



Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique :

Les coûts dans l'évaluation économique.

Jeudi 13 février 2014

ESSEC – CNIT

**Quelques propositions opérationnelles pour le
calcul des coûts**



Le Président de la SFES

Robert Launois

7 mai 2015

Sommaire

Liste des tableaux	ii
Liste des graphiques	ii
1. Choix d'une perspective	1
2. Coûts tarifaires des soins ambulatoires	2
2.1. Soins médicaux et paramédicaux	3
2.1.1. Consultations médicales	3
2.1.2. Auxiliaires médicaux	4
2.2. Actes médico- techniques	5
2.2.1. Actes biologiques	5
2.2.2. Actes d'imagerie	6
3. Coûts et tarifs des soins hospitaliers	11
3.1. Recueillir a posteriori des consommations de ressources à l'hôpital	12
3.2. Valoriser les ressources à partir de l'échelle nationale commune de coût (ENCC)	15
3.3. Choisir une fenêtre temporelle pour chiffrer d'éventuelles économies intra-hospitalières	17
3.4. Estimer les économies pour l'assurance maladie à partir des prix de campagne annuels	18
4. Coûts tarifaires de l'hospitalisation à domicile	19
5. Coûts tarifaires des Médicaments	19
6. Coûts tarifaires des transports sanitaires	22
7. Coûts tarifaires des services à la personne	24
8. Coûts des aidants familiaux	25
9. Plan d'analyse statistique des coûts	27
10. Modèle d'impact budgétaire	28
ANNEXE	32

Liste des tableaux

Tableau 1: Activités de référence de patients par zone géographique et par classe du scanner	7
Tableau 2: Nouveaux tarifs des forfaits techniques des scanners par tranche d'activité.....	8
Tableau 3: Evolution du nombre d'actes de scannographie en 2010 dans le secteur libéral.....	9
Tableau 4 : Tarifs relatifs aux nombres d'actes et aux activités de référence	10
Tableau 5 : Nouveaux tarifs relatifs aux activités de référence de patients par zone géographique.....	11
Tableau 6 : Tarifs transports sanitaires	23

Liste des graphiques

Figure 1: Rôle de l'ENCC dans l'élaboration des coûts hospitaliers	12
Figure 2: Fenêtre temporelle d'extraction des données hospitalières	12
Figure 3: Fichier Excel de recueil des données PMSI, pré-rempli par le centre d'analyse statistique	13
Figure 4: Fichier Excel rempli, rendu anonyme et renvoyé au centre d'analyse statistique	14
Figure 5: Protocole d'extraction des données PMSI	15
Figure 6: Exemple de tarification du transport pour un patient	23
Figure 7: Illustration de la technique du Bootstrap.....	28
Figure 8 : L'analyse d'impact budgétaire compare des scénarios alternatifs toujours deux à deux	29
Figure 9: analyse multicohorte.....	31

1. Choix d'une perspective

Le cadrage des coûts à prendre en compte dans toute évaluation économique doit correspondre aux préoccupations budgétaires des décideurs auxquels elle est destinée. Cinq types d'interlocuteurs sont a priori identifiables : les *producteurs* de biens et de soins médicaux (en premier lieu les hôpitaux, mais aussi les médecins de ville), les *acheteurs* en charge du financement des dépenses reconnues et remboursées (caisses d'assurance maladie), les *familles*, les régulateurs du *système de soins* qui surveillent l'évolution de la consommation de biens et services médicaux facturés (la DSS) et la *société* appréhendée en tant qu'entité politique constituée. Cinq champs sont analysables dans cette optique:

- Les parties prenantes aux décisions de santé sont multiples. Les établissements de soins, les cabinets libéraux, les officines pharmaceutiques, les organismes assureurs, et les employeurs, sont amenés à prendre des décisions en ce domaine ou à subir les contrecoups de celles qui sont adoptées. Ces différents décideurs ne poursuivent pas les mêmes objectifs et ne sont pas assujettis aux mêmes contraintes budgétaires. Chacun de ces producteurs privilégie un angle d'attaque spécifique pour étudier le problème auquel il est confronté, et c'est ce point de vue que l'analyste doit adopter pour délimiter le périmètre des coûts qu'il entend explorer lorsqu'il se place à leurs côtés.
- Dans le cas où on adopte le point de vue de l'assurance maladie, on ne recense que les dépenses auxquelles celle-ci doit faire face, soit au titre des prestations en nature sous forme de remboursements des dépenses avancées par les ménages, déduction faite des tickets modérateurs ; soit au titre des prestations en espèces versées aux assurés sociaux en arrêt de travail.
- Le troisième point de vue se limite à l'évaluation des consommations du secteur sanitaire au sens où l'entendent les Comptes de la Santé. Les ressources prises en compte dans la valorisation correspondent alors aux postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) – tickets modérateurs inclus – nous désignerons ce champ sous le nom de « perspective système de soins ».
- Le quatrième plus extensif, prend en compte à la fois les coûts sanitaires et le fardeau de la maladie pour les aidants familiaux. Un agrégat plus large désigné par la HAS sous le nom de « point de vue collectif » et que nous qualifierons de « point de vue communautaire » pour éviter toute confusion avec la perspective sociétale.

- La définition la plus large du coût de la santé intègre la valeur des pertes de production pour l'économie générale dues à la morbidité lorsque celle-ci s'accompagne d'une sortie provisoire ou définitive du monde du travail. Ce périmètre est celui qui est habituellement défini comme correspondant au « point de vue sociétal », la HAS l'écarte sans aucune ambiguïté.

Le périmètre retenu par la HAS est donc plus large que celui défini par les dépenses reconnues et remboursées par l'assurance maladie puisqu'il intègre les restes à charge et les coûts pour les aidants familiaux; mais en même temps, il est plus étroit qu'il aurait pu l'être si l'ensemble des prestations en nature ou en espèces de l'assurance maladie avait été pris en compte.

Sa spécificité par rapport à la perspective « sociétale » est tout aussi réelle. Les coûts indirects : pertes de productivité liées à l'absentéisme, au renouvellement du personnel ainsi que la perte de revenu imputable à un décès prématuré en sont exclus, de la même façon qu'ils l'étaient lorsque le point de vue « système de soins » était adopté mais à la différence des calculs qui sont habituellement faits dans cette optique, les coûts du temps passé par l'entourage à la surveillance de ses proches ont été intégrés dans les décomptes, ce qui permet d'identifier les éventuels transferts de charge dont la sécurité sociale pourrait tenter de tirer parti au détriment des familles. Le point de vue communautaire ou « collectif » est ainsi un point de vue intermédiaire qui se situe à mi-chemin entre celui du système de soins et celui de la société tout entière.

2. Coûts tarifaires des soins ambulatoires

L'application des tarifs conventionnels est une condition nécessaire mais non suffisante de la valorisation des actes ambulatoires. Les consultations médicales et les actes paramédicaux seront en partie valorisés sur la base de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Le coût des actes biologiques, sera estimé à l'aide de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM). Les actes techniques et notamment ceux de radiologie seront chiffrés à partir de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Les techniques de valorisation de la consommation médicale des patients à mettre en œuvre diffèrent en fonction des champs explorés :

- Tarification de soins médicaux et paramédicaux : à l'acte
- Tarification d'actes biologiques : par type d'examen
- Tarification de l'Imagerie Médicale : par acte + forfait technique

- Tarification des soins hospitaliers : par GHS
- Tarification de transports sanitaires : forfait départemental + tarif au kilomètre.
- Tarification du médicament
- Tarification de services à la personne : tarif par visite et durée moyenne du service

2.1. Soins médicaux et paramédicaux

Concernant les consultations médicales et paramédicales, devraient être pris en compte les soins réalisés par le Médecin Généraliste, le Cardiologue, la Neurologue, le Psychiatre, le Kinésithérapeute, le Psychologue, l'Ergothérapeute, l'Orthophoniste et les Auxiliaires médicaux (Infirmiers).

2.1.1. Consultations médicales

La complexité dans la tarification des actes de consultation tient au fait que les prestations sont plus ou moins lourdes selon l'état de santé du patient et qu'il existe des dépassements d'honoraires. De surcroît, les actes pratiqués ne représentent pas à eux seuls, l'intégralité de l'activité médicale.

- Valoriser la consultation du médecin généraliste à partir du seul tarif conventionnel de l'Assurance Maladie serait excessivement simpliste. Les dépassements et les majorations d'honoraires, ainsi que toutes les rémunérations complémentaires et les forfaits doivent être pris en compte. Au total ce sont deux sous-ensembles de valeurs¹ qu'il convient d'additionner :
 - La moyenne des frais de consultations présentés au remboursement
 - La moyenne des rémunérations complémentaires, rapportée à l'ensemble des actes médicaux à savoir les visites, les forfaits pour surcharge de travail et les rémunérations liés aux petits actes techniques

Les données nécessaires à ce calcul, sont en principe extraites des statistiques de l'Assurance Maladie². Selon la Cnamts le montant de la valeur réelle de la consultation d'un généraliste en 2014, aurait été de 31,49 €. Cette somme se serait réparti de la façon suivante : 23 € tarif de base de la lettre C + 1,5€ de rémunération médecin traitant pour les patient en ALD + 0,80 € pour les patients non ALD + 0,60 € pour les patients de plus de 80 ans + 0,40 € de majorations diverses + 3,60 € de participation AMO à la couverture sociale du praticien + 1,6 € de ROSP.

¹ Collège des Economistes de la Santé (CES), Société Française d'Economie de la Santé (SFES), Haute Autorité de la Santé (HAS), « *Atelier de standardisation de pratiques en évaluation économique : Les coûts dans l'évaluation économique* » ; Synthèse de la réunion du Jeudi 13 février 2014; Paris; 2014.

²Assurance Maladie; *Données statistiques*; <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>; consulté le 15 avril 2015.

La valorisation des actes de consultation du médecin spécialiste serait également simplifiée à l'excès si elle était faite uniquement sur la base des tarifs conventionnels. On retrouve la même difficulté que dans le cas précédent. Pour chaque spécialité, on ajoutera aux dépenses présentées au remboursement, les rémunérations annexes et les forfaits qui leur sont rattachables comme pour les consultations du généraliste.

2.1.2. Auxiliaires médicaux

Pour tarifier les actes effectués par les auxiliaires médicaux et ceux notamment relatifs aux soins infirmiers, la durée de visite doit être documentée. La valorisation des actes infirmiers se calcule en utilisant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette dernière se compose de 2 parties³ à savoir:

- les conditions générales relevant de l'ensemble des règles de facturation applicables à toutes les professions de santé conventionnées.
- la nomenclature des actes médicaux, dans laquelle on trouve les actes infirmiers et qui se présente sous la forme d'une liste d'actes avec leur cotation spécifique.

Pour déterminer la valeur unitaire des indemnités de déplacement, la totalité des dépenses imputables aux frais correspondants sera divisée par le nombre d'actes. Ensuite, leur imputation sera faite au prorata du nombre d'actes infirmiers réalisés.

A partir de la NGAP⁴, nous proposons d'utiliser la règle suivante :

- toute visite d'une durée inférieure ou égale à 120 minutes sera valorisée par 3 AIS (Acte de Soins Infirmiers) + 1 IFD (Indemnité forfaitaire de déplacement) par période de 30 minutes⁵,
- et toute visite supérieure à 120 minutes par 13 AIS, par période de 6 heures⁶.

Pour les masseurs kinésithérapeutes, nous ne prenons en compte que les tarifs publiés. La cotation variera selon que la prise en charge s'effectue dans un cabinet libéral ou dans un établissement de

³<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/la-cotation-des-actes-ou-comment-utiliser-la-nomenclature.html>, consulté le 15 Juin 2014.

⁴ Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 Mars 2005; http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf; consulté le 15 Juin 2014.

⁵ Assurance Maladie, *Nomenclature Générale des Actes professionnels (NGAP)*, Titre XVI, Chapitre I, Article 11.

⁶ Assurance Maladie, *Nomenclature Générale des Actes professionnels (NGAP)*, Titre XVI, Chapitre I, Article 12.

santé. C'est également le cas pour les podologues, les sages-femmes, les orthopédistes, les orthophonistes... Pour les autres professions, ce sera la tarification en vigueur qui sera appliquée⁷.

Pour les actes d'auxiliaires médicaux non remboursables (ergothérapeutes, ostéopathes, diététiciens, psychologues,...), les données seront obtenues à partir d'une estimation des honoraires demandés.

2.2. Actes médico- techniques

L'Assurance Maladie distingue quatre familles d'actes qui sont⁸ : l'imagerie, les actes techniques, diagnostiques et thérapeutiques, les accouchements et les actes chirurgicaux. Nous considérons plus particulièrement dans cette partie, les actes techniques et les actes d'imagerie médicale.

