

**Consultation concernant
la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

Prise de position

Nom / Entreprise / Organisation : physioswiss

Sigle de l'entreprise / Organisation :

Adresse : Centralstrasse 8B, CH-6210 Sursee

Contact : Mirjam Stauffer, Vizepräsidentin

Téléphone : 079 797 84 40

Mail : mirjam.stauffer@physioswiss.ch

Date : 17.05.2017

Remarques importantes :

1. Veuillez n'apporter aucune modification au format du formulaire et ne remplir que les champs grisés ci-dessus.
2. Nous vous prions d'adresser votre prise de position électronique **en format Word** au plus tard le **21 juin 2017** à l'adresse mail suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
3. Il n'est pas nécessaire de remplir la colonne "Nom/Entreprise".

Nous vous remercions de votre collaboration.

**Consultation concernant
la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

Remarques générales sur le projet de révision et l'interprétation du rapport

Nom/entrepri	Remarque/Proposition
	<p>Physioswiss remercie le Conseil fédéral pour la possibilité d'exprimer sa position concernant la structure tarifaire physiothérapie qui prendrait effet au 1.1.2018. Le Conseil fédéral indique son intention de ne pas faire de "refonte complète d'une structure tarifaire qui serait tout à fait nouvelle".</p> <p>Avec les modifications apportées, notamment l'introduction d'un temps fixe et d'un temps minimum de traitement, il conduit cependant cette intention jusqu'à l'absurde. La structure tarifaire en vigueur depuis 1998 se fonde sur des forfaits par séance assortis d'un modèle de coûts correspondant. Une introduction de temps fixes dans la structure tarifaire se traduit de facto par une nouvelle structure tarifaire et devrait se fonder par conséquent sur un nouveau modèle de coûts. Comme l'ajoute le Conseil fédéral, il ne dispose cependant pas de données fiables qui pourraient alimenter un nouveau modèle de coûts.</p> <p>Les imprécisions qui en découlent ont amené physioswiss à faire établir une expertise pour vérifier la "conformité juridique" du projet de la structure tarifaire du Conseil fédéral relative aux prestations physiothérapeutiques, par le réputé Professeur, docteur en droit Tomas Poledna. Cette expertise du 5.5.2017 figure en annexe et sera mentionnée au besoin.</p> <p>L'amalgame des deux systèmes présentés ici (tarif forfaitaire et tarif au temps) est irrecevable. En outre, le Conseil fédéral outrepassé ses compétences en fixant un temps minimum pour un traitement. L'expertise en annexe du Professeur Tomas Poledna apporte de plus amples commentaires à ce sujet. (Ci-après "Expertise Poledna")</p> <p>Citation de l'expertise Poledna :</p> <p>"Le modèle tarifaire qui se fonde sur le premier tarif physiothérapeutique et qui correspond aussi dans les grandes lignes au projet du Conseil fédéral, date du 5 mai 1997. À l'époque, ce modèle a été élaboré par des représentants de H+ (les hôpitaux de Suisse), par l'ancienne association des prestataires de soins ASP et par des représentants de ZMT (office central des tarifs médicaux). En résumé, on a retenu les composants des coûts et des prestations pour mesurer les positions tarifaires de la structure tarifaire. Concrètement, on a évalué à fond les temps moyens de prestation pour chaque prestation de kinésithérapie ainsi que le coût correspondant. Finalement, compte-tenu de toutes les prestations physiothérapeutiques possibles (au moment de l'élaboration du modèle tarifaire, la liste positive n'existait pas encore conformément à l'article 5 de l'OPAS - ordonnance sur la prestation des soins), la durée moyenne d'une prestation de physiothérapie (32,4 minutes) a été calculée et pondérée avec 48 points (ou 51, conformément à la correction du Conseil fédéral). En d'autres termes, le chiffre tarifaire 7301, en fonction de la définition d'un forfait conformément au modèle tarifaire qui le sous-tend, recouvre des soins de physiothérapie qui peuvent durer de 15 minutes à 45 minutes (d'après la fourchette de temps connue résultant de l'individualisation du soin). Ceci illustre est l'idée qui sous-tend la tarification par forfaits et les conditions de leur application. Pour l'élaboration concrète de la structure tarifaire, il faudra se référer aux considérations qui précèdent.</p>

Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) : procédure de consultation

	<p>Le projet du Conseil fédéral modifie l'ancien accord tarifaire sur trois points :</p> <p>La terminologie sera adaptée en conséquence conformément à l'article 5 de l'OPAS, entré en vigueur le 1er janvier 2010 ;</p> <p>Plusieurs « règles de calcul » sont retenues (qui, comme nous l'avons dit, outrepassent les compétences du Conseil fédéral);</p> <p>Des limites de temps sont imposées aux séances en ce sens qu'elles ne peuvent être décomptées que si elles durent au moins 30 minutes (ce qui n'est pas non plus du ressort du Conseil fédéral).</p> <p>Par ces modifications, le projet du Conseil fédéral ne concorde plus avec l'ancien modèle tarifaire comme base d'accord tarifaire. Ci-après, il s'agit de vérifier si l'on peut constater une violation des directives tarifaires énoncées ci-dessus et conclure que le projet du Conseil fédéral est illicite." (Expertise Poledna, considérants 39-41)</p>
	<p>Productivité et nouvelles prestations (page 15 du rapport) :</p> <p>En 1998, la productivité était de 83,1% (pour un jour de travail de 8 heures 24 minutes), répartie sur 7 heures de soins et 84 minutes en l'absence du patient. Cette productivité est très élevée, d'autant plus que, jusqu'ici, les physiothérapeutes -ne pouvaient facturer que les actes en présence du patient.</p> <p>Dans le cadre des pourparlers sur une nouvelle structure tarifaire, les parties se sont entendues sur la répartition suivante : pour chaque soin, 5 minutes en alternance pour mettre à jour le dossier et respecter les mesures d'hygiène nécessaires (cf. page 24 du rapport), soit pour 16 séances de 30 minutes par jour, un total de 90 minutes pour les activités précitées. En ce qui concerne les rapports, les échanges avec les médecins référents et les contacts pluridisciplinaires, ces derniers ne sont pas décomptés dans la durée du traitement et doivent donc faire l'objet d'une de nouvelles positions tarifaires.</p> <p>La physiothérapie en tant que discipline est un pilier important du système de santé. Les exigences qu'une physiothérapeute doit respecter dans ce système ont beaucoup changé depuis 1998 en raison de plusieurs facteurs. Le progrès médical, le nouveau profil du patient (âge, comorbidités, multiplicité des pathologies chroniques), la prévalence des soins ambulatoires sur les soins hospitaliers et le souhait de garder les patients chez eux aussi longtemps que possible, imposent que les activités qui servent à améliorer la coordination de la prise en charge des patients soient reprise de manière transparente dans la structure tarifaire.</p>
	<p>-Durée du traitement (page 16) :</p> <p>Le nouveau profil du patient implique des traitements plus lourds,,exigent davantage de séances et une plus grande coordination des activités. L'OPAS autorise au maximum 9 séances par prescription. Il faut partir du principe que chaque facture correspond à une prescription. L'augmentation du nombre de séances par facture, indiquée à la page 16 par le Conseil fédéral, soit de 6,6 à 7,2,</p>

Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) : procédure de consultation

