

DIES



Analyse des attitudes de médecins et de dentistes  
à l'égard des patients bénéficiant  
de la Couverture Maladie Universelle complémentaire

Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne.

SYNTHESE

Cette étude visait à explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire lors de la prise de rendez-vous téléphonique et s'inscrivait dans le cadre d'un appel d'offres émanant du fonds CMU.

Ce travail s'inscrit en continuité d'autres travaux sur la CMU, dans le département du Val-de-Marne, appartenant à la petite couronne parisienne : une étude sur l'accès aux droits<sup>1</sup> et l'accès aux soins auprès des bénéficiaires de la CMU complémentaire (entretiens qualitatifs semi-directifs) et une étude auprès des agents d'accueil de la sécurité sociale (observation des pratiques et entretiens)<sup>2</sup>.

Il s'agit ici d'explorer la première étape dans le processus de l'accès aux soins, l'accès primaire. Pour les bénéficiaires de la CMU qui éprouvent un besoin et qui ont fait valoir leurs droits, ceux-ci permettent-ils un accès effectif aux soins.

Quelques études et les retours de professionnels de terrain font état de refus de certains professionnels de santé à recevoir les bénéficiaires de la CMU, notamment les médecins et les dentistes. Cependant, ces résultats restent parcellaires et strictement descriptifs et ne livrent aucun élément qui caractériserait les professionnels qui refusent. Il s'agissait donc de mesurer ces refus, de les analyser et essayer d'en comprendre les origines et les causes. Pour cela, nous nous sommes dotés d'une méthodologie double, par testing et entretiens.

## **1. Les méthodes**

Le fait de refuser d'accorder un rendez-vous étant considéré comme une pratique à la fois illégale et non déontologique, ces pratiques ne sont pas toujours avouées par les praticiens qui les exercent. C'est pourquoi, il était nécessaire de mobiliser une méthodologie non fondée sur des discours mais sur l'observation de pratiques. Le choix s'est porté sur un testing téléphonique, afin d'analyser in situ les situations concrètes.

Nous avons sélectionné un échantillon de 6 villes du département du Val-de-Marne pour leurs caractéristiques contrastées (démographie et taux de CMU par ville) et au sein desquelles plusieurs catégories de professionnels ont été appelées. Il s'agissait

---

<sup>1</sup> Despres C., 2005, La couverture médicale universelle : Des usages sociaux différenciés, Sciences sociales et santé, Vol.23, n° 4, dec, Despres C. « l'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet » (séminaire du DIES, mai 2005)

<sup>2</sup> DESPRES, L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet, Caroline DIES, mai 2005, « séminaire dies »

d'une prise de rendez-vous fictive. La première partie du scénario était homogène, de manière à pouvoir la traiter statistiquement. Le reste des échanges au téléphone, plus riche, a fait l'objet d'une analyse qualitative. Lors des échanges, il s'agissait notamment de pouvoir imputer le refus au fait que le patient bénéficiait de la CMU. En cas de manque d'éléments pour conclure, un deuxième appel (autre patient n'ayant pas la CMU) permettait une vérification des assertions (manque de place, notamment).

Les praticiens des 6 villes ont été tirés au sort avec des taux de sondage variables de manière à sur-représenter certaines catégories, plus faibles numériquement ou pour lesquelles, nous faisons l'hypothèse que les refus seraient moins nombreux (médecins versus dentistes). En appliquant ces méthodes de surreprésentation, on était en mesure d'obtenir, un nombre de testing avec refus supérieur à celui d'un sondage aléatoire simple, ce qui permettait d'enrichir l'analyse.

Enfin, nous avons travaillé sur les refus de soins imputables à la CMU, c'est-à-dire que lorsque le refus n'était pas annoncé comme tel, nous avons procédé à une vérification par un nouvel appel (patient fictif, non bénéficiaire de la CMU).

D'autre part, des entretiens avec quelques médecins et dentistes des 6 villes en questions, ont complété la méthodologie de manière à comprendre les logiques à l'œuvre, expliquant les attitudes différenciées des professionnels.

## 2. Les résultats

### a) L'analyse statistique du testing

Les taux de refus se décomposent comme suit :

Tableau 1 : Estimation des taux de refus de soins imputable à la CMU par catégories de professionnels

Catégorie	Nombre de refus/total <sup>3</sup>	Refus en %
Médecins généralistes Secteur 1	1/62	1,6 %
Médecins généralistes Secteur 2	4/24	16,7 %
<b>Médecins Généralistes</b> (Secteur 1 et 2)	5/86	<b>4,8 %</b>
<b>Médecins Spécialistes</b> (Secteur 1 et 2)	34/83	<b>41,0 %<sup>4</sup></b>
Dentistes	18/46	39,1 %

Tableau 2 : Taux de refus de soins imputable à la CMU par spécialité enquêtée

Activité	Effectifs	Refus en %
Rendez-vous		
Ophtalmologue	10	33,3 %
Pédiatre	9	40,9 %
Psychiatre	11	50,0 %
Gynécologue	4	44,4 %
Total	34	41,0 %

**Pour l'ensemble des médecins des 6 villes concernées, l'estimation du taux de refus est donc de 14 %<sup>5</sup>.**

<sup>3</sup> Il s'agit des effectifs non corrigés par les poids de sondage.

<sup>4</sup> Ce chiffre n'est pas une estimation mais le chiffre réel des refus dans la population des médecins spécialistes puisqu'ils ont tous été testés.

<sup>5</sup> Il s'agit d'une estimation dans la mesure où les taux de sondage variaient en fonction des catégories professionnelles.

Il faut aussi insister sur le fait que :

- Les médecins généralistes en secteur 1 acceptent la CMU ; les refus constituent des exceptions : 99,4 % de rendez-vous accordés.
- Le taux de refus est plus fort chez les médecins généralistes de secteur 2 (16,7 %) mais cela donne un taux de rendez-vous accordés de 83,3 %, ce qui signifie qu'une très large majorité accepte.
- Les spécialistes ont un taux de refus élevé, proche de celui des dentistes (tous secteurs confondus). Par ailleurs, les psychiatres constituent la catégorie qui refuse le plus.
- Les refus parmi les dentistes s'avèrent très élevés par rapport à ce à quoi on pouvait s'attendre, puisque le testing n'explorait que le refus pour des soins « standard ». On peut présumer que le taux de refus pour des prothèses aurait été encore plus élevé.

De plus, le testing a permis de montrer des attitudes différenciées des professionnels vis-à-vis des patients CMU. Ces attitudes se résument ainsi :

- Rendez-vous donné.
- Rendez-vous donné mais entouré de protections (rappeler pour confirmer, bien vérifier que la carte vitale est à jour), de restrictions ou d'aménagements.
- Refus de rendez-vous justifié par un manque de place réel ou autre chose (départ en retraite imminent, par exemple).
- Refus de rendez-vous imputable à la CMU, annoncé comme tel ou sous couvert d'une autre raison.

Enfin, les analyses statistiques permettent de révéler que les médecins en secteur 2 ont plus de chance d'opposer des refus que leurs confrères du secteur 1 ; de même, pour les médecins spécialistes versus les médecins généralistes. Les autres variables, notamment l'environnement (taux de CMU dans les villes considérées), n'ont pas d'effet sur les pratiques dans notre échantillon.

### ***b) L'analyse qualitative du testing***

Celle-ci permet de voir qu'au-delà des refus de rendez-vous, d'autres formes de discrimination peuvent être démasquées : restrictions des soins (accord pour des soins mais pas de prothèses pour certains dentistes), aménagements ou horaires spécifiques et plus difficiles à mettre sur le compte de la CMU. La qualité de l'accueil apparaît très variable.

L'analyse des échanges permet d'observer les stratégies d'évitement quand il y a refus : présentation de celui-ci comme une obligation (quotas, par exemple) ou pour le bien du patient (« pour que vous n'ayez pas à payer un dépassement »). Elle permet de constater que dans une grande majorité des cas, les refus sont annoncés clairement comme en lien avec la CMU.

Certains échanges même brefs ont également permis de soumettre des hypothèses explicatives au refus. Ils pourraient être notamment liés à :

- des logiques économiques (dépassements d'honoraires), lorsque le praticien accepte le patient à condition qu'il fasse l'avance ou qu'il paye un dépassement,
- une vision de la CMU comme un dispositif charitable, (refus et renvoi vers des structures publiques ; rendez-vous accordé avec gratuité),
- une vision des bénéficiaires comme ne travaillant pas (proposition d'horaires).

Enfin, certaines propositions cliniques ne seraient pas adaptées aux populations précaires (psychanalyse, port de lentilles) aux dires des praticiens.

### ***c) L'analyse des entretiens***

Celle-ci était mise en perspective par l'analyse des pratiques (testing).

Ce travail a permis de révéler certaines des logiques en œuvre qui pourraient expliquer les conduites et les attitudes contrastées des deux catégories de professionnels explorées, médecins et dentistes. On peut distinguer deux catégories de professionnels :

- ceux qui sont favorables à la loi et sa mise en œuvre (en grande majorité les médecins généralistes du secteur 1) et l'appliquent ;

- ceux qui refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et ceux qui acceptent simplement pour ne pas être hors la loi mais qui ont tous un jugement plutôt défavorable sur les bénéficiaires de la CMU.

Cette dernière catégorie regroupe donc deux types d'attitudes, refus ou non à recevoir les patients CMU mais des conceptions proches sur la loi et les bénéficiaires.

Ces deux catégories de praticiens, se différencient en fonction d'éléments liés au professionnel (ses valeurs, son éthique professionnelle, la conception de son rôle, de sa position au sein du système de santé notamment sur le caractère libéral de sa pratique) mais aussi, son environnement, notamment la proportion de bénéficiaires de la CMU dans sa clientèle (qui permet une meilleure connaissance de ceux-ci ; le poids économique que constitue cette clientèle pour un praticien en secteur 2).

Ainsi, nous avons pu proposer des hypothèses sur les causes de refus :

Les logiques économiques (dentistes et médecins en secteur 2) occupent une place évidente, confirmée par l'analyse statistique. Si les dentistes ont peu de réticence à exposer ce type d'arguments, il est plus difficile à énoncer dans des entretiens avec les médecins, qui justifient leurs attitudes en mobilisant d'autres registres (discours sur l'abus et prétendus comportements d'incivilité). La confrontation de la rhétorique du discours aux pratiques permet d'y échapper en partie.

La méconnaissance de la Loi amène à des distorsions dans les représentations sur les bénéficiaires.

La perception comme une assistance génère des limites aux propositions de prise charge : la prise en charge des plus démunis devrait pour certains se faire ailleurs qu'en cabinet libéral ; cette prise en charge est légitime à condition qu'il y ait des besoins « vrais ».

Cette méconnaissance de la Loi, ses fondements, ses objectifs, des enjeux en cause est à confronter au défaut de communication et d'information dirigée vers les praticiens qui

constituent pourtant un maillon essentiel dans l'accès aux soins et sans la collaboration desquels l'accès ne pourra être rendu effectif.

Les préjugés sur les bénéficiaires s'inscrivent dans des conceptions dominantes de la société, auxquelles une partie des praticiens participe et nous avons montré comment en partant de bruits colportés et du fait du faible nombre de bénéficiaires dans une clientèle, les professionnels en arrivent à conforter les dits préjugés.

Les bénéficiaires ne travaillent pas ; s'ils évoquent un travail, c'est qu'il s'agit d'un travail au noir, donc ils ont triché ! De toute façon, on n'est pas pauvre quand on a un travail.

Ils acceptent pour certains de payer un dépassement ; c'est donc qu'ils ne sont pas pauvres ! Alors que les bénéficiaires témoignent qu'ils préfèrent faire d'autres sacrifices et payer plus qu'être mal traités lors d'une consultation.

Ces résultats confirment l'existence d'un refus de soins important chez les médecins spécialistes et les dentistes. Ces résultats restent circonscrits et présentent un caractère de représentativité uniquement sur les 6 villes choisies et en aucun cas sur l'ensemble du département, ni le territoire français. Cependant, les villes ne présentent pas de caractère spécifique et on peut facilement imaginer que le refus de soins adoptera un profil en lien avec la répartition des catégories professionnelles en fonction de la région (répartition secteur 1 et 2, répartition médecins généralistes/médecins spécialistes). Par contre, il ne présume en rien de résultats dans des régions rurales.



DIES



Auteurs :

Caroline Desprès, Michel Naiditch

---

# **Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle**

**Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne**

**Rapport final – Mai 2006**

**A la demande du Fonds CMU**

---

## **Remerciements**

Contribution de Marika Lefebvre (DIES)

Sophie Houzard, médecin de santé publique, a contribué à l'analyse statistique.

Daniel Kenigsberg, acteur, a réalisé le testing.

---

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Première partie : le testing</b>	<b>10</b>
<b>1 - Rappels méthodologiques</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Description des conditions pratiques du testing</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Description du scénario</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Réponses</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Vérifications</b>	<b>14</b>
<b>1.5 Constitution a priori de l'échantillon sondé</b>	<b>15</b>
1.5.1 Le choix du département : le Val-de-Marne	15
1.5.2 Premier niveau : le choix des villes	16
1.5.3 Deuxième niveau : le choix des praticiens	18
<b>1.6 Caractéristiques de l'échantillon final</b>	<b>20</b>
<b>2 - Analyse quantitative</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Taux de refus dans notre échantillon et estimation du taux de refus dans les 6 villes</b>	<b>23</b>
2.1.1 Typologie des refus	23
2.1.2 Taux de refus par groupe de professionnels	23
2.1.3 Estimation du taux de refus global dans la population générale des professionnels de 6 villes	24
<b>2.2 Analyse des refus en fonction des catégories professionnelles</b>	<b>25</b>
2.2.1 Analyse globale des refus par catégorie professionnelle	25
2.2.2 Analyse globale des refus par mode d'exercice	26
2.2.3 Analyse détaillée des refus en fonction du type d'activité (généralistes/spécialistes)	27
2.2.4 Analyse des refus parmi les spécialistes en fonction de la spécialité	29
<b>2.3 Analyse des prises de rendez-vous/ refus de soins en fonction de la nationalité de l'appelant</b>	<b>29</b>
<b>2.4 Analyse des prises de rendez-vous/ refus de soins en fonction du genre</b>	<b>31</b>
<b>2.5 Analyse des refus en fonction des villes où sont installés les praticiens</b>	<b>32</b>
<b>2.6 Délais de rendez-vous</b>	<b>34</b>
<b>2.7 Synthèse des résultats</b>	<b>36</b>
<b>3 - Analyse qualitative du testing</b>	<b>39</b>
<b>3.1 La qualité de l'accueil</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Des aménagements spécifiques pour la CMU ou des restrictions.</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Le refus et les propositions alternatives</b>	<b>43</b>

3.4	Les réponses négociées	44
3.5	Les réponses ambiguës	45
3.6	Les refus non assumés	46
<b>Synthèse des résultats</b>		<b>49</b>
<b>Deuxième partie : les entretiens avec les professionnels</b>		<b>50</b>
<b>1 - Rappel des objectifs et des résultats du testing</b>		<b>50</b>
1.1	Les attitudes différenciées des professionnels	50
1.2	Le refus en fonction des caractéristiques des professionnels	50
1.3	La méthodologie	51
<b>2 - La loi sur la couverture médicale universelle : entre connaissance et représentations</b>		<b>53</b>
2.1	La méconnaissance de la loi par les professionnels	53
2.2	Les effets de la méconnaissance de la loi	56
<b>3 - Les représentations concernant les bénéficiaires</b>		<b>61</b>
3.1	Une vision des bénéficiaires variable en fonction du lieu d'installation	61
3.2	Des patients aux comportements spécifiques ?	64
3.3	Des besoins cliniques spécifiques ?	65
<b>4 - Le droit : du côté des patients, du côté des praticiens</b>		<b>67</b>
<b>5 – Les autres problèmes</b>		<b>73</b>
5.1	Les logiques économiques	73
5.2	Les problèmes pratiques : le téléchargement	74
5.3	Le tiers payant	74
<b>6 – La question de l'accès aux soins</b>		<b>74</b>
<b>Conclusion</b>		<b>78</b>

---

## Introduction

Le rapport concerne une étude réalisée dans le cadre d'un appel d'offre du Fonds CMU inscrit dans le thème 1 de cet appel d'offre : « *Définir l'attitude des professionnels de santé face aux bénéficiaires de la CMU* ».

La Loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU -couverture maladie universelle- constituait un des volets de la lutte contre l'exclusion. Concrètement, la CMU ouvre des droits à une protection sociale à toute personne résidant en France de manière stable et régulière. La Loi comportait deux volets. Le premier concernait la CMU de base, permettant une affiliation au régime général de l'assurance maladie et l'accès immédiat aux prestations pour ceux qui n'en bénéficiaient pas à un autre titre (généralisation de l'assurance maladie). Le deuxième volet qui nous intéresse dans ce projet peut être résumé ainsi : l'accès à une complémentaire gratuite<sup>1</sup> pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond, variable en fonction de la taille du foyer (nombre d'ayants droit).

Le dispositif mis en place repose donc sur une *discrimination positive* basée sur un principe d'équité et non d'égalité des droits. Cependant, en octroyant une couverture complémentaire spécifique et visible (lors de la lecture de la carte vitale, notamment), le dispositif contribue aussi à désigner les patients bénéficiaires de la CMU par rapport aux autres. Ceci pourrait favoriser une stigmatisation voire des attitudes de discrimination (dans son sens premier, péjoratif) de la part de certains professionnels de santé.

C'est ce qu'il s'est agi de vérifier et d'analyser dans cette étude.

---

<sup>1</sup> *La CMU complémentaire permet une quasi-gratuité des soins grâce à l'exonération du ticket modérateur (part dévolue à l'usager non prise en charge par la sécurité sociale), du forfait journalier et de la dispense d'avance de frais. La CMU donne accès à l'ensemble de l'offre de soins (incluant prévention), publique et libérale. Pour certains soins (lunetterie ou prothèse dentaire, insuffisamment pris en charge par les 100 % sécurité sociale), un forfait est proposé. Les professionnels sont tenus à appliquer à ces patients le tarif de la sécurité sociale (pas de dépassements autorisés).*

*Tous les allocataires du RMI bénéficient automatiquement de la CMU complémentaire.*

Les discriminations dans le champ de la santé et de la protection sociale ont été assez peu explorées. Il faut cependant noter récemment quelques travaux réalisés sous l'angle de l'accès aux soins et de la prise en charge des personnes<sup>2</sup>. La pénurie de travaux sur ces questions est en partie à relier au fait qu'une discrimination dans le champ de la santé apparaît intolérable aux yeux des professionnels (sur le plan déontologique mais aussi légal) aussi bien que dans la société.

Les pratiques discriminatoires, frappées d'illégitimité, sont donc difficiles à révéler et posent de nombreux problèmes méthodologiques dont certains ne sont pas encore résolus : par exemple, comment les mettre en évidence au sein d'une consultation qui se déroule « à huis clos » ?

