

points de repere



Les premiers conditionnements trimestriels ou grands conditionnements ont été commercialisés en septembre 2005, après leur autorisation en 2004. Depuis, leur progression est constante et s'est même accélérée début 2008. Au sein des quatre principales pathologies pour lesquelles ils sont disponibles, le diabète, l'ostéoporose, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, les grands conditionnements représentent aujourd'hui près d'un quart des traitements délivrés.

Le prix d'une boîte de trois mois est, en moyenne, de 13% inférieur à celui de trois boîtes d'un mois. Pour les pathologies telle que l'hypertension qui représentent des dépenses considérables pour l'Assurance maladie, les économies potentielles liées à cette différence de prix sont tangibles: près de 400 millions d'euros par an si la dispensation de boîtes trimestrielles atteignaient 60% des traitements des patients stabilisés.

La prescription et la dispensation de boîtes en conditionnement trimestriel entrent peu à peu dans les habitudes et ont largement progressé depuis la mise en œuvre de la réglementation, pour concerner aujourd'hui près d'un quart des traitements délivrés en officine. Les marges de progression restent néanmoins importantes. En outre, cette analyse montre que la prescription se fait à bon escient pour les patients stabilisés dans leur traitement.

Pour l'année 2009, on estime à 105 millions d'euros l'économie réalisée grâce aux grands conditionnements. Celle-ci se fait au bénéfice à la fois des assureurs et des patients.

Les traitements médicamenteux en grand conditionnement: la situation 5 ans après l'autorisation

Les grands conditionnements ont été autorisés par un décret de décembre 2004 modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Puis un avis de la Commission de la transparence d'avril 2005 les a préconisés pour les patients stabilisés dans le traitement de quatre pathologies chroniques: le diabète (traitements oraux), l'ostéoporose, l'hypertension et l'hypercholestérolémie.

Des conditionnements trimestriels existent toutefois dans d'autres domaines thérapeutiques (comme les contraceptifs oraux remboursables), sans qu'il y ait eu de préconisation de la part de la Commission. Les quatre pathologies citées concentrent la quasi-totalité des conditionnements trimestriels disponibles aujourd'hui et sont les seules à être prises en compte dans cette étude.

● Vincent Reduron (CNAMTS)

● Une offre couvrant plus des trois quarts des traitements de quatre pathologies chroniques

En septembre 2005, les premiers médicaments en conditionnement trimestriel, deux antiostéoporotiques, ont été commercialisés. Entre mars 2006 et mars 2007, une vague de mises sur le marché a couvert une grande partie des traitements utilisés dans les quatre pathologies visées : en avril 2007, près de trois quarts de ces traitements étaient disponibles en conditionnement trimestriel (encadré 1).

Depuis, la commercialisation de médicaments en boîtes trimestrielles a peu évolué. En décembre 2009¹, ce type de conditionnement est disponible pour 79 % des médicaments permettant de traiter les quatre pathologies visées (tableau 1). Les 21 % de traitements disponibles seulement en conditionnement mensuel sont principalement des traitements de seconde intention ou introduits récemment sur le marché.

● Une montée en charge progressive de la délivrance en officine

La délivrance en officine des grands conditionnements s'est faite de façon très progressive. Elle semble toujours en cours, au vu du rythme de progression observé fin 2009.

Les antiostéoporotiques constituent une classe à part puisque les conditionnements trimestriels s'y sont généralisés très tôt et à un rythme soutenu (graphique 1). La taille réduite des boîtes (contenant seulement 12 comprimés pour trois mois, contre 90 en général dans les autres pathologies), plus habituelle pour les pharmaciens, n'est probablement pas sans lien avec ce développement rapide. En décembre 2007, la part de ces traitements en conditionnement trimestriel² dépassait déjà les 30 % et en décembre 2009, cette part atteint 46,8 % des traitements délivrés.