2.2.1. Actes biologiques

Le document de travail de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) portant sur la « Biologie médicale et nomenclature des actes », présente les textes des arrêtés relatifs à la liste des actes et des prestations de biologie médicale. L'ensemble de ces textes constitue la base sur laquelle la version 39 de la table nationale de biologie (TNB) a été élaborée et mise en vigueur en date du 11 juillet 2013. C'est cette version qui désormais doit être utilisée pour valoriser les actes de biologie médicale.

Selon l'article 2 de ce document, « Tout acte d'analyse de biologie médicale est identifié par un numéro de code auquel correspond un coefficient identifié par la lettre clé B. Toutefois, à titre transitoire et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codage deviendra effective, tout acte d'analyse de biologie médicale est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La valeur de la lettre-clé B est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des honoraires applicables aux actes d'analyses de biologie médicale. »

La valorisation des actes de biologie médicale peut donc être réalisée à partir des données disponibles dans la Table Nationale de codage de Biologie (TNB) ou dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM).

⁷ Collège des Economistes de la Santé, HAS, SFES « *Atelier de standardisation de pratiques en évaluation économique : Les coûts dans l'évaluation économique* » ; Synthèse de la réunion du Jeudi 13 février 2014; Paris; 2014.

⁸ Jean-Pol Durand; « *Fenêtre sur l'activité en CCAM des actes techniques des cardiologues* » ; Le Cardiologue 329 ; Février 2010.

Cependant, ces nomenclatures ne proposent que la tarification de l'acte de base et ne tiennent pas compte des différents forfaits (forfaits de sécurité, forfait de prise en charge...) ou suppléments (suppléments pour les actes réalisés en urgence, suppléments pour les actes réalisés en établissements privés...).

Pour tenir compte de ces éléments, les statistiques de l'Assurance Maladie qui sont extraites de la base SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) seront mobilisées. Elles permettront de calculer pour chaque acte, un tarif moyen remboursé, auquel il conviendra d'ajouter les différents forfaits et suppléments obtenus à partir de la même source. Ces statistiques de l'Assurance Maladie issues de la base de données BIOLAM (Laboratoire de biologie médicale) permettront de calculer, à partir du total des forfaits et suppléments facturés, la part attribuable aux différents actes, en fonction du nombre d'actes réalisés.

2.2.2. Actes d'imagerie

Les actes d'imagerie sont un cas particulier pour la CNAM car ils correspondent à plus de la moitié, soit 55% du total des actes cotés en CCAM: « la radiographie conventionnelle sauf la mammographie, s'affiche globalement à la baisse, sous l'effet de l'abandon de la technologie au profit de l'imagerie en coupe dont les indications ne cessent de s'élargir, y compris en cardiologie. »

Depuis 2009, les actes de scanographie et d'IRM se caractérisent par une croissance soutenue, l'évolution technologique permettant la réalisation d'un grand nombre d'actes par appareil⁹.

En 2010, une nouvelle classification des actes de radiothérapie externe a été mise en œuvre, qui tient compte des évolutions technologiques en introduisant de nouveaux actes d'anatomie et de cytologie pathologique. Dans le même temps, les actes de scanographie et d'IRM ont évolué en volume, ce qui a fait augmenter les forfaits techniques qui y sont associés¹⁰.

L'évolution en volume de certains actes a entraîné des conséquences sur les revalorisations tarifaires. Pour limiter la progression des honoraires remboursables au titre des actes d'imagerie, la CNAMTS a supprimé pour les actes techniques réalisés dans le secteur libéral, les suppléments pour archivage des images.

⁹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie; Gestion du risque : « *Mise en œuvre de la nouvelle tarification des forfaits techniques de scanner et d'IR* » ; <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2007/CIR-44-2007.PDF> ; Circulaire CIR-44/2007 ; Document consultable dans Médium; 02/10/2007.

¹⁰ Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ; « *Points de repère : Evolution des actes techniques en secteur libéral en 2010* » ; numéro 36 ; Novembre 2011.

La tarification des actes techniques (hors scanner et IRM) est établie à partir de la base tarifaire CCAM¹¹, de l'Assurance Maladie¹². Leur prix dépend de leur localisation. Par exemple, pour une radiologie de la main, le prix est de 19,95€ ; pour une radiologie du cou, le prix de l'acte est de 31,92€¹³.

Pour les raisons précédemment évoquées et compte tenu du coût élevé et du nombre d'actes de scanner et d'IRM réalisés, leur tarification obéit à des règles particulières.

2.2.2.1. *Scanner*

L'estimation du coût des actes techniques tels que les scanners et les IRM repose sur le calcul des deux composantes tarifaires qui concourent à la fixation de leur prix : la rémunération de « l'activité intellectuelle » des médecins qui les réalisent (base tarifaire de la CCAM), majoré du montant moyen des dépassements d'honoraires calculé sur l'ensemble des actes¹⁴ et les forfaits techniques annuels rémunérant l'amortissement et le fonctionnement.

Ces forfaits sont déterminés par rapport à des activités de référence en fonction de la zone géographique dans laquelle les actes sont réalisés et de la classe du scanner (Tableau 1). Les dispositions présentant leur modalités de fixation pour le scanner sont définies dans la circulaire CIR 44/2007 de l'Assurance Maladie.

Les nouveaux tarifs relatifs aux activités de référence sont présentés dans le Tableau 2.

Zone géographique	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	3500	5700	6700
Région parisienne (hors Paris)	3200	5350	6350
Province	3000	5000	6000

Tableau 1: Activités de référence de patients par zone géographique et par classe du scanner

Source: Caisse d'Assurance Maladie ; Circulaire CIR-44/2007 : Activités de référence

¹¹ CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux version 31 ; <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php> ; consultée le 23 Août 2013.

¹² Département des actes médicaux ; « *Evolution des actes techniques en secteur libéral en 2010* » ; Points de repère N°38 ; Novembre 2011. Voir tableau 3 page 5.

¹³ Assurance Maladie : tarifs mis à jour le 1^{er} juillet 2013.

¹⁴ Collège des Economistes de la Santé, Société Française d'Economie de la Santé (SFES), Haute Autorité de la Santé (HAS), « *Atelier de standardisation de pratiques en évaluation économique : Les coûts dans l'évaluation économique* » ; Synthèse de la réunion du Jeudi 13 février 2014; Paris; 2014.

Selon la CNAM, deux types de forfaits sont actuellement en vigueur : le forfait plein (FTN) toujours facturé, et le forfait réduit (FTR), facturé au-delà de l'activité de référence (« il est affecté du montant correspondant à la tranche d'activité de l'appareil au moment où est réalisé l'examen »). Faute de connaître la répartition de l'activité des scanners libéraux entre forfaits fixes et forfaits dégressifs au niveau national, nous proposons de calculer un seuil d'activité de référence moyen applicable sur l'ensemble du territoire pour tous les appareils, quelle que soit leur zone géographique ou leur classe:

$$\text{Seuil d'activité moyenne de référence} = \frac{3500+5700+6700+3200+5350+6350+3000+5000+6000}{9}$$

Seuil d'activité moyenne de référence = 4978 actes.

Type d'appareil	Forfait plein	Forfait réduit selon les tranches d'activité		
	≤ activité de référence	De l'activité de référence à 11 000 actes	De 11 001 à 13000 actes	>13000 actes
Amortis, toutes classes	70,38€	58,72€	41,88€	29,63€
Non amortis, toutes classes	99,51€			

Tableau 2: Nouveaux tarifs des forfaits techniques des scanners par tranche d'activité
(Source: Caisse d'Assurance Maladie ; Circulaire CIR-44/2007: Tarifs des forfaits techniques des scanners)

Ne disposant pas des données sur la distribution entre appareils amortis et non amortis, une moyenne arithmétique simple sera également calculée pour estimer la valeur du tarif du forfait technique à taux plein.

$$\text{Tarif moyen du forfait technique taux plein} = \frac{70,38\text{€}+99,51\text{€}}{2}$$

Tarif moyen du forfait technique taux plein = 84,945€

Pour estimer le forfait dégressif en fonction du nombre d'actes effectués, il convient de connaître le nombre d'actes pratiqués en moyenne par appareil. Le nombre d'actes de scannographie réalisés en 2010 dans le secteur libéral a été publié dans la revue de l'Assurance Maladie « Points de repère » de novembre 2011¹⁵. On y dénombrait en 3 444 000 actes de scannographie, soit une évolution de +5,7% par rapport à 2009 (tableau 5). Le nombre d'appareils de scannographie existant est documenté dans

¹⁵ Département des actes médicaux ; « Evolution des actes techniques en secteur libéral en 2010 » ; Points de repère N°38 ; Novembre 2011. Voir tableau 1 page 3.

le même document¹⁶ : 927 appareils installés au 31/12/2009 (tableau 2), soit une évolution de +6,06% par rapport au 31/12/2008. Nous admettrons que ces taux de croissance d'une année sur l'autre resteront les mêmes dans les années 2013 et 2014. Sous cette hypothèse, nous pouvons estimer le nombre d'actes pratiqués et le nombre d'installation de nouveaux appareils au cours des années 2013 et 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Nb Actes*	3 444 000	3 640 308	3 847 806	4 067 130	4 298 957
Nb <Appareils	927	983	1 043	1 106	1 173
Nb Actes/Appareils	3 715	3 702	3 690	3 677	3 664

Tableau 3: Evolution du nombre d'actes de scannographie en 2010 dans le secteur libéral

(Source : Données : Assurance Maladie points de repère novembre 2011, Calculs: SFES)

Le nombre d'actes réalisés en moyenne par appareil pour les années 2013 et 2014 s'élèverait respectivement sur la base de ces hypothèses à 3677 et à 3664.

Le seuil d'activité moyenne de référence précédemment calculé s'élevait à 4978 actes. Un chiffre qui est supérieur au nombre d'actes réalisés par appareil qui découle des estimations ci-dessus. Cela pourrait s'expliquer par la date à laquelle les informations utilisées pour calculer le seuil de référence ont été colligées (les seuils n'ont pas changé depuis 2007).

Lorsque le nombre d'actes réalisés est inférieur à l'activité estimée en moyenne pour chaque appareil, on supposera que 100% des actes de scanographie bénéficient d'un forfait technique à taux plein s'élevant à 84,945€ pour chaque acte. A l'avenir, on peut raisonnablement prédire que l'activité par appareil dépassera ce seuil, nous recommandons alors de procéder de la manière suivante :

- On répartira le nombre moyen d'actes par appareil en fonction du seuil de référence et du forfait technique fixe qui lui est associé, puis on observera la proportion des actes réalisée au-delà de ce seuil par tranches d'activité.

EXEMPLE : si on dénombre 15000 actes par appareil, pour un seuil de référence de 4978 actes, nous considérerons que 10 202 sont réalisés au-delà du seuil et qu'ils se répartiront entre les trois tranches d'activité de la manière suivante :

¹⁶ Département des actes médicaux ; « Evolution des actes techniques en secteur libéral en 2010 » ; Points de repère N°38 ; Novembre 2011. Voir tableau 2 page 3.

Actes	Nombre	Fréquences	Tarifs	
0 – 4978	4978	33.19%	Tarif plein	84,945€
4979 – 11000	6022	40.15%	Tarif réduit 1	58,72€
11001 – 13000	2000	13.33%	Tarif réduit 2	41,88€
13001 - 15000	2000	13.33%	Tarif réduit 3	29,63€

Tableau 4 : Tarifs relatifs aux nombres d'actes et aux activités de référence

(Source : Données : Assurance Maladie. Avenant n° 8 convention nationale Journal officiel du 7 décembre 2012)

Pour chaque acte relevé dans le cadre de l'étude réalisée, on effectuera un tirage multinomial afin de leur associer un forfait technique en fonction des fréquences observées à l'étape précédente.

2.2.2.2. IRM

Le principe, le raisonnement et la méthodologie de calcul pour la tarification d'actes d'IRM, sont équivalents à ceux du scanner. La différence se situe au niveau des activités de référence qui ne dépendent plus de la classe du scanner mais de la zone géographique de l'appareil ou du centre dans lequel il est utilisé, de sa puissance (en teslas), de son amortissement et du seuil d'activité de référence, comme le montre le tableau suivant toujours issu de la circulaire 44/2007 de l'Assurance maladie¹⁷ et l'avenant n°8 de la convention nationale de 2012 qui a fixé les tarifs en vigueur au premier janvier des années 2013, 2014 et 2015. Nous avons retenu pour les IRM, un seuil d'activité de référence au niveau national de 4000 actes.

En fonction des règles de tarification en vigueur et sur la base des hypothèses que nous avons adoptées, nous estimons la valeur du forfait technique du scanner à 84,94€, et celle de l'IRM à 161,36€.

Pour les produits de contraste utilisés en radiologie, le prix public TTC sera privilégié, auquel une décote sera appliquée avec une analyse de sensibilité comprise entre -20% et -50%.

