

Impact financier de l'absentéisme des patients dans une consultation de gastro-entérologie et évaluation des mesures préventives

The financial impact of missed appointments in a gastro-enterology outpatient clinic and evaluation of preventive strategies

M. Pirson¹ et B. N'Guama²

¹Département d'Economie de la Santé, Ecole de Santé Publique, ULB, ²Service d'Imagerie Médicale, Grand Hôpital de Charleroi

RESUME

L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux d'absentéisme dans une consultation de gastro-entérologie d'un hôpital général situé en Région wallonne, d'en mesurer les conséquences financières en termes de chiffre d'affaires perdu et d'évaluer l'impact de stratégies préventives destinées à en réduire le taux.

Durant cette étude, le taux d'absentéisme a été de 19,4 %. Les patients les plus touchés par l'absentéisme ont été les patients venant pour un premier rendez-vous, venant pour une consultation, ayant un rendez-vous l'après-midi, ayant moins de 26 ans et dont le délai d'attente entre la prise du rendez-vous et le rendez-vous était important. En tenant compte du chiffre d'affaires perdu au sein de la gastro-entérologie qui est de 77 € par patient et d'un chiffre d'affaires moyen en dehors de la gastro-entérologie qui est de 32 €, le manque à gagner direct et indirect de l'absentéisme a été estimé à 109,20 € par patient. Le chiffre d'affaires estimé des 711 patients absents est de 71.984 €.

Deux stratégies de rappel ont été testées dans l'hôpital afin de limiter l'absentéisme, le rappel courrier et le rappel par voie téléphonique. Le taux d'absentéisme est plus bas dans le groupe des patients dont le rappel a été effectué par courrier. Le pourcentage de rendez-vous reportés ou annulés est par contre plus important dans le groupe de rappel téléphonique. Le coût limité d'un rappel, qu'il soit téléphonique ou courrier, devrait sensibiliser la direction de l'hôpital à installer un système de rappel afin de limiter l'absentéisme des patients, au minimum dans les groupes de patients à risque.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 18-26

ABSTRACT

Objectives of the study were to evaluate the missed appointments rate in a consultation of gastro-enterology of a general hospital situated in the south part of the country, to evaluate financial consequences and to evaluate preventive strategies. During this study, the missed appointments rate was 19,4 %. The risk to have a missed appointment is higher for patients that come for the first time in the hospital, coming for a visit, having an appointment in the afternoon, having less than 26 years and that have taken an appointment a long time ago.

The loss of income in gastro-enterology was 77 € and 32 € outside gastro-enterology for a loss of income of 109,20 € by patient. The estimated loss of income for 711 patients that have missed their appointment is 71.984 €. Two preventive strategies of reminders were tested : the telephone reminder and the mail reminder. The non-attendance rate was lower for patients with a mail reminder. The percentage of deferred or cancelled appointments is higher for patients with a telephone reminder. The low cost of a reminder (telephone or mail) should stimulate the hospital direction to develop a system of reminders to limit the non-attendance rate, at least for patients with a higher risk of non-attendance.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 18-26

Key words : missed appointments, non-attendance, telephone reminders, mail reminders, financial impact

INTRODUCTION

L'absentéisme (non-présentation du patient à un rendez-vous planifié sans l'avoir annulé) des patients ambulants est un problème récurrent dans la gestion quotidienne des consultations et des services médico-techniques hospitaliers. Son taux varie selon les pays, les types d'hôpitaux ainsi que les types de services hospitaliers. De nombreuses études réalisées sur ce sujet le situent entre 6 et 17 % des rendez-vous planifiés¹⁻⁴. Ce phénomène est observé plus fréquemment chez les patients adolescents et les jeunes adultes^{1,5} ainsi que chez les femmes^{4,5}. Une étude réalisée à Belfast dans un service de gastro-entérologie a mis en évidence un taux d'absentéisme de 14 %⁶. Les facteurs explicatifs évoqués dans cette étude sont l'oubli, le fait de se sentir mieux avant le rendez-vous, la peur d'être traité par un médecin inexpérimenté, une hospitalisation avant le rendez-vous ou même parfois sans raison particulière. L'anxiété vis-à-vis du milieu hospitalier, le sentiment d'un non-respect du système de santé vis-à-vis des patients (exemple : délais d'attente) et la non-compréhension du fonctionnement du système de gestion des rendez-vous sont d'autres facteurs qui ont été mis en évidence⁷. L'absentéisme peut générer des conséquences à différents niveaux. Sur le plan clinique, il peut retarder l'établissement d'un diagnostic, entraîner des perturbations dans la mise en place des thérapeutiques et le suivi des patients atteints d'affections chroniques⁸. Sur le plan organisationnel, l'absentéisme peut allonger les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous⁹. Sur le plan financier, l'absentéisme a un coût. Murdock *et al.*⁶ font référence à un rapport anglais qui, sur base d'un taux d'absentéisme de 12 % et d'un nombre de patients ambulants de 14 millions, estiment le coût de l'absentéisme à ≤ 300 millions £ par an dans le secteur ambulatoire au Royaume-Uni (R.U). Des études ont mis en évidence le profil des patients à risque d'absentéisme. Il s'agit des patients jeunes, célibataires, membres d'une famille nombreuse, avec un niveau de scolarité bas, un niveau socio-économique bas et ayant des antécédents d'absentéisme^{1,10}.