En revanche, dans les trois autres classes de médicaments, la délivrance des boîtes de trois mois ne s'est réellement développée qu'à partir de 2008, avec la mise en place des franchises médicales et l'obligation

Encadré 1

Médicaments disponibles en grand conditionnement

Pour une pathologie donnée, il existe un nombre déterminé de traitements en usage - un traitement étant défini par un principe actif, un dosage et une forme pharmaceutique (exemple : Tramadol 100mg, comprimé à libération prolongée) [définition utilisée pour les données du tableau 1].

Un traitement est considéré comme disponible en conditionnement trimestriel si et seulement si une présentation en boîte de trois mois de ce dernier est inscrite à la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Dans ce cas, toutes les délivrances de ce traitement, qu'elles soient en boîtes d'un ou de trois mois, sont comptabilisées dans les délivrances de médicaments « disponibles en grand conditionnement ».

Tableau 1

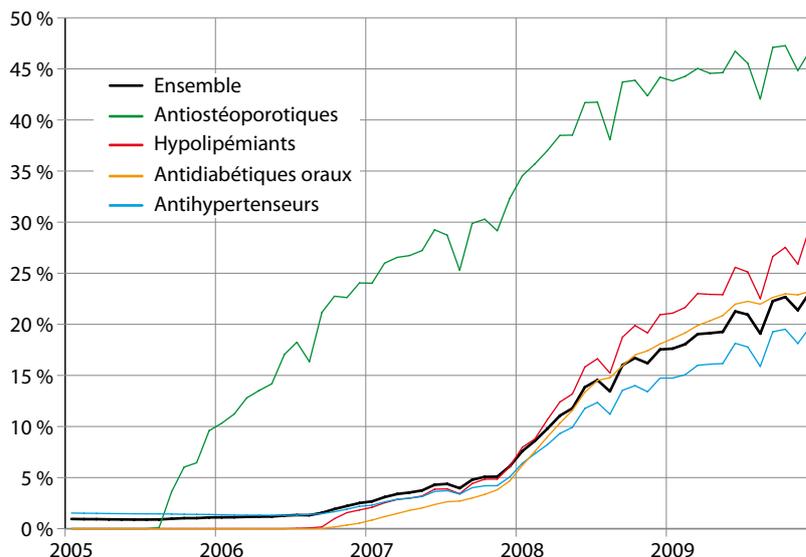
Part des traitements disponibles en grand conditionnement en décembre 2009, selon la classe de médicament

	En nombre de traitements	En montant remboursé
Antidiabétiques oraux	80 %	62 %
Antihypertenseurs	79 %	88 %
Antiostéoporotiques	86 %	72 %
Hypolipémiants	80 %	74 %
Ensemble des 4 classes de médicaments	79 %	80 %

Champ : Tous régimes, France entière
(données RG hors SLM France métropolitaine extrapolées)
Source : SNIIRAM (CNAMTS) et base de données du médicament

Graphique 1

Part des traitements délivrés en grand conditionnement, selon la classe de médicament



Champ : Tous régimes, France entière
(données RG hors SLM France métropolitaine extrapolées)
Source : SNIIRAM (CNAMTS)

¹ Date de réalisation de l'étude ; la situation a pu légèrement évoluer depuis.

² Un « traitement mensuel » correspond à l'équivalent d'un mois de traitement : donc 1 boîte de grand conditionnement = 3 traitements mensuels et 1 boîte de conditionnement mensuel = 1 traitement mensuel. Cette unité de mesure commune aux deux types de conditionnement permet de calculer la part des traitements en grand conditionnement : cette part correspond au nombre de traitements mensuels en grand conditionnement divisée par le nombre de traitements mensuels tous conditionnements confondus.

légale pour les pharmaciens de délivrer ces grands conditionnements dans le cas de longs traitements. Alors qu'en décembre 2007 leur part ne dépassait pas les 6 % des délivrances, elle atteint, en décembre 2009, 23,2 % parmi les antidiabétiques oraux, 19,8 % parmi les antihypertenseurs et 29,7 % parmi les hypolipémiants (tableau 2). Toutes pathologies confondues, la part globale de traitements délivrés en grand conditionnement s'établit à 23,2 % en décembre 2009.