De plus, pour les scintigraphies, la base CCAM permettra de calculer le coût moyen d'une scintigraphie, auquel sera additionné lorsqu'il est très onéreux, le prix du produit (traceur radioactif).

¹⁷ Caisse Nationale d'Assurance Maladie; Gestion du risque : « Mise en œuvre de la nouvelle tarification des forfaits techniques de scanner et d'IR »; <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2007/CIR-44-2007.PDF> ; Circulaire CIR-44/2007 ; Document consultable dans Médi@m; 02/10/2007.

PUISSANCE DE L'APPAREIL (en teslas)	<0,5 T	0,5 T	>0,5 T et <1,5 T	1,5 T**
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500
Amortis*			Forfaits pleins	
PARIS			124,62€	
Région Parisienne (hors PARIS)			120,94 €	
Province			119,68 €	
Non Amortis			Forfaits pleins	
PARIS	125,15€	122,41 €	207,78 €	207,18 €
Région Parisienne (hors PARIS)	121,53€	117,92 €	200,97 €	200,73 €
Province	113,83€	112,95 €	194,16 €	192,34 €
Toutes régions, tous appareils (puissance et millésime)			Forfait réduit selon les tranches d'activité	
Activité > activité de référence et ≤ 8 000			74,16 €	
Activité entre 8 001 et 11 000 actes			52,54 €	
Activité > 11 000 actes			26,11 €	

* Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

** Les appareils dont la puissance est supérieure à 1,5 T se voient provisoirement appliquer les tarifs et activités de référence de la classe "1,5 T"

Tableau 5 : Nouveaux tarifs relatifs aux activités de référence de patients par zone géographique

Source : Données : Caisse d'Assurance Maladie : Activités de référence et Tarifs des forfaits techniques des IRM. Circulaire CIR-44/200 Assurance maladie. Avenant n° 8 convention nationale Journal officiel du 7 décembre 2012.

3. Coûts et tarifs des soins hospitaliers

L'évaluation des coûts hospitaliers se fonde sur la base de données médico-économique du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Ce dernier décrit de manière synthétique et standardisée, l'activité médicale des établissements de santé avec comme objectifs¹⁸:

- La planification et l'organisation des soins hospitaliers sur le territoire français
- Le financement des établissements en fonction de leur activité.

Les données du PMSI permettent à l'ATIH (l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), de définir le type d'informations à recueillir, enregistrées sous forme de codes, selon les

¹⁸ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ; Présentation ; <http://www.atih.sante.fr/l-atih/missions>; consulté le 10 Juin 2014.

nomenclatures de santé règlementaires. En se fondant sur le codage des diagnostics et des actes, une classification élaborée permettra de regrouper les séjours des patients par catégories cohérentes, d'un point de vue médico-économique.

L'approche établie par l'ENCC (Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune), consiste à identifier les Groupes Homogènes de Malades (GHM) et à appliquer aux Groupes Homogènes de Séjour (GHS) correspondants, un tarif fixé chaque année par le Ministère de la santé.

Le graphique suivant montre le rôle de l'ENCC dans l'élaboration des coûts hospitaliers.

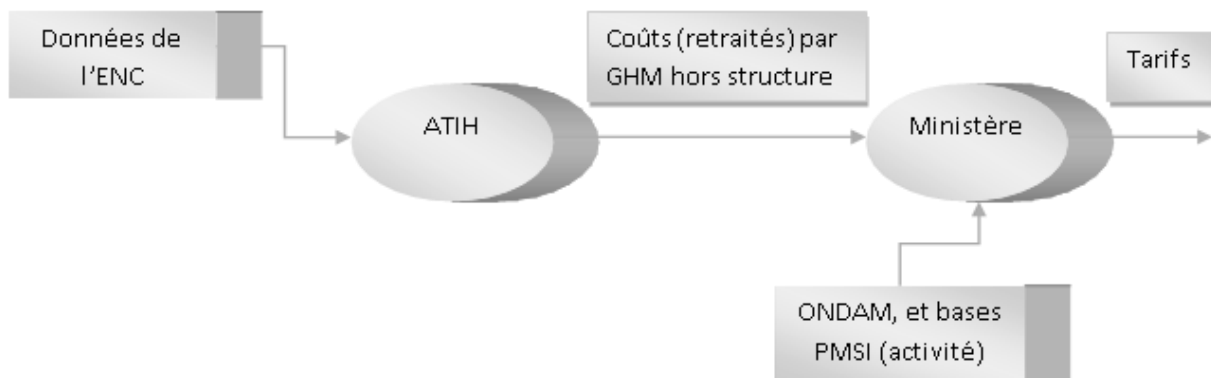


Figure 1: Rôle de l'ENCC dans l'élaboration des coûts hospitaliers

Source : Dr Alain Livartowski ; « Méthodologie d'évaluation des coûts » ; Institut Curie; 20 novembre 2006.

3.1. Recueillir a posteriori des consommations de ressources à l'hôpital

La procédure suivie est la suivante :

1. A partir des questionnaires renseignés par les patients, on recueille les données relatives aux hospitalisations pour tous les patients inclus dans l'étude, dès la date d'entrée à l'hôpital jusqu'à 30 jours après la dernière visite datée de j+x. La fenêtre temporelle d'extraction des données hospitalières qui est appliquée à chaque patient inclus, correspond donc à x mois.

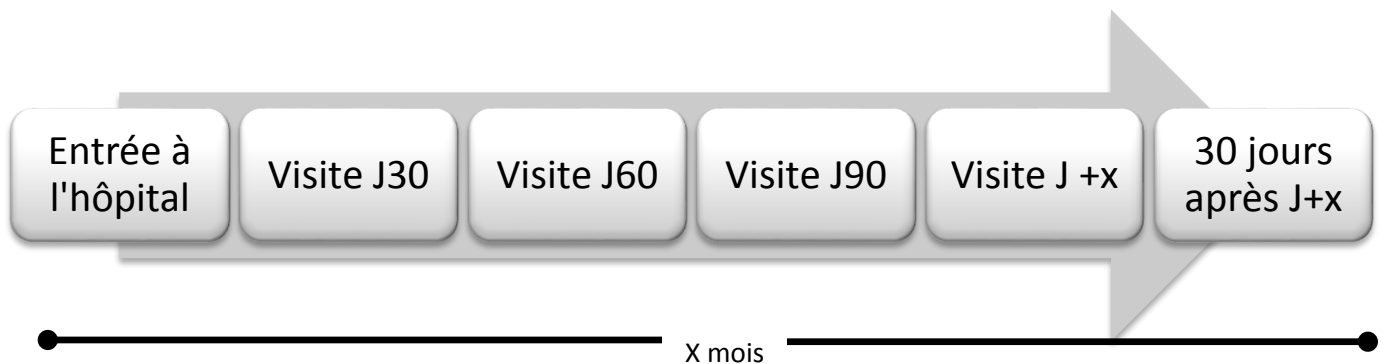


Figure 2: Fenêtre temporelle d'extraction des données hospitalières

Source: SFES

- Le centre d'analyse statistique définit une liste de variables à remplir par les centres investigateurs dans un fichier Excel pour procéder à la valorisation des coûts hospitaliers soit à partir de l'ENCC soit sur une base tarifaires (Voir Figure 3). 5 variables sont pré-remplies par le centre d'analyse statistique lui-même à savoir : le Numéro de Centre, le Numéro de Patient, le Numéro de Randomisation, les Dates d'entrée à l'hôpital et les Dates x Mois après l'hospitalisation.
- Le centre d'analyse statistique envoie ensuite le fichier à chaque investigateur principal qui se charge de transmettre respectivement la liste des patients, au TEC de chaque site participant à l'étude.

Centre 3

Numéro de Centre	Numéro de Patient	Numéro de Randomisation	Nom du Patient	Prenom du Patient	Date de Naissance	Numéro d'Identification Patient (NIP)	Date de l'Intervention	5 Mois Après l'Intervention	Numéro d'Hospitalisation	Groupe Homogène de Malades (GHM)	Groupe Homogène de Séjours (GHS)	Date de Sortie
3	3192	192					15/11/2012	14/04/2013				
3	3199	199					19/11/2012	18/04/2013				
3	3246	246					19/12/2012	18/05/2013				
3	3271	271					04/02/2013	04/07/2013				
3	3357	357					18/04/2013	15/09/2013				
3	3358	358					24/04/2013	21/09/2013				
3	3384	384					22/05/2013	19/10/2013				
3	3404	404					05/06/2013	02/11/2013				
3	3410	410					05/06/2013	02/11/2013				

Variables sur l'identité du patient à supprimer par le TEC avant de renvoyer le fichier rempli au centre d'analyse statistique

Figure 3: Fichier Excel de recueil des données PMSI, pré-rempli par le centre d'analyse statistique

Source: SFES

(L'organisme de recherche: envoie des fichiers Excel aux TEC des différents centres)

- Chaque TEC a pour mission de compléter cette liste et de renseigner les variables relatives à l'identité du patient, avant de la renvoyer à nouveau à l'investigateur du centre concerné. Les données à compléter sont au nombre de 4 : le Nom du Patient, son Prénom, sa Date de naissance et son Numéro d'Identification Patient (NIP).
- Après réception de la liste remplie, révélant l'identité des patients, l'investigateur la transmettra au DIM qui aura la charge de procéder à l'extraction des données hospitalières.
- Le DIM de chaque centre hospitalier, renseignera les données hospitalières pour chaque hospitalisation ayant eu lieu dans les x mois suivant la date d'entrée à l'hôpital, y compris le jour de l'intervention, en fournissant des informations hospitalières correspondantes aux variables non encore complétées sur la fiche, soit 14 variables.

Ce sont :

- Numéro d'hospitalisation

- b. Code associé au Groupe Homogène de Malades (GHM)
- c. Code associé au Groupe Homogène de Séjours (GHS)
- d. Date de sortie (jour/mois/année)
- e. Durée totale
- f. Diagnostic principal (DP) du séjour
- g. Nombre de suppléments de réanimation (REA)
- h. Nombre de suppléments de Soins Intensifs (STF)
- i. Nombre de suppléments de STF issus de REA
- j. Nombre de suppléments de surveillance continue (SRC)
- k. Code d'éventuelles molécules onéreuses (MO) en sus du GHS
- l. Nombre d'éventuelles MO en sus du tarif GHS
- m. Montants des Extrêmes Haut (EXH)
- n. Montants des Extrêmes Bas (EXB)

La collecte de données hospitalières se fait pour tous les centres et en fonction des dates d'extraction.

7. Une fois que le fichier Excel élaboré en amont, par le centre d'analyse statistique a été entièrement complété suite à l'étape précédente, le DIM de chaque centre doit l'adresser au TEC du site correspondant qui procédera à la suppression des 4 variables relatives à l'identité du patient (anonymisation) avant de la transmettre enfin, au centre de recherche pour qu'il procède à l'estimation des coûts correspondants.

