leur utilité ; ceci entraîne une perte de ressources pour d'autres biens ou services et donc une perte de bien-être collectif (Pauly, 1968). Les franchises visent à imposer aux individus un certain

niveau de reste à charge pour les inciter à réguler leurs consommations médicales².

¹ L'autre objectif est de dégager des économies pour la Sécurité sociale afin de financer des investissements comme ceux consacrés à la lutte contre le cancer, la maladie d'Alzheimer ou l'amélioration des soins palliatifs.

² Cf. Dossier de presse du Projet de loi et de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2008 : « Dans un souci de responsabilisation et d'efficacité de notre dépense de santé, les champs soumis à la franchise correspondent à des champs de dépenses particulièrement dynamiques (...) la consommation de médicaments en est un exemple puisque, en France, 90 % des consultations se terminent par une ordonnance, soit le double du taux observé chez certains de nos voisins européens. »

^a Auteurs référents : bidenamchopin@yahoo.fr
perronnin@irdes.fr

De ce fait, les franchises ne peuvent pas être remboursées par les contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables »³.

Dans le cas du médicament, ce raisonnement suscite plusieurs interrogations : tout d'abord, il suppose que les individus sont des consommateurs éclairés qui choisissent leur consommation de médicaments au regard du coût des soins et de leur utilité. Or, le choix du traitement adéquat revient en grande partie au professionnel de santé ; c'est essentiellement lui et non le patient qui détermine la nature des soins et leur quantité. De plus, à supposer que le patient puisse intervenir sur sa prescription, il est *a priori* dans l'incapacité de juger de l'utilité de son contenu. En ce sens, l'efficacité du dispositif pose question. Par ailleurs, les franchises font peser un effort financier plus important sur les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu est faible (graphique 1). Ces populations risquent donc de ne pas acheter l'ensemble des médicaments prescrits, faute de moyens financiers suffisants.

L'objectif de cette étude est d'apporter un éclairage concernant l'effet des franchises sur les comportements déclarés d'achats de médicaments chez les personnes concernées par ce dispositif. Nous examinons notamment si cet impact a été plus important pour les personnes à faible revenu et celles ayant un mauvais état de santé.

La couverture des médicaments par le système d'assurance santé avant et après 2008

L'Assurance maladie couvre un large éventail de médicaments mais de manière incomplète. Les sommes laissées à la charge du patient sont de deux natures : les tickets modérateurs et les franchises.

Avant 2008, l'Assurance maladie n'appliquait que les tickets modérateurs. Ceux-ci sont calculés sous la forme d'une fraction du tarif du médicament, fraction d'autant plus faible que le service médical rendu du médicament est important : elle est de 0 % pour les médicaments à vignette blanche barrée, considérés comme « indispensables et très coûteux », 35 % pour les médicaments à vignette blanche, 65 % pour les médicaments à vignette bleue, et 85 % pour les médicaments à vignette orange. Ces derniers, supprimés en 2008, ont été réintroduits en 2010. Les individus en ALD, qui étaient au nombre de 9,4 millions fin 2007⁴, sont exonérés du ticket modérateur lorsque les médicaments prescrits sont en lien avec l'affection. L'assurance complémentaire santé, qui concerne plus de 9 Français sur 10 (88 % par le biais d'un contrat privé et 6 % par le biais de la CMU-C), couvre généralement les tickets modérateurs pour les contrats à vignette blanche et bleue. Selon l'enquête de la Drees sur les contrats les plus sous-

REPÈRES

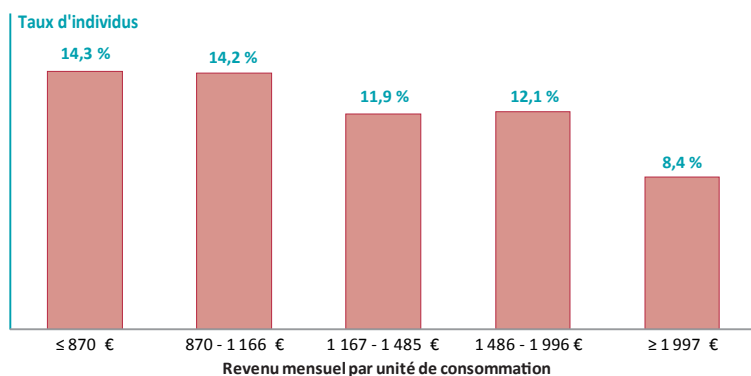
Cette étude s'inscrit dans le cadre des recherches de l'Irdes concernant le rôle de l'assurance santé sur l'efficacité et l'équité du système de santé. Elle vise à analyser l'effet des franchises sur les achats de médicaments en s'appuyant sur les données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale 2008. Elle constitue un premier éclairage qui sera complété par une analyse plus poussée de l'évolution des consommations de soins avant et après la mise en place des franchises, via les données de remboursement.

crits (Arnould et Rattier, 2008), quasiment tous les contrats de couverture complémentaire santé privés remboursent le ticket modérateur pour les médicaments à vignette blanche et une large majorité (86 %) couvre le ticket modérateur pour les médicaments à vignette bleue. En revanche, un peu moins de la moitié des contrats (47 %) couvre les médicaments à vignette orange. La CMU-C, quant à elle, couvre intégralement les tickets modérateurs pour l'ensemble de ses bénéficiaires et des vignettes.