	<p>reste bien inférieure au plafond fixé par le législateur et n'est donc pas significative. La durée d'un traitement dépend de plusieurs facteurs : la gravité de la pathologie du patient, son état général, sa réceptivité et le meilleur choix thérapeutique. L'introduction des temps fixes par traitement conduit à la confusion des patient/es, car les questions suivantes se posent : quand commence le traitement ? Si on se donne les mains, lorsque le/la patient/e est déshabillé/e et s'est couché/e sur la table de traitement ? Quand le traitement s'arrête-t-il ? Lorsque le/la patient/e quitte la salle de traitement ? Qu'en est-il du temps qu'il faut à la/au patient/e de se rhabiller ? Qu'en est-il du temps nécessaire pour convenir d'autres rendez-vous ? Et si le/la patient/e arrive avec un retard de 5 minutes à la thérapie ?</p> <p>Avec sa déclaration à la page 16 « Cette augmentation peut avoir eu lieu en partie par l'incitation mentionnée ci-dessus pour réduire le temps de la séance », le Conseil fédéral désavoue tous/toutes les physiothérapeutes, en niant leur expertise technique et professionnelle en général. physioswiss est clairement contre cette déclaration sans équivoque et fait également référence à l'expertise Poledna.</p> <p>Citation de l'expertise Poledna :</p> <p>« Cependant, ce qui est beaucoup plus grave, c'est l'introduction de la durée minimale de 30 minutes par séance de traitement. Cette exigence supplémentaire est sans fondement dans le modèle tarifaire et mène les considérations et toute orientation systématique du modèle tarifaire à l'absurde. La généralisation des services des prestations physiothérapeutiques est basée sur l'hypothèse de base que certaines prestations prennent moins de 30 minutes, d'autres plus. Il en résulte la durée moyenne de 32,4 minutes d'une séance de physiothérapie, qui constitue la base de l'évaluation forfaitaire de la performance avec 48 points tarifaires. Si on ne rémunère plus par la suite toutes les prestations qui n'atteignent pas la durée minimale, l'évaluation forfaitaire n'est plus correcte. Le modèle tarifaire et la structure tarifaire qui s'y basent se désagrègent.</p> <p>Enfin, la durée minimale signifie également que des prestations en-dessous de 30 minutes ne sont plus rémunérées. On ne peut alors plus parler d'un prix raisonnable pour la prestation. » (Expertise Poledna, considérants 59 et 60)</p>
	<p>Coût de la physiothérapie (rapport, page 16)</p> <p>Tout d'abord, il convient de noter que la part des coûts de physiothérapie dans le coût global des soins de la santé publique depuis 1998 est restée stable à environ 1,4%. Sur la base des statistiques de l'Office fédéral de la statistique, l'augmentation des coûts adoptée en physiothérapie par rapport à l'augmentation des coûts dans le secteur ambulatoire dans la période 2011 jusqu'à 2015 est la suivante : au cours des années 2011 à 2013 inclus, elle était en moyenne inférieure à l'augmentation des coûts du secteur ambulatoire (11,1 % contre 12,5 %), comme d'ailleurs toujours depuis 1996.</p> <p>L'augmentation exceptionnelle supérieure à la moyenne des coûts au cours des années 2014 et 2015 s'explique simplement :</p>

Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) : procédure de consultation

