

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document  
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES

N° 133 • SEPTEMBRE 2015

Enquête qualitative préalable à la mise en place  
d'un dispositif statistique sur la mesure des délais  
d'attente dans l'accès aux soins

Evelyne Cash, Roland Cash, Catherine Dupilet, Marion Pinilo, Thomas Richard





Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

**DREES**

**SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES**

N° 133 • SEPTEMBRE 2015

Evelyne Cash, Roland Cash, Catherine Dupilet, Marion  
Pinilo, Thomas Richard



Cette recherche a été financée par la DREES

Cette publication n'engage que ses auteurs



## Sommaire

---

■ INTRODUCTION .....	9
■ METHODOLOGIE .....	10
Recherche bibliographique.....	10
Entretiens institutionnels .....	11
Objectifs .....	11
Choix des acteurs.....	11
Modalités de réalisation des entretiens.....	11
Monographies de territoire .....	12
■ ENSEIGNEMENTS DE L'ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE .....	16
Sources de données régulières sur les délais d'attente en France .....	16
Les enseignements des comparaisons internationales .....	19
Comparaisons générales.....	19
Approfondissement de certaines thématiques .....	21
Les enseignements des travaux menés en France .....	27
■ LES ENTRETIENS INSTITUTIONNELS .....	31
Opportunité d'une mesure des délais d'attente.....	31
Pourquoi mesurer les délais ? Quels seraient les objectifs d'une telle enquête ? Sur quels thèmes devrait-elle porter ?.....	32
Objectifs .....	32
Thématiques fréquemment mentionnées.....	33
Aspects méthodologiques .....	35
Enquêtes .....	35
Données disponibles .....	36
Caractéristiques à prendre en compte .....	36
■ LES MONOGRAPHIES DE TERRITOIRE .....	37
Thèmes privilégiés d'étude.....	37
Sélection des territoires.....	37
Enseignements généraux.....	41
Principaux points de convergence des états des lieux.....	41
Tendances communes pour un dispositif de mesure des délais.....	42
Synthèses par territoire .....	43
Territoire de l'Est de l'Indre.....	43
Territoire de Lisieux (Calvados).....	45
Territoire de Bobigny (Seine St-Denis) .....	46
Territoire de Fontainebleau (Seine-et-Marne).....	48
Territoire de Roanne (Loire) .....	49
Territoire de Guéret (Creuse) .....	51
■ PERSPECTIVES POUR LA REALISATION D'UNE ENQUETE NATIONALE .....	53
Les objectifs poursuivis .....	53
La complexité du circuit de prise de rendez-vous .....	54

Les différentes méthodologies de mesure des délais d'attente .....	56
Le choix du suivi d'une cohorte de patients au long cours .....	60
<b>■ CONCLUSION : SYNTHÈSE DES CONSTATS, OBJECTIFS POURSUIVIS ET DISPOSITIF PROPOSÉ.....</b>	<b>65</b>
<b>■ ANNEXES .....</b>	<b>67</b>
ANNEXE 1 - Bibliographie et Fiches de lecture .....	69
Bibliographie.....	69
Enquêtes auprès des structures de soins et des médecins .....	72
Enquêtes auprès des patients .....	96
Enquêtes auprès des patients et des médecins .....	108
Méthodologie.....	114
Comparaisons internationales .....	117
ANNEXE 2 - Entretiens institutionnels : liste des institutions et personnalités rencontrées, lettre de mission et guide d'entretien.....	132
Liste des personnalités et institutions rencontrées.....	132
Lettre de mission .....	135
Guide d'entretien .....	137
ANNEXE 3 - Lettre de mission et guide d'entretien pour les monographies .....	139
Lettre de mission .....	139
Guide d'entretien .....	141
Questionnaire spécifique pour une enquête par voie postale auprès des chirurgiens-dentistes de l'Indre.....	142



## ■ INTRODUCTION

La problématique des délais d'accès aux soins ne met pas la France en mauvaise position dans les comparaisons internationales (d'ailleurs, les dispositifs internationaux d'observation des délais d'attente n'ont pas intégré la France, réputée ne pas avoir de difficulté sur ce point). Pourtant, depuis quelques années, ce thème a surgi dans le débat public. Il existe en effet des indices soulignant l'existence de difficultés en matière de délais dans certaines zones géographiques, dans certaines spécialités, ou pour certains types de soins programmés. Les spécialités les plus emblématiques de ces difficultés et pour lesquelles existe déjà un corpus de publications sont l'ophtalmologie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'accès au médecin généraliste se fait en principe sans attente excessive partout sur le territoire, mais le nombre croissant de départs en retraite de praticiens dans certaines zones rurales ou péri-urbaines pose la question de leur (non) remplacement et donc d'une possible extension du problème des délais d'attente à l'avenir dans ces zones.

C'est pourquoi la DREES envisage aujourd'hui de mettre en place un dispositif statistique de mesure, de suivi et d'analyse des délais d'attente dans l'accès aux soins en France. Dans ce cadre, elle a d'abord souhaité que soit mené un travail d'analyse qualitative préalable pour définir les caractéristiques d'un système de collecte de données sur les délais d'attente, en tenant compte des enquêtes existantes, qui pourront éventuellement faire l'objet de propositions d'améliorations, et des informations éventuellement déjà disponibles dans les systèmes d'information des hôpitaux ou d'autres sources de données. La DREES a décidé d'en confier la réalisation aux cabinets de conseil Les Asclépiades et Kurt Salmon.

Il s'agissait, à travers plusieurs démarches complémentaires, de réaliser un tour d'horizon de la question telle qu'elle se pose en France, de prendre les avis des différentes institutions du système de santé, de réaliser des observations de terrain devant enrichir la démarche pour identifier les problèmes les plus aigus et discuter des questions de faisabilité d'une enquête nationale sur les délais.

L'ensemble du champ de la santé est potentiellement concerné par des problèmes de délais d'attente dans l'accès aux soins, mais il a été choisi d'exclure certains thèmes trop spécifiques et demandant des démarches ciblées :

- Prélèvements d'organes et transplantations.
- Procréation médicalement assistée.
- Demandes de placement en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en Soins de suite et de réadaptation (SSR).
- Urgences hospitalières et pré-hospitalières.

## ■ METHODOLOGIE

### Recherche bibliographique

---

Plusieurs démarches ont été entreprises :

- La recherche de publications originales à travers une recherche bibliographique classique sur les bases bibliographiques *Medline* et *Refdoc*.
  - Mots-clés et requêtes : « Appointments and Schedules » AND France (ce terme Medical Subject Headings - Mesh - inclut les questions de délais d'attente, de listes d'attente, d'organisation des rendez-vous, en ambulatoire comme à l'hôpital).
  - Sur la période 2003-2013.
- La recherche dans la base documentaire de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).
- La recherche systématique sur les sites internet des institutions susceptibles d'avoir mené des travaux dans ce domaine : DREES, Agences régionales de santé (ARS), Unions régionales des professionnels de santé, Union Régionale des Médecins libéraux (URPS, URML), Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) et Observatoires régionaux de la santé (ORS)...
- L'analyse des documents et enquêtes cités dans le cahier des charges de l'étude.
- La recherche sur internet, *via* un moteur de recherche, des articles de presse se rapportant au thème des délais d'attente.
- Concernant les comparaisons étrangères, ont été retenus les documents présentant des comparaisons entre plusieurs pays (avec ou sans la France) et dotés d'un chapitre de méthodologie.
  - Il faut garder à l'esprit que les comparaisons internationales sur ce type de problématique rencontrent des limites, eu égard aux différences d'organisation et de financement du système de soins entre pays.
- En outre, lors de la phase de synthèse à la suite de la réalisation des monographies, il a été jugé utile de compléter cette analyse de la bibliographie internationale sur des thèmes précis :
  - Relations entre délais d'attente et résultats de soins.
  - Coûts induits par des délais d'attente.
  - Relations entre délais d'attente et inégalités d'accès aux soins.
  - Existence de recommandations sur les délais d'attente dans l'accès aux soins sur les thèmes retenus dans le présent travail.

L'ensemble des documents utilisés est détaillé en annexe 1.

Pour les articles retenus, des fiches de lecture ont été rédigées (*cf.* annexe 1), sur le modèle suivant :

- Titre
- Auteurs
- Année
- Type de document (rapport, article...)
- Objet
- Champ couvert par la publication : demande de soins, offre de soins, période, zone géographique
- Méthodologie : cibles d'enquête, échantillon, type d'enquête, sources d'informations utilisées, méthode de recueil, etc.
- Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés
- Principaux résultats sur les délais d'attente
- Biais et limites méthodologiques
- Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête

## Entretiens institutionnels

---

### Objectifs

---

L'objectif de cette phase était de définir les axes importants à intégrer dans le futur dispositif de mesure des délais d'accès aux soins et d'identifier les sources de données utilisées par les organismes interrogés.

Il a été rappelé à chaque interlocuteur que la présente étude consistait à étudier comment mesurer les délais d'attente et sur quels segments de soins il paraissait le plus pertinent de le faire, et non comment réduire les délais.

Dans cette phase d'entretiens, il s'agissait donc :

- D'échanger sur l'opportunité et le périmètre du futur dispositif.
- D'obtenir une vision stratégique et/ou opérationnelle des besoins.
- De recenser les sources d'information produites et/ou utilisées et des éléments de méthodologies d'enquête.

### Choix des acteurs

---

Au regard de l'étendue du sujet, il paraissait nécessaire de rencontrer au moins une trentaine d'acteurs.

Une première liste a été définie et soumise au Comité de Pilotage de l'étude, et les échanges entre les membres ont permis de préciser les structures et personnes susceptibles d'être interrogées.

En outre, à la lumière des premiers échanges menés, des entretiens complémentaires ont été réalisés.

D'une manière générale, il s'agissait de pouvoir rencontrer les personnes concernées par la thématique des délais d'accès aux soins au sein :

- Des directions du ministère
- De quelques ARS
- Des agences nationales
- Des acteurs de l'Assurance maladie
- Des fédérations d'établissements et conférences représentant les Centres hospitaliers (CH) et les Centres hospitaliers universitaires (CHU)
- Des syndicats et représentants de médecins libéraux
- Des ordres professionnels
- Des représentants de patients

L'annexe 2 fournit la liste de l'ensemble des institutions et personnes rencontrées. Au total, 36 institutions ont été rencontrées (pour 57 personnes interrogées).

### Modalités de réalisation des entretiens

---

Une lettre de mission officielle de la DREES et un guide d'entretien (annexe 2) permettant un recueil structuré de l'information ont été réalisés par les consultants et validés par la DREES et le COPIL.

Les acteurs identifiés ont été sollicités pour participer à l'étude *via* l'envoi d'un courriel présentant le contexte de l'étude et comprenant en pièces jointes la lettre de mission ainsi que le guide d'entretien.

Dans un second temps, des relances téléphoniques et courriels ont été réalisés (environ tous les 10 jours) auprès des acteurs n'ayant fait parvenir aucun retour auprès de l'équipe de consultants. Dans certains cas, la DREES a également relancé directement les acteurs.

Les entretiens se sont déroulés soit en face à face, soit par téléphone et ce en fonction des souhaits et des contraintes de calendrier des personnes interrogées.

Cette phase a été menée entre octobre 2013 et janvier 2014.

## Monographies de territoire

---

Six territoires (en général de la taille d'un arrondissement au sens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)) ont été retenus pour cette phase :

- Seine et Marne : territoire autour de Fontainebleau
- Seine Saint Denis : territoire autour de Bobigny
- Indre : Est de l'Indre (Issoudun, La Châtre)
- Creuse : arrondissement de Guéret
- Calvados : arrondissement de Lisieux
- Loire : territoire autour de Roanne

La sélection a été opérée sur des critères de démographie des professionnels de santé, de type de territoire (urbain, rural) et de taux de dépassement des médecins spécialistes. Le détail de cette procédure est donné dans le chapitre 5.1.

Il était prévu pour chacun de ces territoires de rencontrer les institutions régionales ou départementales, et d'enquêter auprès des établissements de santé et des professionnels libéraux.

À ces fins, les démarches suivantes ont été entreprises :

### Institutions

Les institutions suivantes ont été contactées par e-mail puis relancées par téléphone pour solliciter un rendez-vous (qui pouvait se tenir sur place ou par téléphone) : ARS, URPS, Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), Ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD). Dans certains des territoires des institutions n'ont pas donné suite à cette demande d'entretien malgré des relances.

### Établissements de santé

La direction des établissements de santé (CH, CHU, CHS, cliniques) a été contactée pour l'organisation d'une visite sur site, cette visite ayant dans la plupart des cas été complétée par plusieurs entretiens téléphoniques. Dans ces établissements, d'une manière générale, les acteurs suivants ont été interrogés :

- le directeur ou son représentant ;
- parfois, la direction qualité et/ou système d'information ;
- le président de Conférence médicale d'établissement (CME) ;
- des praticiens dans les disciplines principalement visées par l'enquête : ophtalmologie, chirurgie orthopédique, odontologie, psychiatrie ;
- des secrétariats médicaux et secrétariats de consultations externes ;
- des cadres de santé ;
- les personnels du centre d'orthogénie, le cas échéant ;
- les personnels des Centres médico-psychologiques (CMP), le cas échéant.

Le planning familial a été sollicité dans certains territoires.

Pour des raisons de disponibilité ou de désintérêt pour l'objet de l'enquête, comme indiqué dans le tableau ci-après, tous les interlocuteurs visés n'ont pas pu être rencontrés dans tous les territoires.

### Professionnels libéraux

La lettre de mission, le guide d'entretien et un courrier de demande d'entretien ont été adressés par voie postale aux praticiens libéraux ciblés par l'enquête (ophtalmologues, psychiatres, généralistes, chirurgiens-dentistes), avec lettre-réponse affranchie. Les contacts ainsi que leurs coordonnées postales ont été obtenues dans les pages jaunes.

Ont ainsi été contactés un grand nombre de professionnels, comme l'indique le tableau suivant :

Professionnels libéraux contactés	Indre	Creuse	Loire	Seine St Denis	Seine et Marne	Calvados
Médecine générale	9	18	15	15	15	15
Chirurgie dentaire	17	23	28	18	21	17
Ophthalmologie	2	4	12	5	8	3
Psychiatrie	1	4	5	2	7	4
TOTAL	29	49	60	40	51	39

À noter que certains de ces professionnels exercent aussi en secteur hospitalier.

Parmi ces contacts, seule une petite minorité a accepté de répondre à cette demande, et les relances par téléphone qui ont été opérées dans un grand nombre de cas n'ont pas permis d'augmenter significativement le taux de participation.

Aussi, dans certains territoires, certaines spécialités du périmètre de l'étude ne sont pas du tout représentées et d'une manière générale (en dehors de l'Indre pour les chirurgiens-dentistes) les refus de participation et les absences de retour ont été très nombreux.

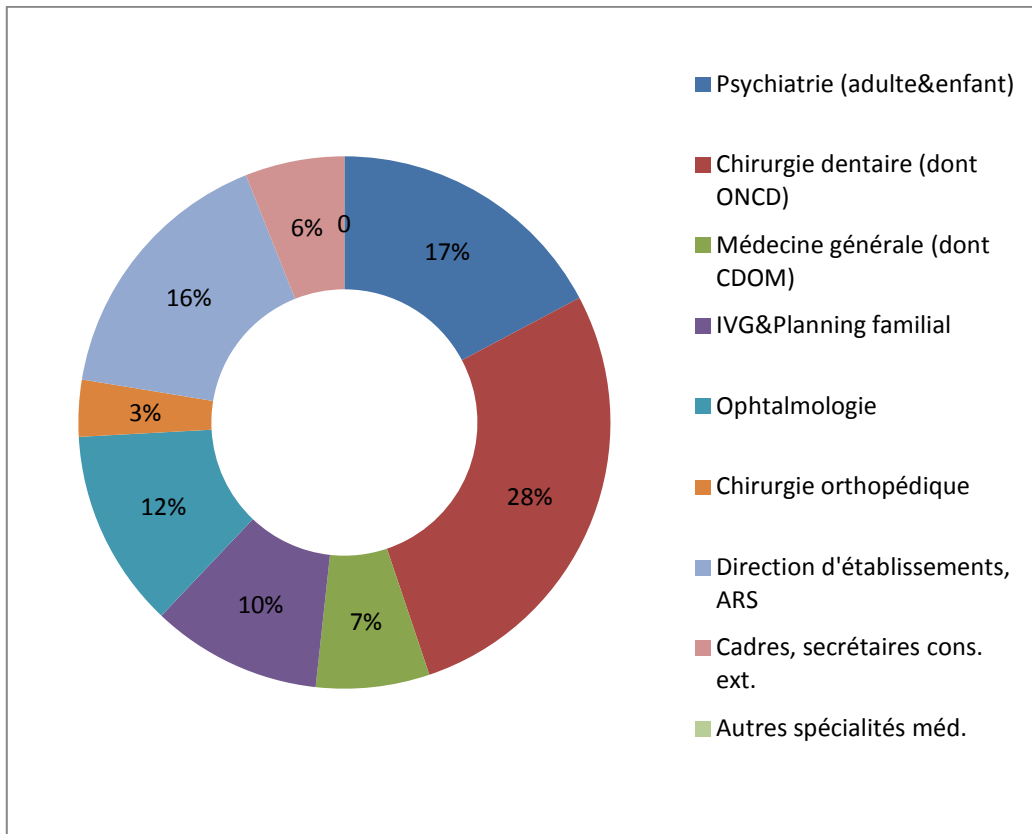
Dans l'Indre, le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes a été très actif, et a lui-même adressé le questionnaire d'enquête aux chirurgiens-dentistes libéraux du territoire par voie postale, à partir d'un questionnaire écrit (cf. annexe 3) ; 14 réponses ont été obtenues (sur 17 professionnels répertoriés dans les pages jaunes).

Au total, le taux de participation à cette enquête auprès des libéraux est de 12,7 %, mais il est réduit à 8 % en mettant de côté le cas des chirurgiens-dentistes de l'Indre.

Le tableau suivant récapitule la répartition des 130 entretiens qui ont pu être menés *in fine*.

	Indre	Creuse	Loire	Seine St Denis	Seine et Marne	Calvados
<b>Professionnels de ville</b>						
Médecin généraliste	2		2			2
Ophthalmologue				1	1	
Psychiatre			2			
Chirurgien-dentiste	14	4	4	1		1
<b>Professionnels hospitaliers</b>						
Direction	2	2	1	1	2	
Service qualité, Direction du Système d'Information et de l'Organisation (DSIO)	1	1				
Chirurgien orthopédiste		1	1	1		
Chirurgien viscéral		1			1	
Gynéco-obstétricien			1		1	
Ophthalmologue		1		1		
Odontologiste		1	1			
Psychiatre		2		5	1	
Autres spécialités				1	1	1
Médecin généraliste	1	1				
Sage-femme	3	1				1
Cadre de soins	3	1	3	4		
Infirmier (IDE)		2				
Secrétaire médicale	5	6	2	3	1	2
Autres				3		
<b>ARS</b>	1	3	1	1	1	2
<b>CDOM</b>	1	1	1		1	1
<b>ONCD</b>	1			1	1	1
<b>Planning familial</b>	2					2
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>13</b>

Le graphique suivant reprend ces données en répartissant les contacts selon les métiers et spécialités.



## ■ ENSEIGNEMENTS DE L'ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Cette première phase consistait à analyser les publications existantes, afin de :

- Décrire de la manière la plus exhaustive possible l'état des connaissances sur les dispositifs de mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins.
- Identifier les différentes définitions utilisées et les différents indicateurs faisant l'objet de suivi ou d'enquête.
- Identifier les différentes méthodes utilisées pour mesurer les délais d'attente, ainsi que leurs avantages et inconvénients respectifs.
- Éclairer les thématiques nécessitant un approfondissement dans le cadre du futur dispositif statistique.
- Cibler les domaines (états de santé, segments d'offre de soins) pour lesquels les problématiques de délais d'attente sont les plus aiguës en France.

Ce chapitre fournit la synthèse des recherches entreprises. Les fiches de lecture des documents retenus dans l'analyse sont disponibles en annexe 1.

### Sources de données régulières sur les délais d'attente en France

---

Plusieurs bases de données développées en France et mises à jour périodiquement incluent des informations sur les délais d'attente.

*La base de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)* comprend une question sur les délais d'attente moyens en jours pour un mois donné (le mois d'octobre) dans les formulaires sur des éléments de plateau technique (scanner, IRM, caméras à scintillation, TEP/CDET, lithotriporteur, coronarographie), avec une distinction pour les hospitalisés d'une part et les externes d'autre part.

Les consignes de remplissage de ce volet sont les suivantes :

« Ce terme de délai n'implique pas de jugement mais correspond à la mesure objective d'un intervalle de temps. Il s'agit de mesurer le délai qui sépare le moment où le service est saisi d'une demande d'examen pour un malade non hospitalisé au moment de la demande (date de réception de la demande téléphonique ou date de réception du courrier) et celui où l'examen a lieu. Les périodes de fermeture des rendez-vous (week-end et les jours fériés) sont exclues du calcul des délais. Lorsque le samedi matin est ouvert pour des examens programmés, ne pas l'exclure ; le week-end sera alors décompté 1,5 jours et non 2.

NB : exclusion du calcul du délai d'attente :

- les demandes en urgence ;
- les bilans d'évaluation à date fixe programmés longtemps à l'avance dans le cadre de protocoles standardisés (par exemple, les examens de contrôle à J+30 dans le cadre de protocoles de chimiothérapies) ;
- les refus.

Les données sur la date de demande et la date de réalisation seront recueillies pour tous les patients pour lesquels la demande est intervenue entre le 1er octobre et le 31. Le délai moyen en jours sera calculé sur l'ensemble de ces patients.

La même méthode est appliquée aux patients hospitalisés. Pour le calcul de l'intervalle de temps, le statut du patient (« hospitalisé » ou « consultant externe ») est celui qui prévaut au moment de la demande de l'examen. Par exemple, dès lors qu'un patient était hospitalisé lors de la demande, il faut compter le délai en jours avec celui des patients hospitalisés même s'il est sorti à domicile avant la réalisation de l'examen.

Définitions :

Malades hospitalisés : les unités d'accueil et de traitement des urgences étant des unités hospitalières à part entière, les patients pour lesquels des examens ont été prescrits par ces unités font partie des « malades hospitalisés », même s'ils quittent l'unité après leur prise en charge.

Malades externes : un malade est qualifié d'externe s'il est accueilli en ambulatoire (non hospitalisé ni pris en charge par l'unité d'urgences) ou bien s'il vient d'une autre entité juridique. Pour les établissements privés, tout malade hospitalisé dans un autre établissement est donc considéré comme externe. »



Les résultats publiés dans le Panorama des établissements de santé – Édition 2012 sont les suivants (pour l'année 2010) :

- Scanners : délai moyen de 14 jours pour les patients externes, 3,7 jours pour les hospitalisés.
- IRM : délai moyen de 29 jours pour les patients externes, 7,3 jours pour les hospitalisés.
- Caméras à scintillation : délai moyen de 10 jours pour les patients externes, 4,1 jours pour les hospitalisés.

Toutefois, ces informations étant complexes à renseigner pour les établissements, leur fiabilité n'est pas facile à déterminer ; pour cette raison, elles ne sont plus collectées à partir de l'édition 2013 de la SAE.

En matière d'IVG, il est aussi demandé le délai moyen de prise en charge en octobre.

***Dans l'enquête santé protection sociale (ESPS)***, gérée par l'IRDES, réitérée tous les deux ans, des questions sont posées sur les délais d'attente.

Dans les questionnaires 2010, les formulations sont les suivantes :

- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes...) ? Oui / Non.
  - Si oui, pourquoi :
    - Pour des raisons financières ;
    - Parce que c'était trop compliqué ;
    - À cause du délai d'attente ;
    - Parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste ;
    - Parce que je préférais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes ;
    - Autre.
- Vous est-il arrivé dans les 12 derniers mois de rencontrer des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé ? Oui / Non
  - Si oui, était-ce ?
    - Un médecin généraliste ;
    - Un médecin spécialiste, précisez ;
    - Un dentiste ;
    - Autre.
  - Si oui, quels types de difficultés ?
- Dans le volet sur la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste :
  - Pour cette consultation (ou cette visite), avez-vous pris rendez-vous ? Oui / Non
    - Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez pris rendez-vous et la séance ?
    - Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ? Oui / Non / NSP

Ce dernier questionnement n'a donné lieu à publication qu'une seule fois, en 2006 : « Étude des délais d'attente dans différentes spécialités : une approche originale des relations entre demande et offre de soins locale », Le Fur et coll.

De fait, au regard de l'exploitation modeste de ces questions et d'un biais constitutif du mode de questionnement (le fait de demander ces informations sur la dernière séance dont le patient avait bénéficié, de manière rétrospective, sur-représente les patients enchaînant plusieurs séances), les questions concernant les séances de consultation ont ensuite été supprimées dans la vague ESPS 2014. Il ne reste que les questions sur le renoncement aux soins.

En 2012, dans les premiers résultats publiés (Questions d'Économie de la Santé n° 198, mai 2014), il ressort que 17 % des bénéficiaires majeurs de l'Assurance maladie déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois parce que le délai d'attente était trop long (contre 26 % pour raisons financières). Contrairement au renoncement pour raisons financières, ces renoncements pour des difficultés d'accès ne sont pas liés à la détention d'une complémentaire santé ni à des facteurs économiques.

**Plusieurs enquêtes réalisées par la DREES incluent des questions sur les délais d'attente.**

Pour les IVG l'enquête de 2007 auprès des structures réalisant des interruptions volontaires de grossesse (IVG) inclut une question sur les délais d'attente :

- D'après vous, quel est environ le délai moyen entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'IVG dans votre établissement ? (Une seule réponse)
  - Moins de 5 jours
  - Entre 5 et 7 jours
  - Entre 8 et 14 jours
  - Entre 15 jours et 3 semaines
  - Supérieur à 3 semaines

Dans le volet de l'enquête adressé aux patientes, la question sur les délais d'attente est :

- Quand vous avez téléphoné ici, quel a été le délai pour obtenir votre premier rendez-vous avant cette IVG ?
  - Moins de 5 jours
  - Entre 6 et 7 jours
  - Entre 1 et 2 semaines
  - Entre 2 et 3 semaines
  - Plus de 3 semaines

Les résultats ont été publiés en décembre 2009 (*Études et résultats* n° 712 : « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG »), et indiquent que le délai moyen de prise en charge était de l'ordre d'une semaine en 2007. Le délai était supérieur à 15 jours dans moins de 10 % des cas. Une variation importante entre établissements était observée.

#### Autres enquêtes DREES :

L'enquête sur les recours au spécialiste en médecine de ville abordait ainsi la question des délais d'attente dans le questionnaire patients : quand vous avez pris rendez-vous, dans quel délai souhaitez-vous l'obtenir ?

Dans les travaux menés sur le renoncement aux soins (Collection *Études et Statistiques*, 2012 : actes du colloque du 22/11/11), les délais d'attente sont évoqués comme l'une des causes de renoncement, mais en général loin derrière les raisons financières.

Dans le suivi barométrique sur les opinions et attitudes des Français à l'égard de la santé, la question suivante est posée :

- Êtes-vous d'accord ou pas avec les opinions suivantes :
  - Les délais d'attente pour se faire soigner ne dépendent pas du revenu.
  - Les délais d'attente pour se faire soigner ne dépendent pas du lieu où l'on habite :
    - Modalités de réponse : plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, NSP.

Un *Études et résultats* de 2014 indique ainsi<sup>1</sup> : « Concernant les délais d'attente, [si les Français] sont 60 % à trouver que le niveau de revenu n'a pas d'incidence, ils ne sont que 40 % à le penser pour le lieu d'habitation. »

<sup>1</sup> « Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? », n°866, février 2014.

## Les enseignements des comparaisons internationales<sup>2</sup>

### Comparaisons générales

Les travaux menés par l'OCDE<sup>3</sup> concernent des pays présentant une problématique particulière en matière de délais d'attente ; en outre, ces pays disposent de données sur les délais d'attente, notamment en chirurgie programmée, dans les bases administratives ou par le biais d'enquêtes régulières<sup>4</sup>. La France ne fait pas partie des pays étudiés, car réputée ne pas avoir de problème sur ce sujet, et les auteurs indiquent que cela est lié à plusieurs phénomènes : aux capacités élevées en lits, aux dépenses de santé élevées, au principe de la tarification à l'activité qui induit une forte productivité par chirurgien, et au libre accès aux spécialistes. Siciliani et al. (2013) observent en effet une corrélation entre les délais d'attente en chirurgie programmée et l'offre en lits de court séjour, même si des délais significatifs existent aussi dans des pays disposant d'une offre de soins importante.

Le rapport de 2012 du Haut conseil de la santé publique (HCSP), « La santé en France et en Europe : convergences et contrastes », reprend, dans les listes d'indicateurs qu'il étudie, l'indicateur « délai d'attente pour la chirurgie non urgente » de l'OCDE. Il s'agit précisément du temps moyen d'attente en jours pour une angioplastie coronaire percutanée transluminale, une opération de remplacement de la hanche et une opération de la cataracte. Le HCSP souligne que « en France, il n'existe à ce jour aucune étude ad hoc consacrée à cette problématique, le sujet ayant été peu débattu au cours des dernières années ».

Les travaux de l'OCDE discutent notamment la définition du délai d'attente en chirurgie programmée (cataractes, prothèses orthopédiques, pontage coronarien, hernie, cholécystectomie, hystérectomie, varices, prostatectomie...) et identifient plusieurs notions en fonction du segment du parcours de soins étudié :

- Point de départ = la date à laquelle le patient est adressé pour la première fois par un médecin généraliste (ou par un spécialiste non chirurgien) à un chirurgien chargé de donner son avis chirurgical. Le laps de temps qui s'écoule entre la démarche du généraliste et le diagnostic du chirurgien est appelé « **délai d'attente externe** ».
- Point de départ = le moment où le chirurgien évalue la nécessité d'une intervention chirurgicale pour le patient et programme un traitement futur ou l'inscrit sur une liste d'attente formelle en vue d'une opération – sous réserve de l'acceptation du patient. L'intervalle entre l'inscription sur la liste et le moment où le patient est admis pour l'intervention est appelé « **délai d'attente en interne** » (y compris pour les traitements en ambulatoire) ou « **délai d'attente des patients admis** ».
- Recensement des patients sur liste d'attente à un moment donné et calcul de la durée moyenne écoulée entre l'inscription des patients sur la liste d'attente et la date du recensement. On enregistre ainsi des attentes inachevées. Cette mesure, disponible pour certains pays, est appelée « **délai d'attente des patients sur la liste** ».

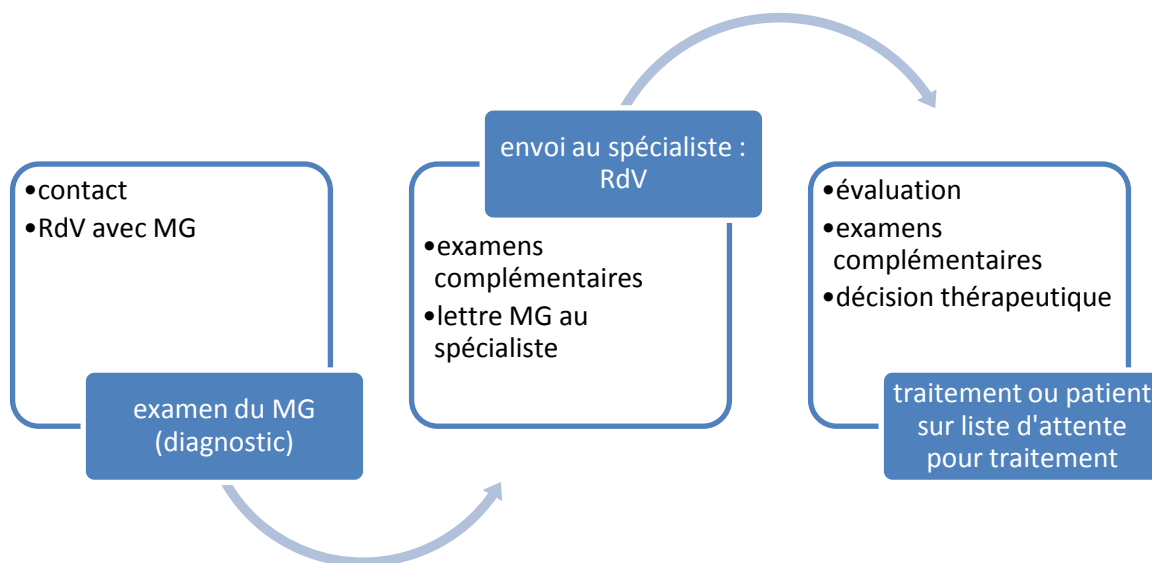
D'une manière générale, la problématique d'identification des points de début et de fin de parcours gagne en complexité dans les parcours de soins qui impliquent plusieurs intervenants : consultation du médecin généraliste, réalisation d'examens complémentaires, adressage au spécialiste, réalisation d'examens complémentaires demandés par le spécialiste...

<sup>2</sup> Rappelons que nous nous intéressons ici aux aspects de méthode, et non aux résultats ou aux actions engagées par les différents pays pour réduire les délais d'attente ; ces aspects donnent lieu à une abondante littérature.

<sup>3</sup> Siciliani L et J. Hurst (2004), « Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE », revue économique de l'OCDE, 2004/1, n°38, pp 107-137.

Siciliani L. Borowitz M. et Moran V. (2013) « Waiting times policies in the health sector : What works? », OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

<sup>4</sup> La chirurgie programmée est définie quand une opération est nécessaire mais non urgente et que le patient retourne ensuite à son domicile.



On peut ainsi étudier tout ou partie de ces segments, les enquêtes effectuées s'intéressant surtout, comme nous le verrons, aux délais d'obtention d'un rendez-vous chez le médecin généraliste ou chez le médecin spécialiste. Mais ces deux types de délais n'épuisent pas le sujet. Et pour des maladies comme le cancer, où le parcours se poursuit en établissement de santé avec intervention chirurgicale, chimiothérapie, radiothérapie..., le nombre de délais à étudier s'accroît d'autant !

Pour la chirurgie programmée, une majorité de pays commence la mesure du délai à la date de la décision de traiter.

**Le délai peut être apprécié en moyenne, en médiane, en percentiles, ou sous forme d'intervalle.** Il est également possible de mesurer le taux de patients attendant plus qu'un certain seuil (3 ou 6 mois). Il faut souligner que le plus souvent, la distribution des délais d'attente est asymétrique avec une longue queue dans les longs délais, rendant la moyenne finalement peu informative. Les bases administratives en place dans les pays analysés par l'OCDE ne disposant que de la moyenne et la médiane, elles sont considérées pour cela comme insuffisantes.

L'alternative est d'interroger de petits échantillons transversaux dans plusieurs pays avec la même définition et la même méthode de recueil, mais l'OCDE observe que ces méthodes sont lourdes à mettre en œuvre et que les échantillons mobilisés sont souvent trop modestes.

Une revue de 2013 (Viberg et al.) souligne que les données actuelles disponibles dans les différents pays de l'OCDE qui procèdent à des mesures de délais d'attente sont issues de méthodologies trop disparates pour permettre des comparaisons utiles sur la disponibilité de l'offre de soins dans les différents pays.

Cette observation indique la difficulté qu'aurait la France à se positionner vis-à-vis des autres pays en réalisant sa propre enquête.

Les auteurs observent par ailleurs que des comparaisons entre pays peuvent masquer des différences éventuellement importantes au sein d'un même pays, du fait de disparités dans la répartition de l'offre de soins, de facteurs géographiques, socio-économiques ou culturels.

Les mêmes observations sur les difficultés des comparaisons internationales sont faites dans une revue canadienne (« Reducing wait times for Health Care », Fraser Institute, Canada, octobre 2013), qui discute les différents types de méthodes possibles pour mesurer les délais et les multiples sources de données utilisées.

Trois grandes catégories de méthodes sont identifiées :

- Enquêtes rétrospectives (délai mesuré une fois les soins reçus).
- Enquêtes prospectives (délai attendu pour ceux qui ont besoin de soins).
- Coupes transversales (délai pour ceux qui attendent des soins à une date donnée).

Ces différentes approches se croisent avec les divers modes de gestion possibles des files d'attente, fréquentes dans certains pays.

De nombreuses sources de données peuvent être mobilisées, variables selon les pays : systèmes de gestion des RDV à l'hôpital, données administratives, dossiers médicaux, registres de files d'attente, enquêtes ad hoc auprès des patients et des offreurs de soins.

Cette diversité, à laquelle s'ajoute le problème de la définition du point de départ du délai, rend finalement les comparaisons internationales complexes ; celles-ci sont d'ailleurs peu nombreuses.

Certaines enquêtes *ad hoc* incluant la France dans les comparaisons paraissent moins optimistes que l'OCDE sur le cas français. Ainsi, les enquêtes réalisées par le *Commonwealth Fund* lors des années 2008-2010 auprès des patients et des médecins (enquête téléphonique dans une dizaine de pays sur des indicateurs de qualité et coordination des soins) placent la France dans une situation intermédiaire par rapport aux pays comparables sur les indicateurs de délais utilisés (rapidité du rendez-vous chez un généraliste, chez un spécialiste, sans distinction entre spécialités ; délai d'attente en chirurgie programmée) (voir fiches en annexe 1). Certes, les données ne sont que déclaratives ; on note aussi quelques discordances de résultats entre médecins et patients sur les délais d'accès aux spécialistes.

L'indice EHCI (*Eurohealth consumer index*) 2012, qui classe les pays européens sur une quarantaine d'indicateurs de qualité, a de son côté retenu 5 indicateurs liés aux délais d'attente :

- accès au médecin de famille le jour même ;
- accès direct au spécialiste ;
- chirurgie programmée majeure < 90 jours ;
- traitement contre le cancer < 21 jours ;
- scanner < 7 jours.

La France se situe en position intermédiaire sur chacun de ces 5 indicateurs (sur une cotation comportant 3 niveaux de jugement par indicateur).

L'enquête SHARE, portant sur les personnes de plus de 50 ans, dans 9 pays dont la France, identifie aussi des délais intermédiaires sur le territoire pour les délais de rendez-vous chez un spécialiste dans le secteur public. Toutefois, sur les délais avant une intervention chirurgicale non urgente, la France reste plutôt bien positionnée.

**De fait, il est possible que les situations soient très différentes selon le segment de parcours que l'on étudie, et ces divergences d'appréciation sur le cas français militent pour une prise en compte assez fine de ces situations : détail par spécialité, par zone géographique, par affection, et selon que le patient est nouveau ou déjà suivi.**

## Approfondissement de certaines thématiques

Les délais d'attente dans l'accès aux soins peuvent impacter l'état de santé et la qualité de vie des patients. Par exemple, des problèmes de vue ou d'audition dans l'enfance dépistés insuffisamment tôt peuvent se traduire par des difficultés d'apprentissage. Ces délais peuvent également générer des coûts, liés notamment à la prise en charge des patients en attente d'un soin : traitements contre la douleur, arrêts de travail, etc.

Pour enrichir la réflexion sur les objectifs et les méthodes, suite aux entretiens réalisés (*cf.* chapitres 4 et 5), quelques recherches spécifiques dans les bases bibliographiques ont été menées sur les thèmes suivants :

- Les délais d'attente ont-ils un impact sur les résultats de soins ?
- Les délais d'attente ont-ils un impact sur les coûts des soins ?

- Y a-t-il une relation entre délais d'attente, inégalités d'accès aux soins et inégalités de santé ?
- Existe-t-il des recommandations sur les délais d'attente dans l'accès aux soins pour les thèmes retenus dans le présent travail ?