Les auteurs des ouvrages cités montraient qu'il s'agissait de discriminations socio-économiques plus que raciales ou ethniques mais qui peuvent se cumuler avec des discriminations dont font l'objet certaines pathologies (toxicomanies, HIV/sida) en lien avec la précarité. Ainsi, les discriminations médicales, sociales et raciales se renforcent les unes les autres.

Des auteurs<sup>3</sup> ont montré que les soins constituent un processus qui se décompose en plusieurs étapes.

- *L'accès théorique* est en lien avec le système de protection sociale.
- L'accès réel, fait référence au fait qu'un besoin doit pouvoir donner lieu à un recours effectif, au-delà de la question du droit, c'est *l'accès primaire*.
- La première rencontre avec un professionnel de santé pourra donner lieu à d'autres rencontres : secondes consultations, consultations de référence, pour le suivi des traitements et des recommandations médicales : c'est *l'accès secondaire*.

Les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires *potentiels* de la CMU ont plusieurs origines ; notamment certains d'entre eux continuent à ne pas faire valoir leurs droits<sup>4</sup>.

Mais pour ceux qui les ont fait valoir, des obstacles et des difficultés d'accès aux soins persistent, notamment du fait d'un refus de soins. En effet, il apparaît que certains

---

<sup>2</sup> Fassin, 1998, 2000 et Fassin et al, 2000 ; Gotman et al., 2004 ; Moulin et al. 2005.

<sup>3</sup> LOMBRAIL P, « Accès aux soins » in : Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris, La Découverte, 2000

<sup>4</sup> DESPRES Caroline, La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences sociales et santé*, n° 4, Vol.23, dec. 2005

professionnels, médecins, dentistes mais aussi pharmaciens, kinésithérapeutes refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU ou se livrent à des pratiques telles que le refus de pratiquer le tiers payant - le patient ne fait pas l'avance - ou d'application de dépassements d'honoraires chez les médecins du secteur 2, qui constituent autant de formes de refus d'application de la Loi.

Ici, il s'agira donc d'explorer le processus entre accès théorique et accès réel : le sujet bénéficie d'un droit qu'il cherche à exercer ; celui-ci permettra-t-il de donner lieu à une rencontre effective ?

Ce travail s'inscrit dans la prolongation d'autres travaux que nous avons réalisés sur la CMU :

- une étude qualitative auprès d'une quarantaine de bénéficiaires incluant des personnes parmi les plus défavorisées (sans domicile), et dans laquelle de nombreux témoignages sur le refus de soins ont été recueillis (à la demande de la CPAM du Val de Marne) ;
- une étude auprès des agents d'accueil de la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne<sup>5</sup> relevait également des témoignages dans ce sens, recueillis par les agents ou entendus lors de l'observation des interactions au guichet<sup>6</sup>.

Par ailleurs, les associations Médecins du Monde et Que choisir, en s'appuyant sur des enquêtes qu'elles ont menées respectivement l'une et l'autre, ont témoigné également des difficultés d'accès aux soins de différents groupes, notamment les bénéficiaires de la CMU.

La DREES dans une enquête réalisée en 2003<sup>7</sup> a établi que 15 % des personnes interrogées déclaraient qu'il leur était arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel refuse de les recevoir ou de les revoir parce qu'ils étaient bénéficiaires de la CMU.

Ces taux pourraient même être plus élevés dans la mesure où certains bénéficiaires sont prêts à payer un dépassement ou à faire l'avance de frais pour être reçus ; ou que

---

<sup>5</sup> DESPRES Caroline, L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet, 20,21 mai 2005, séminaire de recherche DIES : *Promotion des usagers et « modernisation » des pratiques professionnelles. Normalisation, dynamiques d'échanges et logiques professionnelles*, à paraître

<sup>6</sup> Financement de recherche de la Fondation de l'Avenir

<sup>7</sup> BOISGUERIN B., *Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003*, DREES, Etudes et résultats, N° 294, mars 2004

d'autres, du fait qu'ils ont un médecin de famille et donc peu d'occasion de consulter d'autres professionnels, ne sont pas directement confrontés à une situation de refus.

Les discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU pourraient n'être que l'illustration, dans les représentations des professionnels, des handicaps cités plus hauts et qui donnent lieu à des discriminations au sein du système de santé : catégorie socio-économique et origine étrangère. Or, la population CMU est hétérogène, rassemblant des salariés (classes ouvrières avec famille nombreuse), des travailleurs pauvres ainsi que des RMIstes et des chômeurs ainsi que les personnes désaffiliées, au sens que leur donne R. Castel<sup>8</sup> (SDF, jeunes en rupture familiale). Nous faisons l'hypothèse que les représentations des professionnels sur les bénéficiaires sont plutôt celles de la grande précarité ou tout au moins d'une population majoritairement sans travail<sup>9</sup>. Des discriminations dans le cadre de la CMU masqueraient donc d'autres formes de discrimination (également, part importante des étrangers parmi les bénéficiaires).

Il faut aussi rappeler que les praticiens sont tenus d'appliquer le tarif de la sécurité sociale pour les patients bénéficiant de la CMU (et un forfait en ce qui concerne les prothèses dentaires). Ainsi, des logiques économiques pourraient expliquer des refus de soins, notamment concernant les dentistes et les médecins installés en secteur 2.

L'articulation de deux méthodologies qualitative et quantitative doit donc nous permettre de répondre à deux objectifs :

- mesurer les obstacles à l'accès effectif aux soins pour les bénéficiaires de la CMU, lors de la prise de rendez-vous (refus de soins) en s'appuyant sur une technique de testing (prise de rendez-vous simulée) et affiner les hypothèses quant aux professionnels concernés et leurs caractéristiques ;
- dans un second temps, faire émerger des hypothèses explicatives quant aux attitudes des professionnels en réalisant des entretiens semi-directifs auprès d'une quinzaine d'entre eux.

---

<sup>8</sup> CASTEL R., *La métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Ed. Fayard, Coll. Essais, 1995

<sup>9</sup> D'après une étude de la DREES, 26 % des bénéficiaires d'âge actif occupent un emploi, au chômage dans 35 % des cas, retraitée dans 1 % des cas et inactive dans 26 % des cas (ces résultats concernent la personne de référence du ménage).



*Au cours de la suite du rapport, quand nous parlerons des bénéficiaires de la CMU, nous entendrons bénéficiaires de la CMU complémentaire.*

---

## Première partie : le testing

### 1 - Rappels méthodologiques

Les objectifs du testing étaient de mesurer « les refus à accorder un rendez-vous » (lors d'une demande par téléphone) aux personnes bénéficiant de la CMU. La difficulté de l'exercice résidait dans le fait qu'il s'agissait à la fois de mettre en évidence les refus opposés à une demande de rendez-vous et de pouvoir les rattacher au fait que le patient bénéficiait de la CMU. En effet, l'accès à certaines spécialités médicales peut s'avérer difficile pour les usagers du système de soins en général, du fait d'une surcharge de travail des professionnels qui sont amenés alors soit à proposer des délais de rendez-vous très importants (deux à trois mois en ophtalmologie) soit à refuser de nouveaux patients (psychiatrie, notamment). Il fallait donc distinguer ces deux situations de refus possibles.

Au-delà de ce premier objectif de mesure, le volet quantitatif visait à distinguer les groupes de professionnels les plus concernés et à repérer des variables significativement liées au refus, fournissant des hypothèses explicatives à de telles attitudes.

Les questions que nous nous posions a priori de manière à expliciter les refus de soins, étaient les suivantes :

- *Ceux-ci sont-ils reliés au secteur d'activité dans lequel exerce le médecin ?*

L'application de la loi entraîne un manque à gagner pour les praticiens appliquant un dépassement d'honoraires puisqu'ils ne peuvent appliquer un dépassement à ces patients.

- *Existe-t-il des variations dans les taux de refus en fonction des catégories de médecins (généralistes versus spécialistes) ?*

Les résultats d'autres études semblent montrer que les dentistes et les médecins spécialistes sont les catégories qui opposent des refus plus importants et la médecine générale ne constitue pas à l'inverse un problème. Qu'en est-il dans notre étude et pouvons-nous corroborer ces résultats ?

- *L'environnement influe-t-il sur les pratiques des médecins (vis-à-vis de la CMU) ?*

Les villes du Val-de-Marne comportent des taux de précarité contrastés, en ce qui concerne notamment les pourcentages de bénéficiaires de la CMU. Les attitudes des praticiens varient-elles en fonction de ces éléments et dans quel sens ?

Le choix de la méthode par testing était justifié par la difficulté à saisir des attitudes discriminatoires avec les méthodes d'enquête habituelles telles que l'observation ou le questionnaire. En effet, les discriminations dans le champ de la santé sont doublement illégitimes : proscrites par la loi et contraires aux codes de déontologie et aux valeurs de la profession (surtout médicale). De ce fait :

- les professionnels qui discriminent sont peu enclins à rapporter de telles pratiques ;
- quant aux victimes des discriminations, il s'agit de personnes dans une position sociale dépréciée, ayant souvent une faible estime d'elles-mêmes et qui subissent régulièrement des regards péjoratifs ; elles ne sont pas enclines à en faire état, ceci faisant partie de leur univers quotidien ;
- il est d'autant plus difficile de recueillir auprès de victimes de discrimination, des plaintes ou des témoignages, que le médecin occupe dans l'échelle sociale, une position sociale et un prestige tels qu'il fait rarement objet de critiques, surtout de la part de personnes humbles.

Le testing permet donc de révéler in situ des attitudes qu'il est impossible d'observer dans la réalité. Il s'agissait de construire une situation virtuelle sans que le professionnel en soit informé et de la mettre en œuvre de manière homogène afin de comparer des variables entre elles toutes choses étant égales par ailleurs.

## **1.1 Description des conditions pratiques du testing**

Le testing a été construit de telle façon que les demandes de consultations soient réalisées de manière homogène et produisent le moins possible de variabilité qui serait imputable au mode de présentation..

Le test a été réalisé par un seul enquêteur, acteur de métier et en présence du chercheur. Deux scénari ont été testés, tous deux des hommes, identiques en tous points sur la première partie (faisant l'objet de l'analyse statistique) sauf en ce qui concerne la nationalité de l'appelant : l'un était français, l'autre d'origine magrébine (il s'annonce comme parlant mal le français et parle avec un fort accent). Ceci devait permettre de tester la possibilité d'un effet « étranger » dans les refus. Pour chaque praticien, l'un ou l'autre des scénari a été choisi, (alternativement au fil des appels).

Il s'agissait de construire le scénario de manière à anticiper les questions suscitées par la demande de rendez-vous et à répondre de manière homogène :

- questions cliniques (motifs de la demande),
- personne ayant recommandé le professionnel appelé ou orienté vers lui (question posée par les psychiatres, plus occasionnellement par les autres praticiens),
- questions relatives à l'adresse, coordonnées téléphoniques...

Les appels téléphoniques ont été passés sur une période inférieure à un mois en 2005. Tous les rendez-vous pris effectivement, étaient annulés ultérieurement.

## **1.2 Description du scénario**

Les appels correspondaient à des situations cliniques, ne présentant pas un caractère de gravité fort (ce qui aurait pu contribuer à masquer des refus) mais qui pouvaient justifier d'une consultation dans des délais relativement rapprochés.

Les causes cliniques de la demande variaient selon le type de praticien concerné :

- pour les généralistes : lombalgies ;
- pour les ophtalmologistes, infection oculaire (type conjonctivite) ;

- pour les gynécologues, aucune question clinique n’a été posée (le scénario prévu concernait le début de ménopause), demande de rendez-vous pour l’épouse ;
- pour les pédiatres, un enfant de 5 ans, sans appétit, se plaignant de douleurs de ventre...
- pour les psychiatres, mal être indéfinissable, exprimé essentiellement avec le ton de la voix, « ça va pas docteur ! » ;
- pour les dentistes, il s’agissait de soins dentaires dans une relative urgence (suspicion d’abcès dentaire).

Concernant les dentistes, nous avons le choix entre tester une demande pour des soins et pour une prothèse. Nous avons choisi de tester les soins de base qui n’avaient pas fait l’objet d’études spécifiques à notre connaissance.

L’attitude générale adoptée par l’acteur était une position d’humilité, de mauvaise connaissance du système et de ses droits, ce qui n’est pas loin de correspondre à la réalité pour une partie des bénéficiaires<sup>10</sup>.

M. A se présentait lors du scénario A en précisant qu’il parlait mal le français et s’en excusait. Pour le reste, les scénarii A et B étaient identiques pour les deux personnages. Après avoir précisé qu’il « avait la CMU », M. A ou B demandait à avoir un rendez-vous avec le médecin ou le dentiste. En fin d’entretien, si un rendez-vous était effectivement donné, il relançait : « il n’y a pas de problème avec la CMU ? » de façon à s’assurer que la notion de « patient CMU » avait bien été enregistrée.

Le fait d’annoncer d’emblée que l’on bénéficie de la CMU, était justifié par les résultats d’une étude auprès des bénéficiaires de la CMU<sup>11</sup> qui montrait que ceux-ci, le plus souvent, préfèrent s’annoncer comme tel pour ne pas avoir à gérer a posteriori une situation délicate plus tard, face au médecin. Mais il est vrai que certains bénéficiaires préfèrent taire cette information, les médecins ne s’en apercevant qu’au moment de la présentation de la carte vitale.

---

<sup>10</sup> Cf. article DESPRES, op. cité ou étude de Médecins du Monde.

<sup>11</sup> DESPRES, 2005, op. cit.

### 1.3 Réponses

Les réponses pouvaient émaner soit d'un secrétariat personnel (individuel ou cabinet de groupe) soit d'un secrétariat extérieur : dans ce cas, des consignes étaient en général données quant aux restrictions de soins à apporter en fonction de la protection sociale des appelants.

Un échange était engagé de manière à pouvoir connaître les motifs de refus quand c'était le cas et s'il était attribuable à la CMU ou pas. Nous avons aussi, en cas de refus, quel qu'en soit le motif, cherché à savoir si des propositions alternatives étaient offertes aux patients. La possibilité de négocier, les difficultés probables de certains professionnels à refuser directement une consultation ont permis d'obtenir un rendez-vous après un refus initial, dans quelques cas. A l'inverse, quand il s'agissait d'une secrétaire, les consignes étaient respectées et n'ouvraient la voie à aucune possibilité de négociation, même si un malaise était perceptible chez certaines d'entre elles. Ces cas ont été notés lorsque nous disposions de l'information sur l'identité du répondant ce qui n'a pas été toujours le cas ; ces configurations différentes nous sont apparues ultérieurement au cours de l'étude.

### 1.4 Vérifications

De nombreux refus ont été annoncés d'emblée comme en rapport avec la CMU : « *le médecin ne prend pas la CMU* » pour telle ou telle raison. Mais dans d'autres cas, d'autres motifs ont été invoqués : par exemple, « *le docteur ne prend pas de nouveau patient* »...

Des vérifications ont donc été réalisées lorsque les praticiens n'annonçaient pas explicitement qu'ils refusaient la CMU mais avançaient un autre argumentaire pour le refus de rendez-vous : ils étaient surchargés, les délais de rendez-vous étaient trop importants, ils ne prenaient pas de nouveau patient, ou toute autre raison (départ en retraite, nécessité de remplir un formulaire de médecin traitant).

Nous avons donc appelé à nouveau : cette fois-ci, le nouvel appel était effectué par une femme (le chercheur) qui formulait sa demande de rendez-vous de manière standard sans faire aucune allusion à la CMU. Ceci a permis parfois de faire la part des refus non imputables à la CMU (mêmes réponses) de ceux qui l'étaient de fait : rendez-vous

obtenu sans difficulté parfois dans un délai très court, à l'inverse de l'appel réalisé par M. A ou B.

Parfois la qualité d'accueil apparaissait très différente mais ces doubles appels n'ont pas été suffisamment fréquents pour en tirer des conclusions statistiquement valides.

## **1.5 Constitution a priori de l'échantillon sondé**

Nous avons procédé en plusieurs étapes :

- le choix du département ;
- une sélection raisonnée de 6 villes ;
- un tirage au sort des professionnels avec des taux de sondage variable en fonction des catégories de professionnels.

Les choix réalisés résultaient soit d'un objectif de faisabilité (gain de temps et contraintes économiques dans le cadre d'une procédure a priori lourde) soit d'une logique de meilleure adaptation aux objectifs recherchés.

### **1.5.1 Le choix du département : le Val-de-Marne**

Le choix du département reposait sur deux éléments :

- ce travail s'inscrivait en continuité avec des travaux antérieurs sur la CMU que nous avons menés, ce qui nous donnait une bonne connaissance de ce terrain ainsi que permettaient des liens privilégiés avec la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, nous donnant accès à diverses informations sur le département ;
- les villes concernées présentaient un contraste sur le plan socioéconomique, et une représentation des spécialités qui nous intéressaient, un dispositif « CMU » rodé sur le département avec des délais de remboursement rapides pour les praticiens informatisés (3 à 5 jours).

### 1.5.2 Premier niveau : le choix des villes

Le choix de procéder à un tirage à deux niveaux était fondé sur la volonté de pouvoir comparer l'effet des villes où sont installés les professionnels, sur leurs pratiques. Notre choix était fondé sur deux hypothèses :

- le lieu d'installation pouvait révéler un rapport spécifique à leur métier et à la précarité et donc être dans une certaine mesure prédictif de leur attitude vis-à-vis de la CMU ;
- en retour, l'environnement pouvait produire un effet sur leurs pratiques, notamment en fonction de la plus ou moins grande sollicitation des bénéficiaires.

Pour ces mêmes raisons, nous avons exclu les communes rurales où le nombre de médecins par villes (surtout des médecins généralistes) était insuffisant pour permettre des comparaisons.

Le nombre de villes a résulté d'un équilibre optimal entre le nombre d'appels téléphoniques à réaliser (nombre de praticiens à contacter) mais aussi des taux de sondage choisis selon les groupes de professionnels concernés (cf. infra).

Nous avons donc été conduits à réaliser un choix de 6 villes en fonction de leur population (tableau 1) et des taux de patients bénéficiaires de la CMUC « faible », « moyen » ou « élevé ».

Tableau 1 : Population des 6 communes

Ville	Saint Maur	Vincennes	L'Hay-les-Roses	Maisons-Alfort	Champigny-sur-Marne	Vitry-sur-Seine
Habitants	73 000	43600	29600	51100	74200	79900

Source : CPAM 94



Tableau 2 : Taux de CMUC dans les villes enquêtées

Ville	Taux CMUC « faible »		Taux CMUC « moyen »		Taux CMUC « élevé »	
	Saint Maur	Vincennes	L'Haÿ-les-Roses	Maisons-Alfort	Champigny-sur-Marne	Vitry-sur-Seine
Taux CMU	3,5	3,9	4,8	4,3	8,6	9,3

Source : ERASME, Démographie des bénéficiaires du Régime Général domiciliés dans le département du Val-de-Marne et affiliés à la CPAM du Val-de-Marne au 30 juin 2005.