Trois moyens de lutte ont été identifiés dans la littérature. Il s'agit de l'envoi d'un courrier de rappel, de l'envoi d'un message texte de rappel par téléphonie cellulaire (SMS) et du rappel téléphonique^{1,9,11-13}.

Aucune étude publiée ne nous a permis d'avoir des chiffres concernant les hôpitaux belges.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux d'absentéisme dans une consultation de gastro-entérologie, d'en mesurer les conséquences financières en termes de chiffre d'affaires (CA) perdu et d'évaluer l'impact de stratégies préventives destinées à en réduire le taux.

METHODOLOGIE

Description de l'institution

Cette étude a été réalisée dans le service de gastro-entérologie du Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), sur le site de Notre Dame. Le GHdC est un hôpital général qui a une capacité de 1.124 lits agréés avec 400.000 consultations annuelles, 85.300 patients traités aux urgences, 36.400 admissions en hospitalisation de jour pour 35.000 admissions en hospitalisation classique. Il emploie 3.990 membres du personnel et 460 médecins. Le GHdC, c'est aussi 2.770 accouchements annuels et 26 salles d'opération. L'accord du comité d'éthique de l'hôpital a été donné pour cette étude.

Choix de la consultation

Cette étude ne pouvait pas être réalisée dans plusieurs consultations pour des raisons financières. Nous souhaitons sélectionner une consultation ayant une activité importante. L'utilisation d'une planification informatique et d'une gestion électronique des rendez-vous était un deuxième critère de choix. La nécessité de modifier le logiciel, de former les secrétaires médicales et l'adhésion du personnel a orienté l'étude vers le service de gastro-entérologie.

Méthodes utilisées

Deux méthodes ont été utilisées pour réaliser cette étude : a) une étude rétrospective descriptive pour évaluer le taux d'absentéisme, les causes de l'absentéisme et évaluer les conséquences financières en termes de perte de CA ; b) une étude d'intervention randomisée pour évaluer les moyens de lutte à mettre en œuvre pour réduire le taux d'absentéisme.

Données enregistrées et durée de l'étude.

Une procédure d'enregistrement des absences des patients à leur rendez-vous a été mise en place par le service informatique. Un pré-test a été réalisé du 9 au 23 février 2009. Il a permis de valider la procédure d'enregistrement des données. L'étude a été réalisée du 2 mars au 31 août 2009. 2.770 patients, générant 3.661 rendez-vous ont fréquenté la consultation durant cette période. Les enregistrements ont été effectués avec le logiciel Hospinet®. Les fichiers de données reprenaient les données socio-démographiques des patients (code postal, date de naissance, genre, numéro patient dans le GHdC, numéro de téléphone), les données sur l'organisation des rendez-vous (date du rendez-vous, date de prise du rendez-vous, heure, jour de la semaine, mois, prestataire, statut [présent ou absent], motif [première visite, résultat, *follow-up*]) ainsi que des informations de nature médicale (motif de la prise de rendez-vous : consultation, proctoscopie, rectosigmoïdoscopie, écho-endoscopie, gastroscopie et détail des actes médicaux facturés pour les patients de cette consultation).

Des entretiens téléphoniques ont été réalisés dans le but de connaître les raisons évoquées par les patients pour justifier leurs absences aux rendez-vous. Certaines questions ont été abandonnées face à la réticence des patients qui les jugeaient trop personnelles. Il s'agit de questions relatives à la composition de ménage, la présence ou non d'enfants en bas âge, du niveau de scolarité, du statut marital, de la nationalité, de la situation professionnelle. Les patients mineurs d'âge étaient exclus des entretiens téléphoniques.

Les appels étaient effectués les jours ouvrables, pendant les heures de bureau, par le *call center* de l'hôpital. La durée moyenne d'un appel a été de trois minutes. Trois tentatives par patient, à différents moments de la journée étaient parfois nécessaires. Dans la mesure du possible, les appels téléphoniques étaient effectués le jour même de l'absence ou le lendemain, pour les absences de l'après-midi. Pour les patients absents l'après-midi des vendredis ou des veilles des jours fériés, les appels étaient effectués le premier jour ouvrable suivant.

Les données financières

L'activité médicale produite pour les patients ambulants est encore financée essentiellement à l'acte en Belgique (on peut signaler cependant la présence de certains forfaits, notamment en biologie clinique et en imagerie médicale). Ce mode de financement nécessite de facturer tous les actes produits par patient, ce qui permet de connaître l'exhaustivité de la production hospitalière.