Depuis 2008, l'Assurance maladie laisse également à la charge des individus âgés de 18 ans et plus la franchise. Cette somme fixe de 0,5 € par boîte de médicaments représente, en moyenne, 0,3 % du prix des boîtes de médicaments à vignette blanche barrée, 4,5 % pour celles à vignette blanche, 9,2 % pour celles à vignette bleue et à 10,8 % pour celles à vignette orange (avis du Hcaam sur le médicament, 2009). Les franchises, pour leur part, ne sont pas couvertes par les contrats dits « responsables », qui représentent la très grande majorité des contrats (99 % des contrats selon l'enquête de la Drees sur les contrats les plus souscrits).

G1

Taux de personnes ayant déclaré avoir modifié leurs achats de médicaments suite à l'introduction des franchises, selon le revenu par unité de consommation



Champ : Individus âgés de 18 ans et plus, hors bénéficiaires de la CMU-C et femmes enceintes depuis 6 mois au moins.

Données : Enquête santé protection sociale 2008.

³ Pour être « responsable », un contrat de couverture complémentaire santé ne doit pas rembourser les franchises médicales, les participations forfaitaires ainsi que les majorations de ticket modérateur résultant du non-respect du parcours de soins. Il doit en revanche rembourser tout ou partie des tickets modérateurs pour les séances de médecin, la pharmacie à vignette blanche et la biologie dans le cadre du parcours de soins. Les contrats non responsables sont soumis à la taxe sur les conventions d'assurance (7 % de la prime).

⁴ Rapport d'information de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales déposé en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur les affections de longue durée (ALD).

Ainsi, avant 2008, une part importante des médicaments était intégralement couverte par le système d'assurance santé, les tickets modérateurs étant souvent pris en charge soit par le dispositif des ALD⁵, soit par les couvertures complémentaires santé privées. L'introduction des franchises en 2008 a réduit la couverture globale du médicament chez les adultes puisqu'à l'exception des personnes couvertes par des contrats non responsables, de la CMU-C et des femmes enceintes, les individus de 18 ans et plus ne sont pas remboursés de ce type de reste à charge.

L'effet attendu des franchises selon le revenu et l'état de santé

Afin de comprendre l'effet des franchises sur les comportements d'achats de médicaments des individus soumis à ce dispositif, nous nous basons sur le modèle économique décrit dans l'encadré Méthode. Selon ce modèle, la part maximale du

budget que chaque individu peut allouer aux médicaments dépend de son état de santé, et est égale à un taux $\theta(h)$. Cette part maximale reflète l'utilité économique⁶ que l'individu accorde aux médicaments : plus l'utilité est élevée et plus la part du budget que l'individu est prêt à y consacrer est importante ; en particulier, elle augmente lorsque l'état de santé h de l'individu se détériore. En ajoutant une dépense supplémentaire par boîte de médicaments achetée, la franchise est susceptible de faire passer l'effort financier de l'individu au-delà de cette part maximale : l'individu est alors contraint de réduire sa consommation de médicaments.

Nous pouvons faire l'hypothèse que les individus disposant de faibles ressources financières ont une plus forte probabilité de modifier leurs consommations de soins suite à la mise en place des franchises, puisqu'un même montant de franchise engendre un effort financier d'autant plus important que le revenu est faible.

Néanmoins, l'intensité de l'effet du revenu va dépendre de l'utilité que les individus accordent aux médicaments : si cette utilité est faible, l'effet du revenu sera peu ou pas significatif, et l'ensemble des individus modifiera ses consommations. Les patients se restreignent donc aux consommations qu'ils jugent utiles. Sous réserve que l'utilité du patient coïncide avec l'utilité médicale, l'effet obtenu est celui attendu par le régulateur au regard de son objectif d'efficacité. Si, en revanche, l'utilité accordée aux médicaments est élevée, l'effet du revenu sera marqué : seuls ceux disposant

⁵ Les consommations de médicaments sont fortement concentrées sur les individus en ALD. Ainsi, en 2002, ceux-ci généraient 49 % de la dépense de médicaments remboursables par le régime général (note du Hcaam sur les ALD, 2005).