● Le poids important des antihypertenseurs

Sur l'année 2009, le nombre de traitements mensuels délivrés en France entière (tous régimes) dans les quatre pathologies

Tableau 2

Nombre de traitements mensuels délivrés (en millions) en décembre 2009, selon le conditionnement et la classe de médicament

	Nombre de traitements mensuels			Part de boîtes trimestrielles
	en boîtes trimestrielles	en boîtes mensuelles	Total	
Antidiabétiques oraux	1,4	4,8	6,2	23,2 %
Antihypertenseurs	4,1	16,8	20,9	19,8 %
Antiostéoporotiques	0,5	0,6	1,1	46,8 %
Hypolipémiants	21,0	4,9	7,0	29,7 %
Ensemble des 4 classes de médicaments	8,2	27,1	35,3	23,2 %

Champ : Tous régimes, France entière
(données RG hors SLM France métropolitaine extrapolées)
Source : SNIIRAM (CNAMTS)

Tableau 3

Nombre de traitements mensuels délivrés par année (en millions), selon le conditionnement et la classe de médicament

	Antidiabétiques oraux		Antihypertenseurs		Antiostéoporotiques		Hypolipémiants		Ensemble des 4 classes de médicaments	
	en boîtes trimestrielles	Total	en boîtes trimestrielles	Total	en boîtes trimestrielles	Total	en boîtes trimestrielles	Total	en boîtes trimestrielles	Total
2005	0,0	55,8	3,2	222,7	2,0	8,9	0,0	74,4	3,4	361,8
2006	0,1	59,0	3,4	228,5	1,8	10,6	0,3	76,1	5,6	374,2
2007	1,6	63,2	8,2	233,8	3,5	12,4	3,0	79,2	16,3	388,6
2008	8,8	67,5	26,5	239,4	5,2	13,0	12,4	82,2	52,8	402,1
2009	15,2	70,9	41,6	240,9	5,8	12,8	20,8	83,4	84,6	409,7

Champ : Tous régimes, France entière
(données RG hors SLM France métropolitaine extrapolées)
Source : SNIIRAM (CNAMTS)

concernées est de près de 409,7 millions, dont 83,4 millions en conditionnement trimestriel (soit 27,8 millions de boîtes de trois mois) (tableau 3). A titre de comparaison, le nombre de boîtes de médicament délivrées en officine sur la même période est de 2,5 milliards. Les quatre pathologies chroniques auxquelles s'applique le grand conditionnement représentent ainsi 16 % du volume des médicaments délivrés en officine. En termes de montant remboursé leur poids est de 18 %.

De ces quelques 409,7 millions de traitements mensuels, les antihypertenseurs représentent la majeure partie : 59 %, soit près de 241 millions. Les hypolipémiants et les antidiabétiques oraux en représentent respectivement 21 % et 17 %. Par ailleurs, les antiostéoporotiques possèdent un poids relativement

faible : parmi les quatre pathologies, ils représentent seulement 3 % des traitements et 6 % des montants remboursés.

● Une baisse significative du coût des traitements grâce au grand conditionnement

Les grands conditionnements présentent l'avantage, tant pour le patient que pour les assureurs, d'un coût par comprimé inférieur à celui des conditionnements mensuels. Jusqu'à mars 2009, ce coût était mécaniquement inférieur en raison de la dégressivité des marges appliquées aux boîtes de médicament : le prix fabricant hors taxes (PFHT) était strictement proportionnel au nombre de com-

primés. Depuis cette date, le PFHT des conditionnements trimestriels est décoté de 5 % par rapport à celui de 3 conditionnements mensuels. Désormais, le prix (public TTC) d'un conditionnement trimestriel est en moyenne 13 % moins élevé (avant mars 2009 : 9 %) que trois conditionnements mensuels.

Cette différence de prix se fait en faveur, non seulement de l'Assurance maladie obligatoire, mais aussi des assurés et de leurs assureurs complémentaires puisque le ticket modérateur diminue ainsi que la franchise (0,5 euro de franchise médicale pour un grand conditionnement contre 1,5 euros pour 3 conditionnements mensuels - tableau 4).