Les taux sont artificiellement plus élevés que la réalité à Vincennes, où est installée l'association « Entraide et Partage » qui « héberge » des personnes sans domicile afin de pouvoir les affilier : il s'agit d'une boîte aux lettres, leur tenant lieu de domicile administratif, condition indispensable à l'accès aux droits.

Tableau 3 : Répartition des professionnels de santé dans les 6 communes

Ville	Saint Maur	Vincennes	L'Haÿ-les-Roses	Maisons-Alfort	Champigny-sur-Marne	Vitry-sur-Seine
Habitants	73 000	43600	29600	51100	74200	79900
Nb MG <sup>12</sup>	50	47	18	46	53	64
MG /1000 hab.	0,68	1,08	0,61	0,90	0,71	0,80
Nb MSpé <sup>13</sup>	115	67	21	42	73	72
MSpé /1000 hab	1,58	1,54	0,71	0,82	0,98	0,90
MG/MSpé	0,43	0,70	0,86	1,10	0,73	0,89
Nb de dentistes	34	47	16	32	41	33
Dentistes/1000 hab	0,47	1,08	0,54	0,63	0,55	0,41

Source : fichier AMELIE corrigés (automne 2005)

<sup>12</sup> MG : médecins généralistes

<sup>13</sup> MSpé : médecins spécialistes

La démographie médicale (nombre de professionnels par habitants) n'apparaît pas en lien direct avec la démographie de la population ni d'ailleurs avec le pourcentage d'habitants appartenant aux couches sociales les plus défavorisées. Elle repose sur des logiques individuelles, peu structurées de manière macrosociologique. On peut cependant noter que les villes de Vincennes et Maisons-Alfort se détachent en termes de nombre de médecins généralistes par habitant. Vincennes reste également la mieux dotée pour les dentistes. La ville de l'Haÿ-les-Roses présente le plus faible pourcentage de médecins généralistes et de médecins spécialistes par habitant. La proportion de spécialistes est plus élevée dans les deux villes les plus favorisées (Vincennes et St Maur).

Tableau 4 : Répartition des spécialistes dans les villes choisies (effectifs)

Ville	Saint Maur	Vincennes	L'Haÿ-les-Roses	Maisons-Alfort	Champigny-sur-Marne	Vitry-sur-Seine
Habitants	73 000	43600	29600	51100	74200	79900
Pédiatres	6	4	2	4	3	5
Gynécologues	0	3	0	3	0	2
Ophthalmologues	9	6	3	3	4	5
Psychiatres	8	13	2	4	4	3
Total	23	26	7	14	11	15

Source : fichiers Amélie corrigés (automne 2005)

Nous verrons dans le paragraphe suivant pourquoi nous avons choisi ces spécialistes.

### 1.5.3 Deuxième niveau : le choix des praticiens

Les professionnels ont fait l'objet d'un sondage au sein des villes sélectionnées. Les coordonnées des praticiens ont été récupérées sur la base de données AMELI d'accès libre, nous donnant accès à des informations sur les médecins et les dentistes :

- coordonnées téléphoniques,
- genre,

- activité en secteur 1 ou en secteur 2 (autorisant le dépassement d'honoraires) pour les médecins,
- pour les médecins, médecine générale ou spécialité.

Dans notre testing, **nous n'avons retenu que les spécialistes accessibles directement** selon les termes définis par la nouvelle loi sur le médecin traitant : pédiatres, ophtalmologues, gynécologues et psychiatres (sous conditions d'âge). Le testing tel qu'il était construit, sous-entendait en effet un appel direct du patient (sans recommandation d'un médecin) et n'avait un sens que pour ceux-ci.

Compte tenu de contraintes budgétaires et de la lourdeur du dispositif du testing, et des nécessités statistiques, nous avons constitué **un échantillon de 230 praticiens**.

Par ailleurs et pour avoir un niveau de puissance statistique raisonnable, lors des analyses, certaines catégories ont été surreprésentées.

- Les médecins (versus dentistes), du fait qu'ils étaient répartis en catégories plus nombreuses ont été surreprésentés par rapport aux dentistes. Cette moindre proportion des dentistes dans notre échantillon, par rapport à celle qui existe dans la population totale des professionnels, ne nous semblait pas problématique car nous faisons l'hypothèse que les dentistes opposeraient des refus fréquents et donc visibles sur un petit nombre, alors qu'au contraire les refus seraient plus rares chez les médecins généralistes.
- Concernant les médecins généralistes, nous avons choisi de distinguer les médecins en secteur 1 et en secteur 2 et de sur-représenter en leur sein ceux du secteur 2, afin d'obtenir des effectifs suffisants pour la comparaison. D'où le choix d'un taux de sondage pour les praticiens du secteur 1 de 33 % et de 50 % chez ceux de secteur 2 pour pouvoir bénéficier d'un échantillon suffisant (avec là un taux de refus anticipé intermédiaire entre ceux des spécialistes et des généralistes de secteur 1).
- Concernant les médecins spécialistes, du fait des petits nombres dans chacune des spécialités concernées, nous avons choisi de tous les prendre, plutôt que réaliser un sondage.

Même en procédant de la sorte, certaines spécialités dans chacun des secteurs d'activité, ne sont pas présentes dans toutes les villes de notre échantillon.

Les taux de sondage prévus initialement étaient les suivants :

Tableau 5 : Taux de sondage prévus par catégories de professionnels

Activité	Méd. G. Secteur 1	Méd. G. Secteur 2	Médecins Spé	Dentistes	Total
Effectif global	219	59	96	203	577
Taux de sondage prévu	33 %	50 %	100 %	25 %	39 %

Source : DIES 2006, enquête et analyse

**En appliquant ces méthodes de surreprésentation, on était en mesure d'obtenir au vu de nos hypothèses, un nombre de testing avec refus, supérieur à celui d'un sondage aléatoire simple.**

## 1.6 Caractéristiques de l'échantillon final

### a) Nettoyage de la base de données

230 professionnels ont été contactés par téléphone. 224 entretiens se sont avérés exploitables. Les quelques entretiens exclus étaient liés à des profils de médecins trop décalés par rapport à l'ensemble (par exemple, médecin urgentiste ou pédiatre spécialisé en néonatalogie (au sein d'une maternité privée) ou pédiatre ayant une spécialité chirurgicale nécessitant une indication médicale préalable, par exemple).

D'autre part, certains praticiens n'ont pas pu être joints (sur répondeur et n'ont pas rappelé lorsque nous avons laissé un message, absents durant la période considérée).

Enfin, concernant les médecins, du fait que certains sont en cabinet de groupe (même secrétariat) nous ne pouvions tous les tester dans la mesure où nous avons fait un choix d'homogénéité du scénario. Dans certains cas, nous avons pu obtenir l'information quant à leur attitude envers la CMU mais pour d'autres, nous avons dû procéder à un nouveau tirage au sort.

Tous ces cas ont été supprimés de la base initiale de données et de ce fait, des décalages entre tirage au sort et nombre de personnes contactées sont apparus. Ceci étant, quand nous avons pu obtenir l'information, nous avons constaté que dans certains cabinets existait une attitude commune alors que dans d'autres, les attitudes variaient selon les praticiens. Le biais induit a donc eu un impact minime sur nos résultats.

Tableau 6 : Répartition des professionnels contactés

Activité	Méd. G. Secteur 1 % (N)	Méd. G. Secteur 2	Médecins spécialistes	Dentistes	Total
Effectif global (population totale)	38 % (219)	10,2 % (59)	16,6 (96)	35,2 % (203)	100 % (577)
dans l'échantillon	27,7 % 62	10,7 % 24	40,6 % 91	21,0 % 47	100,0 % 224

Source : DIES 2006, enquête et analyse

*b) Exclusion des cas où le caractère imputable à la CMU n'a pu être confirmé*

Sur l'ensemble de cet échantillon, **75 refus (33,5 %)** ont été relevés et **149 rendez-vous donnés (66,5%)**. Les refus se décomposent comme suit :

Tableau 7 : Classification des refus lors des appels

Résultat de la vérification	Effectif	Fréq.
Refus annoncé comme en lien avec la CMU	50	66,7%
Refus non annoncé comme tel mais imputables à la CMU après vérification	7	9,3%
Refus non relié à la CMU	9	12,0%
N'a pas pu être vérifié	9	12,0%
Total	75	100,00 %

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Au total, sur l'ensemble des refus, 77 % sont imputables à la CMU.

Nous avons donc exclu de l'analyse finale, les 9 cas où nous n'avons pas pu vérifier le caractère imputable ou non à la CMU du refus. Il s'agit d'appels pour lesquels un rendez-vous n'a pas été donné en justifiant en général par un manque de place. L'appel de vérification n'a pas pu être fait dans des délais suffisamment courts ou le professionnel n'a pas pu être joint à nouveau (c'est souvent le cas pour les psychiatres). L'information n'a donc pas été validée.

### L'échantillon de travail comporte donc 215 appels et 66 refus.

Les taux de sondage réels par catégorie de professionnels dans cet échantillon de travail sont les suivants et on voit qu'ils diffèrent assez peu de ce qui avait été envisagé initialement :

Tableau 8 : Taux de sondage réels et répartition des catégories de professionnels dans l'échantillon final :

Activité	Méd. G. Secteur 1 % (N)	Méd. G. Secteur 2	Médecins Spé	Dentistes	Total
Effectif global (population totale)	38 % (219)	10,2 % (59)	16,6 (96)	35,2 % (203)	100 % (577)
Effectif de l'échantillon final	28,8 (62)	11,2 (24)	38,6 (83)	21,4 (46)	100 % (215)
Taux de sondage réel	0,29	0,40	0,95	0,23	

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Le tableau 8bis donne les répartitions dans les cinq spécialités retenues parmi les médecins spécialistes appelés.

Tableau 8bis : Répartition des médecins spécialistes en fonction de leur activité

Activité	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Total
Effectifs	9	30	22	22	83
%	10,8 %	36,1 %	26,5 %	26,5 %	100 %

Source : DIES 2006, enquête et analyse

## **2 - Analyse quantitative**

L'ensemble de l'analyse portera donc sur un échantillon de 215 appels (exclusion des cas où le refus n'a pas pu être vérifié).<sup>14</sup>

### **2.1 Taux de refus dans notre échantillon et estimation du taux de refus dans les 6 villes**

Il s'agit de mesurer le taux de refus dans notre échantillon de professionnels de santé dans 6 villes du Val-de-Marne et estimer le taux de refus dans la population générale des professionnels de ces 6 villes.

#### **2.1.1. Typologie des refus**

Avant de commenter les résultats, notre objectif étant de mesurer le nombre de refus imputables à la CMU, il est important de saisir ce que nous avons entendu par « refus lié à la CMU ».

- Les échanges et les vérifications téléphoniques devaient valider ces refus comme effectivement liés au fait que l'appelant bénéficiait de la CMU.
- lorsque le médecin exigeait le paiement d'un dépassement ou une avance des frais, nous avons considéré que c'était un refus (d'application de la Loi).

#### **2.1.2. Taux de refus par groupe de professionnels**

Les taux de refus en fonction des catégories de professionnels appelés sont indiqués dans le tableau suivant :

---

<sup>14</sup>Les pourcentages ont été comparés par les tests de Chi2 calculés avec le logiciel Sphinx. En cas d'effectifs inférieurs à 5, nous avons appliqué le test du Chi2 corrigés et si les effectifs étaient inférieurs à 3, le test de Fisher.

Tableau 9 : Estimation des taux de refus de soins imputable à la CMU par catégorie de professionnels

Catégorie	Nombre de refus/total <sup>15</sup>	Refus en %	IC 95 %
Médecins généralistes Secteur 1	1/62	1,6 %	[0-4,7]
Médecins généralistes Secteur 2	4/24	16,7 %	[1,8-31,6]
<b>Médecins Généralistes</b> (Secteur 1 et 2)	5/86	<b>4,8 %</b>	[2,2-7,4]
<b>Médecins Spécialistes</b> (Secteur 1 et 2)	34/83	<b>41,0 %<sup>16</sup></b>	
Dentistes	18/46	39,1 %	[25,0-53,2]

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Le taux de refus parmi l'ensemble des généralistes a été calculé compte tenu des taux de sondage différents et le résultat obtenu une fois corrections faites est de **4,8 %**.

$$(1,6 \times 219 + 16,7 \times 59) / 278 = 4,8 \%$$

### 2.1.3. Estimation du taux de refus global dans la population générale des professionnels de 6 villes

Selon le même principe que précédemment, nous avons calculé un taux global de refus parmi les médecins des 6 villes concernées, corrigé en fonction des pas de sondage différents selon les catégories :

$$1,6 \times 219 + 16,7 \times 59 + 41,0 \times 96 / 374 = 14,09 \%$$

**L'estimation du taux de refus parmi les médecins dans les 6 villes concernées est donc de 14 % IC 95 % : [11,3- 16,2]**

<sup>15</sup> Il s'agit des effectifs non corrigés par les poids de sondage.

<sup>16</sup> Ce chiffre n'est pas une estimation mais le chiffre réel des refus dans la population des médecins spécialistes puisqu'ils ont tous été testés.



## 2.2 Analyse des refus en fonction des catégories professionnelles

Dans la mesure où notre étude était centrée sur les refus de soins en rapport avec la CMU, nous allons comparer le refus imputable à la CMU aux autres réponses, (comprenant les rendez-vous donnés et les refus pour des raisons autres). Nous avons choisi de regrouper les rendez-vous donnés effectivement et les refus non imputables à la CMU. Ceci nous permet par ailleurs d'augmenter à juste titre la puissance des tests.

### 2.2.1 Analyse globale des refus par catégorie professionnelle

Le tableau ci-dessous analyse les taux de refus par catégories de professionnels (taux de sondage variable selon chacune de ces catégories).

Tableau 9 bis: refus de soins imputable à la CMU en fonction du type d'activité du professionnel

Catégorie/ Rendez-vous en % (effectifs)	Médecins généralistes Secteur 1	Médecins généralistes Secteur 2	Médecins Spécialistes	Dentistes	total
Refus	<b>1,6 %</b> (1)	16,7 % (4)	<b>41 %</b> (34)	<b>39,1 %</b> (18)	26,5 % (57)
Autres réponses	98,4 % (61)	83,3 % (20)	59,0 % (49)	60,9 % (28)	73,5 % (158)
Total	100 % (62)	100 % (24)	100 % (83)	100 % (46)	100 % (215)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

La dépendance est très significative :  $\chi^2 = 33,58$ , dd l= 6 niveau de signification  $p < 0,01$  %

Les médecins spécialistes refusent donc de manière très significative par rapport aux autres catégories et avec des taux proches de ceux des dentistes. Les refus sont « exceptionnels » chez les généralistes de secteur 1 et se situent dans une zone intermédiaire pour ceux de secteur 2.

On peut réaliser cette même analyse mais en ne prenant en compte que les médecins :

Tableau 9 ter: Refus de soins imputable à la CMU en fonction des catégories de médecins

Catégorie/ Rendez-vous en % (effectif)	Médecins généralistes Secteur 1	Médecins généralistes Secteur 2	Médecins Spécialistes
Refus	1,6 % (1)	16,7 % (4)	41 % (34)
Autres réponses	98,4 % (61)	83,3 % (20)	59,0 % (49)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

La dépendance reste très significative :  $\chi^2 = 31,61$ , ddl = 4,  $p < 0,01$  %

## 2.2.2 Analyse globale des refus par mode d'exercice

Nous allons maintenant analyser les taux de refus selon le mode d'exercice (secteur 1 et 2) parmi les médecins généralistes puis les médecins spécialistes.

### Analyse parmi les généralistes :

Tableau 10a : Répartition des refus en fonction du secteur parmi les médecins généralistes

Catégorie/ Rendez-vous en % (effectif)	Autres réponses	Refus	total
Médecins généralistes Secteur 1	98,4 % (61)	1,6 % (1)	100 (62)
Médecins généralistes Secteur 2	83,3 % (20)	16,7 % (4)	100 (24)
Total	94,2 % (81)	5,8 % (5)	100 (86)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

La dépendance est très significative.  $\chi^2 = 7,16$  ddl = 1  $p < 0,01$  %

Notre hypothèse de départ est donc confirmée : les médecins généralistes en secteur 2 refusent nettement plus que les médecins généralistes en secteur 1.

### Analyse des spécialistes :

Tableau 10 b : Répartition des refus en fonction du secteur parmi les médecins spécialistes

Rendez-vous/ Activité % (effectif)	Autres réponses	Refus	Total
Médecins spécialistes Secteur 1	76,9 % (20)	23,1 % (6)	100 (26)
Médecins spécialistes Secteur 2	50,9 % (29)	49,1 % (28)	100 (57)
Total	59,0 % (41)	41,0 % (34)	100 (83)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

La dépendance est significative  $\text{Chi}^2 = 5,01$ ,  $\text{ddl} = 1$ ,  $p < 0.01$  %

De même que pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes en secteur 2 refusent plus que leurs confrères du secteur 1.

Le secteur exerce donc une influence sur les attitudes des médecins à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU.

### 2.2.3 Analyse détaillée des refus en fonction du type d'activité (généralistes/spécialistes)

Le tableau précédent montre que le mode d'exercice influe significativement sur le refus de rendez-vous. Pour savoir si le fait d'être généraliste ou spécialiste joue un rôle (indépendamment du mode d'exercice), nous allons comparer les taux de refus entre médecins généralistes et médecins spécialistes à mode d'exercice équivalent.

### Médecins en secteur 2 :

Tableau 11 : Répartition des refus parmi les médecins du secteur 2

Rendez-vous/ Activité	Autres réponses	Refus
MG Secteur 2	83,3 % (20)	16,7 % (4)
MSpé Secteur 2	50,9 (29)	49,1 % (28)
total	60,5 % (49)	39,5 % (32)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Chi2 = 7,44, ddl = 1, p < 0.01 %

La dépendance est très significative.

### Médecins en secteur 1 :

Tableau 11bis : Répartition des refus parmi les médecins du secteur 1

Rendez-vous/ Activité	Autres réponses	Refus
MG Secteur 1	98,4 % 61	1,6 % 1
MSpé Secteur 1	76,9 % 20	23,1 % 6
total	92 % 81	8 % 7

Chi2 = 11,53 ddl = 1, p < 0.01 %

La dépendance est significative.

Nous sommes donc en présence d'une interaction entre type d'activité et mode d'exercice. Autrement dit, le risque de refus est d'autant plus élevé que le médecin est à la fois spécialiste et en honoraires libres. A l'inverse, il est d'autant plus diminué que le médecin est à la fois généraliste et en secteur 1.

Du fait de cette interaction, nous poursuivrons notre analyse dans chacune des quatre catégories suivantes :

- médecins généralistes en secteur 1,
- médecins généralistes en secteur 2,
- médecins spécialistes en secteur 1,
- médecins spécialistes en secteur 2.