⁶ L'utilité économique est considérée ici plutôt que l'utilité médicale car elle guide en principe les comportements d'achats de médicaments, une fois la prescription effectuée. Dépendant de leur connaissance, de leurs croyances et de leur goût concernant les médicaments, elle peut s'avérer très différente de l'utilité médicale.

MÉTHODE

Modèle économique utilisé

Du fait de l'Assurance maladie obligatoire et, éventuellement, de la couverture complémentaire santé, les individus font face à un prix réduit pour chaque boîte de médicament. Ce coût résiduel, le reste à charge, est noté c_a . En notant p le prix par boîte de médicaments, x le nombre de boîtes de médicaments, α le taux de couverture par l'Assurance maladie obligatoire hors franchises et δ le taux de couverture par l'Assurance maladie complémentaire (tous les deux en pourcentage du tarif conventionnel), f le montant de franchise et F le plafond de franchises (respectivement égaux à 0,5 € et 50 €).

Avant 2008, $c_a = (1-\alpha-\delta).p.x$. Pour les individus non couverts par une complémentaire santé, $\delta=0$. En revanche, pour les individus couverts le contrat rembourse en général intégralement le reste à charge laissé par l'Assurance maladie obligatoire de sorte que $1-\alpha-\delta = 0$.

Après 2008, au coût précédent s'ajoute la franchise. Deux cas de figures sont possibles. Dans le premier cas, l'individu n'a pas dépassé le plafond F ($x.f \leq F$) et donc $c_a = ((1-\alpha-\delta).p+f).x$. Dans le second cas, l'individu dépasse le plafond ; par conséquent, le reste à charge vaut $c_a = (1-\alpha-\delta).p.x + F$.

Pour décrire la manière dont cette évolution des restes à charge modifie les consommations de soins, nous supposons qu'il existe une part maximale du revenu R que les individus acceptent d'allouer à leurs médicaments. Cette disposition à payer, notée $\theta(h)$, reflète l'utilité apportée par les médicaments relativement aux autres consommations médicales ou

non médicales. Elle est d'autant plus élevée que l'état de santé h de l'individu est dégradé. Les individus n'achètent les boîtes de médicaments prescrites par le médecin qu'à condition que le poids financier de leur reste à charge soit inférieur à leur disposition à payer : $c_a/R \leq \theta(h)$ ou encore $c_a \leq R.\theta(h)$.

On note x_0 la quantité de médicaments prescrits par le médecin et que les individus achètent avant la mise en place des franchises. Après la mise en place des franchises, l'individu va maintenir sa consommation inchangée uniquement si la somme maximale qu'il est prêt à payer pour la quantité x_0 demeure supérieure au reste à charge augmenté de la franchise :

$$\begin{aligned} ((1-\alpha-\delta).p+f).x_0 &\leq R.\theta(h) \text{ lorsque } x_0.f \leq F \\ (1-\alpha-\delta).p.x_0 &\leq R.\theta(h)-F \text{ lorsque } x_0.f > F \end{aligned}$$

En revanche, l'individu va réduire ses consommations si :

$$\begin{aligned} ((1-\alpha-\delta).p+f).x_0 &> R.\theta(h) \text{ lorsque } x_0.f \leq F \\ (1-\alpha-\delta).p.x_0 &> R.\theta(h)-F \text{ lorsque } x_0.f > F \end{aligned}$$

La proportion de la population réduisant sa consommation de médicaments va dépendre en particulier de deux facteurs : d'une part du revenu et d'autre part de l'utilité que les individus accordent aux médicaments. Ainsi, l'individu aura d'autant plus tendance à réduire ses consommations de médicaments que son revenu est faible. En effet, toutes choses égales par ailleurs, la contrainte budgétaire d'un individu au revenu faible arrive à saturation avant celle d'un individu plus riche. Néanmoins, l'in-

tensité de la réduction de consommation de médicaments va dépendre de l'utilité que les individus accordent aux médicaments, c'est-à-dire de $\theta(h)$: plus cette utilité est faible et moins la décision de réduire les consommations de médicaments est affectée par le revenu : l'individu a une forte probabilité de modifier ses consommations, quel que soit son niveau de ressources. Au contraire, plus l'utilité est élevée et plus la décision de réduire la consommation de médicaments est liée au revenu : seuls les individus n'ayant pas les moyens budgétaires suffisants pour assumer le surcoût lié aux franchises vont modifier leurs consommations.