Les données analysées ont donc été transmises par le service de facturation de l'hôpital. Il s'agit d'une part des données relatives à la facturation de l'activité réalisée au sein du service de gastro-entérologie et d'autre part de l'activité réalisée pour les patients de la gastro-entérologie, à la demande de celle-ci mais réalisée en dehors de ce service (biologie clinique, imagerie médicale, etc.).

Choix des moyens préventifs testés et réalisation de l'étude prospective

Trois moyens de lutte ont été identifiés dans la littérature^{1,9,11-13}. Il s'agit de l'envoi d'un courrier de rappel, de l'envoi d'un message texte de rappel par téléphonie cellulaire (SMS) et du rappel téléphonique. La partie rétrospective de notre étude a révélé que les principales coordonnées, données par les patients, étaient leur adresse (99,6 %) et leur numéro de téléphone fixe (50,8 % des patients). 46 % des patients ont donné un numéro de téléphone cellulaire. Deux moyens de lutte ont donc été retenus : l'envoi d'un courrier de rappel ainsi que le rappel téléphonique (sur le téléphone fixe ou sur le téléphone mobile).

Deux échantillons ont été constitués avec une allocation systématique (un patient pour le groupe de rappel par courrier, un patient pour le groupe de rappel

par communication téléphonique).

Les contraintes organisationnelles et budgétaires ont limité cette étude à une période d'un mois et demi (du 9 novembre au 31 décembre 2009).

Tous les patients ambulants ayant communiqué une adresse et un numéro de téléphone (fixe ou mobile) et ayant pris rendez-vous en gastro-entérologie durant cette période ont été inclus dans l'étude.

Deux listes étaient établies quotidiennement (courrier et téléphone). Ces listes étaient établies sept jours avant le jour du rendez-vous. Le courrier était expédié cinq jours ouvrables avant le jour du rendez-vous. Le rappel téléphonique avait lieu 48 heures avant le rendez-vous.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le programme SPSS version 17.0. L'analyse des données financières a été réalisée avec les logiciels Microsoft® Office Access 2007 et Microsoft® Office Excel 2007. Le test du χ^2 de Pearson a été utilisé pour toutes les comparaisons de proportions (le test Fisher exact a été utilisé lorsque les conditions d'utilisation du test du χ^2 de Pearson n'étaient pas remplies). Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

RESULTATS

Etude rétrospective descriptive

Taux d'absentéisme : 711 rendez-vous n'ont pas eu lieu sur les 3.661 planifiés. Le taux d'absentéisme est de 19,4 %.

Type de rendez-vous : Le taux d'absentéisme est plus important parmi le groupe des patients ayant pris un rendez-vous pour une première consultation que parmi le groupe des patients venant pour un suivi ou l'obtention de résultats. En effet, on observe un taux d'absentéisme de 22 % parmi les patients venant pour un premier rendez-vous contre un taux d'absentéisme de 18 % pour les patients venant pour un suivi ou l'obtention de résultats ($P < 0,01$) (tableau 1).

Type d'acte : Le taux d'absentéisme est plus important pour les patients venant pour une consultation (22,8 %) que pour les patients venant pour un examen médico-technique (16,4 %) ($P < 0,001$). L'examen technique générant le plus d'absentéisme est la proctoscopie (taux d'absentéisme de 22 %), suivi de la gastroscopie (taux d'absentéisme de 16 %) (tableau 1).

Genre : Le taux d'absentéisme est légèrement supérieur chez les hommes mais cette différence n'est pas statistiquement significative (tableau 1).

Age : L'âge moyen des patients absents est plus bas que celui des patients présents. Il est de 48 ans

Tableau 1 : Données descriptives liées à l'absentéisme des patients dans la consultation de gastro-entérologie.