Cela nous permettra de savoir si le taux de refus est réellement lié de façon indépendante aux variables testées par la suite (« étranger », genre et ville). Par ailleurs, nous ne produirons pas de tests dans la catégorie médecins généralistes du secteur 1 dans laquelle nous ne notons qu'un seul refus parmi les 62 médecins généralistes en secteur 1 (tests statistiques non fiables).

#### 2.2.4 Analyse des refus parmi les spécialistes en fonction de la spécialité

Tableau 12 : Répartition des refus en fonction des types de spécialité

Activité Rendez-vous	Ophtalmo logue	Pédiatre	Psychiatre	Gynécolo gue	Total
Autres réponses	66,7 % (20)	59,1 % (13)	50,0 % (11)	55,6 % (5)	59,0 % (49)
Refus	33,3 % (10)	40,9 % (9)	50,0 % (11)	44,4 % (4)	41,0 % (34)
total	30	22	21	9	83

Source : DIES 2006, enquête et analyse

En supprimant la catégorie des médecins gynécologues, dont l'effectif ne permet pas les tests, on montre l'absence de dépendance entre refus et type de spécialité.

Chi2 = 1,46 ddl = 2 p = 0.489

### 2.3 Analyse des prises de rendez-vous/ refus de soins en fonction de la nationalité de l'appelant

Dans chaque catégorie de médecin, nous avons testé si la nationalité de l'appelant avait un effet sur l'attitude du médecin. Les tests ne sont pas significatifs et démontrent l'absence d'effet de la nationalité du patient lors de la prise de rendez-vous dans notre échantillon.

Il faut préciser que ce résultat ne présume rien lors de la consultation des effets de l'origine du patient sur la relation médecin/patient et la qualité de la relation.

### Parmi les médecins généralistes du secteur 2

RDV/ Scénario	Autres réponses	Refus
Patient français	88,9 % (8)	11,1 % (1)
Patient étranger	84,6 % (11)	15,4 % (2)
Total	83,3 % (19)	16,7 % (3)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Calcul par le test de Fisher<sup>17</sup> p = 0,64 : NS

### Parmi les médecins spécialistes du secteur 2

RDV/ Scénario	Autres réponses	Refus
Patient français	44,4 % (12)	55,6 % (15)
Patient étranger	47,8 % (11)	52,2 % (12)
Total	50,9 % (23)	49,1 % (27)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Chi2 = 0,06 ddl = 1 1-p = 18,90 % NS

### Parmi les médecins spécialistes du secteur 1

RDV/ Scénario	Autres réponses	N
Patient français	75,0 % (9)	25,0 % (3)
Patient étranger	84,6 % (11)	15,4 % (2)
Total	76,9 % (20)	23,1 % (5)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Calcul par le test de Fisher p = 0,45 : NS

---

<sup>17</sup> Ce test est utilisé lorsqu'au moins un des effectifs théoriques est inférieur à 3.

## 2.4 Analyse des prises de rendez-vous/ refus de soins en fonction du genre

Comme nous avons constaté le lien fort entre mode d'exercice, type d'activité et refus, nous allons, à partir de ce chapitre, explorer le lien genre/refus dans ces différentes catégories pour éviter les confusions.

### Parmi les médecins généralistes en secteur 2

RDV/ Genre	Autres réponses	Refus
H	83,3 % (15)	16,7 % (3)
F	83,3 % (5)	16,7 % (1)
Total	83,3 % (20)	16,7 % (4)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Calcul par le test de Fisher  $p = 0,75$  : lien non significatif

### Parmi les médecins spécialistes en secteur 1

RDV/ Genre	Autres réponses	Refus
H	62,5 % (5)	37,5 % (3)
F	83,3% (15)	16,7 % (3)
Total	76,9 % (17)	23,1 % (6)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Calcul par le test de Fisher  $p = 0,95$  : lien non significatif

### Parmi les médecins spécialistes en secteur 2

RDV/ Genre	Autre	Refus
H	43,6 % (14)	56,3 % (18)
F	60,0 (15)	45,5 % (10)
Total	50,9 % (29)	49,1 % (28)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Chi2 = 1,08 ddl = 1 p = 0,3 : lien non significatif

Le genre n'influe pas sur l'acceptation ou non d'un rendez-vous.

### **2.5 Analyse des refus en fonction des villes où sont installés les praticiens**

La répartition des groupes de professionnels est indépendante des villes, ainsi que des groupes des villes rassemblées en fonction des taux de CMU, comme le montrent les tableaux d'analyse suivants.

### Parmi les médecins généralistes en secteur 2

Villes	Autres réponses	Refus
Où le taux CMU moyen ou bas	80,0 % (12)	20,0 % (3)
Taux élevé	88,9 % (8)	11,1 % (1)
Total	83,3 % (20)	16,7 % (4)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Calcul par le test de Fisher p = 0,51 : lien non significatif

Il y a peu de différence d'attitudes chez des praticiens qui en général refusent peu. Le nombre peu élevé de praticiens est là l'origine d'une faible puissance.



### Parmi les médecins spécialistes en secteur 1

Villes	Autres réponses	Refus
Villes où le taux de CMU est moyen ou bas	69,2 % (9)	30,8 % (4)
élevé	84,6 % (11)	15,4 % (2)
Total	76,9 % (20)	23,1 % (6)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Chi2 corrigé de Yates = 0,22 ;  $0,9 < p < 0,5$  : lien non significatif

### Parmi les médecins spécialistes en secteur 2

Villes	Autres réponses	Refus
Villes où le taux est moyen ou bas	37,2 % (21)	62,8 % (27)
Taux élevé	88,9 % (8)	11,1 % (1)
Total	46,2 % (29)	53,8 % (28)

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Chi2 corrigé de Yates<sup>18</sup> = 4,5 ddl = 1  $0,05 < p < 0,025$  significatif

On voit que, contrairement aux autres groupes professionnels pour lesquels la ville a peu d'influence, les spécialistes en honoraires libres, refusent moins souvent quand ils sont installés dans les villes où il y a beaucoup de patients CMU (Vitry et Champigny). Plus la ville a un taux élevé de bénéficiaires plus les refus diminuent, ce qui semble révéler une sorte d'adaptation des praticiens à leur environnement.

Les résultats peu probants sur les villes, sauf pour les spécialistes en secteur 2, pourraient peut-être s'expliquer par une hétérogénéité des villes qui ne serait mal décrite par la variable retenue (taux de précarité). Champigny en constitue un bon exemple car caractérisée par une différenciation spatiale importante avec des quartiers résidentiels, notamment le long de la Marne où la valeur de l'immobilier est élevée et dont les habitants ont un niveau de vie élevé, distincte des cités, situées dans d'autres quartiers de la ville.

---

<sup>18</sup> La correction de Yates pour le Chi2 est utilisée si un au moins des effectifs théoriques est inférieur à 5 et si tous sont supérieurs ou égaux à 3.

De plus, des logiques contradictoires pourraient être mises en œuvre en fonction des praticiens.

Ainsi, une faible demande de rendez-vous des bénéficiaires de la CMU pourrait amener certains praticiens qui auraient tendance à refuser, à faire quelques exceptions ; à l'inverse, dans un environnement où ils sont beaucoup plus sollicités, ils refuseraient systématiquement.

Pour d'autres, dans les villes où il existe une proportion importante de bénéficiaires de la CMU, d'autres praticiens s'adaptent à ce contexte ; éventuellement dans une démarche de discrimination positive, informés des difficultés à obtenir un rendez-vous dans certaines spécialités médicales, ils acceptent de les prendre dans une volonté de compensation (discrimination positive).

## 2.6 Délais de rendez-vous

Lorsque le professionnel a accepté de donner un rendez-vous, la date du rendez-vous a été notée. Le tableau 13 indique les délais de rendez-vous. Les ophtalmologistes ont des délais de rendez-vous significativement plus longs que les autres professionnels ( $p < 0,01$ ). En effet, dans cette spécialité, 80 % des professionnels donnent des rendez-vous à plus d'un mois.

---

Tableau 13 : Moyennes par catégorie de professionnels

Médecins généralistes secteur 1	1,29 jours
Médecins généralistes secteur 2	3,18 jours
Spécialistes	9,77 jours
Dentistes	5,41 jours
Total	4,47 jours

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Tableau 14 : répartition des délais de rendez-vous par catégories de professionnels

Délai de rendez-vous	Médecins généralistes	Dentistes	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Gynécologues	Global
0-1 jours	45 66,2 %	8 29,6 %	1 10 %	5 50,0%	0 0 %	1 25 %	60 48,0 %
2-7 jours	21 30,9 %	13 48,1 %	2 20,0 %	2 20,0 %	4 66,7 %	1 25 %	43 34,4 %
8 jours et plus	2 2,9 %	6 22,2 %	7 70 %	3 30,0%	2 33,3 %	0 50,0%	22 17,6 %

Source : DIES 2006, enquête et analyse

Il faut noter que lors de la période d'appel, essentiellement le mois de novembre, plusieurs ponts expliquent que certains praticiens aient proposé des rendez-vous à des délais plus longs que d'ordinaire. En effet, les congés pris désorganisent l'emploi du temps. Les délais moyens de rendez-vous chez un généraliste notamment, en général de moins de 48 h, peuvent s'étendre à plus d'une semaine sur ces périodes du fait de l'absence temporaire du médecin. De ce fait, les délais présentés ici n'ont donc qu'une valeur indicative.

NB : les analyses multivariées (logiciel STATA<sup>19</sup>) confirment les résultats des analyses monovariées en montrant l'effet majeur du secteur d'activité (quand on considère l'ensemble des professionnels) et de la spécialité (quand on prend les médecins) avec une interaction entre les deux.

<sup>19</sup> Logiciel qui prend en compte les poids de sondage

## 2.7 Synthèse des résultats

Le tableau résume les estimations sur les 6 villes concernées, par groupe de professionnels :

Tableau 14bis : Estimation du taux de refus de soins imputable à la CMU par catégories de professionnels

Catégorie	Nombre de refus/total <sup>20</sup>	Refus en %
Médecins généralistes Secteur 1	1/62	1,6 %
Médecins généralistes Secteur 2	4/24	16,7 %
<b>Médecins Généralistes</b> (Secteur 1 et 2)	5/86	<b>4,8 %</b>
<b>Médecins Spécialistes</b> (Secteur 1 et 2)	34/83	<b>41,0 %<sup>21</sup></b>
Dentistes	18/46	39,1 %

Le tableau récapitule les pourcentages de refus dans les 6 villes parmi les spécialistes (il ne s'agit pas d'estimation dans ce cas) :

Tableau 15 : Taux de refus de soins imputable à la CMU par spécialité enquêtée

Refus/ Activité	Effectifs	Refus en %
Ophtalmologue	10	33,3 %
Pédiatre	9	40,9 %
Psychiatre	11	50,0 %
Gynécologue	4	44,4 %
Total	34	41,0 %

<sup>20</sup> Il s'agit des effectifs non corrigés par les poids de sondage.

<sup>21</sup> Ce chiffre n'est pas une estimation mais le chiffre réel des refus dans la population des médecins spécialistes puisqu'ils ont tous été testés.

Deux études notables ont été réalisées sur la question du refus de soins, celle de Médecins du Monde en 2002 et plus récemment celle de l'association de consommateurs *Que choisir*.

Selon l'étude de Médecins du Monde, ayant réalisé une enquête téléphonique auprès de 80 généralistes et 45 gynécologues, les refus de consultation pour des bénéficiaires de la CMU seraient respectivement de 7,25 % et 37,7 %. On voit que nous obtenons des taux sensiblement équivalents (4,8 % pour les médecins généralistes ; 44,4 % de refus pour les gynécologues concernant notre étude). Les résultats de l'étude statistique soulignent l'importance de la répartition entre les secteurs 1 et 2 pour expliquer les taux de refus. Or, concernant l'étude de Médecins du Monde, nous n'avons pas d'information sur la base de sondage et le profil des professionnels appelés en fonction de leur secteur d'activité.

Du côté de l'enquête *Que choisir*, elle s'adressait seulement à des médecins spécialistes (gynécologues, cardiologues et ORL), dans trois grandes villes, Paris (et sa banlieue), Lyon et Marseille ainsi que dans cinq départements situés dans les deux régions où le taux de bénéficiaires est le plus élevé (Languedoc-Roussillon et Nord-Pas-de-Calais)<sup>22</sup>. Les taux de refus varient en fonction des villes et des régions sans qu'il ait été fait des tests statistiques permettant de conclure si ces différences entre régions sont valides statistiquement. Néanmoins, dans les grandes villes, les résultats de refus parmi les gynécologues s'étendent de 33 % à 46 %.

L'ensemble de ces études apporte des résultats variables en fonction des protocoles, des régions, des professionnels interrogés mais gardent une certaine cohérence d'ensemble quant à l'importance des refus comme véritable obstacle à l'accès aux soins en médecine libérale pour les bénéficiaires de la CMU. Cependant, les résultats apportés par l'analyse statistique permettent d'aller plus loin et de nuancer nos propos. En effet, on peut considérer que l'accès à la médecine générale ne pose pas de problèmes et que les refus en secteur 1 restent exceptionnels. Ils sont un peu plus fréquents chez les praticiens du secteur 2.

---

<sup>22</sup> *Que Choisir* 421-décembre 2004

Du côté des spécialistes, le problème est plus prononcé ; les refus sont fréquents et ce d'autant que ceux-ci sont installés en secteur 2.

Enfin, parmi les dentistes, les taux de refus sont proches de ceux des spécialistes.

Parmi les médecins, le refus est significativement dépendant du fait d'être spécialiste versus médecin généraliste et en secteur 2 plutôt que secteur 1.

Le genre du professionnel ne joue pas de rôle. De même que le scénario choisi, ce qui laisserait entendre que la nationalité de celui qui demande le rendez-vous est sans influence sur la réponse.

Enfin, les villes semblent jouer un rôle à minima sauf chez les spécialistes en secteur 2.

### 3 - Analyse qualitative du testing

L'ensemble des échanges, lors du testing a permis de compléter cette étude, en faisant émerger des hypothèses explicatives ou en fournissant des informations plus subjectives lors des interactions pendant la durée de l'entretien téléphonique.

En effet, si le début de l'entretien était strictement standardisé, la suite des échanges était au contraire interactive. L'objectif était de comprendre l'origine des refus ; lorsque le médecin répondait lui-même, ses réactions et ses commentaires ont permis de mieux comprendre les logiques de leurs pratiques. Les données analysées concernant les informations recueillies de manière non homogène ne pouvaient donner lieu à des analyses statistiques mais elles étaient riches d'enseignement sur les pratiques et les discours.

#### 3.1 La qualité de l'accueil

La qualité de l'accueil est variable et des situations extrêmes ont été remarquées :

a) Le mauvais accueil, teinté parfois d'agressivité mais qui ne peut être mis en compte sur la CMU (il peut s'agir d'une attitude habituelle de la personne qui répond au téléphone), notamment dans les cabinets surchargés. Cependant, quand nous avons vérifié par un deuxième appel, dans le cas de rendez-vous dans un délai prolongé, nous avons remarqué à plusieurs reprises une attitude différenciée, plus aimable, avec une recherche de plus d'informations sur la situation du patient.

Appel chez un dentiste qui ne peut donner aucun rendez-vous avant janvier. C'est le secrétariat qui répond :

---

*« Je n'ai pas de place du tout, tout est complet, le Dr M. fait 80 h par semaine, je ne peux pas en faire plus, il en fait déjà beaucoup ! (ton très agressif). Je vous conseille de vous orienter vers un autre confrère parce que là on ne pourra pas vous prendre. Désolée.*

---

---

*C'est parce que j'ai la CMU ?*

*C'est pas la CMU et puis notre carte vitale ne fonctionne pas encore et c'est vrai que pour le règlement de CMU, c'est pas le top. Mis à part ça, je n'ai pas de place avant janvier. La deuxième semaine, la première est déjà complète.*

*Comment faire ?*

*Je ne peux pas monsieur, je ne peux pas vous glisser entre deux, les gens ont pris rdv il y a plus d'un mois et demi...je peux pas réduire les séances. On ne soigne pas une dent en 5 mn. Je regrette bien.*

---

Ailleurs chez un pédiatre en secteur 2 :

*La secrétaire répond à l'appel avec beaucoup de vivacité que ce n'est pas possible... puis se reprend en argumentant qu'il n'y a pas de place avant la semaine suivante, plutôt en fin de semaine (soit près de 15 jours plus tard). M. A insiste et obtient un rendez-vous. On lui demande alors de rappeler pour confirmer la veille.*

*Devant cette mauvaise volonté évidente, une vérification est faite. La secrétaire s'enquiert alors du contexte clinique et propose un rendez-vous 10 jours avant celui de M. A.*

---

Ce dernier exemple ne s'inscrit pas dans le cadre du refus mais montre des différences dans la qualité de l'accueil : la différence de ton est manifeste entre les deux appels et le traitement différent des deux patients fictifs est confirmé par le décalage entre les dates de rendez-vous proposées.

b) A l'inverse, la présentation de M. A ne parlant pas correctement le français peut amener à une attention plus grande, des explications plus fournies. Cette sollicitude est favorisée par le ton modeste de M. A tel que nous l'avons décidé.

Chez un dentiste :

---

*Une secrétaire prend le temps (5 à 10 minutes) de comprendre quelle douleur M. A ressent, qu'est-ce qu'il a pris pour se soulager, quelle est la dent concernée et d'autres questions cliniques (est-ce qu'il a mal quand il mange, a-t-il pris quelque chose pour se soulager ? est-ce que c'était efficace ?)*

---



Ce type d'accueil pourrait s'inscrire dans une attitude générale de la secrétaire mais aussi une discrimination positive, c'est-à-dire une attention décuplée parce qu'il s'agit d'un homme simple, qu'il s'agit d'accompagner dans ses démarches et dans la formulation de sa demande.

---

*De la même façon, une autre secrétaire rassure M. A, lui expliquant qu'elle le comprend parfaitement après qu'il se soit excusé de parler mal le français. Puis, après avoir proposé une date de rendez-vous, elle passe un bon moment à lui expliquer comment trouver le cabinet médical, où sonner...*

---

### **Le caractère d'urgence**

Au-delà de la question de l'accueil, le délai de rendez-vous, s'il est souvent lié à un planning chargé, peut manifester une certaine mauvaise volonté (ou pas) à recevoir le patient. La prise en compte du caractère d'urgence dépasse la question stricte de l'accueil pour engager des questions de déontologie.

Dans le cas des dentistes, le choix a été fait de tester un scénario de personne ayant besoin de soins dentaires avec un certain caractère d'urgence. Il s'agissait d'une suspicion d'abcès dentaire : la douleur ne passe pas, M. A (ou B) explique qu'il a « une boule » dans la gencive. Ainsi, certains praticiens délivrent une date de rendez-vous à plus d'un mois, alors qu'ils ont questionné le patient sur le motif de la demande de consultation. A l'inverse, d'autres prennent en compte le caractère d'urgence malgré un emploi du temps chargé, même si ce n'est que pour faire un diagnostic rapide et délivrer une ordonnance permettant de patienter.