Le second effet, celui de l'état de santé sur la consommation de médicaments, est complexe. D'un côté, plus l'état de santé se dégrade et plus la somme que l'individu est prêt à consacrer à ses médicaments est élevée. D'un autre côté, plus l'état de santé se dégrade et plus la quantité de médicaments prescrits est grande. Tant que le plafond de 50 € n'est pas atteint, le montant cumulé de franchise augmente lorsque l'état de santé se dégrade. Si ce montant cumulé croît moins fortement que la disposition à payer, la probabilité de modifier ses achats de médicaments sera d'autant plus faible que l'état de santé se dégrade. Dans le cas inverse, elle s'accroît. Le résultat dépend donc de l'effet marginal de l'état de santé sur la quantité de médicaments prescrits x_0 et sur l'utilité $\theta(h)$ ainsi que du niveau de revenu R . Lorsque le plafond de 50 € est dépassé, le montant cumulé de franchise se stabilise alors que la disposition à payer continue *a priori* à augmenter. La probabilité que l'individu modifie ses achats de médicaments tend donc à diminuer.

de faibles ressources vont modifier leurs consommations. Ce résultat traduit alors une perte d'accès aux médicaments.

L'effet attendu de l'état de santé est ambigu : d'un côté, plus l'état de santé se dégrade et plus la somme que les individus sont prêts à allouer pour leurs médicaments est élevée ; d'un autre côté, plus l'état de santé se dégrade et plus la quantité de médicaments prescrits est grande, plus le montant cumulé de franchises est important. Ces deux phénomènes (augmentation de la disposition à payer et du montant cumulé de franchise) ont des effets contraires sur les achats de médicaments. La probabilité de déclarer avoir modifié ce type d'achat peut augmenter ou au contraire diminuer. Néanmoins, dans

tous les cas, un effet plus important des franchises chez les personnes en mauvaise santé traduit une perte possible d'accès aux médicaments : alors que ces individus accordent une forte importance aux soins, le surcoût lié aux franchises les contraint à réduire leur consommation de médicaments, leur contrainte budgétaire étant dépassée. Par le biais de données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 (encadré Source), nous examinons dans quelle mesure le revenu et l'état de santé influencent les déclarations de modifications d'achat de médicaments chez les personnes concernées par les franchises. Sont ainsi exclus de l'analyse les moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les femmes enceintes depuis 6 mois et plus.

SOURCE

Recueil et échantillon

L'étude s'appuie sur des données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008. Cette enquête, réalisée tous les deux ans par l'Irdes auprès d'environ 8 000 ménages regroupant 22 000 individus, permet de disposer de données sociodémographiques, d'état de santé, et de protection sociale. Un volet spécifique a été introduit afin de connaître la manière dont les individus avaient modifié leurs consommations de médicaments suite à l'introduction des franchises :

- Tout d'abord, il est demandé aux individus s'ils ont ou non entendu parler des « nouvelles franchises sur les remboursements de l'Assurance maladie ».

- Après avoir rappelé en quoi consistent les franchises, les enquêtés sont invités à préciser s'ils se sont fait prescrire des médicaments depuis le 1^{er} janvier 2008. Enfin, ceux qui se sont fait prescrire des médicaments sont interrogés sur les conséquences qu'ont eu les franchises sur leurs achats de médicaments prescrits : la personne a discuté avec le médecin pour réduire la prescription, elle a décidé de n'acheter qu'une partie des médicaments prescrits, elle a repoussé dans le temps l'achat des médicaments prescrits, d'autres conséquences, aucune modification (la personne a continué à se faire prescrire et à acheter des médicaments comme auparavant).

Ces questions ont été posées à 7 224 individus, en très grande majorité adultes, dont ont été exclus les personnes non concernés par les franchises : les moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-C, les femmes enceintes depuis six mois au moment de l'enquête. Les personnes n'ayant pas répondu aux questions sur la couverture complémentaire et sur l'état de santé ayant également été exclues, l'échantillon

comporte 6 456 individus. Pour les analyses sur les modifications de comportement, les individus sélectionnés sont ceux auxquels ont été prescrits des médicaments depuis le 1^{er} janvier 2008 (5 044 individus), hors les personnes n'ayant pas répondu (52 individus) ou ayant fourni des réponses incohérentes à la question sur les changements de consommations suite à la mise en place des franchises (7 individus). Une réponse est considérée comme incohérente lorsque l'individu a mentionné un type de changement tout en indiquant qu'il n'a pas modifié ses achats. L'échantillon final obtenu comporte 4 985 individus.