	<p>1. Comme mentionné par le Conseil fédéral, les ordonnances ont augmenté globalement de 34 %. Ceci mériterait aussi de s'interroger sur quel impact a et a eu l'introduction de SwissDRG le 1.1.2012 sur les pratiques de prescription des médecins.</p> <p>2. Au 01.04.2014, un accord sur une augmentation du point tarifaire de 8 centimes avec santésuisse a pu enfin être conclu après 16 ans. Cette augmentation du point tarifaire d'environ 8,4% par rapport à 2014 a considérablement contribué à l'augmentation des coûts, cependant, elle est restée limitée et cohérente. physioswiss refuse sans équivoque les déclarations tendancieuses extraites du contexte, voir à ce sujet la page 16 du rapport.</p>
	<p>Qualité (rapport, page 16 et page 24) :</p> <p>Durée prévue des consultations :</p> <p>La déclaration faite dans le rapport que la fixation d'une durée minimale contribue à améliorer la qualité du traitement, n'est pas compréhensible. Ainsi, la compétence professionnelle des physiothérapeutes est à nouveau remise en question de manière globale. De plus, cette introduction d'une période minimum constitue une ingérence inadmissible dans l'activité d'un/e physiothérapeute.</p> <p>Citation de l'expertise Poledna :</p> <p>« Le Conseil fédéral a donc, d'une part, introduit la durée minimale des séances dans le but d'assurer des soins médicaux de haute qualité, et d'autre part de réduire le nombre de consultations, économisant ainsi des coûts. Les deux objectifs sont sans doute dans l'intérêt public. Toutefois, il convient de noter que ces instruments existent déjà dans la LAMaL au niveau de la convention tarifaire (et non de la structure tarifaire) : dans les conventions tarifaires, les mesures pour assurer la qualité sont introduites et la LAMaL dispose de nombreuses règles pour contrôler l'efficacité de la prestation des services. Ces instruments sont alors beaucoup plus fins qu'une forfaitisation grossière au niveau d'une structure tarifaire. » (Expertise Poledna, considérant 66)</p> <p>En outre, l'intervention est disproportionnée (Expertise Poledna, considérant 67ff)</p> <p>Pour physioswiss, maintenir la qualité est une préoccupation majeure. Les mesures de qualité doivent être transparentes et compréhensibles pour les patients et les payeurs. La fixation d'un temps de traitement minimum dans ce contexte ne constitue pas une mesure appropriée.</p>
	<p>Les exigences suivantes résultent des remarques ci-dessus :</p> <p>Élimination de la durée fixe de traitement</p> <p>Suppression de la durée minimale du traitement</p>

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	<p>Ajustement de la position de 7354 sur l'évolution démographique et médicale</p> <p>Introduction de positions pour les rapports, échanges avec les prestataires de soins et réseaux multiprofessionnels</p>
	<p>Pour soulager votre charge de travail, physioswiss s'est limitée de n'indiquer ci-après que les éléments pour lesquels des changements spécifiques sont nécessaires.</p> <p>Pour les résultats de la structure tarifaire, les ajustements suivants sont nécessaires (à la fois comme position et proposition) : Remarques préliminaires :</p> <p>Avant tout, il faut réintégrer le paragraphe 1 existant dans la structure tarifaire avant le 1.10.2016 :</p> <p>« Le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale et de ses connaissances professionnelles. Sur la base de la prescription médicale, il choisit le traitement en tenant compte des critères d'économicité et d'efficacité. »</p>

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

Commentaires sur les articles individuels du projet de changement et leurs explications					
Nom/ entreprise	Art.	Par.	Comm.	Remarque/Proposition	Demande d'une proposition de changement
	7301			Supprimer la notion de temps ; supprimer le paragraphe 2	<p>Ce chiffre tarifaire comprend tous les traitements simples ou combinaisons qui ne figurent pas explicitement dans les chiffres tarifaires 7311 à 7340.</p> <p>L'art. 5 OPAS entend notamment sous physiothérapie générale :</p> <p>a) Mesures relatives à l'examen et à l'évaluation physiothérapeutique</p> <p>b) Mesures thérapeutiques, conseils et instruction :</p> <p>Le chiffre tarifaire 7301 comprend également :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinaisons de physiothérapie générale et électrique ou thermothérapie • Combinaison de la physiothérapie générale et de l'instruction lors de la location d'appareils

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7311			Supprimer la notion de temps ; en cohérence avec 7301, insérer la description de la physiothérapie complexe ; supprimer le paragraphe 2	L'art. 5 OPAS entend notamment sous physiothérapie complexe : a) Mesures relatives à l'examen et à l'évaluation physiothérapeutique b) Sous physiothérapie complexe, il faut entendre : les mesures thérapeutiques, conseils et instruction selon OPAS 5 pour les maladies ou situations suivantes, qui rendent le traitement plus difficile :
--	------	--	--	---	--