	Absentéisme	
	non	oui
Type de rendez-vous (N = 3.660)		
Première consultation	1.236 (78,4 %)	340 (21,6 %)
Suivi ou obtention de résultats	1.713 (82,2 %)	371 (17,8 %)
Type d'acte (N = 3.661)		
Consultation	1.327 (77,2 %)	393 (22,8 %)
Acte médico-technique	1.623 (83,6 %)	318 (16,4 %)
Type d'acte médico-technique (N = 1.941)		
Proctoscopie	373 (78,5 %)	102 (21,5 %)
Rectosigmoïdoscopie	248 (89,5 %)	29 (10,5 %)
Echo-endoscopie	91 (87,5 %)	13 (12,5 %)
Gastrosopie	911 (84 %)	174 (16 %)
Genre (N = 3.661)		
Hommes	1.094 (80 %)	274 (20 %)
Femmes	1.856 (80,9 %)	437 (19,1 %)
Catégories d'âge (N = 3.661)		
0-25 ans	223 (72,2 %)	86 (27,8 %)
26-50 ans	1.170 (78,1 %)	329 (21,9 %)
51-75 ans	1.261 (84,2 %)	236 (15,8 %)
≥ 76 ans	296 (83,1 %)	60 (16,9 %)
Distance domicile-hôpital (N = 3.661)		
0-5 km	1.188 (81,2 %)	275 (18,8 %)
6-10 km	751 (80,1 %)	186 (19,9 %)
11-15 km	383 (79,8 %)	97 (20,2 %)
> 16 km	628 (80,4 %)	153 (19,6 %)
Jour de la semaine (N = 3.661)		
Lundi	517 (78,6 %)	141 (21,4 %)
Mardi	658 (80,5 %)	159 (19,5 %)
Mercredi	550 (79,5 %)	142 (20,5 %)
Jeudi	699 (83 %)	143 (17 %)
Vendredi	526 (80,7 %)	126 (19,3 %)
Heure de rendez-vous (N = 3.661)		
≤ 13 h	2.238 (82,1 %)	489 (17,9 %)
> 13 h	712 (76,2 %)	222 (23,8 %)
Délai d'attente pour le rendez-vous (N = 3.661)		
0-7 jours	683 (84,3 %)	127 (15,7 %)
8-15 jours	617 (82,6 %)	130 (17,4 %)
16-31 jours	710 (80,5 %)	172 (19,5 %)
32-45 jours	374 (74,5 %)	128 (25,5 %)
≥ 46 jours	566 (78,6 %)	154 (21,4 %)

contre 52 ans pour les patients présents ($P < 0,05$). Le taux d'absentéisme le plus important est observé dans la catégorie d'âge des moins de 26 ans. Les patients de plus de 50 ans ont un taux d'absentéisme moins important (tableau 1).

Distance domicile : Il n'y a pas réellement de différence de taux d'absentéisme en fonction de la distance géographique entre le domicile et l'hôpital (tableau 1). La valeur du P est non significative.

Jours de la semaine et moment de la journée : Les jours parmi lesquels on observe le plus haut taux d'absentéisme sont les lundis et mercredis mais cette différence n'est pas statistiquement significative (tableau 1). Les patients ayant un rendez-vous l'après-midi sont par contre plus souvent absents que les patients ayant un rendez-vous le matin ($P < 0,001$) (tableau 1). En effet, le taux d'absentéisme l'après-midi est de 24 % contre 18 % le matin.

Lien avec le délai d'attente : Ce sont les rendez-vous dont les délais d'attente sont élevés qui génèrent le plus haut taux d'absentéisme ($P < 0,001$). Les rendez-vous dont le délai varie entre 32 et 45 jours ont un taux d'absentéisme de 26 %. Lorsque le délai d'obtention est de moins d'une semaine, il chute à 16 % (tableau 1).

Raisons évoquées pour justifier l'absentéisme : Sur les 711 patients absents, 429 ont pu être contactés afin de connaître les raisons de leur absentéisme. L'oubli est la principale raison évoquée (25 %), suivi de tentatives d'annulation qui n'ont pas abouti (18 %) (tableau 2).

Conséquences financières pour la consultation de gastro-entérologie : La facturation de 2.766 patients présents à la consultation nous a été fournie par le service de facturation. Ces patients ont généré un chiffre d'affaires de 213.695 €, soit un chiffre d'affaires moyen par patient de 77,24 €. Le chiffre d'affaires facturé varie en fonction du motif d'admission. En effet, un patient qui prend rendez-vous pour une gastroscopie génère un chiffre d'affaires moyen de 144 € (tableau 3). Ce chiffre d'affaires comprend bien entendu l'acte de gastroscopie mais également tous les actes médico-techniques éventuellement réalisés lors de cette visite, ainsi que la consultation associée à ce rendez-vous. Le motif d'admission ne doit pas être confondu avec l'acte proprement dit.

En multipliant le nombre de patients absents par motif d'admission par le chiffre d'affaires moyen par type d'admission, on peut estimer la perte de chiffre d'affaires pour la gastro-entérologie à 49.175 € (tableau 3).

Conséquences financières pour les autres services de l'hôpital : Parmi les 2.950 patients présents lors de leur rendez-vous, 714 (24 %) patients ont consommé le même jour un ou plusieurs actes médicaux dans d'autres services de l'hôpital. Le chiffre d'affaires de ces 714 patients est de 22.810 €, ce qui fait un chiffre d'affaires moyen par patient de 32 €. Tenant compte d'une consommation en actes médicaux en dehors de la gastro-entérologie de 24 % des patients

Tableau 2 : Facteurs explicatifs évoqués par les patients absents à la consultation de gastro-entérologie.