Maladies chroniques et affections longue durée

Une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer au moins six mois. La prise en charge au titre d'une Affection de longue durée (ALD) ne peut se faire que si la maladie appartient à une liste définie de 30 pathologies dont le traitement est coûteux, ou être une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave. Elle doit être reconnue par le médecin traitant qui fait une demande de prise en charge. D'un point de vue médical, la notion d'ALD est donc plus restrictive que celle de maladie chronique. De ce fait, 83 % des individus de notre échantillon ayant indiqué qu'ils sont en ALD déclarent également qu'ils ont une maladie chronique. Par contre, 58 % des individus ayant une maladie chronique ne se déclarent pas en ALD.

Par ailleurs, les individus en ALD se distinguent par leur couverture sociale puisqu'ils sont exonérés du ticket modérateur pour les soins en relation avec leur affection. La caractéristique « être en ALD » contient donc une information médicale et assurantielle.

Plus de la moitié des personnes enquêtées déclare connaître le dispositif des franchises

Sur les 6 456 individus retenus pour l'étude, 64 %⁷ ont déclaré avoir entendu parler des franchises, 34 % n'en ont pas entendu parler et 2 % ne se prononcent pas. La proportion de personnes déclarant avoir entendu parler des franchises est plus importante lors de la première vague de l'enquête (individus enquêtés de mars à juin) que lors de la seconde (individus enquêtés de septembre à décembre) : 69 % contre 60 %. La connaissance du dispositif semble donc s'atténuer dans le temps, ce qui *a priori* compromet le caractère pérenne de ses effets sur les consommations de soins. Néanmoins, cette hypothèse est contredite par les résultats présentés plus loin : toutes choses égales par ailleurs, la proportion d'individus ayant déclaré avoir modifié ses comportements d'achat de médicaments est identique en première et en deuxième vague.

Une forte majorité d'individu n'a pas modifié ses consommations de soins

5 044 individus (78 % des personnes interrogées) ont déclaré s'être fait prescrire des médicaments en 2008. Après retrait des non-réponses ou des réponses incohérentes aux questions concernant les modifications de comportement suite à la mise en place des franchises (encadré Méthode), cet effectif se réduit à 4 985 individus. Parmi eux, 4 391 (88 %) ont déclaré n'avoir en rien modifié leurs consommations de médicaments. Seuls 594 individus (12 % de l'échantillon) déclarent avoir modifié d'une manière ou d'une autre leur mode de consommation. Invités à expliciter les changements effectués, ces individus ont donné les réponses suivantes :

- 64 % ont décidé de n'acheter qu'une partie des médicaments prescrits ;
- 33,5 % ont repoussé dans le temps l'achat de certains médicaments prescrits ;

⁷ Afin de faire coïncider les taux avec les effectifs, les taux sont calculés sans pondération. L'application de la pondération servant à redresser le biais de non-réponse dans l'enquête ESPS ne modifie que très marginalement les résultats.

- 13 % ont indiqué des changements divers : contrôle du budget pharmacie, autorégulation de la consommation, automédication ;
- enfin, 28 % ont discuté avec le médecin pour réduire leurs prescriptions, ce que le médecin a accepté de faire dans 8 cas sur 10. Il existe donc une interaction entre le médecin et le patient au cours de laquelle le patient peut, dans une certaine mesure, influencer sa prescription.

Le nombre total d'individus ayant déclaré avoir modifié ses consommations de médicaments étant relativement faible, nous n'avons pas pu étudier chaque choix possible de changement en fonction des caractéristiques des individus. Dans la suite de l'étude, c'est la variable binaire « avoir changé ou non ses consommations de médicaments » qui est analysée. Elle est construite en agrégeant les différents items de changement. Nous considérons ainsi qu'une personne a changé ses consommations si elle a discuté avec le médecin pour réduire sa prescription, a décidé de n'acheter qu'une partie des médicaments prescrits, a repoussé dans le temps l'achat de certains médicaments ou a indiqué d'autres types de changements.

Plus le revenu augmente, moins la mise en place de cette nouvelle franchise a affecté le comportement en matière de consommation de médicaments : 14 % des individus ayant un revenu par unité de consommation inférieur à 1 167 € ont déclaré avoir modifié leur consommation contre 8 % des individus ayant un revenu par unité de consommation supérieur ou égal à 1 997 €.

La proportion d'individus ayant déclaré avoir modifié ses comportements de consommation de médicaments suite à la mise en place des franchises est significativement plus élevée parmi les personnes qui déclarent un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais que chez celles déclarant un état de santé très bon ou bon (13 % contre 11 %). Un écart significatif est aussi observable entre les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique et celles n'en souffrant pas (13 % contre 11 %). En revanche, il n'existe pratiquement pas de différence entre les personnes en ALD et les autres.