## Délais d'attente et résultats de soins<sup>5</sup>

Plusieurs travaux se sont penchés sur le lien entre délais d'attente et résultats de soins, en particulier la mortalité<sup>6</sup>. Trois thèmes sont essentiellement étudiés sur ce plan : les procédures d'urgence (telles qu'une angioplastie coronaire ou un pontage coronarien), les greffes d'organes, et la cancérologie. Dans ces cas, pour des raisons spécifiques à chaque fois, les études montrent un lien entre la mortalité et les délais de prise en charge.

En dehors de ces trois champs, c'est surtout la chirurgie programmée qui a fait l'objet d'analyses précises : prothèses de hanche et de genou (domaines pour lesquels de nombreux pays mesurent les délais). Une revue de 2007 (Hirvonen<sup>7</sup>) a fait le point sur les pays de l'OCDE, et les résultats sont contrastés : certaines études montrent un impact d'un délai trop long sur l'état de santé et la qualité de vie, d'autres ne montrent aucun effet. Une autre revue de 2009 (Hoogbeem<sup>8</sup>) analysant 15 études a conclu que la douleur n'était pas aggravée au cours d'un délai d'attente pouvant durer jusqu'à 6 mois avant la pose d'une prothèse de hanche ou de genou. Par exemple, l'essai randomisé présenté par Tuominen et al. (2010<sup>9</sup>) sur la prothèse totale de genou chez plus de 400 patients montre que des délais supérieurs à 3 mois ne sont pas associés à une dégradation des scores de qualité de vie ou des symptômes (douleur, score fonctionnel du genou). La même observation est faite par la même équipe pour les prothèses de hanche (Tuominen et al., 2009<sup>10</sup>), même s'il existe une tendance à une récupération plus rapide pour les patients avec de courts délais d'attente.

À l'inverse, Fielden et al. (2005)<sup>11</sup> ont montré une augmentation des coûts et une dégradation fonctionnelle des patients en attente de prothèse de hanche au sein d'une cohorte de 153 patients en Nouvelle-Zélande. La comparaison a été effectuée entre les patients attendant plus de 6 mois et ceux opérés en moins de 6 mois. Le surcoût correspondant aux délais les plus longs est de l'ordre de 50 %.

Les études observationnelles indiquant que le délai n'a pas d'impact sur l'état de santé peuvent aussi signifier que le tri des patients est correctement effectué : en conséquence, ceux nécessitant une prise en charge plus rapide sont opérés plus tôt, et ceux pour lesquels une attente est possible sans impact sur le pronostic attendent le plus. Dans les cas d'urgence, c'est la filière d'urgence qui permet de répondre dans des délais rapides.

Une attente prolongée peut accroître le stress et l'anxiété des patients, mais ces dimensions ne sont en général pas mesurées dans les études cliniques.

Quelques autres exemples d'études récentes illustrent cette absence d'impact mesurable des délais :

- Brealey et al. (2012)<sup>12</sup> : dans cette étude anglaise menée auprès de 553 patients au sein de 163 cabinets de médecine générale, aucun impact des délais d'attente pour une IRM ou une consultation orthopédique pour des problèmes de genou, à la demande du médecin généraliste, n'a été observé sur le bien-être du patient

5 Mots-clés : waiting time AND health outcomes

6 Waiting time policies in the health sector : What works ? OCDE, Siciliani, Borowitz and Moran, 2013

7 Hirvonen, J. (2007), "Effect of Waiting Time on Health Outcomes and SeRDVice Utilization. A Prospective Randomized Study on Patients Admitted to Hospital for Hip or Knee Replacement", Research Report No. 170, STAKES, Helsinki.

8 Hoogbeem, T.J., C.H.M. van den Ende, G. van der Sluis, J. Elings, J.J. Dronkers, A.B. Aiken, N.L.U. van Meeteren (2009), "The Impact of Waiting for Total Joint Replacement on Pain and Functional Status: A Systematic Review", *Osteoarthritis and Cartilage*, Vol. 17, pp. 1420-1427.

9 Tuominen et al., Is longer waiting time for total knee replacement associated with health outcomes and medication costs ? *Randomized clinical trial. Value Health*, 2010, 13:998-1004.

10 Tuominen et al., The effect of waiting time on health and quality of life outcomes and costs of medication in hip replacement patients : a randomized clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage*, 2009, 17:1144-1150.

11 Fielden et al. Waiting for hip arthroplasty : economic costs and health outcomes. *J Arthroplasty*, 2005, 20:990-997.

12 Brealey et al. The effect of waiting times from general practitioner referral to MRI or orthopaedic consultation for the knee on patient-based outcomes. *Br J Radiology* 2012, 85:e1134-e1139

(mesuré par des questionnaires de qualité de vie, de type SF 36, et des scores fonctionnels spécifiques du genou).

À noter que la mesure des délais est ici passée à la fois par l'interrogation des généralistes, des établissements de santé (pour les RDV en IRM et en consultation d'orthopédie) et des patients (cohorte prospective suivie sur 2 ans).

- Plusieurs travaux américains ont porté sur les délais d'attente au sein de la cohorte « Veteran Health Administration » (Pizer et al., 2011<sup>13</sup>). Cette cohorte fait l'objet d'un suivi au long cours avec des mesures de délai depuis plus de 10 ans. Il ressort de ces études que des délais plus longs conduisent à une sous-utilisation des soins et sont liés à un état de santé plus mauvais chez les personnes âgées présentant des problèmes chroniques de santé (par exemple diabète, insuffisance cardiaque...). Les résultats de soins de long terme (mortalité, hospitalisations évitables) comme les résultats intermédiaires (niveau d'HbA1c...) sont dégradés chez les personnes qui font face aux délais les plus longs.

Le tableau de la page suivante, issu de la revue citée, présente quelques résultats.

---

13 Pizer et al. What are the consequences of waiting for health care in the Veteran Population ? J Gen Intern Med 2011, 26(suppl 2):676-682.

Table 1. Summary of Abstracted Results from Studies Examining the Effect of Wait Times on Health Outcomes

Study	Population	Outcomes	Significant Results
Prentice & Pizer <sup>12</sup>	Veterans visiting geriatric clinics	Mortality (long-term)	Veterans who visited facilities with an outpatient wait time of 31 days or more were 21% more likely to die compared with veterans who visited a facility with a wait time of less than 31 days ( $P<=0.05$ )
Prentice & Pizer <sup>13a</sup>	Veterans visiting geriatric clinics	ACSC hospitalization (long-term)	Veterans who visited facilities with outpatient waits of greater than 29 days had a significantly higher probability of experiencing an ACSC hospitalization compared to veterans who visit facilities with waits of less than 22.5 days. Significant at $P<0.05$ for all waits $\geq 29$ days except for 31.5-34.4 days which is significant at $P<=0.10$
Prentice, Fincke, Miller & Pizer <sup>14</sup>	Veterans diagnosed with diabetes	Mortality AMI Stroke ACSC hospitalization (long-term)	<i>Mortality</i> A 10-day increase in facility-level primary care wait time led to a 2% ( $P<=0.10$ ) increase in the odds of mortality for veterans aged $\geq 70$ and with a selected health condition (SHC) <sup>^</sup> and a 4% ( $P<=0.05$ ) increase for veterans aged $\geq 80$ <i>AMI</i> A 10-day increase in facility-level primary care wait time led to a 3% increase in the odds of experiencing an AMI for veterans with a SHC and a 5% increase for veterans aged 75-79 years old ( $P<=0.10$ for both groups) <i>Stroke</i> A 10-day increase in facility-level primary care wait time led to a 6% increase in the odds of experiencing a stroke for veterans aged $\geq 70$ and with a SHC and a 9% increase for veterans aged 70-74 years old ( $P<=0.05$ for both groups) <i>ACSC hospitalization</i> A 10-day increase in facility-level primary care wait time led to a 3% increase ( $P<=0.05$ ) for veterans aged 80 or older
Prentice, Fincke, Miller & Pizer <sup>15</sup>	Veterans diagnosed with diabetes	A1C (intermediate)	Veterans who visited VA facilities with wait times of longer than 32.5 days had small significant ( $P<=0.05$ ) increases in A1C levels of 0.14 percentage point for the whole sample, 0.07 percentage points for patients with baseline A1C levels less than 7%, 0.11 percentage points for patients with baseline A1C levels between 7% and 8%, and 0.18 percentage points for patients with baseline A1C levels greater than 8%

<sup>a</sup> With kind permission from Springer Science+Business Media: Health Services and Outcomes Research Methodology "Waiting Times and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions," 8, 2008, p. 12, Prentice & Pizer, Table 4

<sup>^</sup> SHC=selected health condition and is defined as anyone diagnosed with retinopathy, neuropathy, nephropathy, cardiovascular, cerebrovascular, peripheral vascular or metabolic disease according to Young et al.<sup>44</sup> or anyone with congestive heart failure, cardiac arrhythmias, valvular disease, peripheral vascular disease, renal failure or obesity according to Elixhauser et al.<sup>45</sup>



## Délais d'attente et coûts

Une autre série de travaux porte sur l'impact économique des délais d'attente, notamment en chirurgie programmée.

L'attente avant intervention orthopédique induit des coûts de traitement (contre la douleur notamment), et ceux-ci ont été valorisés dans quelques études. Ainsi, Tuominen et al. (2009)<sup>14</sup> montrent, dans un essai randomisé comparant un groupe avec des attentes courtes (moyenne de 74 jours) et un groupe avec des attentes plus longues (194 jours en moyenne) avant prothèse de hanche, que le coût total du traitement médicamenteux diffère significativement : 83 et 171 euros respectivement.

Quelques démarches coût-utilité ont été menées.

Une étude coût-utilité américaine réalisée sur la prothèse de genou<sup>15</sup> a évalué, via un modèle de Markov qui a permis de comparer plusieurs scénarios (avec un scénario central considérant un délai d'attente de 2 ans), que l'intervention sans délai produit davantage d'utilité (mesurée en QALYs) à un coût moindre que l'intervention avec délai, du point de vue de la société. Il s'agit donc d'une stratégie dominante. En effet, dans la période d'attente, un traitement non opératoire est proposé et a un certain coût (un scénario sans traitement intermédiaire a aussi été comparé au scénario sans délai ; le ratio incrémental coût/QALY du scénario sans délai est alors de 2900 \$, ce qui est jugé faible dans ce type d'étude). Les différences sont encore plus nettes en introduisant les coûts indirects (pertes de productivité, coûts des aidants, etc.).

Le même type d'observation a été réalisé en Finlande pour la prothèse de hanche et la prothèse de genou<sup>16</sup> lors d'un essai randomisé incluant 833 patients ; 2 groupes ont été constitués pour chaque type de prothèse : un temps d'attente court (moins de 3 mois) et la procédure « normale », pouvant conduire à des temps d'attente beaucoup plus longs (en moyenne, respectivement 194 et 239 jours pour les prothèses de hanche et de genou). Le temps d'attente était défini à partir de la décision d'opérer. La qualité de vie a été mesurée via le questionnaire HRQoL comprenant 15 dimensions. L'ensemble des coûts ont été pris en compte, hors médicaments, du début de l'attente jusqu'à 1 an après l'intervention, via les données hospitalières et l'interrogation des patients. Le calcul des ratios incrémentaux coût-utilité, compte tenu des analyses de sensibilité, indique une domination du groupe avec des courts délais d'attente dans le cas de la prothèse de hanche (c'est-à-dire des meilleurs résultats sur la qualité de vie avec des coûts plus faibles par rapport à la procédure avec de longs délais). La situation est moins claire pour la prothèse de genou : dans l'analyse de base, la procédure avec de longs délais produit davantage de QALYs que la procédure avec de courts délais, pour des coûts identiques, et les analyses de sensibilité produisent une image peu claire de la situation. Au seuil d'efficacité de 20 000 euros par QALY, la probabilité que la procédure avec de courts délais soit coût-efficace est de 40 % seulement dans le cas de la prothèse de genou, contre 85 % pour la prothèse de hanche.

Une étude effectuée par l'Institut Fraser, un organisme canadien d'analyse de politique publique, a adopté une autre approche, en s'intéressant aux coûts indirects ; elle indique que le temps d'attente pour obtenir des soins de santé spécialisés coûterait en moyenne 1202 dollars en pertes de productivité par patient au Canada (la moyenne d'attente avant de bénéficier d'un soin spécialisé est de 10 semaines).

Siciliani et al. (2009)<sup>17</sup> se posent la question dans l'autre sens : est-ce que les délais d'attente réduisent les coûts hospitaliers ? L'analyse de la situation dans 137 hôpitaux sur la période 1998-2002 au sein du NHS indique que les délais n'ont pas d'impact sur les coûts, ou alors un léger impact positif, donc une augmentation des coûts, aux valeurs moyennes rencontrées (de l'ordre de 100 jours d'attente). Plusieurs modèles ont été construits, et il ressort que c'est pour des délais inférieurs à 10 jours que les coûts hospitaliers sont minimisés.

## Délais d'attente et inégalités dans l'accès aux soins

Une autre catégorie d'études souligne que les délais d'attente présentent un gradient social, en dehors même de toute considération financière. Dans ce phénomène entrent en jeu les réseaux sociaux, l'éducation, un comportement plus actif

14 Tuominen et al. The effect of waiting time on health and quality of life outcomes and costs of medication in hip replacement patients : a randomized clinical trial. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2009, 17:1144-1150.

15 Mather et al. Economic evaluation of access to musculoskeletal care : the case of waiting for total knee arthroplasty. *BMC Musculoskeletal disorders*, 2014, 15:22.

16 Tuominen et al. Cost-utility of waiting time in total joint replacements : a randomized clinical trial. *Int J Technol Assess Health Care*, 2013, 29:27-34.

17 Siciliani et al. Do waiting times reduce hospital costs ? *J Health Econ* 2009, 28 : 771-780.

vis-à-vis de sa santé, l'accès à l'information, etc. Les personnes appartenant aux catégories socio-professionnelles supérieures ont ainsi tendance à attendre moins longtemps que les catégories défavorisées ; les délais d'attente renforcent donc les inégalités d'accès aux soins.

Ce problème d'inégalité dans l'accès est par exemple souligné dans une étude italienne de 2013<sup>18</sup>, pour laquelle les personnes ayant un indice socio-économique bas présentent un taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour fracture de hanche plus élevé et une probabilité plus faible d'être opéré dans les 48h que les catégories plus aisées.

Des différences socio-économiques en matière de délais dans l'accès aux soins en Italie sont observées sur une large palette d'actes<sup>19</sup> : pontage coronarien, angioplastie, coronarographie, endartérectomie, prothèse de hanche, cholécystectomie. Les temps d'attente médians sont systématiquement supérieurs parmi les catégories de patients ayant un faible niveau d'éducation, en particulier pour la prothèse de hanche. Le délai, mesuré dans les dossiers hospitaliers par analyse rétrospective, était le temps écoulé entre la décision d'intervenir et l'intervention.

De même, au Royaume-Uni, on a constaté un gradient social dans les délais d'attente pour la chirurgie programmée<sup>20</sup>. Deux facteurs interviennent : le niveau d'éducation et le revenu. Le niveau de sévérité des affections n'intervient pas dans les différences observées.

Les mêmes types d'observations sont effectués en Australie<sup>21</sup>, en Suède<sup>22</sup>, en Espagne<sup>23</sup>, en Norvège<sup>24</sup> pour tout ou partie des demandes de soins (chirurgie, accès au spécialiste, etc.).

Une étude allemande<sup>25</sup> démontre par contre que la relation entre délais d'attente et statut socio-économique (revenu, éducation) disparaît lorsqu'on redresse statistiquement les résultats en fonction de la sévérité des affections et des caractéristiques de l'offre hospitalière.

## Délais d'attente et recommandations

Les publications retrouvées sur le thème des délais recommandés dans une situation pathologique donnée concernent avant tout la cancérologie, les transplantations d'organes et les urgences hospitalières (incluant le recours à la thrombolyse ou l'angioplastie en cas d'urgence cardiovasculaire). Ce sont les mêmes domaines que ceux pour lesquels des liens entre délais et résultats de soins ont été mis en lumière, et ces recommandations visent justement à éviter des impacts de délais trop longs sur l'état de santé.

En dehors de ces trois champs, des articles évoquent les problèmes d'accès à la rééducation, en pathologie cardiovasculaire par exemple.

Dans les autres cas, les politiques menées visant à réduire des délais d'attente jugés excessifs n'ont pas de référence définie dans l'absolu. L'objectif est de diminuer la moyenne. De fait, les mentions les plus fréquemment rencontrées sur des délais à atteindre sont moins des recommandations que des cibles, proposées sur un thème précis et à titre volontariste.

Par exemple :

- Chuo et al.<sup>26</sup> ont travaillé sur l'application d'une cible de 18 semaines pour le délai entre l'adressage et le traitement pour la chirurgie programmée de la main, dans le cadre d'un audit clinique.
- Appleby et al.<sup>27</sup> ont étudié l'impact de la fixation de délais maximaux pour la chirurgie orthopédique (prothèses de hanche et de genou), en l'occurrence 15 mois. Toutefois, les auteurs indiquent que l'évaluation est difficile en l'absence de critères d'admission universellement admis.

18 P. Colais et al. Inequality in 30-day mortality and the wait for surgery after hip fracture: the impact of the regional health care evaluation program in Lazio (Italy). *Int J Qual Health Care*, 2013, 25:239-247.

19 Petrelli et al. Socioeconomic differences in waiting times for elective surgery : a population-based retrospective study. *BMC Health Services Research*, 2012, 12 : 268.

20 Laudicella et al., Waiting times and socioeconomic status : evidence from England. *Soc Sci Med*, 2012, 74:1331-1441.

21 Johar et al., Discrimination in a universal health system : explaining socioeconomic waiting time gaps. *J Health Econ*. 2013, 32:181-194.

22 Tinghög et al. Horizontal inequality in rationing by waiting lists. *Int J Health Services Research*. 2014, 44:169-184.

23 Abasolo et al. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups : evidence from Spain. *Eur J Health Econ* 2014, 15:323-334.

24 Monstad et al. Waiting time and socioeconomic status – an individual level analysis. *Health Econ* 2014, 23:446-461.

25 Kaarboe O et al. Waiting times and socioeconomic status : evidence from Germany. *Health Economics*, 2014, 23:93-107.

26 Chuo C. et al. Achieving 18-week waiting times in elective hand surgery. *JRSM Short Rep*. 2010, 1:17.

## Les enseignements des travaux menés en France

Les enquêtes analysées dans cette recherche bibliographique et détaillées en annexe permettent de dresser un **panorama des différentes méthodes utilisées**, en fonction des publics ciblés. Le tableau suivant résume ces éléments pour 25 enquêtes répertoriées, effectuées en France au cours des dernières années (toutes les études citées sont décrites en annexe 1).

	Enquêtes auprès des structures de soins ou des médecins	Enquêtes auprès des patients	Enquêtes auprès des médecins et des patients
<i>Méthode du « faux patient » : appel auprès des cabinets médicaux</i>	Enquête IRM INCA Enquête IRM ISA Enquête Que Choisir ? Enquête sortie de maternité Enquête Capital Enquête Point Vision		
<i>Enquête prospective des rendez-vous pris une période donnée</i>	Enquête IRM Languedoc-Roussillon		
<i>Recherche dans les dossiers médicaux</i>	Enquêtes INCA sur les délais Enquête chimio-radiothérapie Étude COMPAQ-HPST sur le cancer du sein		
<i>Recherche dans des registres</i>	Étude INCA-FRANCIM		
<i>Enquête par voie de questionnaire</i>	Étude CMP Mayenne Étude ORS Alsace ophtalmo et gynéco (par téléphone)	Enquête Limousin Enquête ESPS	URPS IDF/médecins Enquête consultation de dermatologie/médecins et patients
<i>Recueil sur place et questionnaire</i>	Étude Meah / CMP		
<i>Enquête téléphonique, sondage en ligne</i>		Enquête URPS Languedoc-Roussillon Enquête ARS Ile-de-France Observatoire Humanis Enquête ophtalmologie SNOF/IFOP	URPS IDF/patients JALMA/médecins et patients
<i>Panel de MG</i>	Enquête ORS/URPS Pays de la Loire sur les RDV chez un spécialiste		

### Type d'enquête et niveau de détail

On constate que les cibles et les méthodes employées sont diverses, de même que la qualité des résultats ; on peut sur ce point proposer quelques réflexions :

- Les enquêtes trop générales (par exemple sur les délais de rendez-vous chez un spécialiste, toutes spécialités confondues) ne donnent pas d'information très opérationnelle.
- Les résultats des enquêtes par téléphone ou par questionnaire sollicitant l'interviewé sur les délais de rendez-vous, malgré toutes les précautions méthodologiques que l'on peut prendre (en précisant par exemple qu'on parle de la dernière consultation en date, si elle n'est pas trop ancienne, etc.) restent des données déclaratives sujettes à caution

<sup>27</sup> Appleby et al. Do English NHS waiting time targets distort treatment priorities in orthopaedic surgery ? J Health Serv Res Policy. 2005, 10:167-172.

(biais de mémorisation, risque que les perceptions l'emportent sur les observations...). On se trouve davantage dans le cadre d'enquêtes de satisfaction, qui ont leur intérêt par ailleurs mais ne permettent pas d'objectiver les délais.

- D'ailleurs, lorsqu'on interroge des médecins et des patients sur le même thème et au même moment, les résultats peuvent différer notablement : les médecins indiquent systématiquement des délais plus courts que les patients ; les auteurs de l'étude JALMA en proposent une interprétation : « les praticiens et leurs patients ne sont pas disponibles aux mêmes moments ». De fait, il doit être plus facile d'obtenir un rendez-vous en pleine journée qu'après 18h, après les horaires de travail, alors que c'est ce qui arrangerait les patients.
- Par ailleurs, les enquêtes centrées sur le renoncement aux soins ou les difficultés d'accès aux soins, en prévoyant le délai d'attente comme l'une des causes possibles de difficultés ne sont pas suffisamment précises, du fait justement qu'elles ne sont pas centrées sur la question des délais. En outre, ces enquêtes mêlent les problèmes de délais et les problèmes d'obstacle financier (secteur 2). De fait, les deux questions peuvent être liées, puisqu'il est observé dans l'enquête « Que choisir ? » que les délais peuvent être plus courts si le patient accepte les dépassements. Mais ce type d'analyse se situe davantage dans le domaine de l'opinion que de l'objectivation des problèmes.
- En outre, ces enquêtes posent souvent des questions trop générales, masquant des réalités diverses. Il convient au minimum de **distinguer** :
  - Le cas des **différentes spécialités**, de nombreuses enquêtes montrant des disparités importantes entre spécialités ;
  - Le cas des **différentes régions** : dans les études s'intéressant aux disparités régionales comme les enquêtes de l'INCa ou les enquêtes concernant l'accès à l'IRM, ces disparités sont majeures ;
  - Le cas du **nouveau patient et du patient déjà suivi**, les rendez-vous dans ce deuxième cas pouvant être donnés plusieurs mois à l'avance sans qu'il faille y voir un problème.

On doit aussi envisager de **distinguer les différents motifs de demande d'accès aux soins**, au risque bien sûr de complexifier l'interrogation. Cependant les besoins d'accès ne sont pas les mêmes selon qu'on parle d'un problème pédiatrique ou d'un problème gériatrique, d'un problème aigu ou d'une maladie chronique.

Cette approche précise par type de pathologie est souvent mise en œuvre dans le cadre des enquêtes consistant à demander un rendez-vous pour un « faux patient » :

- Enquête IRM de Imagerie Santé Avenir : patient fictif atteint d'un cancer qui appelle pour obtenir un rendez-vous d'IRM lombaire « en urgence » pour une suspicion de métastases
- Enquête IRM de l'INCa : bilan d'extension d'un cancer par l'enquêteur pour son père ou sa mère (cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate).
- Étude sur la sortie de maternité : consultation de pédiatrie pour un nouveau-né après une sortie précoce de maternité (sorti la veille, au 3<sup>ème</sup> jour de vie).
- Étude Point Vision sur les délais en ophtalmologie pour une demande de lunette.

On retrouve aussi l'identification d'un contexte médical précis dans l'étude sur une consultation de dermatologie en urgence en ville (urgence ressentie par le patient) et dans l'étude sur les délais d'IRM en Languedoc-Roussillon (IRM du crâne et de la colonne vertébrale).

Et de même dans l'étude de l'ORS d'Alsace sur les consultations d'ophtalmologie et de gynécologie, différentes situations cliniques ont été présentées pour qualifier le RDV de contrôle, le RDV « semi-urgent » et le RDV urgent.

À noter enfin qu'en psychiatrie, les enquêteurs différencient aussi les délais selon le professionnel concerné : médecin, psychologue ou infirmier.

Dans les enquêtes analysées, **trois types de méthodes produisent des résultats donnant des garanties de fiabilité** :

- L'enquête téléphonique de demande de rendez-vous par un « faux patient » auprès d'une structure de soins, pour un objet bien déterminé.
  - Cette méthode recèle cependant certaines limites : résultat limité à l'objet de l'appel ; taux souvent élevé de structures non répondantes (au sens où la structure demande d'avoir l'ordonnance du médecin adresseur avant de fixer un rendez-vous). En outre, pour des motifs de demande présentant un caractère de gravité, comme le motif proposé dans l'enquête IRM ISA, il est d'usage que ce soit le médecin traitant (ou l'oncologue) qui appelle la structure d'IRM et non le patient.
  - Elle est très utilisée dans le domaine de l'ophtalmologie, en précisant le motif de la demande de RDV, et fournit des résultats précis et reproductibles.
  - Une variante a été mise en œuvre en Languedoc-Roussillon : recueil prospectif dans les structures d'IRM des délais de rendez-vous demandés une semaine donnée.
    - À noter que les auteurs précisent que cette méthode inclut des délais pour des demandes de RDV formulées plusieurs mois à l'avance (probablement pour des suivis au long cours d'affection chronique, des bilans cancérologiques...), sans que le délai soit alors une difficulté. Ils précisent donc qu'on a affaire à un délai

moyen de rendez-vous plutôt qu'à un délai d'attente, au sens du délai à attendre pour un rendez-vous qu'on souhaiterait avoir le plus tôt possible.

- Dans le cas de l'enquête de l'ORS d'Alsace, l'enquêteur se présentait ouvertement comme tel, et, du fait probablement de l'appui de l'Agence régionale de santé (ARS), un bon taux de participation a été obtenu.

- L'enquête sur place, avec recherche dans les dossiers médicaux et/ou observation des pratiques : ces études fournissent des résultats fiables et précis, notamment pour les parcours de soins complexes comme ceux subis par les patients cancéreux, mais sont lourdes à mettre en œuvre, et ne sont pas vraiment généralisables à un coût raisonnable.
- L'approche par requête sur des données issues des registres de cancérologie a pu être mise en œuvre par l'INCa avec le réseau FRANCIM, mais ces registres ne couvrent qu'une partie du territoire français, ne sont pas développés dans toutes les affections et en fin de compte, cette approche est très limitée en France pour le moment.

On peut signaler en outre l'enquête menée auprès du panel de médecins généralistes dont un exemple de résultat a été donné par l'ORS Pays de la Loire ; une enquête menée auprès de ce panel permet de préciser de façon spécifique quelle est la situation en matière d'accès à la consultation de spécialiste lorsque c'est le médecin traitant qui appelle pour son patient.

### Définition des délais

Les définitions des délais sont dans chaque cas très précisément données, et ce sujet ne pose pas de difficultés méthodologiques majeures. C'est dans l'étude de l'INCa sur les délais de prise en charge que le sujet est le plus approfondi dans la mesure où il y a de nombreux délais à étudier pour caractériser l'ensemble du parcours de soins, par segment : délai d'accès au diagnostic, à la proposition thérapeutique, à la chirurgie ou au premier traitement, à la proposition thérapeutique postopératoire, à la radiothérapie postopératoire ou chimiothérapie, délai global.

En dehors de ce cas, **le délai le plus étudié est le délai nécessaire entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous proposé.**

On observera qu'un délai en valeur absolue n'a pas grande signification en dehors des valeurs élevées. Il faut aussi déterminer si ce délai est vécu comme un problème par les patients.

### Périmètre des enquêtes

Un autre enseignement de ces études menées en France réside dans le **ciblage des secteurs et activités où le problème des délais apparaît le plus aigu.**

- Il ressort d'une manière générale que l'accès au médecin généraliste ne constitue pas une difficulté à ce jour : les rendez-vous (hors contexte d'urgence) sont obtenus en quelques jours maximum, avec une forte proportion de rendez-vous donnés le jour même ou le lendemain :
  - Enquête Limousin : 1 ou 2 jours.
  - Enquête Languedoc-Roussillon : seules 6 % des personnes interrogées indiquent avoir des difficultés liées à l'obtention d'un rendez-vous.
  - Enquête JALMA : délai moyen de 4 jours.
  - Enquête du Commonwealth Fund : rendez-vous pris le jour même ou le lendemain dans 62 % des cas, et 6 jours ou plus dans 17 % des cas.
- La situation est différente pour les spécialistes, avec une forte hétérogénéité :
  - L'ophtalmologie est sans conteste la spécialité la plus problématique, avec des délais qui se chiffrent souvent en mois, au moins pour les troubles de la réfraction.
  - Puis viennent : la gynécologie et la dermatologie.
  - Les soins dentaires ont aussi été évoqués dans l'enquête réalisée en Languedoc-Roussillon comme posant un problème de délai.
- Ensuite, des activités spécifiques ont été plus particulièrement étudiées :

- La cancérologie : du fait de la complexité des parcours et de la criticité des délais de prise en charge sur le pronostic, l'INCa a développé une série d'études permettant d'éclairer le débat, aussi bien sur le plan méthodologique que sur le plan des résultats et de l'identification de très importantes disparités régionales.
- La psychiatrie : les délais d'attente en consultation psychiatrique, adulte ou pédiatrique, ont été analysés dans trois études (dont celle de l'ORS Pays de la Loire qui s'adressait aux médecins généralistes).
- Enfin, au titre des examens complémentaires, rappelons l'importance du thème du délai d'accès à l'IRM. On peut observer sur ce point qu'une corrélation entre les délais et la densité du parc par région est observée dans l'enquête ISA alors que l'étude INCa et l'étude de Languedoc-Roussillon ne retrouvent pas une telle corrélation.
- On pourra enfin à l'inverse observer qu'aucune étude n'a été réalisée, sur la période analysée, sur les délais d'attente en chirurgie programmée, qui ne semblent pas faire débat en France alors que c'est le sujet central dans de nombreux autres pays.

### Vers un recueil régulier d'indicateurs sur les délais d'attente

Outre les questions posées dans la SAE et dans l'enquête ESPS, mentionnées plus haut, quelques études citées contribuent à enrichir le système d'information au sein du système de santé d'indicateurs sur les délais d'attente, de par leur répétition dans le temps (notamment l'étude ISA sur les délais d'accès à l'IRM mais aussi l'observatoire JALMA), et/ou de par leur vocation (enquêtes INCa, dont la réalisation s'inscrit dans le cadre des actions préconisées dans le plan Cancer et qui auraient vocation à être reproduites, même si les auteurs soulignent la lourdeur du recueil effectué).

Une autre initiative méthodologique est à mentionner, celle du projet COMPAQ-HPST, qui a développé des indicateurs de qualité dans le système de santé. L'article mentionné en annexe s'est intéressé aux délais de prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein et a testé quelques indicateurs sur les délais à partir d'une recherche dans les dossiers médicaux. L'intérêt potentiel de cette démarche est qu'une généralisation du recueil de certains de ces indicateurs pourrait être envisagée (comme cela est le cas dans d'autres domaines de la qualité).

À noter que le projet COMPAQ-HPST a proposé un autre indicateur sur les délais qui concerne notre sujet de manière indirecte : le délai d'envoi des courriers en fin d'hospitalisation, indicateur repris au niveau national par la HAS.

Une autre initiative est à mentionner : le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), à la demande de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé (note du 2 mai 2014 disponible sur le site du HCSP), a proposé d'intégrer à ce tableau de bord un indicateur complémentaire sur les délais :

- Délai d'attente avant un traitement spécifique suite au diagnostic d'un cancer, ne serait-ce que pour réaliser des comparaisons entre régions comme l'a déjà fait l'INCa ; il est toutefois remarqué que l'indicateur n'est pas disponible et qu'il faudrait pouvoir construire cet indicateur en routine.

Le délai d'attente avant la consultation d'un spécialiste avait été considéré comme un indicateur intéressant, mais sans être sélectionné pour le tableau de bord.

Ces initiatives sont cependant partielles et ne constituent pas à proprement parler un dispositif statistique de suivi des délais. La difficulté, pour cela, est de trouver le meilleur arbitrage entre la fiabilité et la qualité des résultats, la reproductibilité de la méthode et le coût du recueil. À ce stade, on ne peut que constater que la solution à cet arbitrage complexe doit résider dans le ciblage du recueil sur les domaines où le problème est le plus aigu en termes de segment de parcours étudié, de situation médicale (voire aussi de situation sociale), de contexte géographique...

Il est en tout état de cause nécessaire d'arriver à distinguer le délai ressenti (ou énoncé de mémoire) et le délai objectif.

Un autre constat que l'on peut faire au regard de cette analyse documentaire est que certains sujets sont déjà bien explorés, par différentes méthodes :

- La cancérologie, avec en particulier les enquêtes effectuées par l'INCa.
- L'ophtalmologie, avec aussi bien des enquêtes menées par les professionnels eux-mêmes que par les associations de patients ou les organismes régionaux (ex : ORS d'Alsace).
- L'IRM au travers de plusieurs types d'enquête, sans cependant que les données publiées ne permettent de saisir dans toute sa complexité la demande d'IRM (le « testing » au téléphone est source de nombreux biais).

## ■ LES ENTRETIENS INSTITUTIONNELS

Après le cadrage initial réalisé par le biais de l'étude bibliographique, un approfondissement a été mené *via* des entretiens auprès d'une quarantaine d'acteurs institutionnels (administrations et agences, fédérations, syndicats et représentants de professionnels de santé, représentants de patients...).

Nous présentons ici la synthèse des éléments recueillis.

Avant d'évoquer les différents aspects abordés lors de ces entretiens, on peut d'ores-et-déjà souligner **un constat général** : **l'existence de fortes divergences de vues entre les personnes interrogées**, aussi bien sur l'opportunité de réaliser une mesure que sur les objectifs et les méthodes d'approche.

### Opportunité d'une mesure des délais d'attente

Il n'y a pas de consensus sur l'intérêt de réaliser une enquête sur ce sujet. Les associations de patients, les fédérations hospitalières et certaines directions du ministère de la Santé y voient un thème important, mais de nombreux représentants du corps médical, libéraux ou hospitaliers, sont beaucoup plus réservés.

Ce thème est certes l'un des premiers problèmes liés au système de soins mis en avant par les patients et leurs associations, mais de nombreux interlocuteurs considèrent qu'il s'agit d'un « ressenti » non toujours objectivable (et les professionnels de santé en donnent souvent comme illustration la proportion, dont ils estiment qu'elle est en augmentation, de RDV non honorés).

Sur le plan médical, la question des délais ne paraît importante que dans la mesure où elle a un impact sur les états de santé, i.e. lorsqu'il y a « perte de chance ».

Or, la démonstration d'un lien entre délai et état de santé n'est pas faite en dehors de quelques cas :

- Accident vasculaire cérébral ;
- Infarctus du myocarde ;
- Cancérologie ;
- Ou encore le glaucome.

Ce point est par exemple souligné par la HAS<sup>28</sup> ou l'Ordre des médecins.

Nous avons d'ailleurs vu dans l'analyse bibliographique que les démonstrations d'une relation entre délais d'attente et états de santé sont modestes, en dehors des situations d'urgence, de la cancérologie et des greffes d'organes.

De plus, tous les médecins interrogés estiment que lorsqu'une consultation en urgence auprès d'un spécialiste est demandée par le biais du médecin traitant, elle est toujours obtenue et ce dans des délais « raisonnables » et en tout cas conformes à l'état de santé du patient. Et dans le cas contraire, le patient ira aux urgences hospitalières...

La distinction est faite au cours de plusieurs entretiens entre perte de chance et confort, voire exigence déraisonnable, du patient. Les médecins interrogés privilégient le premier aspect et indiquent que, pour un trouble de la réfraction par exemple, il n'est pas dangereux de devoir attendre quelques mois, de même que pour des consultations de routine en dentisterie, etc.

Il a par ailleurs été très souvent mis en avant qu'un délai de consultation n'a pas de sens dans l'absolu ; il dépend de nombreux paramètres :

- Motif de consultation, situation d'urgence ou non ;
- Plage horaire souhaitée (en fonction de contraintes familiales ou professionnelles) ;

<sup>28</sup> Le service IPAQSS de la HAS a mis en place un recueil national en routine d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, parmi lesquels sont proposés des indicateurs de délais. Pour l'AVC, on retrouve l'indicateur intitulé « **Imagerie en première intention** » = **Délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale** ; et pour l'infarctus du myocarde, l'indicateur intitulé « **Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction (SCA ST+)** ».

Pour en savoir plus : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937)

- Plage d'ouverture du cabinet ;
- Densité médicale ;
- Distances et questions d'accès géographique ;
- Patient déjà connu ou non du cabinet ;
- Patient adressé ou non par son médecin traitant pour l'accès au spécialiste ;
- Organisation du secrétariat.
- Distinction Secteur 1 / Secteur 2 ou Secteur public / Secteur privé dans le cas de l'hôpital (même si sur ce sujet, les avis divergent, certains y voyant un facteur à fort impact sur les délais et d'autres soulignant qu'il n'agit pas sur les délais) ;
- CMU, ou plutôt situation de précarité sociale (sur ce point aussi, les avis divergent, certains indiquant que de toute façon, cette population a surtout recours aux structures d'urgence).

Il faudrait en outre disposer de délais de référence ; c'est le cas pour les AVC (pour réaliser la thrombolyse) ou les IVG (du fait du délai réglementaire), mais pas dans les autres domaines.

Or, sans délais de référence et sans recommandations dans ce domaine, le constat d'un délai d'attente en valeur absolue n'a pas grand intérêt opérationnel, selon plusieurs avis.

Il est par ailleurs noté qu'un délai moyen n'a pas beaucoup de sens ; il faut surtout regarder les délais extrêmes et ne pas se contenter d'une donnée unique.