Tableau 4

Exemples de prix en décembre 2009 de médicaments, selon leur conditionnement (mensuel ou trimestriel)

	Prix de la boîte mensuelle	Sur une période de trois mois		Économie annuelle		
		Prix pour 3 boîtes mensuelles	Prix de la boîte trimestrielle	Économie Totale	dont Assurance maladie	dont assurés et assureurs complémentaires
Crestor 10mg	27,86 €	83,58 €	71,62 €	47,84 €	27,10 €	20,74 €
Aprovel 300mg	31,86 €	95,58 €	81,35 €	56,92 €	33,00 €	23,92 €
Metformine générique 1000mg	4,04 €	12,12 €	10,51 €	6,44 €	0,19 €	6,25 €
Actonel 35mg	34,08 €	102,24 €	87,46 €	59,12 €	34,43 €	24,69 €
Gliclazide générique 30mg	11,81 €	35,43 €	32,90 €	10,12 €	2,58 €	7,54 €
Acide alendronique générique 70mg	20,46 €	61,38 €	49,88 €	46,00 €	25,90 €	20,10 €

Source : Base de données des médicaments

● **Le surcoût lors des arrêts de traitement est relativement limité**

L'évaluation de l'économie réalisée grâce à l'introduction des grands conditionnements doit toutefois tenir compte des surcoûts liés aux arrêts de traitements.

En effet, la boîte trimestrielle ne constitue le conditionnement le plus adapté que si le patient consomme effectivement la totalité des trois mois de traitement. S'il ne consomme qu'un ou deux mois de traitement, le conditionnement en boîtes mensuelles reste économiquement plus avantageux.

Dans le cas des pathologies chroniques concernées ici, les traitements sont destinés à être pris en continu et sur le long terme, éventuellement après une période initiale où le principe actif ou la posologie peuvent être modifiés. La délivrance de traitements de trois mois n'apparaît donc adaptée que lorsque le patient est stabilisé dans son traitement. Peu de patients sous traitement en conditionnement trimestriel devraient donc arrêter celui-ci au cours d'une année.

L'analyse qui suit cherche à estimer la fréquence d'arrêt de traitement pour ces patients et la compare aux arrêts pour les patients traités avec des conditionnements mensuels. La fréquence des arrêts de traitement permet ensuite d'estimer le surcoût qui en découle.

La méthodologie de calcul est précisée dans l'encadré 2. Le taux mensuel d'arrêts de traitement a été calculé sur la période allant de janvier à octobre 2008, pour un échantillon de 17 médicaments. Ces

Tableau 5

Arrêts mensuels de traitement entre janvier et octobre 2008

	Pourcentage de patients arrêtant leur traitement chaque mois	
	traitement conditionné en boîtes mensuelles	traitement conditionné en boîtes trimestrielles
Antidiabétiques oraux	3,9	1,2
Metformine ^(a) 850mg	4,9	1,6
Metformine ^(a) 1000mg	2,9	0,8
Anticholestérol	4,0	2,2
Tahor 10mg	3,5	2,1
Crestor 5mg	4,9	2,8
Simvastatine 20mg	3,5	2,1
Pravastatine 20mg	4,0	2,1
Tahor 40mg	3,9	1,9
Antiostéoporotiques	7,2	4,2
Bonviva 150mg	6,1	3,7
Actonel 35mg	5,5	3,3
Fosavance 70mg/2800UI	10,6	6,2
Acide alendronique 70mg	6,4	3,5
Antihypertenseurs	5,0	2,4
Lercan 10mg	6,0	2,6
Indapamide 1,5mg	4,6	2,2
Aprovel 150mg	6,0	2,5
Ramipril 5mg	4,9	2,2
Cotareg 160mg/25mg	3,5	1,8
Caduet 5mg/10mg	5,2	3,2

(a) Compte tenu de la posologie, les grands conditionnements de metformine ne correspondent pas dans tous les cas à 3 mois de traitement. Ils sont considérés comme des conditionnements trimestriels car ils contiennent trois fois le contenu d'une boîte habituelle.