L'effet des caractéristiques individuelles sociales et médicales modélisé

Pour tester les hypothèses concernant l'effet des franchises selon le revenu et l'état de santé, nous analysons, au moyen d'un modèle *Logit* l'effet des caractéristiques individuelles sociales et médicales sur la probabilité de déclarer avoir modifié ses consommations de médicaments suite à la mise en place des franchises. Des variables caractérisent l'accessibilité financière aux soins et les besoins de soins : le revenu par unité de consommation, le fait d'être couvert par une complémentaire santé, le niveau d'étude, le genre, l'âge et l'âge au carré⁸, l'état de santé déclaré, le fait de souffrir d'une pathologie chronique, être pris en charge à 100 % pour une ALD, la consommation de tabac, les densités de médecins généralistes et spécialistes dans le département de résidence. La vague d'enquête est également prise en compte car plus les individus sont interrogés tardivement et plus il est probable qu'ils se soient fait prescrire des médicaments entre le 1^{er} janvier 2008 et la date de l'*interview*. Nous introduisons enfin le mode d'enquête (en face à face ou par téléphone) qui est susceptible d'influencer les réponses des enquêtés. Les effets sont présentés en points de pourcentage.

Les individus pauvres déclarent plus souvent avoir modifié leurs consommations...

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de déclarer une modification des consommations de médicaments suite à la mise en place des franchises augmente lorsque le niveau de richesse diminue. Comparés aux individus dont le revenu par unité de consommation excède 1 997 €, cette probabilité est plus forte de 4,0 points pour les individus dont le revenu par unité de consommation est compris entre 1 167 € et 1 996 € et de 7,3 points pour ceux dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 1 167 €. Ce dernier chiffre correspond à un quasi-doublement du taux de changement déclaré.

Au regard du modèle théorique, cet effet important du revenu semble indiquer que les franchises ont eu un effet négatif en termes d'accès aux médicaments : un même cumul de franchise représente un effort financier d'autant plus élevé que les individus disposent d'un faible revenu. A état de santé identique, les individus disposant de faibles ressources financières ont donc une plus forte probabilité de modifier leurs consommations de médicaments que les individus disposant de ressources importantes.

... de même que ceux ayant un mauvais état de santé

Les individus déclarant un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais ont une probabilité plus élevée de déclarer avoir modifié leurs consommations de soins suite à la mise en place des franchises (+2,1 points comparés aux individus déclarant un état de santé très bon ou bon). Le fait de souffrir d'une maladie chronique a également un impact important et significatif (+2,1 points comparés à ceux n'en souffrant pas).

Cet effet semble également indiquer une perte d'accès aux soins : les individus en mauvaise santé ont *a priori* un fort besoin de médicaments mais sont obligés de renoncer à certains d'entre eux en raison du cumul important de franchises. Cette interprétation nécessite quelque prudence, la nature des médicaments dont les individus ont repoussé l'achat ou auxquels ils ont renoncé n'étant pas connue. Il est ainsi possible que les individus en mauvaise santé aient renoncé aux médicaments les moins utiles.

Etre en ALD n'a pas d'effet sur la probabilité de déclarer avoir modifié ses consommations de soins suite à la mise en place des franchises. Pourtant, ces individus cumulent des montants de franchise élevés : en 2008, dans son avis sur le médicament, le Hcaam estimait que 50 % des individus en ALD étaient susceptibles d'atteindre le plafond de franchise de 50 €, du

⁸ Cela permet d'appréhender les effets de l'âge en U ou en U inversé fréquemment rencontrés dans le cadre des analyses des consommations médicales.

T1

Influence des caractéristiques individuelles sur la probabilité d'avoir modifié son comportement d'achat de médicaments suite à la mise en place des franchises

Caractéristiques individuelles	Variation de la probabilité en points	Significativité ^a
Revenu par unité de consommation		
<i>1 997 € et plus</i>	<i>Réf.</i>	
Inférieur à 1 167 €	7,30	***
De 1 167 à 1 996 €	4,04	***
Inconnu	4,94	**
Couverture complémentaire		
<i>Non couvert</i>	<i>Réf.</i>	
Couvert	-1,94	NS
Niveau d'études		
<i>Baccalauréat</i>	<i>Réf.</i>	
Non scolarisé, primaire, collège, CEP, BEP	3,13	**
CAP	0,18	NS
BAC +2 et plus	0,80	NS
Inconnu	-1,15	NS
Genre		
<i>Femme</i>	<i>Réf.</i>	
Homme	-2,17	**
Âge et âge au carré		
Âge	0,51	***
Âge au carré	-0,01	***
État de santé déclaré		
<i>Très bon, bon</i>	<i>Réf.</i>	
Assez bon, mauvais, très mauvais	2,09	**
Déclare souffrir d'une pathologie chronique		
<i>Non</i>	<i>Réf.</i>	
Oui	2,05	**
Prise en charge à 100 % au titre d'une ALD		
<i>Non</i>	<i>Réf.</i>	
Oui	0,73	NS
Consommation de tabac		
<i>N'a jamais fumé</i>	<i>Réf.</i>	
Anciennement fumeur	-1,76	*
Actuellement fumeur	-1,80	*
Densité de médecins dans le département de résidence, en 2007		
Densité d'omnipraticiens	-0,02	NS
Densité de spécialistes	0,06	**
Vague de l'enquête		
<i>Première vague</i>	<i>Réf.</i>	
Deuxième vague	0,81	NS
Mode d'enquête		
<i>Téléphone</i>	<i>Réf.</i>	
Face-à-face	-8,62	***
Nombre d'observations:.....4 985		
Nombre d'individus ayant modifié leur comportement d'achats de médicaments:.....594		