## **Pourquoi mesurer les délais ? Quels seraient les objectifs d'une telle enquête ? Sur quels thèmes devrait-elle porter ?**

---

### **Objectifs**

---

Plusieurs types d'objectifs ont été énoncés :

- Objectif de **connaissance**, pour pouvoir se comparer aux autres pays et comparer l'évolution de la situation dans le temps et dans l'espace.
  - Dans ce cas, l'enquête peut être large, à vocation nationale ; il s'agit en quelque sorte de monter un observatoire, qui n'aurait d'intérêt que si les mesures sont effectuées à intervalles réguliers (au moins 1 fois par an) ; il faut donc que la méthode soit aisée à répéter (suivi d'une cohorte de patients, enquête ponctuelle répétée chaque année sur un échantillon « tournant » de patients, ou encore enquête ponctuelle par « testing » auprès des centres de consultations...).
  - C'est sur ce thème de l'observatoire que certains interlocuteurs ont émis des réserves quant à l'intérêt d'un tel dispositif (au sens où « observer pour observer » ne paraît pas avoir beaucoup d'intérêt pour l'action).
  - Il est parfois fait mention d'un objectif « politique » : cette expression traduit le fait que la thématique des délais est l'une des préoccupations majeures des patients et des associations (ainsi que de la presse), et que la mise en place d'un observatoire permettrait de répondre à cette demande, sans qu'il s'agisse au fond d'un sujet majeur aux yeux des personnes interrogées. Ce sont les délais d'accès à la médecine de premier recours (médecine générale, chirurgie dentaire, et spécialités à accès direct) qui paraissent les plus importants à mesurer dans ce cadre.
  - En tout état de cause, dans le cadre d'un objectif de ce type, la mobilisation des professionnels pourrait s'avérer difficile.
- Objectif **opérationnel** : l'idée serait de mesurer des délais d'attente afin de mener des actions pour réduire les délais si on les juge trop longs et s'ils sont péjoratifs pour l'état de santé... (en prenant en compte le fait que le patient, s'il se sent trop pressé, se rend aux urgences ! Le patient peut ainsi contourner la difficulté, dans la mesure où les services des urgences constituent une réponse « par défaut »).
  - Il faut alors qu'en cas de résultats préoccupants sur le thème d'étude, des actions correctives puissent être entreprises. En conséquence, il ne s'agit finalement de mesurer que ce sur quoi il sera possible d'agir.
  - Dans cet esprit, des enquêtes ciblées sur certains problèmes sont pertinentes, comme l'accès à l'IRM, la consultation d'ophtalmologie, la consultation en chirurgie dentaire... puisque des actions correctives sont possibles, à savoir respectivement : action sur le parc d'équipements d'IRM et l'organisation des structures, délégation de tâches aux orthoptistes, incitations à l'installation, etc.
  - Dans cette optique, la mesure des délais peut être considérée comme un indicateur de qualité traduisant des problèmes de structuration et d'organisation des soins :



- En tant qu'indicateur de structure pour les aspects de planification des équipements, démographie et répartition des professionnels : problème bien connu, sur lequel de nombreux interlocuteurs estiment qu'il existe une absence de volonté des pouvoirs publics ;
  - En tant qu'indicateur de procédure pour les aspects d'organisation des cabinets et des parcours de soins.
- **Objectif de « santé publique »** : dans les cas où des pertes de chance existent du fait de délais trop longs (hors urgences), une mesure précise de la situation paraît nécessaire au regard des enjeux. C'est ce qu'a réalisé notamment l'INCa sur un certain nombre de localisations cancéreuses dans plusieurs régions.
- Mais pour retenir un champ d'étude au titre de cet objectif, il faut qu'existent des recommandations en matière de délai et une démonstration d'un lien entre délai et état de santé. Le champ de la cancérologie est le seul, en fin de compte, qui ressort à ce titre.

Une autre problématique qui ressortait dans l'analyse bibliographique et qui pourrait faire l'objet d'une analyse dans le cadre d'une enquête sur les délais d'attente dans l'accès aux soins réside dans le lien possible entre inégalités d'accès aux soins et inégalités de délais.

## Thématiques fréquemment mentionnées

De nombreuses thématiques ont été abordées lors des entretiens, que l'on peut classer de la façon suivante :

- Certaines thématiques répondent à des **critères médicaux d'opportunité** (perte de chance, existence d'un délai de référence ou d'un délai cible, avec en outre l'existence d'inégalités territoriales) :
  - AVC et IDM en phase aiguë, pour réaliser la thrombolyse et conduire rapidement le patient vers un plateau technique : ce thème est cependant en dehors de notre champ d'investigation, puisqu'il relève de l'organisation des urgences pré-hospitalières et hospitalières ;
  - Cancérologie pour l'ensemble du parcours : plusieurs études existent déjà dans ce domaine, et aussi bien Unicancer que l'INCa ont enquêté sur ce sujet avec des méthodes lourdes à mettre en œuvre mais rigoureuses.
  - IVG
- Pour d'autres champs, la **demande de recours rapide** d'un patient, sans engager le pronostic vital, se justifie pleinement sur le plan médical, par exemple en cas :
  - de douleur (douleur dentaire notamment),
  - de souffrance psychique (besoin de recours à un psychiatre, souvent mentionné).

Dans ce champ, l'expression de « consultation pressée » tente de traduire cette idée d'un recours qui devrait être obtenu sans délai.

- En ce qui concerne l'**accès au médecin généraliste (MG)**, la plupart des interlocuteurs s'accordent pour ne pas y voir un problème important en termes de délais, avec toutefois des nuances apportées pour certaines zones géographiques, notamment celles où un nouveau patient a de grandes difficultés pour trouver un médecin traitant ; il y a alors un réel problème d'accès. De plus, l'importance de l'accès au médecin traitant dans le cadre du parcours de soins a souvent été mise en avant.
  - Un autre thème, différent du premier recours, est souvent évoqué : le **décalage entre la consultation de MG et la consultation chez le spécialiste**, avec des approches différentes selon que le médecin traitant appelle directement ou non.
    - Une difficulté rencontrée et fréquemment évoquée est celle de la collaboration entre un psychiatre difficilement joignable et un médecin traitant qui, du coup, va prendre en charge lui-même le patient avec plus ou moins d'efficacité (rappelons que le MG est souvent confronté à la dépression de patients, à la difficulté d'accès à des psychiatres ou des psychologues, et rappelons également que la France présente un taux de suicide particulièrement élevé...).
    - D'autres spécialités dans le même cas sont parfois mentionnées : rhumatologie, cardiologie, avec des variations selon les régions.
  - Est posée aussi la question du **décalage d'accès aux spécialistes en accès direct**, à commencer par l'ophtalmologie, mais sont rapidement citées également la gynécologie, la psychiatrie et la cardiologie.
- En ce qui concerne l'ophtalmologie, il est souligné que la distinction doit être faite entre les troubles de la réfraction et les pathologies de l'œil. Dans le premier cas, une nouvelle organisation du cabinet de l'ophtalmologue avec délégation de tâches à l'orthoptiste peut permettre de diminuer drastiquement les délais (mais cela est jugé impossible en

secteur 1 par les représentants de la profession, le tarif conventionnel de la consultation ne permettant pas de rémunérer un orthoptiste). De fait, pour de nombreux médecins interrogés, une meilleure organisation est la solution pour réduire les délais d'attente.

Dans les cas qui requièrent un délai plus court de prise en charge (suspicion de glaucome, de DMLA), l'ophtalmologue peut en général assurer une prise en charge dans les jours suivants, mais il faut que le secrétariat sache reconnaître ces situations.

L'un des problèmes principaux réside dans les situations où les praticiens refusent la prise en charge de nouveaux patients, ce qui s'observe dans certaines zones géographiques.

- Les **consultations externes hospitalières** sont aussi évoquées en tant que telles, comme lieu de délais prolongés, tout en reconnaissant qu'il existe des alternatives dans la majorité des cas. Mais dans certaines disciplines (les mêmes qu'en libéral : ophtalmologie notamment), les tensions sur les délais paraissent préoccupantes.
- En ce qui concerne les **sages-femmes et les paramédicaux**, il y a moins d'avis mais aussi une plus faible connaissance du sujet de la part des personnes interrogées. Plusieurs d'entre elles indiquent qu'il y a probablement des difficultés pour les paramédicaux « spécialisés » : kinésithérapeutes, infirmières pour les soins palliatifs, orthophonistes...  
Spécifiquement pour les sages-femmes, du fait des délais obligatoires dans la préparation et le suivi de la grossesse (visites mensuelles, etc.) puis dans le suivi de l'accouchement, la problématique réside plus dans l'accès en lui-même que dans les délais d'attente, en fonction des zones géographiques.
- Les **examens d'imagerie** en coupe sont souvent évoqués, surtout en raison du nombre important d'études menées sur l'IRM. Mais il semble qu'il faille entrer dans un détail important des situations pathologiques pour pouvoir interpréter les résultats. En outre, la méthode du « testing » s'avère biaisée pour l'IRM (non présentation de l'ordonnance, non appel par le MG pour des situations cliniques graves...). Il est par ailleurs mis en avant que la situation s'est améliorée depuis plusieurs années.
- En matière de **chirurgie programmée**, il semble n'y avoir aucun problème en dehors de cas ponctuels. Il est cependant évoqué des différences possibles de délai entre secteur 1 et secteur 2.
- L'**interface entre le sanitaire et le médico-social** est souvent citée comme une difficulté majeure, et certains interlocuteurs y voient même la principale cible d'une enquête sur les délais, mais ce thème est hors champ de la présente étude.
- Dans le même esprit, est cité aussi le problème de l'**aval de l'hospitalisation** : place en SSR, retour à domicile... souvent retardé faute de places.
- À noter enfin une mention sur les délais importants observés dans les **lieux de privation de liberté** (centres de rétention administrative, centres pénitentiaires).

**Une idée importante est qu'il paraît plus pertinent pour de nombreuses personnes d'étudier un parcours dans son ensemble que le seul premier contact, qui est, en général, rapidement obtenu.**

Cependant, la question d'enquêter sur l'entrée dans le parcours pour une demande non urgente ne fait pas du tout consensus, de ceux qui pensent que ce n'est pas utile (voire que ce serait non pertinent, un long délai d'attente ayant l'avantage d'inciter à une réflexion sur une réorganisation qui sans cela n'aurait pas lieu : organisation du secrétariat, délégation de tâches à des orthoptistes en ophtalmologie...) à ceux qui pensent que c'est une priorité.

Un autre sujet fait l'objet de divergences fortes : l'IRM. Ce thème a déjà été étudié à plusieurs reprises, surtout dans l'objectif de démontrer une urgence à renforcer le parc d'équipements en France. Mais en pratique, la complexité et la diversité des situations de demande d'IRM rendent une telle enquête difficile.

Le tableau suivant récapitule une possibilité de classement des différents types de recours aux soins cités dans les entretiens.

	Actes de prévention	Premier recours	Deuxième recours	Aval d'hospitalisation
<i>Hors contexte d'urgence</i>	-Vaccination -Dépistages organisés	-MG -Spécialistes en accès direct (ophtalmo, gynéco, psychiatrie) -Chirurgiens-dentistes	-Spécialistes, libéraux ou hospitaliers, dont : - <i>psychiatrie</i> - <i>rhumatologie, gynécologie...</i> -Interventions chir. programmées -Examens complémentaires -Paramédicaux -Parcours complexes comme en cancérologie	-SSR -Retour à domicile demandant l'intervention d'une IDE, etc. -EHPAD
<i>Dans le contexte d'urgence</i>		-Recours urgents : - <i>AVC</i> - <i>IDM</i> - <i>Douleurs dentaires</i>		
<i>Respect d'un délai réglementaire</i>	-Suivi de grossesse	-IVG		

NB : IL A AUSSI ETE MENTIONNE LE DELAI D'ENVOI DU COURRIER D'HOSPITALISATION : SUJET MAJEUR POUR LE PARCOURS DE SOINS, MAIS HORS CHAMP DE L'ETUDE (ET PAR AILLEURS DEJA TRAITE)

## Aspects méthodologiques

### Enquêtes

Concernant les différentes méthodologies possibles de mesure des délais d'attente, nous synthétisons ici les différents avis.

#### Enquêtes auprès des patients :

- Procéder par enquête déclarative auprès des patients en faisant appel à leur mémoire, est jugé trop biaisé.
- Une idée différente consiste à suivre une cohorte de patients prospective (au mieux en croisant les informations ainsi obtenues avec les données présentes dans les bases de remboursement) : le champ couvert serait alors très large, avec toutefois le risque de ne pas intégrer les situations plus rarement rencontrées.
- L'enquête sur place un jour donné, dans les salles d'attente ou à l'issue de la consultation, a aussi été jugée possible.

#### Enquêtes auprès des structures de soins et des professionnels :

- Beaucoup de discussions existent sur la méthode de la prise de RDV fictive (« *testing* ») : elle paraît meilleure que l'enquête déclarative, et elle est privilégiée par plusieurs personnes, mais pose plusieurs types de problèmes :
  - des problèmes d'ordre déontologique (sauf en cas de « *testing* » ouvert, l'enquêteur se présentant comme tel, mais les interlocuteurs y voient alors une source de biais),
  - des problèmes de biais (résultats différents selon que le patient ou le médecin traitant appelle ; méthode qui n'aborde que le cas des nouveaux patients...),
  - des problèmes liés à la présentation du contexte (quelle est la demande formulée ? pour quelles plages horaires ?...).

Cette méthode ne rencontrera pas un consensus au sein du corps médical.

De plus, les situations où c'est le médecin traitant qui appelle le spécialiste ou le cabinet d'imagerie peuvent difficilement être reproduites dans le cadre de cette méthode (les spécialistes connaissant en général leurs correspondants).

La diversité des modes de prise de RDV est aussi un frein pour l'interprétation des résultats d'un tel dispositif : certains patients se rendent sur place pour obtenir leur RDV ; certains cabinets ferment leur plage de RDV pendant une certaine période, et ne l'ouvrent que pendant 1 semaine par exemple ; d'autres encore ont organisé la prise de RDV sur un agenda sur internet. Tout cela complique la mesure des délais.

- L'enquête sur place dans les cabinets, pour laquelle un recueil prospectif des délais entre la demande et le RDV effectif sur une période donnée serait réalisé à partir des cahiers de RDV, est jugée intéressante. Il existe un risque de biais d'observation mais cette méthode est jugée meilleure sur ce plan que l'enquête déclarative auprès des médecins par voie de questionnaire (même si certains professionnels privilégient ce mode opératoire). En cas de travail demandé aux cabinets, la question de l'indemnisation sera posée.
- Une alternative serait de se fonder sur les données des logiciels des secrétariats informatisés (en ville comme à l'hôpital) lorsque ces logiciels enregistrent la date de demande de RDV, mais leur diffusion n'est pas encore généralisée et les outils existants sont très hétérogènes.
- Le retour aux dossiers médicaux dans le secteur hospitalier est une méthode évidemment identifiée comme très lourde à mettre en œuvre (INCa, HAS). En outre, elle se heurte au problème des informations manquantes dans les dossiers (en particulier en ce qui concerne les dates).

## **Il paraît important dans tous les cas :**

- De croiser les informations obtenues auprès des patients et des médecins.
- De mettre en place une méthode reproductible, pour une observation pérenne du sujet.

## **Données disponibles**

---

Quelques sources de données possibles ont été évoquées :

- SNIIRAM pour le délai entre MG et spécialiste et d'une manière générale les descriptions de parcours de soins, mais cette approche est limitée par l'absence d'information sur les pathologies (en dehors des cas où la pathologie peut être définie par le traitement pharmaceutique par exemple ou par l'identification d'une ALD) et par le fait qu'on ne peut pas relier de façon causale les contacts de soins (par exemple, quelle consultation a donné lieu à un adressage vers un spécialiste donné ?).
- Secrétariats médicaux spécialisés, informatisés : mais la situation est très hétérogène.
- ESPS / IRDES : pendant longtemps, ESPS a inclus un questionnement sur les délais de RDV en médecine générale et médecine spécialisée lors de la dernière séance, mais la vague 2014 l'a supprimé en raison de biais intrinsèques au mode d'interrogation (surreprésentation des situations avec recours fréquents).
- Panel de médecine générale géré par la DREES, les ORS et les URPS : observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale sur un échantillon national et 3 échantillons régionaux. En Pays de la Loire, les MG ont par exemple été interrogés sur les difficultés liées aux délais de rendez-vous avec les médecins spécialistes médicaux fin 2012.
- Bases hospitalières issues des logiciels de gestion des consultations externes comprenant les dates de demande de RDV (ou de premier contact) et les dates de RDV effectifs. Un tel outil existe par exemple à l'APHP. Ces outils sont cependant encore insuffisamment diffusés et hétérogènes.
- Données de l'outil TRAJECTOIRE pour les structures de SSR.

## **Caractéristiques à prendre en compte**

---

Plusieurs éléments ont été mis en avant comme des marqueurs intéressants, voire indispensables, pour interpréter les résultats obtenus :

- Distinction patient déjà suivi / nouveau patient / patient adressé par le médecin traitant.
- Motif de consultation (contrôle annuel, symptôme banal, symptôme aigu...).
- Horaire de RDV demandé.
- Secteur 1 / Secteur 2 (et de même secteur public / secteur privé pour les praticiens hospitaliers).
- Zones géographiques ; distinction zone urbaine / périurbaine / rurale.
- Caractéristiques particulières du patient : situation de précarité, handicap, etc.

## ■ LES MONOGRAPHIES DE TERRITOIRE

### Thèmes privilégiés d'étude

Suite aux enseignements des phases précédentes, pour l'approche territoriale, il a été retenu de cibler l'analyse sur des thématiques précises, et d'étudier plus particulièrement la situation en matière de délais d'attente pour les segments de soins suivants, souvent évoqués lors des entretiens :

- IVG
- Psychiatrie
- Accès à un médecin traitant dans les zones de faible densité médicale
- Délais entre l'adressage par le médecin généraliste et le RDV chez le spécialiste
- Ophtalmologie
- Consultations externes hospitalières
- Chirurgie dentaire
- Prothèse de hanche, prothèse de genou, afin d'explorer le thème de la chirurgie programmée

Les champs suivants, malgré leur intérêt, sont écartés *a priori* en raison de leur caractère hors périmètre de la présente étude :

- Secteur médico-social
- Accès au SSR en aval d'une hospitalisation de court séjour
- AVC, IDM en phase aiguë

Le champ de la cancérologie, ouvrant la problématique de l'analyse d'un parcours de soins complexe, n'est pas retenu non plus dans la mesure où l'INCa et Unicancer ont déjà réalisé des études très complètes sur ces délais.

De même, la question du délai d'accès à un examen d'IRM, déjà plusieurs fois étudiée, n'est pas apparue de ce fait comme prioritaire pour la présente démarche.

### Sélection des territoires

#### Choix des départements

Une première étape a été de déterminer les départements d'étude, au sein desquels ont ensuite été choisis des territoires qui comprennent au moins un établissement de santé, un secteur psychiatrique et un centre d'IVG, en prenant soin d'avoir à la fois des territoires urbains, péri-urbains, ruraux ou semi-ruraux.

Dans la première étape, plusieurs paramètres connus à l'échelle des départements ont été utilisés<sup>29</sup> :

- Densité de MG libéraux et densité de spécialistes libéraux :
  - Si  $<0,8$ \*moyenne nationale et montant moyen des honoraires par médecin non inférieur à la moyenne : la densité est considérée comme faible.
  - Si  $>1,1$ \*moyenne nationale et montant moyen des honoraires par médecin non supérieur à la moyenne : la densité est considérée comme forte.
  - Entre les deux, la densité est considérée comme moyenne
- Densité d'ophtalmologues :
  - Si  $<0,8$ \*moyenne nationale, la densité est considérée comme faible.
- Taux de médecins spécialistes en secteur à dépassements :
  - Si  $>1,1$ \*moyenne nationale, le taux est considéré comme fort.

<sup>29</sup> Sources : CNAMTS / SNIR 2010

■ Densité de chirurgiens-dentistes :

- Si  $< 0,8$  \*moyenne nationale, la densité est considérée comme faible.

La densité de psychiatres libéraux aurait pu être retenue également dans les critères, mais elle est très corrélée à celle des ophtalmologues et des spécialistes en général.

Le tableau suivant récapitule la position de chaque département dans cette typologie multicritères :

<i>En gras italique, densité d'ophtalmo faible</i>											
En MAJ, taux élevé de secteur 2 médecins spécialistes	Démo MG forte	Démo MG forte	Démo MG forte	Démo MG moyenne	Démo MG moyenne		Démo MG moyenne	Démo MG faible	Démo MG faible	Démo MG faible	
	Démo Spé forte	Démo Spé moyenne	Démo Spé faible	Démo Spé forte	Démo Spé moyenne		Démo Spé faible	Démo Spé forte	Démo Spé moyenne	Démo Spé faible	
							<i>Aisne</i> <i>Ardennes</i> <i>Indre</i> Loir et Cher <i>Loiret</i> Manche <i>Hte Marne</i> <i>Meuse</i> <i>Oise</i> <i>Orne</i> <i>Pas de Calais</i> <i>Hte Saône</i> <i>Saône et Loire</i> <i>Sarthe</i> <i>Deux Sèvres</i> Somme <i>Yonne</i>				<i>Cher</i> <i>Eure</i> <i>Eure et Loir</i> <i>Mayenne</i> <i>SEINE ET MARNE</i> <i>Seine St Denis</i>
<b>densité faible de chirurgiens-dentistes</b>		Hte Vienne			Calvados <i>Creuse</i> <i>Jura</i> Seine Maritime <i>Vienne</i> Belfort				VAL D'OISE		
<b>densité moyenne ou forte de chirurgiens-dentistes</b>	ALPES MARITIMES Bouches du Rhône Gironde Vaucluse	<i>Htes Alpes</i> Alpes de Hte Provence Charente Maritime Hte Garonne Hérault Pyrénées Atlantiques Savoie Var		BAS RHIN RHONE PARIS YVELINES HAUTS DE SEINE	<i>Ain</i> Allier <i>Ardèche</i> <i>Ariège</i> Aude Aveyron Charente Corse du Sud Haute Corse Côte d'Or <i>Doubs</i> Drôme Finistère Gard <i>Gers</i> Ille et Vilaine Indre et Loire	Isère Loire Loire Atlantique Lot Marne Meurthe et Moselle Nord Puy de Dome Htes Pyrénées Pyrénées Orientales Haut Rhin Hte Savoie Tarn Tarn et Garonne Essonne Val de Marne	<i>Aube</i> <i>Cantal</i> <i>Corrèze</i> <i>Côtes d'Armor</i> Dordogne Landes <i>Hte Loire</i> Lot et Garonne <i>Lozère</i> <i>Maine et Loire</i> Morbihan <i>Moselle</i> Nièvre <i>Vendée</i> <i>Vosges</i>				

Sur la base de 6 territoires à étudier pour couvrir une large gamme de situations, ont été retenus les choix suivants :

- 1 département avec une densité faible pour les professions de santé intégrées dans cette analyse, et en outre un fort taux de spécialistes en secteur 2 : la Seine et Marne.
- 1 département ayant les mêmes caractéristiques de démographie de professionnels mais sans cette caractéristique sur le secteur 2 : la Seine St Denis.
- 1 département ayant les mêmes caractéristiques de démographie de professionnels, sauf une densité de MG moyenne ou forte (et aussi une densité faible de psychiatres) : l'Indre.
- 1 département avec une densité moyenne ou forte de MG et de médecins spécialistes, mais avec des densités faibles des autres professions : psychiatres, chirurgiens-dentistes et ophtalmologues : la Creuse.
- 1 département avec les mêmes caractéristiques mais sans cette difficulté sur les ophtalmologues : le Calvados
- 1 département avec des densités moyennes de professionnels : la Loire.

*Nota bene* : le critère de taux élevé de secteur 2 chez les médecins spécialistes est très concentré dans quelques départements, notamment en Île de France. Aussi, il est peu représenté dans cette typologie.

Dans chacun de ces départements, a été choisi un territoire infra-départemental spécifique, de telle sorte que soient représentés des territoires de différents types :

- Seine et Marne : territoire autour de Fontainebleau.
- Seine Saint Denis : territoire autour de Bobigny, pour disposer d'un CHU dans l'échantillon des établissements visités (en l'occurrence, APHP/Avicenne).
- Indre : Est de l'Indre (Issoudun, La Châtre), territoire rural.
- Creuse : arrondissement de Guéret.
- Calvados : arrondissement de Lisieux.
- Loire : territoire autour de Roanne.

Ont ainsi été retenus plutôt des territoires présentant des situations moins favorables que la moyenne nationale quant à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins.

Le tableau suivant récapitule les principaux critères par département :

	Densité de MG pour 100 000 hab. (DREES, 2013)	Densité de médecins spécialistes pour 100 000 hab. (DREES, 2013)	Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 hab. (DREES, 2013)	Taux de dépassement des médecins spécialistes (SNIR, 2010)
<i>Indre</i>	122	85	41	19,8 %
<i>Calvados</i>	160	188	44	30,9 %
<i>Seine Saint-Denis</i>	125	143	46	41,3 %
<i>Seine-et-Marne</i>	113	117	46	56,8 %
<i>Loire</i>	162	168	54	52,1 %
<i>Creuse</i>	150	94	34	14,3 %
<b><i>Moyenne France métropolitaine</i></b>	<b>156</b>	<b>180</b>	<b>63</b>	<b>41,6 %</b>



## Enseignements généraux

Un premier constat général est que, hormis les institutions nationales et les ARS, il a été observé beaucoup de difficultés pour obtenir des RDV, aussi bien en secteur hospitalier qu'en secteur libéral. Plusieurs raisons rendent compte de ce phénomène :

- Ces refus ou non réponses sont apparemment et avant tout le signe du désintérêt (également souligné lors de certains entretiens institutionnels) pour les questions soulevées ;
- Ils sont aussi le signe d'une certaine « surcharge » d'enquêtes auprès des professionnels et structures de soins (soulignée également lors d'entretiens institutionnels) ;
- Ils reflètent aussi probablement une opinion souvent entendue lors d'entretiens : les délais d'attente sont avant tout liés à des questions de démographie des professionnels de santé et d'attractivité des territoires, et seule la résolution de ces problèmes démographiques importe.

En tout état de cause, cette observation souligne le risque sur la faisabilité d'une enquête nationale qui reposerait sur une charge de recueil pesant sur les professionnels et les structures de soins ! Si telle était l'orientation *in fine* pour l'enquête nationale, un accompagnement institutionnel par les Ordres professionnels, les URPS et les Fédérations hospitalières serait indispensable.

Les échanges menés dans les six territoires révèlent, au-delà de la diversité des contextes locaux et des points de vue individuels des professionnels rencontrés, un certain nombre de tendances et d'enseignements communs. Ces points de convergence relèvent à la fois de l'état des lieux sur les délais et de la réflexion menée autour d'un potentiel dispositif de mesure.

## Principaux points de convergence des états des lieux

### Le lien entre la démographie médicale et les délais d'accès aux soins est affirmé

La première affirmation commune, et l'une des plus unanimes, est celle de l'impact majeur de la démographie médicale sur les délais d'accès aux soins et du défaut d'attractivité de certains territoires. La question de densités médicales insuffisantes ou en décroissance est abordée dans tous les territoires et signalée comme l'une des causes principales d'une dégradation des délais d'attente pour de nombreuses spécialités. Comme évoqué plus haut, cet aspect constitue une priorité d'action pour de nombreux professionnels (ce qui est exprimé clairement dans le secteur libéral). Il n'est pas rare que l'intérêt du dispositif de mesure des délais d'attente ait été mis en doute par le fait que les problématiques existantes pourraient déjà être constatées et observées au travers des seuls indicateurs de densité.

L'évolution des attentes et des pratiques du corps médical, et en particulier des jeunes médecins, jouerait également un rôle important. La féminisation des professions et la recherche de conditions de travail plus proches du salariat sont notamment citées dans le secteur libéral. La réduction de l'attractivité des professions libérales, tant pour des questions de conditions de travail que de poids des charges, a parfois été évoquée.

De plus, on note que l'organisation et le niveau de flexibilité des offreurs de soins sont présentés (plus occasionnellement) comme des conditions de la réduction des délais d'accès aux soins.

Enfin, l'adressage du médecin généraliste vers le spécialiste est généralement perçu comme un moyen efficace de raccourcir les délais en fonction des besoins identifiés au cours du premier diagnostic. D'ailleurs, un fonctionnement en filière dégradé pour les consultations spécialisées ne nécessitant pas de passage par le médecin traitant (ophtalmologie, gynécologie par exemple) est parfois mis en cause dans l'allongement des délais.

### Malgré la diversité des états de lieux, plusieurs spécialités en difficulté émergent

La liste des spécialités mentionnées pour une problématique de délai d'accès aux soins est variable d'un territoire à l'autre, mais certaines tendances sont notables :

- L'ophtalmologie est mentionnée sans exception.

- La chirurgie dentaire est très régulièrement citée.
- La psychiatrie, et surtout la psychiatrie infanto-juvénile, apparaît comme une filière en difficulté et pour laquelle le recrutement médical est difficile pour la majorité des territoires.
- Sont aussi mentionnés à plusieurs reprises : l'endocrinologie, la cardiologie, la gynécologie.

On remarque que l'accès à la médecine générale connaît des situations assez variables d'un territoire à l'autre.

En revanche, aucune difficulté majeure n'est signalée pour la chirurgie orthopédique programmée ni pour la pratique de l'IVG, à l'exception pour cette dernière de tensions d'ordre organisationnel contraignantes mais sans impact sur le respect des délais légaux d'intervention.

Les territoires enquêtés ont en commun une augmentation de la fréquence des cas de refus de nouveaux patients de la part des professionnels (notamment en chirurgie dentaire, en médecine générale et en ophtalmologie). La difficulté croissante pour le patient de trouver un médecin traitant est souvent mise en avant, pour les nouveaux arrivants sur le territoire comme pour les membres de la patientèle d'un médecin qui vient de cesser son activité.

### **La « perte de chance », complexe à définir, est souvent associée à la notion d'urgence**

Les professionnels interrogés s'accordent majoritairement sur un lien entre le risque de perte de chance et la qualité de prise en charge des urgences. Généralement, l'impact des délais d'accès aux soins n'est jugé préoccupant que lorsque la rapidité d'accueil des demandes urgentes est menacée ; c'est-à-dire dans un certain nombre de cas minoritaires. La distinction de l'urgence et des autres types de demande est souvent jugée possible.

En dehors des cas d'urgence, l'impact de délais longs est diversement apprécié. Plusieurs professionnels soulignent les problèmes que de tels délais peuvent poser pour les consultations à objectif préventif (le suivi et le contrôle) ; le risque d'aggravation des pathologies est aussi plusieurs fois mis en exergue. Mais majoritairement, les acteurs soulignent la difficulté de définir la perte de chance : celle-ci peut certainement s'exprimer au travers d'une dégradation de l'état de santé, mais n'a-t-elle pas aussi des aspects sociaux, voire économiques ? S'agit-il d'un constat médical ou d'un ressenti du patient ? De fait, la notion de délai « acceptable » est complexe à établir et semble relever du « cas par cas », ce qui rend difficile l'interprétation d'indicateurs de délai.

### **Il n'est pas évident de distinguer les patients les plus touchés**

Si, selon nos interlocuteurs, certaines catégories de patients peuvent être plus exposées que d'autres à l'accroissement des délais, ce constat et la nature des catégories évoquées ne sont pas généralisables sur tous les territoires ni pour toutes les spécialités.

Les patients en demande de consultations de suivi et de contrôle, les nouveaux patients, les enfants (par exemple ceux qui sont atteints d'autisme), les personnes âgées poly-pathologiques, les personnes à mobilité limitée et les bénéficiaires de la CMU sont autant de catégories ponctuellement citées.

De plus, il est à noter que les comportements du patient face à un délai important prennent des formes multiples (contournement du parcours habituel par consultation à distance du domicile, prise de RDV multiple, report sur les urgences, etc.) qu'il sera difficile d'intégrer dans un dispositif de mesure.

## **Tendances communes pour un dispositif de mesure des délais**

---

### **Les points de vue du patient et de l'offreur de soins seraient à confronter**

Les professionnels ont fréquemment insisté sur la différence qui existe entre le point de vue du patient et celui de l'offreur de soin sur le même délai de rendez-vous. Selon la majorité d'entre eux, une enquête menée auprès du patient doit être considérée comme une mesure du ressenti du délai plutôt qu'une mesure du délai en lui-même. Le type d'interlocuteur à privilégier a fait l'objet d'avis très divers. Cependant, il est communément suggéré de croiser à minima une mesure réalisée auprès des patients avec les résultats d'une autre technique centrée sur les offreurs de soins pour deux raisons essentiellement : l'intérêt (souvent reconnu) de confronter les deux points de vue d'une part, et la vérification de la qualité des données d'autre part (le principal biais mentionné en défaveur d'un sondage auprès du patient étant le biais de mémorisation).

Dans quelques domaines précis, tels que la psychiatrie et l'IVG, la mise en œuvre d'un dispositif de mesure des délais s'adressant au patient est jugée difficile voire inadaptée. Des ajustements ont été proposés, tels que celui d'un entretien mené avec les parents en pédopsychiatrie ou d'une enquête réalisée plusieurs semaines après l'intervention pour l'IVG.

### **La nature de la méthodologie à adopter fait l'objet d'opinions très variées, mais la nécessité de lui assigner des objectifs est unanime**

La question des objectifs du futur dispositif de mesure des délais, et de ses conséquences potentielles, est spontanément abordée par une large majorité de professionnels dans les 6 territoires. Notre constat, déjà évoqué lors de la restitution des entretiens institutionnels, est qu'outre le « quoi mesurer ? » et le « comment », il apparaît nécessaire de définir au préalable le « pour quoi faire ? ».

À ce sujet une attente d'actions concrètes, qui apporterait un « plus » sur le terrain, est très souvent perceptible : « qu'est-ce que cela va nous apporter ? ». Néanmoins, la notion « d'observer pour connaître et pour comprendre » et celle de favoriser les comparaisons entre territoires ne sont pas systématiquement rejetées, bien qu'on les sente moins présentes.

En ce sens, la clarification et la bonne communication des objectifs de l'enquête qui sera menée seront probablement des conditions essentielles à son succès (en termes d'implication des acteurs et de taux de participation). En l'état actuel, on constate que les avis sur l'intérêt même du dispositif de mesure constituent un sujet de divergence entre les professionnels (y compris dans les milieux institutionnels).

### **Le thème de l'approche méthodologique a recueilli des opinions très diverses d'un acteur à l'autre, et d'une spécialité à l'autre.**

Les méthodes de sondage téléphonique impliquant un enquêteur ou un « faux patient », ainsi que la technique de réalisation d'un relevé des appels par les secrétariats ont fait l'objet des divergences les plus nombreuses. Il est dans tous les cas souligné l'importance de bien définir le motif d'appel.

Si la méthode de suivi d'une cohorte a généralement été bien accueillie, il est à souligner que les avis sont généralement peu marqués sur ce sujet : bien que cette opportunité soit jugée intéressante, les professionnels se représentent mal les conditions concrètes de mise en œuvre d'un tel dispositif. L'étape clef de sélection d'une cohorte représentative, et la question de la lourdeur du dispositif, ont parfois été discutées.

Par ailleurs, l'emploi d'extractions de logiciels de prise de rendez-vous a été jugé pertinent en lui-même, mais très difficile à mettre en application à grande échelle et à court terme à cause de la variabilité des équipements informatiques existants d'une part et de la qualité des données d'autre part.

Enfin, en termes de périodicité, il est conseillé d'éviter soigneusement de déployer une enquête au cours des périodes de congés scolaires qui ne sont pas représentatives de l'année (les délais s'allongent souvent au moment des congés de médecins, notamment en secteur hospitalier). Des mesures réalisées à plusieurs moments sont parfois préconisées.

En complément de ces orientations communes, un panel de propositions et d'outils à employer a émergé des entretiens réalisés, parfois adaptés à certaines spécialités ou issus d'expériences vécues dans les organisations en place. La synthèse proposée ci-dessous par territoire permet de les aborder tout en les replaçant dans le contexte territorial et les conditions d'accès aux soins propres à chaque territoire.

## **Synthèses par territoire**

### **Territoire de l'Est de l'Indre**

#### **Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées**

L'enquête menée dans l'Indre ne permet pas de couvrir la totalité du périmètre de l'étude du fait d'un faible taux de participation : la psychiatrie, la chirurgie orthopédique programmée et l'ophtalmologie ne sont pas représentées. En revanche, il est à noter que le sujet de la chirurgie dentaire est ici bien approfondi, grâce à une diffusion très exhaustive de l'enquête par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes auprès des praticiens.

## Quelques éléments sur le contexte territorial

Le département de l'Indre est caractérisé par une diminution continue de la démographie médicale depuis plusieurs années. Les densités médicales de généralistes et surtout de spécialistes sont en deçà des moyennes nationales dans le département. La densité de chirurgiens-dentistes est également très basse.

De nombreux départs à la retraite sont encore à prévoir dans les prochaines années, sans renouvellement a priori. Les zones non urbaines du département sont très peu attractives pour les praticiens, et les patients sont contraints de se déplacer sur des distances importantes pour accéder à certaines consultations et examens spécialisés dans les grandes villes de la région (Châteauroux, Bourges, ou même Tours ou Limoges).

## Principaux enseignements de l'état des lieux

Les problématiques d'accès aux soins rencontrées dans l'est de l'Indre concernent toutes les disciplines, avec des situations particulièrement aiguës à signaler pour les spécialités médicales et la chirurgie dentaire. L'ophtalmologie, la gynécologie, l'endocrinologie, la cardiologie et la psychiatrie ont été mentionnées parmi les spécialités difficiles d'accès. Cependant, la prise en charge des urgences serait globalement bien assurée.

Pour ce territoire, la difficulté d'accès aux soins se caractérise par des délais élevés mais aussi et surtout par d'importantes distances à parcourir pour trouver certaines spécialités ; le maintien d'un panel de spécialités pour les consultations externes des structures hospitalières locales est en effet très difficile (il dépend totalement de l'obtention de vacations de praticiens en provenance des grandes villes). Certaines spécialités ne sont pas ou peu représentées au niveau local, et la continuité de service est régulièrement menacée. Les patients sont obligés de se rendre dans les grandes villes, et encore, pour certaines spécialités, des délais importants y sont observés (ophtalmologie, endocrinologie, orthodontie...). Les populations dont la mobilité est limitée (les personnes âgées, les personnes précaires) sont a priori les plus exposées aux conséquences de ces contraintes.

Les délais d'attente pour les consultations externes hospitalières sont importants car les vacations sont peu nombreuses, et variables au cours de l'année en fonction de la présence des vacataires. Il est à noter que ces impacts concernent également les consultations pour la chirurgie programmée.

Un autre symptôme de cette difficulté d'accès aux soins est celui du refus de nouveaux patients, qui existe dans de nombreuses disciplines : la kinésithérapie, la médecine générale et la chirurgie dentaire.

Les délais moyens chez un chirurgien-dentiste varient selon les cabinets, avec une majorité de réponses autour de 2-3 semaines pour les patients connus et 4-5 semaines pour les nouveaux patients.

L'ARS a signalé par ailleurs une situation préoccupante en pédopsychiatrie sur le territoire, du fait de la présence d'un seul praticien pour l'ensemble du département.

En revanche, l'activité d'IVG (qui ne comprend que les interventions médicamenteuses dans le centre enquêté) ne constitue pas un sujet de préoccupation.

## Avis et suggestions méthodologiques marquants

Les professionnels enquêtés dans l'est de l'Indre ont favorisé les techniques de mesure suivantes :

- L'enquête auprès des cabinets (notamment dans le domaine de la chirurgie dentaire),
- Le suivi d'une cohorte de patients, mais avec des retours contrastés (et en particulier des craintes exprimées quant à la lourdeur du dispositif).

Les avis ont par ailleurs été très partagés sur la question de l'utilisation d'un sondage téléphonique impliquant un faux patient. La pertinence de la méthode est nuancée par le fait qu'elle cible uniquement le cas des nouveaux patients alors même que ceux-ci sont de plus en plus refusés par les cabinets. Pour certains interlocuteurs, il s'agit toutefois de l'approche la plus objective, à condition de bien définir le motif d'appel. On note que les chirurgiens-dentistes interrogés par l'Ordre ont plutôt majoritairement rejeté cette approche, tout comme celle de la cohorte.

Le succès d'une enquête auprès de cabinets libéraux n'est envisagé que si elle bénéficie de l'aval et de l'accompagnement des ordres professionnels (ONCD et CDOM), ainsi que des URPS, et au travers d'un questionnaire très succinct. L'efficacité d'une telle technique est mise en doute par les professionnels hospitaliers à cause des risques de très faible taux de participation qu'elle comporte.

L'extraction des données d'un logiciel de RDV en consultation externe hospitalière est apparue possible dans l'un des établissements visités, qui a déployé un tel outil, mais un tel logiciel n'est pas encore très fréquent dans les établissements de santé.

Enfin, les professionnels de l'Indre ont souligné l'intérêt d'intégrer des critères contribuant à caractériser la demande du patient selon son contexte (nouveau patient, suivi chronique, etc.) et la spécialité ciblée, ainsi que ses attentes particulières vis-à-vis des horaires de RDV. La suggestion de coupler plusieurs méthodes faisant intervenir à la fois le patient et les structures de soins est régulièrement intervenue ; l'ARS a ainsi proposé de tester ces différentes méthodes dans le cadre d'un dispositif expérimental (portant sur un département « test ») avant de les implémenter à l'échelle nationale.