	N	%
Facteurs propres au patient		
Oubli du patient	109	25,41
Amélioration état du patient	33	7,69
Impératif familial	24	5,59
Dégradation état de santé du patient	17	3,96
Impossibilité de se libérer du travail	7	1,63
Patient stressé par les résultats	3	0,7
Patient réveillé en retard	3	0,7
Patient désirant avis préalable de son médecin traitant	2	0,47
Fin de mois difficile (finances)	1	0,23
Facteurs propres à l'organisation des RDV		
Patient dit avoir tenté d'annuler le RDV sans succès	78	18,18
Numéro pour annuler le RDV inconnu du patient	37	8,62
Erreur sur la date du RDV	36	8,39
Patient dit avoir annulé son RDV	25	5,83
RDV plus rapidement dans un autre hôpital	18	4,2
Le patient dit ne pas avoir manqué son RDV	4	0,93
Patient dit ne pas avoir pris RDV	1	0,23
Autres facteurs		
Problème de transport (en commun)	22	5,13
Médecin traitant a jugé RDV non nécessaire	9	2,1
Total	429	100
RDV : rendez-vous.		

et du nombre de patients absents, on peut estimer la perte en chiffre d'affaires dans les autres services à 5.498 €. Deux services sont touchés par cet absentéisme indirect. Il s'agit de l'imagerie médicale et du laboratoire qui réalisent des actes médicaux pour les patients se rendant à la consultation de gastro-entérologie (tableau 4).

En tenant compte du chiffre d'affaires perdu au sein de la gastro-entérologie qui est de 77 € par patient et d'un chiffre d'affaires moyen en dehors de la gastro-entérologie qui est de 32 €, on peut estimer le manque à gagner direct et indirect de l'absentéisme en gastro-entérologie à 109,20 € par patient. L'impact total estimé de l'absentéisme des 711 patients (en tenant compte de la proportion de patients consommant des actes en dehors de la gastro-entérologie) est de 71.984 €.

Etude d'intervention randomisée

1.124 patients ont été inclus dans la procédure de rappel, 562 rappels ont été effectués par courrier, 562 rappels ont été effectués par téléphone. Certains rappels courrier ne sont pas parvenus, certains rappels téléphoniques n'ont pu être effectués. 558 personnes ont réellement été contactées par courrier, 408 par téléphone. Les caractéristiques des patients contactés dans chacun des types de rappels sont présentées dans le tableau 5. L'analyse de ce tableau montre que les caractéristiques des patients sont identiques dans les deux groupes de rappels.

Taux d'absentéisme et stratégies de rappel

Le taux d'absentéisme est plus bas dans le groupe des patients dont le rappel a été effectué par courrier. Le pourcentage de rendez-vous reportés ou annulés est par contre plus important dans le groupe de rappel téléphonique (tableau 6).

Stratégies de rappels parmi les patients à risque

Pour rappel, les patients les plus touchés par l'absentéisme sont les patients venant pour un premier rendez-vous, venant pour une consultation, ayant un rendez-vous l'après-midi, ayant moins de 26 ans et

Tableau 3 : Chiffre d'affaires perdu au sein de la gastro-entérologie lié à l'absentéisme.

Libellé prestations	CA facturé (€)	Q patients présents	CAM patients présents (€)	Q patients absents	Manque à gagner (€)
Consultation	47.731,24	1.249	38,22	393	15.018,72
Echo-endoscopie	5.856,30	83	70,56	13	917,25
Gastrosopie	124.029,78	862	143,89	174	25.036,17
Proctoscopie	21.221,53	342	62,05	102	6.329,23
Rectosigmoïdoscopie	14.856,03	230	64,59	29	1.873,15
Total	213.694,88	2.766	77,26	711	49.174,52
CA : chiffre d'affaires ; Q : quantité ; CAM : chiffre d'affaires moyen.					

Tableau 4 : Chiffres d'affaires produit en dehors de la gastro-entérologie mais au profit de celle-ci.

Services producteurs	Chiffre d'affaires (€)
Concertation oncologique	19
Imagerie médicale	12.352
Laboratoire	10.439
Total général	22.810

Tableau 5 : Caractéristiques des patients présents dans les deux groupes de rappels.

	Courrier N (%)	Téléphone N (%)	P
Genre			0,034
Masculin	221 (39,3)	218 (38,8)	
Féminin	341 (60,7)	344 (61,2)	
Age			0,801
0-25 ans	52 (9,3)	54 (9,6)	
26-50 ans	234 (41,6)	240 (42,7)	
51-74 ans	236 (42)	236 (42)	
≥ 75 ans	40 (7,1)	32 (5,7)	
Heure			0,84
Matin	412 (73,3)	409 (72,8)	
Après-midi	150 (26,7)	153 (27,2)	
Jour			0,991
Lundi	101 (18,0)	101 (18,0)	
Mardi	141 (25,1)	143 (25,4)	
Mercredi	86 (15,3)	85 (15,1)	
Jeudi	135 (24,0)	129 (23,0)	
Vendredi	99 (17,6)	104 (18,5)	
Prestation			0,218
Consultation	262 (46,6)	280 (49,8)	
Echo-endoscopie	23 (4,1)	12 (2,1)	
Gastroskopie	164 (29,2)	173 (30,8)	
Proctoscopie	72 (12,8)	65 (11,6)	
Rectosigmoidoscopie	41 (7,3)	32 (5,7)	
Résidence			0,466
Charleroi	233 (41,5)	221 (39,3)	
Autres villes	329 (58,5)	341 (60,70)	
DD GHdC			0,601
0-5	239 (42,5)	223 (39,7)	
6-oct	131 (23,3)	150 (26,7)	
nov-15	79 (14,1)	78 (13,9)	
15 +	113 (20,1)	111 (19,8)	