Centre 3

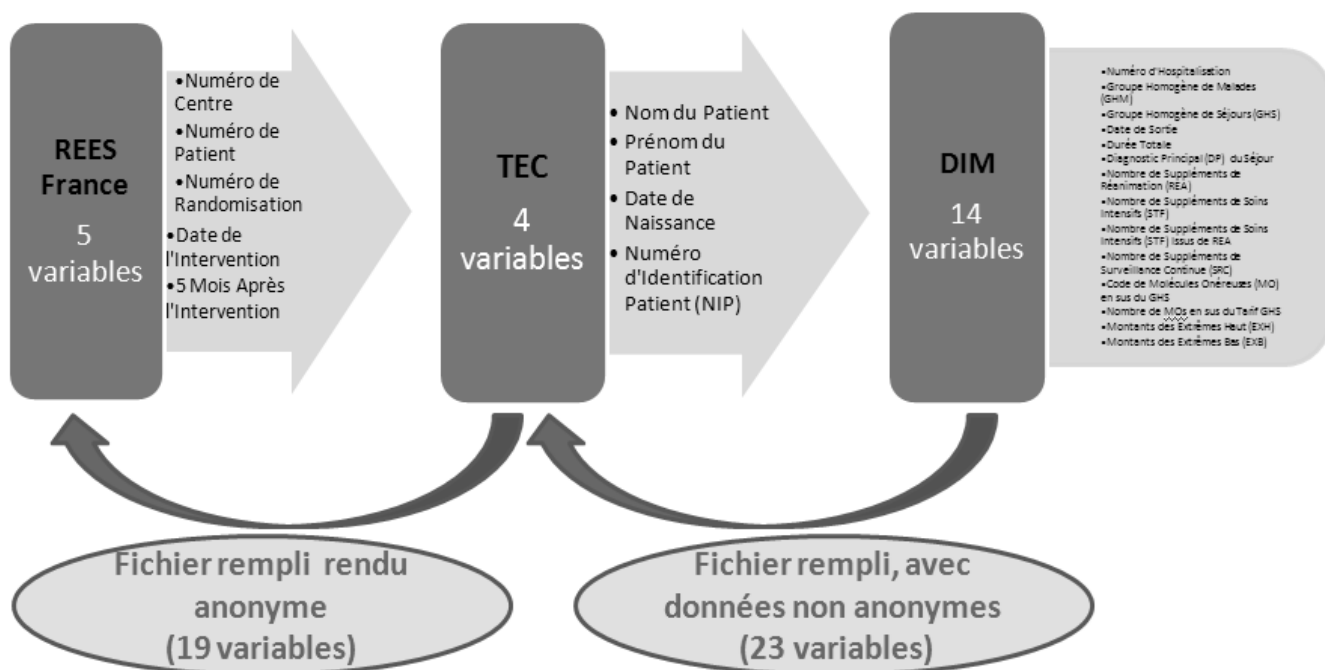
Numéro de Centre	Numéro de Patient	Numéro de Randomisation	Date de l'intervention	5 Mois Après l'intervention	Numéro d'hospitalisation	Groupe Homogène de Malades (GHM)	Groupe Homogène de Séjours (GHS)	Date de Sortie	Durée Totale	Diagnostic Principal (DP) du Séjour	Nombre de Suppléments de Réanimation (REA)
3	3192	192	15/11/2012	14/04/2013	1260819	01C061	0034	17/11/2012	4	I652	0
3	3199	199	19/11/2012	18/04/2013	1261813	01C061	0034	23/11/2012	5	I652	0
3	3246	246	19/12/2012	18/05/2013	1268543	01C061	0034	22/12/2012	4	I652	0
3	3271	271	04/02/2013	04/07/2013	1307238	01C061	0034	08/02/2013	4	I652	0
3	3357	357	18/04/2013	15/09/2013	1322803	01C061	0034	21/04/2013	3	I652	0
3	3358	358	24/04/2013	21/09/2013	1323886	01C061	0034	27/04/2013	4	I652	0
3	3384	384	22/05/2013	19/10/2013	1328871	01C061	0034	25/05/2013	4	I652	0
3	3404	404	09/06/2013	02/11/2013	1331921	01C061	0034	08/06/2013	4	I652	0
3	3410	410	09/06/2013	02/11/2013	1331920	01C061	0034	08/06/2013	4	I652	0

Figure 4: Fichier Excel rempli, rendu anonyme et renvoyé au centre d'analyse statistique

Source: SFES

Dès réception de ce fichier, le centre de recherche chargé du traitement des données procède au tri de chaque hospitalisation en fonction des critères d'utilisation des ressources, établis au préalable. Le centre de recherche chargé du traitement des données, ne gardera pour les besoins de l'étude, que les hospitalisations associées à l'intervention (HI), les hospitalisations liées aux complications

thérapeutiques (Hct) et les hospitalisations liées aux complications pathologiques dues à la progression de la maladie (HcP).



3.2. Valoriser les ressources à partir de l'échelle nationale commune de coût (ENCC)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) repose sur deux constituants : un recueil par séjour de données médico administratives et une classification des séjours en groupes homogènes de malade (GHM).

Etape 1. Tout séjour hospitalier fait l'objet d'un RSS, résumé de sortie standardisé. Ce RSS (RSA en version anonymisée pour les administrations) comporte un ou plusieurs RUM (Résumé d'Unités Médicales) : si le patient été pris en charge par une seule unité, le RSS est équivalent à un RUM ; si le patient pendant le même séjour a fréquenté plusieurs unités médicales, le RSS est composé de plusieurs RUM, un RUM par unité médicale.

Les données administratives recueillies sont l'âge, le sexe, le code postal, le mode d'entrée et de sortie. La partie médicale comporte essentiellement le diagnostic et les actes classants.

- Le diagnostic principal (DP) entendu au sens du PMSI était, jusqu'à la version 10 des GHM (2008) celui qui avait mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant l'hospitalisation ; il est depuis la version 11 des GHM (2009), le diagnostic d'admission. Il doit obligatoirement figurer dans le RSS.

- Le RSS peut aussi contenir un diagnostic relié au diagnostic d'admission (DR), si celui-ci est une prise en charge pour un autre motif de recours au système de santé : bilans, surveillance chimiothérapie: les codes Z de la CIM 10. Il s'agit alors d'une maladie en cours ou d'un état permanent éclairant le diagnostic principal motif de prise en charge.
- Des diagnostics associés significatifs (DAS) lorsque ceux-ci majorent sensiblement l'utilisation des moyens par rapport au seul DP. Les codes enregistrés en diagnostics reliés ne sont pas pris en compte lors des tests sur la présence d'une complication ou morbidité associée (CMA).
- Ne sont retenues comme CMA que les complications dont la présence augmente la durée moyenne de séjour d'au moins un jour dans 75% des cas (définition initiale de Fetter, largement améliorée depuis lors).

Pour coder, sont utilisés : pour le diagnostic, la Classification Internationale des actes Médicaux (CIM version 10) et pour l'acte, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Ce qui est quelquefois choquant pour un médecin est qu'un diagnostic principal n'est pas forcément une pathologie mais une action, par exemple : « contrôle après un traitement chirurgical sans complication » (auquel cas le diagnostic relié peut être utilisé pour nommer l'affection en question). Ce qui fait que la lecture des RUM produits par une unité est quelquefois difficile à interpréter.

Etape 2. Ce RSS est classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM) par un algorithme complexe. C'est un outil informatique (le logiciel groupeur) qui regroupe les RSS et les range dans un GHM sur la base des informations prédictives des coûts qu'il comporte entre 850 groupes de malades (version 10 : 2006-2010) et depuis 2011, 2300 groupes homogènes en terme de consommation de ressource (version 11d : 2015) Les GHM sont regroupés en 28 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD). A noter que l'intitulé d'un GHM peut correspondre à une pathologie précise (par exemple : ulcères gastroduodénaux non compliqués) ou plus large ou à un acte chirurgical (la cholécystectomie est décrite par 4 GHM), Il y avait jusqu'à la version 10 une catégorie « fourre-tout », de GHM divers mais très utilisés : la CMD 24, qui regroupait l'hospitalisation de jour médical et chirurgical.

Les GHM sont identifiés par un code alphanumérique de six caractères, les deux premiers chiffres indiquent le code des catégories majeures de diagnostic (par exemple 02 pour ophtalmologie, 05 pour cardiologie, etc. jusqu'à 28), suit un caractère permettant d'identifier les actes classant (C pour acte classant opératoire, K acte classant non-opératoire, M médecine non classant), les deux chiffres

suyvants identifient les différents GHM, de manière incrémentielle à la façon d'un compteur. Le dernier caractère, quant à lui, peut être soit une lettre soit un chiffre.

- Dans le premier cas J indique une hospitalisation de jour, T un GHM de très courte durée (1 ou 2 jours) inférieure à la borne basse des hospitalisations complètes, E indique une hospitalisation avec décès, et Z un GHM unique non modulé en fonction des caractéristiques de la prise en charge.
- Dans le second cas, le chiffre identifie les quatre degrés (1, 2, 3, 4) de sévérité possible. Au total par exemple pour une endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde de niveau 1, le code du GHM s'écrira de la façon suivante : 05K061.

Le niveau de sévérité qui est éventuellement associé à chaque GHM repose sur une structure des complications et morbidités associées (CMA), codifiées à l'aide de la nomenclature CIM-10 et publiées au JO. Par exemple, un patient ayant un diabète sucré insulino-dépendant qui reçoit une chimiothérapie aura une CMA de niveau 2, et sera donc affecté au GHM de chimiothérapie de sévérité 2.

Etape 3. A chaque GHM est attribué un coût complet ou quasi complet à partir des données de la comptabilité analytique des 60 établissements volontaires participant à l'étude nationale de coût. On aboutit ainsi à une échelle nationale commune des coûts (ENCC) pour les séjours hospitaliers. Les catégories de coûts qui en définissent les composants au niveau de chaque GHM peuvent être regroupés en fonction de six grandes rubriques de dépenses : dépenses cliniques, dépenses médico-technique, logistique et gestion générale, logistique médicale, charges directes et frais de structure.

3.3. Choisir une fenêtre temporelle pour chiffrer d'éventuelles économies intra-hospitalières

Une décision peut faire sentir ses conséquences jusqu'à la fin des temps. Il convient donc de se fixer un horizon au-delà duquel on se désintéressera des effets produits.

A court terme, compte tenu des rigidités existantes, les seules économies potentielles que l'on peut légitimement espérer d'une réduction de la durée ou du nombre d'hospitalisations ne concernent que les dépenses variables associées à la prise en charge des malades.

A moyen terme, on peut espérer que le redéploiement du personnel médical et paramédical au sein du service ou entre les services permettra de faire l'économie des dépenses directes. Le cas de figure le plus extrême serait celui où le service serait totalement fermé.

Enfin, intégrer dans les économies potentielles les frais d'administration générale ou les frais de structure évités signifierait que l'introduction d'une nouvelle technologie permettrait de raser l'établissement. Il faut bien reconnaître que de telles économies ne pourront se manifester qu'à très long terme. C'est pourquoi lorsqu'on se place du point de vue de l'hôpital, nous pensons qu'il convient de s'en tenir à des calculs en coûts variables.

Seule l'analyse détaillée des composantes des GHM telles qu'elles apparaissent dans l'étude nationale de coûts, permet de procéder à une analyse fine des économies escomptées d'une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations. Cette distinction entre les horizons temporels différents qui sont susceptibles d'être choisis, permet de moduler le calcul des coûts en fonction des délais qu'exigent les opérations de redéploiement des moyens et des hommes. A chaque horizon choisi, correspond des prévisions budgétaires différentes. A la serpe, pourraient être distinguées les charges directes directement rattachables à la prise en charge du malade, les charges variables regroupant les dépenses des plateaux médicotechniques (hors dépenses SMUR terrestre et Urgences), les dépenses de blanchisserie et de restauration ainsi que les charges rattachables aux patients, et enfin le coût complet hors frais de structure rassemblant des dépenses cliniques, les dépenses de soins intensifs, de surveillance continue et de réanimation, les dépenses médico-techniques, les dépenses de logistique et de gestion générale (LGG), les dépenses de logistique médicale (LM), et les charges directes.

3.4. Estimer les économies pour l'assurance maladie à partir des prix de campagne annuels

Aux GHM correspondent des groupes homogènes de séjours (GHS) dont le tarif est fixé chaque année au mois de mars par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) sur la base desquels se fait la facturation hospitalière. Les prix unitaires par GHS sont forfaitaires et n'ont pas besoin de faire apparaître leur décomposition comme c'était le cas précédemment au niveau hospitalier lorsqu'on utilisait l'enquête nationale de coût. Cette information serait inutile pour la tutelle qui ne saurait pas comment l'employer.

4. Coûts tarifaires de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) représente une alternative à l'hospitalisation.

Le cadre tarifaire et de régulation des structures et établissements pratiquant l'hospitalisation à domicile (HAD) est défini dans le cadre législatif et réglementaire de la tarification à l'activité. Le modèle permet de moduler le niveau de ressources en fonction de leur activité et des modes de prise en charge des patients. 31 forfaits journaliers de séjour et de soins, appelés Groupes Homogènes de Tarifs, ont été établis. Le montant de ces groupes tarifaires résulte des pondérations associées aux combinaisons autorisées de quatre variables :

- Le mode de prise en charge principal,
- un mode de prise en charge associé éventuellement,
- le niveau de dépendance mesuré par l'indice de Karnofsky,
- la durée de l'hospitalisation.

Le tarif journalier d'une hospitalisation à domicile, pour un patient type présentant une dépendance légère (indice de Karnofsky 70-80% et indice de l'activité quotidienne AVQ), pris en charge à domicile pendant moins de 5 jours, soit par un établissement public/PSPH soit par un établissement privé à but lucratif, peut alors être estimé, en utilisant la formule : $C = F * G$

C désignant le coût tarifaire forfaitaire,

F étant un forfait de prise en charge modulé en fonction du statut juridique de l'établissement,

*G étant le coefficient multiplicateur du Groupe Tarifaire correspondant aux coefficients a, b, c, d, attribués au protocole principal, au protocole associé, à la dépendance et à la durée d'hospitalisation. L'Indice de Pondération Totale $G = a * b * c * d$*

5. Coûts tarifaires des Médicaments

Pour faciliter l'estimation en valeur des médicaments qui ont été utilisés en pratique médicale quotidienne dans le cadre d'une indication spécifique, les médicaments dont la consommation a été documentée dans des questionnaires remplis par le malade ou les aidants familiaux sont le plus souvent, saisies et répertoriés dans un cahier électronique

Les informations recueillies sont fréquemment de mauvaise qualité, soit parce que le patient écrit mal le nom de marque du produit en complétant le cahier d'observation papier mis à sa disposition, soit parce que des erreurs de saisie sont commises quant à la dénomination commerciale du produit

prescrit, son dosage par unité de prise et son conditionnement à l'occasion de la transcription des données du cahier patient dans le CRF électronique.