### **3.2 Des aménagements spécifiques pour la CMU ou des restrictions.**

Sans pouvoir confirmer cette hypothèse statistiquement, il semble que si le bénéficiaire de la CMU peut se libérer sur des plages horaires « non ouvrables », il a plus de chance d'obtenir une consultation auprès des médecins qui ont une grosse activité.

Dans certains cabinets, il peut s'agir d'un véritable mode d'organisation : certains jours de consultation sont réservés aux bénéficiaires de la CMU, ce qui peut aboutir à des délais de rendez-vous plus éloignés que les autres car les créneaux sont moins nombreux ou plus encombrés.

Si certains médecins reçoivent les bénéficiaires sur des créneaux horaires moins chargés, c'est en partie en s'appuyant notamment sur le présupposé que ceux-ci ne travaillent pas. Ce résultat est corroboré par les entretiens qualitatifs. Un des médecins spécialistes explique lors des entretiens qu'il ne les reçoit pas après 17 h ni le samedi. Le testing montre effectivement chez ce praticien, 15 jours de délais entre CMU et non CMU.

Chez certains médecins généralistes, les patients CMU sont plutôt dirigés vers la consultation sans rendez-vous plutôt que la consultation avec rendez-vous quand le praticien a mis en oeuvre ce type d'organisation.

Enfin, lors des échanges, il est rappelé, quasiment systématiquement aux bénéficiaires de la CMU de venir avec leurs papiers en règle et leur carte vitale, éventuellement en leur suggérant de repasser par une borne afin de mettre la carte à jour. Ce type de précaution n'existe pas pour les autres patients mais elle n'est pas illogique compte tenu du tiers payant.

Des praticiens spécifient lors de la prise de rendez-vous que celle-ci est soumise à des conditions restreintes pour certains soins. Ils refusent dans le cadre de soins en acupuncture par exemple, alors qu'ils acceptent de recevoir dans le cadre de la médecine générale. Ce type de restriction est important pour les prothèses chez les dentistes. Des restrictions ont été également repérées concernant la prescription de

lentilles alors que pour d'autres demandes, les mêmes ophtalmologues acceptent les patients (prescription de lunettes ou conjonctivite).

Parfois, ces restrictions concernent le département d'affiliation : la CMU est seulement acceptée si elle relève du département du Val-de-Marne. On peut supposer que dans ce cas, ce sont les délais de remboursement plus élevés qui justifient ce refus. Enfin, si certains font état d'emblée au téléphone de ces restrictions, elles ne le sont pas forcément automatiquement. N'ayant pas posé la question de manière systématique, dès les débuts de l'enquête, ces données n'ont pas pu être exploitées sur le plan statistique. Les restrictions repérées dans cette enquête s'élèvent à 11,4 % des rendez-vous donnés mais sont sans doute beaucoup plus élevées en réalité (notamment chez les dentistes).

### 3.3 Le refus et les propositions alternatives

Dans certains cas, les professionnels qui ont refusé de donner un rendez-vous ont fait une proposition alternative. Le tableau 16 résume les différentes propositions.

---

Tableau 16 : Propositions alternatives en cas de refus de rendez-vous

Proposition alternative	Effectif	Fréquence
Aller à l'hôpital ou au dispensaire	15	35,7 %
S'adresser à un autre professionnel libéral	7	16,7 %
Payer le dépassement	5	11,9 %
Voir un remplaçant ou un associé	1	2,4 %
Faire l'avance des frais	3	7,1 %
Aucune proposition alternative	11	26,2 %
Total	42	100,0 %

Source : DIES 2005, enquête et analyse

Plusieurs propositions alternatives ont été recueillies et entendues :

- recevoir le patient dans un autre cadre que celui de la médecine libérale : à l'hôpital (certains praticiens ont une activité libérale et en public : ils transfèrent les patients CMU sur leur activité publique) ;

- renvoyer les patients CMU vers les structures publiques (avec ou sans correspondant particulier) ;
- recevoir les patients mais hors du cadre établi par la Loi : en payant un complément, sans appliquer le tiers payant ; dans ce cas, on comprend bien que c'est la logique financière qui prévaut, recevoir ces malades ne pose pas de problème du moment qu'ils payent comme les autres ;
- enfin, certains ne proposent rien ou se contentent de suggérer d'appeler un autre praticien. Certains donnent même le nom d'un collègue. Par exemple, des praticiens de secteur 2 renvoient vers un confrère du secteur 1.

Ces résultats montrent indirectement la vision que certains professionnels ont de la Loi : non pas un accès aux droits permettant aux plus démunis d'accéder aux mêmes types de soins que les autres mais une assistance pour les pauvres. Dès lors, leur place apparaît plus légitime dans le cadre de structures publiques. Cela explique que des praticiens ayant une double activité proposent de recevoir les patients bénéficiant de la CMU dans le cadre de leur activité hospitalière ou publique (dispensaire).

Certains ont renvoyé sur la mairie (symbolisant le lieu où l'on prend en charge les pauvres mais certainement pas les soins !).

### **3.4 Les réponses négociées**

Il est parfois difficile pour certains médecins de refuser, d'autant qu'ils ont le patient directement en ligne. Ils sont pris dans un conflit entre éthique professionnelle, valeurs auxquelles ils adhèrent en théorie et d'autres intérêts. Ainsi, certains échanges ont pu aboutir à une consultation alors que le médecin déclare en principe ne pas recevoir les bénéficiaires de la CMU. L'entretien suivant illustre bien la dynamique de l'échange.

Chez un pédiatre en secteur 2 :

*M. A. se présente et est très bien accueilli par une secrétaire très cordiale. Cependant, elle ne sait pas si le médecin prend la CMU. Elle propose à M. A de rappeler afin qu'elle vérifie. Lors du second appel, c'est le pédiatre lui-même qui répond et explique qu'il ne prend pas de patients CMU. Il oppose tout d'abord un refus mais s'enquiert de l'âge de l'enfant et du contexte clinique. Le contexte ne permettant pas de récuser*

*l'enfant, il souhaite savoir qui a adressé l'enfant ; (Fréquemment, les médecins ou dentistes cherchent à savoir comment les patients ont eu leur nom.)*

*Sans pouvoir opposer un non définitif, il continue à gérer ses derniers scrupules et cherche à savoir qui est le médecin habituel. M. A répond qu'il ne sait pas, que c'est son épouse qui s'occupe de l'enfant mais qu'elle est absente...*

*Il cherche à connaître le lieu de résidence, dans une dernière tentative de renvoyer vers un médecin plus proche. Finalement quand M. A explique qu'on lui a indiqué son nom parce qu'il est un bon docteur... il rit et donne un rendez-vous pour le jour même.*

---

On voit que le médecin cherche à connaître le contexte, les modalités habituelles de recours, l'existence d'un médecin traitant. Cette attitude retrouvée chez plusieurs médecins pourrait trouver plusieurs explications :

- une tentative de renvoyer vers un collègue ce cas dont il veut se défaire « honorablement », sans contrevenir aux règles éthiques ;
- une tentative de saisir si le patient est en difficulté pour solliciter des recours alternatifs, avec l'objectif si c'est le cas de le recevoir : sorte de discrimination positive. Dans le cas présenté, c'est la seconde alternative car le médecin annonce : « normalement, j'évite de prendre mais s'il n'y a pas d'autre médecin ».

Dans ce cas, c'est aussi sa réputation (peut-être sa vanité) qui va finalement permettre ce rendez-vous.

### **3.5 Les réponses ambiguës**

Certains praticiens ont accepté des bénéficiaires de la CMU, tout en signifiant : « On s'arrangera » : ce type de réponses nous laisse assez perplexes...

---

*Le premier est acupuncteur et cherche à savoir tout d'abord s'il s'agit d'une demande pour de l'acupuncture. Il énonce qu'il ne prend pas la CMU (c'est lui-même qui répond) mais accepte de recevoir M. B. Celui-ci s'inquiète et redemande :*

- *avec la CMU ?*
- *J'ai pas de papiers pour ça mais tant pis, je vous recevrais comme ça.*
- *Alors comment ça se passe parce que avec la CMU, on paye pas.*

*Non mais vous inquiétez pas je vous le ferais gratuit, c'est pas le problème.*

---

Il est difficile de se rendre compte si *il fera gratuit* signifie qu'il ne le fera pas payer dans le cadre de la Loi (il veut dire qu'il appliquera le tiers payant) ou s'il considère la consultation comme une consultation blanche, comme une « charité » envers une personne démunie. D'autres cas similaires ont été recueillis.

### 3.6 Les refus non assumés

Quand le secrétariat répond, il est facile pour les secrétaires de se cacher derrière les directives qu'on leur a données. Cependant, certaines d'entre elles cherchent à se justifier sans que l'on sache s'il s'agit de leurs propres catégories de justification ou si ce sont celles du médecin. Lorsque le médecin répond lui-même, on sent dans l'échange un malaise, plus rare chez les dentistes (d'ailleurs, les fausses excuses concernaient un seul dentiste pour 6 médecins).

L'exemple qui suit en donne une illustration (psychiatre en secteur 2) :

Il s'agit d'un échange reconstitué d'après nos notes :

- 
- *Ah ! c'est pas possible avec la CMU. Voila !*
  - *C'est le CMP qui vous a donné nos coordonnées ?*
  - *Non, c'est l'école où je travaille*
  - *C'est l'école où vous travaillez ?*
  - *C'est le lycée B.*
  - *Ah d'accord*
  - *Comment il faut faire ?*
  - *Moi, je peux pas prendre la CMU. Je suis installé en secteur 2 et ce n'est pas possible pour moi de prendre la CMU.*
  - *Vous n'avez pas le droit ?*
  - *Non ce n'est pas que je n'ai pas le droit c'est que je ne peux pas faire ce genre de choses sinon, c'est très compliqué. Il faudrait que...(il s'interrompt)*
  - *Est-ce que vous pourriez éventuellement vous rendre au cmp pour voir quelqu'un ?*
  - *Ils sont en secteur 2 là-bas ?*
  - *Non, non, non. Eux vous pouvez les voir sans problème.*
  - *Je vous donne leur n° de téléphone. Et vous allez voir un médecin.*
-

- *Qu'est-ce que je leur dis ?*
  - *Que vous avez besoin de voir un médecin, que vous ne pouvez pas voir quelqu'un dans le privé...*
  - *Que l'on ne peut pas quand c'est secteur 2 ?*
  - *Non, c'est pas ça, la CMU moi, je fais des dépassements d'honoraires donc vous allez avoir de la perte. Voilà c'est ça que je veux dire.*
  - *Ah d'accord*
  - *Donc vous appelez le CMP et vous allez être reçu gratuitement.*
- 

Ainsi, les médecins, surtout les psychiatres, cherchent la plupart du temps à savoir qui a orienté le patient vers eux, les demandes directes étant sans doute plus rares. A travers cet échange, on sent le malaise du médecin à justifier son attitude. La justification transparait en fin d'entretien, mais présentée comme relevant du propre intérêt du patient.

D'autres refus sont masqués :

- Ainsi, une clinique privée déclare que les pédiatres sont des spécialistes. En réalité, après vérification, le chercheur obtient un rendez-vous.
- La question de l'emploi surchargé du praticien est l'argument le plus souvent avancé et qui a donc fait l'objet des vérifications de notre part. Certaines se sont avérées confirmer les dires du secrétariat ou du praticien. Parfois, par contre, ce n'était qu'une fausse excuse (cf. analyse quanti).
- Le dépassement d'honoraires est parfois avancé comme un argument pour refuser. Il n'est pas fait état du droit du praticien à accepter ou refuser.

Ainsi, ce psychiatre en secteur 2 :

---

*Le Dr P. ne prend pas la CMU. Je vais vous dire simplement pourquoi, c'est que les patients qui ont la CMU ne sont pas suffisamment remboursés. Parce que le docteur a des honoraires avec des dépassements. Je peux vous envoyer vers quelqu'un d'autre qui lui, risque plus facilement de vous prendre.*

---

- En psychiatrie, certains avancent l'argument qu'ils sont psychanalystes et ne peuvent appliquer la CMU.
- Fréquemment, les refus sont justifiés par l'absence d'équipement pour télécharger. Dans ce cas, soit c'est un argument avancé pour justifier d'un refus strict, soit il est proposé au patient de payer la consultation (pas d'application du tiers payant).

Médecin généraliste en secteur 2 :

*C'est qui votre généraliste ?*

*Je... je ne vais jamais chez le Docteur.*

*Je ne suis pas généraliste, je fais de l'acupuncture et de l'homéopathie. Si vous m'avez choisi pour être votre généraliste c'est pas moi, qu'il faut choisir.*

*Oui mais d'un côté ça peut faire d'une pierre deux coups parce que j'ai entendu dire que l'acupuncture ça pouvait être très bien pour le dos.*

*Oui mais ça c'est pas possible avec... parce qu'en plus vous devez être envoyé par un généraliste pour voir un acupuncteur ou homéopathe avec la nouvelle Loi. Vous ne vous rappelez pas que vous avez reçu un formulaire de médecin traitant.*

*Oui, je croyais que on pouvait prendre un spécialiste comme médecin traitant. Comme je vais jamais chez le docteur, ça peut être vous. Vous voulez pas que ça soit vous ?*

*Non, je peux pas faire ça.*

- Certains dentistes font état de quota. En cas de dépassement du quota, ils peuvent donc refuser les patients. Un des dentistes en question (sa secrétaire) lors de l'échange, invoque le caractère obligatoire de ces quotas : « *par rapport à la Loi, on doit en prendre tant par mois...* » Ce type d'argument pourrait relever d'une stratégie d'adaptation de certains dentistes de manière à prendre en charge des bénéficiaires de la CMU sans que cela pèse trop sur leur activité globale. Pour d'autres, c'est une excuse sans fondement pour justifier le refus devant un patient qui pose des questions.



---

## Synthèse des résultats

Ainsi, l'analyse qualitative du testing permet à la fois de mieux comprendre les résultats quantitatifs et les approfondir. Elle permet de voir qu'au-delà des refus de rendez-vous d'autres formes de discrimination peuvent être démasquées, bien que plus sournoises et moins objectives comme nous l'avons suggéré :

- restrictions aux soins,
- aménagements spécifiques,
- qualité de l'accueil.

Certains échanges, même brefs, ont également permis de soumettre des hypothèses explicatives au refus. Ils pourraient être notamment liés à :

- des logiques économiques (dépassements d'honoraires),
- une vision de la CMU comme un dispositif pour les pauvres dont la place est dans les structures publiques,
- une vision des bénéficiaires comme ne travaillant pas,
- certaines propositions cliniques seraient inadaptées aux populations précaires (psychanalyse, port de lentilles),
- des logiques qui se percutent (contrôler son profil de clientèle et faire preuve d'éthique professionnelle).

---

## **Deuxième partie : les entretiens avec les professionnels**

### **1 - Rappel des objectifs et des résultats du testing**

Les objectifs étaient à la fois d'explorer les résultats fournis par la phase quantitative et de fournir des hypothèses explicatives aux attitudes des praticiens, médecins et dentistes.

#### **1.1 Les attitudes différenciées des professionnels**

Le testing a permis de montrer des attitudes différenciées des professionnels vis-à-vis des patients CMU. Ces attitudes se résument ainsi :

- rendez-vous donné ;
- rendez-vous donné mais entouré de protections (rappeler pour confirmer, bien vérifier que la carte vitale est à jour), de restrictions ou d'aménagements ;
- refus de rendez-vous justifié par un manque de place réel ou autre chose (départ en retraite imminent, par exemple) ;
- refus de rendez-vous imputable à la CMU, annoncé comme tel ou sous couvert d'une autre raison ;

#### **1.2 Le refus en fonction des caractéristiques des professionnels**

Les analyses statistiques font émerger différentes tendances.

Le refus de soins est quasi inexistant chez les médecins généralistes du secteur 1 (1,6 %), un peu plus élevé quand ils pratiquent des dépassements d'honoraires (taux estimé à 16,7 %). En ce qui concerne ces derniers, il s'agit souvent de médecins offrant des soins spécifiques, tels que l'acupuncture, l'homéopathie... Ainsi, ils peuvent accepter les bénéficiaires de la CMU dans le cadre de la prise en charge classique, « allopathique » et refuser ce type de soins spécifique aux patients. Ces médecins se rapprochent du profil des spécialistes.

Du côté des spécialistes, l'analyse statistique a montré la corrélation entre le fait d'être spécialiste et le refus d'autant que celui-ci exerce une activité en secteur 2. Ces refus importants chez les spécialistes et indépendamment du fait qu'ils pratiquent des dépassements est une des questions qui méritent de l'attention car moins compréhensible que d'autres résultats. En effet, si les refus du secteur 2 s'expliquent facilement par des logiques économiques, même si ce n'est pas la seule raison, on s'explique plus difficilement les refus de la part des spécialistes du secteur 1.

Enfin, si les refus de réalisation de prothèses étaient largement connus et annoncés officiellement par les syndicats de dentistes, les refus de soins dentaires n'étaient pas attendus ou en tout cas à un niveau bien moindre. Là aussi l'analyse qualitative visera à expliciter cette question particulière.

### **1.3 La méthodologie**

Une quinzaine d'entretiens ont été réalisés, la majorité en face à face. Cependant, devant l'indisponibilité de certains professionnels, quelques uns ont été réalisés par téléphone. Ont été rencontrés des médecins généralistes et spécialistes, ayant les deux formes d'exercice (du secteur 1 et 2) et des dentistes. Ils étaient installés dans les 6 villes concernées. Compte tenu de la faible représentation de certaines spécialités dans quelques villes, celles-ci ne sont pas mentionnées afin de préserver l'anonymat des professionnels.

Le corpus des professionnels rencontrés comporte des praticiens acceptant la CMU et d'autres la refusant (environ moitié/moitié).

Certains praticiens ont été difficiles à rencontrer, notamment les médecins généralistes en secteur 2 qui refusent la CMU, peu nombreux dans l'étude ; en ce qui concerne les généralistes du secteur 1, un seul a refusé dans notre échantillon (il avait déclaré qu'il ne prenait pas de nouveau patient ce qui s'était avéré faux après vérification).

La répartition entre praticiens est la suivante :

- 6 médecins généralistes dont un du secteur 2,
- 3 psychiatres,
- 2 gynécologues,

- 1 pédiatre,
- 4 dentistes.

Les dimensions explorées concernaient trois grands axes :

- ce qu'ils ont compris de la loi et ses objectifs,
- leur attitude vis-à-vis des bénéficiaires et comment ils la justifient,
- les interactions avec les bénéficiaires dans leur pratique (difficultés rencontrées, nécessité d'une adaptation de leurs pratiques...).