^a Seuil de significativité: * 10 %, ** 5%, *** 1%.

Guide de lecture: les effets sont donnés en points. Le fait d'avoir un revenu inférieur à 1 167 € plutôt que supérieur à 1 997 € augmente la probabilité de déclarer avoir modifié ses consommations de soins de 7,3 points, ce qui correspond à une variation brute de probabilité de -0,073.

Données: Irdes, Enquête santé protection sociale 2008.

Exploitation: Irdes.

seul fait de leurs achats de médicaments. Néanmoins, l'état de santé auto-évalué et la déclaration de maladie chronique captent déjà une partie de l'effet de l'état de santé sur les modifications de consommations de médicaments, ce qui limite l'influence de la variable « être en ALD » en tant qu'indicateur de santé. De surcroît, puisque les individus en ALD bénéficient d'une exonération des tickets modérateurs sur les médicaments liés à leur affection, leur reste à charge total est moindre que celui d'un individu d'état de santé équivalent mais ne bénéficiant pas de ce régime.

Effet de l'âge et du sexe

Les hommes ont une probabilité significativement moins forte que les femmes de déclarer avoir modifié leur consommation de médicaments suite à la mise en place des franchises (-2,2 points). Ce résultat est cohérent dans la mesure où les femmes présentent des consommations de médicaments plus importantes que les hommes (*cf.* Dourgnon, Sermet, 2002 ; Raynaud, 2005) et paient donc un montant de franchise plus élevé.

L'effet positif de l'âge et négatif de l'âge au carré indiquent que la probabilité de déclarer une modification de consommation de médicaments augmente avec l'âge jusqu'à 43 ans et diminue ensuite. Cet effet peut s'interpréter de la manière suivante : les individus âgés de 18 ans, les plus jeunes de notre échantillon, ont de faibles niveaux de consommation de médicaments et sont donc peu affectés par les franchises. Lorsque l'âge augmente, les besoins en médicaments s'accroissent mais ils concernent principalement des médicaments ayant une utilité modérée, dont l'achat peut être reporté dans le temps. Au-delà de 43 ans, les besoins en médicaments continuent à augmenter, mais avec une utilité plus forte.

Effet des autres variables

Le fait d'être ou non couvert par une complémentaire santé n'influence pas de manière significative la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats de

médicaments. Ce résultat n'allait pas de soit car les individus non couverts ont à leur charge l'intégralité des tickets modérateurs. Avant la mise en place des franchises, leur contrainte budgétaire était donc susceptible d'être plus proche de la saturation que celle des individus couverts. Par conséquent, ils semblaient moins aptes à faire face à la charge supplémentaire liée aux franchises.

Le fait d'être un ancien fumeur ou un fumeur actif diminue la probabilité de déclarer avoir modifié son comportement d'achat de médicaments. Néanmoins, dans les deux cas, cet effet est relativement faible (-1,8 point) et peu significatif.

La densité d'omnipraticiens n'a pas d'effet significatif sur la probabilité de déclarer avoir modifié ses consommations de soins. En revanche, la densité de spécialistes a un impact significatif : plus cette densité est élevée et plus les individus déclarent avoir modifié leur comportement d'achat de médicaments.

La vague d'enquête n'a pratiquement aucun effet sur la probabilité de déclarer avoir modifié ses consommations de médicaments suite à la mise en place des franchises. Ce résultat est contre-intuitif dans la mesure où les personnes enquêtées en deuxième vague pourraient être amenées à renoncer davantage aux soins. En effet, ces personnes interrogées plus tardivement ont eu l'occasion de se faire prescrire plus de médicaments à compter du 1^{er} janvier 2008 et font donc face à des montants cumulés de franchise plus importants.