## Territoire de Lisieux (Calvados)

### Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées

L'enquête menée auprès des professionnels de Lisieux n'a pas permis de couvrir l'intégralité du périmètre de l'étude ; en effet, le point de vue des professionnels spécialisés en psychiatrie et en chirurgie orthopédique n'est pas représenté. Nous disposons également de peu de détails en ophtalmologie.

Dans le secteur libéral, seuls trois avis ont pu être recueillis. Néanmoins, la participation des Ordres professionnels a permis d'approfondir l'état des lieux pour la médecine générale et la chirurgie dentaire libérale.

### Quelques éléments sur le contexte territorial

La densité médicale du Calvados correspond aux moyennes nationales pour la médecine générale et les spécialités en général, bien que de faibles densités en ophtalmologie et en psychiatrie libérales, ainsi qu'en chirurgie dentaire, viennent nuancer ce constat général. Les caractéristiques géographiques du département, qui comprend de larges bassins de population centrés autour de petites villes, ont été citées comme une difficulté pour l'accès aux soins ; les professionnels s'installant souvent seuls dans de petites localités feraient face à une demande trop importante.

Lisieux, dans ce contexte, est marquée par un déficit local de professionnels aggravé par de nombreux départs non remplacés. La moindre attractivité de la ville par rapport aux agglomérations alentour donnerait lieu à une répartition inégale de certains spécialistes, en particulier les ophtalmologues et les cardiologues.

### Principaux enseignements de l'état des lieux

Les conditions d'accès à la médecine générale font l'objet de points de vue variés. L'accès au médecin généraliste est correct à un niveau départemental, mais il fait l'objet de délais croissants à Lisieux du fait de nombreux départs sans remplaçant. On note d'ores-et-déjà une difficulté que rencontre le patient pour trouver un médecin traitant, qui toucherait plus facilement les personnes âgées et poly-pathologiques.

Les professionnels de la ville de Lisieux s'accordent sur l'existence de délais d'accès aux consultations croissants pour la majorité des spécialités de premier recours, en particulier :

- L'ophtalmologie, pour laquelle les délais seraient les plus marqués dans le secteur libéral.
- La cardiologie. L'offre de cardiologie est proche de la disparition à Lisieux du fait de départs récents difficilement remplacés, et ce même dans le secteur hospitalier.
- La psychiatrie libérale.
- La gynécologie-obstétrique.
- La chirurgie dentaire.

La dermatologie, l'urologie et la rhumatologie ont également été citées au moins une fois.

Les délais préoccupants mentionnés en chirurgie dentaire, en ophtalmologie et en gynécologie sont pour l'essentiel relatifs aux consultations de suivi et de contrôle. Ils sont tout de même associés à une potentielle perte de chance par l'aggravation des pathologies et, en gynécologie, le retard de renouvellement des contraceptions. En outre, on note que la

chirurgie dentaire est sujette à une augmentation marquée des refus de nouveaux patients. Des délais touchant la prise en charge de bénéficiaires de la CMU et celle des enfants ont été évoqués pour cette spécialité.

Concernant la gynécologie-obstétrique, le réseau de ville de Lisieux ne compense pas les difficultés des activités hospitalières dont les moyens médicaux sont sous tension, du fait de départs et d'installations en secteur 2. L'organisation de l'activité d'IVG connaît des délais d'accès à l'échographie de datation contraignants, alors qu'elle fait face à une augmentation des demandes de nature urgente.

Enfin, du point de vue de l'ARS, l'activité des Centres Médico-Psychologiques se substituerait en partie à un réseau de psychiatrie de ville actuellement en difficulté. Ce constat est valable au niveau régional, pour la prise en charge des adultes comme celle des enfants.

### **Avis et suggestions méthodologiques marquants**

Les professionnels interrogés à Lisieux ont généralement soutenu les méthodes de mesure des délais suivantes :

- Le suivi d'une cohorte de patients, dont l'intérêt a été perçu en complément d'autres méthodes d'enquête auprès de professionnels afin de consolider les résultats. Il a été suggéré d'organiser le suivi par une interface en ligne.
- La réalisation d'un relevé par les secrétariats.
- La diffusion d'une enquête en salle d'attente.

Les méthodes de sondage téléphonique des professionnels, par l'intermédiaire d'un enquêteur ou d'un faux patient, ont en revanche peu convaincu. En effet, la technique impliquant un faux patient auprès d'un professionnel a été jugée difficilement reproductible, et l'utilisation d'un enquêteur trop imprécise.

Le succès d'un dispositif de mesure des délais d'accès aux soins est conditionné, selon certains de nos interlocuteurs, à la qualité de l'implication des acteurs ciblés : le dispositif de communication associé doit donc être soigneusement pensé. La qualité des relais et l'existence d'une forme de reconnaissance morale seraient des facteurs clés de réussite. Sous cet angle, la création d'un dispositif national de type « évènementiel », qui consisterait à solliciter sur une période donnée les patients comme les professionnels volontaires sur la question du délai d'accès aux soins, a été suggéré (« la semaine de l'accès aux soins »).

Par ailleurs, l'intérêt d'intégrer les consultations de nature préventive (suivi et contrôle) au périmètre d'investigation est mis en valeur (au sens où il convient de ne pas se limiter aux cas de perte de chance, assimilés à l'urgence). L'enjeu de définition de délais de référence « acceptables » pour l'analyse est parfois relevé.

Enfin, les échanges ont été riches de suggestions de méthodes ou d'outils potentiels pour la mesure des délais d'accès aux soins, notamment :

- L'utilisation des bases de remboursement de l'Assurance Maladie pour la mesure du délai d'adressage d'un généraliste vers un spécialiste.
- L'utilisation des archives (dossiers patientes) en IVG.
- Le déploiement d'un questionnaire auprès de patientes prises en charge pour une IVG quelques semaines après l'intervention, éventuellement au moment de la consultation de suivi.
- La mise en œuvre de « visites d'observation » dans les cabinets médicaux.
- L'extraction logicielle de « thésaurus » des pathologies les plus courantes en appui à la création d'un questionnaire.

## **Territoire de Bobigny (Seine St-Denis)**

---

### **Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées**

L'enquête à Bobigny a recueilli très peu de retours de professionnels libéraux. Leur point de vue est donc assez peu représenté, en dehors de deux professionnels et du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Cependant, les échanges auprès de professionnels du CHU d'Avicenne et de l'EPS de Ville-Evrard ont permis d'aborder l'ensemble des spécialités ciblées.

### **Quelques éléments sur le contexte territorial**

La Seine-Saint-Denis est marquée par des densités de médecins généralistes et spécialistes inférieures aux moyennes nationales, les écarts les plus prononcés étant observés en médecine générale, en psychiatrie et en ophtalmologie. Les professionnels évoquent des difficultés de recrutement médical pour la psychiatrie, la chirurgie dentaire en centre de

santé et en secteur libéral. L'attractivité de Bobigny serait bridée à la fois par un contexte social local qui peut être jugé difficile et par la concurrence de postes parisiens. Le recours à l'hôpital pour la consultation serait en conséquence très développé. Néanmoins, la ville bénéficie d'un réseau local de professionnels libéraux issus ou en lien avec le CHU qui relaient efficacement ses activités (notamment en obstétrique).

En matière d'offre de soins, il est à noter une saturation de la filière de pédopsychiatrie impactant à la fois les consultations et l'hospitalisation, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social ; nous en détaillerons les effets par la suite.

### Principaux enseignements de l'état des lieux

D'une manière générale, les délais d'accès aux consultations externes hospitalières du CHU ne sont pas préoccupants malgré l'importance de la demande. Les organisations s'adaptent au bénéfice d'une détection et d'une prise en charge des demandes urgentes bien assurées. En revanche, ces adaptations impliquent parfois d'exclure certaines activités, et peuvent malgré tout aboutir à des organisations proches de la saturation (en ophtalmologie par exemple).

L'endocrinologie fait exception à ce constat. Ses délais (environ deux mois) pourraient avoir des conséquences négatives pour les cas de cancers nécessitant un diagnostic urgent. L'offre du CHU peine à répondre à une demande locale très forte, les incidences du diabète et de l'obésité étant près de deux fois supérieures aux moyennes nationales.

En outre, l'hyperspécialisation des praticiens dans le secteur hospitalier a été mentionnée comme un facteur de complexification des parcours de soins. Leur accessibilité et les délais d'accès à la consultation auprès « du bon spécialiste » en sont impactés, ce qui peut générer une perte de chance pour le patient.

La saturation de la filière de pédopsychiatrie occasionne notamment des délais d'accès aux consultations en Centre Médico-Psychologique (de 6 mois à 1 an pour une première consultation avec un psychiatre ou un psychologue) et au centre du langage départemental préoccupants (délais parfois supérieurs à 1 an d'attente). Par ailleurs, dans le secteur médico-social, le nombre de places d'hospitalisation en ITEP (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique) ainsi que les délais de traitement des dossiers en MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) sont problématiques. En psychiatrie adulte, la coordination avec les urgences ainsi qu'un système de délégation du premier rendez-vous à l'IDE permet une prise en charge rapide des cas urgents.

Parmi les spécialités les plus exposées, on retrouve également la chirurgie dentaire, notamment sous l'angle de la prévention : la perte de chance potentielle concerne les délais d'accès aux consultations de suivi qui permettent d'éviter une aggravation et une urgence future.

Enfin, les professionnels relèvent un risque de dégradation des délais d'attente dans le futur en médecine générale et dans le domaine de l'IVG du fait de départs de praticiens a priori non remplacés.

### Avis et suggestions méthodologiques marquants

Les méthodes généralement favorisées par les professionnels de Bobigny ont été les suivantes :

- Le suivi d'une cohorte de patients.
- L'utilisation d'extractions logicielles, en lien avec le développement d'un système d'indicateurs informatisé spécifique aux consultations de l'APHP.
- La réalisation de relevés par les secrétariats.
- La diffusion de questionnaires aux patients en salle d'attente.

Le système d'indicateurs informatisé mis en place par l'APHP permet d'extraire du logiciel AGENDA et d'actualiser mensuellement les délais de rendez-vous moyens par spécialité pour les primo-consultants, et le taux de primo-consultants ayant obtenu un RDV dans les quinze premiers jours. Les responsables de ce tableau de bord d'indicateurs insistent sur l'importance de la qualité et de l'homogénéité d'utilisation du logiciel par les agents, malheureusement très complexe à obtenir.

Les professionnels favorisent une enquête menée auprès des offreurs de soins, mais soulignent des difficultés à prévoir les taux de participation du secteur libéral.

L'intérêt de porter l'analyse des délais d'accès aux soins au niveau du parcours global du patient a été soulevé à plusieurs reprises, notamment pour répondre aux problématiques liées à la complexité des parcours très spécialisés et à la saturation de l'ensemble de la filière en pédopsychiatrie.

Enfin, plusieurs idées de méthodologies ciblées sur des spécialités ont été apportées pour caractériser la qualité d'accès aux soins au-delà de la mesure de délais :

- L'évaluation d'un « degré de complexité » du parcours, sur la base d'entretiens patient.
- L'analyse du parcours de soins de l'enfant en pédopsychiatrie, sur la base d'entretiens.
- L'évaluation du nombre de patientes se rendant à l'étranger pour une IVG (avec leur origine géographique).

## **Territoire de Fontainebleau (Seine-et-Marne)**

---

### **Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées**

Les échanges obtenus sur le territoire de l'agglomération de Fontainebleau sont peu nombreux, tant dans le milieu libéral que dans le milieu hospitalier. Les avis recueillis, complétés par les entretiens institutionnels, offrent néanmoins une première approche du contexte pour les spécialités intégrées dans le périmètre.

### **Quelques éléments sur le contexte territorial**

Le département de la Seine-et-Marne est marqué par de faibles densités de médecins généralistes et de spécialistes, et par un taux de dépassement des médecins spécialistes nettement supérieur à la moyenne nationale. La Seine-et-Marne est un territoire étendu comprenant des zones isolées et mal desservies, telles que celle de Fontainebleau. Cette configuration géographique associée à un niveau de développement des transports localement insuffisant seraient des facteurs très importants pour les délais d'accès aux soins. La population de Fontainebleau est caractérisée par un vieillissement prononcé par rapport au département, d'une part, et par un faible taux de patients bénéficiant de la CMU d'autre part.

### **Principaux enseignements de l'état des lieux**

L'ophtalmologie a été citée par les professionnels parmi les domaines les plus touchés par d'importants délais d'attente. Elle fait l'objet, dans le secteur libéral comme dans le secteur hospitalier, de refus de nouveaux patients. Cependant, les cas d'urgence seraient toujours reçus rapidement et des aides orthoptistes sont parfois employées pour désengorger les organisations.

Par ailleurs, l'état des lieux de la chirurgie dentaire révèle une insuffisance dans la prise en charge des urgences préoccupante, à un niveau départemental et local. Les nouveaux patients comptent parmi les plus exposés à des délais importants, et on estime que des risques de perte de chance existent.

Dans le cas des deux spécialités précédemment citées, les professionnels peu nombreux font face à une augmentation de la demande. Cette évolution serait relative au vieillissement de la population d'une part, et à l'arrivée de nouveaux traitements consommateurs de temps et générateurs de nouvelles attentes d'autre part. En chirurgie dentaire, l'existence de critères de priorisation des devis est également mentionnée en lien avec la saturation des cabinets.

On note que la filière de pédopsychiatrie fait face à une situation critique : le développement de l'offre serait insuffisant et les moyens médicaux très ténus. Les délais sont en revanche maîtrisés en psychiatrie adulte ; l'organisation du Centre Médico-Psychologique est adaptée et soutenue par un réseau de psychiatres libéraux local bien développé et majoritairement en secteur 1.

En médecine générale, la démographie décroissante complexifie actuellement la recherche d'un médecin traitant.

Par ailleurs, les spécialités suivantes sont évoquées pour leurs délais importants, sans qu'un risque majeur de perte de chance ne soit identifié :

- La diabétologie
- La dermatologie (en secteur hospitalier)
- La cardiologie

Pour ces spécialités, le temps de présence médicale réduit est mis en relation directe avec les délais d'attente observés.



Enfin, la pratique de l'IVG ne présente pas de problématique de délais particulière, mais elle est régulièrement désorganisée par des flux de patientes en provenance d'autres centres.

### **Avis et suggestions méthodologiques marquants**

La réflexion autour d'un dispositif de mesure des délais a occasionnellement soulevé des inquiétudes vis-à-vis des objectifs et des conséquences possibles d'un tel projet.

Pour la majorité de nos interlocuteurs, le fait d'interroger le patient plutôt que l'organisme de soins implique nécessairement un biais dans les résultats, car celui-ci peut oublier son rendez-vous ou bien le reporter volontairement. Le déploiement d'un questionnaire auprès des patients n'est ainsi pas plébiscité. De plus, cette technique n'est pas adaptée à certaines spécialités : l'opportunité d'enquêter auprès du patient relevant de soins psychiatriques est écartée en raison d'un rapport à la réalité confus chez les personnes atteintes de ces pathologies.

La méthode la plus approuvée a été celle du sondage par téléphone faisant intervenir un enquêteur, bien que cette tendance soit assez peu marquée au cours des entretiens. L'idée du « testing » téléphonique faisant intervenir un faux patient a été mal reçue par les professionnels de Fontainebleau pour ses limites éthiques aussi bien que pour ses limites techniques.

La méthode de relevé ponctuel par les secrétariats a été rejetée en raison de la charge de travail occasionnée, à l'exception de la psychiatrie, plutôt favorable à ce type de dispositif déjà pratiqué en interne.

Enfin, le suivi d'une cohorte de patients a recueilli un unique avis, plutôt défavorable, dans le domaine de la psychiatrie. La lourdeur du dispositif déployé pour réaliser un état des lieux d'éléments déjà connus en grande partie a été mise en question.

En matière de questionnaire, les acteurs ont suggéré l'intégration de notions qualitatives sur les attentes du patient vis-à-vis d'un rendez-vous de consultation : le créneau horaire, son acceptation de l'attente dans une salle d'attente par exemple.

## **Territoire de Roanne (Loire)**

### **Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées**

Des avis de professionnels (médicaux ou non médicaux) ont été recueillis pour l'ensemble des spécialités intégrées au périmètre de l'étude.

Le niveau de retours de professionnels exerçant en libéral est bon comparativement aux autres territoires étudiés : seule l'ophtalmologie n'a pas fait l'objet d'un avis professionnel issu du secteur libéral. Les échanges portant sur le secteur hospitalier demeurent cependant majoritaires.

### **Quelques éléments sur le contexte territorial**

Le département de la Loire bénéficie d'une zone universitaire à Saint-Etienne dont le dynamisme favorise le maintien de densités médicales correctes par de nouvelles installations. Cependant, la densité de médecins spécialistes (ophtalmologistes, psychiatres et chirurgiens-dentistes en particulier) demeure inférieure aux moyennes nationales. Le secteur du Roannais est peu attractif, relativement isolé et défavorisé en termes de densité médicale par rapport au département, notamment parce que les spécialistes issus de la faculté s'installent souvent préférentiellement à proximité de Saint-Etienne. La population locale se distingue par une forte occurrence de pathologies chroniques (en lien avec un vieillissement prononcé), et par un contexte économique difficile (environ 30 % des habitants vivraient au-dessous du seuil de pauvreté).

### **Principaux enseignements de l'état des lieux**

L'ophtalmologie et la chirurgie dentaire comptent parmi les spécialités les plus préoccupantes en matière de délais du point de vue des professionnels de Roanne. Si les organisations hospitalières se sont adaptées pour réduire les délais d'accès aux consultations, notamment par la redirection systématique des demandes relevant de la dentisterie et de la

lunetterie, le réseau de professionnels libéraux est en difficulté pour absorber cette demande. Cette saturation entraîne une dégradation marquée des délais de RDV et une tendance au refus de nouveaux patients. La situation est d'autant plus préoccupante en chirurgie dentaire libérale que la prise en charge des urgences en serait impactée.

Selon plusieurs avis, la gynécologie est pénalisée par une intégration dans la logique de filière insuffisante (pas de « filtre » préalable par le médecin généraliste). Néanmoins, l'existence d'une perte de chance par les délais occasionnés n'est pas toujours évidente dans la mesure où la prise en charge des urgences est assurée. Les consultations de suivi seraient difficiles d'accès, notamment pour les patientes n'étant plus en âge de procréer, ce qui impliquerait des risques en matière de dépistage.

Selon un des acteurs, les consultations de pédiatrie feraient l'objet d'une attente pouvant s'étendre jusque 6 mois au centre hospitalier de Roanne, en l'absence d'un courrier d'adressage ou d'une nécessité d'hospitaliser.

D'autre part, la psychiatrie libérale fait état de délais de RDV jugés excessifs (de 6 mois à 1 an pour une psychothérapie) et d'une prise en charge des urgences menacée. Le nombre de psychiatres en exercice à Roanne est très faible. Dans le secteur hospitalier, les délais d'accès aux consultations des centres médico-psychologiques sont qualifiés d'importants, pour une zone marquée par de forts taux de suicide. La prise en charge des cas d'urgence est en revanche bien assurée. En pédopsychiatrie, les délais d'hospitalisation sont préoccupants (les délais sont de 4 à 6 mois, et peuvent s'étendre jusqu'à 1 an).

Dans le domaine de la médecine générale, les délais d'accès aux soins sont corrects. Cependant, une problématique à venir est pressentie par certains acteurs du fait du départ de nombreux médecins libéraux, et en lien avec les difficultés croissantes vécues par les patients lors de la recherche d'un médecin traitant.

Enfin, les délais légaux sont respectés dans le cadre de l'IVG malgré des difficultés d'ordre organisationnel.

### **Avis et suggestions de méthodologie marquants**

Les échanges ont révélé l'importance de communiquer sur la finalité du dispositif de mesure des délais d'accès aux soins pour remporter l'adhésion des acteurs. Généralement, cette finalité est conçue par les professionnels comme un ensemble de mesures concrètes qui auraient un impact sur le terrain. Pour une enquête dans le secteur libéral, de fortes réserves sont émises concernant le niveau de participation potentiel.

Les professionnels de Roanne ont émis le plus d'avis positifs en faveur de deux méthodes :

- Le sondage téléphonique faisant intervenir un faux patient. La pertinence de cette technique est en effet soulignée, bien que certains avis évoquent le risque d'une mauvaise perception par la profession (notamment dans le secteur libéral).  
Le sondage téléphonique impliquant un enquêteur fait l'objet d'avis très variables. Il est le plus souvent envisagé comme une alternative à la technique du faux patient, pour assurer la mise en œuvre.
- Le suivi d'une cohorte de patients.

La réalisation d'un relevé par les secrétariats est en revanche majoritairement rejetée, du fait de la complexité de la tâche et d'une charge de travail générée par le dispositif trop importante. L'opportunité de déployer une enquête en salle d'attente n'est pas toujours écartée, mais des doutes subsistent sur un potentiel défaut de mémoire du patient qui pourrait dégrader la qualité des données. Toutefois, l'intérêt de mesurer le ressenti du patient subsiste. Cette mesure peut être envisagée en parallèle d'une autre technique.

En termes de questionnaire à déployer, certains professionnels ont proposé l'intégration d'éléments de description du contexte des services enquêtés afin de détecter des situations transitoires qui pourraient biaiser la mesure (des congés médicaux ou arrêts temporaires, par exemple). Le recueil du motif de la demande du patient ainsi que la description de ses caractéristiques socio-économiques sont suggérés.

La difficulté de mesurer les délais d'accès aux consultations spécialisées en cas d'adressage direct par le généraliste a été soulevée, bien qu'il semble possible d'adresser la question au spécialiste ou à son secrétariat (en distinguant également les cas de RDV sur présentation d'un courrier, et les cas de RDV spontanés).

Enfin, les professionnels de l'agglomération de Roanne ont suggéré plusieurs techniques et outils afin d'alimenter les réflexions autour de la mise en place d'un dispositif national :

- La réalisation d'études de cas pour des parcours ayant engendré une perte de chance.
- La comptabilisation des cabinets médicaux refusant les nouveaux patients.
- L'envoi d'une enquête aux plates-formes de secrétariat mutualisées.

- L'intégration d'un questionnaire à un dispositif national préexistant (tel que le sondage EVREST pratiqué par les médecins du travail), ou le suivi d'une cohorte préexistante.

## Territoire de Guéret (Creuse)

### Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées

Les entretiens menés dans le territoire de Guéret n'ont pas permis d'obtenir une bonne représentativité des spécialités intégrées dans notre périmètre, du fait du faible taux de réponse obtenu dans le secteur libéral. Les échanges avec les professionnels hospitaliers et les institutions ont cependant permis d'acquérir un certain nombre d'enseignements spécifiques du territoire.

### Quelques éléments sur le contexte territorial

Au même titre que l'Indre, le département de la Creuse est caractérisé par les distances importantes parcourues par les patients pour accéder à certains soins en ville. Ces distances peuvent atteindre 30 à 40 km. En effet, les médecins spécialistes du Limousin se concentrent globalement au niveau des grands pôles urbains (Brive et Limoges), laissant les zones rurales dans une situation de relative désertification médicale.

Les densités médicales de médecins spécialistes dans le département sont très inférieures aux moyennes nationales, notamment en ophtalmologie. La densité de chirurgiens-dentistes est également très basse.

### Principaux enseignements de l'état des lieux

Le domaine des soins psychiatriques présente des problèmes spécifiques, particulièrement critiques en psychiatrie infantile-juvénile. Les délais sont importants pour les consultations médicales ; les psychiatres et pédopsychiatres sont par conséquent souvent vus en seconde intention (après le psychologue ou l'infirmier(ère)). Les effectifs de médecins sont insuffisants (il y a des postes vacants) et le réseau libéral trop peu développé (seulement 4 psychiatres libéraux exercent dans la Creuse). Bien que la prise en charge des urgences soit assurée, des cas de perte de chance peuvent exister.

Par ailleurs, les autres spécialités difficiles d'accès sont les suivantes :

- L'ophtalmologie.
- La chirurgie dentaire, pour laquelle il existerait des cas de refus de nouveaux patients.

Ce phénomène existe également chez certains médecins généralistes.

Les consultations externes hospitalières ne font pas l'objet de préoccupations majeures sur les délais d'attente, bien qu'ils puissent être de l'ordre de un à plusieurs mois pour un RDV de suivi ou de contrôle. Le centre hospitalier de Guéret est relativement bien pourvu en praticiens, dans un contexte de pénurie médicale, et les consultations avancées du CHU de Limoges constituent un bon appui. Aucun problème de délai n'est constaté en chirurgie orthopédique programmée ; il en est de même pour les IVG. En tout état de cause, quel que soit le domaine, les professionnels affirment que la prise en charge des urgences est toujours bien assurée.

Quelques interlocuteurs, s'appuyant sur les enseignements de l'enquête réalisée par l'ORS du Limousin, soulignent toutefois que le département connaîtrait de nombreux cas de retards de recours aux soins, a priori liés à l'éloignement géographique mais aussi à des facteurs socio-économiques.

### Avis et suggestions de méthodologie marquants

Les inégalités de santé constituant un axe majeur du PRS, les acteurs de l'ARS envisagent une problématisation du sujet du délai d'accès aux soins axée sur la relation entre le contexte socio-professionnel et les délais. De plus, dans un contexte marqué par les retards de recours aux soins, la réalisation d'une mesure du délai écoulé entre les premiers symptômes et la demande de rendez-vous serait intéressante.

La nécessité de communiquer sur les objectifs du dispositif et de s'assurer qu'il permettra la mise en œuvre d'actions concrètes touchant les organisations et/ou la démographie médicale ressort des différents entretiens. L'analyse des résultats obtenus implique par ailleurs la mise en place d'un référentiel sur les délais.

On note que certains professionnels ont exprimé peu d'intérêt pour la question, estimant que ces problématiques sont déjà connues et que la priorité est d'agir.

Les professionnels de Guéret entendus ont soutenu pour la majorité d'entre eux deux types de méthodologie :

- Le sondage téléphonique auprès des offreurs de soins, impliquant un « faux patient ».
- Le suivi d'une cohorte de patients, avec néanmoins des nuances exprimées sur la qualité du recueil des informations par le patient.

Le sondage téléphonique par un faux patient est plutôt plébiscité pour son objectivité, et ce malgré des limites reconnues (par exemple son caractère restrictif, puisque la technique revient à cibler uniquement le cas des rendez-vous pris par téléphone par un nouveau patient). Il est suggéré d'y associer une appréciation du nombre de nouveaux patients refusés.

Cette technique, sous réserve d'un contexte bien précisé, pourrait selon certains avis s'appliquer également dans le cadre de la psychiatrie. Mais la majorité estime tout de même qu'il serait préférable d'enquêter auprès du médecin traitant (notamment en pédopsychiatrie).

L'utilisation d'un recueil automatique des délais par voie logicielle ne paraît pas envisageable à ce stade du déploiement des outils informatisés de prise de RDV.

Enfin, les professionnels ont insisté sur le problème des RDV non honorés par les patients, phénomène très courant, ou bien celui du report des RDV par le patient lui-même. Il s'agit de facteurs d'allongement des délais pour l'ensemble des patients. Ce type de pratique pourrait par conséquent introduire un biais dans le système de mesure des délais d'accès aux soins.

La variation de la charge de travail des offreurs de soins au cours de l'année est un autre facteur qui impacte les délais globaux. Il est suggéré de réaliser plusieurs campagnes de mesure par an afin d'assurer une représentativité correcte des données.

## ■ PERSPECTIVES POUR LA REALISATION D'UNE ENQUETE NATIONALE

### Les objectifs poursuivis

---

Parmi les différents objectifs évoqués dans les pages précédentes, les besoins suivants paraissent les plus pertinents à retenir :

- Objectif « d'observatoire » : pouvoir se comparer dans le temps et avec les autres pays sur des délais mesurés objectivement dans les domaines les plus sensibles :
  - médecine générale
  - chirurgie dentaire
  - ophtalmologie
  - psychiatrie
- Objectif de santé publique : évaluer s'il y a un lien entre inégalités de santé, inégalités d'accès aux soins et inégalités de délais.  
Par contre, ne serait pas retenu, au moins en première approche, l'objectif d'évaluer les éventuelles pertes de chance liées à des délais prolongés, dans la mesure où une telle évaluation demande un dispositif d'évaluation complexe, de type essai clinique avec groupe témoin, en visant une pathologie déterminée.
- La mesure des délais peut aussi avoir des impacts opérationnels : l'observation de délais trop longs ou d'un taux élevé de refus de nouveaux patients peut donner lieu à des actions d'appui locales, notamment en matière de répartition des professionnels de santé, renforçant les diagnostics déjà effectués sur la situation de la démographie des professions de santé.

Pour ces besoins, il paraît nécessaire de disposer d'un dispositif pérenne, reproductible de façon régulière (par exemple tous les 2 à 3 ans).

## La complexité du circuit de prise de rendez-vous

---

Lors des différentes démarches entreprises dans le cadre de cette étude, il a été souligné que la prise de RDV n'était pas une réalité si simple à saisir et que le format de l'enquête nationale devait tenir compte de cette complexité.

Parmi les problèmes identifiés, figurent les situations suivantes :

- Les patients peuvent adopter des stratégies de contournement face à un délai de RDV jugé trop long :
  - passage aux urgences,
  - prise de RDV à distance du domicile, dans une ville mieux dotée en professionnels de santé,
  - RDV en plusieurs endroits simultanément, parfois sans annulation auprès des autres cabinets une fois le RDV honoré
- Il est observé que ces stratégies de contournement peuvent induire des inégalités entre catégories socio-professionnelles, les patients précaires notamment pouvant avoir des difficultés pour réaliser de grands déplacements.
- Le problème des RDV non honorés est très souvent évoqué, en secteur libéral comme à l'hôpital ; ce phénomène relativise le problème des délais d'obtention d'un RDV, et par ailleurs l'aggrave puisqu'il limite le nombre de plages de RDV disponibles.
- Il y a plusieurs façons de prendre RDV :
  - par téléphone (avec parfois des difficultés ne serait-ce que pour joindre la secrétaire, tant la ligne est saturée),
  - en se rendant sur place,
  - par internet,
  - par appel direct du médecin traitant à son confrère.
- Il y a aussi plusieurs façons pour les cabinets de gérer leur agenda :
  - RDV au fil de l'eau.
  - RDV par plages de dates (procédure observée en ophtalmologie notamment : par exemple le patient ne peut prendre des RDV que la première semaine du mois).
  - RDV sur un agenda internet.
- Le fait qu'un nombre croissant de praticiens refuse des nouveaux patients (hors urgences) pose une autre difficulté : outre le délai de RDV, un autre indicateur doit être recueilli : le taux de RDV obtenus.
- Les délais de RDV s'allongent lors des périodes de congés des praticiens, et le choix de la période d'enquête doit en tenir compte.
- En secteur hospitalier, le même problème d'allongement des délais peut aussi survenir pour une spécialité donnée en cas d'arrêt momentané d'une vacation (départ d'un praticien, arrêt-maladie...).
- Tout cela conduit à instaurer des cercles vicieux :
  - Le patient prend RDV en plusieurs endroits et n'annule pas les RDV non honorés, réduisant d'autant les plages de RDV possibles.
  - Le patient oublie le RDV donné il y a longtemps ou tout simplement ne s'y rend pas : même résultat.
  - Le secrétariat est saturé d'appels, rendant la ligne difficile à joindre pour les patients (qui alors appellent ailleurs) et ne peut dégager du temps pour aider le praticien.

Le schéma suivant retrace cette complexité du circuit de prise de rendez-vous.

Exemple d'un circuit de prise de RV en consultation spécialisée ou pour un examen complémentaire

<b>Consultation préalable chez le MT</b>	OUI	<b>En cas d'appel du patient</b>	secrétaire injoignable	le patient abandonne le patient appelle ailleurs le patient se rend directement au cabinet le patient se rend aux urgences	
			secrétaire joignable	refuse de donner un RV	le patient abandonne le patient appelle ailleurs le patient se rend aux urgences le patient se rend au RV le patient ne se rend pas au RV le patient vient avant son RV et exige ce RV de suite le patient cherche ailleurs un RV moins long le patient se rend aux urgences le patient abandonne le patient se rend au cabinet et obtient un RV ou le patient l'adresse par courrier ou fax et obtient un RV
NON	Le patient appelle de lui-même Le patient se rend au cabinet physiquement Le patient se rend au cabinet sans RV Le patient se rend aux urgences Le patient prend RV sur un agenda internet le patient prend de multiples RV		donne un RV	demande d'abord l'ordonnance	
			répondeur : rappeler plus tard	le patient abandonne le patient appelle ailleurs le patient rappelle plus tard comme indiqué le patient se rend au cabinet le patient se rend aux urgences	
<b>Lorsque le patient se rend au cabinet</b>				Il est vu tout de suite par le médecin Il obtient un RV	le patient se rend au RV le patient ne se rend pas au RV le patient vient avant son RV et exige ce RV de suite le patient cherche ailleurs un RV moins long le patient se rend aux urgences
				Il n'obtient pas de RV	le patient abandonne le patient appelle ailleurs le patient se rend aux urgences

## Les différentes méthodologies de mesure des délais d'attente

Les méthodes fondées sur un recueil rétrospectif (i.e. a posteriori, à distance de l'évènement) ne sont pas retenues car considérées de manière unanime comme trop imprécises ; les biais de mémorisation (aussi bien du patient que du secrétariat ou du médecin) sont trop élevés.

Aussi, sont à envisager des méthodes de recueil prospectif ou des coupes transversales du type « 1 jour donné » ou « 1 semaine donnée ». Dans d'autres pays, sont utilisées aussi des méthodes d'analyse des listes d'attente, mais cette approche est peu pertinente en France, puisqu'il est rare que des offreurs de soins gèrent de véritables listes d'attente (en dehors du cas spécifique des transplantations).

Il est enfin observé qu'aucune source de données pérenne n'existe en France pour mesurer les délais d'attente (contrairement à d'autres pays). Les logiciels de gestion des prises de RDV existent et peuvent ponctuellement fournir des indications sur les délais, mais ils sont insuffisamment diffusés et hétérogènes, si bien que leur utilisation dans le cadre d'une enquête nationale ne paraît pas possible à ce jour (mais cela pourrait évoluer dans les prochaines années). Le SNIIRAM pourrait être considéré comme une source fiable pour mesurer les délais entre deux contacts de soins, mais on ne peut pas estimer avec certitude que deux contacts de soins sont liés entre eux. Enfin, les registres épidémiologiques existant en France sont trop peu développés pour servir de support à un recueil sur les délais d'attente ; ils ne sont pas développés dans toutes les affections et cette approche est très limitée en France pour le moment.

Dans ce cadre, les différentes méthodes possibles évoquées à discuter dans le cadre de cette étude sont les suivantes :

- pour analyser des segments de parcours de soins :
  - Faux patient appelant en aveugle pour un RDV pour un motif précis.
  - Demande de RDV par un enquêteur au téléphone, ouvertement.
  - Questionnaire auprès du cabinet, avec deux modalités :
    - Questionnaire général sur les délais de RDV habituellement octroyés dans un certain nombre de situations ;
    - Demande de recueil des RDV donnés pour chaque contact sur 1 semaine (ou autre période de temps) : cette option est plus précise que la précédente mais plus lourde pour le cabinet.
  - Enquête en salle d'attente : questionnaires patients pour le RDV du jour.
- pour des parcours de soins :
  - Cohorte prospective de patients suivie pendant une longue période de temps sur l'ensemble des contacts de soins.
  - Recours au dossier médical (notamment en secteur hospitalier), pour des parcours complexes à forte densité de recours hospitalier (ex : cancérologie).

Pour toutes ces démarches, dans la mesure où l'un des objectifs de l'enquête nationale est de construire un observatoire sur le long terme, il faut envisager une répétition à intervalles réguliers.

Le tableau de la page suivante reprend les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes.



	Conditions de réalisation	Avantages	Inconvénients
<i>Faux patient appelant en aveugle</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation de comédiens formés</li> <li>• Validation des scénarios de présentation de la situation, distinguant en particulier les cas d'urgence, de « semi-urgence », de routine</li> <li>• Sélection de structures (cabinet, services) au hasard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectivité de la réponse des secrétaires dans la situation précise présentée</li> <li>• Réalisation rapide</li> <li>• Permet de mesurer aussi le taux de refus des nouveaux patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biais éventuels liés à la qualité différentielle des enquêteurs</li> <li>• Suppose une enquête assez vaste, testant différents types de situations auprès d'un panel important de cabinets</li> <li>• Ne teste que le cas des nouveaux patients</li> <li>• Ne tient pas compte des cas où le médecin traitant appelle directement, ou encore lorsque la structure attend d'avoir l'ordonnance pour donner un RDV (ex : IRM)</li> <li>• Impossibilité de déterminer les éléments d'organisation du cabinet</li> <li>• Risque d'opposition d'une partie du corps médical (question d'éthique de la relation médecin-patient)</li> </ul>
<i>Demande de RDV au téléphone par un enquêteur, ouvertement</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Large panel de praticiens à prévoir, pour tenir compte des refus et des possibles réponses erronées</li> <li>• L'enquête pourrait être conduite par des professionnels de santé</li> <li>• Partenariat avec Ordres, URPS et Syndicats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de problème éthique de la modalité d'enquête</li> <li>• Possibilité de dérouler avec le praticien différentes situations de prise de RDV, y compris pour des patients connus</li> <li>• Permet d'obtenir des précisions sur l'organisation du cabinet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'objectivité peut être critiquée : problème de sincérité des réponses</li> <li>• Effet « enquêteur »</li> <li>• Taux de refus probablement important (ou de réponses bâclées) : risque qui peut être limité par un partenariat avec les institutions représentant les professionnels</li> <li>• Les répondants ne représenteront peut-être pas la population</li> <li>• Risques de recueillir des données « moyennes » sur la base des déclarations, trop peu précises</li> </ul>
<i>Questionnaire auprès du cabinet, soit global, soit en demandant un recueil par patient sur une période</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire court et précis pour obtenir un maximum de réponses</li> <li>• Partenariat avec Ordres, URPS et Syndicats (exemple du panel MG)</li> <li>• L'option « recueil pour chaque patient » est plus précise mais plus lourde pour le cabinet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de problème éthique de la modalité d'enquête</li> <li>• Facilité d'exécution</li> <li>• Possibilité de réaliser plusieurs envois dans l'année</li> <li>• Permet d'obtenir des précisions sur l'organisation du cabinet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'objectivité peut être critiquée</li> <li>• Fort taux de non réponses à anticiper (ou de réponses incomplètes)</li> <li>• Les répondants ne représenteront peut-être pas la population</li> </ul>

	Conditions de réalisation	Avantages	Inconvénients
<i>Donnée</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À étudier : indemnisation des professionnels</li> </ul>		
<i>Enquête patients en salle d'attente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suppose un déploiement d'un grand nombre d'enquêteurs ou la participation active des secrétariats des professionnels</li> <li>• Travail fin sur l'échantillonnage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de problème éthique de la modalité d'enquête</li> <li>• Aborde le problème via les patients, « acteurs de leur santé »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de non réponse (par défaut de participation des secrétariats, par défaut de réponse des patients)</li> <li>• Biais lié à la distribution des fréquences par patient (comme pour ESPS : probabilité plus grande de tirer une séance chez les patients qui ont de nombreux contacts dans l'année)</li> <li>• Ne permet pas de mesurer le taux de refus de nouveaux patients</li> <li>• La qualité des résultats peut être discutée (défauts de mémorisation, impact du ressenti)</li> </ul>
<i>Cohorte prospective de patients sur une longue période</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panel important de personnes pour couvrir une gamme de situations</li> <li>• Demande des rappels réguliers pour s'assurer de l'adhésion à la démarche</li> <li>• Offrir une option internet</li> <li>• À choisir : par personne ou par foyer ?</li> <li>• Arbitrage entre la durée et la taille de l'échantillon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de problème éthique de la modalité d'enquête</li> <li>• Aborde le problème via les patients, « acteurs de leur santé »</li> <li>• Aborde l'ensemble des thèmes, sans pré-supposé initial</li> <li>• Permet de suivre l'ensemble d'un parcours de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biais d'oubli de saisie des données (car recueil lourd pour les patients)</li> <li>• Taux d'arrêt ou de non adhésion probablement de l'ordre de 20 %</li> <li>• Pas ou peu d'information sur les événements rares</li> <li>• Dispositif d'enquête de longue durée</li> </ul>
<i>Recours au dossier médical</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suppose une charge d'enquête importante, et l'implication de médecins enquêteurs</li> <li>• Suppose des dossiers médicaux bien remplis (en particulier pour les dates)</li> <li>• Peut être envisagé pour des parcours complexes ou certaines maladies peu fréquentes</li> <li>• Participation des établissements de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En principe, garantit une qualité de recueil pour des parcours de soins complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge très lourde</li> <li>• À anticiper une certaine proportion de dossiers incomplets</li> <li>• Dispositif d'enquête difficile à reproduire chaque année, sauf à faire participer activement les établissements de santé</li> <li>• Uniquement pour les prises en charge hospitalières ?</li> </ul>

Dans tous les cas, il apparaît indispensable, pour pouvoir interpréter les résultats, au regard des objectifs rappelés plus haut, de disposer d'informations complémentaires, en particulier :

- Symptômes motivant la demande, antécédents, maladie chronique éventuelle, degré d'urgence ressentie
- Nouveau patient / patient connu du cabinet et suivi pour une affection chronique / patient connu du cabinet et venant pour un nouvel épisode / patient adressé par son médecin traitant
- Horaires demandés par le patient, le cas échéant
- Situation géographique du patient
- Contexte socio-économique du patient : éducation, profession, revenus... (afin d'analyser le lien entre délais et statut social)
- Consultation publique ou privée en secteur hospitalier, secteur conventionnel du praticien

À noter que certains éléments utiles d'interprétation, du type présence d'une secrétaire ou non, présence d'une orthoptiste ou non en cabinet d'ophtalmologie, présence d'une assistante dentaire ou non... ne peuvent être obtenus que *via* une enquête directe auprès des cabinets.