dont le délai d'attente est long (plus de 31 jours). L'impact des deux stratégies de rappel sur les groupes à risque est le suivant. Tous les résultats présentés sont statistiquement non significatifs.

Premier rendez-vous (TA : 5,9 %) : Parmi les 17 patients venant pour un premier rendez-vous, 6 ont été rappelés par courrier et 11 par téléphone. Aucun patient rappelé par courrier n'a été absent. Un (0,1 %) patient contacté par téléphone a été absent à son rendez-vous.

Consultation (TA : 3,3 %) : Parmi les 542 patients ayant pris rendez-vous pour une simple consultation, 262 ont été rappelés par courrier et 280 par téléphone. 7 (2,7 %) patients rappelés par courrier ont été absents à la consultation contre 11 (3,9 %) patients rappelés par téléphone.

Les moins de 26 ans (TA : 4 %) : Parmi les 100 patients ayant moins de 26 ans, 49 ont été rappelés par courrier et 51 par téléphone. 3 (6,1 %) patients rappelés par courrier ont été absents contre un (2 %) patient rappelé par téléphone.

Les délais d'attente supérieurs à 31 jours (TA : 3,3 %) : Parmi les 397 patients ayant un délai d'attente pour le rendez-vous supérieur à 31 jours, 195 ont été contactés par courrier et 202 par téléphone. 4 (2,1 %) patients dont le rappel a été effectué par courrier ont été absents, contre 9 (4,5 %) patients dont le rappel a été effectué par téléphone.

L'heure du rendez-vous (TA : 4,3 %) : Parmi les 303 patients ayant rendez-vous après 13 h, 150 ont reçu un rappel courrier contre 153 par voie téléphonique. 4 (2,7 %) patients rappelés par courrier ont été absents contre 9 (5,9 %) patients rappelés par téléphone.

Coûts des moyens de rappels

En incluant l'amortissement annuel de l'imprimante, le coût des consommables et du timbrage, les coûts en personnel, le coût unitaire d'un rappel papier est de 2,41 € (tableau 7).

Le coût unitaire d'un rappel téléphonique, incluant le prix de la communication dont le coût varie en fonction du type de téléphone, et le coût du personnel est de 2,69 € (tableau 8).

DISCUSSION

L'absentéisme est un problème organisationnel et financier pour les institutions hospitalières.

Les résultats de cette étude, réalisée dans un hôpital général et au sein d'une consultation de gastro-entérologie le situent à 19,4 % des rendez-vous planifiés. Les patients les plus à risque sont les patients jeunes, venant pour la première fois à l'hôpital, venant pour une consultation plutôt que pour un examen

Tableau 6 : Taux de présence, d'absentéisme, de rendez-vous reportés ou annulés dans les deux stratégies de rappels.

Type de rappel (N = 1.124)	Patients présents	RDV reportés	Patients absents	RDV annulés
Rappel courrier	505 (89,9 %)	14 (2,50 %)	16 (2,80 %)	27 (4,80 %)
Rappel téléphonique	468 (83,30 %)	31 (5,50 %)	26 (4,60 %)	37 (6,60 %)

RDV : rendez-vous.

Tableau 7 : Calcul du coût d'un rappel courrier.

	Coût par rappel (€)	Coût des 562 rappels (€)
Amortissement imprimante*	0,11	62,9
Contrat d'entretien	0,1	56,2
Coût impression	0,11	59,15
Enveloppe américaine	0,01	7,9
Feuille blanche A4 80 g	0,02	8,8
Timbre poste	0,59	331,58
Total	0,94	526,53
Coût personnel		
Salaire horaire (€)**	22,44	
Total heures de travail		37 h
Total coût personnel	1,48	830,28

*Prix d'achat : 1.119,25 €, amortissement en 5 ans, 2.000 copies par an. **Salaire horaire d'une secrétaire médicale ayant 5 années d'ancienneté (y compris les charges patronales).

risque dont la prédisposition des jeunes adultes à l'absentéisme. Ce facteur a été confirmé dans notre étude. L'absentéisme, plus présent chez les femmes, n'a pas été confirmé. Certains facteurs dont nous n'avions pas les informations n'ont pu être confirmés dans notre étude. Il s'agit des patients célibataires, des patients membres d'une famille nombreuse, des patients dont le niveau de scolarité est bas, des patients avec un niveau socio-économique bas et des patients ayant des antécédents d'absentéisme^{1,10}.