Il convient de s'assurer de l'exactitude des informations colligées dans la plateforme électronique et de nettoyer la base Excel correspondante, en vérifiant l'orthographe des dénominations utilisées, la conformité des dosages délivrés par apport aux doses prescrites ou recommandées et l'exactitude des conditionnements recensés pour procéder aux décomptes. Pour cela, il faut consulter le site de l'Assurance Maladie Amélie qui répertorie dans sa base de données BDM_IT les libellés, le codage, les unités de mesure (doses fixes ou variables) et les tarifs des médicaments remboursables. Le travail sous Excel consiste alors à rectifier les informations colligées en considérant les médicaments un par un.

C'est le nom commercial des médicaments qui doit être utilisé pour mettre en œuvre un tel processus, d'où une recherche par code CIP (Code Identifiant de Présentation) et par homologation collectivité¹⁹ plutôt que par code UCD (Unité Commune de Dispensation) et par homologation TAA (Tarification à l'Activité).

A chaque fois que le nom du médicament est incorrect, aucune information ne peut être obtenue à partir du site de l'Assurance-Maladie puisque par définition, si un produit est mal orthographié, il n'y est pas répertorié. C'est la raison pour laquelle, la vérification de la nomenclature des médicaments doit être conjointement faite dans un moteur de recherche (Google), afin d'obtenir la bonne orthographe.

Si un dosage n'existe pas du tout, le plus petit dosage existant dans la BDM_IT, peut-être adopté. Si le dosage de la base Excel est incorrect, c'est celui qui se rapproche le plus des informations dont on dispose dans la base de données officielles qui est retenu : dans le pire des cas, on choisit le dosage le plus faible. Le prix correspondant à celui-ci, est dans ce cas sous-estimé, dans certain cas il peut être similaire à celui d'autres dosages mais en aucun il ne saurait lui être supérieur.

Une fois les noms, les dosages et les unités de prise vérifiés, il reste à éliminer les doublons ligne par ligne pour que le même médicament ayant le même dosage et les mêmes unités de conditionnement ne soit pris en compte qu'une seule fois. Par contre, un même médicament peut être proposé avec différents dosages et différentes galéniques et conditionnements.

¹⁹ Organisation Mondiale de la Santé ; « Le système d'homologation des médicaments est un élément central de la législation et de la réglementation nationales, et sa gestion constitue l'une des fonctions essentielles de l'autorité de réglementation » ; <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5409f/5.5.4.html>); consulté le 15 Juin 2014.

C'est cette base de données, complète et débarrassée des scories qui servira de base de référence puisqu'elle réunit l'ensemble des informations disponibles : le libellé exact des médicaments, leur dosage et les unités utilisés pour définir leurs conditions d'usage. Une fois les corrections effectuées, il n'est plus nécessaire de revenir à la base BDM_IT car toutes les données requises ont été documentées.

La base Excel est ensuite exportée vers Stata (ou SAS) en utilisant directement le programme « do file » de (fichier « .do »), dont les commandes de programmation, comportent non seulement les informations traitées au préalable sur les médicaments, mais aussi le numéro du patient, le bras de l'étude et le nombre de visites effectuées.

Une commande permet, de procéder aux ultimes corrections, en remplaçant les libellés erronés qui pourraient encore s'y trouver, par l'orthographe correcte des noms de marque.

Exemple :

```
generate nom_trait = nom_traitement
```

```
replace nom_trait = "ACEBUTOL" if nom_traitement == "ACEBUTALOL" | nom_traitement == "ACEBUTOL"
```

Une fois que cela est fait, Les prix des médicaments extraits du site Amelie sont exportés sous stata et affectés par le programme aux informations extraites de la base EXCEL. Exemple:

```
generate prix = .
```

```
replace prix = XX.XX if nom_trait == "ABUFENE" & dosage == XX & unite == 1
```

```
replace prix = 2.770 if nom_trait == "ABUFENE" & dosage == "400" & unite == 1
```

Le prix retenu est soit les prix fabricant HT soit le prix public TTC en fonction de l'organisme auquel l'étude est destinée : CEPS ou assurance maladie. Dans ce dernier cas les marges des grossistes répartiteurs et la TVA, (2,1% pour tous les médicaments remboursables), sont ajoutées au prix fabricant pour obtenir le prix public TTC. Lorsqu'il s'agit de médicaments génériques, ce prix est unique quel que soit son dosage. Lorsqu'il s'agit de produits en rétrocession une marge forfaitaire pour frais de gestion est ajoutée au prix fabricant TTC (22 € en 2015).

Une fois documenté le nombre de prises par jour et le nombre de jours de traitement, le coût du traitement prescrit et le coût global de prise en charge médicamenteuse tout au long du suivi, peuvent être calculés.

generate prix_total = (nombre_jours de traitement * nombre d'unités de prise par jour * prix)

La TVA est prise en compte à ce stade ou bien à la toute fin des calculs.

Le coût global de la prise en charge par patient, est obtenu à partir du nombre de visites effectuées par patient et du renouvellement ou du non renouvellement des prescriptions correspondantes.

egen coût_total_patient = total (prix_total), by (subjid Visite)

Enfin, le coût global TTC par patient, est obtenu en pondérant le coût global par le taux de TVA de 2,1%.

generate coût_tva = (tva * coût_total_patient)

generate coût_TTC = coût_total_patient + coût_tva

6. Coûts tarifaires des transports sanitaires

La tarification des transports sanitaires doit être établie en fonction du type de véhicule utilisé (ambulance, VSL ou taxi conventionné). Elle comporte deux composantes à savoir un forfait et une valorisation trajet qui dépend de la distance parcourue et de la commune d'origine du patient.

Le forfait pour l'ambulance tient compte de l'agglomération, d'un tarif de prise en charge, et du département de domiciliation du patient alors que les forfaits applicables aux taxis et aux VSL ne prennent en compte que le département de domiciliation ou la prise en charge (PEC). L'agglomération où habite le patient ne joue aucun rôle dans la tarification pour les VSL ou les taxis.

Concernant la valorisation, des tarifs kilométriques seuils sont fixés compte tenu de la distance parcourue entre le lieu de départ et le lieu d'arrivée (Voir tableau 6).

Comme il n'est pas évident de connaître le moyen de transport employé par chaque patient pour aller se faire soigner, un coût moyen doit être estimé et permettra ainsi de valoriser les coûts des transports qui dépendent d'une estimation de la distance moyenne au niveau national, à partir des données de l'Assurance maladie.

Par exemple, si nous considérons qu'un patient résidant dans le département du Rhône se rend à l'hôpital à partir de son domicile en ambulance et que la distance totale parcourue est de 44km, on a²⁰ :

²⁰ REES France ; Réunion des Investigateurs, Pr. Robert Launois, Jean-Gabriel Lemoine, Lucia Fiestas Navarrete « *Bilan de l'Étude Médico-économique EMOCAR* » ; 2011.

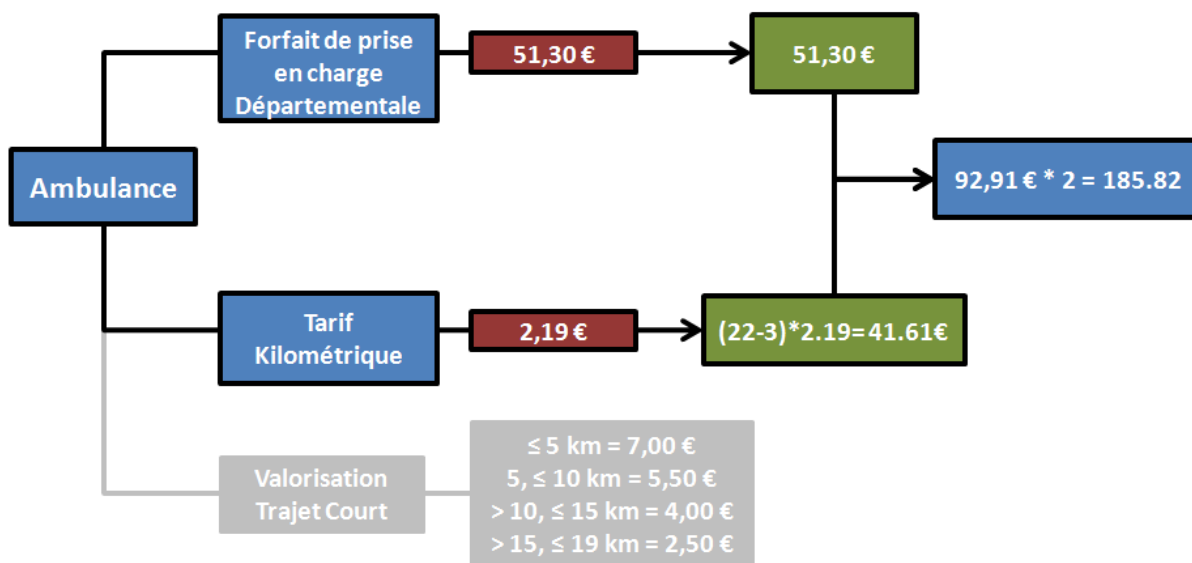


Figure 6: Exemple de tarification du transport pour un patient

(Source: REES France)

Ambulance	VSL/Taxi
<p>2 composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait - Valorisation trajet 	<p>2 composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait - Valorisation trajet
<p>Forfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Agglomération</u> (57.37€) : applicable à une liste d'agglomérations urbaines désignées. Inclus les 3 premiers km parcourus. - <u>Prise en charge</u> (64.30€): applicable à une liste de communes de la région parisienne désignées. - <u>Départemental</u> (51.30€): applicable à toute commune n'appartenant pas aux deux listes précédentes. Inclus les 3 premiers km parcourus. 	<p>Forfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Prise en charge</u> (14.94€) : applicable à une liste de communes de la région parisienne désignées. - <u>Départemental</u> (de 11.48€ à 13.28€) : applicable à toute commune n'appartenant pas à la liste précédente, et selon sa zone d'appartenance A, B, C ou D. Inclus les 3 premiers km parcourus.
<p>Valorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≤ 5 km : 7.00€/km - 6-10 km : 5.50€/km - 11-15 km : 4.00€/km - 16 -19 km : 2.50€/km - ≥ 20 km : 2.19€/km 	<p>Valorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≤ 7 km : 6.00€/km - 8-18 km : de 5.80€ à 0.80€/km dégressivement par tranche de 0.5€/km - ≥ 19 km : 0.85€/km

Tableau 6 : Tarifs transports sanitaires

(Source : Caisse d'Assurance Maladie ; Avenants n° 4-5-6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, publié au JO du 21 octobre 2011)

7. Coûts tarifaires des services à la personne

Selon le site officiel de l'administration française (Service-Public.fr), la rémunération horaire brute de l'aide à domicile ne peut être inférieure ni au salaire horaire minimum fixé par la convention collective, en fonction du niveau de l'emploi du salarié et de son ancienneté, ni au Smic horaire. Il est sujet aux heures supplémentaires rémunérées, à une indemnité de congés payés et à une rémunération en cas de travail les jours fériés.

Que l'individu travaille à temps plein ou non, le salaire mensuel brut est égal au salaire horaire brut * nombre d'heures de travail effectif hebdomadaire (40h pour un temps complet)*52 / 12 OU salaire horaire brut * nombre d'heures de travail effectif effectué dans le mois (pour un temps partiel).

Les informations obtenues à partir des sites Internet Amelie²¹ et de Viadom²², offrant des services professionnels de ménage et d'aide à domicile en France, permettent de déterminer le tarif pour une aide- ménagère, compris entre 17,5 et 19,9 euros. On a par exemple : 19,9€ à Paris ; 17,9€ en Basse-Normandie, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Centre.

Le tarif que nous proposons d'utiliser est en moyenne de 18,7€ (moyenne des deux bornes) et de 9,38€ après déduction fiscale. Le tarif à appliquer pour la tarification des services de l'aide-ménagère par an, est de 17 344,60€/an avec :

9.38€ = salaire horaire net, 7h par jours, 35h par semaines, 22jours par mois, soit 12 mois dans l'année.

- De la même manière, l'aide-soignante ou auxiliaire de vie a un salaire qui dépend de son sexe, de son ancienneté, de sa qualification, de ses horaires, de sa situation géographique et du secteur d'exercice du métier d'aide-soignant. Il est à noter que l'aide-soignante est salariée du service de soins dont elle dépend.

Le tarif pour une aide-soignante à domicile est compris entre 18,30€ et 23€ brut, par heure. Les informations sur le salaire dans ce métier sont disponibles sur le site Internet de Amelie et sur celui de la société Vit alliance²³. Si nous considérons le salaire moyen de 14,34€ par heure, avec le même calcul que précédemment, nous avons un salaire de 26 508€/an.