Au total, au regard des objectifs et des contraintes, les orientations que l'on peut prendre sont les suivantes :

- Une enquête auprès des professionnels et structures de soins risque fort d'avoir un mauvais taux de réponse et de rencontrer d'importants biais d'échantillonnage (que ce soit par voie téléphonique ou par voie écrite ou même en salle d'attente), sauf appui fort des institutions représentant les professionnels et les établissements de santé ;
- Le « testing » à l'aveugle ne cible qu'une partie des parcours et comporte de nombreux biais : cette méthode doit être utilisée avec prudence, pour des objectifs très ciblés, si l'on souhaite analyser une situation pathologique bien définie pour de nouveaux patients ;
- Il ne faut pas exclure l'idée d'utiliser deux méthodes complémentaires pour cerner un maximum de situations ; cette orientation a souvent été soulignée lors des entretiens réalisés ;
- Il peut donc être retenu de coupler deux approches :
  - L'étude sur une cohorte de patients, qui permet de :
    - Couvrir un grand nombre de thèmes d'étude (même si par contre les événements rares seront peu représentés, à commencer par la plupart des interventions chirurgicales).
    - Décrire des parcours de soins dans leur ensemble.
    - Disposer de caractéristiques précises sur les patients, surtout dans le cas où cette étude se « brancherait » sur une cohorte existante comme la cohorte CONSTANCES (cf. plus loin).
    - Disposer d'un échantillon de patients important, d'où un grand nombre de mesures et la possibilité d'une bonne représentativité sur les thèmes d'étude.
  - Des opérations de « testing » à l'aveugle sur des questions précises, en complément.

On observera que dans les articles cités dans l'analyse bibliographique, il arrive souvent que la mesure des délais soit effectuée sur une cohorte prospective mais constituée autour d'un sujet précis, comme celui des prothèses orthopédiques, et pas sur une cohorte généraliste ; le seul exemple d'envergure de l'utilisation d'une cohorte généraliste qui a pu être trouvé est celui de la cohorte de la « Veterans Health Administration » aux États-Unis. Le système de soins organisé pour les « Veterans » est un système de soins intégrés couvrant 3,6 millions de bénéficiaires, comprenant soins primaires, services hospitaliers, pharmacies, etc. Un dossier médical électronique national recueille les données cliniques de routine, les données administratives, les données de mortalité... Et depuis une dizaine d'années, un recueil des délais d'attente pour chaque RV a été intégré au système. Les auteurs soulignent l'importance d'analyser ces délais en fonction de l'état de santé, du degré d'urgence, des caractéristiques et des antécédents du patient.

## Le choix du suivi d'une cohorte de patients au long cours

L'étude projetée pourrait s'intégrer au dispositif existant pour la cohorte CONSTANCES, important projet, financé par la CNAMTS et par les Investissements d'avenir, qui vise l'inclusion de 200 000 patients suivis au long cours, au moyen d'un bilan de santé complet effectué au départ dans l'un des centres d'examen de santé (CES) de l'Assurance-Maladie et de questionnaires annuels de suivi.

Les caractéristiques de cette cohorte sont les suivantes :

- Cohorte épidémiologique « généraliste ».
- Cible : personnes âgées de 18 à 69 ans à l'inclusion, devant constituer un échantillon représentatif de la population affiliée au régime général des travailleurs salariés.
- 16 départements couverts à ce jour (18 projetés) : cf. carte ci-après des CES « Constances », extraite du site internet <http://www.constances.fr>.
- Inclusion graduelle sur 5 ans : déjà 49 000 patients inclus en septembre 2014.
- Appariement aux bases médico-administratives nationales : SNIIRAM, PMSI, causes de décès de l'Inserm, trajectoire socio-professionnelle (CNAV).
- Possibilité d'ajouter à la demande des auto-questionnaires en fonction de sujets de recherche précis.



Cette cohorte comporte quelques inconvénients : pas d'inclusion des assurés de la MSA ou du RSI, seulement 16 départements couverts, risque de biais d'échantillonnage en faveur des préfectures, où sont localisés les centres d'examen de santé.

Mais les avantages sont importants :

- En premier lieu, la cohorte est déjà constituée ;
- De nombreuses informations indispensables concernant les patients sont déjà recueillies :
  - âge
  - sexe
  - code postal du domicile
  - catégorie socio-professionnelle
  - niveau de formation
  - affiliation CMU ou non
  - assurance maladie complémentaire
  - type de handicap le cas échéant
  - maladie chronique le cas échéant (diabète, insuffisance respiratoire, asthme, cancer, etc.)
- Les patients inclus font preuve d'une très bonne observance dans le recueil d'informations ;
- Le suivi est prévu au long cours ;
- Possibilité de sur-représenter certains patients à l'inclusion en fonction des caractéristiques décrites ci-dessus ;
- Possibilité de retrouver ex-post, dans les données du Sniiram, les informations sur les consultations pour lesquelles les patients auront rempli un questionnaire.

Aussi, pour démarrer un observatoire sur les délais d'attente, l'utilisation d'une telle cohorte paraît une opportunité intéressante, quitte à compléter l'observatoire ultérieurement par des enquêtes complémentaires sur des thèmes insuffisamment couverts par la cohorte.

Un dossier de candidature devra être soumis au conseil scientifique de la cohorte CONSTANCES.

À noter qu'une déclaration à la CNIL devra être déposée.

À titre indicatif, sur la base des données statistiques disponibles dans les bases de l'Assurance maladie et le PMSI, on peut estimer en première approche le nombre de contacts de soins que représenterait le suivi d'une cohorte de 20 000 patients pendant 6 mois :

- 19 000 consultations ou visites de MG.
- 6 160 actes de chirurgien-dentiste (hors radiologie).
- 1 020 consultations d'ophtalmologie en secteur libéral.
- 1 150 consultations de psychiatre en secteur libéral.
- 1 330 hospitalisations hors séances, dont :
  - 54 cataractes ;
  - 14 IVG (hors IVG médicamenteuses en ambulatoire) ;
  - 10 prothèses de hanche ;
- 28 cas de cancer incidents.
- De l'ordre de 500 examens d'IRM et 1 100-1 200 examens de scanner (estimation en fonction du nombre d'appareils et du nombre moyen d'examens par appareil et par an).

*Remarque : ces estimations devront être affinées en ciblant les patients de 18-69 ans dans les départements couverts par CONSTANCES ; les estimations ci-dessus sont calculées en population générale, France métropolitaine.*

En pratique, le patient pourrait tenir un carnet (papier ou internet), avec pour consigne de remplir une fiche pour chaque demande de contact de soins, que cette demande ait abouti ou non.

Si une demande n'aboutit pas et qu'une autre demande pour le même motif est entreprise, la consigne est de remplir deux fiches distinctes.

Une fiche est à remplir aussi pour chaque demande de RV en radiologie, chez un professionnel paramédical, etc. La fiche ci-après fournit un pré-projet du questionnement à prévoir.

**Date à laquelle ce questionnaire est rempli :****Date de demande de contact :****Structure de soins contactée :**

- Professionnel libéral
- Centre de santé
- Maison de santé
- Hôpital :
  - Consultation en secteur public     Consultation en secteur privé
- Clinique

**Professionnel de soins contacté**

- Médecin généraliste                       Chirurgien-dentiste
- Ophtalmologiste                               ORL
- Cardiologue                                       Rhumatologue
- Gynécologue                                       Psychiatre
- Dermatologue                                       Neurologue
- Pneumologue                                       Gastro-entérologue
- Chirurgien                                       Autre spécialité médicale
- Radiologie, précisez pour quel examen :
  - Scanner     IRM                       Echographie                       Radiologie classique
- Infirmière                                       Kinésithérapeute
- Orthophoniste                                       Sage-femme
- Psychologue                                       Autre

**Etes-vous pour cette structure de soins :**

- un patient déjà connu
- un nouveau patient

**Pour les RV avec un médecin, ce dernier pratique-t-il des dépassements d'honoraires ?**

- OUI                       NON

**Motif de la prise de contact :**

- cette prise de contact se place dans le cadre d'un suivi régulier pour une maladie chronique (ex : diabète, hypertension artérielle, maladie cardiaque...)
- il s'agit d'un contrôle périodique (contrôle de la vision, contrôle dentaire...)
- demande de rédaction d'un certificat
- vaccination
- contraception
- cette prise de contact est la première pour ce motif \* (plusieurs réponses possibles) :
  - douleurs (maux de tête, maux de ventre, douleur thoracique, douleurs dentaires...)
  - fièvre, symptômes grippaux, rhume, angine
  - symptômes digestifs (diarrhée, constipation, ballonnement, nausées, vomissements, reflux...)
  - symptômes respiratoires (toux, gêne respiratoire...)
  - symptômes visuels (yeux rouges, vision floue, tâche visuelle...)
  - vertiges

- fatigue
  - insomnie
  - anxiété, angoisse, dépression
  - problème articulaire
  - éruption cutanée, sensation de grattage...
  - autre symptôme
  - cette prise de contact est la suite directe d'un contact précédent :
    - chez le même professionnel que le contact précédent
    - chez un autre professionnel
    - pour un examen radiologique
- \* Combien de temps s'est écoulé entre les premiers symptômes et cette demande de contact ?
- Moins de 2 jours     de 2 à 7 jours
  - 2-3 semaines     Plus de 3 semaines

### Ressentez-vous un caractère d'urgence pour cette demande de contact ?

- OUI     NON

### Initiative et modalités de la prise de contact :

- Vous prenez contact de votre propre initiative
    - Vous avez appelé par téléphone
    - Vous vous êtes rendu sur place
    - Vous avez utilisé un agenda internet
  - Votre médecin traitant vous a adressé\*
    - Vous avez appelé par téléphone
    - Vous vous êtes rendu sur place
    - Vous avez utilisé un agenda internet
  - Votre médecin traitant a appelé directement son confrère en votre nom pour la demande de RV\*
  - Un autre professionnel de santé vous a conseillé de prendre contact\*
    - Si oui, précisez quel professionnel :
      - Vous avez appelé par téléphone
      - Vous vous êtes rendu sur place
      - Vous avez utilisé un agenda internet
  - Un parent ou un proche a pris contact en votre nom
    - par téléphone
    - en se rendant sur place
    - en utilisant un agenda internet
- \* Y a-t-il rédaction d'un courrier par le médecin pour ce contact ?
- OUI     NON

### Demandes particulières

- Avez-vous des contraintes, pour cette demande de RV, en matière de jour et d'heure ?
  - OUI     NON
- Si oui, est-ce un facteur d'allongement du délai de RV ?
  - OUI     NON

**Avez-vous obtenu un RV ?**

OUI       NON

Si OUI, date du RV proposé par la structure de soins :

Délai résultant en jours entre la date de demande de RV et le jour du RV obtenu :

Ce délai d'obtention du RV vous paraît-il :

- correct  
 rapide  
 trop long

Si vous avez répondu « trop long », avez-vous cherché à prendre un RV ailleurs ?

OUI       NON      → si oui, remplir un second questionnaire

Ou êtes-vous allé aux urgences hospitalières ?

OUI       NON

Ou avez-vous renoncé à ce contact de soins ?

OUI       NON

**Si NON, pourquoi ?**

- La structure de soins ne prend pas de nouveaux patients
- Il vous a été demandé de rappeler plus tard
- Vous avez été orienté sur une autre structure
- Autres, précisez :

**Quelle a été alors votre réaction ?**

- Vous avez cherché à obtenir un RV ailleurs → remplir alors un second questionnaire
- Vous vous êtes rendu sur place → remplir alors un second questionnaire
- Votre médecin traitant a appelé en votre nom → remplir alors un second questionnaire
- Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières
- Vous avez renoncé



## ■ CONCLUSION - SYNTHÈSE DES CONSTATS, OBJECTIFS POURSUIVIS ET DISPOSITIF PROPOSÉ

Les principaux constats sont les suivants :

- Il est observé une absence de consensus sur le diagnostic en matière de délais d'attente dans l'accès aux soins et sur les problèmes que de tels délais peuvent induire (l'urgence étant toujours assurée).
- Mais de nombreux exemples de difficultés sont rencontrés, notamment dans les territoires déficitaires en professionnels de santé.
- Les principaux domaines pour lesquels de telles difficultés sont évoquées sont : l'ophtalmologie, la chirurgie dentaire, la psychiatrie, et certaines spécialités médicales comme la cardiologie, l'endocrinologie, la gynécologie.
- Un problème spécifique à certaines professions et certains territoires est celui du refus de RDV (hors urgences) en raison de la saturation des professionnels concernés ; cela se rencontre en médecine générale, en chirurgie dentaire, en ophtalmologie...
- Concernant la nature de la méthodologie à adopter pour mesurer les délais d'attente, les opinions sont très variées, dépendant notamment des objectifs assignés à une telle mesure.

La proposition à laquelle les travaux présentés dans ce rapport aboutissent conduit à mettre en place un dispositif de mesure répondant aux objectifs suivants :

- Objectif « d'observatoire » : pouvoir se comparer dans le temps et avec les autres pays sur des délais mesurés objectivement dans les domaines les plus sensibles.
- Objectif de santé publique : évaluer s'il y a un lien entre inégalités de santé, inégalités d'accès aux soins et inégalités de délais.
- Objectif opérationnel : mesurer pour mettre en place des mesures correctrices.

Le dispositif doit tenir compte de nombreux biais possibles dans la mesure des délais de RDV, au regard de la complexité du circuit de prise de RDV et des stratégies de contournement des patients face à un délai jugé trop long (passage aux urgences, demande de RDV en plusieurs endroits simultanément, prise de RDV à distance du domicile). S'ajoute aussi le problème des RDV non honorés.

Aussi, pour répondre aux objectifs et à ces contraintes, il est apparu que la méthode la plus adaptée était celle du suivi d'une cohorte de patients, afin de :

- Couvrir un grand nombre de thèmes d'étude (même si les évènements rares seront peu représentés, à commencer par la plupart des interventions chirurgicales).
- Décrire des parcours de soins dans leur ensemble.
- Disposer de caractéristiques précises sur les patients.
- Disposer d'un échantillon de patients important, et avoir ainsi une bonne représentativité sur les thèmes d'étude.

La modalité proposée est de se brancher sur la cohorte CONSTANCES, qui couvre 16 départements et inclut des patients du régime général (cible de 200 000 personnes) ; cette cohorte déjà constituée comprend un grand nombre d'informations sur l'état de santé des patients et les résultats du bilan de santé effectué en centre d'examen de santé, et permettrait d'interroger les personnes incluses sur leurs demandes de RDV via des auto-questionnaires complémentaires.



## ■ ANNEXES



## ANNEXE 1 - Bibliographie et Fiches de lecture

---

### Bibliographie

---

#### Enquêtes auprès des structures de soins et des médecins

Imagerie Santé Avenir, *Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2013*, CEMKA-EVAL, 2013

INCa

*Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011*, juin 2012

*Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate dans plusieurs régions de France en 2012*, juin 2013

*Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate*, juin 2013

*Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008*, Novembre 2012

*Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011, dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate*, Mars 2012

ARS de Languedoc-Roussillon, *Observatoire des délais d'attente pour IRM en Languedoc-Roussillon*, 2013

Yssup Research / Point Vision, *Étude nationale d'évaluation d'accès à la consultation en ophtalmologie*, Février 2014

UFC Que Choisir ? *Accès aux soins, la carte de l'intolérable fracture sanitaire*, Octobre 2012

ORS Pays de la Loire, pour le Syndicat Inter Hospitalier en santé mentale (SIH) de la Mayenne, *Délais d'attente pour une consultation psychiatrique en Mayenne – 2005*, Mars 2006

ORS Alsace, pour l'ARS, *Délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous chez les gynécologues et ophtalmologues en Alsace*, Mars 2014

Kannas S, Laborie H, Moitié JJ, Isserlis C, Rivet S, *Réduire les délais d'attente en psychiatrie : une nécessité accessible*, Pluriels, 2009, n° 79

Meah, *L'organisation des centres médico-psychologiques : Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience*, Mai 2008

Bouche G, Ingrand I, Mathoulin-Pelissier S, Ingrand P, Breton-Callu C, Migeot V., « Determinants of variability in waiting times for radiotherapy in the treatment of breast cancer », *Radiother. Oncol.* 2010 Dec;97(3):541-7

Assathiany R, Giacobbi V, Sznajder M., « Early discharge from the maternity ward: telephone survey about the availability of private-practice and public health pediatricians in Ile-de-France », *Arch Pediatr.* 2006 Apr;13(4):336-40

Société Santéclair, pour la revue Capital, *Le palmarès des médecins les plus accessibles, ville par ville*, 13/02/2013

ORS Pays de la Loire, URPS Pays de la Loire, *Contribution à la réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'enquêtes sur les délais d'attente des professionnels de santé - Éléments concernant les difficultés de rendez-vous avec les médecins spécialistes libéraux*, Décembre 2013

### Enquêtes auprès des patients

ORS du Limousin, pour l'ARS, *Les difficultés d'accès aux soins de la population limousine*, Avril 2013

URPS Languedoc-Roussillon, J. Raynaud, J.P. Ortiz, *Les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon*, Novembre 2011

ARS d'Île de France *Les Franciliens et le système de santé en Île de France*, Enquête Harris Interactive, 2011

Baromètre Humanis / Harris interactive / Université Paris Dauphine, *Baromètre santé des 50-65 ans – 4<sup>ème</sup> édition de l'observatoire Humanis*, Décembre 2013

J. Fourquet et A. Bourguin (IFOP), pour le SNOF (Syndicat national des ophtalmologues de France), *Les Français et la vue*, Novembre 2011

Le Fur P, Leroux I, Lucas-Gabrielli V, « Étude des délais d'attente dans différentes spécialités : une approche originale des relations entre demande et offre de soins locale », Dans : Rapport IRDES n° 531 : Santé, soins et protection sociale en 2004, Enquête Santé et protection sociale (ESPS), Janvier 2006, pp. 35-40

### Enquêtes auprès des patients et des médecins

URML d'Île de France, *L'accès aux soins en Ile-de-France : pratiques, ressentis et difficultés des usagers et des médecins libéraux franciliens*

Enquête URPS d'Île de France / IFOP / CEMKA-EVAL :

A. Charlemagne, L. Courouve, Enquête auprès des médecins libéraux

IFOP, Enquête auprès des patients

Coordonnateurs : M. Broudic, JM. Klein, B. Huyhn, B. Elghozy

2010-2011

Observatoire JALMA de l'accès aux soins, *Enquête auprès des Français et des professionnels de santé*, IFOP, Octobre 2011

Penso-Assathiany D, Bourdon-Lanoy E, Derancourt C, Roujeau JC, Bastuji-Garin S., « Requests for emergency appointments with dermatologists in private practice in France: the ETude Urgences en DERMatologie libérale (ET.U.DE) study », *Ann Dermatol Venerol.* 2007 Jan;134(1):23-9

### Méthodologie

Ferrua M, Couralet M, Nitenberg G, Morin S, Serin D, Minvielle E., « Development and feasibility of a set of quality indicators relative to the timeliness and organisation of care for new breast cancer patients undergoing surgery », *BMC Health Services Research* 2012, 12:167

Gasquet I, Villeminot S, Estaquio C, Durieux P, Ravaut P, Falissard B., « Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments », *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:43

### Comparaisons internationales

Siciliani L, Hurst J., « Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries », *OECD Health Working Papers* n°7, 2003

Siciliani L, Borowitz M. et Moran V., « Waiting times policies in the health sector : What works? », *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, 2013

Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J., « In chronic condition : Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries », *Health Affairs* 2008, 28(1):w1-16

Schoen C, Osborn R., The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Présentation, Novembre 2010

Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S, « A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009 : perspectives on care, costs and experiences », *Health Affairs* 2009, 28(6):w1171-83

Siciliani L, Verzulli R., « Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. », *Health Econ.* 2009 Nov;18(11):1295-306

Health Consumer Powerhouse, A. Björnberg, EuroHealth Consumer Index , Report, 2012

Haut Conseil de la Santé Publique, *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*. La Documentation française, Mars 2012

Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. « International comparisons of waiting times in health-care – Limitations and prospects » *Health Policy*, 2013, 112:53-61

## Enquêtes auprès des structures de soins et des médecins

---

**Titre :** Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2013

**Auteurs :** CEMKA-EVAL, pour Imagerie Santé Avenir

**Année :** 2013

**Type de document :** rapport

**Objet :** mesurer le délai d'obtention d'un rendez-vous d'IRM

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : examen IRM
- offre de soins : le nombre d'IRM est actuellement de 646 soit 10,1 par million d'habitants, atteignant l'objectif du plan Cancer et du rapport du Pr Grünfeld pour 2011, mais dans les 10 régions ayant la mortalité par cancer la plus élevée, il était préconisé pour 2013 un taux de 12 par million. Il existe de très fortes disparités entre les régions.  
À noter que le plan Cancer préconise aussi un délai d'attente de 15 jours et le rapport du Pr Grünfeld préconisait 10 jours en 2010, contre 30 jours observés en moyenne en 2013.
- géographique : France métropolitaine
- période : 2013

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : les structures disposant d'une IRM ; un patient fictif atteint d'un cancer appelle pour obtenir un RDV d'IRM lombaire « en urgence » pour une suspicion de métastases, par téléphone
- échantillon : 570 structures contactées (une structure pouvant avoir plusieurs appareils) mais suite à des situations spécifiques (IRM spécialisés, structure hors service ou injoignable (2 !)), 558 structures ont été testées
- type d'enquête : demande de RDV téléphonique par une personne/patient fictif (une fois le RDV pris, une annulation de celui-ci est réalisée ensuite)
- questions posées : demande de RDV et au cas où le RDV n'a pu être pris (l'ordonnance doit être envoyée par courrier ou fax, et/ou des formulaires doivent être remplis, essentiellement), questionnement sur le temps nécessaire habituellement pour avoir un examen d'IRM

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Taux d'obtention des RDV : indicateur simple par contact direct au téléphone avec la structure : 57,5 % des structures ont donné un RDV, donnant le pourcentage de structures répondant favorablement.

Délai d'obtention des RDV :

- indicateur de la durée d'attente après demande de RDV pour avoir l'examen : 27,2 jours en moyenne
- indicateur de la durée d'attente par simple interrogation quand le RDV n'a pu être pris : 35,7 jours après réception des documents médicaux (191 structures sur les 237 concernées ont répondu).

Cette étude a montré qu'il existe une corrélation entre le taux d'équipements et les délais d'obtention des RDV. Il existe ainsi de fortes disparités régionales, en lien avec les taux d'équipements.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Les délais d'attente sont deux fois ceux préconisés alors que le taux du nombre d'appareil d'IRM par habitants est sensiblement celui préconisé par le plan cancer 2009-2013 et le rapport Grünfeld. De fait, les besoins en IRM



se renforcent suite à l'extension de ses indications, recommandée par la société française de radiologie et la HAS.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Le questionnement des structures sur le délai d'attente une fois les documents reçus, lorsque le RDV ne peut être obtenu tout de suite, est toujours sujet à caution par rapport à une réelle prise de RDV.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Il s'agit d'une bonne évaluation en utilisant l'approche du patient fictif dont le besoin en examen IRM est 'urgent'. Les données obtenues sont sans ambiguïté.

Cependant, lorsque la structure, lors de la demande de RDV, renvoyait la personne à une structure qui avait déjà été appelée, l'enquête s'arrêtait là, ce qui implique que les durées pour obtenir une IRM sont un peu sous-estimées.

Cette enquête téléphonique a impliqué un temps d'enquêteur très long puisque presque 600 structures ont été contactées. Si l'on suppose que pour décrocher un RDV, 3/4 d'heure sont nécessaires (incluant le choix dans l'annuaire, plusieurs appels, la structure n'étant pas disponible ou renvoyant à une autre etc. et l'exposition du cas clinique à la secrétaire), cela représente 450 heures d'enquêteur...

**Titre :** Délais de prise en charge des 4 cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate.

**Auteurs :** Institut National du Cancer

**Année :** 2012 et 2013

**Type de document :** rapports qui s'inscrivent dans la mise en œuvre du plan Cancer 2009-2013

**Objet :** mesurer les délais aux différentes étapes de prise en charge en cancérologie

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : prise en charge d'un 1<sup>er</sup> cancer diagnostiqué
- offre de soins : délais entre le diagnostic et : l'imagerie, l'intervention chirurgicale, la radiothérapie et la chimiothérapie
- géographique : sein et poumon dans 8 régions en 2011, côlon (sauf rectum et jonction rectosigmoïdienne) et prostate dans 13 régions en 2012
- période : un an entre le diagnostic et les prises en charge successives

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : délais de prise en charge des patients atteints d'un des 4 cancers
- échantillon : les patients inclus sont en prise en charge initiale (1<sup>ère</sup> RCP) un an avant l'enquête (soit 2010 ou 2011 selon les cancers) ; la taille minimale visée était de 300 patients par région et par cancer, ce qui a abouti à un recrutement qui a duré environ 3 mois (mais jusqu'à 5 et 7 mois dans certains cas) ; le nombre de dossiers inclus était d'environ 2000 pour le sein et le poumon, 3200 pour le côlon et 4200 pour la prostate.
- type d'enquête : étude épidémiologique observationnelle rétrospective multicentrique de cohorte
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : recueil par les attachés de recherche clinique à partir des fiches RCP complétées des dates pour le calcul des délais, avec si nécessaire retour au dossier médical
- questions posées : outre les dates de prise en charge, les caractéristiques des patients sont recueillies (âge, sexe, caractéristiques socioprofessionnelles)

Le travail s'articulait ainsi :

- 15 jours avant le recueil, le RRC demande aux 3C de préparer le recueil sur site avec la mise à disposition de la liste des patients, avec fiche RCP, comptes rendus anatomopathologiques et opératoires, mise à disposition des dossiers médicaux et ordinateur avec internet pour la saisie en ligne ;
- l'ARC assure la saisie des données dans l'outil informatique. En cas de données manquantes, des déplacements sur site pouvaient être nécessaires pour retourner au dossier patient (par exemple, la date de l'intervention chirurgicale dans le cancer du poumon n'est pas indiquée dans un tiers des cas ; pour le cancer du sein, c'est la date de la mammographie qui manquait...) ou interroger la structure de gestion du dépistage.
- l'organisation et le suivi du recueil ont été coordonnés par la Fnors avec bilan mensuel de la saisie avec les RRC et les ORS, et remontée mensuelle d'un bilan de suivi à l'INCa. Des points d'étape hebdomadaires entre la personne responsable de la saisie, l'ORS et le RRC étaient prévus. La CNIL avait donné un avis favorable puisque les données étaient protégées (mot de passe, impossibilité pour les personnes d'accéder aux données de leur propre région, et en fin de saisie, l'outil de saisie a été désactivé...).

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés : 5 délais principaux et un global

- Délai d'accès au diagnostic : date mammographie, biopsie...
- Délai d'accès à la proposition thérapeutique
- Délai d'accès à la chirurgie ou délai d'accès au premier traitement
- Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire
- Délai d'accès à la radiothérapie postopératoire ou chimiothérapie

Délai global : par exemple, pour le cancer du sein, de la date de la mammographie à la 1<sup>ère</sup> séance de radiothérapie ; pour le cancer du poumon, délais entre la date de 1<sup>ère</sup> imagerie suspecte à la date de l'intervention chirurgicale ou de la 1<sup>ère</sup> séance de chimiothérapie.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Ne sont donnés ici que les délais globaux pour les cancers du sein et du poumon :

- Pour le cancer du sein (2530 femmes incluses) : avec chimiothérapie postopératoire, une moyenne de 219 jours, et sans chimiothérapie, 107 jours. Ces délais varient selon l'âge, le mode de découverte du cancer, la taille de la tumeur, le statut de l'établissement et la région.
- Pour le cancer du poumon (trois quart d'hommes et un quart des femmes) : le délai entre l'imagerie et le 1<sup>er</sup> traitement est de 51 jours ; des facteurs identiques influencent le délai de prise en charge.

### Biais et limites méthodologiques :

Selon les auteurs du rapport, la « méthodologie est pertinente mais il n'est pas possible de la mettre en œuvre en routine en raison de la lourdeur du recueil ».

L'effet de divers facteurs influençant les délais a été documenté, qu'ils soient intrinsèques à la personne ou liés au mode de découverte ou à la filière de prise en charge. Mais une fois pris en compte ces éléments, les analyses menées confirment la persistance de variations importantes entre régions.

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

Il est certain qu'une enquête mobilisant des personnes formées, chargées de recueillir les données à partir des fiches de RCP ou des dossiers, aboutit à une enquête fiable et précise, mais de l'aveu même des auteurs du rapport, ce type d'enquête est d'une lourdeur telle qu'elle ne peut être mise en œuvre en routine.

Le recueil a mobilisé un nombre impressionnant de personnes : les attachés de recherche clinique (ARC) des RRC (Réseaux régionaux de cancérologie) en collaboration avec les personnes de l'ORS de chaque région impliquée ; 2 responsables RRC par région et 2 responsables ORS, soit une cinquantaine de personnes 'contrôlaient' les saisies des ARC.

Les 5 délais principaux décrivent bien le parcours des patients mais très vite, selon le cancer et les traitements subis, les parcours de soins se complexifient et différents délais existent, par exemple selon que la prise en charge se fasse avec ou sans chimiothérapie ou, pour le cancer du côlon que l'intervention chirurgicale soit réalisée en urgence ou non, etc. Malgré cette complexité, des schémas assez simples peuvent être analysés.

Les auteurs notent « une grande hétérogénéité des pratiques de recueil et de mise en commun des informations décrivant les prises en charge tant dans le niveau d'informatisation des fiches RCP et des éléments du dossier médical (comptes rendus opératoires ou anatomopathologiques) que dans la tenue du dossier médical au sein des établissements », ce qui complexifie et rallonge le temps de saisie.

Ainsi les données recueillies par un professionnel sont fiables mais peuvent être compliquées et longues à trouver.

**Titre :** Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008

**Auteurs :** INCA

**Année :** 2012

**Type de document :** rapport s'inscrivant dans la mise en œuvre du plan Cancer 2009-2013

**Objet :** estimer les délais de prise en charge pour certains types de cancer à partir des données des registres existants

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : prise en charge des cancers du sein, du côlon, du rectum, de la thyroïde, des tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central et des hémopathies malignes les plus fréquentes (faisant l'objet d'un registre)
- offre de soins : structures de prise en charge du cancer, du diagnostic au traitement (chimiothérapie, chirurgical...)
- géographique : départements du Calvados, de la Marne et des Ardennes, de la Côte-d'Or, du Finistère, de la Gironde et de la Saône-et-Loire
- période : les années 1999-2008 (ou 2002-2008 pour les registres dont l'année de création est postérieure à 1999).

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : données issues des registres pour les patients atteints d'un certain type de cancer
- échantillon : données issues des registres spécialisés existant dans certains départements ou des registres généraux (qui recensent l'ensemble des cas de cancers survenant dans la zone géographique considérée quel que soit le type de cancer) ; pour une zone géographique, les deux registres peuvent co-exister.
- type d'enquête : recueils exhaustifs et continus
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : données des registres spécialisés du réseau Francim pour les départements concernés :
  - pour chaque localisation de cancer, l'ensemble des cas selon le sexe, l'âge, la zone de résidence et le stade au diagnostic,
  - la répartition des cas selon la nature des traitements,
  - la distribution du délai de prise en charge

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Délai de prise en charge pré-thérapeutique : Période de temps entre la date de diagnostic du cancer et la date du premier traitement, en nombre de jours.

Les délais moyens (avec écart-type) et médians (avec les 1<sup>er</sup> et 3<sup>eme</sup> quartiles) sont présentés selon les principales caractéristiques du patient : âge, sexe, CSP, résidence, période du diagnostic (1999-2003 et 2004-2008) et premier traitement reçu.

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Exemple des cancers du côlon et du rectum dans les départements du Calvados, de la Côte-d'Or, de la Saône-et-Loire, et du Finistère, à partir des données de 3 registres spécialisés : le délai moyen pour le cancer du côlon était de 17,5 à 20,7 jours selon les départements (médiane 9 à 14 jours), et pour le cancer du rectum il était de 27 à 39 jours selon les départements (médiane 23 à 34 jours). À noter que les délais de prise en charge ont augmenté entre les deux périodes de diagnostic.

**Biais et limites méthodologiques :**

Une des limitations pourrait se situer dans la fiabilité des données enregistrées, mais on évite tout de même avec ces registres les biais de recrutement inhérents aux études hospitalières ; elles reflètent la réalité vécue par les patients.

La principale difficulté est la limitation de telles données à certains départements et l'impossibilité d'extrapoler les résultats à l'ensemble du territoire.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Il s'agit d'une enquête sur données exhaustives : étude donc claire et peu sujette à caution. L'INCA, de par ses obligations rappelées dans le rapport doit « produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie, renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants, renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer » selon les mesures 6, 7, 19 du plan Cancer 2009-2013. Ce que l'INCA fait en collaboration avec le réseau Francim et l'InVS.

**Titre :** Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011, dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate

**Auteurs :** INCA

**Année :** mars 2012

**Type de document :** rapport

**Objet :** mesurer les délais d'attente pour une IRM dans certaines situations cliniques

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'IRM
- offre de soins : structures d'IRM
- géographique : France métropolitaine et DOM
- période : du 7 juin au 30 juin 2011

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : structures d'IRM
- échantillon : tous les centres d'imagerie disposant d'un équipement d'IRM soit 572 centres identifiés ; au final 1424 interviews ont été réalisés, répartis ainsi : 476 pour le cancer du sein, 480 pour le cancer de l'utérus, 468 pour le cancer de la prostate
- type d'enquête : demande de RDV par téléphone, étude INCA/DGOS/SFR par l'institut BVA
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : enquête téléphonique réalisée par l'institut BVA auprès des centres identifiés dans la base du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) en juin 2011 comme disposant d'un équipement IRM.
- questions posées : demande de RDV dans le cadre d'un bilan d'extension d'un cancer par l'enquêteur pour son père ou sa mère (en annexe, une fiche retrace la démarche téléphonique de l'enquêteur et les ordonnances-type)

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Taux d'obtention d'un RDV lors de l'appel téléphonique

Délai d'obtention d'un RDV en jours

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

43 % des appels ne débouchent pas immédiatement sur une fixation de RDV malgré un motif de demande sérieux (contre 55 % en 2010). Parmi les centres d'imagerie qui ne proposent pas de RDV, près des deux tiers souhaitent disposer matériellement de la prescription pour fixer le RDV.

Le délai moyen en France en 2011 est de 27,4 jours (légèrement plus court qu'en 2010 puisqu'il était de 29 jours) ; il est plus court dans le privé (23 jours) que dans le public (33 jours) ; il est plus court pour le cancer du sein (24,6 jours), plus long pour le cancer de la prostate (30 jours), et de 27,5 jours pour le cancer de l'utérus.

Les délais sont différents d'une région à l'autre et ils ne sont pas corrélés avec la densité des appareils d'IRM installés. Il n'y a pas non plus de corrélation entre les délais et l'incidence des cancers.

**Biais et limites méthodologiques :**

L'enquêteur, bien que disposant en 2011 d'une 'ordonnance type', n'avait pas la possibilité de la faire parvenir aux centres d'imagerie qui le demandaient, ce qui a induit un fort taux de non-prise de RDV.

Les appels des enquêteurs ne ciblaient que les sites avec IRM ; or, un certain nombre de RDV sont fixés directement par des cabinets libéraux de radiologie qui gèrent directement leur carnet de RDV auxquels ils ont accès. Les délais proposés par ces structures n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

La significativité des écarts observés n'a pas pu être testée statistiquement du fait des restrictions d'accès aux données brutes, liées au respect de la confidentialité des données transmises.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

L'enquête demandant une prise de RDV fictive montre ici ses limites puisque pour des examens 'lourds', la prescription est souvent demandée par le centre, procédure non prévue par le protocole. Ce biais est noté par les auteurs.

**Titre :** Observatoire des délais d'attente pour IRM en Languedoc-Roussillon

**Auteurs :** ARS Languedoc-Roussillon

**Année :** juin 2013

**Type de document :** présentation

**Objet :** mesurer les délais moyens de rendez-vous pour une IRM dans certaines situations cliniques

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : accès au diagnostic par IRM
- offre de soins : structures d'IRM
- géographique : région Languedoc-Roussillon
- période : du 3 juin au 9 juin 2013

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : structures d'IRM
- échantillon : 17 structures sur 18 (27 appareils installés sur 28)
- type d'enquête : enquête prospective, une semaine donnée
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : recueil des délais de rendez-vous pour 2 actes ciblés : crâne et colonne vertébrale (ACQN001, ACQJ002 pour le crâne et LHQN001, LHQJ001, LHQN002 et LHQJ002 pour la colonne vertébrale), pour toutes les demandes de la semaine, qu'elles concernent un patient hospitalisé ou non, urgentes ou non urgentes, dans toutes les IRM de la région.

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Délai moyen de rendez-vous pour une IRM pour les deux actes ciblés

Rq : l'analyse a en effet montré qu'il s'agit d'un délai moyen de rendez-vous et non d'un délai d'attente, un certain nombre d'actes étant manifestement programmés très à l'avance à plus de trois mois de la demande et jusqu'à presque un an.

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Délai moyen de 26 jours pour le crâne et 27 jours pour la colonne vertébrale dans la région (avec un intervalle respectif entre 17 et 44 jours pour le premier et entre 18 et 50 jours pour le second selon les secteurs géographiques).