Enfin, la probabilité de déclarer avoir modifié ses consommations de soins suite à la mise en place des franchises est significativement moins élevée chez les individus enquêtés en face-à-face que chez ceux enquêtés par téléphone. L'écart est très important puisqu'il est de 8,6 points. L'analyse menée pour comprendre cet effet

conduit à conclure qu'il traduit probablement un biais de report : un même individu va répondre différemment suivant qu'il est enquêté en face-à-face ou par téléphone. Pour autant, cet écart de réponse n'est pas de nature à remettre en cause les résultats obtenus comme nous l'avons vérifié. En effet, il est uniforme quel que soit le profil des enquêtés et n'affecte donc pas significativement l'estimation des effets des caractéristiques individuelles sur les modifications de consommations de médicaments.

* * *

Deux constats se dégagent de cette analyse : tout d'abord, parmi les personnes s'étant fait prescrire des médicaments entre le 1^{er} janvier 2008 et la date de l'enquête, seule une faible proportion déclare avoir modifié ses consommations de soins du fait des franchises. L'efficacité limitée de ces franchises s'explique par leur coût (0,5 €) relativement bas pour les individus aux revenus moyens ou élevés, d'une part ; d'autre part, du fait que les individus n'ont qu'une capacité restreinte à influencer les prescriptions des médecins et à évaluer l'utilité des médicaments prescrits. En second lieu, les changements de consommations sont plus fréquents chez les indivi-

us disposant de faibles ressources et ceux en mauvaise santé. Pour ces deux populations, les franchises représentent une charge financière significative ayant pour effet une perte d'accès aux médicaments.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux concernant la participation de 1 € dans l'enquête Credoc-CTIP 2005 (Simon, 2006) : Seuls 8 % des enquêtés indiquaient que cette mise en place avait changé de manière certaine ou probable leur comportement en matière de consultation de médecin. Comme pour la franchise sur le médicament, les changements les plus fréquents étaient observés chez les individus à faibles revenus.

En termes médical et économique, cette étude est limitée par le caractère binaire de la variable analysée (avoir ou non modifié ses achats de médicaments). Cette variable n'apporte en effet qu'une information sommaire sur le comportement des individus. Elle ne renseigne pas sur la nature des médicaments auxquels l'individu a renoncé ; elle ne permet pas non plus de mettre en évidence d'éventuelles substitutions entre médicaments, aussi des analyses complémentaires sur des données « objectives » de consommations de soins s'imposent-elles. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Arnould M.-L. Marie-Odile Rattier M.-O. (2006). « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », Drees, *Etudes et Résultats* n° 635, mai 2008.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) (2008). *Avis sur le médicament*. Septembre.
- Pauly M. V. (1968). « The Economics of Moral Hazard: Comment ». *The American Economic Review*, vol. 58, n° 3, Part 1., Jun., pp. 531-537.
- Simon M.-O. (2006). *Les Français et la réforme de l'Assurance maladie*, Credoc, Collection des Rapports n° 239, janvier.
- Rapport d'information de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales déposé en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur les affections de longue durée
- « Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur les affections de longue durée » (2008). Door J.-P. Paris, Assemblée nationale, *Documents d'information de l'Assemblée nationale*, n° 1271, novembre.

Questions d'économie de la santé



Les restes à charge : des évolutions selon quelles règles ?

Thierry Debrand, Christine Sorasith.
Numéro 159, novembre 2010.

Documents de travail

Subscribing to Supplemental Health Insurance in France : a Dynamic Analysis of Adverse Selection.
Carine Franc, Marc Perronnin, Aurélie Pierre.



Le recours à l'aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille.

Sophie Guthmuller, Florence Jusot, Jérôme Wittwer, Caroline Desprès.

Out-of-Pocket Maximum Rules under a Compulsory Health Care Insurance Scheme: a Choice between Equality and Equity.
Thierry Debrand, Christine Sorasith.

Rapports de recherche

Prévalence et contrôle de l'asthme en France en 2006 et rôle des déterminants.

Anissa Afrite, Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen.



Dotation des secteurs psychiatriques et mise en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie en Île-de-France.

Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès.

À découvrir sur le site Internet de l'Irdes

<http://www.irdes.fr>



- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription.
- Les **bases de données Eco-Santé**, outils d'analyse retrospective des statistiques de santé, sont conçues pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : le bulletin bibliographique *Quoi de neuf, Doc ?*, des dossiers thématiques, le glossaire spécialisé français/anglais...

Le site est disponible **en français et en anglais**.

Institut de recherche et documentation en économie de la santé - Irdes
Publications et Communication

10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02/06 • Fax : 01 53 93 43 07

Espace Internet : www.irdes.fr/EspacePresse • Courriel : presse@irdes.fr