²¹ amelis-services.com

²² www.femme-de-menage.fr

²³ www.vitalliance.fr

Le salaire net est obtenu en enlevant 15% à 25% au salaire brut puis en ajoutant des compléments, si besoin est.

- Pour ce qui est de la livraison de repas, le tarif pour la commande d'un repas est estimé entre 9,90€ et 37,5€, information collectée à partir des sites Internet de 4 sociétés prestataires de services à savoir : Appétits & Associés²⁴ (37,50€ : 14€50 (repas) + 23€ (livraison)), Saveurs et Vie²⁵ (16,40€ le repas), Clapstoche²⁶ (13,70€ la formule déjeuner) et Porteurs de saveurs²⁷ (9,9€ menu traditionnel). Une moyenne des 4 tarifs peut être appliquée pour déterminer le tarif relatif à chaque portage de repas.

8. Coûts des aidants familiaux

Le questionnaire des consommations de ressources des patients et des aidants familiaux est une adaptation d'un questionnaire suédois publié et validé par Anders Wimo et al²⁸ en 2001 sous l'acronyme RUD.

L'instrument RUD est une interview structurée, faite à la personne qui s'occupe du patient et consistant en un questionnaire initial et de suivi.

Le questionnaire initial de l'instrument RUD tient compte du temps consacré par l'aidant au cours du mois précédent la date de remplissage et des ressources médicales qu'il a directement utilisées. Il tient également compte des consommations médicales et non médicales du patient lui-même.

Ce questionnaire permet après avoir été renseigné par le patient et l'aidant familial, de recueillir les informations pour l'étude, sur une période de X mois. X questionnaires de suivi sont à compléter et à renvoyer (par voie postale avec enveloppe préaffranchie), après que le questionnaire d'inclusion ait été ramené au moment de l'hospitalisation pour une intervention programmée.

Au moment de l'inclusion, le patient peut recevoir tous les questionnaires qu'il doit remplir en même temps ou les recevoir au fur et à mesure de l'avancement dans l'étude, lors des consultations de contrôle.

²⁴ www.appetits-associes.fr

²⁵ www.saveursetvie.fr

²⁶ www.clapstoche.fr

²⁷ www.porteur-de-saveurs.com

²⁸ Anders Wimo, Bengt Winblad, Albrecht Stöfler, Yvonne Wirth and Hans-Jörg Möbius: "Resource Utilisation and Cost Analysis of Memantine in Patients with Moderate to Severe Alzheimer's Disease"; *Pharmacoeconomics* 01/2003; 21 (5): 327-340.

Chaque questionnaire (de 20 pages environ) comporte 2 volets :

- Un questionnaire « suivi aidant » à remplir par l'aidant familial c'est-à-dire, la personne qui s'occupe quotidiennement du patient, dans ses activités et soins. Il peut s'agir d'un parent, du compagnon ou de la compagne, d'un enfant, d'un ami ou d'un voisin,...qui ne reçoit pas de rémunération.
- Un questionnaire « suivi patient » à remplir par le patient qui participe à l'étude, avec l'aide éventuelle de l'aidant familial.

Chacun des répondants est prié de remplir le questionnaire intégralement, de façon claire et précise.

Sur chaque questionnaire, le patient est identifié par un numéro patient qui comprend le numéro qui lui est affecté après l'inclusion, suite à l'hospitalisation, et celui du centre hospitalier dans lequel il a été pris en charge.

La partie « aidant » constituée de 3 sections, 10 questions et 38 variables:

- Temps consacré à la personne aidée (6 questions, 10 variables)
 - ✓ Actes de la vie quotidienne
 - ✓ Surveillance
 - ✓ Soins personnels
- Situation professionnelle de l'aidant (1 question, 14 variables)
- Consommation de soins de l'aidant (3 questions, 14 variables)
 - ✓ Prescription de soins médicaux et paramédicaux
 - ✓ Prescription de soins hospitaliers
 - ✓ Prescription de médicaments

La partie « patient » comprenant 2 sections, 7 questions et 53 variables :

- 1. Logement du patient (1 question, 11 variables)
- 2. Consommation de soins du patient (6 questions, 42 variables)
 - ✓ Prescriptions de soins médicaux et paramédicaux
 - ✓ Prescriptions de soins hospitaliers
 - ✓ Prescriptions d'examen radiologiques
 - ✓ Prescriptions d'examen biologiques

✓ Prescriptions de transports sanitaires

Le questionnaire comporte 5 fiches spécifiques qui sont remplies sous réserve que l'aidant ou le patient réponde par « oui » à certaines questions. ces fiches supplémentaires rassemblent les informations suivantes:

- Hospitalisations de l'aidant (6 questions, 18 variables)
- Consommation ambulatoire de l'aidant (4 questions, 7 variables)
- Hospitalisations du patient (6 questions, 18 variables)
- Examens radiologiques du patient (4 questions, 6 variables)
- Transports sanitaires du patient (6 questions, 7 variables)

Les ressources consommées : consommations médicales directement liées aux soins et consommation familiale directement associée aux aides informelles font ainsi l'objet d'un recensement exhaustif.

9. Plan d'analyse statistique des coûts

Les informations dérivées des cahiers d'observation, fournissent des coûts très différents pour chacun des participants, les distributions de coût sont donc très asymétriques. Les coûts de certains patients sont plus élevés que d'autres, en raison des complications médicales, des ré interventions, ou de la durée de leur séjour à l'hôpital.

La méthode la plus classique pour comparer les coûts moyens entre deux groupes de traitement est le test de Student. Ce test repose sur une hypothèse d'indépendance des données et suppose une normalité des distributions de coûts dans chacun des groupes comparés, or les coûts observés sont le plus souvent dispersés vers la droite. L'hypothèse de normalité a donc toutes les chances de ne pas être respectée.

Le test de Mann-Whitney pourrait éventuellement être utilisé puisqu'il ne fait aucune hypothèse sur la distribution des données. Toutefois, il ne compare pas les coûts moyens mais les coûts médians. De plus, les résultats sont sensibles à l'hétérogénéité des variances des deux groupes

Il serait enfin possible d'obtenir un autre estimateur de la moyenne en supposant que les données sont log-normales. Toutefois, la comparaison des coûts par cette méthode n'est justifiée que si la loi log-normale est proche de la vraie distribution des coûts.

Une alternative à ces méthodes paramétriques et non-paramétriques de comparaison des coûts entre deux groupes de traitement est le bootstrap non paramétrique ; c'est celle dont nous recommandons la mise en œuvre lorsque des écarts à la loi normale sont constatés (test de Shapiro-Wilk). La méthode du Bootstrap non-paramétrique également désignée sous le nom de « technique de ré-échantillonnage », ne fait aucune hypothèse sur la distribution des données.

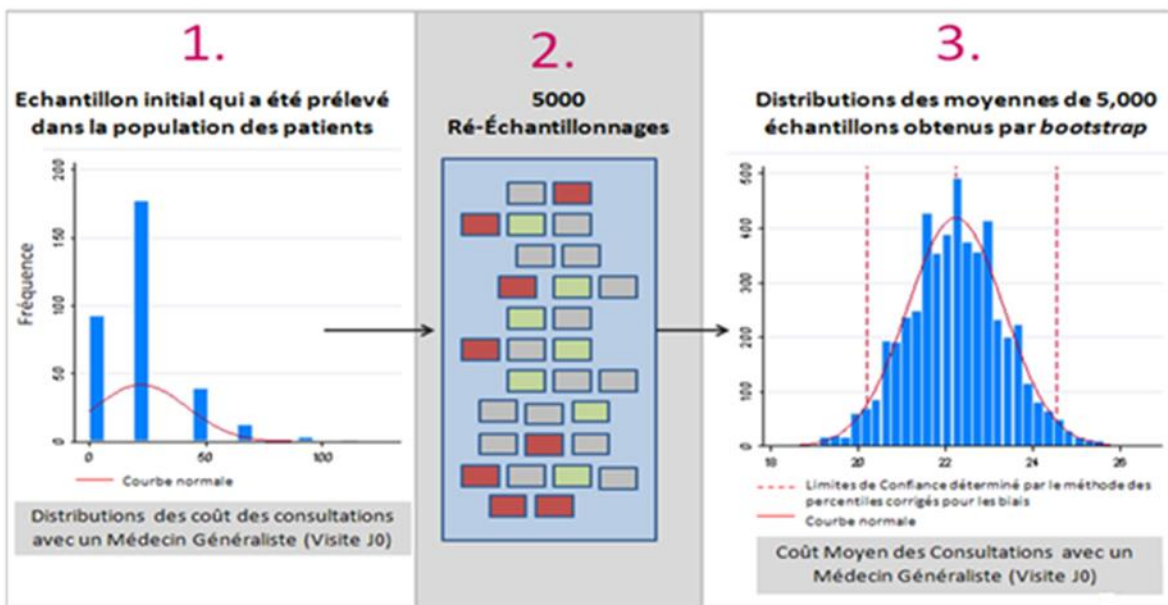


Figure 7: Illustration de la technique du Bootstrap

Chaque sujet a la même probabilité d'être tiré au sort. Une même observation peut apparaître plusieurs fois au sein d'un même échantillon. Après avoir calculé le coût moyen de chacun des échantillons Bootstrapés, la vraie valeur du coût peut être estimée à partir de la distribution de l'ensemble des échantillons obtenus dans la population et l'emploi de la statistique de test t devient légitime. Le coût moyen reste la seule variable pertinente pour la prise de décision.

10. Modèle d'impact budgétaire

L'analyse d'impact budgétaire (AIB) est aujourd'hui une des composantes de l'évaluation médico-économique au même titre que la revue systématique (RS) de la littérature et la réalisation de l'étude coût-efficacité (ACE).

Les finalités respectives des deux outils AIB et ACE sont cependant différentes. La vocation du premier outil est de chiffrer les conséquences budgétaires de l'innovation pour identifier les besoins de financement correspondants et étudier leur comptabilité avec les budgets dont disposent chaque année les organismes concernés pour y faire face. La vocation de la seconde approche est d'une autre

nature : il s'agit de vérifier que l'amélioration de l'état de santé obtenue est, à moyen ou long terme, supérieure à l'ampleur des sacrifices sanitaires additionnels qui ont dû être consentis pour en assurer la mise en place. Un traitement peut être considéré comme coût-efficace dans le cadre d'une ACE mais inabordable si l'on se place dans une perspective budgétaire.

La perspective retenue par chacune des deux analyses est radicalement différente. L'analyse d'impact budgétaire s'intéresse à la prise en charge d'une population cible : les soins concernent aussi bien les nouveaux malades que les anciens, le raisonnement est conduit à la fois en termes de cohorte prévalente et de cohorte incidente. Il s'agit de modèles multicohorte ouverts, qui comportent à la fois des entrées et des sorties. Les modèles d'analyse coût efficacité sont au contraire des modèles de cohorte fermée, qui se bornent à suivre dans le temps le devenir d'une cohorte mono générationnelle dont les effectifs diminuent progressivement du simple fait des décès

Enfin, l'AIB analyse les retombées de l'introduction d'une innovation thérapeutique en comparant la totalité des dépenses relevées dans une indication avant et après sa mise en œuvre sans procéder au décompte détaillé des coûts pour chacun des traitements utilisés. L'analyse d'impact budgétaire se borne donc à comparer deux situations : le coût de l'arsenal thérapeutique déjà existant, à celui d'une panoplie thérapeutique enrichie par l'arrivée d'un nouveau produit. Une analyse désagrégée par traitement du type de celle utilisée dans les études coût-efficacité, exige de refaire tourner le modèle de Markov de façon séparée pour chacune des options thérapeutique existantes.