Il n'y a pas de corrélation entre les délais et la densité d'appareils par département.

**Biais et limites méthodologiques :**

Il ne s'agit pas réellement d'un délai d'attente, mais d'un délai moyen de rendez-vous.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Il est intéressant de constater la différence entre délai moyen de rendez-vous et délai d'attente, le délai moyen intégrant des délais parfois longs mais prévus ainsi (rendez-vous pris très à l'avance).

On note aussi une forte similitude de délai entre les deux motifs étudiés.



**Titre :** Étude nationale d'évaluation d'accès à la consultation en ophtalmologie

**Auteurs :** Yssup Research pour Point Vision

**Année :** 2014

**Type de document :** articles de presse et document d'enquête publié par Point Vision

**Objet :** mesurer le délai de RDV en ophtalmologie

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : consultation en ophtalmologie pour une ordonnance de lunette
- offre de soins : cabinet libéral d'ophtalmologue
- géographique : France
- période : du 15 octobre 2013 au 30 janvier 2014

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : cabinets d'ophtalmologie prescripteurs de lunettes de vue
- échantillon : 2 295 ophtalmologues (sur 2 643) : 42 % secteur 1, 58 % secteur 2
- type d'enquête : demande de RDV avec une demande spécifique de consultation pour une ordonnance de lunette
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : enquête téléphonique

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

- Taux d'obtention d'un RDV
- Délai d'obtention d'un RDV

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Le délai moyen observé est de 77 jours, et peut atteindre 7 mois dans certains départements, voire un an chez certains praticiens.

15 % des ophtalmologues n'acceptent pas de nouveaux patients ; ces refus de RDV peuvent concerner 30 à 65 % des spécialistes dans les 10 départements les plus mal placés.

Par exemple, la Seine-Saint-Denis fait partie des dix départements où les délais sont les plus courts avec 54,2 jours d'attente mais on s'y heurte à 16 % de refus de rendez-vous contre 2 % à Paris.

La Loire est le département le plus mal placé, avec 205 jours d'attente, et 65 % d'ophtalmos qui ne prennent plus de nouveaux patients.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

L'échantillon est important. À souligner que ce type d'enquête permet à la fois de mesurer les délais de RDV et les taux de refus de nouveaux patients.

L'étude couvre le cas précis des nouveaux patients sollicitant une ordonnance de lunette de vue.

**Titre :** Accès aux soins – la carte de l'intolérable fracture sanitaire

**Auteurs :** UFC-Que Choisir

**Année :** 2012

**Type de document :** rapport

**Objet :** analyser l'accès géographique et financier aux soins

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : accès aux médecins généralistes, ophtalmologues, gynécologues et pédiatres
- offre de soins : croisement des deux critères d'accès à l'offre : géographiques et financiers<sup>30</sup>
- géographique : praticiens installés jusqu'à 30 minutes de route pour les généralistes et 45 minutes pour les spécialistes. France métropolitaine.
- période : septembre-octobre 2012 pour l'enquête sur les délais ; pour l'accès aux soins : hiver 2011.

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : spécialistes libéraux pour l'enquête téléphonique sur les délais
- type d'enquête :
  - analyse des données existantes : DREES, IRDES, CNAMTS, INSEE, HCAAM, CNGOF pour qualifier l'offre et la demande de soins (y compris les tarifs des médecins)
  - enquête téléphonique auprès de 94 pédiatres, 212 ophtalmologues, 230 gynécologues avec demande de RDV, soit 536 RDV (305 au tarif Sécu et 231 avec dépassements d'honoraires)
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées : exploitation des données DREES, INSEE, IRDES, HCAAM... et enquête téléphonique

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Le délai d'attente pour un RDV signalé comme non-urgent.

**Indicateurs d'accès aux soins :**

Indicateur de disponibilité des médecins, essentiellement géographique, et indicateur d'offre de soins sont combinés pour chacune des 4 spécialités, ce qui a permis de classer en 5 catégories les communes :

- désert médical pour une densité médicale d'au moins 60 % en-dessous de la moyenne nationale
- accès difficile aux médecins pour une densité de 30 à 60 %
- accès satisfaisant entre la moyenne nationale et 30 % au-dessous
- offre abondante entre la moyenne nationale et 30 % au-dessus
- offre surabondante : au moins 30 % au-dessus de la moyenne nationale

Note : les critères sont durcis par rapport à la méthode retenue par les pouvoirs publics.

En prenant en compte les critères géographique et financier, dans l'option la plus stricte, on entre dans la définition du « désert médical » pour 3,7 millions de personnes pour les MG (3,1 millions avec le seul critère géographique), 17,8 millions pour les pédiatres (11,9 avec le seul critère géographique), 34,2 millions pour les gynécologues (9 avec le seul critère géographique), 28,7 millions pour les ophtalmologues (8,5 avec le seul critère géographique).

<sup>30</sup> Trois situations financières différentes sont étudiées :

indifférence de l'usager aux tarifs pratiqués : dans ce cadre, l'ensemble des médecins spécialistes est pris en compte, quel que soit leur tarif ;

tolérance aux seuls dépassements d'honoraires potentiellement pris en charge par les complémentaires santé ; ce sont alors les médecins aux tarifs de la sécurité sociale et les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires jusqu'à 40% au-dessus du tarif de la sécurité sociale qui sont retenus ;

situation financière limitée ; ce sont les seuls médecins aux tarifs de la sécurité sociale qui ont été retenus pour définir l'offre médicale.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

L'enquête sur les délais a montré :

- il faut 18 jours pour voir un pédiatre
- 40 jours pour un gynécologue
- 133 jours pour les ophtalmologues !

Et dans 10 % des cas, il faut attendre plus de 9 mois pour voir un ophtalmologue et plus de 3 mois et demi pour un gynécologue.

Accepter les dépassements d'honoraires permet d'être soigné plus vite. Pour un ophtalmologue, le délai passe de 153 jours sans dépassements, contre 109 jours seulement en acceptant les dépassements (pour un pédiatre, on passe de 20 à 15 jours, respectivement).

### Biais et limites méthodologiques :

La définition du « désert médical » est ici très large, conduisant à diagnostiquer une situation de « désert » sur plus de la moitié du territoire dans certaines spécialités.

La distance, en outre, paraît un moins bon indicateur d'accessibilité que le délai de RDV.

Les délais d'obtention d'un RDV sont ici issus d'un échantillon de 3 spécialités ; les MG n'ont pas été interrogés.

L'interrogation n'a porté que sur une demande de RDV non urgent, et la méthodologie d'interrogation n'est pas détaillée (pour quel motif ? quel est le discours développé lors de la demande de RDV ?...)

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

Une enquête téléphonique pour connaître les délais en se faisant passer pour un patient est indubitablement valable, mais il faut être attentif à la méthodologie de demande de RDV auprès des secrétariats.

L'importance de la prise en compte des dépassements d'honoraires et de l'accès aux seuls praticiens en secteur 1 est soulignée ici.

**Titre :** Délais d'attente pour une consultation psychiatrique en Mayenne - 2005

**Auteurs :** ORS Pays de la Loire, pour le Syndicat Inter Hospitalier en santé mentale (SIH) de la Mayenne

**Année :** 2006

**Type de document :** rapport ORS

**Objet :** mesurer les délais pour une prise de RDV en consultation psychiatrique

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : consultation psychiatrique, pour un patient adulte, un enfant ou un adolescent
- offre de soins : secteur libéral, secteurs de psychiatrie publique
- géographique : Mayenne
- période : 2005

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : psychiatres libéraux, CMP (Centre médico-psychologique), CCAAT (Centre de cure ambulatoire en alcoologie et toxicomanie) et centre de thérapies familiales
- échantillon :
  - 15 psychiatres ont répondu en secteur libéral sur les 16 en activité ;
  - Pour les CMP, il existe les secteurs de Laval-Ouest, Laval-Est, Mayenne, Château-Gontier et 6 CMP de psychiatrie infanto-juvénile ;
  - un CCAAT ;
  - un centre de thérapies familiales en santé mentale
- type d'enquête : questionnaire rempli par le médecin, ou par l'infirmier ou le psychologue si besoin pour les CMP et le CCAAT.
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaires (en annexe du rapport)
- questions posées :
  - Pour les psychiatres libéraux ou publics, les questions portaient sur : l'organisation de la consultation, le délai de RDV, hors urgence, pour un premier RDV, et pour un patient déjà suivi, le délai pour un patient qui prend directement le RDV ou via un professionnel, ceci pour un adulte ou pour un enfant ou un adolescent.
  - Pour les structures d'accueil et de soins : l'organisation de la consultation, les délais de RDV hors urgence, selon la catégorie de professionnel, selon qu'il s'agisse d'un premier RDV ou d'un patient déjà suivi, selon que le RDV soit pris par le patient ou via un professionnel de santé.
  - À noter la question « si vous jugez qu'un RDV est nécessaire dans un délai plus court que ce que vous pouvez proposer, que faites-vous ? » (en général, la réponse est : « surcharge du planning »)
  - L'interrogation se terminait par des questions sur l'offre de soins en santé mentale

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Délais de prise de RDV hors urgence, distingués selon plusieurs situations :

- Premier RDV ou patient déjà suivi
- RDV pris par le patient ou via un autre professionnel de santé
- en secteur libéral ou en structure d'accueil et de soins
- auprès d'un médecin, d'un infirmier ou d'un psychologue pour les structures d'accueil et de soins

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

En secteur libéral, pour la psychiatrie adulte, un mayennais peut obtenir un 1er RDV dans le mois pour un peu moins de la moitié des psychiatres (mais 2 praticiens ne prennent plus de nouveaux RDV) ; les délais sont un peu plus courts si un professionnel de santé a pris RDV pour le patient. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les délais sont plus longs : un premier RDV pris pour un enfant ne peut être obtenu avant un mois pour trois psychiatres sur cinq, le délai maximum étant de 3 à 6 mois. Pour un premier rendez-vous pris par l'intermédiaire d'un autre professionnel, trois psychiatres donnent un rendez-vous dans le mois. Pour un enfant déjà suivi, tous les

psychiatres peuvent donner un rendez-vous dans le mois et 2 sur 5 dans la semaine, que le rendez-vous soit pris par un proche ou par un professionnel de santé.

Dans le secteur public, les délais sont plus longs : plus de 6 mois pour trois des quatre CMP ayant répondu à l'enquête, délai réduit lorsque la demande de RDV concerne un patient déjà suivi.

#### **Biais et limites méthodologiques :**

Interrogation des médecins et des centres sur leurs délais de RDV, ce qui n'est pas objectif.

Dans les questionnaires, les délais demandés étaient présentés sous forme de fourchettes : moins de 7 jours, de 7 à 14 jours, de 15 à 29 jours, de 30 jours à moins de 3 mois, de 3 mois à 6 mois et plus de 6 mois.

#### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Cette méthode consistant à envoyer un court questionnaire aux médecins permet de réaliser une enquête rapide, peu coûteuse en nombre d'enquêteurs et d'analyse aisée. Par contre, elle n'objective pas les délais avec l'aide d'une tierce personne puisque ce sont les médecins ou autres professionnels qui remplissent selon leur 'ressenti'.

**Titre :** Délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous chez les gynécologues et ophtalmologues en Alsace

**Auteurs :** ORS Alsace, pour l'ARS

**Année :** 2014

**Type de document :** rapport ORS

**Objet :** mesurer les délais pour une prise de RDV en consultation libérale d'ophtalmologie ou de gynécologie

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : consultation d'ophtalmologie, consultation de gynécologie
- offre de soins : secteur libéral, consultations externes hospitalières (secteur libéral)
- géographique : Alsace
- période : du 21 octobre au 15 novembre 2013

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : ophtalmologues et gynécologues
- échantillon :
  - 114 ophtalmologues libéraux
  - 137 gynécologues libéraux
  - 52 professionnels hospitaliers au sein de 10 services de gynéco-obstétrique et 4 services d'ophtalmologie
- type d'enquête : questionnaire administré par téléphone par des enquêteurs
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaires (avec adaptation pour le questionnement en secteur hospitalier) avec réponses saisies en ligne par les enquêteurs (après envoi d'un courrier de l'ARS annonçant cette enquête)
- questions posées :
  - première date proposée pour un RDV dans diverses situations cliniques : RDV de contrôle, RDV pour une situation semi-urgente, RDV pour une urgence non vitale
    - en ophtalmologie : contrôle de la vision, lentilles de contact qui grattent avec œil rouge, baisse brutale de la vision et vision floue
    - en gynécologie : examen gynécologique périodique, résultat de frottis anormal, douleurs et pertes colorées et nauséabondes lors d'une grossesse en tenant compte des éventuelles contraintes horaires du patient
  - accès aux locaux pour les personnes à mobilité réduite

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Pour chaque profession et chaque situation explorée, et pour chaque territoire de santé :

- Délai moyen d'obtention d'un RDV
- Maximum et minimum
- Quartiles

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Bons taux de participation : 78 % en gynécologie, 82 % en ophtalmologie (les autres praticiens ayant refusé ou n'ayant pu être joints).

Pour les gynécologues libéraux, les délais médians, respectivement pour les 3 situations cliniques, étaient de 25 jours, 4 jours, 0 jour (90 % donnent un RDV dans la journée). En secteur hospitalier, pour le RDV de contrôle, le délai varie de 10 jours à 1 an. Les délais sont souvent raccourcis pour les consultations privées.

Pour les ophtalmologues libéraux, les délais médians, respectivement pour les 3 situations cliniques, étaient de 52 jours, 1 jour, 0 jour (50 % donnent un RDV dans la journée). 7 % des ophtalmologues ne prennent plus de nouveaux patients. En secteur hospitalier, pour le RDV de contrôle, 3 services ont pu être joints, et le délai varie de 6 à 9 mois. Les délais sont souvent raccourcis pour les consultations privées.

Il y a peu de changement en cas de contrainte horaire du patient.

De fortes disparités étaient notées par territoire de santé. Mais il n'a pas été observé de corrélation entre densité de médecins et délais.

**Biais et limites méthodologiques :**

Mesure de délais « déclaratifs », en faisant confiance aux réponses des secrétaires et des médecins.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Le mode opératoire de l'enquête a permis d'obtenir un très bon taux de participation et des réponses précises aux différentes situations cliniques évoquées, sans recourir à la méthode du « faux patient ». Au contraire, cette enquête avait fait l'objet d'un courrier préalable de l'ARS et d'une bonne préparation.

Les délais observés semblent cohérents avec les résultats obtenus par d'autres voies et ne laissent pas penser qu'il y ait un biais déclaratif majeur.

**Titre :** Réduire les délais d'attente en psychiatrie : une nécessité accessible

**Auteurs :** Serge Kannas et al.

**Année :** 2009

**Type de document :** revue Pluriels (2009) ; plusieurs articles, basés en partie sur le rapport Meah (ANAP) « L'organisation des centres médico-psychologiques » (2008)

**Objet :** déterminer les réorganisations à entreprendre pour réduire les délais d'attente en CMP

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : accès aux prises en charge ambulatoires en psychiatrie dans les CMP
- offre de soins : CMP
- géographique : France
- période : avril 2006-décembre 2007 pour le projet « pilote » puis juin 2008-juin 2009 pour le « chantier déploiement »

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : CMP aux caractéristiques diverses, tant d'un point de vue géographique que de taille et d'environnement
- échantillon : 8 CMP pour le projet pilote puis 10 CMP pour le chantier déploiement (après diagnostic de la Meah et propositions organisationnelles)
- type d'enquête : étude sur place avec consultants de deux cabinets choisis après appel d'offres, gestion de projet, recueil de données quantitatives sur place
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation :
  - accueil téléphonique par le secrétariat médical qui remplit une « feuille de contact » contenant des renseignements administratifs et la motivation de la demande.
  - rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (exploitation DREES)

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

- Délai entre appel téléphonique et premier contact physique dans la structure
- Délai entre appel téléphonique et avis médical
- Délai entre sortie d'hospitalisation et RDV dans le CMP
- Nombre de patients ne se présentant pas à un RDV programmé

Et ce, pour les infirmiers, les psychologues et les psychiatres, en fonction du caractère d'urgence.

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

En CMP, globalement, un quart des demandes de pédopsychiatrie obtiennent un rendez-vous médical dans le mois, et plus de la moitié avant trois mois : 30 % ont un rendez-vous au-delà de trois mois et les délais de plus de six mois concernent encore environ 20 % des demandes.

Dans l'étude Meah, les délais d'attente varient grandement d'un site à un autre... En pédopsychiatrie, en prenant l'exemple de l'EPSM Lille-Métropole, le délai d'attente pour un adolescent était de 8 mois en 2002 pour obtenir un RDV ; il a été réduit à moins de 30 jours pour 81 % des demandes de RDV en quelques années grâce à une réorganisation du dispositif de traitement des demandes (agenda partagé, procédure suivante : lors de la demande de RDV, si la secrétaire médicale formée à cet effet décèle une urgence particulière de la demande, elle peut faire appel à un professionnel infirmier, assistant social ou psychologue présent sur place, etc.) et la création d'une équipe mobile d'intervention auprès des adolescents.

Les délais de prise de RDV varient selon la personne avec qui le RDV est pris, le délai étant plus court avec un infirmier qu'avec un psychologue ou un psychiatre. Ce délai, dans la première partie de l'étude, était dans les 8



CMP : de 9 à 52 jours selon les 8 CMP pour un médecin, de 9 à 29 jours pour un infirmier et de 11 à 24 jours pour un psychologue.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Il s'agit d'un projet très lourd, typique des projets Meah, puisqu'il implique le travail de consultants sur place, un travail de 20 mois et des équipes fortement engagées. L'enjeu était de réorganiser les CMP, l'une des conséquences pouvant être d'améliorer les délais d'attente.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Un indicateur intéressant est le taux de RDV non honorés, qui se sont échelonnés de 70 % à 90 % sur les 2 ans de la première partie de l'étude.

Cette étude est très complète, allant du diagnostic à la réorganisation avec évaluation. Il ne s'agit donc pas d'une étude ponctuelle mais d'un suivi de plusieurs établissements, par 2 cabinets de consultants (40 jours par site, dont 60 % sur place) et l'équipe de la Meah sur trois ans...

À noter la présence d'une information sur les délais d'attente dans les rapports d'activité des secteurs (exploitation DREES).

**Titre :** Determinants of variability in waiting times for radiotherapy in the treatment of breast cancer

**Auteurs :** G. Bouche et al.

**Année :** 2010

**Type de document :** article

**Objet :** étudier les déterminants des délais d'attente pour une radiothérapie dans le traitement du cancer du sein

**Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : délai d'attente entre la chimiothérapie ou l'intervention chirurgicale et la radiothérapie
- offre de soins : centres de radiothérapie
- géographique : deux régions françaises : Poitou-Charentes et Aquitaine
- période : 2003-2004

### **Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : les femmes atteintes d'un cancer du sein
- échantillon : 896 patientes âgées de 24 à 89 ans
- type d'enquête : analyse des dossiers médicaux, avec utilisation de la cohorte REPERES (femmes ayant eu un premier diagnostic de cancer du sein non métastatique en 2003 ou 2004) (programme financé par l'INSERM, MIRE-DREES et la branche régionale de la Ligue contre le cancer)
- questions posées, informations recueillies :
  - délai d'attente entre les deux traitements : chimiothérapie/chirurgie et radiothérapie
  - caractéristiques des patients : socio-économiques, géographiques, psycho-sociales (problèmes de communication, besoin de soutien psychologique...)
  - données cliniques issues du dossier médical (avec l'accord de la CNIL)

### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Délai en jours entre les deux étapes thérapeutiques

### **Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Le délai d'attente moyen entre la radiothérapie et l'intervention chirurgicale est de 52 jours, et celui entre la radiothérapie et la chimiothérapie de 31 jours. Ce délai varie essentiellement en fonction des centres de radiothérapie et peu en fonction des autres caractéristiques des patients.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Biais liés aux questionnaires remplis par le patient

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

La question est ici très précise puisqu'elle concerne un délai au sein d'une étape de la prise en charge d'un cancer. L'utilisation de la moyenne des données est donc valide.

Il a pu être procédé au croisement entre les données sur le délai de prise en charge thérapeutique et certaines caractéristiques des patientes comme l'habitat, le centre de radiothérapie où a eu lieu la prise en charge, la catégorie socioprofessionnelle. « L'effet centre » est prédominant, comme cela a pu être montré dans des études dans d'autres pays, où entrent en jeu surtout des problèmes d'organisation, et éventuellement de moyens en personnels et équipements.

À noter que les données psycho-sociales, plus subjectives, comme 'l'information reçue', 'les problèmes de communication', paraissent plus difficilement interprétables.

**Titre :** Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires en Ile-de-France après une sortie précoce de maternité

**Auteurs :** R. Assathiany et al.

**Année :** 2006

**Type de document :** article

**Objet :** évaluer la possibilité d'obtenir un RDV et mesurer le délai de prise de RDV en pédiatre libérale et dans un centre de Protection Maternelle et infantile (PMI) après une sortie précoce de maternité

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : consultation de pédiatrie pour un nouveau-né
- offre de soins : pédiatrie libérale et PMI
- géographique : IDF
- période : du 3 au 7 mai 2004 pour l'enquête concernant les prises de RDV

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : cabinets de pédiatrie et centres de PMI
- échantillon : 99 cabinets de pédiatrie et 93 PMI contactés
- type d'enquête : enquête « transversale et anonyme » de type prise de RDV fictif par 2 enquêtrices
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : 2 enquêtrices se présentant par téléphone comme venant d'accoucher demandent un RDV pour leur nouveau-né. Les pédiatres étaient franciliens, tirés au sort ; une 2<sup>ème</sup> liste était constituée pour les centres de PMI, bien que le mode de fonctionnement de ceux-ci implique souvent le remplissage d'un formulaire avant la prise de RDV.
- questions posées : demande de RDV dans le cadre de l'examen des 8 premiers jours pour un « nouveau-né sorti la veille de la maternité, au 3<sup>ème</sup> jour de vie ». Lorsqu'un RDV était donné, l'enquêtrice le décommandait dans les 24 heures prétextant son souhait de se rendre à l'hôpital en urgence en raison de l'état inquiétant de son nourrisson.

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Taux d'obtention d'un RDV

Délai pour obtenir un RDV par téléphone dans cette situation précise

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

89 % des cabinets de pédiatre donnaient un RDV avec un délai moyen d'attente de 4,4 jours ; 59 % des centres de PMI contactés donnaient un RDV par téléphone, avec un délai moyen de 18 jours (pour les autres centres, il fallait se rendre sur place pour compléter un dossier).

### Biais et limites méthodologiques :

De l'avis des auteurs, cette étude, réalisée au printemps, dans une région à forte densité de pédiatres par rapport aux autres régions françaises, doit s'analyser à l'aune de ces deux facteurs qui sont favorables à un délai court. Le mois de mai est, d'après les pédiatres, une période de moindre activité puisqu'il n'y a plus les épidémies virales de l'hiver.

La personnalité des enquêtrices peut influencer les résultats : dans l'étude, il s'agissait de 2 enquêtrices professionnelles de santé sur le point d'accoucher et donc très motivées et s'exprimant parfaitement bien.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Le biais concernant la région IDF où il existe une forte densité de pédiatres est à prendre en compte, impliquant la nécessité lors d'une enquête nationale de couvrir des zones géographiques à haute et faible densité de médecins ou de structures de soins.

Le biais concernant la période de l'enquête est également important mais se rapporte surtout aux activités à forte saisonnalité comme la pédiatrie. Il devra être discuté pour la future enquête l'opportunité de couvrir plusieurs périodes dans l'année.

La remarque des auteurs de l'article sur la personnalité des enquêtrices est intéressante : est-ce qu'une personne s'exprimant dans un français boiteux ou avec un accent étranger aurait obtenu le même résultat ?

**Titre :** Le palmarès des médecins les plus accessibles, ville par ville

**Auteurs :** Société Santéclair pour Capital

**Année :** 2013

**Type de document :** article de presse, revue Capital du 13/02/2013

**Objet :** mesurer les délais pour une consultation en secteur libéral auprès des ophtalmologues et gynécologues, et les scanners pré-implant dentaire

### **Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : demande de consultation en secteur libéral
- offre de soins : cabinets ophtalmologiques et gynécologiques en ville, cabinets de radiologie
- géographique : France
- période : mars-novembre 2012

### **Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : cabinets d'ophtalmologie et de gynécologie, cabinets de radiologie, en secteur 1 ou 2, répartis dans plus de 170 villes
- échantillon : 600 ophtalmologues et 500 gynécologues ; 470 cabinets de radiologie pour un scanner pré-implant dentaire (soit 10 % des effectifs totaux)
- type d'enquête : prise de RDV téléphonique en cabinet des ophtalmologues, gynécologues et radiologues
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : enquête téléphonique ramassée dans le temps ; certaines villes ont été éliminées car les données étaient parcellaires.
- questions posées : demande de RDV rapide et prix de la consultation

### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Délai d'obtention d'un RDV, après demande fictive au téléphone

### **Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Pour les ophtalmologues : 115 jours en moyenne et 39 euros en moyenne avec de fortes disparités entre villes : de Tulle, lanterne rouge de l'étude avec un délai de 385 jours, à Créteil avec 7 jours d'attente. Les prix les plus chers se situent à Carcassonne avec une moyenne de 77 euros.

Pour les gynécologues : 41 jours en moyenne et 36 euros en moyenne pour la consultation.

Pour les radiologues, pour un scanner pré-implant dentaire : 11 jours, et 146 euros.

### **Biais et limites méthodologiques :**

La moyenne ne constitue pas une donnée suffisante, mais l'étude fournit les données de dispersion par ville.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Cette procédure d'enquête par téléphone, centrée sur un laps de temps assez court, offre un avantage certain pour une étude quantitative sur les délais de RDV.

**Titre :** Contribution à la réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'enquêtes sur les délais d'attente des professionnels de santé

Eléments concernant les difficultés de rendez-vous avec les médecins spécialistes libéraux

**Auteurs :** ORS et URPS-ML Pays de la Loire

**Année :** 2013

**Type de document :** note de synthèse transmise par l'ORS

**Objet :** mesurer les délais d'accès à la médecine spécialisée

### **Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : demande de consultation de médecin spécialiste en secteur libéral par le MG
- offre de soins : cabinets de médecine générale
- géographique : Pays de la Loire
- période : fin 2012

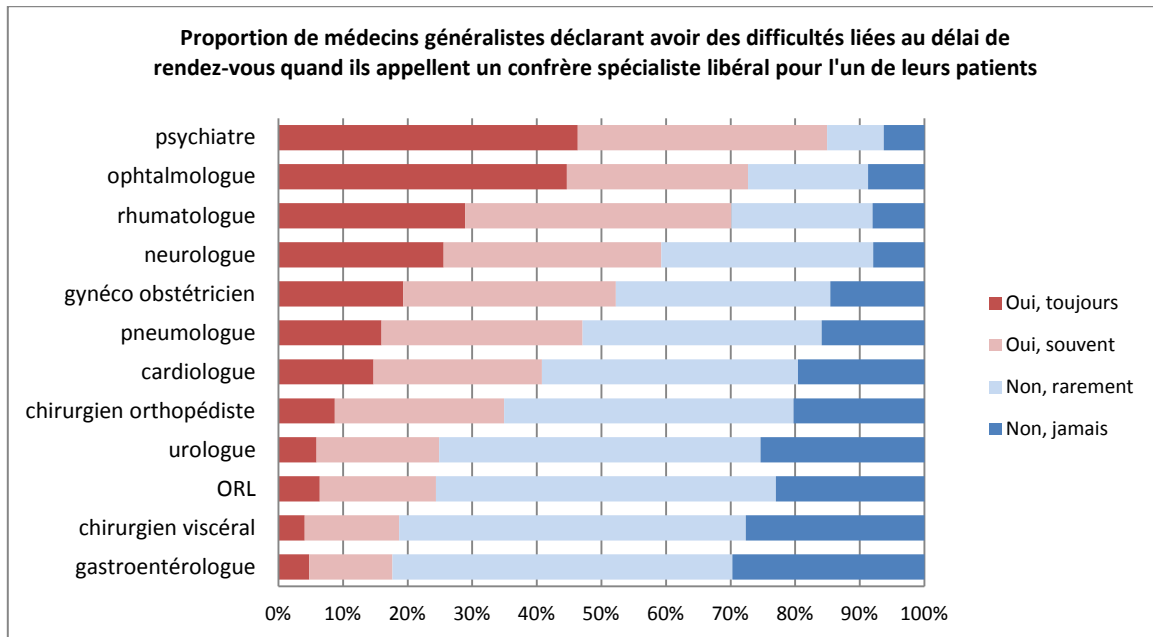
### **Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale des Pays de la Loire (partenariat DREES / ARS / ORS / URPS)
- échantillon : 336 MG
- type d'enquête : question posée au panel
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questions complémentaires sur les difficultés liées aux délais de RDV avec les médecins spécialistes libéraux
- questions posées :  
*"Lorsque, vous-même, vous appelez un confrère spécialiste libéral pour obtenir un rendez-vous rapidement pour l'un de vos patients, avez-vous des difficultés liées au délai de ce rendez-vous lorsqu'il s'agit d'un ...?"*  
Spécialités ciblées : psychiatrie, ophtalmologie, rhumatologie, neurologie, gynéco-obstétrique, pneumologie, cardiologie, chirurgie orthopédique, urologie, ORL, chirurgie viscérale et gastroentérologie

### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Taux de difficultés rencontrées en matière de délai de RDV quand le MG appelle un confrère spécialiste

### Principaux résultats sur les délais d'attente :



Une grande variabilité est observée selon les spécialités. Les délais de rendez-vous avec les psychiatres et les ophtalmologues sont les plus souvent perçus comme problématiques, devant les rhumatologues et les neurologues.

Une enquête spécifique menée sur la prise en charge de la dépression en 2011 sur le panel avait déjà souligné les difficultés d'accès aux psychiatres et psychologues : 38 % des médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent que « dans leur zone d'exercice, l'accès aux spécialistes de santé mentale est difficile » et 42 % « plutôt difficile »<sup>31</sup>, du fait de densités de professionnels très basses, soit 80 % au total (contre 79 % pour la France).

### Biais et limites méthodologiques :

Le questionnement ne permet pas d'obtenir des données quantitatives sur les délais, même s'il permet de cibler les zones de difficultés.

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

L'utilisation d'un panel de MG est un bon outil pour étudier les segments de parcours de soins qui suivent la consultation de MG.

<sup>31</sup> ORS Pays de la Loire, La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire, Panel de médecine générale, ORS / URPS-ML, mars 2013

## Enquêtes auprès des patients

---

**Titre** : Les difficultés d'accès aux soins de la population limousine

**Auteurs** : ORS Limousin, pour l'ARS

**Année** : présentation avril 2013

**Type de document** : rapport d'enquête

**Objet** : analyser les problèmes d'accès aux soins de la population limousine

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : demande de consultation et d'hospitalisation
- offre de soins : libérale et hospitalière
- géographique : région du Limousin sur les 3 départements (Creuse, Haute-Vienne, Corrèze)
- période : 2012-2013

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : la population limousine
- échantillon : 5000 foyers tirés au sort sur 150 communes (soit 1/5), sans relance
- type d'enquête : enquête postale à remplir par la personne du foyer la plus impliquée dans la santé
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaires strictement anonymes avec un taux de retour très bon (24 %)
- questions posées sur :
  - les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins libéraux ou hospitaliers,
  - la fréquence des renoncements aux soins,
  - les délais de RDV selon la discipline,
  - l'impact de la localisation géographique.

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Délais de rendez-vous pour les MG, dentistes, kinésithérapeutes, spécialistes médicaux et consultations hospitalières (délais médians)

Degré de satisfaction des personnes sur l'accès aux soins

Renoncement aux soins, et motifs (délais, coûts, distance, transports)

Ces données sont analysées selon l'âge, la localisation géographique des personnes (départements, rural/ville).

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

- pour les MG : un ou deux jours selon le département, satisfaction de la population
- pour les dentistes, les kinésithérapeutes et les radiologues : assez bonne accessibilité (une dizaine de jours)
- les spécialistes libéraux sont perçus comme peu accessibles puisqu'un délai médian de 3 semaines environ est nécessaire pour avoir un RDV (par exemple 20 jours pour le rhumatologue ou l'ORL)
- pour les ophtalmologues : un délai médian de 6 mois est nécessaire (dans la Creuse, 'seulement' 4 mois alors que le délai pour les médecins dans ce département est en général plus long)
- pour une consultation hospitalière externe, un délai de 30 jours est nécessaire

Dans plus d'un foyer sur 5, il est arrivé qu'une personne se rende aux urgences plutôt que chez un médecin en ville pour un problème de délai.

Dans plus d'un foyer sur 3, il est arrivé qu'une personne renonce à des soins pour un problème de délai (le plus souvent RDV chez un spécialiste ou un dentiste).



En hospitalisation, les causes de renoncement ne sont pas liées aux délais, mais plutôt à des contraintes personnelles ou professionnelles.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Les mesures de satisfaction sont intéressantes mais peu objectives.

Les analyses des données selon l'habitat géographique et l'âge n'ont pas identifié de fortes disparités.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Le délai pour un RDV auprès d'un MG n'est que de deux jours dans cette région rurale ; aussi, il semble, selon les résultats de cette enquête, qu'une focalisation de la problématique des délais sur certaines spécialités soit souhaitable. La spécialité qui vient en premier selon cette enquête est l'ophtalmologie, et de loin, avec 6 mois de délai médian (sachant que pour les autres spécialités, les délais ne dépassent pas un mois).

Selon cette enquête, la satisfaction en matière d'accessibilité aux soins varie peu selon le département ou la caractéristique rurale/urbaine, ou encore l'âge. Les caractéristiques à étudier seraient donc davantage du côté des médecins que du côté des patients...

Par contre, le renoncement aux soins en raison des délais est lié à l'âge du patient (et non à la position géographique).

**Titre :** Les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon

**Auteurs :** Joy Raynaud, JP Ortiz, URPS LR

**Année :** 2011

**Type de document :** rapport d'enquête

**Objet :** caractériser les difficultés pour obtenir une consultation chez un médecin libéral

### **Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : accès à une consultation du MG et des médecins spécialistes en secteur libéral
- offre de soins : MG, médecins spécialistes
- géographique : Région Languedoc-Roussillon
- période : 2010

### **Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : échantillon de la population
- échantillon : 1006 personnes sélectionnées selon le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le niveau de diplôme, et selon les zones d'habitation urbaines/rurales
- type d'enquête : enquête téléphonique auprès des patients
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : enquête téléphonique auprès des personnes en les interrogeant sur les facilités/difficultés rencontrées pour avoir une consultation auprès d'un MG ou d'un médecin spécialiste ; enquête réalisée par un organisme de sondage spécialisé, le CSA.
- questions posées : en cas d'obstacle, les questions posées consistent à caractériser les problèmes rencontrés : géographique, transport, financier, temps d'attente au cabinet, manque de disponibilité pour obtenir un RDV, âge.

### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Taux de difficulté pour consulter un médecin libéral liée au délai pour obtenir un RDV (l'étude abordant aussi les autres causes de difficultés).

### **Principaux résultats sur les délais d'attente :**

Les consultations de MG sont dans l'ensemble faciles à obtenir (71 % de la population n'a aucune difficulté), l'obstacle principal étant le temps d'attente au cabinet ; seuls 6 % indiquent avoir des difficultés liées à l'obtention d'un RDV.

Les consultations chez un spécialiste sont plus difficiles à obtenir (68 % rencontrent des difficultés), et la disponibilité du médecin pour donner un RDV constitue la première cause de difficulté (43 %). 25 % des patients ont renoncé au moins une fois à se rendre chez le spécialiste. Les difficultés les plus grandes sont observées pour l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynéco-obstétrique et les soins dentaires. Le manque de disponibilité du spécialiste pour obtenir un RDV est une difficulté qui concerne essentiellement les personnes âgées de 35 à 64 ans.

Les difficultés financières constituent une des dernières causes de difficultés rencontrées.

En résumé, le temps d'attente en cabinet (pour les MG) et les délais d'obtention d'un rendez-vous (pour les médecins spécialistes) sont les principaux obstacles de l'accès aux consultations en Languedoc-Roussillon.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Biais inhérents à une enquête menée auprès des patients.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

La procédure de l'enquête téléphonique permet d'avoir un échantillon important, sélectionné selon les critères statistiques de représentativité, de réaliser l'étude en général rapidement, d'être assuré que les personnes interrogées le sont par des enquêteurs 'neutres'.

**Titre :** Les Franciliens et le système de santé en Île-de-France

**Auteurs :** Harris Interactive, pour l'ARSIF

**Année :** 2012

**Type de document :** rapport d'enquête

**Objet :** évaluer la satisfaction dans l'accès aux soins des Franciliens

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : satisfaction vis-à-vis du système de santé et de l'accès aux soins
- offre de soins : libéral, hôpitaux, établissements de santé spécialisés tant pour les personnes âgées dépendantes que pour les personnes handicapées
- géographique : IDF
- période : 18 au 28 novembre 2011

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : Franciliens interrogés sur l'accès aux soins en libéral et dans les hôpitaux, ainsi que dans les établissements spécialisés pour handicapés, etc.
- échantillon : 1002 personnes représentatifs de la population d'IDF, âgée d'au moins 18 ans, à partir de « l'access panel Harris Interactive »
- type d'enquête : enquête par internet ; méthode des quotas et redressement appliqué aux variables suivantes : sexe, âge, CSP et département de l'interviewé(e).
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : sondage d'opinion
- questions posées : les questions posées réclamaient en général des réponses qualitatives du type : très satisfaisant, plutôt satisfaisant, plutôt pas satisfaisant, pas du tout satisfaisant, ou alors ne se prononce pas (toujours un faible pourcentage pour ce dernier). Les questions concernaient :
  - l'appréciation globale du système de santé en IDF,
  - l'appréciation selon des axes précis : qualité des soins, organisation du système de santé, qualité d'accueil, délais pour obtenir un RDV, égalité d'accès aux soins quel que soit l'endroit où l'on se trouve en IDF, ou quels que soient ses revenus,
  - les professionnels auxquels le patient s'adresse,
  - les critères de choix d'un professionnel ou d'un établissement (dont le délai d'attente),
  - la fréquence et les causes de renoncement aux soins,
  - l'exercice des droits des patients.

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Enquête qualitative : satisfaction vis-à-vis des délais d'attente, taux du critère « délai d'attente » pour le choix d'un professionnel ou d'un établissement, taux de renoncement aux soins pour des raisons de délai d'attente.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

70 % des personnes interrogées se disent non satisfaites pour les délais contre 27 % de satisfaites.

Le délai d'attente est un critère de choix du professionnel ou de l'établissement dans 88 % des cas.

Parmi les causes de renoncement aux soins, le délai d'attente trop important est cité par 30 % des personnes.

### Biais et limites méthodologiques :

Il s'agit d'une enquête par internet, ce qui cible une frange particulière de la population (résultat d'ailleurs repéré lors de la question sur la source de recueil des informations médicales par les personnes interrogées : 47 % indiquent recourir aux sites internet grand public). Ce type de biais est-il redressé lors de l'analyse statistique ?

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

L'avantage de ce type d'enquête par internet est la rapidité (10 jours), la facilité, le faible coût tant du point de vue du support de l'enquête, dématérialisé, que du nombre d'enquêteurs engagés. C'est donc un outil très intéressant, surtout pour la population jeune. Par contre pour les personnes âgées, un doute peut s'insinuer sur la cible et la taille de l'échantillon. Mais la société Harris Interactive est une société spécialisée en la matière... C'est donc sans aucun doute un mode d'enquête d'avenir, sous réserve de pouvoir redresser le biais lié à l'échantillonnage des seuls internautes.