Lecture : En moyenne, sur 100 patients traités par Aprovel 150mg en conditionnement mensuel durant un mois donné, 6 arrêtent leur traitement dès le mois suivant. Ce chiffre est de 2,5 dans le groupe des patients ayant un traitement en conditionnement trimestriel.

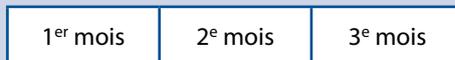
Champ : Tous régimes, France entière
Source : SNIIRAM (CNAMTS)

Encadré 2

Méthodologie de calcul du surcoût lors des arrêts de traitement

On se place dans l'hypothèse où un patient reçoit une boîte trimestrielle mais arrête le traitement dans les trois mois qui suivent.

La boîte de trois mois permet 3 mois de traitement à partir de la date de délivrance :



On note T le taux de remboursement, P_{GC} et P_{CM} les prix unitaires des boîtes en conditionnement trimestriel (grand conditionnement, GC) et en conditionnement mensuel (CM).

• **Trois situations sont possibles :**

1. L'arrêt intervient lors du **1^{er} mois de la boîte**. Moins d'un tiers de la boîte est consommé :



Le conditionnement le plus adapté aurait été un conditionnement mensuel au prix P_{CM} .

Le surcoût pour l'Assurance maladie lié à la délivrance d'un GC est égal à : $T.(P_{GC} - P_{CM})$

2. L'arrêt intervient lors du **2^e mois de la boîte**. Entre 1 et 2 mois de traitement sont consommés :



Si le patient était traité en CM, il n'aurait acheté que deux boîtes mensuelles au prix P_{CM} . L'Assurance maladie a remboursé un GC à la place de 2 CM. Le surcoût est égal à : $T.(P_{GC} - 2*P_{CM})$

3. L'arrêt intervient lors du **3^e mois de la boîte**. On est dans la situation suivante :



Dans ce dernier cas le conditionnement trimestriel est adapté. Il n'y a pas surcoût mais bénéfice. Grâce au GC, on rembourse $T.(P_{GC} - 3*P_{CM})$ en moins.

• **On fait l'hypothèse que chacun de ces trois cas a une probabilité égale d'avoir lieu.**

Les patients ne tolérant pas le médicament dès le départ ou se sentant découragés devant le grand nombre de comprimés tendraient à arrêter lors du 1^{er} mois de la boîte ; mais les patients préférant finir toute la boîte pour éviter le gâchis tendraient à arrêter le 3^e mois. Globalement, la date de l'arrêt doit s'équilibrer entre ces deux cas extrêmes.

En conséquence, le surcoût moyen par arrêt de traitement en GC est :

$$T.[3*(1/3)*P_{GC} - (1/3)*(1+2+3)*P_{CM}] = T.[P_{GC} - 2*P_{CM}]$$

• On définit le **taux mensuel d'arrêt de traitement** comme la part, parmi les patients consommant d'un médicament durant un mois donné, de ceux qui n'en consomment plus lors des 8 mois suivants. Ce délai de 8 mois sans traitement semble suffisant pour définir un arrêt.

On estime le taux mensuel d'arrêt de traitement à partir des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire, tous régimes. Comme mentionné plus haut, on suppose que lors d'un arrêt pendant la période de trois mois couverte par une boîte trimestrielle, l'arrêt réel a un tiers de chances de se produire le premier mois, un tiers le deuxième mois et un tiers le troisième mois. Pour estimer le taux d'arrêt **mensuel**, on commence par calculer le pourcentage, parmi les assurés ayant au moins un remboursement du médicament étudié durant un mois m , de ceux qui n'ont plus aucun remboursement de ce médicament dans les 8 mois qui suivent. Le **tiers** de ce pourcentage donne le taux moyen d'arrêt mensuel sur les mois m , $m+1$ et $m+2$ (si le médicament est en conditionnement mensuel, le taux d'arrêt mensuel est égal à ce pourcentage brut, sans division).