Les disponibilités des praticiens étaient la plupart du temps assez faibles ; une dizaine d'entre eux ont refusé de nous rencontrer ou même de discuter par téléphone. Pour ceux qui ont accepté, en général, les entretiens duraient une bonne demi-heure. Quand nous disposions de plus de temps, nous avons essayé de mettre en perspective les dimensions précédentes notamment en fonction de leur histoire, leurs valeurs, de la manière dont ils se représentent leur métier...

Les résultats des entretiens recourent les analyses statistiques, permettant de distinguer deux grandes catégories de praticiens :

- ceux qui sont favorables à la loi et son application (en grande majorité les médecins généralistes du secteur 1) ;
- ceux qui refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et ceux qui acceptent simplement pour ne pas être hors la loi mais qui ont un jugement défavorable sur les bénéficiaires de la CMU.

Cette dernière catégorie regroupe donc deux types d'attitude, refus ou non à recevoir les patients CMU, mais des conceptions proches sur la loi et les bénéficiaires.

Ces catégories au sein des professionnels sont à rapporter aux représentations différentes de la loi, dont ils ont une connaissance très hétérogène, et des connaissances très différentes des bénéficiaires de la CMU (en fonction du fait qu'ils les côtoient réellement ou pas).

Ils se distinguent également par des conceptions distinctes de ce qu'est leur métier, reposant sur des valeurs, une éthique professionnelle variables, sur leur position de praticiens libéraux dans le système de santé.

## 2 - La loi sur la couverture médicale universelle : entre connaissance et représentations

### 2.1 La méconnaissance de la loi par les professionnels

#### *a) Objectifs et enjeux de la loi*

La majorité des professionnels rencontrés lors des entretiens qualitatifs détient une mauvaise connaissance de la Loi, de son contenu, de ses objectifs. Ils n'ont pas suivi les débats qui ont précédé l'adoption de la Loi.

La majorité d'entre eux ne fait pas la différence entre CMU de base et CMU complémentaire. De ce fait, la CMU est essentiellement entendue comme un accès aux soins gratuits pour les plus démunis et la dimension d'élargissement de l'accès aux droits est largement occultée. On peut néanmoins citer quelques exceptions, notamment un dentiste représentant d'un syndicat et quelques médecins qui ont perçu les enjeux de la Loi et connaissent bien le système social et sanitaire. Quant au changement radical que constitue la CMU de base, soit un accès aux droits sociaux fondé sur un critère de résidence et non plus rattaché au travail, un seul, médecin, impliqué dans un réseau ville-hôpital et des groupes de travail sur la précarité, l'évoque.

Certains généralistes connaissaient de plus près l'aide médicale (ancienne aide médicale gratuite) et en avaient constaté les limites (complexité, découragements des personnes).

---

*Avec l'Aide médicale, il devait passer en mairie, demander des papiers de soins à chaque consultation pour que je puisse remplir la feuille qui concernait soit les examens complémentaires, soit les ordonnances. Il ne pouvait pas avoir de papier d'avance. C'était la mairie qui distribuait les papiers par délégation de la DDASS départementale. Là c'était un obstacle aux soins matériels parce que si les gens n'avaient pas le temps d'aller à la mairie chercher le papier pour aller ensuite à la consultation, ils pouvaient éventuellement y renoncer.*

---

Dans ce contexte de connaissance sommaire, floue voire erronée, ils sont favorables à la loi et ses objectifs, comprise comme une amélioration de l'accès aux soins pour les plus démunis. « Elle constitue une véritable avancée sociale » (dentiste 1) ; « Je l'ai venu

*venir avec beaucoup de bonheur et d'intérêt. [...] ça leur permettait effectivement un accès aux soins.* » (médecin généraliste, secteur 1)

C'est sur les principes d'application que certains expriment des doutes ou des réserves, ou y sont totalement défavorables. Ce qui ressort également, c'est qu'elle n'ait pas été négociée avec les professionnels : « *son application est scandaleuse. Elle a été imposée dans ses modalités, n'a pas été négociée.* » (dentiste 1) Ce dentiste considère qu'elle n'est pas applicable en l'état dans sa profession. « *La solidarité sociale s'est faite au dépend de notre profession.* » (dentiste 2) Les praticiens rappellent pour une part d'entre eux, le caractère imposé de l'application de la loi et le vivent assez mal.

Du côté des médecins, le discours s'inscrit plutôt dans le registre des abus et du manque de contrôle réalisé sur le statut des bénéficiaires. *La loi est bonne mais ce ne sont pas les bonnes personnes qui en bénéficient.*

Des attitudes vont découler de leur position vis-à-vis de la loi :

- Des médecins qui sont satisfaits de la loi, laquelle est bénéfique pour leurs patients.
- D'autres l'appliquent passivement parce qu'elle ne modifie en rien leur pratique quotidienne ou le profil de leur clientèle ou la subissent pour ne pas être hors la loi. Ces derniers interpréteront les attitudes des bénéficiaires en fonction de leurs préjugés ou des rumeurs qui circulent. Compte tenu de leur mauvaise connaissance de la loi, ce qu'ils observent viendra renforcer leurs préjugés (nous en donnerons des exemples par la suite). Ils pourront adapter leur organisation avec des aménagements ou des restrictions à la marge à l'encontre des bénéficiaires sans aller jusqu'au refus de soins. Parfois leurs pratiques peuvent évoluer vers le refus.
- Certains vont refuser les patients bénéficiaires de la CMU. Ces refus seront pour certains plus dirigés vers les institutions, dans une forme de résistance symbolique, « *Je fais la grève et je ne prends pas de patients CMU.* » (dentiste 1), qu'en direction des bénéficiaires eux-mêmes qui ne seront que les victimes impuissantes de cette forme d'opposition. Dans la même catégorie, on trouve des praticiens opposés à la Loi, mais qui font des exceptions et acceptent de recevoir un patient sans le faire payer, continuant à exprimer leur opposition au dispositif tout en restant humains et charitables.

### ***b) la méconnaissance des critères d'attribution à la CMUC***

Les critères d'attribution de la CMU complémentaire ne sont connus d'aucun des praticiens rencontrés. Quelques-uns avouent ne pas connaître la différence entre l'ancienne aide médicale gratuite et la CMU.

Un médecin spécialiste qui reçoit une clientèle qu'il qualifie de niveau intermédiaire avec une grosse proportion de médecins ou de professions paramédicales (infirmières, kinés), des employés et des fonctionnaires, explique qu'il ne sait pas ce que la CMU change par rapport à l'aide médicale gratuite. D'après lui, on attribuerait la CMU à tous ceux qui la demandent et il alimente ce type de discours d'histoires peu crédibles à propos d'une collègue pédiatre qui l'aurait demandée et l'aurait obtenue... On est ici dans le registre de la rumeur et dans une vision caricaturale des dispositions de la CMU que l'on accorderait à n'importe qui... (pédiatre, installé en secteur 2).

Au-delà des modalités d'attribution de la CMU, les médecins rencontrés connaissent encore moins le seuil d'attribution de la CMU (plafond de ressources), voire même son existence pour certains d'entre eux. Pour ceux qui ne rencontrent que très peu de bénéficiaires, ils ont alors une vision de la population des ayants droit construite en fonction de ceux qu'ils rencontrent et des histoires qui circulent alimentant la rumeur...

Cette mauvaise connaissance de la Loi pour de nombreux professionnels a donc plusieurs effets :

- la méconnaissance des critères d'attribution crée donc une distorsion dans la représentation de la population des ayants droit ;
- les objectifs sont mal interprétés : la Loi est pensée avant tout comme une assistance plus que comme un droit.

## 2.2 Les effets de la méconnaissance de la loi

### *a) une représentation décalée des bénéficiaires*

Le manque de connaissance des critères d'attribution de la CMU complémentaire couplé également à une connaissance très floue des objectifs aboutit à une perception erronée du profil des bénéficiaires. Ainsi, pour de nombreux médecins, la CMU vise les plus démunis dont le « clodo » constituerait la figure emblématique. Au-delà d'une mauvaise connaissance de la Loi, on peut voir dans cette perception, la résurgence de représentations traditionnelles de l'assistance. Celle-ci serait légitime pour les personnes qui revêtraient les attributs de la pauvreté mais aussi à condition qu'elles éprouvent un besoin<sup>23</sup> (besoin de santé en l'occurrence).

La vision la plus commune, comme nous l'avons dit, aussi partagée par ceux qui acceptent la CMU, est celle de personnes qui n'ont pas de travail. Un médecin spécialiste (secteur 2) reçoit les personnes de la CMU. La seule restriction qu'il impose à ses patients concerne les horaires qu'il propose avant 17 h et pas le samedi. Considérant que cette population ne travaille pas, il réserve donc les autres créneaux horaires à ces autres patients.

Cette ignorance amène à des malentendus qui accèdent l'idée de personnes qui abusent ou qui trichent. Ainsi, lorsque le médecin se rend compte que la personne occupe un emploi et ne peut se rendre disponible à tout moment, cela confirme ses soupçons sur les abus. Au delà, dans le cas où les personnes sont effectivement sans emploi, cela rend compte d'une vision des professionnels qui considèrent que cette disponibilité potentielle les rend disponibles à merci. Comme si le fait d'être sans emploi n'entraînait pas des démarches administratives lourdes à accomplir pour subsister ou à la quête d'un travail, quête que l'on sait pourtant parcourue d'embûches. Cela révèle aussi une grande ignorance des problématiques liées à la précarité.

---

<sup>23</sup> CASTEL R., *L'insécurité sociale*, Ed. Seuil. La république des idées, 2003



### ***b) Une assistance plus qu'un droit***

Quelques médecins voient bien la CMU comme une extension du droit (première catégorie de praticiens, concernant surtout les médecins généralistes du secteur 1).

---

*La CMU, il ne faut pas la mettre en dehors du contexte. L'ouverture à l'assurance maladie universelle. C'est le complément à l'assurance maladie universelle. Tout le monde en France, s'il a des titres de séjour, a droit à une sécurité sociale. Mais, c'est pas un droit, c'est un droit associé à la possibilité de le faire. (...) Si vous ouvrez le droit aux soins... et qu'il n'y ait aucun moyen financier et économique pour que ce droit puisse s'exercer, ça revient à ne pas avoir de droit. (médecin généraliste secteur 1)*

---

Ainsi, ce médecin a bien saisi les termes de la Loi, l'accès à un droit mais également dans sa dimension opérationnelle, que ce droit donne lieu à *un accès effectif aux soins*, comme il était spécifié dans les objectifs de la Loi<sup>24</sup> et qui a justifié le deuxième volet de la loi. Sans aller jusqu'à parler d'accès au droit, quelques-uns évoquent la notion de régulation sociale ou encore de système solidaire.

Mais pour la majorité des praticiens, la CMU est pensée comme une assistance. Ainsi, lorsqu'on demande aux praticiens en quoi consiste la CMU, il la qualifie comme « une aide », « *Aider les gens qui n'ont pas les moyens* » (*dentiste 2*) et (*spécialiste secteur 2*). Ce résultat va tout à fait dans le même sens que les représentations qu'ont les bénéficiaires eux-mêmes de la Loi<sup>25</sup>. En même temps, les deux volets de la Loi contribuent à créer cette confusion. Son inscription historique y est aussi pour quelque chose. En faisant suite à l'aide médicale gratuite, la CMU est pensée dans la continuité et non en rupture. Cette perception de la CMU comme une assistance aboutit alors à des refus à recevoir les patients ayant la CMU ou à les accepter, mais dans le cadre d'une conception charitable de leurs pratiques.

La vision de la CMU comme une assistance a un autre effet. Pour tous ceux qui considèrent que la CMU est une assistance, une demande qui n'est pas exactement un

---

<sup>24</sup> Débat parlementaire, 2<sup>ème</sup> séance du 27 avril 1999, intervention de Martine Aubry

<sup>25</sup> DESPRES C, 2005, op. cit, p. 102

besoin mettant en péril la santé, n'apparaît pas légitime. Ainsi, peut-on peut-être expliquer les restrictions apportées aux soins : refus pour les lentilles (un confort plus qu'une nécessité par rapport à des lunettes, pour des soins type acupuncture).

Il en est de même pour demandes esthétiques « *Je vois des jeunes qui choisissent de prendre la pilule diane, elle coûte assez cher, parce qu'elles ont 3 boutons, 3 jours par mois. Alors qu'avec une autre pilule prise en charge ça serait moins bien.* » (Gynécologue secteur 2)

Les plus démunis ne partageraient donc pas les valeurs de souci esthétique ou de recherche de confort que le reste de la société ? Comme si la logique économique devait primer pour les plus démunis sur d'autres éléments. Pourtant, des travaux montrent que l'estime de soi et les tentatives de revaloriser sa propre image occupent une place centrale dans les choix des personnes.

Cette vision des professionnels découlant de la perception de la CMU comme une assistance et donc mobilisable seulement s'il y a un besoin a des conséquences. En dehors du besoin de soins inscrit dans une maladie, la demande n'est pas légitime : cela serait donc le cas de la prévention, de soins de confort...

### ***c) Une désignation de la population des bénéficiaires***

#### **Une stigmatisation favorisée par la Loi**

La Loi, en créant un dispositif spécifique pour les plus démunis, a contribué à désigner les personnes au regard des professionnels concernés. Ainsi, leur statut administratif, en termes de protection sociale, est directement visible sur leur carte vitale. Un médecin va même jusqu'à comparer cette visibilité à l'étoile jaune... Comparaison certes excessive mais qui exprime de manière caricaturale la désignation à l'oeuvre, qui fait de la population des bénéficiaires, une population à part. Pour certains médecins, cela remet en cause le principe d'égalité dans la constitution.

---

« *Avec la CMU, on les stigmatise. (...) On ghettoise les gens. Je ne pense pas que les revenus des gens concernent les médecins. Ça concerne la société.* » (Médecin généraliste installé en secteur 2).

---

Il poursuit plus loin dans l'entretien :

---

*« Ce que je ne comprends pas c'est que dans notre constitution, il y a écrit égalité. Or, on favorise des catégories de gens inégaux par la Loi. Ou alors il faudrait faire pour tout le monde gratuit... Après que certains cotisent ou ne cotisent pas, c'est la société qui pend en charge leur cotisation parce qu'ils sont pauvres, ça c'est la régulation sociale mais je ne trouve pas normal qu'il y ait des gens qui soient CMU face au médecin et d'autres pas CMU. Parce qu'on les stigmatise et ce n'est pas le rôle de la constitution. »*

---

Ainsi, il n'est pas opposé au principe de discrimination positive mais à sa trop grande visibilité dont le bénéficiaire pâtirait des conséquences.

Si les débats parlementaires ont bien spécifié qu'au-delà d'un accès aux droits, il s'agissait que ce dispositif permette un accès réel aux soins, accès limité par les ressources des personnes (difficultés à faire l'avance, surtout en fin de mois pour des petits salariés, incapacité à prendre en charge le ticket modérateur ou au prix de sacrifices sur d'autres besoins de la vie courante) et étayé par de nombreuses études, certains médecins ne semblent pas conscients de la situation critique sur le plan économique de certaines familles. Dès lors, il est nécessaire, pour rendre l'accès aux soins effectif, d'en permettre la gratuité. Celle-ci, selon ce professionnel, aurait pu être conçue de manière à ce que le dispositif ne permette pas une visibilité par le professionnel du régime du patient. Des débats ont parcouru le corps social au moment de la sortie de la loi en contestant notamment le caractère non universel, du fait de la création d'un régime spécifique dans la continuité de l'histoire de la sécurité sociale faite d'empilements de régimes et de dispositifs subsidiaires. *« Le projet de loi ne substitue pas le critère de résidence au critère professionnel mais l'y superpose (...). »*<sup>26</sup> Pour aller plus loin, la CMU, inscrite sur la carte vitale et visible par le praticien pourrait être préjudiciable au patient.

---

<sup>26</sup> J. OUDIN, cité par M. BORGHETTO, *Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU*, Droit social, N°1, janvier 2000.

### **Des usagers inscrits en continuité de la société**

Le dispositif CMU construit artificiellement une nouvelle catégorie sociale (catégorie administrative au départ), en agglomérant des groupes sociaux hétérogènes, regroupés au sein de ce même dispositif. Cela génère une vision uniformisante, notamment du côté des couches les plus misérables (les clodos, par exemple).

S'il est vrai que la CMU permet une visibilité par le professionnel lui-même, grâce à la carte vitale, une certaine confidentialité est autorisée ; elle constitue à cet égard une avancée dans d'autres espaces :

---

*Ils vont à la pharmacie ; ils n'ont pas leur papier spécial qui les désigne dans la queue. J'ai vu venir cette Loi avec beaucoup de bonheur. J'ai trouvé que c'était un énorme progrès. (Médecin généraliste, du secteur 1)*

---

Les médecins généralistes installés près des cités et plus proches de ces populations ont une vision plus concrète et sont plus conscients de ces difficultés réelles d'accès aux soins de certains de leurs patients. Ils ont aussi une véritable connaissance des bénéficiaires, non fondée sur des représentations parfois fantasmatiques. Un médecin généraliste installé dans une telle aire, décrit ses patients comme appartenant à des familles, plutôt avec plusieurs enfants et dont l'un des membres travaille. Au fond, il ne peut distinguer véritablement ces patients des autres, révélant ainsi la continuité dans la société des positions, des statuts sociaux et économiques alors que la CMU construit arbitrairement un seuil et de ce fait isole certains du reste de la société. Là où il pourrait y avoir une vraie rupture, toujours pour ce praticien, c'est entre l'aide médicale d'état<sup>27</sup> et les autres. La CMU, rappelle-t-il, n'exprime qu'une situation économique, sans présumer d'autre forme de précarité. Les personnes peuvent être bien insérées dans la société, dans un cercle familial ou amical. Pour l'AME, ce praticien est confronté à une précarité majeure en lien avec l'absence de statut territorial, d'existence civile. La santé dans ce cadre apparaît dès lors souvent secondaire.

---

<sup>27</sup> L'aide médicale d'état (AME) est à distinguer de l'AMG, aide médicale gratuite. Elle est destinée à prendre en charge les frais de santé sous condition de ressources les personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence en France. En l'occurrence, elle est mise en œuvre pour les sans papiers.

Ainsi, pour ces praticiens, la CMU constitue une catégorie à part en termes de protection sociale : ils s'inscrivent bien en continuité de la société mais ne constituent pas une catégorie sociale.

### **3 - Les représentations concernant les bénéficiaires**

#### **3.1 Une vision des bénéficiaires variable en fonction du lieu d'installation**

Recevoir les patients bénéficiant de la CMU ne modifie en rien leur pratique quotidienne pour certains, comme les médecins généralistes de secteur 1, surtout ceux qui sont installés dans des quartiers défavorisés ou intermédiaires. Pour eux, les bénéficiaires de la CMU ne se distinguent pas des autres patients, nous l'avons dit. Ils représentent au contraire l'ensemble de leur clientèle dans sa diversité et son hétérogénéité et sont en continuité avec le reste de la clientèle du cabinet.