La faiblesse de l'étude concerne les résultats qui ne sont que qualitatifs. Mais un même type d'enquête avec des questions demandant des réponses quantitatives (par exemple le délai de RDV lors de la dernière consultation passée auprès d'un MG) serait tout à fait possible, bien que dans ce cas-là, il s'agirait d'une enquête s'appuyant sur la mémoire des personnes, pas toujours fiable.

**Titre :** Baromètre santé des 50-65 ans

**Auteurs :** Observatoire Humanis / Harris Interactive / Université Paris Dauphine

**Année :** 2013

**Type de document :** présentation powerpoint de l'observatoire

**Objet :** évaluer l'accès aux soins des personnes de 50-65 ans et leurs ressentis sur le système de soins et son évolution

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : satisfaction vis-à-vis du système de santé et de l'accès aux soins
- offre de soins : professions libérales, hôpital
- géographique : France entière
- période : 30 mai au 24 juin 2013

### Méthodologie :

- cible d'enquête : personnes de 50-65 ans en population générale.
- échantillon : 1000 personnes représentatives des Français âgés de 50 à 65 ans, issues de l'Access Panel propriétaire d'Harris Interactive
  - dans une optique d'analyse longitudinale, des répondants des baromètres des anciennes vagues (2010, 2011, 2012) ont été inclus dans l'échantillon
  - un blog était disponible pour recueillir des avis qualitatifs complémentaires
- type d'enquête : enquête par internet ; méthode des quotas (sexe, âge, CSP et région d'habitation).
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : recueil des interviews en ligne par questionnaire auto-administré
- questions posées : les questions concernaient :
  - les activités et le style de vie,
  - la santé et l'accès aux soins,
  - les pistes d'amélioration de l'accès aux soins,
  - les évolutions perçues du système de soins.

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Enquête qualitative : taux de renoncement aux soins pour des raisons de délai d'attente.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Questions :

- S13. Pour quels motifs avez-vous renoncé ou reporté des soins ou actes médicaux auxquels vous auriez eu besoin au cours des 2 dernières années ?
- S13bis. Quel était le motif principal de ces reports ou renoncements ?

8 % des personnes interrogées indiquent qu'un délai de RDV trop long était la cause principale du renoncement ; toutes causes, ce taux atteint 20 %.

En outre, 2 % (en cause principale) indiquent que les horaires possibles ne correspondaient pas à leurs disponibilités (7 % toutes causes).

Les raisons financières sont de loin les principales causes de renoncement.

Dans une autre série de questions portant sur le ressenti en matière de difficultés d'accès, les disponibilités horaires constituent la réponse majoritaire pour les spécialités médicales, à commencer par l'ophtalmologie, et pour la médecine générale.

Enfin, le ressenti sur l'évolution du système de soins depuis 10 ans fait ressortir un taux significatif de personnes ne trouvant pas que « il est de plus en plus facile de réaliser un soin ou un acte médical (prise de rdv, délais...) » : 11 % des répondants ne sont pas du tout d'accord et 26 % sont plutôt pas d'accord avec cette affirmation.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Il s'agit d'une enquête par internet, ce qui cible une frange particulière de la population.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

L'avantage de ce type d'enquête par internet est la rapidité, la facilité, le faible coût tant du point de vue du support de l'enquête, dématérialisé, que du nombre d'enquêteurs engagés. C'est donc un outil très intéressant.

L'objet de l'étude étant de recueillir les opinions et ressentis des individus, on ne peut pas s'attendre à obtenir des données objectives sur les délais.

**Titre :** Les Français et la vue

**Auteurs :** J. Fourquet et A. Bourguine (IFOP), pour le SNOF (Syndicat national des ophtalmologues de France)

**Année :** 2011

**Type de document :** rapport d'enquête

**Objet :** caractériser la consultation en ophtalmologie en secteur libéral

### **Champ couvert par la publication :**

- demande de soins : consultation en ophtalmologie
- offre de soins : cabinet libéral d'ophtalmologue
- géographique : France
- période : du 25 au 27 octobre 2011

### **Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : population française
- échantillon : 1006 personnes, représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus ; la représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, CSP) après stratification par région et catégorie d'agglomération.
- type d'enquête : sondage
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : par questionnaire en ligne auto-administré (Computer Assisted Web Interviewing, CAWI)
- exemples de questions posées :
  - avez-vous une correction oculaire ?
  - qui vous paraît le plus compétent pour dépister d'éventuels problèmes aux yeux ?
  - à quelle fréquence allez-vous chez l'ophtalmologue ?
  - les délais d'attente pour obtenir un RDV chez un ophtalmologue vous semblent-ils... tout à fait acceptables, relativement acceptables, un peu longs, excessivement longs ?
  - beaucoup de cabinets d'ophtalmologues travaillent avec une équipe médicale qui effectue des examens avant la consultation proprement dite du médecin : êtes-vous favorable à ce type d'organisation ?
  - pour un simple suivi, accepteriez-vous d'être pris en charge par un membre de cette équipe ? (pour ces deux questions, la réponse est oui à environ 70 %, 80 % respectivement !)

### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Taux d'acceptabilité des délais d'attente pour obtenir un RDV (indicateur qualitatif)

### **Principaux résultats sur les délais d'attente :**

51 % des personnes jugent le délai excessivement long et 32 % un peu long. Par zone géographique, les taux de délais jugés excessivement longs sont les suivants :

- Nord-Est : 66 %
- Nord-Ouest : 61 %
- Sud-Ouest : 48 %
- Sud-Est : 44 %
- IDF : 33 %



**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

L'enquête est menée par des professionnels du sondage. On peut ainsi penser que les redressements effectués pour pallier les biais, surtout pour des enquêtes réalisées via internet, sont valides. La rapidité de réalisation de l'enquête est à souligner (3 jours) pour un échantillon de 1000 personnes interrogées.

C'est une enquête intéressante pour connaître l'opinion des gens sur leur prise en charge par un ophtalmologue ou par un membre de l'équipe médicale du cabinet, mais concernant les délais d'attente, les résultats sont globaux et peu précis...

**Titre :** Étude des délais d'attente dans différentes spécialités : une approche originale des relations entre demande et offre de soins locale

**Auteurs :** P. Le Fur et al.

**Année :** 2006

**Type de document :** article dans un rapport sur l'enquête ESPS

**Objet :** identifier si la densité de spécialistes influe sur les délais d'attente pour obtenir un RDV

**Champ couvert par la publication, en termes de :**

- demande de soins : accès aux spécialistes
- offre de soins : médecins consultés à leur cabinet, dans un centre de santé, en consultation externe à l'hôpital ou en clinique, mais pas ceux vus au cours d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences.
- géographique : France
- période : 2004

**Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : patients
- échantillon : ESPS 2004, introduisant un nouveau questionnement sur les séances de spécialistes : 8761 personnes ayant rempli ce volet
- type d'enquête : enquête ESPS, sur échantillon, reproduite à intervalles réguliers
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaire comportant une série de précisions sur la dernière séance de spécialiste lors des 12 derniers mois : mois et année, lieu de consultation, personne ayant conseillé la consultation, délai d'attente, souhait d'obtenir ce RDV rapidement, suivi régulier ou non, attente chez le spécialiste, durée de la consultation, prescriptions...

**Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Délai d'obtention de RDV pour un médecin spécialiste, par tranche de durée (<6 jours, 1 à 2 semaines, 3 à 4 semaines, 1 à 3 mois, plus de 3 mois), selon que cette séance se déroule dans le cadre d'un suivi régulier ou non.

**Principaux résultats sur les délais d'attente :**

25 % des séances ont eu un délai de RDV de moins de 6 jours, 21 % entre 1 et 2 semaines, 21 % entre 3 et 4 semaines, 27 % plus d'1 mois (avec 6,4 % de non réponses).

L'ophtalmologie et la gynécologie ont les délais les plus longs, à l'opposé de la radiologie, de l'ORL et de la pédiatrie. Hors séances planifiées dans le cadre d'un suivi régulier, la dermatologie ressort aussi comme une spécialité problématique.

Les délais semblent plus longs à l'hôpital ou en clinique qu'en cabinet et ce pour toutes les spécialités.

D'autre part, les délais d'attente sont moins longs lorsque la consultation de spécialiste a été conseillée au patient par un généraliste.

Globalement, une relation attendue de décroissance du délai d'attente avec la densité est observée dans seulement trois spécialités : l'ophtalmologie, la pédiatrie et la rhumatologie ; une densité plus élevée en secteur I comme en secteur II diminue les délais. Pour les autres spécialités, il n'y a pas de relation évidente entre délais d'attente et densités de spécialistes.

**Biais et limites méthodologiques :**

Enquête déclarative faisant appel à la mémoire des patients.

Un redressement est par ailleurs effectué en fonction du nombre de séances de spécialistes dans l'année par patient.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Cette étude pointe l'importance d'affiner l'analyse des délais en fonction de la spécialité, du cadre de la consultation (suivi régulier ou non, adressage par un généraliste ou non), du lieu de consultation. Par contre, les caractéristiques des patients semblent jouer peu de rôle comme déterminants des délais.

## Enquêtes auprès des patients et des médecins

---

**Titre :** L'accès aux soins en Ile-de-France : pratiques, ressentis et difficultés des usagers et des médecins libéraux franciliens

**Auteurs :** URPS médecins IDF/IFOP/Cemka Eval : B. Huynh et B. Elghozi, M. Broudic et J-M. Klein

**Année :** 2011

**Type de document :** 2 rapports, un rapport par volet : patients et médecins

**Objet :** analyser le ressenti des usagers et des médecins libéraux concernant l'accès aux soins en IDF

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : accès aux soins en IDF (médecine libérale, dentiste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien)
- offre de soins : médecine libérale (MG et spécialistes)
- géographique : IDF
- période : pour l'Ifop (patients) du 20 au 22 juillet 2010, et pour Cemka Eval (médecins) : envoi des questionnaires en juin 2010

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : les Franciliens et les médecins libéraux en IDF
- échantillon :
  - enquête usagers : 502 personnes représentatives de la population régionale âgées de 18 ans et plus, avec méthode des quotas ;
  - enquête médecins libéraux : sur les 2500 envoyés (sur les 23 720 médecins de la base URML), 307 questionnaires reçus.
- type d'enquête : sondage par Ifop, enquête par voie de questionnaire pour Cemka Eval
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : l'enquête Ifop a été réalisée par téléphone et l'enquête Cemka Eval par questionnaire auto-administré
- exemples de questions posées :
  - pour les patients :
    - quand avez-vous consulté pour la dernière fois ?
    - êtes-vous satisfait des professionnels que vous avez consultés ?
    - avez-vous déjà rencontré des difficultés pour consulter un professionnel de santé libéral ?
    - quelles sont les difficultés rencontrées ? etc.
  - Pour les médecins :
    - Caractéristiques du répondant et de sa patientèle
    - Observations vis-à-vis de l'accès aux soins
    - Coordination avec les autres professionnels
    - Pratiques tarifaires

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Enquête médecins : taux de difficultés d'accès aux soins pour des raisons de délais de RDV, en Île de France d'une part, dans leur pratique d'autre part.

Enquête patients : satisfaction vis-à-vis des délais de RDV, taux de difficultés rencontrées dans l'accès aux soins liées aux délais de RDV.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

On note une satisfaction générale des Franciliens vis-à-vis de leurs médecins libéraux, avec un sentiment partagé, toutefois, sur les délais de RDV : à la question « concernant votre médecin, de quels éléments êtes-vous le plus satisfait ? » 19 % citent les délais de RDV ; et à la question « concernant votre médecin, de quels éléments êtes-vous le moins satisfait ? », 26 % citent les délais de RDV. Il n'y a pas de difficultés dans l'accès aux soins pour les Franciliens dans 71 % des cas. Lorsqu'il y avait des difficultés pour rencontrer un professionnel de santé libéral (dans les 29 % de cas restants), c'est très majoritairement en raison des délais trop longs pour avoir un RDV (86 %).

Le ressenti des médecins dans l'accès aux soins est en partie différent de celui des patients ; 60 % des médecins estiment que les Franciliens rencontrent des difficultés d'accès aux soins d'une manière générale, 44 % évoquant des problèmes dans les délais de RDV. Par contre, dans leur pratique, des difficultés d'accès en raison des délais de RDV sont citées dans 15 % des cas seulement.

42 % estiment qu'ils sont toujours en mesure de recevoir leurs patients dans le délai souhaité ; 47 % ne sont occasionnellement pas en mesure de recevoir leurs patients dans le délai souhaité ; 10 % ne sont souvent pas en mesure de recevoir leurs patients dans le délai souhaité. Et 36 % des médecins déclarent refuser occasionnellement des nouveaux patients (dans la moitié des cas, en raison d'une surcharge de travail).

Cette relative discordance entre la vision de leur pratique et la vision de la situation francilienne en général peut sans doute s'expliquer par les difficultés rencontrées par les médecins dans l'adressage d'un patient à un confrère d'une autre spécialité (citées par 41 % d'entre eux au total, et 56 % parmi les médecins généralistes) ou en hospitalisation (34 %).

### Biais et limites méthodologiques :

Les discordances entre les ressentis des patients et des médecins sont intéressants et peuvent sans doute s'expliquer, mais pour une étude sur les délais (ce qui d'ailleurs n'était pas l'objectif), ce type d'enquête qualitative n'est pas conclusive.

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

Une enquête qualitative est intéressante pour connaître les propositions des patients pour améliorer l'accès aux soins, et l'on voit dans cette étude que la première mesure serait de travailler sur les horaires des praticiens (élargir ou mieux respecter les horaires de RDV), suivie de près par l'amélioration de la qualité de la relation.

De cette étude, il est remarquable de noter qu'en IDF, il n'y a pas de gros problème d'accès aux soins et pas, ou peu, de problème de délai pour une prise de RDV, ce qui est très différent d'autres régions françaises.

**Titre :** Observatoire JALMA de l'accès aux soins – édition 2011

**Auteurs :** IFOP, pour le cabinet de conseil JALMA

**Année :** 2011

**Type de document :** communiqués de presse et présentation de l'étude

**Objet :** mesurer le délai d'attente pour obtenir un RDV en consultation

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : demande de RDV auprès du MG et des spécialistes
- offre de soins : médecins en secteur libéral et hospitalier
- géographique : France
- période : du 29 août au 4 septembre 2011 (patients), et du 3 au 5 octobre 2011 (médecins)

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête :
  - personnes désirant une consultation chez un médecin en secteur libéral ou hospitalier ;
  - cabinets médicaux
- échantillon :
  - 1001 personnes de plus de 18 ans désirant une consultation
  - 506 cabinets médicaux libéraux (dont 61 ophtalmologues) et 100 cabinets ou services hospitaliers (50 cardiologues, 50 radiologues)
- type d'enquête : sondage en ligne auprès des personnes ayant consulté un médecin et interrogation des cabinets de médecins
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation :
  - pour le public : sondage en ligne réalisé par l'Ifop pour le cabinet Jalma. Méthode des quotas. Les interviews ont eu lieu par questionnaire auto-administré en ligne (CAWI).
  - Pour les médecins : interviews par téléphone sur le lieu de travail
- Exemples de questions posées :
  - La dernière fois que vous avez souhaité consulter les professionnels de santé suivants, quels ont été les délais d'attente pour obtenir un RDV ? (médecins libéraux : MG, radiologue, rhumatologue, psychiatre, cardiologue, ORL, dermatologue, gynécologue et ophtalmologue ; médecins hospitaliers : radiologue, cardiologue).
  - Vous est-il arrivé de renoncer à des soins à cause de : la difficulté d'obtenir un RDV dans un délai suffisamment rapide, du coût de la consultation, de son éloignement géographique ?
  - Au cours des 10 prochaines années, pensez-vous que l'accès aux soins en France va s'améliorer ou se détériorer ?
  - Diriez-vous que les médecins spécialistes et MG sont bien ou mal répartis sur l'ensemble du territoire ?

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Délais d'obtention d'un RDV déclaré par les personnes interrogées concernant leur dernière consultation.

Délais de RDV donnés en moyenne par le médecin.

Taux de renoncement aux soins en raison des délais de RDV : chez un MG, chez un spécialiste.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Le délai en France serait en moyenne, d'après les personnes interrogées, de 4 jours chez le MG mais 103 jours pour un ophtalmologue, 51 jours pour un gynécologue, 38 jours pour un dermatologue, 28 ou 29 jours pour un cardiologue, un ORL, un psychiatre, un rhumatologue, 13 jours pour un radiologue ; les délais sont un peu plus

longs en secteur hospitalier (31 jours contre 29 jours pour une consultation en cardiologie, 21 jours contre 13 en radiologie) ; ainsi 58 % des Français renonceraient à aller voir un spécialiste à cause des délais (plus que pour des raisons de distance), et 33 % ont déjà renoncé plusieurs fois (38 % et 19 % respectivement pour le MG).

La perception des délais est tout autre chez les médecins car ils affirment proposer des délais de RDV plus courts : par exemple, les ophtalmologues affirment proposer un délai de 21 jours en moyenne (30 jours pour les non urgents et 13 jours pour les urgences), les gynécologues 19 jours, les dermatologues 25 jours, les radiologues 2 jours, etc.

L'interprétation des auteurs en est que « les praticiens et leurs patients ne sont pas disponibles aux mêmes moments ».

### **Biais et limites méthodologiques :**

Données fondées d'une part sur la mémoire des patients et d'autre part sur le 'ressenti' des médecins.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Il est intéressant de remarquer que, en ce qui concerne les délais de RDV, qui correspondent en principe à des données chiffrables, les patients et les médecins ne sont pas d'accord. Des approfondissements apparaissent nécessaires pour objectiver ces écarts.

**Titre :** Demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : Étude Urgences en Dermatologie libérale (ET.U.DE)

**Auteurs :** D. Penso-Assathiany et al.

**Année :** 2007

**Type de document :** article

**Objet :** caractériser les demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : consultation de dermatologie en urgence en secteur libéral
- offre de soins : cabinets de dermatologie
- géographique : France
- période : 2004 :
  - 1<sup>ère</sup> phase : une semaine d'activité normale choisie par chaque médecin
  - 2<sup>ème</sup> phase : semaine du 29 mars au 3 avril 2004

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : cabinets de dermatologie libérale et patients s'étant présentés en urgence
- échantillon : 40 dermatologues volontaires, 613 patients demandant une consultation en urgence, ce qui a donné 538 questionnaires remplis
- type d'enquête : enquête prospective
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation, questions posées :
  - 1<sup>er</sup> questionnaire rempli par le praticien : caractéristiques personnelles, mode d'exercice, enregistrement prospectif du nombre de malades vus (en consultation programmée, en urgence) et du délai moyen de RDV
  - 2<sup>ème</sup> phase : 3 questionnaires :
    - un rempli par la personne répondant à l'appel téléphonique : motif de consultation, âge, date de début des symptômes
    - un par le patient lui-même, en salle d'attente : caractéristiques socio-démographiques, symptomatologie
    - un par le médecin, à l'issue de la consultation : diagnostics, jugement sur le degré d'urgence

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

L'étude portait moins sur les délais que sur la perception des urgences et le besoin ressenti des patients pour avoir une consultation en urgence.

Concernant les délais, l'indicateur a été le délai moyen de RDV donné aux patients durant une semaine d'activité normale.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Lors de la 1<sup>ère</sup> phase, sur le questionnaire concernant les médecins, le délai moyen d'obtention de RDV, quelle que soit l'heure est de 20 jours (1-90) en moyenne, et de 32 jours (2-120) pour un RDV demandé après 17 heures.

Selon les dermatologues, l'urgence était justifiée dans les 48 heures dans un tiers des cas.

### Biais et limites méthodologiques :

Lors de la 2<sup>ème</sup> phase de l'étude, les dermatologues avaient volontairement allégé leur agenda afin de recevoir les appels en urgence et de pouvoir répondre par une consultation en moins de 48 heures. Mais une des fai-



blesses reconnues par les auteurs est qu'il n'y avait pas de consensus entre les dermatologues sur le degré d'urgence.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Il est toujours intéressant de noter les différences de ressentis entre les patients et les médecins, via une enquête à la fois quantitative et qualitative.

On peut noter l'approche suivie ici pour mesurer les délais : recueil prospectif sur une semaine par le médecin lui-même.

## Méthodologie

---

**Titre :** Development and feasibility of a set of quality indicators relative to the timeliness and organisation of care for new breast cancer patients undergoing surgery

**Auteurs :** Marie Ferrua et al.

**Année :** 2012

**Type de document :** article publié dans BMC Health Services Research

**Objet :** mesurer la qualité des soins apportés aux patientes atteintes d'un cancer du sein grâce à des indicateurs fiables

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : avant et après intervention chirurgicale pour cancer du sein
- offre de soins : secteur hospitalier
- géographique : France : 23 puis 60 hôpitaux (sur 633 contactés)
- période : 2008 pour le premier test (début 2007 pour choisir les experts...) et 2009 pour le second test

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : parcours des patientes atteintes d'un cancer du sein subissant une intervention chirurgicale en termes de rapidité d'obtention de ces soins essentiellement
- échantillon : cible de 80 patients dans chaque établissement enquêté. Au total, lors de la 1<sup>ère</sup> vague, 1 770 dossiers ont pu être analysés ; lors de la 2<sup>ème</sup> vague, ce sont 3624 dossiers qui ont été analysés.
- type d'enquête : 8 indicateurs sont utilisés (programme COMPAQ-HPST) : voir ci-dessous
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : recueil par les hôpitaux, dossiers médicaux analysés manuellement, sur la base de grilles d'instruction pour chaque indicateur
- questions posées : voir ci-dessous

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés et [résultats (score de conformité moyen)] :

Question 1 : délai d'attente pour le 1<sup>er</sup> RDV chirurgical [résultat non valide]

Question 2 : délai pour avoir l'intervention : proportion de patients ayant l'intervention dans les 21 jours après le 1<sup>er</sup> RDV avec le chirurgien [58 %]

Question 3 : délai pour tenir la RCP post-opératoire : proportion de patients ayant la RCP post-opératoire dans les 14 jours après l'intervention [60 %]

Question 4 : délai d'attente pour le RDV après chirurgie : proportion de patients ayant eu un RDV dans les 14 jours après la RCP post-opératoire [84,5 %]

Question 5 : délai du 1<sup>er</sup> traitement post-opératoire : proportion de patients dont le traitement après l'intervention a été initialisé dans les 30 jours pour la chimiothérapie et 56 jours pour la radiothérapie après intervention [47,5 %]

Question 6 : information du patient : proportion de patients recevant une information complète avant intervention [13 %]

Question 7 : traçabilité de l'information concernant le pronostic : proportion de patients pour lesquels le dossier médical contient les informations sur le diagnostic et le pronostic [70 %]

Question 8 : conformité de la RCP post-opératoire : proportion de patients [46 %]

Sur ces 8 indicateurs, le 1<sup>er</sup> a été sujet à des mauvaises interprétations. Trois de ces indicateurs peuvent être appliqués dans l'immédiat, à savoir le délai pour accéder à l'intervention chirurgicale, le délai pour la RCP post-chirurgicale et la conformité de cette RCP post-opératoire ; les 4 autres indicateurs sont utilisables seulement dans les hôpitaux offrant la possibilité de l'intervention chirurgicale et l'ensemble des soins post-opératoires.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Des mauvaises interprétations sont évoquées dans certains indicateurs. Le pire cas a été le 1<sup>er</sup> indicateur car les personnels des hôpitaux ont compris différents points de départ : délai pour avoir le RDV, date de la lettre du MG... Mais, par exemple pour le 2<sup>ème</sup> indicateur qui paraît pourtant clair, des discussions existent aussi : est-ce qu'il s'agit du RDV au moment de la décision de l'intervention chirurgicale ou du RDV au moment où le chirurgien suspecte un cancer et demande d'autres examens avant de prendre sa décision ?

D'autres limitations sont liées à la disponibilité des données dans les dossiers médicaux, surtout quand les soins sont partagés entre plusieurs établissements. Ainsi, des questions n'ont pu être évaluées pour certains hôpitaux qui ne proposent pas les soins et prises en charge post-opératoires (questions 4 et 5) et cette situation était d'autant plus complexe quand les établissements avaient un statut différent (public, privé lucratif ou non).

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Des questions qui paraissent précises, demandant des résultats quantitatifs comme une durée et la proportion de patients au-delà d'un certain seuil, peuvent tout de même être ambiguës, notamment pour la date de début du délai. Il faut donc être extrêmement vigilant quant aux précisions données dans la définition des indicateurs, sinon l'enquête devient inexploitable (comme ce fut le cas dans l'étude pour la 1<sup>ère</sup> question).

Il faut peut-être prendre en compte le fait que chaque pays a ses propres standards pour les délais d'attente, ce qui doit être présent à l'esprit des enquêteurs pour fixer et analyser les durées et taux cibles.

De récentes expériences comme aux Pays-Bas ont montré que l'utilisation de ces indicateurs peut améliorer la prise en charge des patients puisqu'aucun des 9 indicateurs mesurés en 2002 ne répondait aux objectifs alors qu'en 2008, 4 y répondaient avec des améliorations pour les autres.

**Titre :** Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments

**Auteurs :** Isabelle Gasquet et al.

**Année :** 2004

**Type de document :** article

**Objet :** élaborer un questionnaire de satisfaction des patients auto-administré en consultation externe

### Champ couvert par la publication :

- offre de soins : consultations externes hospitalières
- géographique : APHP (3 établissements)
- période : 2002

### Méthodologie :

- cible d'enquête : patients des consultations externes
- échantillon : première phase : 1007 patients ayant rempli un questionnaire ; deuxième phase : 248 patients
- type d'enquête : test de questionnaires
  - des questionnaires ont été construits afin de cibler les facteurs influençant la satisfaction des patients en consultation externe hospitalière
  - un questionnaire à remplir à l'hôpital, un à la maison immédiatement après la consultation externe et un à distance de celle-ci
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaire sur papier et e-mail
- questions posées, données recueillies :
  - des items sur l'attente de prise de RDV, la satisfaction concernant l'accueil en consultation, le temps d'attente, le médecin consulté... (27 items intégrant 4 sous-échelles)
  - éléments sur le patient : l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, la satisfaction générale dans la vie, les problèmes médicaux, etc.

Il résulte de cette étude qu'une enquête de satisfaction des patients en consultation externe peut apporter de bonnes estimations de l'opinion des patients mais les résultats de l'enquête doivent être ajustés selon 3 variables qui ont tendance à être associées à une satisfaction des patients élevée, à savoir l'âge, le degré de satisfaction dans la vie en général et le fait d'avoir déjà été en consultation dans le service. De plus, il est préférable que les patients remplissent le questionnaire chez eux plutôt qu'à l'hôpital (où il y a une tendance à une surestimation de la satisfaction).

### Biais et limites méthodologiques :

Selon les auteurs, le fait que tous ne répondent pas constitue un biais puisque l'on peut penser que ceux qui ne répondent pas sont insatisfaits...

Un autre biais non évoqué dans l'article est le manque de précision dans de telles enquêtes qualitatives. Ainsi des incohérences peuvent apparaître dans les réponses des patients.

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

Les enquêtes de satisfaction vont montrer des résultats liés à l'état physique et psychologique du patient (l'âge, la capacité à être heureux dans sa vie...), ce qui paraît peu intéressant. De plus, en absence de demande chiffrée comme une durée, les réponses qualitatives révéleront certaines incohérences, par exemple une insatisfaction globale de leur état, même si la prise en charge est apparue appropriée.

## Comparaisons internationales

---

**Titre :** Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries

**Auteurs :** L. Siciliani, J. Hurst

**Année :** 2003

**Type de document :** rapport OCDE

**Objet :** analyser la problématique des temps d'attente dans les pays de l'OCDE (12 pays mais la France ne figure pas dans la liste) en matière de chirurgie programmée

### Méthodologie :

La méthodologie pour mesurer les délais varie d'un pays à l'autre, mais les informations figurent, pour les pays étudiés, dans les bases administratives (permettant de couvrir une grande part de la population) ; le recueil a été effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire portant sur dix protocoles non urgents dans 12 pays où les délais d'attente sont préoccupants : prothèse de hanche, prothèse de genou, cataracte, varices, hystérectomie, prostatectomie, cholécystectomie, hernie inguinale et fémorale, pontage coronarien, angioplastie.

La moyenne et la médiane sont demandées.

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Les auteurs discutent la question du point de départ et du point final de l'attente.

« Un point de départ hypothétique pourrait correspondre au moment où l'examen diagnostique d'un patient par un chirurgien indique qu'une pathologie susceptible de bénéficier d'une intervention chirurgicale a atteint un certain seuil au-delà duquel un protocole donné devient nécessaire, seuil défini par un ensemble de directives cliniques reconnues (à supposer que le patient donnerait son accord pour l'intervention). Un point de départ plus aisément identifiable est la date à laquelle le patient est adressé pour la première fois par un médecin généraliste (ou par un spécialiste non chirurgien) à un chirurgien chargé de donner son avis chirurgical. Le laps de temps qui s'écoule entre la démarche du généraliste et le diagnostic du chirurgien est appelé « délai d'attente externe ». Un troisième point de départ possible est le moment où le chirurgien évalue la nécessité d'une intervention chirurgicale pour le patient et programme un traitement futur ou l'inscrit sur une liste d'attente formelle en vue d'une opération – sous réserve de l'acceptation du patient. L'intervalle entre l'inscription sur la liste et le moment où le patient est admis pour l'intervention est appelé « délai d'attente en interne » ou « délai d'attente des patients admis » (le terme « en interne » inclut ici les traitements en ambulatoire). Cette mesure exclut les patients inscrits dans la liste mais n'ayant pas reçu de traitement, en raison, par exemple, d'une guérison, d'un changement d'avis sur l'intervention chirurgicale, d'un déménagement, ou de leur décès alors qu'ils figurent encore sur la liste d'attente. Une autre mesure de l'attente « en interne » qui prend en compte ces patients consiste à recenser les patients sur la liste d'attente à un moment donné et à calculer la durée moyenne écoulée entre l'inscription des patients sur la liste d'attente et la date du recensement. On enregistre ainsi des attentes inachevées. Cette mesure, disponible pour certains pays, est appelée « délai d'attente des patients sur la liste ». »

En pratique, la définition la plus utilisée est la durée « en interne » ou « des patients admis » (8 pays sur 12). Mais d'autres pays fournissent le délai d'attente des patients sur liste (3 pays) ou le délai total (interne + externe) (2 pays).

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Les délais d'attente sont variables d'une intervention à l'autre et entre pays. Ils sont corrélés aux capacités (lits, nombre de médecins). Les pays à forte dépense de santé ont les délais les plus bas. La variable la plus critique est la disponibilité des médecins. Le paiement à l'acte favorise des délais plus courts.

Les pays ne déclarant pas de délais d'attente, en moyenne, dépensent davantage en soins, ont une capacité plus élevée (en termes de lits de soins aigus et de médecins) et dépendent plus souvent de systèmes de financement fondés sur l'activité pour les hôpitaux et sur la rémunération à l'acte pour les médecins (et non sur le salariat).

Précisément, pour la France, qui ne figure pas parmi les pays où les délais d'attente sont mesurés, car ils sont réputés ne pas constituer un problème, les raisons suivantes sont invoquées :

- Libre accès aux spécialistes
- Paiement à l'acte en secteur libéral, et paiement à l'activité en cliniques privées
- Fortes capacités en lits
- Forte densité de médecins spécialistes
- Fortes dépenses de santé
- Activité importante en chirurgie

**Titre :** Waiting time policies in the Health Sector, What works ?

**Auteurs :** L. Siciliani et al.

**Année :** 2013

**Type de document :** livre<sup>32</sup>

**Objet :** analyser la problématique des temps d'attente dans les pays de l'OCDE (13 pays mais la France ne figure pas dans la liste) et les politiques menées pour y répondre

### **Méthodologie :**

La méthodologie pour mesurer les délais varie d'un pays à l'autre.

Pour les soins primaires, le temps d'attente dépend de ce qui est pris en compte comme date de début et date de fin du délai : prise de RDV, contact avec le MG, examens de laboratoire et autres examens complémentaires, décision thérapeutique ...

Pour les soins chez un spécialiste, il en est de même avec en outre, une discussion sur le début de la séquence : la date où le MG adresse le patient au spécialiste (Danemark, Portugal, Suède...), la date à laquelle le spécialiste reçoit ce courrier (Pays-Bas, Royaume Uni...), ou le RDV avec le médecin spécialiste.

Le délai peut être apprécié en moyenne, en médiane, en percentiles. Ou encore est mesuré le taux de patients attendant plus qu'un certain seuil (3 ou 6 mois). La distribution des délais d'attente est asymétrique avec une longue queue dans les longs délais.

Deux distributions sont étudiées : celle des délais des patients traités pendant une certaine période, celle des délais de patients d'une cohorte à partir d'une date donnée.

Plusieurs sources sont possibles : des enquêtes ad hoc, ou des données administratives (sur une liste de procédures).

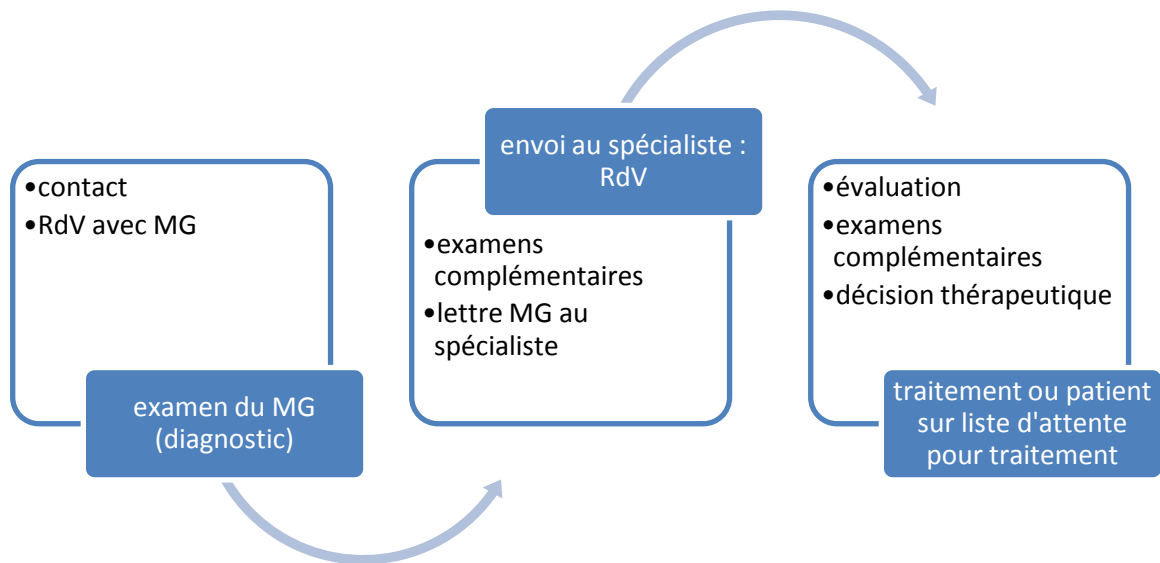
### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

Il y a typiquement 4 étapes dans le parcours de soins :

- consultation du MG
- réalisation des examens complémentaires demandés
- décision du MG qui peut en référer au spécialiste
- réalisation des examens supplémentaires demandés par le spécialiste

En résumé, le schéma ci-dessous indique toutes les étapes à partir desquelles des délais d'attente peuvent être mesurés :

<sup>32</sup> [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works\\_9789264179080-en#page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en#page1)



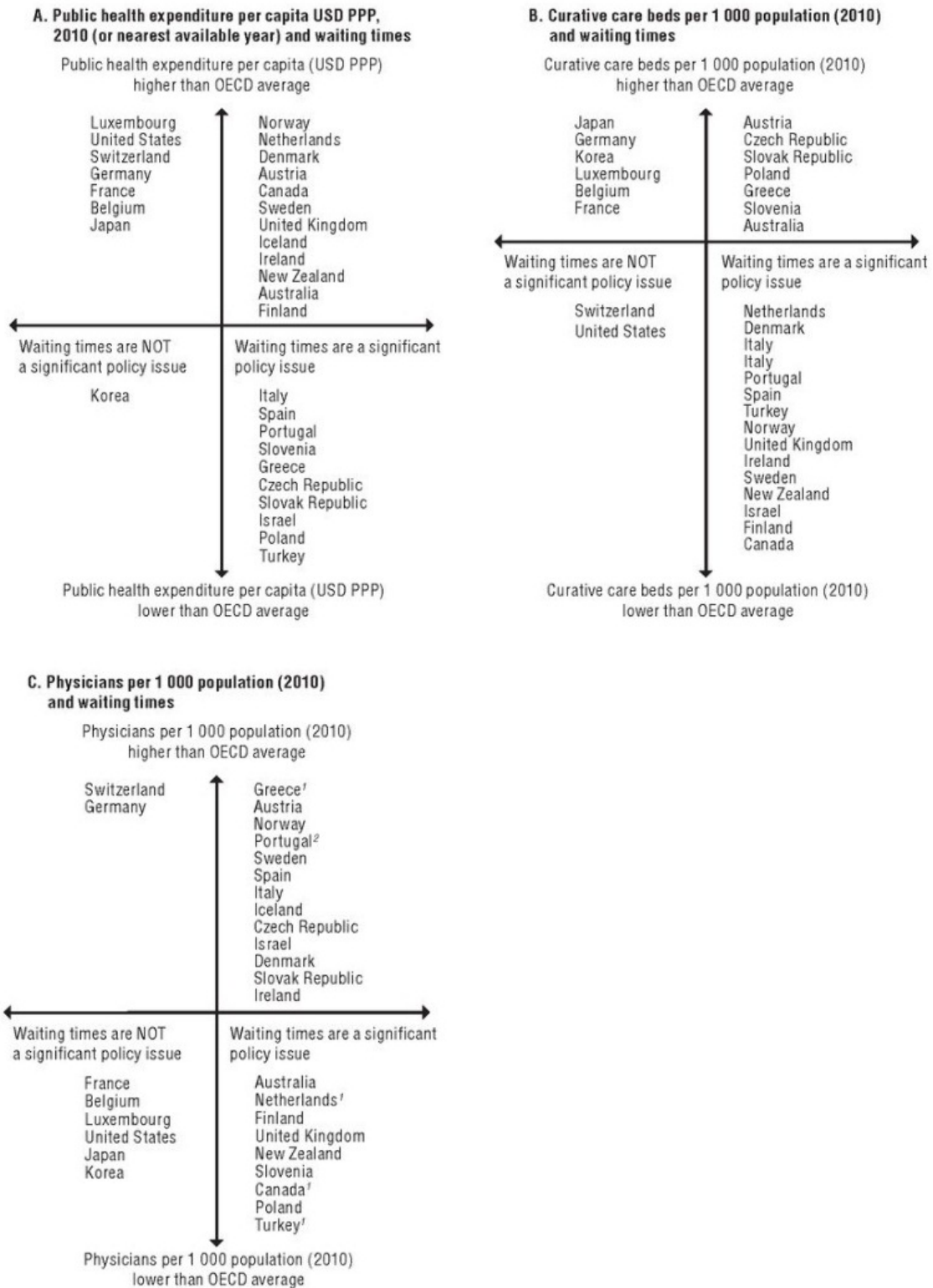
Certains pays comme les pays nordiques mesurent le temps global entre la consultation du MG référent et le traitement. Pour le cancer, le temps de traitement étant beaucoup plus long que pour les autres pathologies, ce temps d'attente est fragmenté selon les étapes du traitement.

Les délais d'attente sont en général mesurés pour les interventions chirurgicales sur la hanche, le genou, la cataracte, et certaines spécialités comme l'ophtalmologie et l'orthopédie, ou des examens complémentaires comme l'IRM.

Il existe dans de nombreux pays des discussions sur les listes d'attente (qui apparaissent dès lors que le flux à la sortie de ces listes est inférieur au flux à l'entrée) et l'impact de ces listes sur les délais d'attente.