Les trois raisons principales évoquées par les patients de notre étude pour justifier l'absentéisme sont l'oubli pur et simple, une tentative d'annulation échouée et la non-connaissance du numéro d'annulation. L'oubli est un facteur retrouvé dans la littérature, tout comme la non-compréhension du fonctionnement du système de gestion des rendez-vous⁶.

Le rappel courrier, avec un numéro d'appel visible en cas d'annulation pourrait être une solution à ces trois problèmes. Les patients abandonnent cependant assez rapidement la communication téléphonique lorsque la ligne est occupée. Une ligne distincte de la ligne utilisée pour les prises de rendez-vous pourrait être une solution à ce problème. Un répondeur téléphonique serait probablement par ailleurs suffisant.

Les conséquences financières mises en évidence dans une étude réalisée au Royaume-Uni sont assez marginales par rapport aux résultats de notre étude. Sur base d'un taux d'absentéisme de 12 % et d'un nombre de patients ambulants de 14 millions, ce coût avait été estimé à £ 300 millions par an dans le secteur ambulatoire hospitalier au Royaume-Uni⁶.

Sur base du taux de change actuel (1 GBP = 1,22037 €) et du nombre de patients de cette étude, le coût de l'absentéisme d'un patient serait donc dans cette étude de 26 € par patient, ce qui est loin des résultats de notre étude. En effet, le chiffre d'affaires issu de nos résultats est de 109,20 € dont 77,26 € en gastro-entérologie et 31,95 € en dehors de la gastro-entérologie.

Ces résultats doivent cependant être analysés avec prudence puisque les systèmes de financement anglais et belges sont sensiblement différents. En Grande-Bretagne, le système se rapproche d'un financement forfaitaire dans lequel il faut additionner une enveloppe globale (65 %) à une rémunération à l'acte ou au cas traité dans le cadre d'accords prix-volume (25 %) et d'un paiement à la pathologie (10 %)¹⁴. En Belgique, les patients ambulants sont

Tableau 8 : Calcul du coût d'un rappel téléphonique.

	Prix unitaire (€, TVAC)	Total appels	Total (€) 2 min
Téléphone fixe	0,05	227	68,1
Téléphone portable	0,15	181	162,9
Total	-	408	231
Coût personnel			
Salaire horaire (€)**	21,6		
Total heures	40 h 08		
Total coût personnel (€)	865,92		
Coûts totaux des 408 rappels	1.096,92		
Coût unitaire d'un rappel	2,69		

*Calcul basé sur 3 tentatives facturées par patient ; **Salaire horaire d'une opératrice du *call center* ayant 5 années d'ancienneté.

médico-technique, dont le délai entre la prise du rendez-vous et le rendez-vous est élevé, dont le rendez-vous se situe l'après-midi. La revue de la littérature avait mis en évidence différents facteurs de

essentiellement financés via les honoraires médicaux, dont le montant de remboursement par prestation est destiné à couvrir tous les frais liés à la prestation médicale, c'est-à-dire tant la rémunération de l'acte médical lui-même que les locaux, le matériel, le personnel et les produits de consommation qui sont nécessaires à la réalisation de l'acte. Le remboursement par prestation est la règle générale. Il y a cependant des exceptions à cette règle comme notamment la biologie clinique et la radiologie ambulatoires, partiellement forfaitarisées¹⁵.

Nos résultats ont évalué le chiffre d'affaires perdu lié à l'absentéisme. Pour être plus précis, il faudrait plutôt chercher à faire apparaître la marge sur frais variables (MsFV) puisque c'est cette MsFV qui contribue à la prise en charge des frais fixes et laisse en définitive (ou non) un bénéfice¹⁶. Dans cette optique, il faudrait connaître le coût de revient des consultations de gastro-entérologie. Une étude du coût de revient de ces patients permettrait évidemment d'affiner les conclusions de l'impact financier réel de l'absentéisme sur l'institution. Le calcul du coût de revient des séjours et des pathologies de cet hôpital débutera en janvier 2011 dans cette institution. Le processus de calcul du coût de revient des séjours et des pathologies, déjà implanté dans différents hôpitaux¹⁷, nécessite le calcul préalable du coût de revient des actes médicaux. La connaissance des coûts de revient des actes produits en gastro-entérologie et en dehors de la gastro-entérologie mais au profit de celle-ci, pourront compléter les informations présentées dans cette étude. Toutefois, on peut estimer que pour les consultations, la majorité des coûts sont des coûts fixes. L'absence d'un patient se traduit donc par la perte du chiffre d'affaires, sans réduction concomitante significative de charges variables. La perte du chiffre d'affaires traduit donc assez correctement le préjudice subi par l'hôpital.