---

*« Les gens que je vois c'est donc des gens absolument comme n'importe qui et qui ont la CMU parce qu'ils ont des revenus bas. Mais ils ne sont pas désocialisés, ils ne sont pas super précaires, ils élèvent leurs enfants (médecin généraliste du secteur 1) »*

---

Ces praticiens ont donc des difficultés à parler des bénéficiaires de la CMU qui sont des patients comme les autres et ce n'est qu'en passant la carte vitale qu'ils s'en rendent compte, encore que certains expliquent qu'ils n'y prêtent même pas attention.

Par contre, pour ceux qui sont dans des villes plus cossues ou dans des quartiers résidentiels, les bénéficiaires de la CMU constituent une faible part de leur clientèle. Il en est de même pour les spécialistes que les bénéficiaires consultent peu comme le montrent plusieurs études<sup>28</sup> (le recours aux soins de spécialistes est fortement influencé par le milieu social alors que le recours au généraliste est mieux réparti dans la population). Ces praticiens en ont une représentation décalée du reste de leur clientèle,

---

<sup>28</sup>AUVRAY et al, 2003, *Santé, soins et protection sociale en 2002*, n° 78, CREDES, rapport de l'OCDE du groupe Ecuity

ce qui laisse plus d'espace pour l'émergence des préjugés. Les médecins ont une propension à décrire alors ces patients comme des patients illégitimes, c'est-à-dire qui auraient triché dans l'obtention d'une ouverture de droits à la CMU.

Ces deux types de vision doivent être explicités.

On sait que les bénéficiaires fréquentent plus rarement la médecine de spécialité (sauf peut-être en gynécologie). Quant aux médecins généralistes en secteur 2, ils proposent souvent des soins spécifiques vers lesquels la grande majorité des bénéficiaires n'a pas de demande. Ainsi, fréquenteraient spécialistes et généralistes en secteur 2, les mieux lotis de la population des bénéficiaires de la CMU, notamment des personnes qui ont connu une dégradation de leurs conditions d'existence mais avaient à une autre époque de leur vie, l'habitude de consulter des spécialistes (pédiatres par exemple, plutôt que des médecins généralistes, pour les enfants). Ce profil de bénéficiaires va à l'encontre des représentations qu'ont les médecins des ayants droit, qu'ils voient plutôt du côté de la grande précarité : or ceux-là, à l'inverse, ne consultent pas en médecine libérale et encore moins des spécialistes. D'autre part, cette frange de la population a une présentation (maintien du corps, manière de parler, de s'exprimer, de s'habiller) qui va là encore décrédibiliser le fait qu'ils « *aient besoin d'une aide pour se soigner* ». Les professionnels décrivent alors ces bénéficiaires comme mieux habillés qu'eux, avec des bijoux... En fait, il est attendu que les bénéficiaires portent en eux et sur eux les stigmates de leur condition sociale. Si ce n'est pas le cas, ils sont considérés comme illégitimes, c'est-à-dire ayant triché pour obtenir des droits.

D'autres seraient effectivement des bénéficiaires illégitimes (dissimulation de revenus par exemple leur permettant de bénéficier de la CMU).

Certains professionnels sont marqués par quelques-uns de leurs patients, en décalage par rapport aux représentations de la précarité mais reconnaissent (pour ceux qui les reçoivent) que certains de leurs patients (les autres, ceux que l'on ne mentionne pas) ont vraiment des difficultés financières. Des patients qu'ils connaissent de longue date et dont ils ont suivi le parcours de vie, apparaissent légitimes à bénéficier de la CMU. Ainsi, quelques praticiens qui refusent les bénéficiaires de la CMU, en gardent quelques

patients dans leur clientèle, quelques anciens patients d'avant le dispositif. Ils ne procèdent pas, cependant, à une remise en cause de leur raisonnement contredit par ce qu'ils savent de ces patients.

### **Ceux que l'on ne voit pas**

La plupart des médecins libéraux constatent qu'ils ne voient pas les plus démunis et beaucoup d'entre eux, surtout parmi les généralistes qui reçoivent tous les patients sans distinction s'en étonnent. L'un d'entre eux relate qu'un homme SDF s'abrite dans la cage d'escalier de son cabinet médical mais n'a jamais vu cet homme en consultation. Ce sont les patients les plus précaires qui ne font pas la démarche d'aller vers la médecine libérale. *« Donc il y a une démarche pour venir dans un cabinet de médecine générale qui n'est pas un dispensaire. »*

Le même praticien pense que ce type de patients ne sait pas qu'il pratique le tiers payant. D'après lui, le dispensaire est aussi un lieu plus rassurant où l'on peut consulter divers spécialistes dans la même unité de lieu.

### 3.2 Des patients aux comportements spécifiques ?

Les praticiens qui refusent la CMU justifient cette pratique essentiellement autour de la question des comportements des usagers. Ils reconnaissent donc une spécificité de comportements à ce groupe de patients. Celle-ci est fondée sur l'exigence supposée, les retards, les rendez-vous manqués et non annulés.

*« Ils manquent les rendez-vous, ils arrivent en retard, quand ils ne viennent pas ils ne préviennent pas. »*

Ce sont des propos tenus par plusieurs praticiens (dentistes, gynécologues). Pour certains dentistes, cela peut même aller jusqu'à la rupture de la continuité des soins déjà initiés, sachant notamment que le dentiste engage de l'argent quand il commande une prothèse, ne demande pas d'acompte et qu'il peut en être de ses frais. La question est donc : est-ce une pratique marginale (puisque tous les dentistes ne font pas état de tels problèmes) ?

Les comportements de ces personnes sont rapportés par les professionnels qui en font état (jamais les médecins généralistes) à la gratuité des soins, qui amènerait à des formes d'irresponsabilité.

---

*Je pense que s'ils ne payent pas, ils deviennent « je m'en foutiste ». Du moment qu'on est assisté, on devient plus fainéant, plus relax. (Dentiste 3)*

*Ce sont des cas sociaux, c'est le manque de culture, le manque d'éducation... (dentiste 2)*

---

En miroir, les médecins généralistes favorables à la CMU, considèrent que de nombreux patients bénéficient de cette gratuité (mutuelle en complément de l'assurance maladie obligatoire) et que ces dérives de surconsommation ou de détournements concernent potentiellement l'ensemble de la population.



### 3.3 Des besoins cliniques spécifiques ?

Les questions posées quant aux éventuels besoins spécifiques des patients bénéficiant de la CMU, apportent des réponses assez variables. Dans le cadre de la médecine générale, il ne semble pas qu'il y ait de besoins spécifiques par rapport aux autres patients. Pour les médecins généralistes installés dans des quartiers populaires, ces patients ne se distinguent pas de leur clientèle coutumière. Ils ne relatent pas non plus devoir passer plus de temps à informer, expliquer, accompagner ces patients (à l'exception d'un praticien en médecine générale qui considère que chaque patient est différent et demande une écoute, une attention différente d'autant qu'il est issu d'une culture différente).

S'il est vrai qu'une partie des bénéficiaires est d'origine étrangère, pour certains praticiens, cela a une répercussion indirecte. Ainsi, un généraliste en fin de carrière a pu observer les modifications de la population dans l'aire où il est installé. S'il est réticent à parler de répercussions cliniques, « *on ne soigne pas différemment les personnes* », il reconnaît que l'origine sub-saharienne d'une partie de sa clientèle l'amène à traiter des pathologies qu'il connaissait mal (paludisme, parasitoses...). Au niveau de l'interaction, il concède finalement : « *on n'a pas les mêmes relations, c'est vraiment dans la nuance.* »

Les dentistes ont une vision plus partagée :

Certains ne considèrent pas que les bénéficiaires de la CMU demandent des soins particuliers, ou plus importants. L'un d'entre eux, contrairement à ses confrères pensent que leur hygiène buccale est moins bonne et que l'état de leur bouche demande plus de soins parce que précédemment ils n'ont pas pu réaliser des soins coûteux, notamment en ce qui concerne les prothèses.

« *Ils ont plus de soucis. Aussi parce qu'ils n'ont pas les moyens pour faire des soins importants, des prothèses. Il y a plus de dégradations dentaires.* »

L'un des dentistes indirectement exprime les effets de l'origine sociale sur la relation avec le patient, notamment une moindre capacité à négocier chez les personnes plus modestes. « *C'est pas parce qu'ils sont plus aisés les gens, qu'ils acceptent tout. Il y a*

*des gens qui n'ont pas les moyens qui acceptent plus facilement un chantier de travail en bouche que d'autres. »*

Cette adhésion plus facile du patient est en contradiction avec ces propos sur l'exigence présumée des patients ayant la CMU. Par contre, elle s'inscrit bien dans les rapports de domination qui se jouent dans le cabinet de consultation (entre celui qui possède le savoir d'expert et celui qui ne sait pas ou tout au moins dont le savoir profane n'est pas reconnu), majoré encore par la distance sociale entre les deux acteurs.

Les psychiatres rencontrés ont des approches très contrastées. L'une d'entre elles est installée depuis peu, après des années de pratiques hospitalières et propose psychothérapie et hypnose si elle juge qu'il y a des indications à ce mode de prise en charge. Elle ne la propose pas aux patients qui ont la CMU et ne reçoit presque pas de bénéficiaires (deux dans ses patients). Elle est installée en secteur 2. Du fait de nombreuses difficultés sociales que rencontrent ces patients, elle considère qu'ils demandent trop de travail. En fait, elle continue avec ce type de patients à faire un suivi de psychiatrie de secteur et trouve cela trop lourd dans le libéral, d'autant qu'elle ne peut plus s'appuyer sur des réseaux constitués et solides.

Une autre psychiatre, elle aussi installée depuis peu, elle aussi en secteur 2, avec une activité principalement de psychothérapie, refuse les patients CMU en avançant des arguments essentiellement économiques : elle ne peut faire face à ses charges en appliquant les tarifs de la sécurité sociale. Pour elle, de plus, il existe une mauvaise articulation entre structures publiques nécessaires à l'accompagnement et la psychiatrie libérale.

Une autre, du secteur 1, installée dans une ville plutôt défavorisée, a une vision très sociale inscrite dans un engagement politique. Elle a choisi de s'installer dans cette ville. Sur le plan de sa pratique quotidienne, elle prend en charge des patients lourds (toxicomanes, psychotiques). Ainsi, pour elle, la CMU est en lien avec le contexte clinique, c'est-à-dire que la pathologie a des effets sur les parcours de vie : perte de travail notamment. Pour elle, le surcroît de travail n'est pas lié à la CMU mais au type de pathologie qu'elle accepte de prendre en charge. La CMU n'est qu'un effet indirect de cette pathologie. Cela rejoint ce que décrit un des généralistes qui s'occupe

d'alcooliques. C'est bien la prise en charge de l'alcoolisme qui est délicate et chronophage et non le fait de relever de ce type de protection sociale.

Leurs pratiques sont extrêmement variables. Certains choisissent une activité de psychothérapie, d'autres s'inscrivent dans une psychiatrie qualifiée « lourde », notamment la prise en charge de psychotiques, par exemple. Pour certains psychiatres, ces profils de patients nécessitent donc un accompagnement important au-delà du temps de consultation qui ne serait pas compatible avec la pratique de ville.

## **4 - Le droit : du côté des patients, du côté des praticiens**

### *Les abus dans l'accès aux droits et les abus dans l'utilisation de la CMU*

Les abus dans l'accès aux droits sont évoqués par un grand nombre de spécialistes et de dentistes. *La moitié sont des truands dans ceux que je vois. Il y en a qui vivent mieux que moi, sans doute parce qu'ils ne déclarent rien aux impôts. Ça nous énerve ! (pédiatre secteur 2)* Les deux gynécologues préfèrent le même type de propos, même si c'est de manière moins crue.

Ce type d'abus serait associé à des exigences accrues de ce type de patients. « *tout leur est dû* » apparaît comme un refrain. Ce type de propos ont déjà été notés lors d'une précédente étude<sup>29</sup>.

Le pédiatre poursuit : *Ils exigent des tas de soins dont ils n'ont pas besoin.* Il évoque les demandes d'antibiotiques, d'examens complémentaires inutiles... « *Ils prennent rendez-vous ils ne viennent pas ; ils n'ont aucune limite. Ce sont des hyperconsommateurs.* »

La représentation de la population des bénéficiaires de la CMU est celle de personnes, vivant au seuil de la misère pour quelques professionnels. Relevant d'une assistance, ils doivent s'en montrer dignes : en portant les stigmates de la pauvreté sur leur

---

<sup>29</sup> DESPRES Caroline, L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet, 20,21 mai 2005, séminaire de recherche DIES : *Promotion des usagers et « modernisation » des pratiques professionnelles. Normalisation, dynamiques d'échanges et logiques professionnelles*, à paraître

présentation et en ayant un comportement adéquat : humilité, respect voire gratitude pour le praticien qui lui délivre des soins, lui permettant alors de donner une image de lui de bienfaisance, de charité. Ainsi, des patients exigeants, qui se positionnent comme ayant des droits apparaissent vite intolérables.

Rappelons que ces informations qui circulent ne sont pas confirmées par les études de l'IRDES ou de la DREES et que les bénéficiaires de la CMU consomment à peu près comme les personnes ayant une mutuelle, une fois passée la phase de rattrapage du début, liée à des renoncements aux soins antérieurs à l'entrée dans le dispositif.

Ce médecin module ces propos au fil de l'entretien, en opposant ce type de comportements qui sont notés dans la population qu'ils considèrent comme ne relevant pas d'une CMU, des autres. Ainsi, il apparaît dans sa vision deux populations contrastées : ceux qui abusent du dispositif, le contournent, le détournent et des ayants droit légitimes.

Certains médecins ont une position ambiguë avec la question du droit - de patients qui exercent des droits-, allant à l'encontre de ce qui serait une conception *charitable* de la prise en charge des plus démunis. On l'a vu dans le testing où quelques praticiens ont accepté de recevoir des patients mais sans les faire payer. Ainsi, ils restent dans une relation de domination et dans une vision altruiste d'eux-mêmes.

Un spécialiste qui accepte la CMU invoque son « *côté social qui date de longtemps.* » On n'est pas là non plus dans le droit mais dans quelque chose de l'ordre d'une charité. Cette charité est inscrite, comme nous l'avons dit, dans le besoin de soins.

Un pédiatre trouve que la CMU « *c'est bien pour les gens qui n'ont pas d'argent.* » C'est bien quand les gens sont vraiment malades parce que ça leur permet d'être mieux soignés. En fait, il vit sa mission ainsi : soigner des enfants qui ont une pathologie lourde. Comme il a une activité hospitalière, il voit plus de malades lourds que la moyenne des pédiatres ; pour ce type de prise en charge clinique, CMU ou pas, peu lui importe. Mais : *un rhume avec la CMU, c'est pas mon rôle. La PMI est là pour ça.*

Ces extraits d'entretiens illustrent bien les représentations dominantes sur la CMU complémentaire : « une charité légale » et non un droit (à une complémentaire). A ce

sujet, rappelons ce que note Robert Castel : « *Le droit est le garant des rapports de réciprocité entre individus responsables et égaux dans l'échange que le contrat sanctionne. A l'inverse, les pratiques d'assistance se déroulent dans le cadre d'un échange inégal.* »<sup>30</sup>

La question de l'abus est récurrente et mérite que l'on s'y attarde.

Une des hypothèses serait que les « abuseurs » fréquenteraient plus facilement les médecins spécialistes, comme nous l'avons dit aussi des mieux lotis parmi les bénéficiaires. Ainsi, ces médecins auraient une vision statistiquement déformée, et les abuseurs leur apparaîtraient plus nombreux qu'ils sont dans la réalité. On peut imaginer que certaines situations frappent les esprits. Ainsi, les discours sur les bénéficiaires qui portent des visons, sortent de chez le coiffeur, ont des voitures luxueuses sont assez évocateurs.

Ceci n'enlève rien à la réalité de certains cas d'abus, abus construits autour de la dissimulation des revenus, notamment pour ceux qui ont des revenus à l'étranger qui peuvent être parfois conséquents. De ce fait, ils ne déclarent pas de revenu en France : il s'agit bien d'une fraude puisque lors de la constitution du dossier, la question est explicitement posée. Dans d'autres cas, qui concernent des franges de la population relativement modestes (femmes de ménage, par exemple), la dissimulation du travail explique l'accès à la CMU (le travail au noir). Enfin, autre exemple relaté fréquemment des femmes aux revenus faibles qui déclarent vivre en concubinage avec un compagnon parfois ayant de bons revenus.

De nombreux médecins en secteur 2 ou dentistes font état de patients qui sont prêts à payer un dépassement d'honoraires. Ces réactions peuvent être interprétées comme le reflet de discriminations perçues par les bénéficiaires qui sont dès lors prêts à des sacrifices énormes pour être mieux traités et soignés comme tout un chacun. Mais l'interprétation des professionnels en question est toute différente : cela confirme qu'ils ont les capacités à payer.

---

<sup>30</sup> CASTEL R., *L'insécurité sociale*, Ed. Seuil. La république des idées, 2003

### ***Le contrôle des abus***

La question du contrôle réalisé lors de l'accès aux droits revient beaucoup, notamment du côté des praticiens qui refusent le plus la CMU : médecins spécialistes, médecins pratiquant des dépassements d'honoraires. Toujours dans la logique d'opacité sur les critères d'attribution de la CMU, certains pensent qu'aucune pièce justificative n'est fournie lors de la constitution du dossier. Mais au-delà de ces méconnaissances, la question du contrôle va plus loin.

*La question du contrôle n'est pas normale. Quand on a une gratuité, on a des droits mais on a aussi des devoirs. Et les devoirs devraient passer par un contrôle des dépenses. Et que le médecin conseil de la sécurité sociale est en charge de surveiller si les gens de la CMU utilisent ça pour se soigner ou pour ravitailler l'immeuble. » (Médecin généraliste secteur 2)*

Il donne l'exemple suivant :

Il reçoit une jeune femme toxicomane, qui se ravitaillait en somnifères, tranquillisants, Subutex qu'elle revendait dans le cadre d'un petit trafic. Elle faisait le tour des médecins et des pharmacies.

Il fait état également de médicaments stockés pour être envoyés dans les pays du sud.

*Ainsi, il s'agit d'éviter les détournements. Donc la CMU, c'est bien dans l'idée de soigner tout le monde dans un pays, ce n'est pas bien d'utiliser ce système comme un système détourné.*

Cette vision aboutit chez ce praticien à des attitudes tranchées et un positionnement personnel vis-à-vis de ceux qui détournent la Loi : *Pour moi, la CMU ça ne change rien. Tous ceux qui trichent, je les vire, CMU ou pas.*

Cependant, malgré ces propos, c'est dans le cadre de la CMU qu'il évoque la question des détournements. Il y a donc bien une forme de stigmatisation, parfois plus marquée chez certains de ses confrères. Cette manière de se positionner s'inscrit dans un discours où ce médecin se montre attentif aux politiques sociales et sanitaires. Il diffère sensiblement des discours habituels de ses confrères qui se situent plutôt dans

l'interaction individuelle et le positionnement respectif des protagonistes de la consultation.