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

					<ul style="list-style-type: none"> - Lésions du système nerveux - Enfants jusqu'à leur huitième année incluse - Troubles de la ventilation pulmonaire - En cas de troubles du système lymphatique - Dans une situation palliative - En cas de ralentissement sensorimoteur / de déficit cognitif - Traitement d'au moins deux zones du corps - Traitement de deux articulations non voisines (peuvent se trouver dans la même région du corps) - En cas de maladie nécessitant une aide coûteuse (par ex. brûlures) - En cas d'instruction nécessaire au traitement d'une personne soignante ou accompagnante <p>Une fois la demande déposée, l'assureur peut autoriser la facturation de la position 7311 pour d'autres indications</p>
--	--	--	--	--	--

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7313			Supprimer la notion de temps	<p>Hippothérapie par des physiothérapeutes spécialement formés à cette thérapie.</p> <p>Lors de la compensation de ce supplément, une indemnisation de déplacement / de temps ne peut pas être invoquée pour le chiffre 7354.</p> <p>Supplément (pour le forfait) pour l'utilisation de l'infrastructure : voir le chiffre 7353.</p>
	7330			En principe d'accord, en cohérence avec les positions 7301 et 7311 adaptation linguistique minimale	<p>(taille de groupe jusqu'à environ 5 patients)</p> <p>La thérapie de groupe est constituée par des mesures de physiothérapie conformément à OPAS 5 dans la salle de thérapie ou dans la piscine.</p> <p>Le chiffre 7330 peut être facturé par patient.</p> <p>Lors de la thérapie de groupe, une indemnisation de déplacement / de temps ne peut pas être invoquée pour le chiffre 7354.</p>

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7340		<p>Supprimer la notion de temps, car un non-sens pour la physiologie de l'entraînement, comment peut-on atteindre dans 15 minutes une incitation adéquate, ou un effet d'entraînement ? Supprimer le paragraphe 2</p>	<p>En vue de l'instruction d'un programme de thérapie de renforcement musculaire, le physiothérapeute peut facturer 2 séances au sein du programme de thérapie de renforcement musculaire entier par patient sur la base du chiffre 7301 au lieu du chiffre 7340, indépendamment du nombre de séances.</p> <p>L'entraînement médicalisé effectué par le patient est contrôlé par le physiothérapeute.</p> <p>La thérapie de renforcement musculaire est uniquement remboursée lors d'une rééducation.</p> <p>Pour la thérapie de renforcement musculaire comme prestation de diagnostic ou de prévention, il n'y a aucune obligation de prestations, les tests et leurs évaluations ne sont pas remboursés par l'assurance.</p> <p>Lors de la thérapie de renforcement musculaire, une indemnisation de déplacement / de temps ne peut pas être invoquée pour le chiffre 7354.</p>
--	------	--	---	--

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7350			<p>En principe d'accord, les paragraphes a et c sont à changer selon la concertation des partenaires tarifaires.</p>	<p>Ce supplément vaut comme forfait pour les dépenses supplémentaires lors du premier traitement et d'un bilan intermédiaire au cours d'une thérapie. Les dépenses supplémentaires comprennent l'étude du dossier, la saisie du problème, l'évaluation du problème, la fixation des objectifs et l'établissement du plan thérapeutique.</p> <p>Ce chiffre tarifaire peut être facturé en même temps uniquement</p> <p>avec l'un des forfaits de séances 7301 à 7320.</p> <p>Ce numéro tarifaire peut être facturé par cas de maladie / accident et institut</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux fois au sein de 36 séances - ou, dans un cas de récurrence, lorsque la maladie a fondamentalement changé, ou - si le dernier traitement date d'il y a plus de trois mois.
--	------	--	--	--	--

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

7351			<p>En principe d'accord ; supprimer la notion du temps, adapter la nomenclature en conséquence</p>	<p>Supplément pour le traitement de cas complexes dans une des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) d'accord b) d'accord c) d'accord <p>Paragraphe 2 d'accord</p> <p>Paragraphe 3 : ce chiffre tarifaire peut être réglé uniquement en combinaison avec le chiffre tarifaire 7311.</p> <p>Supprimer le paragraphe 4</p>
7354			<p>Modifier le paragraphe 4 parce que contraire à l'évolution démographique et au changement social</p>	<p>Le physiothérapeute a droit à l'indemnisation de déplacement / de temps pour tout traitement effectué hors du cabinet. Le traitement à domicile doit être formellement prescrit par le médecin</p> <p>Ce supplément couvre aussi bien le temps de déplacement que les frais de voiture ou l'utilisation d'un transport public</p> <p>Le tarif en cas de traitement à domicile est toujours le même quelle que soit la longueur du chemin parcouru.</p> <p>Pour l'hippothérapie, traitement/thérapie de groupe, thérapie de renforcement musculaire et thérapie dans le bassin de marche / piscine, le chiffre 7354 ne peut pas être facturé.</p>