Dans l'étude, on a fait varier m de janvier à octobre 2008 (tableau 5) ; le taux d'arrêt estimé est la moyenne du taux d'arrêt sur ces dix mois.

Tableau 6

Économies annuelles réalisées par l'Assurance maladie

	Différence de prix	Surcoût lors des arrêts de traitement	Économies nettes pour l'Assurance maladie
2005	0 M€	0 M€	0 M€
2006	1 M€	-1 M€	1 M€
2007	14 M€	-5 M€	9 M€
2008	57 M€	-22 M€	35 M€
2009	92 M€	-35 M€	58 M€

Champ : Tous régimes, France entière
Source : SNIIRAM (CNAMTS)

Tableau 7

Économies annuelles réalisées par les différents acteurs

	Économies nettes pour l'Assurance maladie	Économies nettes pour les assurés et les assureurs complémentaires	Économies globales
2005	0 M€	1 M€	1 M€
2006	1 M€	3 M€	3 M€
2007	9 M€	8 M€	17 M€
2008	35 M€	29 M€	64 M€
2009	58 M€	47 M€	105 M€

Champ : Tous régimes, France entière
Source : SNIIRAM (CNAMTS)

médicaments ont été choisis pour être « représentatifs » : ce sont des produits fréquemment prescrits et qui reflètent la diversité des situations - médicaments génériques ou de marque, faiblement ou fortement dosés, de différentes familles (diurétiques ou sartans associés par exemple parmi les antihypertenseurs). Le taux a été calculé séparément pour les patients ayant reçu un grand conditionnement et ceux ayant reçu un conditionnement mensuel (tableau 5).

Même si le taux d'arrêt varie légèrement selon les pathologies (il est par exemple particulièrement élevé dans les traitements de l'ostéoporose), l'analyse sur les 17 médicaments situe à environ 3 % le taux moyen d'arrêt de traitement en grand conditionnement. Ce pourcentage n'est toutefois pas une moyenne exacte mais plutôt un majorant qui permet de ne pas sous-estimer le surcoût lié aux arrêts de traitement.

Ces résultats montrent également que, pour tous les médicaments, le taux d'ar-

rêt est toujours plus faible en conditionnement trimestriel qu'en conditionnement mensuel. Ceci laisse à penser que les boîtes de trois mois sont, le plus souvent, délivrées aux patients stabilisés dans leur traitement, ce qui souligne une utilisation à bon escient du conditionnement trimestriel. A ce stade, aucun élément ne permet toutefois d'aller plus loin dans l'interprétation de ces chiffres et d'affirmer que le conditionnement trimestriel améliore en soi l'observation du traitement.

- **En 2009, une économie de 105 millions d'euros en faveur des patients, des assureurs complémentaires et de l'Assurance maladie**

Dans l'évaluation des effets sur les dépenses d'Assurance maladie de la mise en place du conditionnement trimestriel, il faut prendre en compte trois composantes : la différence de prix, l'impact sur les franchises médicales et le surcoût lors des arrêts de traitement.

Par la différence de prix, l'économie réalisée en 2009 par l'Assurance maladie s'élève à 92 millions d'euros. De ce montant, on retranche le surcoût lors des arrêts de traitement (35 millions d'euros). Remarquablement, ce surcoût est inférieur aux économies obtenues par différence de prix. L'économie nette est finalement de 58 millions d'euros (tableau 6).

En 2009, en plus de ces 58 millions d'euros d'économie pour l'Assurance maladie, la politique du grand conditionnement entraîne 47 millions d'euros d'économies pour les assurés et les assureurs complémentaires (22 millions d'euros de ticket modérateur et 25 millions d'euros d'économies en franchises - tableau 7). Finalement, l'économie pour l'Assurance maladie, les assurés et leurs assureurs complémentaires est de 105 millions d'euros.

Ces économies correspondent au montant économisé grâce à l'existence des conditionnements trimestriels, par rapport au cas où ces derniers n'étaient pas disponibles.