Un autre qui refuse plus généralement la CMU considère qu'à partir du moment où il reçoit le patient, il n'a pas à juger de la légitimité de l'accès aux droits. « *je ne suis pas flic* ». Cela reflète les positions relatives des praticiens vis-à-vis du système dont certains se voient les garants du bon fonctionnement alors que d'autres considèrent qu'ils ne sont là que pour soigner.

### **La question du droit des patients**

Si certains bénéficiaires abusent du droit, on pourrait évoquer en image, la question des abus de droit du côté des professionnels. Celle-ci n'apparaît pas aussi claire qu'on pourrait le penser.

Rappelons que les professionnels de santé ont obligation de recevoir les bénéficiaires de la CMU, qui sont des assurés sociaux comme les autres, et de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. Tous les médecins doivent recevoir les assurés sociaux sans discrimination. De plus, les codes de déontologie proscrivent toute discrimination et sont bien inscrits dans les représentations des professionnels. Dès lors, celles-ci sont insidieuses, masquées au regard du chercheur, parfois inconscientes pour celui qui les perpétuent. Jamais il n'a été fait référence dans les entretiens à l'origine étrangère des patients qui pourrait poser problème.

Le testing a permis de montrer que le refus était souvent annoncé clairement à la personne qui appelle et rattaché explicitement à la CMU. On peut s'interroger alors sur le fait que ces professionnels puissent afficher aussi clairement une pratique illégale et déontologiquement condamnable. On peut y donner plusieurs explications :

- certains praticiens semblent ne pas savoir qu'ils ne peuvent refuser un patient CMU ;
- d'autres considèrent que l'exercice libéral les rend libre de choisir leur clientèle, en tout cas c'est l'argument avancé par certains ;

Ceci dans un cadre où les professionnels ne conçoivent pas le refus de la CMU, comme une discrimination. Elle ne concerne pas les attributs du patient (race, origine sociale) mais sont reliés au statut administratif. Ce ne serait donc pas une discrimination ;

- pour d'autres encore, c'est une forme d'expression de leur opposition. Un dentiste explique qu'il est contre ce système, il est aberrant donc il le boycotte. « C'est ma liberté de faire grève ». Il reçoit les urgences mais dans ce cas là, gratuitement (ne légitime pas le système).

Une psychiatre secteur 2 considère qu'elle a le droit de refuser des patients mais avoue ne pas en être totalement sûre. Un dentiste qui refuse les patients ayant la CMU pense qu'il est dans son plein droit, libre dans l'exercice de son activité. Il argumente sur le fait qu'il paye des charges.

Cet extrait d'entretien révèle le lien entre droit et conception de la médecine libérale.

---

*- Du moment qu'ils ont un papier on leur doit tout. On les paye par la sécurité sociale. Mais on est dans un cabinet libéral. Je suis chez moi, je reçois qui je veux, quand je veux !*

*- Le patient a des droits ?*

*- Il a des droits dans un établissement d'état, pas chez moi. (dentiste)*

---

Les excuses avancées au téléphone par un certain nombre de professionnels lors du testing témoignent de difficultés de certains professionnels à avouer qu'ils exercent une forme de discrimination, d'autant qu'ils sont médecins et qu'ils répondent directement au patient. C'est plus facile de laisser des instructions à un secrétariat et il apparaît, sans que nous l'ayons vérifié statistiquement, que les dentistes aient moins d'état d'âme. C'est le cas notamment en pédiatrie. Il semble que les médecins soient pétris de valeurs et d'éthique professionnelle dont ils ont du mal à se débarrasser totalement. Lors des interactions directes entre médecins et patients, il est fréquent que le médecin élimine un contexte clinique d'urgence avant de refuser le patient.

Reste un grand nombre de praticiens qui appliquent la loi quelque soit leur opinion à son égard et sont donc tout à fait informés de leur obligation à recevoir les patients sans distinction d'aucune sorte.



## 5 – Les autres problèmes

### 5.1 Les logiques économiques

Les arguments économiques occupent une place importante pour expliquer les refus notamment des refus plus importants chez les médecins en secteur 2 que ceux qui sont en secteur 1. En effet, dans le cadre de la Loi, les praticiens n'ont pas le droit d'appliquer de dépassements aux bénéficiaires de la CMU. Certains le font, comme le testing en a attesté, mais la majorité préfère refuser tout bonnement ces patients.

Pour les dentistes, concernant les prothèses, la question est avant tout économique puisque la majorité considère que les tarifs de remboursement sont insuffisants. Ceci n'explique pas pour autant qu'ils refusent les bénéficiaires de la CMU pour des soins. L'un d'entre eux n'hésite cependant pas à rappeler que c'est sur les prothèses qu'il réalise ses bénéfices. Le refus de patients pour les soins a été expliqué par quelques dentistes en mettant en avant l'argument qu'ils souhaitent prendre en charge globalement les patients. Il leur semble délicat de commencer des soins sans en assurer la continuité si une prothèse s'avère nécessaire.

Concernant les médecins généralistes, l'un d'entre eux résume crûment ce que pense la majorité de ses confrères et qu'a confirmé le testing :

---

*Je suis stupéfait que certains refusent la CMU. Je n'arrive pas à le croire. Je ne vois pas du tout quel est l'obstacle. Moi je m'en fous CMU ou pas CMU. Etant donné que je ne fais pas le moindre dépassement, qu'est-ce que ça peut me faire d'être payé 3 jours après ou 4 jours après. C'est payé très vite la CMU. Trois jours après je suis payé ; j'ai même pas l'avance de trésorerie.*

---

## **5.2 Les problèmes pratiques : le téléchargement**

Pour la très grande majorité des professionnels, le téléchargement fonctionne très bien. Quelques erreurs peuvent arriver et certains remboursements ne sont pas faits totalement. Il s'agit sans doute de patients qui bénéficient de la CMU de base mais pas de la CMU complémentaire. Le ticket modérateur n'est alors pas remboursé par la caisse d'assurance maladie.

Un dentiste fait état de difficultés de remboursement des prothèses, surtout en termes de délais (2/3 mois).

## **5.3 Le tiers payant**

Enfin, plus récemment des problèmes se posent au médecin dans le cadre de la nouvelle réforme. En effet, si les patients n'ont pas rempli le formulaire de médecin traitant, ils ne sont pas remboursés en totalité. Cependant, comme les médecins pratiquent normalement le tiers payant pour ces patients, ils en sont de leur poche et trouvent que c'est injuste d'avoir à en assumer le prix. Ceci pourrait renforcer la propension de certains médecins à refuser la CMU.

# **6 – La question de l'accès aux soins**

L'accès aux soins pour tous pour les médecins est une valeur fondamentale, partagée par tous. Ainsi, les principes de la Loi ne sont pas contestés, comme nous l'avons dit plus haut. Par contre, les visions diffèrent quant aux modalités de cet accès, qui le finance et qui doit l'assurer (secteur privé versus public).

Un médecin admet qu'il est mal placé pour avoir une bonne perception des difficultés d'accès aux soins de leurs patients.

---

*Les gens qui n'ont pas accès aux soins ou qui hésitent à consulter ne me le disent pas, et je ne les vois pas et je n'ai pas les moyens de le savoir. Si je n'avais pas d'informations extérieures, le monde il est tout beau, je n'ai que des gens qui viennent se soigner et qui ont les moyens de le faire. (médecin généraliste secteur 1)*

---

Un médecin ayant une expérience de psychiatrie de secteur explique :

---

*Les clodos on ne les voit pas. Ils s'auto restreignent parce que leur vie ne leur permet pas de se présenter correctement, ils en sont conscients et plutôt qu'un médecin référent, ils ont un dispensaire référent. (psychiatre secteur 1)*

---

En l'occurrence, dans une autre étude, nous avons montré que les plus démunis parmi les bénéficiaires ne s'adressent pas à la médecine libérale quand un besoin surgit<sup>31</sup>.

Pour tous ceux qui considèrent la CMU comme une aide ou une assistance, la prise en charge de ce type de patients relèverait plutôt du secteur public. D'ailleurs, le testing révèle ce type de position. Plusieurs spécialistes (gynécologues, notamment qui partagent leur temps entre une activité hospitalière et une activité libérale (plutôt en secteur 2, dans notre échantillon), refusent les patients en cabinet et proposent de les recevoir à l'hôpital. Pour les autres, ils envoient les patients vers l'hôpital, lieu de prédilection pour la prise en charge *des pauvres*.

Un certain nombre de professionnels ne se préoccupe pas de cette question. Ils ne sont donc pas au courant des difficultés de leur patient. L'accès aux soins reste une question toute théorique, inscrite dans des valeurs de la profession que l'on partage surtout chez les médecins mais que certains préfèrent ne pas confronter à leurs intérêts propres. Quelques échanges du testing vont dans ce sens, quand les personnes sont envoyées vers les collègues. Pour être caricatural, « *c'est bien l'accès aux soins pour les plus démunis, mais c'est mieux que ce soit les autres qui s'en chargent !* » Si quelques cas ont été rencontrés, où implicitement l'attitude du professionnel suggérait ce mode de raisonnement, lors des entretiens, les propos des professionnels étaient plus nuancés.

---

<sup>31</sup> DESPRES C., 2005, op. cit.

Ainsi, l'un d'entre eux expliquait qu'il avait reçu des bénéficiaires, « *pour faire quelque chose socialement parlant* », puis avait arrêté puis recommencé.

Certains praticiens (notamment ceux qui sont installés en secteur 2) sont parfois pris dans un conflit entre des valeurs, une éthique professionnelle qui les fait prôner l'accès aux soins pour tous (dans une conception large et qui s'inscrit dans le besoin) et une logique d'intérêt économique (manque à gagner pour les praticiens du secteur 2) ou encore des représentations sociales dominantes qu'ils partagent pour quelques uns : illégitimité de la présence de certaines catégories d'étrangers, travail au noir, personnes qui vivent d'assistance plutôt que trouver un travail, cela dans un contexte de système social qui explose (notamment du côté du système de santé et de protection contre la maladie). Cela amène à expliquer que certains praticiens trouvent que les principes de la Loi sont bons mais dans le même temps refusent de recevoir les patients.

Concernant l'accès aux soins, les médecins généralistes font état de difficultés d'orientation de leurs patients. Ces difficultés sont en partie liées aux dépassements appliqués qui constituent un véritable obstacle à l'accès aux soins, dépassant d'ailleurs la question de la CMU.

---

*J'ai un patient psychotique qui a eu un problème de genoux, il a été dans la clinique du secteur, il n'y en a qu'une. Il a été opéré par un professeur qui l'a opéré sans faire d'histoire avec la CMU. Il y est retourné parce que ça n'allait pas. Le professeur lui a dit que la CMU ça ne marche plus, je veux bien vous réopérer mais c'est tant. Il lui a dit je ne peux pas, et c'est pas des blagues il ne peut vraiment pas. Je lui ai fait une lettre pour aller à M. Là, c'est 3 mois pour avoir un rendez-vous. Et puis il n'est pas à l'aise car le boulot a été fait par un autre, c'est pas sain comme situation. Je l'ai envoyé dans une autre clinique à P. C'est 200 euros et il ne les a pas, c'est juste ce qu'il a pour manger pour le mois. Là oui, il y a obstacle.*

---

## **Un accès aux soins gratuit**

Connaissant mal les réelles difficultés d'accès aux soins de certains bénéficiaires, certains praticiens s'opposent dès lors au principe de gratuité qui entraînerait des comportements d'irresponsabilité et de surconsommation. Le principe de gratuité peut être entendu de manière différente : il peut s'agir de contribuer pour part aux soins, ou simplement de faire l'avance. Cet argument nous apparaît découler d'une rhétorique, un mode de justification qui s'inscrit dans les discours dominants actuels sur les usagers irresponsables et surconsommateurs de soins. Cette question de la gratuité s'articule à celle de responsabilité dans les discours de ces praticiens mais le raisonnement ne tient pas car il est fondé sur l'argument que les bénéficiaires de la CMU seraient plus irresponsables que les autres alors que la grande majorité des personnes, surtout dans la clientèle des médecins tenant ce type de propos, bénéficie d'une mutuelle et donc bénéficie également de cette gratuité.

Certains médecins reconnaissent bien que cette gratuité n'est pas spécifique à la CMU.

*« De toute façon, il y a plein de gens qui ne payent pas puisque ceux qui ont des mutuelles au bout du compte ils ne payent pas, puisque ils se font tout rembourser. »*

Reste la question du tiers payant : si les gens devaient payer de leur poche, cela faciliterait la visualisation de ce que sont les dépenses de santé, selon des praticiens.

---

## Conclusion

Cette étude a été réalisée dans le département du Val-de-Marne auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes, de spécialistes et de dentistes, dans six villes de taille moyenne. Le Val-de-Marne est un département contrasté, où coexistent des villes dont la population est très favorisée notamment du fait de loyers élevés, et des villes où la précarité est présente et où certains médecins ou dentistes sont installés aux pieds des cités. Dans les deux cas, le refus de soins existe. L'intérêt d'une telle étude est de vérifier l'existence d'une telle pratique, discriminatoire et dont les échos revenaient auprès des différents acteurs sociaux : agents de la sécurité sociale, quelques plaintes auprès des organismes de sécurité sociale mais peu nombreuses, témoignages directs ou indirects auprès des associations ou professionnels de santé. Le testing a permis de le confirmer objectivement et de mesurer son ampleur, même si les chiffres n'ont pas de représentativité, ni nationale ni même départementale, puisque nous avons exclu les communes rurales.

Quelques études utilisant le testing ont déjà été réalisées, mais les résultats sont uniquement descriptifs ; l'une ne s'est intéressée qu'aux spécialistes dans trois spécialités médicales (enquête Que Choisir) et l'autre aux médecins généralistes et gynécologues (enquête Médecins du Monde). Mais aucune n'a proposé d'analyse, notamment en tenant compte, comme nous l'avons fait, des caractéristiques des professionnels, modes d'exercice notamment, ni comparé entre elles des catégories.

Ainsi, nous avons pu démontrer que :

- le refus est corrélé au mode d'exercice du médecin ; le refus est plus courant parmi les médecins exerçant en secteur 2 et appliquant un dépassement d'honoraires ;
- s'adresser à un médecin spécialiste s'accompagne d'une plus grande probabilité de s'exposer à un refus (41 % de refus) ;
- enfin, résultat à notre connaissance non connu à ce jour, les refus de la part des dentistes dans le cadre d'une demande de soins et non de prothèse dentaire, sont de 39,1 %. On n'ose pas imaginer les taux quand il s'agit d'une demande de prothèses !

Il faut aussi insister sur le fait que :

- les médecins généralistes en secteur 1 acceptent la CMU ; les refus constituent des exceptions : 99,4 % de rendez-vous sont accordés ;
- le taux de refus est plus fort chez les médecins généralistes de secteur 2 mais cela donne un taux de rendez-vous accordés de 83,3 %, ce qui veut dire qu'une très large majorité accepte.

Par ailleurs, ce travail a permis de révéler certaines des logiques en œuvre qui pourraient expliquer les conduites et les attitudes contrastées des deux catégories de professionnels explorées, médecins et dentistes.

Ainsi, nous avons pu proposer des hypothèses sur les causes de refus :

- Les logiques économiques (dentistes et médecins en secteur 2) occupent une place évidente. Si les dentistes ont peu de difficulté à exposer ce type d'arguments, il est plus difficile à énoncer dans des entretiens avec les médecins, qui justifient leurs attitudes en mobilisant d'autres registres (discours sur l'abus et prétendus comportements d'incivilité). La confrontation des pratiques à la rhétorique du discours permet d'y échapper en partie.
- La méconnaissance de la loi amène à des distorsions dans les représentations de qui sont les bénéficiaires, et sa perception comme une assistance génère des limites aux propositions de prise charge : la prise en charge des plus démunis devrait pour certains se faire ailleurs qu'en cabinet libéral ; cette prise en charge est légitime à conditions qu'il y ait des besoins « vrais ». Cette méconnaissance de la loi, ses fondements, ses objectifs, des enjeux en cause est à confronter au défaut de communication et d'information dirigé vers les praticiens qui constituent pourtant un maillon essentiel dans l'accès aux soins et sans la collaboration desquels l'accès ne pourra être rendu effectif.

Les préjugés sur les bénéficiaires s'inscrivent dans des conceptions dominantes de la société auxquelles une partie des praticiens participent et nous avons pu montrer comment, en partant de bruits colportés et du fait du faible nombre de bénéficiaires dans une clientèle, les professionnels en arrivent à conforter les dits préjugés.

- Les bénéficiaires ne travaillent pas ; s'ils évoquent un travail, c'est qu'il s'agit d'un travail au noir, donc ils ont triché ! De toute façon, on n'est pas pauvre quand on a un travail.
- Ils acceptent pour certains de payer un dépassement ; c'est donc qu'ils ne sont pas pauvres ! Alors que les bénéficiaires témoignent qu'ils préfèrent faire d'autres sacrifices et payer plus qu'être mal traités lors d'une consultation.

### **Perspectives de recherches ultérieures**

La question du refus de soins ne fait révéler que l'un des obstacles à un accès aux soins équitable. En effet, si certains bénéficiaires préfèrent préciser qu'ils ont la CMU, d'autres préfèrent taire cette information et le médecin ne s'en rend compte qu'à la fin de la consultation au moment du règlement. Les pratiques des médecins sont largement méconnues. Si l'on peut facilement extrapoler que tous ceux qui acceptent de recevoir des patients CMU lors de la prise de rendez-vous ne feront aucune difficulté en l'apprenant plus tard, on peut par contre se demander ce qu'il en est pour ceux qui refusent la CMU. Quelques hypothèses peuvent être suggérées au vu de ce que disent les bénéficiaires de la CMU (étude réalisée il y a quelques temps) et les entretiens avec des médecins ou des dentistes : certains exigent le paiement de la consultation, d'autres préfèrent ne pas faire payer : consultation unique et gratuite.

Au-delà d'une rencontre avec un professionnel (contact avec le système de soins), d'autres questions se posent en termes d'accès aux soins qui nécessiteraient un travail ultérieur pour continuer à débusquer les discriminations dans le champ de la santé, notamment les obstacles que rencontrent les bénéficiaires :

- L'accès aux soins secondaire c'est-à-dire l'orientation ultérieure pour des soins plus complexes dans le cadre d'une recherche diagnostique plus poussée ou d'une prise en charge complexe (maladie chronique).
- La qualité des soins qui doit être pensée à la fois en termes relationnel (écoute, information, négociations) et en termes de moyens (techniques, médicaux) déployés lors de la consultation dont nous avons livré une image partielle au travers des discours des médecins et des dentistes.