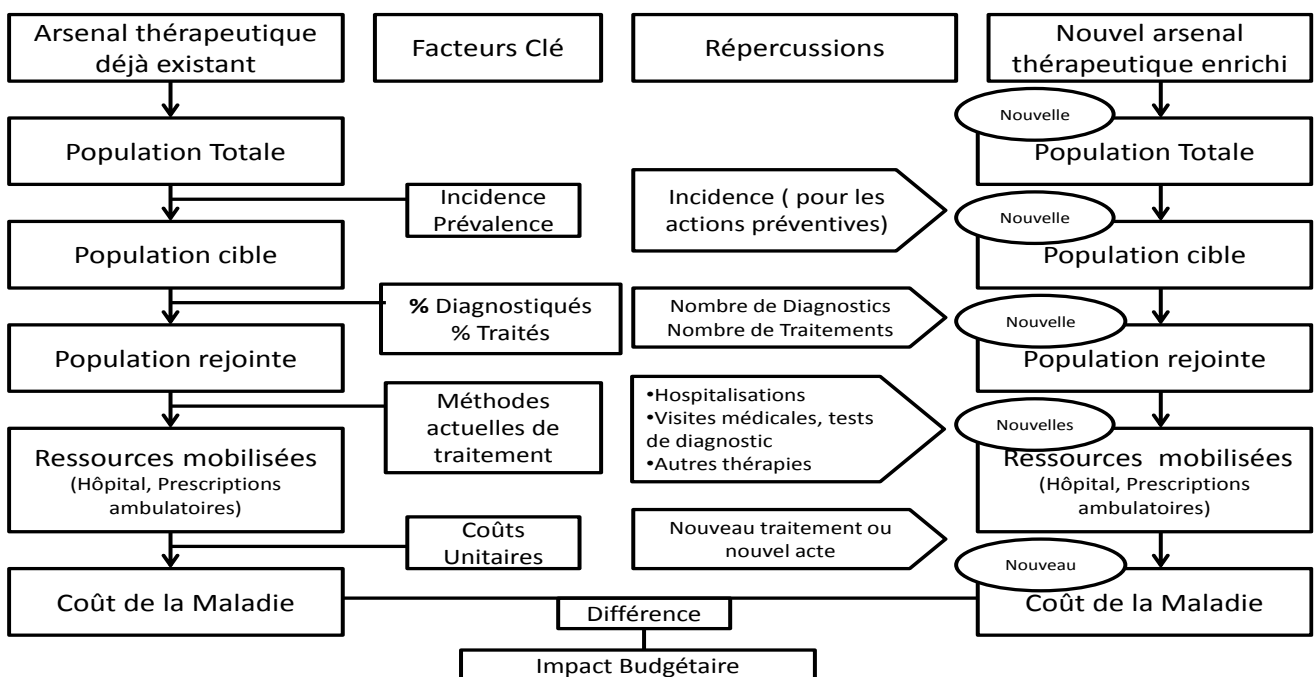


Figure 8 : L'analyse d'impact budgétaire compare des scénarios alternatifs toujours deux à deux

Cette approche de l'analyse d'impact budgétaire globalisant tous les traitements, s'oppose à l'analyse coût-efficacité, dans laquelle un grand nombre de stratégies peut faire l'objet de comparaisons simultanées.

L'objectif du modèle d'impact budgétaire dans la prise en charge d'une pathologie est d'estimer l'impact financier de l'introduction d'une nouvelle option thérapeutique dans le traitement d'une indication. L'étude est en général menée sur trois ou cinq ans, elle compare les dépenses prévisionnelles mises à la charge de l'assurance maladie avant et après l'introduction du nouveau traitement.

Le «scénario de référence» décrit l'arsenal thérapeutique qui existe à l'heure actuelle et chiffre le coût global de sa mise en œuvre et le compare au coût d'un arsenal thérapeutique enrichi par l'introduction d'une innovation thérapeutique et les répercussions financières qui s'ensuivent pour les lignes de traitement subséquentes. La succession des traitements dans le temps est décrite sur la base de la durée qui sépare leur mise en œuvre de leurs échecs et les coûts globaux qui leur sont associés sont estimés par simple sommation des dépenses liées au maintien sous traitement de chacun des protocoles utilisés. Il est également possible de présenter la même analyse sous la forme d'un modèle de Markov.

L'analyse d'impact budgétaire adopte le point de vue des gestionnaires qui chiffrent le plus souvent, les dépenses engagées en valeur nominale sans procéder à leur actualisation, il n'est pas donc pas nécessaire pour l'analyste d'actualiser les coûts (Mauskopf et al., 2007).

La combinaison des entrées (date de début du traitement) et des sorties (date de décès) permet de suivre l'évolution de cohortes successives de patients pris en charge dans une maladie donnée à des moments différents du temps (figure 9). , compte tenu de la date du début de leur traitement.

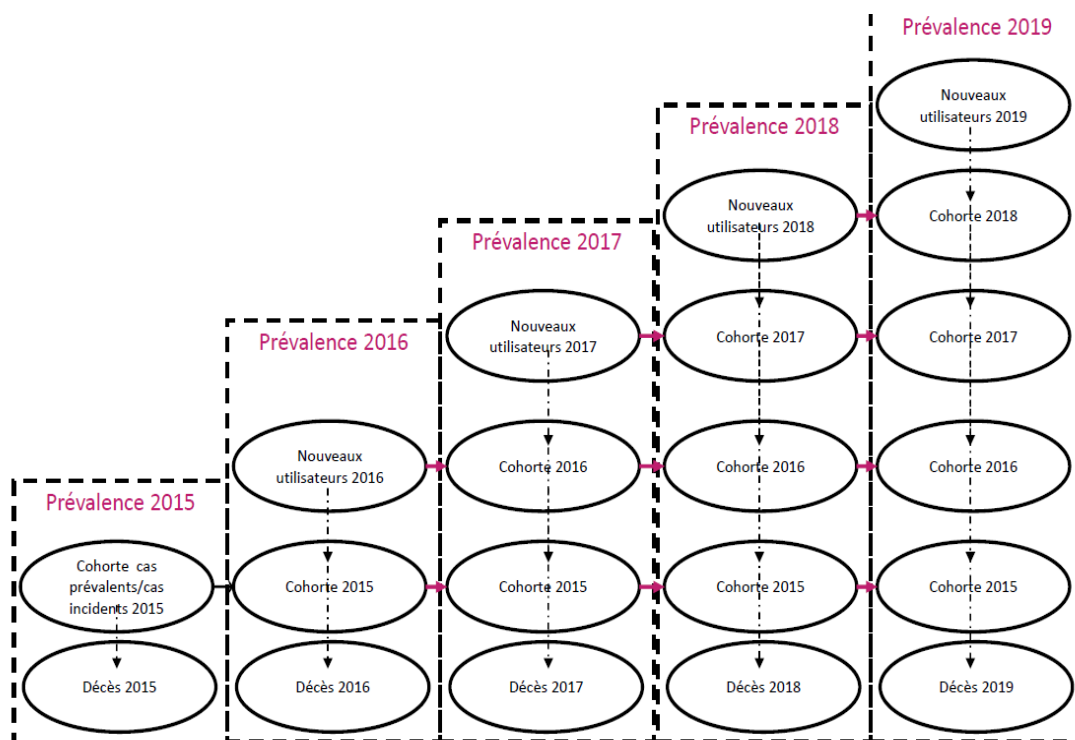


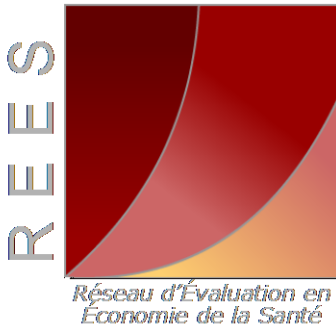
Figure 9: analyse multicohorte

Chaque nouvelle cohorte débutant à l’instant t inclue les patients ayant reçu leur premier traitement à cette date. La taille de leurs effectifs respectifs est définie en fonction des hypothèses adoptées sur les taux d’incidence annuelle. Ces cohortes « des nouveaux cas incidents » se surajoutent aux cohortes des cas anciens (« les cohortes prévalentes »), qui sont datées en fonction de l’année où les cas prévalents ont débuté leur traitement dans le passé. Les « cohortes prévalentes », voient leurs effectifs diminuer au cours du temps en fonction des taux annuels de décès retenus. Au total sur cinq ans, ce sont 5 cohortes qui font, simultanément, l’objet d’un suivi annuel.

Conclusion

Dans un contexte conceptuel et réglementaire du calcul des coûts de la santé, subissant des évolutions et des mutations fondamentales, les économistes de la santé ont la responsabilité et le devoir d’éclairer les choix collectifs

ANNEXE



ETUDE EMOCAR

Evaluation médico-économique de la surveillance par oxymétrie cérébrale
(INVOS™) en peropératoire lors d'endartériectomies carotidiennes

Soutenue et financée par le Ministère de la Santé

Promoteur : CHU - Nantes

Direction Recherche

5, allée de l'île Gloriette

44 093 Nantes cedex 01 (FRANCE)

Tel : 02 53 48 28 35

QUESTIONNAIRE INITIAL



NUMERO DU CENTRE : |__|__|

NUMERO DE PATIENT : |__|__|__|

INITIALES PATIENT : |__|--|__|

Nom Prénom

Date de remplissage suggérée : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de remplissage effective : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

A quoi sert le questionnaire Aidant/Patient et comment le remplir ?

Vous avez accepté de participer à l'**étude EMOCAR**, dont le but est de démontrer l'intérêt clinique et économique d'une nouvelle technique de surveillance de l'oxygénation cérébrale pendant la chirurgie carotidienne.

Comme vous le savez cette nouvelle technique de surveillance a pour objet de diminuer le risque de l'intervention, d'améliorer votre autonomie et de diminuer le recours à de nouveaux soins ou à une assistance supplémentaire de vos proches.

Afin d'évaluer les avantages et les inconvénients de cette nouvelle technique, nous souhaiterions recueillir auprès de vous et de votre « aidant familial » un certain nombre d'informations, avant et après votre intervention sur une période de 4 mois, sous forme d'un questionnaire.

Qu'entend-on par « aidant familial » ?

Il s'agit de la personne qui se trouve à vos côtés, soit quotidiennement, soit ponctuellement et qui vous assiste dans vos tâches de la vie quotidienne et/ou vos soins. Il s'agit le plus souvent de votre conjoint(e), mais cela peut être aussi votre fille/fils, un(e) ami(e) ou un(e) voisin(e). Il ne s'agit pas d'une personne rémunérée (ex : aide ménagère, infirmière).

Le questionnaire que nous vous proposons est composé de deux parties :

- 1) Questionnaire « aidant », à compléter par votre aidant familial.
- 2) Questionnaire « patient » à compléter par vos soins et éventuellement avec l'aide de votre aidant.

Nous vous remercions d'être le plus précis possible et de remplir le questionnaire intégralement. Si certaines parties ne s'appliquent pas à votre cas, il vous est toujours possible de cocher « non » au début du paragraphe concerné ou de mettre « 0 » si une valeur ou un temps vous est demandé (ex : temps consacré à tel soin, etc.).

Pour toute question ou problème rencontré lors du remplissage de ces questionnaires, n'hésitez pas à contacter le Dr..... ou M..... (TEC de l'étude) au :

Le questionnaire initial doit être rapporté lors de votre hospitalisation pour votre intervention, les questionnaires de suivi seront à adresser par voie postale dans une enveloppe pré-affranchie, à l'adresse mentionnée sur l'enveloppe, ou rapportés au médecin qui vous a proposé cette étude, lors d'une éventuelle consultation dans la période de suivi.

Nous vous remercions par avance de votre coopération.

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

A remplir par l'aidant

N° centre : |__|__| Initiales patient : |__| - |__| N° patient : |__|__|__|

1. Données démographiques de l'aidant:

Quel est votre âge ? |__|__| ans

Quel est votre sexe ? Féminin Masculin

Quelle est votre relation avec le patient ?

- Epoux(se) Ami(e)
 Enfant Autre, précisez :

Quel est votre statut familial ?

- Célibataire Séparé(e)
 Marié(e) / vie maritale Divorcé(e) Veuf(ve)

Combien d'enfants vivent actuellement avec vous ? |__|__|

Vivez-vous avec le patient ? Oui Non

2. Temps consacré à la personne aidée :

a. Soins personnels :

<p>Au cours d'une journée type de soins, durant le dernier mois, combien de temps par jour avez-vous aidé le patient pour des soins personnels tels que : aller aux toilettes, manger, s'habiller, se préparer, marcher ou prendre un bain?</p>	<p> __ __ h __ __ min / jour</p>
<p>Durant le dernier mois, combien de jours avez-vous passé à prodiguer ces soins au patient ?</p>	<p> __ __ jour(s)</p>

b. Actes de la vie quotidienne :

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

<p>Au cours d'une journée type, au cours du dernier mois, combien de temps par jours avez-vous passé à aider le patient dans des actes de la vie quotidienne comme faire des courses, préparer un repas, nettoyer la maison, faire la lessive, se déplacer, prendre ses médicaments, ou gérer les sujets financiers ?</p>	<p> _ _ _ h _ _ _ min / jour</p>
<p>Durant le dernier mois, combien de jours avez-vous passé à rendre ces services au patient ?</p>	<p> _ _ _ jour(s)</p>

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

N° centre : |__|__| Initiales patient : |__| - |__| N° patient : |__|__|__|

c. Surveillance :

<p>Au cours d'une journée type, au cours du mois dernier, combien de temps par jours avez-vous passé à surveiller (c.-à-d. prévenir des situations dangereuses) le patient ?</p>	<p> __ __ h __ __ min / jour</p>
<p>Durant le dernier mois, combien de jours avez-vous passé à rendre ce service au patient ?</p>	<p> __ __ / jour(s)</p>

2- Situation professionnelle:

Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur | <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession libérale | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Inactif |

Occupez-vous un emploi rémunéré à l'heure actuelle?