Conclusion

Grâce à la mise à disposition des conditionnements trimestriels, le coût des traitements est réduit pour les assurés et pour les assureurs. Les boîtes de trois mois occasionnent certes un surcoût par rapport aux boîtes mensuelles, mais ce surcoût se fait sur la seule dernière boîte consommée par le patient, alors que les économies sur les prix sont, elles, réalisées sur toute la durée du traitement. Ceci explique que le bilan soit nettement

positif pour l'Assurance maladie, les assurés et leurs complémentaires.

Etant donné le montant des dépenses des pathologies concernées et leur rythme de croissance, l'augmentation de l'utilisation de ces conditionnements est un enjeu réel pour le système de santé. Les économies globales s'élevaient en effet à 390 millions d'euros par an (dont 230 millions d'euros pour l'Assurance maladie et

160 millions d'euros pour les assurés et leurs assureurs complémentaires) dans l'hypothèse où 60 % des traitements destinés aux quatre affections concernées seraient réalisés avec des grands conditionnements. Cet objectif semble compatible avec la proportion actuelle de patients stabilisés, à qui les conditionnements trimestriels sont exclusivement destinés.

Contact : vincent.reduron@cnamts.fr



Collection des points de repère

- N° 1 – Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée
- N° 2 – La progression des génériques au premier trimestre 2006
- N° 3 – Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie
- N° 4 – L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples
- N° 5 – Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie
- N° 6 – La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens
- N° 7 – Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée
- N° 8 – Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire
- N° 9 – Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006
- N° 10 – Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006
- N° 11 – Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie
- N° 12 – Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments
- N° 13 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005
- N° 14 – Un an de codage CCAM en secteur libéral - premiers résultats sur une année complète : 2006
- N° 15 – Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007
- N° 16 – Les causes médicales de l'invalidité en 2006
- N° 17 – Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre
- N° 18 – Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004
- N° 19 – Les données 2007 du codage de la biologie médicale
- N° 20 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007
- N° 21 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007
- N° 22 – Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS
- N° 23 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006
- N° 24 – Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme
- N° 25 – L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites
- N° 26 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008
- N° 27 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008
- N° 28 – La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire
- N° 29 – Les associations d'actes CCAM en 2008

Vient de paraître

Pratiques et Organisation des Soins

Numéro 1 - Janvier-mars 2010

- **Analyse économique des soins des personnes traitées pour diabète (Études Entred 2001 et 2007)**
Ricci P, Chantry M, Detournay B, Poutignat N, Kusnik-Joinville O, Raimond V, et al.
- **La prise en charge du cancer du sein en Aquitaine : évolution 1999-2004**
Abadie C, Chauveaux A-M, Dupon C, Peter C
- **Endocardite et incitation au suivi bucco-dentaire**
Guillaud M, Blatier J-F, Chabert R, Nakache P
- **La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires**
Desprès C
- **Mise en place et impact d'un programme d'assurance qualité pour l'hypertension artérielle en première ligne**
Letaief M, El Mhamdi S, Nouira R, Mhirs A, Sriha A, Belghith Z, et al.
- **Le courtage des connaissances en thérapeutique - Une étude pilote de faisabilité**
Boissel J-P, Riondet O, Cucherat M, Stagnara J, Wazné H, Nony P
- **Le médecin généraliste et la mort de ses patients**
Ladevèze M, Levasseur G
- **Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification**
Coldefy M, Lucas-Gabrielli V
- **Pose de stents coronariens en France et estimation du risque de réintervention, à partir des bases nationales PMSI 2005-2007**
Midy F, Hamon M, Métral P
- **Prise en charge des personnes à haut risque de cancer : aspects assurantiels**
Eisinger F, Kulling G

La revue Pratiques et Organisation des Soins est une revue scientifique à comité de lecture. Ses articles sont disponibles en texte intégral sur le site www.ameli.fr. Vous pouvez vous inscrire sur l'espace éditorial pour recevoir le sommaire de la revue par messagerie, dès la mise en ligne des articles.