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7401		24 TP	<p>Nouveau : échange clinique relatif au cas en l'absence du patient</p> <p>correspond à un besoin de s'adapter à la réalité actuelle, a prévalu lors des négociations de la structure tarifaire entre tous les partenaires tarifaires</p>	<p>Communication orale et/ou écrite relative au cas avec des fournisseurs de prestations traitants</p> <p>Ne compte pas comme séance.</p> <p>Doit avoir lieu en relation avec une série.</p> <p>Communication avec des fournisseurs de prestations selon l'art. 35 LAMal.</p> <p>Maximal 2 fois par série</p>
	7402		96 TP	<p>Nouveau : discussion multidisciplinaire du cas</p> <p>correspond à un besoin de s'adapter à la réalité actuelle, a prévalu lors des négociations de la structure tarifaire entre tous les partenaires tarifaires</p>	<p>Réunion multidisciplinaire relative au cas avec ou sans la présence du patient (Présence du physiothérapeute requis), y compris la gestion des dossiers et la fixation d'un rendez-vous.</p> <p>La responsabilité de la discussion de cas multidisciplinaires incombe au médecin traitant.</p> <p>Uniquement applicable s'il y a au moins 3 fournisseurs de prestations impliqués (au sens de l'art. 35 LAMal)</p> <p>Ne compte pas comme séance.</p> <p>Doit avoir lieu en relation avec une série.</p> <p>Non facturable le jour de la sortie de l'hôpital.</p> <p>L'éventuel établissement d'expertises au médecin traitant est compris dans la position.</p> <p>4 réunions maximum par année civile et par patient sont facturables.</p>

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7500		25 TP	Nouveau : rapport 1 Rapport formalisé correspond à un besoin de s'adapter à la réalité actuelle, a prévalu lors des négociations de la structure tarifaire entre tous les partenaires tarifaires	Étendue du rapport : un contenu d'une page A4 : contient en règle générale les réponses à des questions ciblées de l'assureur (expertise formalisée).
	7501		50 TP	Nouveau : rapport 2 Rapport formalisé ou non formalisé correspond à un besoin de s'adapter à la réalité actuelle, a prévalu lors des négociations de la structure tarifaire entre tous les partenaires tarifaires	Étendue du rapport : Rapport formalisé de deux pages A4 ou rapport non formalisé d'une page A4 de texte libre. Contenu du rapport: comporte l'anamnèse / le déroulement, les objectifs thérapeutiques et le pronostic (degré probable de l'amélioration fonctionnelle). Au cas où un rapport intermédiaire ou de déroulement « normal » (sans vaste catalogue de questions spécifique) est exigé, celui-ci compte au plus comme un rapport 2.o

**Changement de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal) :
procédure de consultation**

	7502		100TP	<p>Nouveau : rapport 3 Rapport formalisé ou non formalisé correspond à un besoin de s'adapter à la réalité actuelle, a prévalu lors des négociations de la structure tarifaire entre tous les partenaires tarifaires</p>	<p>Étendue du rapport :</p> <p>Rapport formalisé ou non formalisé. rapport formalisé d'au moins trois pages A4. rapport non formalisé d'au moins deux pages A4 de texte libre.</p> <p>Contenu du rapport: comporte, outre l'anamnèse / le déroulement, les objectifs thérapeutiques et le pronostic, encore d'autres informations demandées par les assureurs.</p>
--	------	--	-------	--	--