- Non → Merci de préciser la raison : Jamais travaillé
- Retraite
 - Retraite anticipée (sans raison médicale)
 - Mise à pied / Licenciement
 - Problèmes de santé
 - Pour prendre soin du patient
 - Autre

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

N° centre : |__|__| Initiales patient : |__| - |__| N° patient : |__|__|__|

Oui → Dans ce cas, merci de répondre aux questions suivantes :

a) Nombre d'heures travaillées par semaine : |__|__| h |__|__| min / semaine

b) Une partie des heures travaillées vous est-elle payée pour que vous preniez soin du patient ?

Oui → Combien ? |__|__| h |__|__| min / semaine

Non

c) Au cours du mois précédent, avez-vous réduit votre temps de travail habituel afin d'assurer des soins auprès du patient ?

Oui → Combien ? |__|__| h |__|__| min / semaine

Non

d) Au cours du mois précédent, vos responsabilités auprès du patient ont-elles engendrées des absences à votre travail ?

Non

Oui → Combien de journées entières? |__|__|

Combien de demi-journée ? |__|__|

3- Consommation de soins de l'aidant :

a. Prescriptions de soins médicaux/paramédicaux :

Au cours du mois précédent, avez-vous consulté / reçu des soins de la part d'un médecin, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'un orthophoniste ou d'un autre professionnel de santé?

Non

Oui → Précisez dans le tableau ci-dessous le nombre de visites pour chaque spécialiste concerné :

Professionnels de santé	Nombre de visites au cours du mois précédent
Médecin généraliste	__ __
Cardiologue	__ __

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

Gériatre	_ _ _
Neurologue	_ _ _
Psychiatre	_ _ _
Kinésithérapeute	_ _ _
Psychologue	_ _ _
Ergothérapeute	_ _ _
Orthophoniste	_ _ _
Autre, précisez :	_ _ _

b. Prescriptions de soins hospitaliers :

Au cours du mois précédent, avez-vous été hospitalisé (y compris dans un service d'urgences)?

Non

Oui → Pour chaque hospitalisation, merci de compléter une ligne dans le tableau de la page suivante:

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

Hospitalisation N°	Diagnostic ou raison de l'hospitalisation	Date de début d'hospitalisation	Date de fin d'hospitalisation	Lieu d'hospitalisation	Service(s) concerné(s)	Nombre de nuits passées dans le/chaque service
1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _
2		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _
3		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _
4					_ _

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|

	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _
				_ _

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL AIDANT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_|_| - |_|_| N° patient : |_|_|_|_|

c. Prescriptions de médicaments :

Etes-vous sous traitement médicamenteux (traitement avec ou sans ordonnance) ?

Non

Oui → Pour chaque traitement, merci de compléter une ligne dans le tableau ci-dessous :

TRAITEMENTS - AIDANT			
Nom du Traitement	Dosage	Nombre de prise par jour	Nombre de jour pour lesquels ce traitement a été pris au cours du dernier mois
Ex : Kardegic	75 mg	01	10
		_ _	_ _
		_ _	_ _
		_ _	_ _
		_ _	_ _

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

		_	_
		_	_
		_	_
		_	_

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

(Partie à remplir par le patient, avec l'aide éventuelle de l'aidant familial)

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

1- Logement du patient :

Quel est votre logement actuel?

- Mon propre logement, dans ce cas précisez si vous y vivez :
 - Seul(e)
 - Avec votre époux(se)
 - Avec une ou d'autres autres personnes
- Maison de retraite
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Etablissement de soins de longue durée
- Autre, précisez :

2- Consommation de soins du patient :

a. Prescriptions de soins médicaux/paramédicaux :

Au cours du mois précédent, avez-vous consulté / reçu des soins de la part d'un médecin, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'un orthophoniste ou d'un autre professionnel de santé?

- Non
- Oui → Précisez dans le tableau ci-dessous le nombre de visites pour chaque spécialiste concerné :

Professionnels de santé	Nombre de visites au cours du mois précédent
Médecin généraliste	_ _
Cardiologue	_ _
Gériatre	_ _
Neurologue	_ _

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

Psychiatre	_ _ _
Kinésithérapeute	_ _ _
Psychologue	_ _ _
Orthophoniste	_ _ _
Autre, précisez :	_ _ _

Au cours du mois précédent, avez-vous bénéficié de soins infirmiers ou de services à la personne?

- Non
- Oui → Précisez dans le tableau ci-dessous le nombre de visites et la durée moyenne des visites (lorsqu'elle est demandée) pour chaque service :

Services	Nombre de visites au cours du mois précédent	Durée moyenne de la visite
Soins infirmiers	_ _ _	_ _ _ h _ _ _ min
Aide à domicile :		
- Aide ménagère	_ _ _	_ _ _ h _ _ _ min
- Aide soignante	_ _ _	_ _ _ h _ _ _ min
- Auxiliaire de vie sociale	_ _ _	_ _ _ h _ _ _ min
Livraison de repas	_ _ _	
Autre, précisez :	_ _ _	

b. Prescriptions de soins hospitaliers :

Au cours du mois précédent, avez-vous été hospitalisé (y compris dans un service d'urgences)?

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

Non

Oui → Pour chaque hospitalisation, merci de compléter une ligne dans le tableau de la page suivante

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_|| Initiales patient : |_|_| - |_|_| N° patient : |_|_|_|_|

		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _
--	--	-----------------------------	-----------------------------	--	----------------	--------------

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

c. Prescriptions d'examens radiologiques :

Au cours du mois précédent, avez-vous effectué des examens radiologiques ?

Non

Oui → Pour chaque examen, merci de compléter une ligne dans le tableau ci-dessous :

Type d'imagerie	Localisation	Nombre d'examens réalisés	Lieu de réalisation
1:radiographie	1:main	11:poumon	1:ville 2:hôpital
2:échographie	2: poignet	12:rachis	
3:scanner	3: coude	13:membres inférieurs	
4:IRM	4:épaule	14:membres supérieurs	
5:ostéodensitométrie	5:cou	15:tête	
6:scintigraphie osseuse	6:hanche	16:cœur	
7:autre	7:bassin	17: autres...	
	8:genou	
	9:cheville		
	10:pied		
_	_	_	_
_	_	_	_
_	_	_	_
_	_	_	_
_	_	_	_
_	_	_	_
_	_	_	_
_	_	_	_

d. Prescriptions d'examens biologiques :

Au cours du mois précédent, avez-vous effectué des actes biologiques (prélèvements sang, urine) ?

Non

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |__|__| Initiales patient : |__| - |__| N° patient : |__|__|__|

Oui → merci de compléter le tableau ci-dessous :

Type de prélèvements	Nombre de tests réalisés en ville	Nombre de tests réalisés à l'hôpital
Bilan sanguin standard comprenant : NFS + plaquettes + Ionogramme + Créatinine + Bilan hépatique*	__	__
Glycémie	__	__
Surveillance urinaire** __	__	__
Autre	__	__

* Bilan hépatique = phosphatases + Transaminases + GammaGT

** Surveillance urinaire = bandelettes (1) ou ECBU (2)

e. Utilisation des transports sanitaires :

Au cours du mois précédent, avez-vous bénéficié de transports remboursés?

Non

Oui → Pour chaque transport remboursé, merci de compléter une ligne dans le tableau de la page suivante :

PROTOCOLE EMOCAR –QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

TRANSPORTS REMBOURSES - PATIENT						
Transport N°	Raison du transport	Date du transport	Trajet	Lieux de départ – d'arrivée Distance	Type de transport	Transport pris en charge à 100 % ?
1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Transport aller <input type="checkbox"/> Transport aller-retour <input type="checkbox"/> Transport retour	Lieu de départ : Lieu d'arrivée : Distance moyenne en km :	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Transport aller <input type="checkbox"/> Transport aller-retour <input type="checkbox"/> Transport retour	Lieu de départ : Lieu d'arrivée : Distance moyenne en km :	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Transport aller	Lieu de départ : Lieu d'arrivée :	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> VSL	<input type="checkbox"/> Oui

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| | Initiales patient : |_| - |_| | N° patient : |_|_|_|_|

Transport aller-
retour

Transport retour

Distance moyenne en km :

.....

Taxi

Non

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| | Initiales patient : |_| - |_| | N° patient : |_|_|_|_|

TRANSPORTS REMBOURSES - PATIENT						
Transport N°	Raison du transport	Date du transport	Trajet	Lieux de départ – d'arrivée Distance	Type de transport	Transport pris en charge à 100 % ?
4		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Transport aller <input type="checkbox"/> Transport aller-retour <input type="checkbox"/> Transport retour	Lieu de départ : Lieu d'arrivée : Distance moyenne en km :	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Transport aller <input type="checkbox"/> Transport aller-retour <input type="checkbox"/> Transport retour	Lieu de départ : Lieu d'arrivée : Distance moyenne en km :	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Transport aller	Lieu de départ : Lieu d'arrivée :	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> VSL	<input type="checkbox"/> Oui

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| | Initiales patient : |_| - |_| | N° patient : |_|_|_|_|

		<input type="checkbox"/> Transport aller-retour	Distance moyenne en km :	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Transport retour			

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

3- Questionnaire de santé SF36

Comment répondre :

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

(Référence: Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473–483)

1. En général, diriez-vous que votre santé est : *(entourez la réponse de votre choix)*

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Satisfaisante	4
Mauvaise	5

2. Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ? *(entourez la réponse de votre choix)*

Bien meilleure qu'il y a un an	1
Un peu meilleur qu'il y a un an	2
À peu près comme il y a un an	3
Un peu moins bonne qu'il y a un an	4
Pire qu'il y a un an	5

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui Très limité(e)	Oui plutôt limité(e)	Pas limité(e) du tout
Activités intenses: courir, soulever des objets lourds, faire du sport	1	2	3
Activités modérés déplacer une table, passer l'aspirateur	1	2	3
Soulever et porter les achats d'alimentation	1	2	3
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
Monter un seul étage par l'escalier	1	2	3
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
Marcher plus d'1,5 km à pied	1	2	3
Marcher plus de 500 mètres	1	2	3
Marcher seulement 100 mètres	1	2	3
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état de santé, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	1	2
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?	1	2

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?	1	2
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, anxieux(se) ou déprimé(e)), avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	1	2
Faire moins de choses que vous n'espérez ?	1	2
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?	1	2

6. Au cours des 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Très peu	2
Assez fortement	3
Enormément	4

7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ? (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
-------------	---

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

Très peu	2
Assez fortement	3
Enormément	4

8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques? (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un peu	2
Modérément	3
Assez fortement	4
Enormément	5

9.- Ces questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines: (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Tout le temps	Très souvent	Parfois	Peu souvent	Jamais
Vous sentiez-vous très enthousiaste ?	1	2	3	4	5
Etiez-vous très nerveux ?	1	2	3	4	5
Etiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?	1	2	3	4	5
Vous sentiez-vous au calme, en paix	1	2	3	4	5
Aviez-vous beaucoup d'énergie ?	1	2	3	4	5
Etiez-vous triste et maussade ?	1	2	3	4	5
Aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?	1	2	3	4	5

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|

Etiez-vous quelqu'un d'heureux ?	1	2	3	4	5
Vous êtes-vous senti fatigué(e) ?	1	2	3	4	5

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ? (entourez la réponse de votre choix)

Tout le temps	1
Très souvent	2
Parfois	3
Peu souvent	4
Jamais	5

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas: (entourez la réponse de votre choix , une par ligne)

	Tout à fait vrai	Assez vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Faux
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
Je suis en excellent santé	1	2	3	4	5

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

4- Questionnaire EQ-5D-3L

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l’affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd’hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité

- Je n’ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J’ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n’ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J’ai des problèmes pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m’habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n’ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J’ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d’accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

- Je n’ai ni douleurs ni gêne
- J’ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J’ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/Dépression

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

PROTOCOLE EMOCAR–QUESTIONNAIRE INITIAL PATIENT

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

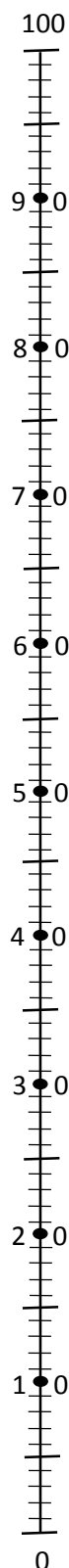
Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de
santé
aujourd'hui**

Meilleur

état de santé



*Pire état de santé
imaginable*

N° centre : |_|_|_| Initiales patient : |_| - |_| N° patient : |_|_|_|_|

NOUS VOUS SOMMES TRES RECONNAISSANT
D'AVOIR PARTICIPE A CETTE ENQUETE.

LE QUESTIONNAIRE QUE VOUS VENEZ DE REMPLIR,
DANS SA PARTIE AIDANT ET SA PARTIE PATIENT,
DEVRA ETRE REMIS AU MEDECIN QUI VOUS A PRIS
EN CHARGE LE JOUR DE VOTRE ADMISSION A
L'HOPITAL EN VUE DE L'INTERVENTION.