**À noter que la France est considérée comme un pays où ce problème des délais d'attente n'est pas une question politique significative, ainsi que le présentent les graphiques ci-après.**



Figure 1.4. **Public health expenditure and waiting times**

1. Doctors are classified as "professionally active" meaning that data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
2. Data refer to all doctors who are licensed to practice.

**Titre :** In chronic condition : Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries

**Auteurs :** Schoen et al.

**Année :** 2008

**Type de document :** article

**Objet :** comparer la qualité des prises en charge entre plusieurs pays sur différents indicateurs, dont les délais d'attente

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : accès aux soins pour les malades chroniques
- offre de soins : l'ensemble des structures de soins
- géographique : Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nlle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis
- période : mars à mai 2008

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : patients de 18 ans et plus, atteints d'une maladie chronique
- échantillon : Commonwealth Fund International Health Policy Survey : initialement 750 patients malades en Australie et Nlle-Zélande, 1000 aux Pays-Bas, 1200 en France, Allemagne, Royaume-Uni et États-Unis, 2600 au Canada, en limitant l'échantillon aux patients atteints d'une des 7 maladies chroniques étudiées (HTA, maladie cardiaque, diabète, arthrite, problèmes pulmonaires, cancer, dépression)
- type d'enquête : interviews de patients
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaire élaboré par des chercheurs du Commonwealth Fund et Harris Interactive, administré par téléphone (entretien de l'ordre de 17 min)
- questions posées : affections subies, assurance santé, utilisation du système de soins, perception du fonctionnement du système de soins, dépenses personnelles pour les soins, problèmes d'accès, existence d'un médecin traitant, délai de RDV, conduite en cas d'urgence, coordination des soins, organisation de la sortie de l'hôpital, prescriptions, erreurs médicales, communication avec le médecin...

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Proportions de réponses aux questions suivantes :

- la dernière fois que vous avez été malade, avec quelle rapidité avez-vous pu avoir un RDV chez un médecin ? (le même jour, le lendemain, 6 jours ou plus, jamais)
- délai d'attente pour un RDV chez un spécialiste : moins de 4 semaines / 1 à 2 mois / plus de 2 mois

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Un RDV est pris chez le médecin en cas de besoin le même jour ou le lendemain dans 37 % des cas au Canada, 43 % aux États-Unis, 51 % en Australie, 59 % en Allemagne, 60 % en France, 62 % au Royaume-Uni, 74 % en Nlle-Zélande, 84 % aux Pays-Bas.

Pour les spécialistes, les RDV obtenus en moins de 4 semaines sont observés pour 40 % des cas au Canada, 42 % au Royaume-Uni, 45 % en Australie et Nlle-Zélande, 55 % en France, 68 % en Allemagne, 69 % aux Pays-Bas, 74 % aux États-Unis.

### Biais et limites méthodologiques :

Les données sont déclaratives.

L'ensemble des médecins spécialistes est agrégé ; on ne peut pas faire la différence par spécialité.

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Ce type d'enquête menée dans de nombreux pays permet d'évaluer l'impact des organisations des systèmes de santé, des statuts assurantiels, des politiques menées sur un certain nombre d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins. À cet égard, la France n'est pas particulièrement bien placée sur les indicateurs de délais d'attente.

Le questionnement sur les délais mériterait toutefois d'être plus précis, par catégorie de médecin, par type de problème de santé, etc.

**Titre :** The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in eleven countries

**Auteurs :** Schoen and Osborn

**Année :** 2010

**Type de document :** présentation

**Objet :** comparer la qualité des prises en charge entre plusieurs pays sur différents indicateurs, dont les délais d'attente

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : accès aux soins
- offre de soins : l'ensemble des structures de soins
- géographique : Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nlle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis
- période : mars à juin 2010

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : patients de 18 ans et plus
- échantillon : 3 552 Australie, 3 302 Canada, 1 402 France, 1 005 Allemagne, 1 001 Pays-Bas, 1 000 Nouvelle-Zélande, 1 058 Norvège, 2 100 Suède, 1 306 Suisse, 1 511 Royaume Uni, 2 501 États-Unis
- type d'enquête : interviews de patients
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : questionnaire élaboré par des chercheurs du Commonwealth Fund et Harris Interactive, administré par téléphone (entretien de l'ordre de 17 min)
- questions posées : affections subies, assurance santé, utilisation du système de soins, perception du fonctionnement du système de soins, dépenses personnelles pour les soins, problèmes d'accès, existence d'un médecin traitant, délai de RDV, conduite en cas d'urgence, coordination des soins, organisation de la sortie de l'hôpital, prescriptions, erreurs médicales, communication avec le médecin...

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Proportions de réponses aux questions suivantes :

- la dernière fois que vous avez été malade, avec quelle rapidité avez-vous pu avoir un RDV chez un médecin ou une infirmière ? (le même jour, le lendemain, 6 jours ou plus, jamais)
- délai d'attente pour un RDV chez un spécialiste ces deux dernières années : moins de 4 semaines / 1 à 2 mois / plus de 2 mois
- délai d'attente pour une chirurgie programmée ces 2 dernières années : moins d'1 mois / 1 à 4 mois / plus de 4 mois
- de ressenti de temps perdu ces deux dernières années à cause d'un trop long délai pour un RDV chez un spécialiste ou pour un examen complémentaire

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Un RDV est pris chez le médecin en cas de besoin le même jour ou le lendemain dans 45 % des cas au Canada, 57 % aux États-Unis, 65 % en Australie, 66 % en Allemagne, 62 % en France, 70 % au Royaume-Uni, 78 % en Nlle-Zélande, 72 % aux Pays-Bas, 45 % en Norvège, 57 % en Suède, 93 % en Suisse.

Pour les spécialistes, les RDV obtenus en moins de 4 semaines sont observés pour 41 % des cas au Canada, 72 % au Royaume-Uni, 54 % en Australie, 61 % en Nlle-Zélande, 53 % en France, 83 % en Allemagne, 70 % aux Pays-Bas, 80 % aux États-Unis, 50 % en Norvège, 45 % en Suède, 82 % en Suisse. L'étude observe que les revenus n'ont pas d'impact sur ce paramètre en général, mais aux Pays-Bas, en Nlle-Zélande et en Australie, les

hauts revenus ont significativement une proportion moindre que les bas revenus de RDV à plus de 2 mois (c'est l'inverse en Suisse).

En matière de chirurgie programmée, les délais de moins d'1 mois vont de 34-35 % (Canada, Suède) à 78 % (Allemagne), la France étant à 46 %. Les délais de plus de 4 mois s'échelonnent entre 0 % (Allemagne) à 25 % (Canada), la France se situant à 7 %.

Le % de patients indiquant une perte de temps ces deux dernières années en raison d'une attente trop longue pour un RDV spécialisé se répartit entre 9 % (Suisse) et 25 % (Canada) avec la France se situant à 21 %.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Les données sont déclaratives.

L'ensemble des médecins spécialistes est agrégé ; on ne peut pas faire la différence par spécialité. De même pour la chirurgie programmée.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

*Cf. fiche précédente.*

**Titre :** A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009 : perspectives on care, costs and experiences

**Auteurs :** Schoen et al.

**Année :** 2009

**Type de document :** article

**Objet :** comparer la qualité des prises en charge entre plusieurs pays sur différents indicateurs, dont les délais d'attente

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : accès aux soins primaires
- offre de soins : médecins de soins primaires
- géographique : Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nlle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis, Italie, Norvège, Suède
- période : février à juillet 2009

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : médecins
- échantillon : médecins de soins primaires tirés au sort dans chaque pays, publics et privés : entre 500 et 1500 médecins ciblés selon les pays avec des taux de réponse variables (de 7 % en France à 61 % en Italie)
- type d'enquête : enquête par voie de questionnaire
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : recueil des données par mail, en ligne ou au téléphone par Harris Interactive et des sous-traitants
- questions posées : utilisation des outils électroniques, accès aux soins, prise en charge des maladies chroniques, continuité et coordination des soins, incitatifs à la qualité...

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Taux de patients devant faire face à de longs délais d'attente pour voir un spécialiste (perception des médecins)

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Des longs délais d'attente pour voir un spécialiste sont signalés dans 53 % des cas en France contre 22 % au Royaume-Uni, 28 % aux États-Unis, 34 % en Australie, 36 % aux Pays-Bas, 45 % en Nlle-Zélande, 55 % en Norvège, 63 % en Suède, 66 % en Allemagne, 75 % au Canada et en Italie.

Les auteurs observent qu'il y a des discordances dans certains pays avec les résultats de l'enquête patients de 2008 sur ce sujet des délais d'attente pour les spécialistes.

### Biais et limites méthodologiques :

Biais de représentativité, en particulier en France, du fait du faible taux de répondants (même si un redressement des échantillons est effectué sur les critères d'âge et sexe, de région, de spécialité).

Les données sont déclaratives, et reflètent les « perceptions » des médecins.

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

Le principe de croiser les informations issues de l'interrogation des patients d'une part, des médecins d'autre part, enrichit la démarche en matière d'estimation des difficultés liées aux délais d'attente, mais illustre aussi la difficulté de se baser sur des données déclaratives.

**Titre :** Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans evidence from SHARE

**Auteurs :** Luigi Siciliani and Rossella Verzulli

**Année :** 2009

**Type de document :** article

**Objet :** étudier les délais d'attente pour les européens âgés de plus de 50 ans

### Champ couvert par la publication :

- demande de soins : consultation de spécialiste ou intervention chirurgicale, non urgentes
- offre de soins : dans le secteur public
- géographique : 9 pays européens : Autriche, Danemark, France, Allemagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Espagne et Suède
- période : données 2004 de SHARE 'Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe'

### Méthodologie :

- cible(s) d'enquête : Les patients d'au moins 50 ans, désirant une consultation chez un spécialiste ou une intervention chirurgicale ; sont également inclus dans l'étude leurs conjoints, quel que soit leur âge
- échantillon : 2914 observations dans 9 pays européens
- type d'enquête : croisement des données existantes dans SHARE entre d'une part les délais d'attente et d'autre part des variables socio-économiques et d'éducation des patients
- méthode de recueil, sources d'informations utilisées, modalités d'interrogation : SHARE regroupe des données sur le statut socio-économique des patients âgés de plus de 50 ans et leurs conjoints dans 10 pays (la Suisse a été retirée de l'étude en raison d'un nombre de patients insuffisants)
- questions posées :
  - délai d'attente pour avoir, sans urgence, une consultation chez un spécialiste ou une intervention chirurgicale dans un établissement public
  - variables socio-économiques : somme des revenus du foyer au cours de l'année 2003, éducation du patient classée en 3 catégories, reprenant la classification standard divisée en 6 classes.

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Les patients rapportent la durée d'attente pour obtenir un RDV non urgent pour une consultation d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale non urgente dans les 12 derniers mois de l'étude (en semaines pour la consultation et en mois pour l'intervention chirurgicale), dans le secteur public.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

Le délai moyen en semaines pour une consultation de spécialiste ressort à 3,1 en France contre 0,9 en Grèce, 1,8 en Autriche et en Allemagne, 2,9 en Italie, 3,5 aux Pays-Bas, 4,9 en Espagne, 5,3 au Danemark, 9,7 en Suède.

La France est par contre mieux positionnée pour les délais de chirurgie non urgente : 1,6 mois en moyenne contre 1 en Grèce, 1,2 en Allemagne, 1,8 en Autriche, 1,9 aux Pays-Bas, 2,5 au Danemark, 2,6 en Italie, 5,3 en Espagne, 5,5 en Suède.

Il existe une inégalité du délai selon l'éducation des patients, retrouvée surtout en Espagne, Italie et France pour obtenir une consultation d'un spécialiste. Il en est de même pour obtenir une intervention chirurgicale non urgente surtout au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède. L'effet des revenus sur les délais d'attente est moins fort et est surtout présent en Grèce.

**Biais et limites méthodologiques :**

Selon les auteurs, des biais existent puisqu'ont été inclus seulement les patients traités dans un établissement public.

De plus, comme dans beaucoup d'enquêtes, les délais sont déclarés par les patients, ce qui peut différer de la réalité selon une étude faite par Bishai and Lang (2000).

**Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Les questionnaires remplis par les personnes constituent la faiblesse principale de l'étude (concernant les revenus déclarés des ménages, les délais d'attente...).

Comme le font remarquer les auteurs, les moyennes ne sont pas des mesures adéquates pour le délai de consultation des spécialistes car la queue de distribution est très longue avec à l'inverse, de nombreuses valeurs à zéro (loi de Poisson) ; aussi ont-ils eu recours à un modèle statistique plus complexe. Il serait sans doute plus fiable de différencier les spécialités entre elles. Une trop grande généralisation des variables ne peut pas donner une grande précision.



**Titre :** EuroHealth Consumer Index 2012

**Auteurs :** A. Björnberg

**Année :** 2012

**Type de document :** rapport

**Objet :** comparer la qualité des soins entre pays européens, sur une série d'indicateurs, dont les délais d'attente

### **Champ couvert par la publication :**

- géographique : pays européens : les 27 de l'UE + Norvège, Suisse, Croatie, Macédoine, Albanie, Islande, Serbie
- période : 2012

### **Méthodologie :**

- cible(s) d'enquête : institutions, patients, associations de patients
- type d'enquête : enquête par voie de questionnaire auprès des « consommateurs de soins »
- sources de données : statistiques officielles, enquêtes auprès des patients, études indépendantes menées par la société créatrice de l'indice, le groupe de réflexion suédois Health Consumer Powerhouse.

### **Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :**

5 indicateurs sur les délais et l'accessibilité :

- accès au médecin de famille le jour même
- accès direct au spécialiste
- chirurgie programmée majeure < 90 jours
- traitement contre le cancer < 21 jours
- scanner < 7 jours

### **Principaux résultats sur les délais d'attente :**

La France voit sa position se détériorer sur ces indicateurs de délais. Elle se place 16<sup>ème</sup> pays dans le classement sur ces 5 indicateurs.

### **Biais et limites méthodologiques :**

Questionnaire déclaratif avec souvent des choix qualitatifs.

Méthode d'agrégation des indicateurs assez complexe pour produire un indice global.

### **Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :**

Cette étude tend à indiquer que le problème des délais en France s'est aggravé ces dernières années.

**Titre :** International comparisons of waiting times in health-care – Limitations and prospects

**Auteurs :** N. Viberg et al.

**Année :** 2013

**Type de document :** revue

**Objet :** opérer des comparaisons sur la mesure des délais d'attente et les résultats dans 23 pays de l'OCDE

### Champ couvert par la publication :

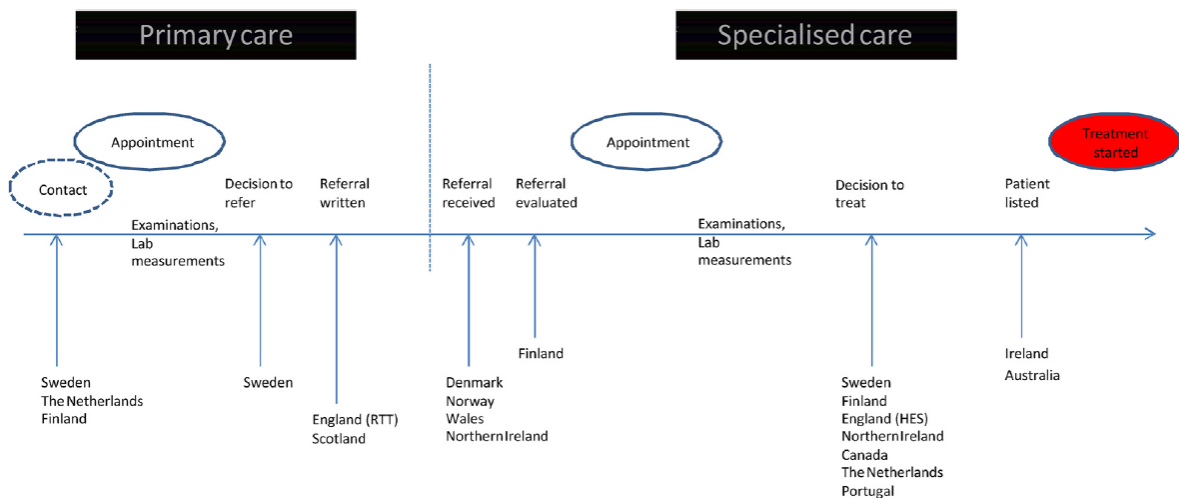
- géographique : 23 pays de l'OCDE
- période : 2008-2011

### Méthodologie :

- type d'enquête : analyse documentaire, recherche bibliographique des articles sur les délais d'attente dans ces 23 pays, avec un accent sur les aspects de méthode et un focus sur le cas de la chirurgie programmée, le plus étudié
- sources de données : articles scientifiques, sources officielles, littérature grise, sites web

### Définition des délais d'attente, indicateurs utilisés :

Les segments des parcours de soins pour lesquels peuvent être mesurés les délais sont multiples :



**Fig. 1.** Examples of starting points for measuring waiting times for contact, primary care appointments, specialist care appointments and treatment. Note that Sweden measure time to telephone contact as well as time to appointment in primary care.

Il y a une certaine variété de méthodes :

- sur le point de départ et le point d'arrivée du délai : une majorité de pays commence la mesure du délai à la date de la décision de traiter ;
- sur la procédure : registres, enquête auprès des patients, enquête auprès des hôpitaux...
- sur la présentation des résultats : moyenne, médiane, percentiles, intervalles.

### Principaux résultats sur les délais d'attente :

15 pays sur les 23 ont des dispositifs de mesure des délais d'attente, avec des différences de méthode et d'objet de la mesure, comme l'indique le tableau suivant :

**Table 1**

Countries that monitor and publish national waiting time data for elective surgery and the degree of detail at which they do so, and whether they have national waiting time guarantees.

Monitor national waiting times	For elective surgery	By specialty	For specific types of operations	National waiting time guarantees in place
Sweden	X	X	X	X
Denmark	X	X	X	X
Finland	X	X		X
Norway	X	X		X
England	X (RTT & HES)	X (RTT & HES)	X (HES)	X
Scotland	X	X	X	X
Wales	X	X	X	X
Northern Ireland	X	X		X
Ireland	X	X	X	X
Portugal	X	X		X
Spain	X	X	X	X
Netherlands		X	X	X
Canada		X	X	X
New Zealand	X	X		X
Australia	X	X	X	X
USA	Specific national monitoring <sup>b</sup>			
Austria	Legislative amendments in process			
Italy	Incomplete national monitoring (but striving towards it)	X		
Greece	No national monitoring			
France	No national monitoring			
Germany	No national monitoring			
Belgium	No national monitoring			
Luxemburg	No national monitoring <sup>a</sup>			

<sup>a</sup> Unconfirmed.

<sup>b</sup> Presents national statistics for: "Timeliness of primary, emergency, and hospital care: getting care for illness or injury as soon as wanted. In addition, two supporting measures are presented: Emergency department waiting times, and timeliness of cardiac reperfusion for heart attack patients" [53].

Les différences de procédures conduisent les auteurs à trouver qu'il « est difficile d'effectuer des comparaisons utiles à partir des délais d'attente publiés par les sources officielles ».

Concernant la France, il est observé que l'absence de mesure des délais « a souvent été citée comme preuve que le pays ne connaissait pas de problème de délai. Cependant, les importantes différences inter-régionales en termes d'offre de soins et de démographie médicale conduisent à des inégalités d'accès. »

### Biais et limites méthodologiques :

Cette revue souligne la diversité des objets de mesure et des méthodes entre pays, et la difficulté survenant dans la définition même d'un délai d'attente dans l'accès aux soins.

### Enseignements principaux pour la réalisation de la future enquête :

Les données actuelles disponibles dans les différents pays de l'OCDE qui procèdent à des mesures de délais d'attente sont issues de méthodologies trop disparates pour réaliser des comparaisons utiles sur la disponibilité de l'offre de soins dans les différents pays.

Cette observation milite pour la recherche d'une convergence dans les méthodes de mesure entre les différents pays et indique par ailleurs la difficulté qu'aurait la France à se positionner vis-à-vis des autres pays en réalisant sa propre enquête.

Les auteurs observent enfin que des comparaisons entre pays peuvent masquer des différences éventuellement importantes au sein d'un même pays, du fait de facteurs géographiques, socio-économiques, culturels.

## ANNEXE 2 - Entretiens institutionnels : liste des institutions et personnalités rencontrées, lettre de mission et guide d'entretien

### Liste des personnalités et institutions rencontrées

Institution	Service, bureau...	Noms
DGOS	PF1, PF2, R3 et R5	Grégory Emery, conseiller médical, sous direction de l'offre de soins, bureau R3 Aurélien Bouchet, adjoint au chef de bureau, sous direction de l'offre de soins, bureau R5 Anne Vitoux, conseiller médical, adjointe au chef de bureau, sous direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, bureau PF2 Karine Eliot, chargée de mission, sous direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, bureau PF1 Claire du Merle, chargée de mission, sous direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, bureau PF 1
DSS	Bureau 1B "relations avec les PS"	Eve Sintas
DGS	Médecin responsable de la Mission Prospective et Recherche	Alain Fontaine
Secrétariat général	Chargée de mission	Dr Marie-Claude Hittinger
ANAP	Directeur général	Christian Anastasy Gilles Bontemps
HAS	Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)  Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique (DEMESP)	Sophie Calmus, chef de projet au service des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS Dr Catherine Grenier, chef du service des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Adjoint au directeur de la DAQSS Dr Dominique Tessier-Vetzel, chef de projet au service évaluation des actes professionnels, DEMESP Dr Michèle Morin-Surroca, Chef de service évaluation des actes professionnels, DEMESP Dr Jean-Patrick Sales, directeur de la DEMESP
CNAMTS	DDGOS et DSES	Dominique Polton Gonzague Debeugny Christelle Pavillon
INCa	Représentante de la Directrice générale Département Observation Veille et Evaluation	Elsa Bouée

ARSIF	Responsable du pôle Ambulatoire	Pierre Ouahnnon
ARS Languedoc-Roussillon	Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie Médecin à la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie	Jean-Yves Le Quellec Jean-François Razat
ARS Limousin	Directeur de l'offre de soins et de la gestion du risque Médecin à la Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque	Jacky Herbuel-Lepage Gilles Auzemery
ORS Pays de la Loire	Directrice	Dr Anne Tallec
ORS PACA	Représentant du Directeur, économiste	Dr Ventelou
ORS Limousin	Responsable	Dr Jean-Pierre Ferley
FHF	Chargé de mission	Dr Maxime Cauterman
FHP	Représentants FHP MCO, SSR et psychiatrie	-
FEHAP	Conseiller du Président	David Causse
Unicancer	Directrice du projet médico-scientifique et de la qualité	Hélène Esperou
URPS Rhône-Alpes	Président	Dr Christian Devolve, président Dr Guez, secrétaire
URPS Aquitaine	Présidente	Dr Dany Guérin
Conseil national de l'Ordre des médecins	Pdt Section exercice professionnel	Dr Patrick Simon
Ordre national des chirurgiens-dentistes	Secrétaires généraux	Myriam Garnier, Pdte de la commission démographie Alain Moutarde
CDOM du Cher	Président	Dr Moyer, président Dr Engalenc, conseiller, vice-Pdt URPS Centre
Conseil national de l'Ordre des sages-femmes	Représentante de la Présidente	Mme Truong
Syndicat national des ophtalmologues de France (SNOF)	Président	Dr Jean-Bernard Rottier
Société française d'ophtalmologie (SFO)	Directeur administratif et technique	Pr Gilles Renard
Société française de médecine générale (SFMG)	Présidente	Dr Pascale Arnould
Fédération des spécialités médicales	Président	Pr Olivier Goëau-Brissonnière
FFMPS	Président	Dr Pierre De Haas

Conférence DG de CH	Président	Denis Fréchou, DG St-Maurice Arnaud Guyader, DG Beauvais Danielle Frégosi, DG Apt
Conférence Pdts de CME de CH	Président	Frédéric Martineau, PDT CME du CH de la côte basque
CISS	Présidente	Magali Leo Sylvain Fernandez
UFC Que-Choisir	Chargé de mission Santé	Mathieu Escot
COMPAQH-HPST		Dr Etienne Minvielle
FORAP	Président	Pr Cyrille Colin
IRDES	Chercheur	Thierry Rochereau

## Lettre de mission

Ministère de l'économie et des finances  
Ministère des affaires sociales et de la santé  
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

**Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction de l'observation de la  
santé et de l'assurance maladie**

Bureau des professions de santé

Dossier suivi par : Julie Rochut

Tel : +33 (0) 1 40 56 80 40

Mél : [julie.rochut@sante.gouv.fr](mailto:julie.rochut@sante.gouv.fr)

Paris, le 21 octobre 2013  
DREES-BPS N° 025/13

**Objet :** Entretiens dans le cadre de l'étude qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins en France

La problématique des délais d'accès aux soins ne met pas la France en mauvaise position dans les comparaisons internationales (d'ailleurs, les dispositifs internationaux d'observation des délais d'attente n'ont pas intégré la France, réputée ne pas avoir de difficulté sur ce point). Pourtant, depuis quelques années, ce thème a surgi dans le débat public. Il existe, en effet, des indices soulignant l'existence de difficultés en matière de délais dans certaines zones géographiques, dans certaines spécialités, ou pour certains types de soins programmés. Les spécialités les plus emblématiques de ces difficultés et pour lesquelles existe déjà un corpus de publications sont l'ophtalmologie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'accès au médecin généraliste se fait en principe sans attente excessive partout sur le territoire, mais le départ croissant en retraite de praticiens non remplacés dans certaines zones rurales ou péri-urbaines peut laisser craindre, dans l'avenir, une extension du problème des délais d'attente dans ces zones.

C'est pourquoi la DREES envisage aujourd'hui de mettre en place un dispositif statistique de mesure, de suivi et d'analyse des délais d'attente dans l'accès aux soins en France. Dans ce cadre, elle a d'abord souhaité que soit mené **un travail d'analyse qualitative préalable pour « définir les caractéristiques d'un système de collecte de données sur les délais d'attente**, en tenant compte des enquêtes existantes, qui pourront éventuellement faire l'objet de propositions d'améliorations, et des informations éventuellement déjà disponibles dans les systèmes d'information des hôpitaux ou d'autres sources de données ». La DREES a décidé d'en **confier la réalisation aux cabinets de conseil Les Asclépiades et Kurt Salmon**, représentés pour cette étude par Roland Cash et Catherine Dupilet ainsi que leurs équipes. Le but de l'étude sera de définir :

- Le format d'une enquête (ou de plusieurs enquêtes) sur les délais dans l'accès aux soins, en définissant le périmètre, les activités de soins à cibler, les outils et données utilisées ;
  - À noter que certaines activités sont exclues du champ de la présente étude : assistance médicale à la procréation, greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques, le recours au service d'urgence hospitalier (attente dans un SAU), obtention d'une place en maison de convalescence ou maison de retraite ;

- Les orientations pour la mise en place d'un dispositif pérenne de recueil statistique sur les délais dans l'accès aux soins : il s'agira de trouver une méthodologie et des cibles d'étude qui rendent faisable une telle procédure pérenne.

Pour ce faire, il a été retenu le principe d'une étude en quatre phases : un cadrage par le biais d'une étude bibliographique, un approfondissement *via* des entretiens auprès d'acteurs clés, la réalisation de monographies auprès des acteurs concernés sur 6 territoires et enfin un rapport final de synthèse statuant sur le dispositif statistique à créer et, le cas échéant, sur ses modalités.

Dans le cadre de la phase d'approfondissement, il est prévu **des entretiens avec une trentaine d'acteurs stratégiques** (directions du ministère de la santé, agences nationales et régionales, fédérations, observatoires régionaux, associations professionnelles...) **afin de recenser les besoins et les sources d'informations produites et/ou utilisées quant aux délais d'accès aux soins**. Nous nous permettons d'insister sur le fait que la présente étude préalable consiste bien à étudier **comment mesurer les délais d'attente et non comment les réduire**. Lors de sa réunion du 8 octobre 2013, le Comité de pilotage de l'étude a fait part de son intérêt à ce que vous ou votre représentant fassiez partie des personnes rencontrées. Les consultants se permettront donc de solliciter un rendez-vous auprès de votre secrétariat. Le recueil de l'information se fera **par le biais d'un entretien individuel structuré autour d'un guide** joint à la présente lettre de mission.

Julie Rochut, en charge du suivi de cette étude à la DREES, ainsi que l'équipe de consultants restent à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

Nous vous remercions par avance pour votre disponibilité et pour votre contribution active à cette étude.

Le directeur de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

Franck von Lenep



## Guide d'entretien

- Quelle serait pour vous la meilleure définition des délais d'attente à adopter d'un point de vue opérationnel ?
  - En d'autres termes, sur quels types de délais faut-il le plus porter l'attention ?
    - Délais d'accès au généraliste,
      - Puis d'accès à un premier spécialiste...
      - et éventuellement un second spécialiste en recours,
    - Délai d'accès direct au spécialiste
    - Délai d'accès au scanner ou l'IRM,
    - Délais pour une hospitalisation ou une intervention programmée,
    - Délais pour une consultation « de routine », hors prise en charge régulière de type maladie chronique (exemple : contrôle annuel en gynécologie, chez le dentiste, etc.)
    - Délais pour une consultation « pressée » (c'est-à-dire en urgence ressentie mais non vitale, donc hors urgences hospitalières - ex : angine et fièvre chez l'enfant, douleur dentaire,...)
    - Autres délais...
  - Quelles seraient les caractérisations de ce(s) délai(s) ?
    - Quels sont le point initial et le point final d'un délai donné ?
    - Que mesurer en cas de multiples démarches diagnostiques ?
    - Comment prendre en compte les potentielles listes d'attente (faut-il alors compter le délai pour être inscrit sur cette liste ou à partir de l'inscription ?)
  - Et quels seraient les correctifs éventuels à apporter à ces délais ? (en fonction de la convenance des patients, de la qualification de la personne en charge des rendez-vous chez le professionnel de santé, de la problématique financière (secteur 1/secteur 2...))
- Quels sont vos principaux besoins en matière d'informations sur les délais d'attente (activités sensibles, points de vigilance, prospective...)? Pouvez-vous les prioriser entre elles ainsi qu'en fonction de l'affection concernée?
  - Concernant les types de professionnels de santé
    - Médecins généralistes
    - Spécialistes (en distinguant les différentes disciplines)
    - Chirurgiens-dentistes
    - Paramédicaux
  - Concernant le type de pathologies ou d'examen
    - Les examens d'imagerie
    - La chirurgie programmée
    - L'IVG
    - Autre ?
  - Concernant le type de patients
    - Nouveau patient / patient déjà suivi
    - Adulte / enfants
    - Etc.
  - Concernant l'unité géographique ou la zone administrative
    - Centre urbain / Périphérie urbaine / Campagne
    - Région / Département / Canton / Commune / Territoire de santé

- Quelles sont les sources d'information :
  - Actuellement disponibles et/ou utilisées dans votre institution ?
    - Bases de données permanentes,
    - Enquêtes ponctuelles,
    - Sources / enquêtes locales
    - Recueils propres aux établissements
    - Autres ?
  - Quelles en sont les limites ?
- Quelles méthodologies d'enquête et de mesure seraient selon vous à privilégier
  - En termes de :
    - Cibles à interroger : établissements de santé, professionnels de santé, patients...
    - Formulation des questions,
    - Procédure opératoire, pour chacune des cibles identifiées,
    - Niveau géographique
  - Connaissez-vous ou identifiez-vous des biais éventuels à ces méthodes ?
- Quel est votre point de vue au sujet des problématiques « connexes » à cette question de mesure des délais d'accès aux soins : gestion des listes d'attente, organisation des secrétariats et des plannings, protocole de « tri » des patients, problématique des nouveaux patients, choix des patients... ?
- En synthèse, quels sont les besoins prioritaires de votre institution vis-à-vis de ce projet de dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins en France ?

## ANNEXE 3 - Lettre de mission et guide d'entretien pour les monographies

---

### Lettre de mission

Ministère de l'économie et des finances  
Ministère des affaires sociales et de la santé  
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

**Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction de l'observation de la  
santé et de l'Assurance maladie**

Bureau des professions de santé

Dossier suivi par : Julie Rochut

Tel : +33 (0) 1 40 56 80 40

Mél : [julie.rochut@sante.gouv.fr](mailto:julie.rochut@sante.gouv.fr)

Paris, le 20 février 2014  
DREES-BPS N° 002/14

**Objet :** Étude qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins en France

La problématique des délais d'accès aux soins ne met pas la France en mauvaise position dans les comparaisons internationales. Pourtant, depuis quelques années, ce thème a surgi dans le débat public. Il existe, en effet, des indices soulignant l'existence de difficultés en matière de délais dans certaines zones géographiques, dans certaines spécialités, ou pour certains types de soins programmés.

C'est pourquoi la DREES envisage aujourd'hui de mettre en place un dispositif statistique de mesure, de suivi et d'analyse des délais d'attente dans l'accès aux soins en France. Dans ce cadre, elle a d'abord souhaité que soit mené **un travail d'analyse qualitative préalable pour définir les caractéristiques d'un système de collecte de données sur les délais d'attente**, en tenant compte des enquêtes existantes, qui pourront éventuellement faire l'objet de propositions d'améliorations, et des informations éventuellement déjà disponibles dans les systèmes d'information des hôpitaux ou d'autres sources de données.

La DREES a décidé d'en confier la réalisation aux cabinets de conseil Les Asclépiades et Kurt Salmon, représentés pour cette étude par Roland Cash et Catherine Dupilet ainsi que leurs équipes. Le but de l'étude sera de définir :

- Le format d'une enquête (ou de plusieurs enquêtes) sur les délais dans l'accès aux soins, en définissant le périmètre, les activités de soins à cibler, les outils et données utilisées ;

- Les orientations pour la mise en place d'un dispositif pérenne de recueil statistique sur les délais dans l'accès aux soins : il s'agira de trouver une méthodologie et des cibles d'étude qui rendent faisable une telle procédure pérenne.

Pour ce faire, il a été retenu le principe d'une étude en quatre phases : une étude bibliographique, un approfondissement *via* une trentaine d'entretiens auprès d'acteurs de différentes institutions, la réalisation de monographies auprès des acteurs concernés sur 6 territoires et enfin un rapport final de synthèse statuant sur le dispositif statistique à créer et, le cas échéant, sur ses modalités.

Les deux premières phases ont permis d'identifier des thèmes susceptibles de poser, pour tout ou partie du territoire national, des problèmes en matière de délais d'attente : les consultations de psychiatrie, l'interruption volontaire de grossesse, les consultations spécialisées demandées par le médecin généraliste, l'accès direct à la consultation d'ophtalmologie, les consultations externes hospitalières, et la chirurgie dentaire. La troisième phase consiste donc à approfondir ces problématiques.

Les 6 territoires retenus pour la troisième phase sont situés dans les départements suivants : l'Indre, la Seine-et-Marne, la Seine-St-Denis, le Calvados, la Creuse, et la Loire. Pour chacun de ces territoires, il est prévu **de mener des entretiens avec une trentaine d'acteurs** (établissements de santé, professionnels libéraux, institutions...) **afin d'identifier les problèmes réellement posés par les délais d'attente, les besoins en matière de données, les sources d'informations produites et/ou utilisées quant aux délais d'accès aux soins**. Nous nous permettons d'insister sur le fait que la présente étude préalable consiste bien à **étudier comment mesurer les délais d'attente et quelles thématiques cibler en priorité, et non comment les réduire**.

Les consultants se permettront donc de solliciter un rendez-vous auprès de votre secrétariat dans les prochaines semaines. Le recueil de l'information se fera **par le biais d'un entretien individuel structuré autour d'un guide** joint à la présente lettre de mission.

Julie Rochut, en charge du suivi de cette étude à la DREES, ainsi que l'équipe de consultants restent à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

Nous vous remercions par avance pour votre disponibilité et pour votre contribution active à cette étude.

Le directeur de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

Franck von Lennep

## Guide d'entretien

- Dans votre activité, observez-vous des délais d'attente des patients excessifs dans l'accès aux soins ?
  - Si oui, précisez :
    - Le type de délais (définition, quantification, modalités d'observation ou de mesure)
    - Les conditions induisant des délais élevés (éloignement géographique, problèmes financiers, secteur 1/secteur 2, demandes des patients, manque de moyens...)
    - Les professionnels concernés
    - Les catégories de patients concernés (distinguer nouveau patient / ancien patient, patient régulièrement suivi / épisode ponctuel, etc.)
    - Ces délais induisent-ils des « pertes de chance » pour l'état de santé du patient ?
  - Si non, précisez si dans l'avenir, vous anticipez des difficultés de cet ordre (du fait de fermeture d'établissement, de départs à la retraite...)
  - Avez-vous mis en place des procédures pour éviter d'avoir des délais trop longs dans votre organisation ? (gestion des plannings, plages programmées / non programmées, secrétariat, délégation de tâches...)
- Pour ces différentes situations, vous paraît-il possible de procéder à une mesure régulière des délais d'attente dans votre domaine ?
  - Si oui, précisez :
    - Sur quel champ précisément
    - Avec quelle périodicité
    - Sur quelle zone géographique
  - Si non, pourquoi ?
- Quelles sont les sources d'information actuelle sur ces problèmes de délais dans votre domaine ? Quelles en sont les limites ?

Est-ce qu'en particulier vous disposez, par exemple *via* votre secrétariat, ou votre logiciel de prise de rendez-vous, d'un outil informatique permettant de mesurer ces délais ?
- Quelles méthodologies d'enquête et de mesure seraient selon vous à privilégier, en termes de :
  - Cibles à interroger : établissements de santé, professionnels de santé, patients...
  - Formulation des questions
  - Procédure opératoire, pour chacune des cibles identifiées

## Questionnaire spécifique pour une enquête par voie postale auprès des chirurgiens-dentistes de l'Indre

### Pré-étude sur les délais de rendez-vous

- Dans votre activité, quels sont les délais de RDV habituels, hors urgences, hors visites annuelles de surveillance :
  - Pour un nouveau patient :
  - Pour un patient de votre clientèle :
- Est-ce que les conditions suivantes induisent des délais plus élevés ?
  - éloignement géographique
  - problèmes financiers des patients
  - demandes particulières des patients sur les horaires de RDV
  - autres, précisez :
- Avez-vous mis en place des procédures pour éviter d'avoir des délais trop longs dans votre organisation et gérer l'éventuelle surcharge de travail ?  
Si oui :
  - adaptation des plannings, avec par exemple distinction de plages programmées et plages non programmées
  - renforcement du secrétariat
  - délégation de tâches à une assistante dentaire
  - impossibilité de prendre des nouveaux patients
  - autres, précisez :
- Est-ce que vous disposez d'un logiciel de prise de rendez-vous ?  
Si oui, ce logiciel permet-il de mesurer automatiquement les délais de RDV ?
- Vous paraît-il utile de procéder à une enquête nationale pour mesurer les délais d'attente dans votre domaine ?
  - Si oui, précisez :
    - Avec quelle périodicité :
    - Quelles données sont indispensables pour interpréter les résultats :
      - description des symptômes
      - distance du domicile
      - autres, précisez :
  - Si non, pourquoi ?
- Pour une telle enquête nationale, quelle serait selon vous la meilleure méthode ?
  - Enquête par téléphone fondée sur un « faux patient » sollicitant un RDV pour une raison précise
  - Enquête par téléphone, non masquée, demandant quels sont les délais de RDV habituels
  - Enquête écrite à remplir par chaque cabinet
  - Enquête en salle d'attente, avec questionnaire rempli par chaque patient
  - Échantillon de patients notant sur un an l'ensemble des RDV demandés et obtenus au fil de l'eau



---

**DOCUMENT DE TRAVAIL**

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

---