D'un point de vue préventif, les deux stratégies de rappel sont intéressantes financièrement puisqu'elles ne coûtent que 2,41 € par patient pour le rappel courrier et 2,69 € pour le rappel téléphonique. Les charges administratives étant par définition des charges fixes ne font qu'appuyer ce constat.

D'autres mesures préventives peuvent être envisagées afin d'éviter l'absentéisme des patients. On peut penser à la facturation de la consultation manquée. Ceci est déjà réalisé en Belgique dans l'hôpital universitaire de Jette qui a mis au point un système d'amendes de 15 € pour les patients qui ne viennent pas à leurs rendez-vous médicaux sans prévenir le spécialiste¹⁸. Ces pratiques sont également déjà largement répandues dans l'activité médicale de type privée.

Les résultats de cette étude, s'ils sont confirmés par des résultats similaires dans d'autres consultations et secteurs médico-techniques de l'hôpital (notamment en ce qui concerne la détermination du coût de la procédure de rappel et en ayant calculé le différentiel entre le chiffre d'affaires généré par les consultations

et le coût de celles-ci) devraient sensibiliser la direction de l'hôpital à installer progressivement un système de rappel afin de limiter l'absentéisme des patients, au minimum dans les groupes de patients à risque. Le rappel par SMS et une pénalité financière dans certaines conditions semblent être le choix qui pourrait s'imposer dans cette institution.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la direction générale et la direction médicale de l'hôpital pour la réalisation de cette étude. Ils remercient également le Pr P. Leclercq et Mme C. Senterre (Ecole de Santé Publique de l'ULB) pour leurs conseils et commentaires lors de la réalisation de cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Waller J, Hodgkin P : Defaulters in general practice : who are they and what can be done about them ? *Fam Pract* 2000 ; 17 : 252-3
2. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G : Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci* 1999 ; 107 : 422-8
3. Chariatte V, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC : Missed appointments in an outpatient clinic for adolescents, an approach to predict the risk of missing. *J Adolesc Health* 2008 ; 43 : 38-45
4. Penneys NS, Glaser DA : The incidence of cancellation and non-attendance at a dermatology clinic. *J Am Acad Dermatol* 1999 ; 40 (5 Pt 1) : 714-8
5. Neal RD, Lawlor DA, Allgar V et al. : Missed appointments in general practice : retrospective data analysis from four practices. *Br J Gen Pract* 2001 ; 51 : 830-2
6. Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Tham TC : Why do patients not keep their appointments ? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med* 2002 ; 95 : 284-6
7. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B : Why we don't come : patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2004 ; 2 : 541-5
8. Berg MB, Safren SA, Mimiaga MJ, Grasso C, Boswell S, Mayer KH : Non adherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care* 2005 ; 17 : 902-7
9. Lee CS, McCormick PA : Telephone reminders to reduce non-attendance rate for endoscopy. *J R Soc Med* 2003 ; 96 : 547-8
10. Rodríguez Pacheco R, Negro Alvarez JM, Campuzano López FJ et al. : Non-compliance with appointments amongst patients attending an Allergology Clinic, after implementation of an improvement plan. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2007 ; 35 : 136-44
11. Hashim MJ, Franks P, Fiscella K : Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments : observational study. *J Am Board Fam Pract* 2001 ; 14 : 193-6
12. Koshy E, Car J, Majeed A : Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments : observational study. *BMC Ophthalmol* 2008 ; 8 : 9

13. Sawyer SM, Zalan A, Bond LM : Telephone reminders improve adolescent clinic attendance : a randomized controlled trial. J Paediatr Child Health 2002 ; 38 : 79-83
14. Durant G : Financement des hôpitaux : des divergences mais surtout des convergences. Hospitals.be 2006 ; 1 : 6-14
15. Durant G : Le financement de l'activité médicale. Guide Hospitalier. In : Le financement de l'hôpital en Belgique, mise à jour décembre 2009 : 5.3/1-5.3/20, Kluwer
16. Pirson M, Leclercq P : Comparaison du coût de la prise en charge de l'infarctus du myocarde entre trois établissements hospitaliers. Journ Econ Med 2005 ; 23 : 439-55
17. Pirson M : Apports de la comptabilité analytique par cas et par pathologie à la gestion hospitalière. Thèse de doctorat en sciences de la santé publique, Ecole de Santé Publique de l'ULB, juin 2006
18. <http://www.lalibre.be/actu/belgique/article/600689/des-amendes-pour-ceux-qui-ne-viennent-pas-aux-rendez-vous-medicaux.html> (mis en ligne le 05/08/2010)

Correspondance et tirés à part :

M. PIRSON
Ecole de Santé Publique, ULB
Département d'Economie de la Santé
Route de Lennik 808 CP 592
1070 Bruxelles
E-mail : magali.pirson@ulb.ac.be

Travail reçu le 1^{er} septembre 2010 ; accepté dans sa version définitive le 6 janvier 2011.